



## Déterminants de la faible participation des relais communautaires aux activités des soins de santé primaires : cas de la Zone de Santé de Kabondo, Province de la Tshopo, République Démocratique du Congo

[Determinants of the low participation of community relays in primary health care activities: the case of the Kabondo Health Zone, Tshopo Province, Democratic Republic of Congo]

Kilima Musamba Jean Pierre<sup>1\*</sup>, Eloko Eya Matangelo Gérard<sup>2</sup> & Ntoto Kunzi Bernard<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Section Santé Communautaire, Orientation Politique et Systèmes de Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Yangambi, Yangambi, République Démocratique du Congo.*

<sup>2</sup>*Section Santé Communautaire, Orientation Suivi et Evaluation des Programmes, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo.*

### Résumé

Après avoir constaté la faible implication des relais communautaires de la zone de santé de Kabondo aux activités des soins de santé primaires, nous avons jugé utile de mener une étude sur les déterminants de la faible participation des relais communautaires aux activités des soins de santé primaires : cas de la zone de santé de Kabondo, province de la Tshopo. Il s'agit d'une étude descriptive transversale orientée vers le paradigme quantitatif. La taille de l'échantillon est de 73 relais communautaires soit le 10 % de la population totale. La technique d'interview appuyée par un questionnaire préétabli nous a permis de collecter les données de notre recherche. Les données ont été encodées et analysées dans le logiciel IBM SPSS version 22. Les résultats de cette étude ont montré que les déterminants de la faible participation des relais communautaires aux activités des soins de santé primaires sont le remboursement des dépenses médicales des enquêtes (78,1%), la charge de travail des enquêtés en dehors des activités de la zone de santé (56,8%), manque de bénéficier de certains avantages après exécutions des activités de santé (63%) et manque de formation et recyclage des RECO par les autorités sanitaires de la zone de santé (71,3%). Ces résultats soulignent l'importance d'une approche intégrée pour renforcer la participation des relais communautaires. Ainsi, des programmes de formation adaptés, une meilleure allocation des ressources et une reconnaissance accrue de leurs rôles sont essentiels pour améliorer leur engagement. La faible participation des relais communautaires aux activités des soins de santé primaires est due au non remboursement des dépenses médicales, la charge de travail des en dehors des activités de la zone de santé, le manque de bénéficier de certains avantages après exécutions des activités de santé et le manque de formation et recyclage des RECO par les autorités sanitaires de la zone de santé.

**Mots-clés :** Déterminants, zone de santé, aire de santé, relais communautaires, soins de santé primaire

### Abstract

After noting the low involvement of community relays in the Kabondo health zone in primary health care activities, we thought it would be useful to conduct a study on the determinants of the low involvement of community relays in primary health care activities: the case of the Kabondo health zone, Tshopo province. This is a descriptive cross-sectional study based on a quantitative paradigm. The sample size consisted of 73 community health workers, representing 10% of the total population. Data collection was conducted through interviews supported by a pre-established questionnaire. The collected data were encoded and analyzed using IBM SPSS software version 22. The results of this study revealed that the determinants of low participation of community health workers in primary healthcare activities include the lack of reimbursement for medical expenses during surveys (78.1%), the workload of respondents outside the Health Zone's activities (56.8%), the absence of benefits after completing health-related activities (63%), and the lack of training and refresher courses provided to CHWs by the Health Zone authorities (71.3%). These findings highlight the importance of an integrated approach to enhance the participation of community health workers. Thus, tailored training programs, better resource allocation, and increased recognition of their role are essential to improving their engagement. The low participation of community health workers in primary healthcare activities is due to the non-reimbursement of medical expenses, the workload outside the activities of the health zone, the lack of certain benefits after completing health activities, and the lack of training and refresher courses for community health workers by the health zone authorities.

