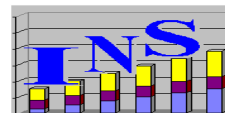


République Démocratique du Congo

Ministère de la Santé Publique



Ministère du Plan



**Enquête de validation des couvertures de la supplémentation en vitamine
A des enfants de 6-59 mois dans quatre zones de santé de l'Ex Province du
Kasaï Oriental- RD Congo**

(Tshilenge, Diulu, KandaKanda, MweneDitu)

2^{ème} phase 2015

RAPPORT FINAL

Etude appuyée par



Kinshasa, Décembre 2015

Liste des abréviations

1. **ACE** : Analyse Coût –Efficacité
2. **AG** : Administrateur Gestionnaire
3. **DPS** : Direction Provincial de la Santé
4. **JSE** : Journée de Santé de l'Enfant
5. **JLV** : Journée Locale de Vaccination
6. **HKI** : Helen Keller International
7. **IEC** : Infomation, Education et Communication
8. **INS** : Institut National de la Statistique
9. **IT** : Infirmier Titulaire
10. **MCZS** : Médeçins Chef de Zone de Santé
11. **MSP** : Ministère de la Santé Publique
12. **PECS** : Post Event Covered Survey (Enquête de couverture après un événement)
13. **PRONANUT** : Programme National de Nutrition
14. **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
15. **RDC** : République Démocratique du Congo
16. **SSMNE** : Semaine Sante de la mère, du Nouveau-né et Enfant(SSMNE)
17. **VAR** : Vaccin Anti Rougeoleux
18. **UNICEF** : United Nations Fund for Children
19. **SVA** : Supplémentation en Vitamine A
20. **ZS** : Zone de Santé

CHAPITRE PREMIER : INTRODUCTION GENERALE

I.1. Contexte et justification

En République Démocratique du Congo, la malnutrition due à une sous alimentation ou à une malnutrition protéino-énergétique constitue un problème de santé majeur. La malnutrition augmente le risque de maladie et de décès précoce. Elle affecte toute la population, mais plus particulièrement les plus vulnérables, à savoir les femmes enceintes, allaitantes et les enfants de moins de cinq ans.

L'EDS 2013-2014 a révélé que la prévalence de la malnutrition chronique est estimée à 42,6%, soit plus de 6 millions d'enfants de moins de 5 ans. En plus, selon la même source, la prévalence de l'émaciation sévère est estimée à 2,6%, celle de la malnutrition aiguë sévère à environ 5%. Sur cette base, il est estimé que 2 millions d'enfants âgés de 6 à 59 mois sont touchés par l'émaciation sévère en RDC. A ces formes de malnutrition, s'ajoutent les carences en micronutriments, en iode, en fer et en vitamine A.

La carence en Vitamine A touche près de 61% d'enfants de moins de 5 ans en RDC. D'après l'OMS, la supplémentation en vitamine A adéquate aux enfants de moins de 5 ans peut réduire la mortalité des jeunes enfants de 24% environ. Sur la base de cette évidence, la RDC a initié et mené avec beaucoup de succès les campagnes de supplémentation en vitamine A en faveur des enfants âgés de 6 à 59 mois. Ces campagnes sont appuyées par l'ONGI Helen Keller International (HKI) et le Fond de Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) sous financement du Ministère des Affaires Étrangères, Commerce et Développement du Canada (DFATD).

Les campagnes de supplémentation sont menées deux fois l'an, avec six mois d'écart, où plus de 9 enfants sur 10 reçoivent la vitamine A grâce à la coordination et le suivi réalisés par le MSP à travers le PRONANUT. Ces campagnes de masse utilisent les équipes qui passent de porte à porte pour supplémenter les enfants âgés de 6 à 59 mois en vitamine A. Il est arrivé plus d'une fois que ces campagnes aient été menées en intégration avec les Journées Nationales de Vaccination (JNV) ou Journées Locales de Vaccination (JLV) en collaboration avec le Programme Élargi de Vaccination (PEV), Programme National de Nutrition (PRONANUT) du Ministère de la Santé Publique (MSP), de l'OMS, de l'UNICEF et du HKI.

Dans le cadre de la mise en œuvre d'une stratégie de lutte globale contre la malnutrition, la supplémentation en vitamine A est couplée du déparasitage au mébendazole durant les campagnes bi-annuelles. Les enfants ciblés par la supplémentation en vitamine A sont ceux âgés de 6-59 mois, tandis que le Mébendazole est administré aux enfants de 12 à 59 mois pendant les campagnes. L'objectif de ces campagnes est de pouvoir supplémenter 100% des enfants ciblés.

La stratégie de porte à porte mise en œuvre lors des campagnes mobilise des ressources humaines, matérielles et financières considérables pour couvrir la coordination, la

logistique, la mobilisation sociale, la formation, les per diem des équipes, la supervision et l'évaluation. Cependant, même en l'absence d'une analyse détaillée des déterminants qui ont contribué à la réduction de la mortalité infantile parmi les enfants de moins de 5 ans en RDC, il est acceptable de conclure que le succès de la supplémentation en vitamine A au cours de la décennie passée a joué un rôle appréciable.

Par ailleurs, la diminution des ressources pour les programmes verticaux tels que la supplémentation en Vitamine A ainsi que l'éradication de la polio qui constituait une opportunité a poussé le pays à mettre sur pied une nouvelle approche qui consiste à délivrer aux bénéficiaires un paquet de services préventifs à travers des événements spéciaux appelés en RDC « Journées de Santé de l'Enfant (JSE) ».

Les JSE se déroulent pendant une période bien déterminée au cours de laquelle on délivre un paquet de services préventifs non négociables, notamment la supplémentation en vitamine A des enfants âgés de 6-59 mois, le déparasitage des enfants âgés de 12-59 mois et la vaccination de rattrapage des enfants de 0 à 11 mois. Il est à noter que toute autre intervention préventive peut y être ajoutée au cas par cas, suivant les intrants disponibles.

Les JSE ont été menées pour la première fois dans 19 Zones de Santé de la province du Katanga en 2010 en phase pilote avec un paquet intégré d'interventions à haut impact appelé Semaine Santé de la Mère, Nouveau-né et Enfant (SSMNE). Cette première expérience a révélé quelques faiblesses du point de vue de la mise en œuvre, en raison de la gamme élevée d'interventions que contient ce paquet, rendant ainsi difficile la coordination. Ceci a conduit à réviser l'approche en réduisant le paquet à 3 interventions notamment, la Supplémentation en vitamine A, le déparasitage et la vaccination, y compris les activités promotionnelles. L'approche révisée a été mise en œuvre dans 31 ZS de la province du Kongo Central pendant la deuxième phase de 2014 où elle a été un grand succès.

Ainsi, dans la poursuite de mise en œuvre de cette nouvelle approche, il a été important de mesurer son efficacité par rapport à la campagne de porte à porte. Ces deux approches ont été menées dans plusieurs zones de santé pendant la deuxième phase de décembre 2015, parmi lesquelles un certain nombre de zones de santé de l'Ex province du Kasai Oriental.

Pour déterminer les effets réels des actions menées, quatre zones de santé de l'Ex province du Kasai- Oriental ont été ciblées pour une enquête de couverture (PECS). Cette enquête a été organisée du 26 décembre 2015 au 06 janvier 2016 en vue d'estimer les couvertures obtenues et de recueillir les opinions des acteurs et bénéficiaires sur ces approches.

