

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
Programme National de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées à
Chimiothérapie Préventive



PNLMTN-CTP

EVALUATION DE LA COUVERTURE DE TRAITEMENT A
L'IVERMECTINE ET L'ALBENDAZOLE DANS LA
COORDINATION MTN-CTP KASONGO PAR LA METHODE
LQAS

(Lot Quality Assurance Sampling)

Juin 2017

SOMMAIRE

SIGLES, ABREVIATIONS, ACRONYMES.....	3
TABLEAUX.....	4
REMERCIEMENTS.....	5
RESUME.....	6
1. INTRODUCTION.....	7
2. ENQUETE LQAS.....	8
2.1. But.....	8
2.2. Objectif général.....	8
2.3. Objectifs spécifiques.....	8
2.4. Méthodologie.....	8
2.4.1. Justification du choix de la méthode LQAS.....	8
2.4.2. Définition de la zone de collecte et des aires de supervision...	9
2.4.3. Taille de l'échantillon.....	10
2.4.4. Sélection des villages, ménages et répondants.....	11
2.4.5. Collecte et traitement des données.....	11
2.5. Résultats de l'enquête.....	12
2.5.1. Caractéristiques des répondants.....	12
2.5.2. Niveau de couverture de traitement.....	13
2.5.3. Assiduité au traitement.....	15
3. CONCLUSION.....	16
REFERENCES.....	17
ANNEXE.....	18

SIGLES, ABREVIATIONS, ACRONYMES

AS :	Aire de Supervision
DC :	Distributeur Communautaire
DMM :	Distribution de Masse de Médicaments
LQAS :	Lot Quality Assurance Sampling
Max :	Maximum
Min :	Minimum
MTN :	Maladies Tropicales Négligées
MTN-CTP :	Maladies Tropicales Négligées à Chimiothérapie Préventive
OMS-AFRO :	Organisation Mondiale de la Santé-Région Africaine
PNLMTN-CTP :	Programme National de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées à Chimiothérapie Préventive
RDC :	République Démocratique du Congo
ZC :	Zone de Collecte
ZS :	Zone de Santé

TABLEAUX

Tableau I :	Caractéristiques des enquêtés dans les villages.....	12
Tableau II :	Couverture de traitement aux médicaments.....	13
Tableau III :	Stratégie utilisée pour distribuer les médicaments.....	14
Tableau IV :	Raisons de non traitement aux médicaments.....	14
Tableau V :	Sources d'information de la population sur la DMM...	15
Tableau VI :	Assiduité aux traitements de masse de médicaments...	16
Tableau VII :	Villages sélectionnés pour les enquêtes.....	19

REMERCIEMENTS

Le Programme National de lutte contre les maladies tropicales négligées remercie toutes les personnes physiques ou morales qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ces enquêtes.

Qu'elles trouvent ici, l'expression de notre gratitude et de franche collaboration.

RESUME

A l'instar des autres provinces de la RDC, le Maniema est endémique aux maladies tropicales négligées qui constituent un problème de santé publique. Il s'agit de l'onchocercose, la filariose lymphatique, les schistosomiasis et les helminthiases transmises par le sol. La chimio-prévention ou la distribution de masse de médicaments (DMM) en est la stratégie principale utilisée pour lutter contre ces maladies. En 2016, la distribution de l'Ivermectine seule a été organisée dans les communautés endémiques à l'onchocercose et, de l'Ivermectine associée à l'Albendazole dans celles endémiques à la filariose lymphatique. Il a été question, à l'issue de cette DMM, de mener des enquêtes afin de mesurer les effets de la campagne, mais également les indicateurs clés du Programme.

Méthode : Il s'agit d'une enquête transversale en population générale réalisée dans la coordination MTN Kasongo en mai 2017 par la méthode LQAS qui, utilise un petit échantillon aléatoire de 19 éléments par aire de supervision. Au total, 57 personnes ont été sélectionnées dans 3 zones de santé pour être soumises au questionnaire.