**Keywords:** Determinants, health zone, health area, community relays, primary health care

\*Auteur correspondant: Kilima Musamba Jean Pierre, ([kilimajeangepierre@gmail.com](mailto:kilimajeangepierre@gmail.com)). Tél. : (+243) 812 286 107

Reçu le 03/02/2025 ; Révisé le 24/02/2025 ; Accepté le 27/03/2025

DOI: <https://doi.org/10.59228/rcst.025.v4.i2.142>

Copyright: ©2025 Kilima et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License (CC-BY-NC-SA 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

## 1. Introduction

La participation communautaire est reconnue comme un élément essentiel pour l'amélioration des soins de santé primaires (Bourgeuil et al., 2021). Les relais communautaires, considérés comme des acteurs clés, jouent un rôle crucial dans la sensibilisation, la prévention des maladies, et la promotion de la santé au sein des communautés (Rifkin et al., 2000). Leur contribution garantit la durabilité et l'acceptabilité des interventions sanitaires, en particulier dans les zones sous-desservies.

En Afrique, dans plusieurs pays, y compris en République démocratique du Congo (RDC), la participation effective des relais communautaires reste faible (Ngoma et al., 2016). Cette situation est particulièrement préoccupante, car elle limite l'efficacité des programmes de santé communautaire et freine l'atteinte des objectifs de santé publique (Mukwege, 2018).

Les études sur la participation des relais communautaires en Afrique subsaharienne montrent que les défis logistiques et financiers constituent des obstacles majeurs à l'efficacité de ces travailleurs dans le système de soins de santé primaire. Par exemple, une étude au Togo a révélé que 40 % des relais communautaires manquaient de formation spécifique et d'outils nécessaires pour accomplir leurs missions, ce qui limite leur capacité à participer efficacement aux programmes de santé (Kossi et al., 2024). De plus, selon une étude menée au Burkina Faso, 60 % des relais communautaires ont indiqué que l'absence de soutien matériel, comme les kits médicaux et les médicaments, constituait un obstacle significatif à leur engagement dans les activités de santé (Ouedraogo et al., 2020).

En RDC, malgré l'intégration des relais communautaires dans les systèmes locaux de santé, de nombreux défis tels que le manque de formation, l'insuffisance de motivation financière et matérielle, et l'absence de supervision adéquate sont à mentionner.

Dans la zone de santé de Kabondo, située dans la province de la Tshopo, ces problèmes sont également observés. Les relais communautaires, bien que présents, participent peu aux activités de sensibilisation, de vaccination et de prévention des maladies (Perez et al., 2009 ; Faye, 2012). Selon une enquête locale (Zuma et al., 2017), moins de 30 % des relais participent régulièrement aux réunions et aux activités planifiées. Plusieurs raisons sont avancées,

notamment la précarité des conditions de travail, le manque d'incitations, et la faible implication des structures locales de santé dans leur encadrement.

Tout au long de notre étude, nous tenterons de répondre à la question de savoir quels sont les déterminants liés à la faible participation des relais communautaires aux activités des soins de santé primaires dans la Zone de Santé de Kabondo ?

L'objectif général de notre étude est de décrire les déterminants liés à la faible participation des relais communautaires aux activités de soins de santé primaires dans la zone de santé de Kabondo à Kisangani, province de la Tshopo en RDC.

## 2. Matériels et méthodes

### 2.1. Site d'étude

Notre étude s'est déroulée dans la zone de santé de Kabondo, l'une des cinq zones de santé situées dans la ville de Kisangani, province de la Tshopo en RDC. Ses missions sont entre autres la vulgarisation des soins de santé primaires conformément à la prévention et à la promotion de la santé de la communauté selon les vœux que l'OMS avait exprimés vers les années 1980 et aussi la promotion de la pratique professionnelle en faveur des apprenants du domaine de la science de santé en particulier ceux de la santé communautaire. Le choix de cette zone de santé de Kabondo se justifie par le fait que nous y sommes résidents et observons souvent l'évolution des activités des soins de santé primaires dans les Aires de santé constituant ladite zone de santé.

### 2.2. Type d'étude

Cette étude descriptive transversale orientée vers le paradigme quantitatif et menée auprès de 73 relais communautaires sur les déterminants de leur faible participation aux activités des soins de santé primaires dans la zone de santé de Kabondo.

### 2.3. Population de l'étude

La population cible de notre étude est constituée des relais communautaires (hommes ou femmes) des 16 aires de santé de la zone de santé de Kabondo.

