



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME



## ENQUETE POST CAMPAGNE

L'IMPACT DE LA COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT DANS LA  
GESTION DES CAS DE PALUDISME AU SEIN DE LA COMMUNAUTE ET DES FORMATIONS  
SANITAIRES:  
CAS DES ZONES DE SANTE D'IDJWI ET MITI MURHESA

NOVEMBRE 2017



## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>AS</b>	: Aire de Santé
<b>ASAQ</b>	: Artésunate + Amodiaquine
<b>CPN</b>	: Consultation Pré-Natale
<b>CPS</b>	: Consultation Pré-Scolaire
<b>CS</b>	: Centre de Santé
<b>CTA</b>	: Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
<b>ECZS</b>	: Equipe Cadre de la Zone de Santé
<b>FM</b>	: Frottis Mince
<b>GE</b>	: Goutte Epaisse
<b>MILD</b>	: Moustiquaire Imprégnée d'insecticide à Longue Durée d'action
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>PEC</b>	: Prise En Charge
<b>PROSANI</b>	: Projet de santé intégrée
<b>PMI</b>	: President's Malaria Initiative
<b>RDC</b>	: République Démocratique du Congo
<b>SP</b>	: Sulfadoxine-Pyriméthamine
<b>TDR</b>	: Test de Diagnostic Rapide
<b>TPI</b>	: Traitement Préventif Intermittent
<b>ZS</b>	: Zone de Santé

## TABLE DES MATIERE

- I. RESUME CONTEXTE ET JUSTIFICATION
- II. OBJECTIFS
  - a. OBJECTIFS GENERAL DE LA NOTE CONCEPTUELLEOBJECTIF
  - b. OBJECTIFS SPECIFIQUES
- III. METHODOLOGIES
  - a. TYPE DE L'ETUDE
  - b. POPULATION DE L'ETUDE
  - c. SITE DE L'ETUDE
  - d. ECHANTILLONAGE
  - e. COLLECTE DES DONNEES
  - f. MISE EN ŒUVRE DE L'ETUDE
- IV. PLAN DE SAISIE ET D'ANALYSE DES DONNEES
- V. ANNEXES

# 1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Avec 198 millions d'épisodes et 438 mille décès rapportés en 2015 (World Malaria Report 2015), le paludisme reste l'une des maladies parasitaires les plus répandues et les plus meurtrières dans le monde, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans qui représentent 86% des décès enregistrés. Le paludisme prélève son plus grand tribut dans la région africaine, ou survienne selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 89% des cas rapportés et 91% des décès. Environ 40% de la mortalité imputable au paludisme dans le monde est concentré dans 2 pays à savoir le Nigeria et la République Démocratique du Congo RDC (WHO-WMR 2014).

Au cours des 15 dernières années, entre 2000 et 2015, la forte intensification des interventions de lutte contre le paludisme a contribué à faire reculer de 60% le taux de mortalité imputable au paludisme au niveau mondial, évitant ainsi, selon les estimations, 6,2 millions de décès (WHO, Malaria fact sheet 94, 2015). Dans la Région africaine de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ce taux a baissé de 66% (AMS 2016-2030). En RDC, des progrès remarquables ont été enregistrés en rapport avec la réduction de la morbidité palustre et de la mortalité infantile. La morbidité proportionnelle chez l'enfant de moins de 5 ans est passée de 41% en 2010 à 37% en 2014 soit une réduction de 10%. La mortalité infantile a baissé de 37% passant de 92‰ en 2010 à 58‰ en 2014 dont 33% liés à la prévention du paludisme (RPP MAL-RDC-2015).

En dépit de ces progrès, le paludisme reste un problème majeur de sante publique en RDC. Il est en tête des causes de consultation, d'hospitalisation et de décès. Chaque heure, quelque part en RDC, « au moins 3 familles sont endeuillées à cause du paludisme et plus de deux enfants perdent la vie à cause du Paludisme » (RPP MAL-RDC-2015).