Résultats : L'âge moyen des enquêtés était de 29,3 ans avec un minimum et un maximum respectivement 7 et 70 ans. Le sexe masculin était majoritaire avec 54,4%. Dans 86,0% de cas (IC_{95%} : ±9%), les répondants ont déclaré avoir avalé leurs médicaments au cours de cette campagne. Les médicaments ont été donnés essentiellement à domicile par les DC (96,0%). Plus de trois quart (79,6%) d'entre eux avaient comme source d'information sur la DMM les crieurs publics. La proportion des personnes qui déclarent prendre chaque année leurs médicaments au cours des campagnes de distribution de masse est de 94,0%.

Conclusion : Les résultats sont satisfaisants et aucune de ces trois zones de santé n'a été identifiée comme zone prioritaire pour laquelle une assistance était nécessaire et que des actions correctrices devraient être déclenchées. Toutefois, des efforts supplémentaires doivent être consentis pour maintenir de façon prolongée (>10ans) la couverture thérapeutique élevée (>80 %) afin d'espérer l'élimination de l'onchocercose et de la filariose lymphatique dans les foyers du Kasongo

Mots-Clés : Ivermectine, Albendazole, Couverture thérapeutique, Evaluation, Kasongo

1. INTRODUCTION

L'onchocercose, la filariose lymphatique, les schistosomiasés et les helminthiases transmises par le sol sont des maladies comprises parmi celles dites maladies tropicales négligées (MTN).

Pour réaliser le contrôle et/ou l'élimination de ces maladies dans un foyer endémique, de nombreuses années de traitement de masse de populations sont nécessaires.

La République Démocratique du Congo (RDC), à l'instar des autres pays membres de la Région Afrique de l'OMS (OMS-AFRO), s'est engagée dans la lutte contre ces maladies à travers le Programme National de Lutte contre les maladies tropicales négligées à chimiothérapie préventive (PNLMTN-CTP). Ainsi, toutes les populations vivant dans les zones endémiques sont traitées à travers des campagnes de distribution de masse de médicaments (DMM) une fois par an, pendant plusieurs années. La couverture de traitement de la population cible ou pouvant prétendre au traitement constitue la meilleure mesure de la qualité de mise en œuvre de la DMM. Aussi, l'interruption de la transmission exige une couverture thérapeutique d'au moins 80% pour la filariose lymphatique et l'onchocercose.

Pour assurer le suivi et l'évaluation des interventions, il est recommandé de mener des enquêtes de couverture de traitement qui, permettront de valider celles rapportées, de redéfinir les stratégies de DMM et de vérifier les critères de choix dans l'éligibilité des enquêtes d'évaluation de la transmission. Les enquêtes de couverture vont ainsi constituer une activité continue dans le processus d'élimination et du contrôle des MTN-CTP pour chacune des coordinations provinciales MTN-CTP.

C'est dans ce cadre qu'une enquête des couvertures de traitement a été menée dans les zones de santé de la coordination MTN-CTP Kasongo où la distribution coordonnée de masse de médicaments a été organisée en 2016.

2. ENQUETE LQAS

2.1. But

Cette enquête a pour but de collecter des données pour renseigner les indicateurs du PNLMTN-CTP afin de renforcer la prise de décision, pour les sites prioritaires d'interventions et la gestion efficiente des ressources disponibles.

2.2. Objectif général

Le principal objectif de cette enquête est de mesurer les effets de la campagne intégrée de distribution de masse de médicaments et les indicateurs clés du Programme National de lutte contre les MTN-CTP.

2.3. Objectifs spécifiques

- Mesurer les niveaux de couverture de traitement à l'Ivermectine et l'Albendazole pour la campagne de distribution de 2016 ;
- Identifier les zones de santé de faible couverture ou moins performantes et de couverture élevée ou plus performantes pour la campagne de 2016 ;
- Mesurer l'assiduité des populations au traitement dans les zones de santé de la coordination Kasongo au cours des deux dernières années (2014 et 2015) ;
- Produire un rapport avec suggestions pouvant permettre d'améliorer la couverture dans les zones de santé à faible performance et guider les interventions futures.

2.4. Méthodologie

2.4.1. Justification du choix de la méthode LQAS [1,2]

Lot Quality Assurance Sampling (LQAS) est une méthodologie d'échantillonnage et de classification utilisée pour évaluer la performance des programmes de santé.