La taille désirée de notre échantillon est déterminée en prélevant la proportion de 10% de notre population cible par aire de santé de la zone de santé de Kabondo. Ainsi la taille retenue est de 73 Relais communautaires représentant les 10% de 730 relais communautaires considérés sur population totale de notre étude dans la zone de santé de Kabondo.

## 2.4. Critères de sélection

### 2.4.1. Inclusion

Sont concernés par notre étude, toute personne âgée de 18 ans et plus habitant la Zone de santé de Kabondo pendant la période de notre étude, ayant exercé les activités de soins de santé primaires en qualité de relais communautaire et acceptant volontairement de répondre au questionnaire d'enquête de notre étude.

### 2.4.2. Non inclusion

Ne sont pas concernés par notre étude, toute personne qui ne remplit pas les critères d'inclusion retenus ci-haut.

## 2.5. Echantillon

La zone de santé de Kabondo a en son sein 16 A.S reparties en 225 C.A.C. (Villages, Rues, Trans, Avenues et quartiers) ayant au total 730 relais communautaires.

Par manque des moyens financiers, matériels, temporels pour travailler avec tous les 730 relais communautaires de la Z.S de Kabondo, nous avons retenu 73 RECO soit 10% de la population totale (730).

attestations de recherche n° 223/012/2024 et d'affectation pour le stage de recherche de Master n°212/ISTM/TC/OA/MN/2024 ; visées et approuvées par le médecin chef de zone de santé de Kabondo, nous sommes descendus dans les aires de santé où nous avons administré notre questionnaire d'enquête d'environ 40-45 minutes à chacun de nos enquêtés. Le recours fait aux langues nationales en occurrence : Swahili et Lingala a facilité, au besoin, la compréhension du questionnaire aux enquêtés.

La collecte des données était centrée sur les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés (âge, sexe, état civil et taille de ménage), les caractéristiques éducationnelles des enquêtés (niveau d'étude, religion fréquentée), les facteurs rendant capable (secteur d'emploi, préférence en qualité des RECO et lieu de résidence), facteurs renforçant (temps habité à la zone de santé, avoir une formation de droit de l'homme en matière de santé et une formation en rapport avec les activités de relais communautaire, position au sein de CODEV, remboursement des dépenses liées aux soins de santé des relais communautaires, avoir une activité génératrice des

*Tableau 1. Répartition des effectifs et la taille proportionnée de l'échantillon des relais communautaires (RECO) dans les aires de santé (AS) de la zone de santé de Kabondo*

N°	Aires de santé	Nombre de RECO/AS	%	Taille d'échantillon par AS 10%	Nbre des CAC/AS	Nbre des ménages/AS
1	BOLONGUE	33	4,5	3	18	1792
2	BON SAMARITAIN	38	5,2	4	7	1867
3	FOYER	62	8,5	6	18	2996
4	GLORIA	54	7,4	5	13	2698
5	KANDANGWA	19	2,6	2	4	898
6	KANDOLO	33	4,5	3	10	1543
7	KIBIBI	44	6,0	4	18	2059
8	MOKILI	55	7,5	6	18	2600
9	MUKWANGA	11	1,5	1	15	1399
10	MUUNGANO	72	9,9	7	28	3244
11	NGENENGENE	26	3,6	3	11	1254
12	St CAMILE	77	10,6	8	11	3691
13	UMOJA	62	8,5	6	18	3359
14	WANDUGU	63	8,6	6	18	2989
15	YABISO	45	6,2	5	9	2060
16	ZAWADI	36	4,9	4	9	1552
	<b>TOTAL</b>	<b>730</b>	<b>100</b>	<b>73</b>	<b>225</b>	<b>36001</b>

### 2.6. Période d'étude et processus de collecte des données

La collecte des données s'est réalisée pendant 72 jours, soit du 09 août au 09 Novembre 2024.

Après l'obtention d'autorisation d'effectuer le stage de recherche par la coordination de l'école doctorale de l'ISTM Kinshasa moyennant les

recettes) et les raisons d'abandons de rôles de relais communautaires (charge de travail en qualité de relais communautaire, faible motivation, changement d'adresse de relai communautaire, non rémunération mensuelle, injustice, insuffisance des suivis des relais communautaires organisés par l'ECBCZS, manque d'assistance médicale, refus de la communauté de

recevoir les relais communautaires dans leur ménages, incompréhension de la communauté, manque de respect des membres de la communauté à l'égard des relais communautaires pendant l'exercice de leur fonction, caractère bénévole des activités rendues par les relais communautaires).