Ces enquêtes devaient renseigner sur les taux réels de couverture durant les campagnes menées, mais aussi elles sont d'une grande utilité car elles constituent le cadre d'une investigation plus poussée visant à renseigner encore une fois sur certaines barrières à la supplémentation des enfants pendant les campagnes. La connaissance de ces barrières, permet de rectifier les actions en cours et de valider les couvertures atteintes.

Les données de cette enquête devraient aussi fournir les éléments pour l'analyse coût-efficacité des JSE et de la campagne porte à porte dans les 4 Zones de Santé.

I.2. Objectifs

2.1 Objectif général

L'objectif général de l'étude est de valider le taux de couverture de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage au mébendazole réalisées lors de la campagne porte à porte dans deux zones de santé et les JSE dans deux autres zones de santé de l'Ex-province du Kasai-oriental pendant la deuxième phase de décembre 2015.

2.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques poursuivis par l'étude sont les suivants :

- Valider les couvertures de supplémentation en vitamine A pour les enfants de 6-59 mois ;
- Valider les couvertures du déparasitage au mébendazole pour les enfants de 12-59 mois ;
- Comparer la couverture administrative de la campagne porte à porte à celle issue de l'enquête PECS ;
- Comparer la couverture administrative des JSE à celle issue de l'enquête PECS ;
- Déterminer les facteurs socio-économiques influençant la couverture de la supplémentation en vitamine A et le déparasitage au mébendazole;
- Évaluer le niveau d'information des ménages sur la supplémentation en vitamine A et le déparasitage au mébendazole ;
- Évaluer le niveau de connaissances et l'implication des acteurs (distributeur et leaders communautaires) en supplémentation et déparasitage;
- Évaluer les connaissances et les pratiques des agents de santé dans la mise en œuvre de la supplémentation et le déparasitage;
- Identifier les forces, faiblesses, contraintes et leçons apprises des JSE
- Proposer des stratégies et des actions à entreprendre pour l'amélioration des activités en rapport avec les JSE.

I.3. Méthodologie

I.3.1 Type d'étude

Cette étude est transversale à visée analytique, quantitative et qualitative. Elle a utilisé la méthodologie de l'OMS des enquêtes post - événements (PECS) utilisé par HKI au niveau international et adapté au contexte du pays pour mesurer les couvertures.

Il s'agit d'une méthode d'enquête rapide, standardisée et simplifiée avec saisie quotidienne des données à l'aide des smartphones afin d'améliorer la qualité des données en utilisant le logiciel ODK et le site www.ona.io.

I.3.2 Domaine de l'étude

L'enquête a été menée dans quatre ZS de l'Ex Province du Kasai Oriental. Ces zones de santé ont été retenues suite à leur appartenance à la province du Kasai-Oriental qui figure parmi les provinces qui bénéficie de l'appui de HKI. En outre, les deux approches (campagne porte à porte et JSE) ont été mises en œuvre dans chacune des zones de santé retenues.

Les 4 zones de santé ont été groupées deux à deux pour former deux strates dont chacune d'elles était composée d'une zone rurale et d'une zone urbaine. L'enquête PECS de la campagne porte à porte a été menée dans la strate 1 tandis que celle de JSE a été menée dans la strate 2.

Les zones de santé ciblées réparties par strate sont reprises dans le tableau 1.

Tableau 1. Liste des ZS ciblées par strate

Strates	Zones de santé	
	Rurale	Urbaine
Strate 1	Tshilenge	Diulu
Strate 2	Kanda - kanda	MweneDitu

I.3.3 Population cible

La population cible de l'enquête est composée de :

- Enfants de 6 - 59 mois dans les ménages;
- Personnes en charge des enfants de 6 à 59 mois dans les ménages ;
- Leaders communautaires ;
- Distributeurs/relais communautaires (agents communautaires);
- Infirmiers titulaires (IT) ou responsables des aires de santé;
- Équipes Cadres de Zones de Santé (ECZS)

I.3.4 Base de sondage

La base de sondage qui a servi pour cette enquête est la liste de villages des 4 zones de santé concernées issues de la micro planification des JLV de septembre 2014. Dans chaque zone de santé, la population totale est actualisée par l'application du taux d'accroissement annuelle de la population.

I.3.5 Échantillonnage

I.3.5.1 Enquête ménage

- **Méthode d'échantillonnage**

Un sondage par grappes avec tirage aléatoire à trois degrés a été réalisé. Au premier degré dans chaque strate, 30 grappes, composées de deux zones de santé dont l'une rurale et l'autre urbaine, ont été tirées. Au deuxième degré, les ménages ont été tirés dans chaque grappe. Au dernier degré du tirage, un enfant est enquêté parmi les enfants de 6 - 59 mois dans chaque ménage tiré.

- **Taille de l'échantillon**

La taille de l'échantillon pour chaque strate est déterminée suivant la méthodologie développée pour les enquêtes PECS de supplémentation en vitamine A, de déparasitage et de vaccination suggérée dans le guide HKI, soit 30 grappes de 30 enfants par strate. Au total, une taille de 1800 enfants a été retenue pour les deux strates en raison de 900 enfants pour chaque strate.

- **Procédure de tirage des unités d'enquêtes dans chaque strate**

La procédure de tirage des unités d'enquête s'est faite de la manière ci-après :

Étape 1 : Sélection des grappes au premier degré.

Le tirage a suivi la méthode de tirage proportionnelle à la taille de la population (PPS)

- Établir une liste reprenant l'ensemble des villages et avenues des quatre zones de santé avec la population cible c.-à-d. les enfants de 6-59 mois.
- Cumuler les populations cibles et indiquer les totaux cumulés depuis le premier village jusqu'au dernier.
- Déterminer le pas de sondage (population totale cible cumulée divisée par 30)
- Choisir un nombre au hasard entre 1 et le pas trouvé pour avoir la première grappe
- A partir de la première grappe, construire une progression arithmétique en ajoutant chaque fois le pas de sondage jusqu'à totaliser les 30 grappes.

Le Logiciel ENA a été utilisé pour le tirage des 30 grappes pour chaque strate ainsi que 4 grappes de réserve. (Le tableau 1 en annexe donne la liste des 30 grappes tirées et enquêtées).

Étape 2 : Sélection des ménages

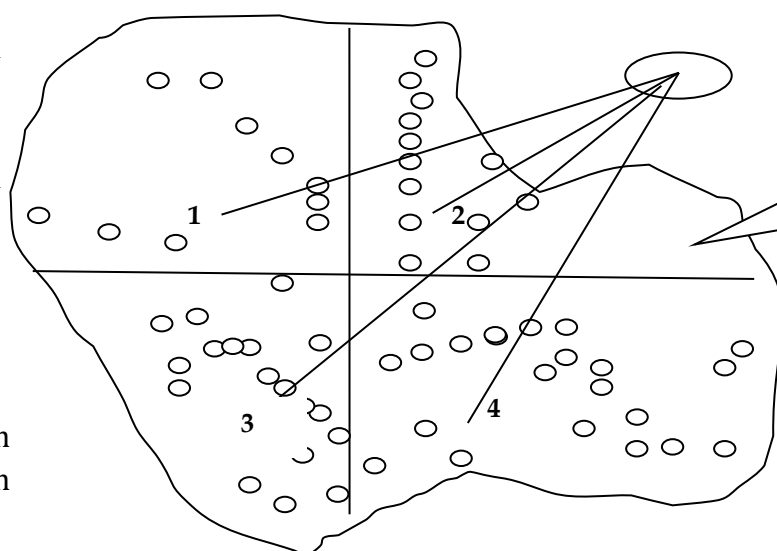
Pour cette étude, un ménage est défini comme un ensemble des personnes vivant sous un même toit (pendant au moins 3 mois), partageant le même repas et reconnaissant l'autorité d'une personne comme chef de ménage. Seuls les ménages ordinaires ont fait l'objet de l'enquête. Autrement dit, ont été exclus, les couvents, les orphelinats, les prisons, les permanences des églises,...