Développé dans les années 1920 pour le contrôle de qualité industrielle, il a été adapté, durant les années 1980, aux enquêtes auprès des ménages pour évaluer la

couverture des interventions essentielles, ainsi que les connaissances, les attitudes et les pratiques.

Le LQAS utilise un petit échantillon aléatoire de 19 éléments par aire de supervision (AS) pour distinguer les aires à haute performance de celles à faible performance. Cet échantillon aléatoire de 19 offre un niveau acceptable d'erreur dans la prise de décisions administratives.

Cette méthode permet d'identifier correctement, au moins dans 92% de cas, les AS qui ont atteint leur couverture cible. Ce faisant, le LQAS permet donc de définir les zones prioritaires nécessitant une assistance, et de déclencher des actions correctrices. C'est cet atout majeur de catégorisation des AS qui distingue le LQAS des autres méthodes d'échantillonnage (échantillonnage aléatoire simple ou en grappes). Un autre atout du LQAS est qu'en plus de la catégorisation des AS, il permet aussi de calculer la couverture atteinte par rapport à une intervention donnée au niveau de la zone de collecte (ZC) du programme comme les autres méthodes d'échantillonnage sus-mentionnées. De plus, le LQAS est moins coûteux comparé aux autres méthodes [1,2].

Cependant, il est important de savoir que la méthode LQAS a ses limites :

- Elle est inadéquate pour calculer la couverture exacte dans une AS ;
- Elle est inadéquate pour définir les priorités parmi les AS qui ont peu de différence de couverture entre elles.

2.4.2. Définition de la zone de collecte et des aires de supervision

Dans le langage LQAS nous avons considéré comme « Zone de Collecte » (ZC) la coordination MTN-CTP de Kasongo et comme « Aire de Supervision » les zones de santé de cette coordination. Ainsi, la collecte de données au niveau des zones de santé sous la responsabilité de cette coordination a permis de déterminer la couverture de la distribution de masse de médicaments et aussi d'identifier les zones sanitaires à problèmes. Selon les règles de LQAS, les données collectées

auront plus de poids (c'est-à-dire qu'elles satisferont aux normes internationales acceptées), si la zone de collecte (Coordination MTN-CTP) comportent au minimum 5 aires de supervision, cependant le minimum au-delà duquel il ne faut pas aller est 4. Pour cette enquête, 3 aires de supervision correspondant à 3 zones de santé avaient été retenues. Il s'agit des zones de santé de Kalima, Kibombo et Kunda.

2.4.3. Taille de l'échantillon

Selon les principes de LQAS, le choix aléatoire de 19 unités par aire de supervision permet de limiter les erreurs Alpha et Beta à un niveau inférieur à 10%. Ce qui est conforme aux conventions statistiques. Par contre, tout échantillon inférieur à 19 aura des erreurs Alpha et Beta supérieur à 10%. De même un échantillon supérieur à 19 augmente la charge de travail et de dépenses sans un gain appréciable de précision. Ce sont ces raisons qui sous-tendent la taille de l'échantillon qui sera limitée dans cette enquête, à 19 unités par aire de supervision comme dans toute enquête utilisant la méthode LQAS [1,2]. La taille de l'échantillon pour notre enquête était de 57 répondants pour la zone du programme.

En combinant les données de trois (3) AS, on peut déterminer la couverture moyenne de toute la zone d'opération du programme avec un intervalle de confiance de 95% et une marge d'erreur de plus ou moins 10%.

En plus, les règles de décision de LQAS avaient été utilisées pour identifier les aires de supervision (AS) ayant une performance en deçà de la couverture moyenne pour le programme. Ainsi de telles AS pourraient être prioritaires pour appui et action correctrice.

2.4.4. Sélection des villages, ménages et répondants

Afin d'identifier les lieux d'interviews, un cadre d'échantillonnage a été développé pour chacune des aires de supervision sur la base des données de

population disponibles au niveau de la coordination provinciale MTN-CTP. Dans chaque aire de supervision, les 19 sites d'interview (villages) ont été choisis à l'aide de la Probabilité proportionnelle à la taille de l'échantillon (PPS). En annexe, les villages sélectionnés pour cette enquête.