### 2.7. Considération éthique

La première démarche consistait à solliciter le consentement libre et éclairé des relais communautaires. Sur ce, le formulaire de consentement libre et éclairé a été joint à chaque exemplaire de notre questionnaire d'enquête et sa lecture ainsi que ses profondes explications en insistant sur le but et l'objectif de l'étude, facilitaient la compréhension de nos enquêtés qui n'avaient plus des difficultés pour répondre aux préoccupations leurs adressées. De notre côté, en qualité d'enquêteurs, nous nous étions engagés au respect de la confidentialité des informations en assurant l'anonymat des enquêtés. Cependant l'enquêté était libre de répondre ou pas à n'importe quelle question ou de se retirer de l'étude à tout moment sans courir aucun risque et sans aucun préjudice. Hormis les remerciements adressés aux enquêtés, ces derniers bénéficiaient d'une petite somme d'argent en terme de transport lié à leur déplacement pour rejoindre les sites d'enquête.

### 2.8. Limite de l'étude

Notre étude se limite à la découverte des déterminants de la faible participation des relais communautaires aux activités des soins de santé primaires dans les 16 aires de santé que couvre la zone de santé de Kabondo. Cette étude est susceptible de présenter certains biais entre autres : les réponses peuvent être influencées par la mémoire sélective ou l'oubli, les répondants peuvent être tentés de fournir des réponses perçues comme socialement acceptables ou en accord avec ce qu'ils pensent que les enquêteurs veulent entendre, plutôt que de donner leurs opinions véritables.

Pour contrôler le biais de réponse, nous avons utilisé les moyens suivants :

- Formulation neutre des questions : Nous avons rédigé des questions de manière claire, précise et neutre pour éviter d'influencer les réponses des participants ;

- Garantir l'anonymat : nous avons assuré aux participants que leurs réponses resteront anonymes et confidentielles pour réduire le biais de désirabilité sociale ;

- Pré test de l'outil de collecte des données (pré-enquête).

Après son adaptation aux conditions locales, et la formation des enquêteurs, ces derniers sont descendus sur terrain dans une Zone de santé autre que celle de Kabondo afin de tester l'outil de collecte et se familiariser avec ça. Ceci nous a permis d'identifier les faiblesses de l'outil et des enquêteurs que nous avons corrigés avant l'enquête proprement dite dans la ZS de Kabondo.

- Collecte des données proprement dites

La collecte des données de notre étude était réalisée soit au sein des centres de santé ou dans les autres endroits selon que nos enquêtés étaient disponibles de répondre à notre questionnaire d'enquête. Nous étions toujours accompagné d'un président de la Cellule d'Animation Sanitaire résident sur la même Rue, Avenue/ village que nos enquêtés.

## 3. Résultats

Cette section présente les principaux résultats observés chez les 73 relais communautaires enquêtés dont 57 hommes (78,1 %) contre 16 femmes (21,9 %) et l'âge moyen étant de 42,5 ans sous forme des tableaux de distributions des fréquences ; l'analyse descriptive a constitué à examiner les différents tableaux à travers les pourcentages, les moyenne arithmétiques ainsi que les proportion selon les variables explicatives concernées en relations avec les déterminants de la faible participation des relais communautaires aux activités des soins de santé primaires dans la zone de santé de Kabondo. Le [tableau II](#) présente les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés, tandis que le [tableau III](#) donne leurs caractéristiques éducationnelles.