En accord avec les objectifs du plan mondial de lutte contre le paludisme, la RDC s'est fixé comme objectif :

- Au moins 80% des cas fébriles soient testés avec les tests de diagnostic rapide (TDR)
- 100% des cas confirmés paludisme reçoivent précocement un traitement antipaludique combiné à base d'artémisinine (ACT)
- Au moins 60% des femmes enceintes bénéficient d'au moins trois doses du traitement préventif intermittent (TPI) avec la SP.

Mais les récentes études (EDS 2013-2014, RDC) montre que :

- 39 % seulement des enfants de moins de 5 ans avec fièvre sont testés et seulement 3 % avec paludisme confirmé sont traités aux ACT
- 14% seulement des femmes enceintes bénéficient du TPI2

Ces données sont confirmées par Selon une récente étude ( Octobre 2016) diligentée par le Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme (PNLP) et mise en œuvre par le Projet de Santé Intégré plus (Prosani plus) avec le financement de l'Initiative du Président américain pour la lutte contre la Malaria (PMI), des comportements à problème augmentant le risque d'attraper la malaria ou d'en mourir ont été identifiés dans la population des zones de santé (ZS) d'Idjwi et de Miti-Murhesa tels que :

- 35% (ZS Miti-Murhesa) et 15% (ZS Idjwi) des femmes enceintes fréquentent pas les services de consultation pré natale (CPN) ;
- 85% (ZS Miti-Murhesa) et 53% (ZS Idjwi) des femmes enceintes commencent en retard la CPN (à 5 mois de grossesse ou plus) ;
- 79% (ZS Miti-Murhesa) et 24% (ZS Idjwi) des femmes enceintes ne savent pas que la prise de la SP est un moyen de prévention contre la malaria ;
- 45% (ZS Miti-Murhesa) et 25% (ZS Idjwi) des prestataires de soins ne diffusent pas les messages sur l'importance de la CPN et du TPI avec la SP aux femmes enceintes lors de la CPN avec comme conséquence que ces dernières commencent en retard la CPN (à 5 mois de grossesse ou plus) ;
- 99% (ZS Miti-Murhesa) et 90% (ZS Idjwi) des femmes enceintes qui se rendent à la CPN ne complètent pas les 4 doses de SP requises ;
- En cas de fièvre, 20% des femmes enceintes ou gardiennes des enfants de moins de 5 ans recourent à l'automédication dans les pharmacies ou vont voir les tradi praticiens ;
- Plus de 95% des prestataires des soins ne diffusent pas le message selon lequel une prise en charge (PEC) de la malaria est subventionnée pour un meilleur accès aux soins ;
- 25% des femmes enceintes ou gardiennes d'enfants ne savent pas entretenir (réparation des trous, lavage...) une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MILD).

Une campagne de communication pour le changement de comportement a été menée pendant 4 mois de juillet à octobre 2017 dans les 2 ZS en vue de renforcer les comportements clés tel que :

1. L'importance de bénéficier d'au moins trois doses de TPI pour prévenir le paludisme et ses conséquences sur le fœtus ;
2. l'importance de la reconnaissance des symptômes conduit a amené les enfants de moins de 5 ans fébriles dans les fosa sans délai
3. Se faire traiter aux ACT recommandées (AL ou ASAQ) par la politique en cas de confirmation biologique du paludisme
4. L'importance de faire dormir son enfant de moins de 5 ans chaque nuit sous MILD pour prévenir le paludisme

Dans le cadre de la mise en œuvre de ses activités particulièrement dans les volets malaria et communication, IHPplus en collaboration avec le Programme Nationale de lutte contre le Paludisme (PNLP) a mené pendant 4 mois de juillet à octobre 2017 une campagne de communication pour le changement social et de comportement afin d'améliorer la prévention et la gestion des cas de paludisme au niveau de la communauté et des formations sanitaires. Ce présent travail à travers la phase d'enquête post campagne vise à évaluer l'impact de cette intervention sur la gestion et la prévention du paludisme par la communauté et les prestataires de soins. Cette phase de post campagne sera menée dans le courant du mois de de novembre par un cabinet autonome expert en conduite d'enquête de terrain afin d'éviter que le MoH et projet IHPplus ne soient à la fois juge et partie.