Dans chaque site d'interview un ménage a été choisi au hasard selon les cas de figures qui se sont présentés sur le terrain (village ou agglomération regroupant environ 30 ménages ou moins ou, village ou agglomération regroupant plus de 30 ménages) par la méthode d'échantillonnage de segmentation.

Le répondant a été choisi au hasard parmi tous les répondants potentiels du ménage. Les femmes enceintes, les enfants qui n'avaient pas 5ans au moment de la distribution des médicaments dans les villages et les personnes très âgées ou très malades qui ne peuvent pas répondre aux questions des enquêteurs étaient exclues de cette enquête.

2.4.5. Collecte et traitement des données

La collecte des données s'est déroulée du 25 au 31 mai 2017 et a été assurée par 4 enquêteurs provenant de la division provinciale de la santé du Maniema. Ces enquêteurs ont été formés pour la collecte des données nécessaires à l'enquête et ont testé la méthode et les outils à utiliser dans l'enquête.

La supervision a été assurée par l'équipe de la direction nationale du programme national de lutte contre les MTN-CTP.

Les données collectées ont été saisies et traitées à l'aide du logiciel Microsoft Excel

2.5. Résultats de l'enquête

2.5.1. Caractéristiques des répondants

Les répondants à l'enquête de couverture menée dans la coordination MTN-CTP Kasongo avaient une moyenne d'âge de 29,3 ans avec comme âge minimal et âge maximal respectivement 7 et 70 ans. Plus de 2 tiers d'entre eux avaient un âge compris entre 15 et 59 ans. Ils étaient en majorité de sexe masculin (54,4%) et avaient été scolarisés jusqu'au niveau secondaire (47,4%). Plus de trois quart ont plus d'une année de vie dans ces villages. Le tableau I résume les caractéristiques des répondants à l'enquête.

Tableau I : Caractéristiques des enquêtés dans les villages de la coordination MTN-CTP Kasongo

Variables	n	Effectif (%)	Moyenne (Min ; Max)
Age (en année)	57		29,3 (7 et 70)
5-14 ans		14 (24,6%)	
15-59 ans		39 (68,4%)	
≥ 60 ans		4 (7,0%)	
Sexe	57		
Masculin		31 (54,4%)	
Féminin		26 (45,6%)	
Niveau d'instruction	57		
Non scolarisé		7 (12,3%)	
Primaire		21 (36,8%)	
Secondaire		27 (47,4%)	
Supérieur		2 (3,5%)	
Durée dans le village	57		
Plus d'un an		45 (79,0%)	
Moins d'un an		12 (21,0%)	

2.5.2. Niveau de couverture de traitement

Durant cette enquête, il a été demandé aux répondants si, au cours de la campagne de distribution de masse de 2016, ils avaient reçu et avalé les médicaments. Comme l'indique le tableau II, la plupart des répondants (86,0%) ont déclaré avoir avalé leurs médicaments au cours de cette campagne. La cible attendue de 80,0% a été atteinte.

Tableau II : Couverture de traitement aux médicaments au niveau de la coordination Kasongo en 2016

Prise de médicaments	ZS Kalima	ZS Kunda	ZS Kibombo	Total	Couverture Moyenne estimée (%)	IC 95%
Non	3	4	1	8		
Oui	16	15	18	49	86,0 ^(*)	± 9,0
Total	19	19	19	57		

(*) Couverture cible 80,0%, Règle de décision : 13

La quasi-totalité des personnes traitées (96,0%) reconnaissent avoir reçu leurs médicaments à domicile des mains des distributeurs communautaires comme le montre le tableau III.