La procédure du choix des ménages sur le terrain se présente de la manière suivante:

A) Une fois dans la grappe (village ou quartier), on la divise en quatre

q
u
a
d
r
a
n
t
s

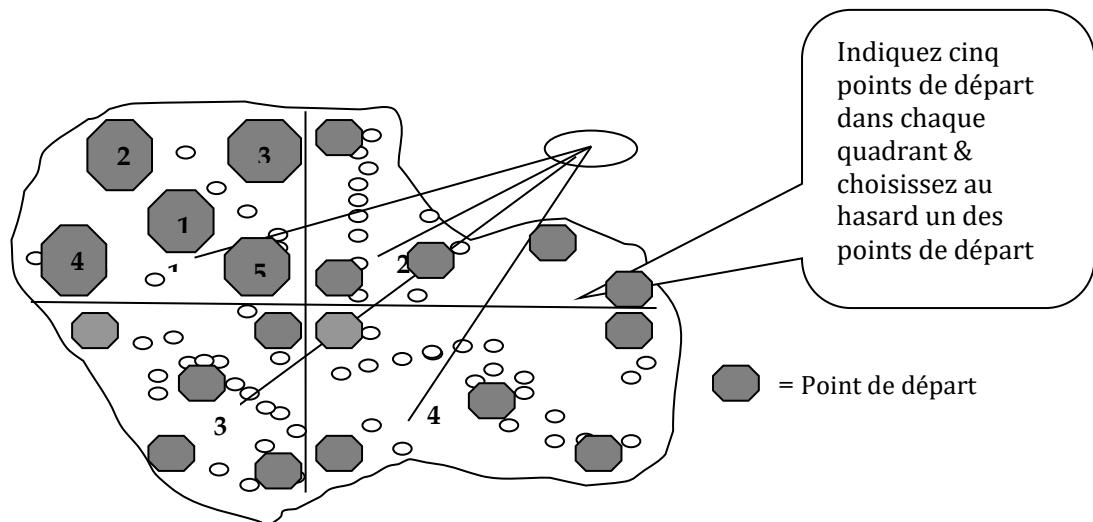
c
o
m
m
e



Divisez la grappe en 4 zones pour que les maisons soient échantillonnées dans chacune.

le montre la figure ci-dessous :

B) Dans chaque quadrant, 5 points de repère ont été identifiés pour déterminer la direction à prendre vers le premier ménage à enquêter par la sélection au hasard d'un nombre entre compris entre 1 et 5, à partir d'un point de repère choisis en lançant en l'air un crayon ou une bouteille.



C) Dans chaque quadrant, 7 ou 8 ménages ont été tirés au hasard selon les techniques ci- après : quadrant 1=8, Quadrant 2=8, Quadrant 3=7, Quadrant 4=7 où une équipe de 2 enquêteurs avait la charge d'interviewer les mères (ou gardiens) ayant à leur charge des enfants de 6-59 mois, pour atteindre le nombre total de 30 enfants requis pour chaque grappe.

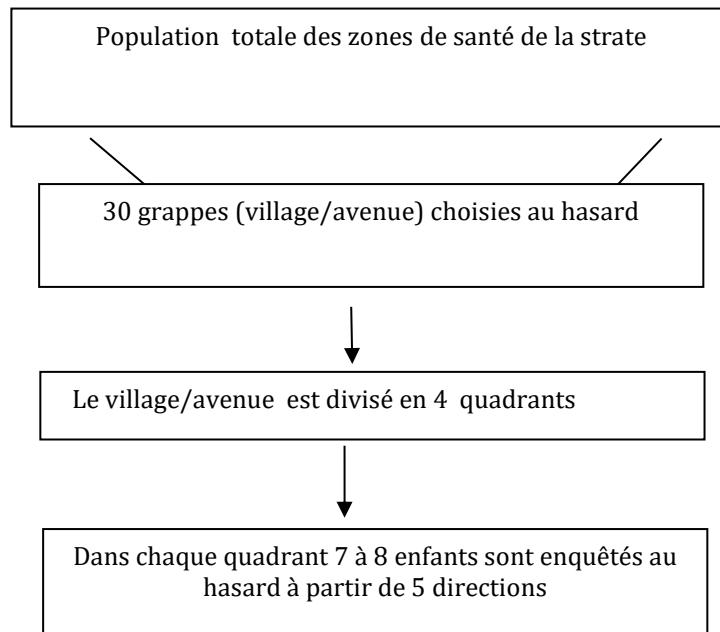
- Cette même procédure a été répétée dans les quadrants 2, 3, et 4. Au cas où une grappe était trop grand (= nombre de ménages >à 300), on a d'abord procédé à une segmentation et les ménages tirés au hasard dans l'un des segments ont été alors enquêtés.
- Par ailleurs, dans le cas où les 30 enfants ciblées n'étaient pas trouvés dans le village/avenue sélectionné, l'enquête devrait se poursuivre dans le village/avenue le plus proche, même si celui-ci n'avait pas été retenu lors du tirage.

Étape 3 : sélection des enfants

Dans chaque ménage, seul un enfant de 6-59 mois présent au moment de la campagne PORTE À PORTE/JSE a été enquêté. Dans les ménages où il y avait plus d'un enfant de 6 à 59 mois, un choix aléatoire a été opéré à l'aide de la table des nombres aléatoires pour tirer l'enfant qui devait être enquêté.

Le processus de constitution de l'échantillon et du choix des unités d'enquête est schématisé de la manière suivante:

Figure 1 : Procédure de tirage de l'échantillon par strate



I.3.5.2 Enquêtes auprès des infirmiers titulaires, agents de santé communautaire et leaders communautaires

Dans chaque grappe sélectionnée, un IT, un distributeur/un relais communautaire(RECO) et un Leader Communautaire(LC) devaient être enquêtés, soit au total, 30 IT, 30 RECO et 30 LC pour une grappe.

I.3.5.2 .1 Enquêtes auprès des Infirmiers Titulaires de Centre de Santé

Il s'agit d'IT ou de son adjoint dans le cas échéant, de l'établissement sanitaire se trouvant dans la grappe et qui a presté lors des JSE ou campagne porte à porte pour fournir les services aux bénéficiaires. Au cas où plus d'une personne avait presté dans le même aire de santé, un tirage aléatoire a été opéré.

I.3.5.2.2 Enquêtes auprès des Relais Communautaires

Le choix des Relais communautaires a été fait de façon raisonnée. Il s'agit des personnes impliquées qui ont assuré la distribution de la vitamine A lors de JSE ou campagne porte à porte de décembre 2015 dans les sites fixes, avancés ou mobiles qui avaient été identifiés et choisi pour la circonstance tel que une école, une église ou tout autre édifice publique qui avait été offert par la communauté pour le besoin de la cause. Ces personnes ont été identifiées par l'ECZS en raison de leurs expériences et volontariat habituellement démontrés dans les activités qui concerne la santé communautaire.

I.3.5.2.3 Enquêtes auprès des Leaders communautaires

Le choix des Leaders communautaires a été fait par la méthode de choix raisonné. Les LC sont des membres du village ou du quartier, généralement les chefs de communautés, les chefs religieux, les leaders d'association de femmes, de jeunes etc. Il s'agit des personnes ayant une opinion favorable aux questions de santé et une capacité de mobilisation de la communauté de façon à la faire participer à des activités d'intérêt social ou sanitaire au sein de la communauté.