## **2. OBJECTIFS**

### **2.1.OBJECTIF GENERAL**

Cette enquête vise à évaluer les effets immédiats de la campagne de communication pour le changement de comportement dans l'amélioration de l'état de santé de la population des deux zones de santé ciblées (IDJWI ET MITI MURHESA) dans la province du Sud Kivu.

## **2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- Evaluer le niveau d'atteinte des indicateurs en rapport avec le TPI/CPN
- Déterminer le niveau d'atteinte de recours aux soins (femme enceinte et enfant de moins de 5 ans)
- Déterminer le niveau de connaissance et de perception de la communauté sur le paludisme et les moyens de le prévenir
- Déterminer les obstacles liés à l'accès aux soins et au recours précoce à la CPN
- Déterminer le niveau d'utilisation de la MILD
- Evaluer le niveau d'adhérence des prestataires de soins au respect du protocole nationale sur la prévention et PEC du paludisme

## **3. METHODOLOGIE**

### **3.1. DESIGN**

Une évaluation quasi-expérimentale avec 2 designs dont le premier pré-test- intervention- posttest et le second cas-témoin.

Il s'agit d'une évaluation utilisant une approche quantitative à l'aide d'un questionnaire pour la collecte des données.

- L'étude de base a permis essentiellement d'obtenir les informations sur le niveau des indicateurs avant l'intervention
- L'intervention a consisté à la mise en œuvre de la phase de de la campagne de communication pour le changement de comportement dans les ZS de IDJWII et de Miti Murhesa. L'approche zonale pour une couverture totale a été utilisée. L'intervention a duré 4 mois (juillet à octobre 2017) et s'est faite avec l'aide des relais communautaires
- Les données obtenues au cours de la mise en œuvre des phases précampagne et de campagne seront collectées de nouveau en post- campagne en mettant en exergue les questions en rapport avec le TPI. Cette phase se déroulera au cours du mois de nombre 2017. Lors de l'analyse, nous allons les comparer aux données de based-line afin de mesurer l'impact de la campagne sur la prise en charge de la malaria dans ces deux zones de santé

### **3.2. ECHANTILLONAGE**

- Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans constituent les unités statistiques en ce qui concerne l'évaluation des connaissances sur le paludisme, l'utilisation de la

MILD et les comportements défavorables à la prévention et la gestion des cas, recours aux soins dans les 24 heures suivant l'apparition des signes.

- La femme enceinte constitue aussi l'unité statistique pour l'évaluation de la couverture en TPI 3 et CPN 1 à la 16eme semaine.

### 3.3. TYPE D'ETUDE

Les données seront collectées aussi bien dans les ménages de deux zones de santé de Miti-Murhesa et Idjwi et que dans les formations sanitaires.

### 3.4. GROUPES CIBLES ET INDICATEURS

L'étude cible les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes dans les ménages et les prestataires de soins dans les formations sanitaires. Les indicateurs à évaluer :