Tableau III : Stratégie utilisée pour distribuer les médicaments en 2016

Lieu de prise de médicaments	ZS Kalima	ZS Kunda	ZS Kibombo	Total	Proportion
Centre de santé	1	1	0	2	4,0%
Domicile par DC	15	14	18	47	96,0%
Ecole	0	0	0	0	0,0%
Autres	0	0	0	0	0,0%
Total	16	15	18	49	100,0%

Pour ceux qui n'avaient pas été traités au cours de la campagne de 2016, une personne sur deux déclare avoir été absente du village pendant la campagne de distribution de médicaments. Le tableau IV résume les raisons pour lesquelles certains répondants n'avaient été traités.

Tableau IV : Raisons de non traitement dans Kasongo en 2016.

Raisons de non traitement aux médicaments	ZS Kalima	ZS Kunda	ZS Kibombo	Total	Proportion
Malade	1	1	0	2	25,0%
Absent	2	1	1	4	50,0%
Refus	0	0	0	0	0,0%
Peur des ES	0	0	0	0	0,0%
Autres	0	2	0	2	25,0%
Total	3	4	1	8	100,0%

La Communication pour le changement de comportement est une activité transversale de soutien aux activités de distribution de masse de médicaments à différents niveaux de leur mise en œuvre. Au niveau communautaire, elle permet aux populations d'adhérer au programme par la prise effective des médicaments. Pour ceux qui avaient pris les médicaments, plus de trois quart (79,6%) d'entre eux avaient comme source d'information de l'organisation de la DMM les crieurs publics. Le tableau V présente les différentes sources d'information des communautés.

Tableau V : Sources d'informations des populations sur la DMM.

Sources d'information sur la DMM	ZS Kalima	ZS Kunda	ZS Kibombo	Total	Proportion
Membre de famille	1	0	0	1	2,0%
Ami ou voisin	0	1	0	1	2,0%
Radio	1	0	3	4	8,2%
Crieur public	12	13	14	39	79,6%
DC	2	1	1	4	8,2%
Autres	0	0	0	0	0,0%
Total	16	15	18	49	100,0%

2.5.3. Assiduité au traitement

L'assiduité au traitement a été recherchée dans les zones de santé de Kunda et Kibombo qui organisent la distribution de masse de l'Ivermectine depuis plus de 8 ans, alors que la zone de santé de Kalima n'est qu'à sa première année de mise en œuvre de la DMM. Elle a concerné les années 2014 et 2015.

Comme l'indique le tableau VI, la proportion des personnes qui déclarent prendre chaque année leurs médicaments au cours des campagnes de distribution de masse est de 94,0%.

Tableau VI : Assiduité aux traitements de masse de médicaments dans Kasongo

Assiduité au traitement	ZS Kalima	ZS Kunda	ZS Kibombo	Total	Proportion
Oui toujours	-	13	18	31	94,0%
Oui parfois	-	2	0	2	6,0%
Non jamais	-	0	0	0	0,0%
Total	-	15	18	33	100,0%

3. CONCLUSION

Cette enquête réalisée en mai 2017 dans les zones de santé de Kalima, Kibombo et Kunda de la coordination provinciale MTN-CTP Kasongo a permis d'évaluer les effets de la campagne de distribution de masse des médicaments de 2016 et de mesurer les niveaux de quelques indicateurs de suivi de la lutte contre l'onchocercose et la filariose lymphatique.

Les résultats sont satisfaisants et aucune de ces trois zones de santé n'a été identifiée comme zone prioritaire pour laquelle une assistance était nécessaire et que des actions correctrices devraient être déclenchées.

Toutefois, des efforts supplémentaires doivent être consentis pour maintenir de façon prolongée (>10ans) la couverture thérapeutique élevée (>80 %) afin d'espérer l'élimination de l'onchocercose et de la filariose lymphatique dans les foyers du Kasongo.

REFERENCES

1. Valadez J., Weiss W., Leburg C., Davis R. Evaluation des programmes de santé communautaire: Guide du formateur: Utilisation de la méthode LQAS pour les enquêtes et le suivi régulier. Royaume Uni, 2006.
2. Valadez J., Weiss W., Leburg C., Davis R. Evaluation des programmes de santé communautaire: Manuel et cahier du participant: Utilisation de la méthode LQAS pour les enquêtes et le suivi régulier. Royaume Uni, 2007.