I.4. Outils de collecte

Quatre types de questionnaires destinés aux différentes catégories de population cible de l'étude ont été utilisés pour la collecte des informations. Les questionnaires conçus ont été incorporés dans les téléphones portables (smartphones) qui ont servi de support de collecte pour recueillir les informations collectées sur le terrain. Les types de questionnaires conçus sont les suivants :

- Questionnaire ménages (mères ou gardiens d'enfants de 6-59 mois);
- Questionnaire pour les Infirmiers titulaires (IT) des centres de santé;
- Questionnaire pour les Distributeurs communautaires;
- Questionnaire pour les Leaders communautaires.

I.5. Organisation de l'étude

I.5.1 Cadre institutionnel

Le commanditaire de cette enquête est l'ONGI HKI, tandis que le MSP à travers le PRONANUT est le premier bénéficiaire de l'activité menée.

L'étude a été conduite par l'INS en collaboration avec le PRONANUT. Un comité technique a été institué, composé des techniciens de l'INS, du PRONANUT et du ONGI HKI-DRC et HKI-Région. Le comité avait pour tâche de produire la méthodologie, les outils de collecte, d'assurer la formation des superviseurs, de superviser la collecte des données et de produire le rapport de l'enquête.

Sur terrain, l'enquête a été supervisé par une équipe composé des délégués d' HKI, INS et PRONANUT. Ainsi 31 personnes dont 4 superviseurs, 8 chefs d'équipe, 16 enquêteurs, 1 informaticien et 2 coordonnateurs de HKI ont été mobilisé pendant 10 jours conformément à la répartition des grappes dans chaque strate.

I.5.2 Recrutement du personnel de terrain

L'INS a mis à la disposition de cette enquête des cadres et agents de terrain expérimentés dans les enquêtes de couverture tant au niveau national que provincial. Sur terrain, 8 équipes de 3 personnes chacune ont été constituées pour la collecte des données, dont 16 enquêteurs et 8 chefs d'équipes. En outre, 4 superviseurs ont chapeauté les 8 équipes en raison de deux équipes par superviseur avec l'appui technique du personnel de l'ONGI HKI concernant l'utilisation du logiciel ODK.

I.5.3 Formation

La formation des superviseurs a été organisée à Kinshasa du 10 au 12 décembre 2015. Pour les enquêteurs, la formation a eu lieu en province du 18 au 20 décembre 2015 dont un jour de pratique a été consacré au pré-test des outils de collecte pour l'ensemble des équipes. Les enquêteurs ont été formés sur les objectifs de l'enquête, les techniques d'interview, les outils de collecte des données, et à l'utilisation de logiciel ODK contenu dans le smartphone. La formation a mis l'accent sur les exercices de simulation en salle, et une enquête pilote.

I.5.4 Collecte des données PECS

I.5.4.1 Collecte de données dans les ménages

La collecte des données de la campagne porte à porte s'est déroulée du 26 au 31 décembre 2015 et celle des JSE du 02 au 06 janvier 2016.

Dans chaque grappe sélectionnée, 30 ménages ont été enquêtés, les enquêteurs ont interviewé les personnes ayant à leur charge des enfants de 6-59 mois en respectant les procédures d'échantillonnage requises (un enfant par ménage et un ménage par parcelle).

Sur le terrain, les 8 équipes ont progressé ensemble de grappe en grappe d'une strate à une autre pour réaliser l'enquête, ceci dans le but d'une part de préserver la sécurité des enquêteurs et d'autre part d'éviter de lasser les enquêtés par des visites quotidiennes.

Au cours de l'interview, la méthode de double saisie a été appliquée. En effet, deux enquêteurs avaient la charge de remplir simultanément le questionnaire incorporé dans le smartphone. Seul le superviseur était chargé de vérifier toutes les données collectées en passant en revue les questionnaires remplis, en collaboration avec les chefs d'équipe afin de s'assurer de la concordance des données collectées, avant leur envoi au serveur de l'ONA au moyen de l'internet.

I.5.4.2 Collecte de données au niveau communautaire

Dans chaque grappe, un leader communautaire, un infirmier titulaire et un distributeur ayant pris part à la campagne porte à porte ou aux JSE devaient être enquêtés en double saisie par le Superviseur. Les données collectées ont été également envoyées au serveur.

I.5.4.3 Utilisation du smartphone mobile avec ODK

Au niveau de l'approche méthodologique, il a été utilisé le smartphone mobile pour la collecte de données. Pour assurer la collecte, la saisie de données, la prise d'images ainsi que la géolocalisation au moyen de la fonction GPS du smartphone. Le logiciel ODK installé dans le smartphone a permis la saisie et le transfert, en temps réel, des données au serveur de l'ONGI HKI-DRC logé chez ONA. Ce site a permis la gestion, la géo-visualisation de données collectées de manière instantanée, après leur transfert.

I.6 Traitement et analyse de données

I.6.1 Gestion des données collectées à l'aide de smartphone

- Au cours de la collecte de données, les enquêteurs ont passé en revue le questionnaire électronique du début à la fin pour vérifier ligne par ligne qu'aucune question n'a été sautée et qu'aucune donnée ne manque pas non plus, avec une éventualité de correction en cas d'une erreur découverte, avant de passer au ménage suivant.
- Le superviseur était censé relire et réviser chaque questionnaire électronique remplis par les enquêteurs avec éventualité de correction avant de le soumettre au serveur. Dès que les données sont soumises, on ne peut plus les modifier.

5.4.2 Apurement des données

L'apurement a consisté à vérifier les données venant du site www.betaona.io avec les données attendues en effectuant les tests de cohérence.

5.4.3 Analyse des données

Un plan d'analyse des données a été élaboré. Il s'agit de la formulation des indicateurs, le plan de tabulation et la description des méthodes statistiques à utiliser.

Le logiciel SPSS a été principalement utilisé pour l'analyse statistique descriptive.

CHAPITRE DEUXIEME : RESULTATS DE L'ENQUETE MENAGES

II.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE

La taille de l'échantillon retenue pour cette étude est de 1800 enfants de 6-59 mois. Les informations sur les enfants ont été fournies par les mères ou gardien(ne)s des enfants. Cependant, suite à certains aléas liés à la collecte ainsi qu'à un nettoyage de la base de données, les informations sur 4 enfants n'ont pas été retrouvées parce qu'elles étaient soit non collectées, soit jugées non cohérentes. Les informations manquantes sur les 4 enfants se répartissent également entre les deux strates. Ainsi en définitif, les analyses portent sur un échantillon de 1796 enfants de 6-59 mois, à savoir : 898 enfants dans la strate porte à porte (Mweneditu + kanda-kanda) et 898 enfants dans la Strate JSE (Diulu + Tshilenge).

II.1.1 Caractéristiques socio démographiques des mères ou gardien(ne)s d'enfants

Les deux caractéristiques sociodémographiques retenues pour les mères ou gardien(ne)s d'enfants enquêtés sont le sexe et la religion. Leur distribution est présentée dans le tableau 2 suivant:

Pour l'ensemble de deux strates, 1512 personnes enquêtées soit 84,2% sont de sexe féminin contre 284 soit 15,8% de sexe masculin. Dans la strate porte à porte (Mweneditu et kanda-kanda) sur les 898 mères ou gardien(ne)s d'enfants enquêtés; 85,1% sont des femmes contre 14,9% des hommes. Par contre, dans la strate JSE (Diulu et Tshilenge) sur les 898 mères ou gardien(ne)s d'enfants enquêtés; 83,3% sont de sexe féminin contre 16,7% de sexe masculin.