- dans les ménages (par rapport aux connaissances)
  - La proportion des femmes enceintes et gardiennes d'enfants qui connaissent le mode de transmission, de prévention et de prise en charge du paludisme
  - La proportion des femmes enceintes et gardiens d'enfants qui ont été exposés aux messages sur le paludisme
- Dans les ménages (par rapport aux attitudes et pratiques)
  - La proportion des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans ménages qui dorment sous la MILD
  - La proportion des femmes enceintes qui ont fréquentées la CPN lors de la dernière grossesse
  - Proportion des femmes enceintes et enfant de moins de 5 ans qui ont recours aux soins en cas de fièvre
  - Proportion des gardiens d'enfant qui connaissent les symptômes du paludisme
  - Proportion des femmes enceintes qui connaissent les conséquences du paludisme sur la grossesse
  -
- Dans les formations sanitaires
  - La proportion des femmes enceintes qui ont fréquentées la CPN 1
  - La proportion des femmes enceintes qui ont fréquentées la CPN 1 a la 16eme semaine
  - La proportion des femmes enceintes qui ont reçu le TPI 3 et TPI4
  - La proportion des femmes enceintes qui ont reçu des messages pour rappel du RDV CPN
  - La proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant la fièvre qui ont été emmenés dans un centre de santé ou un site de soins communautaires dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes

### Critères d'inclusion

- Enfants de moins de 5 ans ou femme enceinte vivant dans un ménage se trouvant dans les 2 ZS sélectionnées et y ayant séjourné pendant toute la période de campagne (de juillet à octobre 2017)
- Enfants de moins de 5 ans ou femmes enceintes vivant dans un ménage de la ZS sélectionnée comme témoin

### **Critères d'exclusion**

Ménage n'ayant pas un enfant de moins de 5 ans et ou femme enceinte.

## **3.5. ECHANTILLONNAGE**

La méthode de sondage la plus adaptée pour cette étude est la méthode LQAS (Lot Quality Assurance Sampling) Lot Quality Assurance Sampling (LQAS) est une méthode qui permet d'évaluer un programme en analysant les données recueillies auprès d'un petit échantillon.

Le LQAS est devenu un outil de gestion pratique pour mener des enquêtes de base et suivre les services et les besoins de santé. Les avantages de cette méthodologie comprennent les points suivants:

- Les procédures d'échantillonnage et les analyses sont relativement simples et les gestionnaires locaux et les agents de santé peuvent utiliser les résultats immédiatement.
- Les données en provenance des zones individuelles de supervision (ZS) peuvent être compilées pour évaluer la couverture pour la Zone d'Intervention (ZI) de tout le programme.
- Il suffit d'un petit échantillon pour pouvoir déterminer qu'une ZS n'a pas atteint le niveau moyen de couverture de la zone d'intervention ou un objectif prédéterminé.

### **3.5.1. Tirage de l'échantillon**

Avant de déterminer la taille de l'échantillon, pour cette étude, nous définissons les termes suivants pour cette enquête :

- *Zone d'intervention* (les deux zones de sante Mitimurhesa, Idjwi et une zone témoin a déterminer )
- *Zone de supervision (groupe de 3 voire 4 aires de sante) selon le critère de rapprochement (voir cartographie en annexe)*

Nous utilisons la méthode LQAS (Lot Quality Assurance Sampling) en stratifiant notre zone d'intervention : les deux zones de sante Mitimurhesa et Idjwi en 8 + xxx zones de supervision dont 3 dans la zone de sante Mitimurhesao et 5 dans la zone de sante Idjwi + xxx dans la zone de sante temoin. Dans chacune de zone de supervision nous aurons à mener 25 interviews (soit xxx interviews au total).

### **3.5.2. Unités et base de sondage**

L'enquête dans les ménages est à plusieurs degrés. Les unités de sondage sont, au premier degré, les lieux d'interviews (villages) et au second degré, les ménages. Ainsi, au premier degré, les bases de sondage sont constituées par les listes des villages de chaque Aire de Supervision assorties de leurs effectifs de population. Au second degré, ce sont les listes des ménages des villages sélectionnés au premier degré. Ces dernières listes sont déjà disponibles pour les 3 ZS d'intervention (constituée lors de l'enquête pré campagne dans les 2 ZS d'intervention) et la liste sera constituée seulement pour les ménages dans la ZS sélectionnée comme témoin.