ANNEXE 1 : Les participants à l'enquête

Formation des enquêteurs

- Dieu-Merci DWE : PNLMTN-CTP
- Jean-Paul TAMBWE : PNLMTN-CTP

Collecte des données

- Célestin AMURANI : Division Provinciale de la Santé
- Cyrien KIBONDO : Division Provinciale de la Santé
- Samuel MUSUYU : Division Provinciale de la Santé
- Zoff KAKULE : Division Provinciale de la Santé

Supervision des enquêteurs

- Dieu-Merci DWE : PNLMTN-CTP
- Jean-Paul TAMBWE : PNLMTN-CTP

Rédaction du rapport

- Jean-Paul TAMBWE : PNLMTN-CTP

ANNEXE 2 : Liste des villages

Tableau VII : Villages sélectionnés pour les enquêtes de couverture de traitement dans la coordination MTN-CTP Kasongo

N°	ZS	AS	Village	POP
1	Kalima	Bobela	Av Somalie	1513
2	Kalima	Isongo	Amikupi	2301
3	Kalima	Kakutya I	Centre Co	703
4	Kalima	Kakutya I	Kingombe	1166
5	Kalima	Kakutya I	Tengeneza	1260
6	Kalima	Kakutya II	Kilumazi	812
7	Kalima	Kakutya II	Mukwale	677
8	Kalima	Kakutya III	Adula	2121
9	Kalima	Kakutya III	Salukwango	1367
10	Kalima	Kamundal	Kamundala	2499
11	Kalima	Moga	Musala	390
12	Kalima	Matongo	Kiswaka II	930
13	Kalima	Mukombe	Moka	415
14	Kalima	N'Kenye	Muminia	623
15	Kalima	Kakozwa	Mpansilwa	470
16	Kalima	Kakaleka	Yemba I	3694
17	Kalima	Kagelya	Pange	382
18	Kalima	Kinkungwa	Misombo	507
19	Kalima	Kamakozi	Kamakozi	907

N°	ZS	AS	Village	POP
1	Kibombo	Kaswa	Lusambo	507
2	Kibombo	Kaswa	Mufunkwa	670
3	Kibombo	Lweki	Katondo	92
4	Kibombo	Lowe	Maniema	2237
5	Kibombo	Lowe	Kinshasa	1722
6	Kibombo	Lowe	Lumboyo	1280
7	Kibombo	Csr Likeri	Kasenga	1513
8	Kibombo	Csr Likeri	Majengo	657
9	Kibombo	Difuma2	Owala	340
10	Kibombo	Kiyungi	Kamitete	171
11	Kibombo	Kiyungi	Av Tchoma	1237
12	Kibombo	Metho Kib	Lukomesha	3782
13	Kibombo	Metho Kib	Centre Com	1512
14	Kibombo	Bilundu	Bilundu	5538
15	Kibombo	Lokenye	Lokenye	2991
16	Kibombo	Lokenye	Mulamba	639
17	Kibombo	Nganze	Penesula	468
18	Kibombo	Metholikeri	Kilindingulu	1662
19	Kibombo	Kasuku	Kintambo	694

N°	ZS	AS	Village	POP
1	Kunda	Amba	Kawali	633
2	Kunda	Bikenge	Bukavu 2	2123
3	Kunda	Bikenge	Lutula	2279
4	Kunda	Kabonga	Kikungu	183
5	Kunda	Kabumbu	Nyangwe	948
6	Kunda	Kaparangao	Famba	1692
7	Kunda	Karomo	Karomo	3867
8	Kunda	Kimwanga	Mafutala	1245
9	Kunda	Kipaka	Lusuasua	1031
10	Kunda	Kisandji	Mulima 2	187
11	Kunda	Kunda	Wamaza	1703
12	Kunda	Lubamba	Pene Sula	411
13	Kunda	Mbutu	Assani	1042
14	Kunda	Mbutu	Tukisu	662
15	Kunda	Mobanga	Sengangenda	1749
16	Kunda	Mwema	Katemo	1493
17	Kunda	Ngoma	Ngoma	1778
18	Kunda	Rudika	Mushabaa	2072
19	Kunda	Saidi	Mafutamingi	3561