Il se dégage donc entre les deux strates que la proportion de personnes de sexe masculin parmi les mères ou gardien(ne)s d'enfants enquêtés est légèrement élevée dans la strate JSE (16,7%) que dans celle de porte à porte (14,9%).

En rapport à la religion pratiquée par la mère ou gardien(ne), il ressort du même tableau que dans l'ensemble de deux strates, la majorité (79,2%) de mères ou gardien(ne)s d'enfants enquêtés (soit près de 8 personnes enquêtées sur 10) a déclaré appartenir à « autres religions ». Tandis que la religion musulmane est la moins pratiquée (0,4%). La religion catholique, les animistes et les personnes sans religion viennent respectivement avec 11,3%; 5,9% et 3,2%.

Au sein de la strate porte à porte, comme pour l'ensemble des strates, c'est toujours la modalité « autre religion » qui vient en tête avec 77,2% suivi respectivement de la

religion catholique (13,6%); animiste (5,1%); sans religion (3,6%) et la religion musulmane ferme la marche avec 0,6%. La strate JSE présente également la même configuration ; les mères ou gardien(ne)s d'enfants enquêtés ayant déclaré pratiquer « **autre religion** » sont majoritaire (81,2%). Ils sont suivis, tour à tour, des catholiques (9,0%); des animistes (6,7%); de ceux n'ayant aucune appartenance religieuse (sans religion 2,8%) et des musulmans (0,3%).

En mettant, en relation les deux strates, il ressort des différences mineures entre l'importance de religions pratiquées. Dans la strate JSE, les mères ou gardien(ne)s d'enfants enquêtés sont plus ancrées à « **autre religion** » (81,2%) que ceux de la strate porte à porte (77,2%). Cependant, les autres modalités (catholique, animiste, sans religion et musulman) enregistrent des proportions légèrement supérieures dans la strate porte à porte que celles observées dans la strate JSE.

Tableau 2: Répartition des mères ou gardien(ne)s d'enfants enquêtés par strate selon sexe et la religion

Caractéristiques	STRATE				Ensemble	
	porte à porte PORTE À PORTE (Mweneditu +kanda-kanda)		JSE (Diulu +Tshilenge)			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Sexe						
Masculin	134	14,9	150	16,7	284	15,8
Féminin	764	85,1	748	83,3	1512	84,2
Ensemble	898	100	898	100	1796	100,0
religion						
sans religion	32	3,6	25	2,8	57	3,2
Catholique	122	13,6	81	9,0	203	11,3
Musulmane	5	0,6	3	0,3	8	0,4
Animiste	46	5,1	60	6,7	106	5,9
autre religion	693	77,2	729	81,2	1422	79,2
Ensemble	898	100,0	898	100,0	1796	100,0

II.1.2 Caractéristiques de l'habitat des mères ou gardien(ne)s d'enfants

Les caractéristiques générales de l'habitat des individus sont dans une certaine mesure révélatrice des conditions de vie des ménages. Les éléments du confort retenues dans la présente étude se rapportent aux deux variables suivantes : « matériaux de murs » et « matériaux de toiture ».

II.12.1 Répartition des mères ou gardien(ne)s d'enfants par strate selon les matériaux de construction de mur et de toiture

Le tableau 3 montre que dans l'ensemble de deux strates, près de 6 personnes enquêtées sur 10 vivent dans les habitations dont les murs sont construits avec les **autres matériaux (59,9%)**. Les mères ou gardien(ne)s d'enfants enquêtés vivant dans les maisons dont les murs sont en terre ou en boue représentent (19,0%), suivi de celles vivant dans les maisons en blocs ciment(15,9%). Les maisons faites en murs troncs de canne/ palmier représentent (3,5%) et celles des murs en bambou (1,7%). Pour ce qui est des matériaux de toit, dans l'ensemble des strates, le résultat révèle que 5 sur 10 mères ou gardien(ne)s d'enfants enquêtés vivent dans les maisons en tôles/tuiles, soit 54,7%. suivi de celles habitant des maisons en paille/papo (45,3%). Les mères ou gardien(ne)s d'enfants qui vivent dans les maisons dont le toit est fait avec autres matériaux sont très minoritaire (0,1%).

De l'analyse par strate, il est observé que pour la strate JSE, les personnes enquêtées vivent, en majorité, dans les maisons construites en **autres matériaux (48,1%)**, suivi respectivement de celles vivant dans les habitations construites en blocs ciments (21,2%); en terre ou boue (20,5%); en tronc canne/ palmier (6,8%) et dans les maisons dont les murs sont en bambou (3,5%).

Il est également observé, pour la strate JSE, que 7 personnes enquêtées sur 10 vivent dans les maisons dont les matériaux de toit sont en tôle/tuiles (70%), suivi de maisons en paille/papo (29,8%). Cependant, la part des personnes enquêtées vivant dans les maisons fait avec autres matériaux est nulle.

Par contre, dans la strate porte à porte, près de 7 personnes enquêtées sur 10 vivent dans les maisons dont les murs sont construits en autres matériaux (71,7%) suivi, tour à tour, de celles vivant dans les maisons en terre ou boue (17,5%), en blocs ciments (10,7%), en tronc canne/ palmier (0,1%). Cependant, aucune personne enquêtée ne vit dans une maison dont les murs sont en bambous.

Pour la strate porte à porte par contre, il s'observe que 6 personnes enquêtées sur 10 vivent dans les maisons recouvertes en paille (60,7%), suivi de celles en tôles/tuiles (39,2%) alors que les maisons recouvertes avec autres matériaux de toiture sont faiblement représentées (0,1%).

En comparant les types de matériaux de murs utilisés dans les deux strates, il s'observe d'importantes disparités entre les habitations dans lesquelles vivent les personnes enquêtées selon qu'ils appartiennent à la strate porte à porte ou à celle de JSE. Dans la strate porte à porte, les maisons en blocs ciment représentent 21,2% dans la strate JSE contre seulement 10,7%. Quant au matériau de toit, il s'observe entre les deux strates que 70,2% sont recouverte en tôles dans la strate JSE contre 39,2% dans la strate porte à porte.

Tableau 3 : Répartition des mères ou gardien(ne)s d'enfants par strate selon les matériaux de construction de mur et de toiture

Caractéristiques	STRATE				Ensemble	
	Porte à portePORTE À PORTE (Mweneditu +kanda-kanda)		JSE (Diulu +Tshilenge)			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Matériaux de murs						
Bambou	0	0	31	3,5	31	1,7
Ciment	96	10,7	190	21,2	286	15,9
terre/ boue	157	17,5	184	20,5	341	19,0
Tronc canne/palmier	1	0,1	61	6,8	62	3,5
Autres	644	71,7	432	48,1	1076	59,9
Ensemble	898	100	898	100	1796	100,0
Matériaux de toit						
paille/ papo	545	60,7	268	29,8	813	45,3
tôles/ tuiles	352	39,2	630	70,2	982	54,7
Autres	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Ensemble	898	100,0	898	100,0	1796	100,0

II.1.3 Caractéristiques socioéconomiques des mères ou gardien(ne)s d'enfants

Afin de mesurer le niveau socioéconomique des ménages enquêtés, il a été demandé aux mères ou gardien(ne)s d'enfants enquêtés de fournir des informations sur leur niveau d'instruction ainsi que sur les biens possédés par leur ménage.

II.1.3.1 Répartition des mères ou gardien(ne)s d'enfants par strate selon le niveau d'instruction

Le Tableau 4 ci-dessus montre que dans l'ensemble, environ une mère ou gardien(ne)s sur deux a le niveau « secondaire » (50,5%) contre seulement 2,2% qui ont le niveau « supérieur ou universitaire ». Les personnes enquêtées ayant un niveau primaire et celles étant sans niveau d'instruction représentent respectivement 39,2% et 8,1%.