Les formations sanitaires et sites communautaires seront recensés et tous interviewés étant donné qu'ils sont en petit nombre.

Dans l'enquête ménages, pour arriver à choisir les sites d'interview de manière aléatoire et suivant la procédure de tirage systématique avec des probabilités proportionnelles aux tailles des unités (effectifs de population), on procède comme suit :

- Obtenir de la Division Provinciale de la Santé Sud Kivu la liste de toutes les communautés/ village et leur population dans chaque zone de supervision. Cette liste est appelée le *Cadre d'échantillonnage*. Il n'est pas nécessaire qu'elle soit à jour, pourvu qu'elle indique la taille relative des communautés. Le cadre d'échantillonnage sera sous forme de tableur Excel.
- Calculer la population cumulée de chaque zone de supervision.
- Calculer l'écart d'échantillonnage ou pas de sondage (population totale divisée par la taille de l'échantillon, pour notre cas 25 par zone de supervision)
- Choisir un nombre au hasard au moyen de la table des nombres aléatoires. (entier inférieur au pas de sondage)
- Partant du nombre choisi au hasard, ajouter l'écart d'échantillonnage pour identifier des sites compatibles avec le nombre d'interviews nécessaires.

Ceci permettra d'établir une liste de 25 sites d'interview par zone de supervision. Un répondant de chaque groupe cible sera alors sélectionné dans chaque site d'interview à l'aide de la méthode détaillée ci-dessous.

#### **a) Sélection des sites d'interview**

Dans chaque site d'interview un ménage de départ sera choisi au hasard par la méthode d'échantillonnage de segmentation. Pour cela, on suivra les étapes suivantes:

- Avec l'aide d'un leader communautaire, tracer la carte des ménages sur le site d'interview. La carte indiquera la position des points de repère clés, les routes, les sentiers, les magasins, les églises, les mosquées, les terrains de football, etc.
- L'enquêteur divise la communauté en deux ou plusieurs segments clairement définis contenant un nombre plus ou moins égal de ménages.
- Il en choisit un à l'aide de la table des nombres aléatoires.
- Le segment choisi peut être subdivisé encore, répétant le processus jusqu'à obtenir un nombre gérable de ménages (normalement <30 ménages).
- L'intervieweur numérote les ménages et en choisit un au hasard. Ce sera le ménage de départ pour commencer à identifier les personnes à interviewer dans les différents groupes cibles

L'enquêteur va alors passer de ménage en ménage jusqu'à ce qu'il trouve un répondant éligible à l'enquête. Il peut y avoir plus d'un répondant appartenant dans le même ménage. Il faut en choisir un au hasard; de préférence, il faut le considérer comme priorité et interviewer le répondant aussitôt qu'on l'a trouvé

**b) Protocole pour la sélection des personnes à interviewer**

- 1) On commence par demander si un enfant de moins de cinq ans vit dans le ménage de contact

Si Oui, ce ménage est choisi comme le premier des ménages où doit se dérouler les interviews.

- 2) Si dans ce ménage il n'y a pas un enfant de moins de 5 ans, on doit aller dans la maison la plus proche du ménage de contact et de nouveau on demande si un enfant de 0-59 mois vivait là-bas. Selon la réponse, on s'installe pour procéder à l'interview ou on continue, de proche en proche, jusqu'à ce qu'on trouve le ménage recherché (le premier ménage à interviewer)

Dans le cas où deux enfants éligibles sont dans le ménage initial, le plus jeune enfant est prioritaire.