*Tableau II. Répartition des enquêtés selon les caractéristiques sociodémographiques*

Variables	n	%
1. Sexe :	73	100,0
Masculin	57	78,1
Féminin	16	21,9
2. Age des enquêtés (ans) :	73	100,0
18 – 42	26	35,6
43 – 67	47	64,4
3. Etat civil :	73	100,0
Marié	23	31,5
Non Marié	50	68,5
4. Taille de ménage :	73	100,0
1– 5	51	69,9
6 et plus	22	30,1

**Tableau III.** Répartition des enquêtés selon les caractéristiques éducationnelles

Variables	n	%
<b>1. Niveau d'études :</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>
Universitaire	36	49,3
Non universitaire	37	50,7
<b>2. Religion :</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>
Catholique	36	49,3
Non catholique	37	50,7

**Tableau IV.** Répartition des enquêtés selon les facteurs rendant capables

Variables	n	%
<b>1. Secteurs d'emploi :</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>
Secteur publique	27	37,0
Secteur non publique	46	63,0
<b>2. Préférence en qualité de RECO :</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>
Bénévolat	18	24,7
Salarie	55	75,3
<b>3. Lieu de résidence :</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>
Zone de sante	73	100,0
Hors zone de sante	00	00,0

**Tableau V.** Répartition des enquêtés selon les déterminants

Variables	n	%
<b>1. Remboursement des dépenses médicales des enquêtes</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>
Oui	16	21,9
Non	57	78,1
<b>2. Charge de travail des enquêtés en dehors des activités de la Zone de santé</b>	<b>73</b>	<b>100</b>
Oui	41	56,8
Non	32	33,3
<b>3. Manque de bénéficiaire de certains avantages après exécutions des activités de santé</b>	<b>73</b>	<b>100</b>
Oui	46	63%
Non	27	37%

Il ressort de ce **tableau V** que le non remboursement des dépenses médicales des enquêtes représentent 78,1%), la charge de travail des enquêtés en dehors des activités de la Zone de santé (56,8%) et manque de bénéficiaire de certains avantages après exécutions des activités de santé (63%).

## 4. Discussion

### 4.1. Caractéristiques sociodémographiques

Les résultats soulignent l'importance d'une approche intégrée pour renforcer la participation des relais communautaires. Ainsi, des programmes de formation adaptés, une meilleure allocation des ressources et une reconnaissance accrue de leur rôle sont essentiels pour améliorer leur engagement.

Après analyse des résultats de notre recherche, les caractéristiques socio – démographiques, culturelles, économiques, temporelles et environnementales se résument de la manière suivante :

La majorité de nos enquêtés était des hommes 57 soit (78,1 %) contre 16 femmes (21,9 %) et l'âge moyen étant de 42,5 ans : cette majorité des hommes en tant que relais communautaire dans la zone de santé de Kabondo est perçue de plusieurs manières positives. Tout d'abord, cela témoigne d'une implication croissante des hommes dans les questions de santé communautaire, ce qui est essentiel pour promouvoir des comportements sains et sensibiliser les populations. Leur présence contribue également à briser des stéréotypes de genre, en montrant que la santé est une responsabilité partagée.

De plus, les hommes relais jouent un rôle clés dans l'engagement des autres hommes et des jeunes, en facilitant des discussions sur des sujets souvent considérés comme tabous, comme la santé de reproduction ou la prévention des maladies. Cela renforce également la confiance au sein de la communauté, car les relais communautaires sont souvent perçus comme des figures de confiance. Cependant, il est important de s'assurer que cette dynamique ne marginalise pas les femmes, qui ont également un rôle crucial à jouer dans la santé communautaire. Une approche équilibrée, où les hommes et les femmes collaborent en tant que relais pourrait maximiser l'impact des initiatives sabotées dans la zone de santé. En somme, l'engagement des hommes dans ce rôle est prometteur, mais il doit être accompagné d'une attention particulière à l'exclusivité et à la collaboration entre les sexes.

Selon les tranches d'âge, la grande majorité des enquêtés (64,4%) est âgée de 43–67 ans contre 35,6% de la tranche d'âge de 18–42 ans. La prédominance des relais communautaires âgés de 43 – 67 ans dans la zone de santé de Kabondo, s'explique par plusieurs facteurs.