Les personnes n'ayant aucun niveau d'instruction représentent 10,1% dans la strate porte à porte contre 6,0% dans la strate JSE. Celles ayant le niveau primaire

représentent 41,6% dans la strate porte à porte contre 36,9% dans la strate JSE. Dans la strate porte à porte, les mères ou gardien(ne)s d'enfants enquêtés ayant le niveau secondaire représentent 47,0% contre 53,9% dans la strate JSE. Par ailleurs, le nombre de mères ou gardien(ne)s d'enfants enquêtés ayant atteint le niveau supérieur/universitaire dans la strate JSE représentent plus du double de ceux du même niveau enquêtés dans la strate porte à porte.

Il se dégage que le niveau d'instruction des mères ou gardien(ne)s d'enfants est élevé dans la strate JSE (3,2%) que dans celle de porte à porte(1,2%).

Tableau4 :Répartition des mères ou gardien(ne)s d'enfants par strate selon le niveau d'instruction

Caractéristique	STRATE				Ensemble	
	Porte à porte (Mweneditu +kanda-kanda)		JSE (Diulu +Tshilenge)			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Niveau d'instruction						
Sans niveau	91	10,1	54	6,0	145	8,1
Primaire	373	41,6	331	36,9	704	39,2
Secondaire	422	47,0	484	53,9	906	50,5
Supérieur / universitaire	11	1,2	29	3,2	40	2,2
Ensemble	897*	100,0	898	100,0	1795	100,0

*Un individu n'a pas fourni des informations sur la variable dans la strate porte à porte

II.1.3.2 Principaux biens possédés par le ménage étudiés par strate

Le tableau 5 montre que dans les deux strates, trois types de biens sont possédés par plus de 50% de ménages. Il s'agit de : radio (78,3%) avec une légère disparité entre les strates (81,1% dans la strate JSE contre 75,5% dans celle de porte à porte ; montre (61,4%) pour lequel la strate porte à porte enregistre 70,9% contre 51,9% dans la strate JSE; téléphone (60,8%) où 53,6% de ménages dans la strate porte à porte contre 67,9% ménages dans la strate JSE.

Par ailleurs, les biens tels que la télévision et l'internet, utilisés pour la sensibilisation de la population, sont possédés par 34,9% de ménages enquêtés dont 36% dans la strate porte à porte et 33,9% dans la strate JSE; et pour l'internet 4,9% dans l'ensemble de strates.

Tableau 5 :Répartition des mères ou gardien(ne)s d'enfants par strate selon les principaux de biens possédés par leur ménage

Principaux biens possédés	Strate PORTE À PORTE (Mweneditu +kanda-kanda)	Strate JSE (Diulu + Tshilenge)	Ensemble (N=1780)
	(effectifn=891*)	(effectif =889**)	
Téléphone	53,6	67,9	60,8
Bicyclette	47,3	18	32,6
Moto	39,8	42,6	41,2
Voiture	3,7	13,8	8,8
Radio	75,5	81,1	78,3
Télévision	36	33,9	34,9
Eau courante	1,3	2,1	1,7
Panneau solaire	6,6	8,4	7,5
Internet	4,9	4,8	4,9
Montre	70,9	51,9	61,4
Ordinateur	0,9	6,2	3,5
Maison en location	1,6	4,2	2,9

II.1.4Caractéristiques démographiques des enfants

Le tableau suivant donne la répartitiondes enfants enquêtés par strate selon leurs Sexe et âge au moment de l'enquête.

Il ressort du tableau 6 que sur les 1796 enfants ayant fait l'objet de cette étude, 50,8% sont de sexe féminin contre 49,2% de sexe masculin. Les mêmes proportions sont presque gardées dans les deux strates. Dans la strate porte à porte, 51,4% d'enfants sont des filles et 48,6% des garçons. Dans la strate JSE, ces proportions sont respectivement de 50,1% pour les filles et de 49,9% pour les garçons.

En rapport avec l'âge des enfants enquêtés, dans les deux strates, les enfants âgés de 6-11 mois représentent 9% et ceux âgés de 12-59 mois, 91%. Dans la strate porte à porte, ces proportions sont respectivement de 7,3% pour les enfants de 6-11mois et 92,7% pour ceux de 12-59mois. Elles sont, tour à tour, de 10,6% pour les enfants de 6-11 mois et de 89,4% pour ceux de la tranche d'âges de 12-59 mois dans la strate JSE.

Tableau 6 : Répartition des enfants enquêtés par strate selon le sexe et l'âge

Caractéristiques	STRATE				Ensemble	
	PORTE À PORTE (Mweneditu +kanda-kanda)		JSE (Diulu +Tshilenge)			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Sexe						
Masculin	436	48,6	448	49,9	884	49,2
Féminin	462	51,4	450	50,1	912	50,8
Ensemble	898	100	898	100	1796	100,0
Age de l'enfant						
6-11 mois	66	7,3	95	10,6	161	9,0
12 -59 mois	832	92,7	803	89,4	1635	91,0
Ensemble	898	100,0	898	100,0	1796	100,0

II.2 Information sur la campagne porte à porte et les journées de sante de l'enfant

II.2.1. Information sur l'organisation de la campagne

Il a été demandé aux mères ou gardien(n) es d'enfants de deux strates (Mwene-Ditu et Kanda-Kanda) et (Diulu et Tshilenge), s'ils avaient été informés de la campagne porte à porte et des JSE de décembre 2015, quelle était leur source d'information et quel a été le message entendu.

Il ressort du tableau 7 que sur un ensemble de 1796 mères et gardien(ne)s d'enfants enquêtées, 85,9% ont été informé de la supplémentation en vitamine A porte à porte et en JSE. Cependant, il a été observé que dans la stratégie porte à porte à porte, sur l'ensemble de 898 mères et gardien(n) es d'enfants enquêtées, 81,8% ont été informées de l'opération contre 89,9% pour la stratégie JSE.

Au regard de ces résultats, on constate que la différence des proportions entre des personnes ayant été informé dans la JSE et celles de la strate porte à porte n'est pas significative au seuil de 5%.

Tableau 7 : Répartition des mères ou gardien(ne)s d'enfants par strate selon qu'elles (ils) ont été informé de la campagne porte à porte et des Journées de la Santé de l'Enfant (JSE)

Avoir été informé sur les PORTE À PORTE et JSE de décembre 2015	STRATE				Ensemble	
	PORTE À PORTE (Mwene-Ditu+Kanda-Kanda)		JSE (Diulu+Tshilenge)			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Oui	735	81,8	807	89,9	1542	85,9
Non	163	18,2	91	10,1	254	14,1
Total	898	100	898	100	1796	100

II.2.2 Sources d'informations sur la campagne porte à porte et les Journées de Santé de l'Enfant (JSE) de décembre 2015

Le tableau 7 ci-dessous donne les résultats dans les deux strates porte à porte (Mwene-Ditu+Kanda-Kanda) et JSE (Diulu+Tshilenge), sur les sources d'informations auxquelles les mères ou gardien(ne)s des enfants auraient entendu parler de porte à porte et JSE de décembre 2015. De toute part, la principale source d'information reste le message de relais communautaire suivi de celui des agents de santé.