- 3) Demander si la personne était présente dans la zone pendant la période de campagne c'est à dire pendant la période de juillet à octobre 2017

**c) Répartition de l'échantillon**

*Voir fichier Excel en attaché*

### **3.5.3. PLAN DE COLLECTE DES DONNEES**

**1) Outils de collecte**

L'approche quantitative qui a été utilisée lors du pré-test (pré-intervention) sera aussi utilisée au post-test (post-intervention). Elle va consister dans un premier temps à la réalisation des interviews individuelles des femmes enceintes ou gardiennes d'enfants et des infirmiers titulaires des aires de santé à l'aide de deux questionnaires structurés qui seront également pré-testés dans un site non-inclus pour l'étude. Les outils de collecte des données utilisés ont été conçus et pré testés sur le terrain avant le début de la phase une (enquête pré campagne). Néanmoins compte tenu du fait que lors de la phase pré-intervention les indicateurs en rapport avec l'exposition Certains indicateurs en rapport avec le TPI n'avait pas été suffisamment abordés et que les indicateurs en rapport avec les messages ne pouvait pas être des questions supplémentaires seront ajoutées aux post test .

**2) Obtention des autorisations**

Avant le démarrage de l'étude, l'équipe se chargera d'obtenir les autorisations suivantes :

- Obtention des autorisations des autorités nationales à travers le Programme National de lutte contre le Paludisme ;
- Obtention des autorités administratives locales et de la communauté (consentement à participer)

**3) Le personnel de l'étude :**

L'équipe sera constituée par le cabinet qui sera recruté pour conduire l'activité. L'investigateur assurera la coordination et le suivi des activités.

Le personnel de terrain est composé des personnes ci-après : (i) le Superviseur local de recherche de la zone de santé ; (ii) l'enquêteur.

Un superviseur local sera affecté dans chaque ZS ce qui fera un total de 2 superviseurs locaux et pour chaque aire de supervision un couple d'enquêteurs sera affecté ce qui fait un total de 16 enquêteurs.

Le Superviseur sera chargé d'assurer la mise en œuvre de l'étude dans la Zone de santé d'affectation. Il sera responsable de la préparation, de l'organisation et de la direction du travail sur le terrain. Ainsi, il devra s'assurer que la collecte des données se fait conformément aux procédures détaillées dans la note conceptuelle.

Il sera recruté à Kinshasa et devra avoir une bonne expérience dans la conduite d'enquêtes qualitatives et quantitatives.

Le cabinet qui sera sélectionné se chargera de recruter les enquêteurs qui seront chargés de mener l'enquête.

La collecte des données au niveau des ménages se fera par interview du chef de ménage et préférentiellement avec la mère ou la gardienne des enfants de moins de 5 ans, à l'aide du questionnaire standardisé

La collecte des données au niveau des formations sanitaires sera faite grâce au registre des visites CPN, des fiches des malades et des registres de consultations curatives.

#### **4) Formation du personnel**

##### **A. Formation des enquêteurs**

La durée normale d'un programme de formation en LQAS est de 4 jours avant l'enquête. Ladite formation pendant 4 jours en LQAS donnent aux participants toutes les compétences requises pour réaliser l'enquête. Les sujets traités sont:

- **Jour 1:** Utilisation des enquêtes, importance de l'échantillonnage aléatoire et méthodologie LQAS. Sélection des sites d'interview
- **Jour 2:** Sélection des répondants, pratique sur le terrain 1 – échantillonnage par segmentation
- **Jour 3:** Examen des questionnaires, planification de la collecte de données, compétences pour interviewer, pratique sur le terrain 2 – interview des participants
- **Jour 4 :** Planification d'enquête

En substance, la formation pour le renforcement des capacités des acteurs se déroulera en 2 temps : les 2 superviseurs locaux seront formés à Bukavu en 1 session de 3 jours avec un jour de terrain pour le prétest du canevas de collecte des données ; de la méthodologie d'échantillonnage de notions sur l'éthique dans la recherche.

Les superviseurs locaux seront à leur tour responsable de la formation pendant 3 jours des enquêteurs des sites sous leurs responsabilités a raison de 5 paires soit 10 enquêteurs dans la ZS de Idjwi et 3 paires soit 6benquêteurs dans la ZS de Miti-Murhesa en utilisant les mêmes outils qu'ils ont reçus à la formation.