Tout d'abord, cette tranche d'âge est souvent associée à une plus grande expérience de vie et à une connaissance approfondie des besoins et des défis de la

communauté. Les personnes de cet âge ont généralement plus de temps, des confiances de la communauté, et disponibilités pour s'engager dans des activités communautaires, surtout si elles sont à la retraite ou ont des horaires de travail flexibles. De plus, les relais communautaires jouent un rôle crucial dans la sensibilisation et l'éducation des populations sur des questions de santé, et les personnes plus âgées sont perçues comme figures de confiance et de respect au sein de la communauté. Leur expérience personnelle et leur réseau social permettent également d'atteindre plus efficacement les membres de la communauté. Enfin, il est possible que les programmes de formation et de recrutement pour ces relais communautaires aient historiquement attiré davantage de personnes de cette tranche d'âge, ce qui explique leurs responsabilités significatives parmi les relais communautaires de la zone de santé de Kabondo.

Concernant l'état civil, on observe une proportion plus importante chez les non mariés (68,5%) que chez les mariés représentant 31,5% de nos enquêtes. Cette majorité de relais non mariés est attribuée au fait que les non mariés ont plus de flexibilité et de disponibilité pour s'engager dans des activités communautaires, car ils n'ont pas les mêmes responsabilités familiales que ceux mariés ou qui ont des enfants. Cela leur permet de consacrer plus de temps à la sensibilisation et à l'éducation des membres de la communauté. De plus, les personnes non mariées sont perçues comme plus ouvertes à des nouvelles idées et initiatives, ce qui les rend plus aptes à s'impliquer dans des projets communautaires. Elles sont également motivées par un désir de contribuer à leur communauté et de faire une différence, ce qui les pousse à s'engager dans des rôles de relais. Enfin, il est possible que les structures sociales et culturelles de la zone de santé favorisent la participation des personnes non mariées dans ces rôles, en leur offrant des opportunités de leadership et d'engagement communautaire. Cela reflète aussi les dynamismes démographiques spécifiques à la zone de santé de Kabondo. Les résultats présentés mettent en lumière les déterminants clés de la faible participation des relais communautaires dans les activités de soins de santé, avec des données illustrant leurs défis. Cette discussion s'appuie sur des travaux existants pour interpréter ces résultats.

## **4.2. Déterminants de la faible participation aux activités des soins de santé**

### **4.2.1. Remboursement des dépenses médicales**

Résultats : 78,1 % des relais communautaires n'ont pas bénéficié du remboursement de leurs dépenses médicales.

L'absence de remboursement des frais liés aux activités des relais communautaires est un facteur démotivant majeur. Selon Ngoma et al. (2016), les relais communautaires sont souvent exposés à des risques financiers personnels, ce qui réduit leur engagement dans les activités. De plus, Rifkin et al. (2000) soulignent que le manque de soutien financier est une barrière critique à la participation communautaire efficace. Mukwege (2018) recommande de renforcer les mécanismes d'incitation financière pour motiver les relais communautaires.

### **4.3. Charge de travail en dehors des activités de la zone de santé**

56,8 % des enquêtés ont déclaré avoir d'autres charges de travail en dehors des activités de la zone de santé. Une charge de travail supplémentaire diminue la disponibilité et la concentration des relais communautaires. Olaniran et al. (2020) affirment que les relais sont souvent obligés de trouver d'autres sources de revenus en raison de l'absence de rémunération formelle, ce qui affecte leur efficacité dans les programmes de santé. Witkowski & Dickson (2018) insistent sur la nécessité de rémunérer les relais pour leur permettre de se consacrer exclusivement aux activités de santé communautaire.

### **4.4. Manque de bénéfice des avantages liés aux activités de santé**

63 % des relais communautaires estiment ne pas bénéficier des avantages liés aux activités de santé. Ce sentiment d'injustice peut engendrer une démotivation. Nair et Panda expliquent que la perception d'un manque d'équité, notamment par rapport au personnel de santé formel, affecte négativement l'engagement des relais communautaires (Nair & Panda, 2012). Les auteurs insistent également sur la transparence dans la répartition des avantages pour améliorer la satisfaction. Pierre-Louis et François suggèrent d'introduire des avantages non financiers, comme des formations ou une reconnaissance publique, pour renforcer la motivation des relais (Pierre-Louis & François, 2019).