Tableau 8: Répartition des mères ou gardien(ne)s d'enfants par strate selon la source d'informations sur la campagne porte à porte et les Journées de Santé de l'Enfant (JSE) de décembre 2015

Sources d'informations sur laPORTE À PORTE et JSE de Décembre 2015	STRATE				Ensemble	
	Porte à porte (Mwene-Ditu+Kanda-Kanda)		JSE (Diulu+Tshilenge)			
	Effectif (n=813)	%	Effectif (n=858)	%	Effectif (n=1671)	%
Mobilisateurs/ Crieurs/reco	599	81,5	638	79,1	1237	80,3
Agent de santé	105	14,3	87	10,8	192	12,5
Radio	42	5,7	19	2,4	61	4,0
Leaders communautaires	22	3,0	85	10,5	107	6,9
Accoucheuse traditionnelle	8	1,1	9	1,1	17	1,1
Annonce à l'église	5	0,7	3	0,4	8	0,5
Annonce au marché	4	0,5	0	0,0	4	0,5
Voisin/membre de famille	10	1,4	8	1	18	1,2
Brochures	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Bouche à l'oreille	7	1,0	1	0,1	8	0,5
Ne se souvient pas	8	1,1	7	0,9	15	1,0
Autres sources d'informations	3	0,4	0	0,0	3	0,2

6.2.3 Message s entendu sur les Journées de Santé de l'Enfant (JSE) et la Campagne porte à porte de décembre 2015

Trois types d'informations ont été particulièrement recherchés auprès des mères ou gardien(ne)s d'enfants dans chacune des strates. Il s'agit de : l'âge des enfants, les produits à recevoir et le lieu d'administration des produits. Ces informations sont contenues dans les tableaux 9,10 et 11.

6.2.3.a. l'âge de l'enfant

En ce qui concerne l'âge des enfants, il a été observé dans les deux strates, que 91,7%des mères /gardiens (ne) s d'enfants ont déclaré avoir entendu la tranche d'âge des enfants de moins de 5 ans

Tableau 9 : Répartition des mères /gardien(ne)s d'enfants par strate selon les types d'informations reçues sur l'âge des enfants à supplémenter en Vitamine A

Type d'informations reçues	STRATE				Ensemble	
	PORTE À PORTE (Mwene-Ditu+Kanda-Kanda)		JSE (Diulu+Tshilenge)			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Age des enfants qui vont recevoir la vitamine A						
Moins 5 ans	659	89,6	755	93,5	1414	91,7
Tous les enfants	54	7,3	35	4,3	89	5,8
Autres	22	3,0	17	2,1	39	2,5
Total	735	100	807	100	1542	100

6.2.3.b. le lieu de supplémentation

S'agissant du lieu de distribution de la vitamine A, dans la strate porte à porte, les résultats révèlent que 96,3% des mères ou gardiens d'enfants ont entendu l'information « porte à porte » contre 3,7% qui ont entendu autre lieu ou qui n'ont rien entendu.

Concernant la strate JSE, 56,5% des mères /gardiens (ne) s d'enfants enquêtées ont déclaré avoir entendu le message selon lequel la supplémentation en vitamine A sera faite dans un « lieu fixe » alors que 33,8% des mères /gardiens (ne) s d'enfants ont entendu l'information selon laquelle le lieu était un « site avancé ».

Tableau 10 : Répartition des mères /gardien(ne)s d'enfants par strate selon les types d'informations reçues sur le lieu de la distribution de la vitamine A

Type d'informations reçues	STRATE			
	PORTE À PORTE (Mwene-Ditu+Kanda-Kanda)		JSE (Diulu+Tshilenge)	
	Effectif	%	Effectif	%
Le lieu d'administration				
Fixe	8	1,1	450	56,5
Porte à porte	696	96,3	60	7,5
Site avancé	3	0,4	269	33,8
N'a rien entendu	16	2,2	13	1,6
Mobile	0	0,0	4	0,5
Total	723	100	796	100

6.2.3.c :le type de produit à recevoir

Les résultats du tableau 11 révèlent que 84,9% des mères /gardiens (ne)s d'enfants dans les deux strates, ont déclaré avoir entendu les enfants recevront la vitamine A. alors que 77,7% des mères /gardiens (ne)s d'enfants ont reçu l'information selon laquelle les enfants seront déparasités au mébendazole. Vient ensuite 11,6% qui n'ont rien entendu. Tandis que 9,3% ont entendu parler des Vaccins.

Par ailleurs, les résultats du tableau 11 montrent que concernant les types de produits à recevoir, 82,6% des mères /gardiens (ne)s d'enfants enquêtées ont cité la "Vitamine A ", 74,7% le mébendazole, 3,9% Vaccins et 13,8% n'ont rien entendu dans la strate porte à porte. Dans la strate JSE, par contre, 87,1% des mères /gardiens (ne)s d'enfants enquêtées ont déclarée avoir reçu les informations selon laquelle la vitamine A sera distribuée, 80,6% ont cité le mébendazole, 14,5% les vaccins et 9,5% n'ont rien entendu.

Tableau 11 : Répartition des mères /gardiens (ne) s d'enfants par strate selon l'information captéesur le type produits à recevoir par les enfants

Information reçue	STRATE				Ensemble	
	PORTE À PORTE (Mwene-Ditu+Kanda-Kanda)		JSE (Diulu+Tshilenge)			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Types de Produits à recevoir	n=748		n=793			n=1541
Mébendazole	559	74,7	639	80,6	1198	77,7
Vitamine A	618	82,6	691	87,1	1309	84,9
Vaccins	29	3,9	115	14,5	144	9,3
N'a rien entendu	103	13,8	75	9,5	178	11,6
Autres	8	1,1	1	0,1	9	0,6

II.3 COUVERTURE DE LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A

La couverture de la supplémentation en vitamine Aa été calculée de la manière ci-après :

Au numérateur : le nombre d'enfants de 6-59 mois supplémentés sur base de la déclaration simple des mères ou gardien(ne)s d'enfants. Et **Au dénominateur** : le nombre total d'enfants âgés de 6-59 mois enquêtés.

II.3.1 Couverture selon les caractéristiques sociodémographiques et culturelles des enfants enquêtés de 6 - 59 mois

Dans le cadre de cette étude un certain nombre de caractéristiquessociodémographiques et culturelles ont été retenues, à savoir :le sexe, l'âge, le milieu de résidence et le fait d'avoir été informé.

Dans l'ensemble, la couverture de la supplémentation en vitamine A au mois de décembre 2015 dans les 4 zones de santé enquêtées est de **89,3 %**. Cette couverture prise séparément montre qu'il n'y a pas une différence significative entre les deux strates, soit **89,1%** dans la strate porte à porte et **89,5%** dans JSE.

En considérant le sexe de l'enfant, il n'y a pas de différences sur le plan de couverture en supplémentation en vitamine A entre les garçons et les filles, soit une couverture dans l'ensemble de 89,4 % chez les filles et 89,3 % chez les garçons. Il n' ya pas de différences non plus si on considère chaque approche séparément.

De même aucune différence n'est trouvée si on considère l'âge des enfants. La couverture dans l'ensemble est de 89,4 % chez les enfants de 6-11 mois et 89,3% chez les enfants de 12-59 mois. Il en est de même pour le milieu de résidence dans l'ensemble, la couverture est de 89,2% en milieu urbain, et de 89,4% dans le milieu rural.

Un écart est trouvé si on considère le fait que la mère ou gardien(ne) ait été informé ou non de l'organisation la campagne porte à porte ou des JSE. Ainsi, la couverture dans l'ensemble est de 71,3% pour ceux dont les mères ou gardien(ne)s d'enfant n'avaient pas entendu parler de ces campagnes et de 92,3% pour les enfants dont les mères ou gardien(ne)s avaient été informés.