#### **4. PLAN DE TRAITEMENT ET D'ANALYSE DES DONNEES**

Une fois les questionnaires arrivés au Bureau de coordination du cabinet d'expertise qui sera retenue pour ce travail, ils devront être numérotés et répartis par ZS. Les réponses aux questions ouvertes devront être codifiées en utilisant le guide de codification qui sera élaboré au préalable.

Une double saisie des données sera faite en utilisant le logiciel Epi info ver 6.0.4.d.

L'analyse des données quantitatives devra être faite à l'aide du logiciel SPSS ver 19 et au seuil de confiance de 0.05. Les moyennes, les médianes et les déviations standards devront être calculées pour les variables quantitatives. Des tableaux de fréquences devront être tirés.

Les différentes sources des données (interviews des relais, revues documentaires et interviews des mères/gardiennes des enfants référés) devront être analysées par triangulation afin de fournir l'information la plus exhaustive.

## 7. CONSENTEMENT ECLAIRE

Avant de débuter toute interview, un consentement éclairé sera demandé aux participants à l'étude. Un consentement écrit sera exigé de la mère/gardiennne ou de la femme enceinte avant qu'il ne soit enrôlé dans l'étude au cours de l'interview.

Tout sera fait pour protéger la confidentialité et l'anonymat des participants :

- Sur les questionnaires, les noms et adresses ne seront pris que pour faciliter leur l'encodage et la supervision lors de l'enquête. Seul le personnel impliqué dans l'étude et l'Equipe de IHPplus auront accès à ces informations. Avant de faire partie de l'étude, ils devront accepter de prendre l'engagement ferme de ne divulguer aucune information à caractère privé à des tierces autres personnes.
- De plus, aucune motivation d'ordre financier ne sera octroyée aux participants de l'étude.
- Sur terrain, les questionnaires d'enquête seront conservés dans un endroit sûr et verrouillé. L'accès à ces documents après leur stockage sera limité à l'Equipe de recherche.
- Au Bureau de Coordination de l'étude à Kinshasa, les fiches et questionnaires seront également conservés dans un lieu sécurisé et seul le personnel de l'étude aura accès à ces informations.

## 8. PLAN DE TRAVAIL

ACTIVITES	RESPONS ABLE														
		J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	
Obtention des autorisations															
Descente sur terrain															
Formation des superviseurs															
Formations des enquêteurs															
Collecte des données dans les fosa et communautés															
Codification et saisie															
Analyse des données															
Elaboration du rapport final															

## **9. ELABORATION DE LA PHASE POST CAMPAGNE**

Le cabinet retenu élaborera le rapport de la phase post campagne et le mettra à la disposition de IHPplus et du ministère ainsi que tous les documents produits au cours de ce travail

## **10. PLAN DE DIFFUSION DES RESULTATS DE L'ENQUETE**

Les résultats de l'étude seront présentés sous forme de leçons apprises au cours d'un atelier au niveau de la province et au niveau national et serviront de base pour le passage à échelle de cette stratégie à travers la RDC afin de contribuer à l'amélioration de la gestion des cas de paludisme par le CCSC.

## **ANNEXES**

### **ANNEXE 1 : Formulaires de consentement éclairé**

- 1.1 Pour les interviews des femmes enceintes
- 1.2 Pour les interviews des infirmiers titulaires des centres de santé
- 1.3 Pour les interviews des mères/gardiennes d'enfants de moins de 5 ans

### **ANNEXE 2 : Questionnaires**

- 2.1 Pour les interviews des femmes enceintes
- 2.2 Pour les interviews des infirmiers titulaires des centres de santé
- 2.3 Pour les interviews des mères/gardiennes d'enfants de moins de 5 ans

### **ANNEXE 3 : liste de l'échantillon**

- 3.1 Pour les ménages
- 2.2 Pour les formations sanitaires