## 5. Conclusion

Ce travail a permis de mettre en évidence les déterminants de la faible participation des relais communautaires dans les activités de soins de santé dans la zone de santé de Kabondo. Les principaux facteurs identifiés incluent le non-remboursement des dépenses médicales, les charges de travail supplémentaires hors des activités de santé, et le manque de bénéfices liés à leur engagement. Ces éléments, combinés à un soutien institutionnel limité, affectent négativement leur motivation et leur implication.

Les perspectives ci-dessous permettraient d'améliorer l'engagement des relais communautaires, leur efficacité, et par conséquent, l'impact des activités de soins de santé dans la zone de Kabondo et d'autres zones similaires. Il s'agit de mettre en place des mécanismes de remboursement systématique des dépenses liées aux activités des relais communautaires et offrir des avantages non financiers tels que des formations et des reconnaissances publiques. D'élaborer des politiques permettant aux relais de se consacrer exclusivement aux activités de santé communautaire, en compensant les pertes économiques qu'ils pourraient subir. De mettre en place une supervision régulière et offrir un encadrement de proximité pour améliorer la coordination et la satisfaction des relais communautaires. Enfin, de sensibiliser les décideurs à l'importance de renforcer les relais communautaires en tant qu'acteurs essentiels pour atteindre les objectifs de santé publique

## Références bibliographiques

- Bourgeuil, Y., Ramond-Roquin, A. & Schweyer, F.-X. (2021). Pourquoi et comment améliorer la formation aux soins primaires ? *Sc. Hum. Soc.* 10(39), 89-99. <https://doi.org/10.3917/ehesp.bourg.2021.01>.
- Faye, S.L. (2012). Responsabiliser les relais communautaires pour le traitement préventif intermittent saisonnier du paludisme (TPI) au Sénégal : enjeux, modalités, défis''. *Autrepart*, 60(2), 129-146.
- Kossi, S.N., Amoussou, E.A. & Dossou, P. (2024). Community health worker participation in primary healthcare services in Togo: Challenges and opportunities". *African Health Sciences*, 17(1), 36-43 p. <https://doi.org/10.4314/ahs.v17i1.6>
- Mukwege, D. (2018). *Community Health in Sub-Saharan Africa: Challenges and Opportunities*. Kinshasa, Presses Universitaires de l'Afrique Centrale.
- Nair, R. & Panda, K. (2012). Challenges Faced by ASHAs in India. *Indian J Public Health* 56(3), 12-25.
- Ngoma, B., Mboka, P. & Lukombo, T. (2016). The Role of Community Health Workers in Strengthening Primary Health Care: A Congolese Perspective. *African Health Studies* 12(3),45-59.
- Olaniran, A., Smith, H. & Allen, M. (2020). Barriers to CHW Effectiveness in Nigeria. *Health Policy and Planning* 35(4), 29-40.
- Ouedraogo, S., Tapsoba, D. & Zongo, A. (2020). Challenges in community health worker participation in primary health care in Burkina Faso. *Journal of Global Health* 10(2), 020410. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.020410>.
- Perez, F., Ba, H., Dastagire, S.G. & Altmann, M. (2009). The Role of Community Health Workers in Improving Child Health Programmes in Mali. *BMC International Health and Human Rights*, 9(3), 28-40.
- Pierre-Louis, G. & François, C. (2019). Community Health in Haiti. *Caribbean Health Studies* 4 (1), 45-55.
- Rifkin, S.B., Muller, F. & Bichmann, W. (2000). Primary Health Care: On Measuring Participation. *Social Science & Medicine*, 30(12), 1383-1390.
- Witkowski, S. & Dickson P. (2018). Kenya's CHW Program: Achievements and Challenges. *Global Health Review*, 7 (2), 15-28.
- Zuma, K., Simbayi, L., Zungu, N., Moyo, S., Marinda, E., Jooste, S., North, A., Nadol, P., Aynalem, G., Igumbor, E., Dietrcich, C., Sigida, S., Chibi, B., Makola, L., Kondlo, L., Porter, S. & Ramlagan, S. (2017). The HIV Epidemic in South Africa: Key Findings from 2017 National Population-Based Survey. *Int J Environ Res Public Health* 19(13), 8125-8139. DOI: [10.3390/ijerph19138125](https://doi.org/10.3390/ijerph19138125)