Tableau 12 : Répartition des enfants supplémentés en vitamine A par strate selon le sexe, l'âge, le milieu de résidence et le fait que la mère ou gardien(ne) été informé

Caractéristiques	Enfants supplémentés en vitamine A				Ensemble	
	Strate porte à porte		Strate JSE			
	N	%	N	%	N	%
Sexe de l'enfant						
Masculin	448	88,3	436	90,2	884	89,3
Féminin	450	89,8	462	88,9	912	89,4
Age de l'enfant						
6-11 mois	66	84,8	95	92,6	161	89,4
12-59 mois	832	89,4	803	89,2	1635	89,3
Milieu de résidence						
Urbain	520	89,4	520	89	1040	89,2
Rural	378	88,6	378	90,2	756	89,4
Mères/gardien(n)es ayant été informé						
Oui	735	93,2	807	91,4	1542	92,3
Non	163	70,6	91	72,5	254	71,3
TOTAL	898	89,1	898	89,5	1796	89,3

II.4 Façon dont les capsules de vitamine A sont données aux enfants

L'enquête s'est intéressée à avoir des informations sur la façon dont les capsules de vitamine A sont données aux enfants, le tableau présente ces informations par strate et dans l'ensemble.

Dans l'ensemble, le tableau 13 indique, pour les deux approches que, 85,2% des mères /gardiens (ne) s d'enfants ont déclaré que la vitamine A a été administrée aux enfants après que la capsule ait été coupée avec une paire de ciseau ou coupe ongle. Cette pratique est plus observée dans la strate porte à porte (91,5%) que dans la strate des JSE (77,8%). Par ailleurs, on note que dans la strate JSE, 13,8% des mères /gardiens (ne)s d'enfants ont déclaré que l'éperon de la capsules a été coupé avec les « dents, épingles ou rame de rasoir ».

Tableau 13 : distribution des enfants supplémentés par strate selon la Façon dont les capsules de vitamine A ont été administrées

Façon d'administrer les capsules de vitamine A aux enfants	STRATE				Ensemble	
	porte à porte		JSE			
	N	%	N	%	N	%
Capsules coupées avec ciseaux ou coupe ongle et capsules pressées dans la bouche de l'enfant	589	91,5	424	77,8	1013	85,2
Dents, épingles ou rame de rasoir utilisé pour ouvrir et après pressé dans la bouche de l'enfant	28	4	75	13,8	101	8,5
Avalées avec de l'eau	1	0,2	0	0	1	0,1
Mâcher la capsule et la casser	1	0,2	3	0,6	4	0,3
Ne sait pas	26	4	39	7,2	65	5,5
Autres	1	0,2	4	0,3	5	0,4
Total	644	100	545	100	1189	100

II.5.1 Raisons de non supplémentation en vitamine A

Le tableau14 présente les différentes raisons évoquées par les mères et gardiennes d'enfants dans les4 zones de santé sur la non supplémentation en vitamine A de leurs enfants de 6-59 mois au cours des deux approches « JSE et porte à porte »de Décembre 2015.

La raison dominante évoquée dans l'ensemble par 39,6% des mères ou gardien(ne)s en ce qui concerne la non-supplémentation des enfants en vitamine A est que les parents de l'enfant avaient été absents lors de la distribution. Les JSE représentent 42,2% par contre la campagne porte à porte 37,0%.

La disparité s'observe entre les deux approches en ce qui concerne la seconde raison. Pour le porte à porte 32,1% ont évoqué que l'équipe de supplémentation n'est pas passée » et pour le JSE la raison évoqué c'est ne pas être informé de l'activité (15,7%)..

Toutefois d'autres raisons de non supplémentation ont été évoqué à l'ordre de 15,7% pour la strate JSE et 18,5% pour porte à porte par les mères ou gardiennes d'enfants..

Tableau 14 :distribution des enfants de 6 à 59 mois selon les raisons de non supplémentation en vitamine A

caractéristiques	STRATE				Ensemble	
	porte à porte		JSE			
Raisons de non supplémentation	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Les parents de l'enfant absents de la maison	30	37	35	42,2	65	39,6
L'enfant était malade	1	1,2	0	0	1	0,6
Pas informé de l'activité	3	3,7	13	15,7	16	9,8
L'équipe de supplémentation n'est pas passée	26	32,1	3	3,6	29	17,7
Trop occupé	0	0	10	12	10	6,1
L'enfant avait déjà reçu la vitamine A	1	1,2	0	0	1	0,6
Ne sait pas	5	6,2	9	10,8	14	8,5
Autres raisons	15	18,5	13	15,7	28	17,1
Total	81	100	83	100	164	100

II.4.2.1 Enfants qui n'ont jamais reçu la vitamine A.

L'enquête s'est intéressée aussi aux enfants qui n'ont jamais reçu de la vitamine A par le passé (0 dose). Pour ces enfants lors des JSE ou durant la campagne porte à porte de décembre 2015, il a été demandé s'ils n'ont jamais été supplémentés dans le passé présenté dans les tableaux 15 et 16.

Le tableau 15 montre que dans l'ensemble, 78% de 164 enfants non supplémentés en 2015, ont déjà reçu la vitamine A dans le passé 20,1% n'ont jamais reçu la vitamine A et pour 1,8% leur mères ou gardien(n)es ne savent pas s'ils l'ont déjà reçu ou pas.

Tableau15 : Distribution des enfants non supplémentés en vitamine A par le passé

Situation des enfants non supplémentés	STRATE				Ensemble	
	porte à porte		JSE			
	Effectif	%	Effectif	%	N	%
Ont reçu de la vitamine A dans le passé	68	81,9	60	74,1	128	78,0
Jamais reçu de la vitamine A dans le passé	13	15,7	20	24,7	33	20,1
Ne sait pas	2	2,4	1	1,2	3	1,8
Total	83	100	81	100,0	164	100,0

Les deux approches révèlent que la proportion d'enfants qui n'ont jamais reçu la vitamine A est élevée chez les filles que chez les garçons, 60,6% contre 39,4%.

Il y a aussi plus d'enfants jamais supplémentés par milieu de résidence. Il se dégage une disparité importante entre le milieu urbain (63,6%) et le milieu rural (36,4%). De même par tranche d'âge, il s'observe qu'il ya plus d'enfant non supplémenté en vitamine A entre 12-59 mois (90,9%) que dans la tranche de 0-11 mois (9,1%).

Tableau 16 : Distribution des enfants jamais supplémentés en vitamine A selon l'âge et le milieu de résidence

Caractéristiques	porte à porte		JSE		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Sexe						
- Masculin	7	35	6	47,1	13	39,4
Age						
- 6-11 mois	2	100	1	77	3	9,1
- 12-59 mois	18	900	12	923	30	90,9
Milieu de résidence						
- Urbain	11	5,5	10	76,9	21	63,6
- Rural	9	4,5	3	23,1	12	36,4
Total	20	100	13	100	33	100

II.4.3 COUVERTURE DU DÉPARASITAGE AU MEBENDAZOLE

Le déparasitage au mébendazole lors des JSE ou de porte à porte a concerné les enfants de 12 à 59 mois. Le calcul de la couverture du déparasitage a été fait de la manière ci-après :

Au numérateur : le nombre d'enfants de 12-59 mois déparasités au mébendazole sur la base de la déclaration simple des mères ou gardien(ne)s d'enfants

Au dénominateur : le nombre total d'enfants âgés de 12-59 mois enquêtés.

Le tableau ci-dessous présente la proportion d'enfants déparasités au mébendazole lors des JSE ou porte à porte de la deuxième phase de 2015 selon le sexe, le milieu de résidence et le fait d'avoir été informé des JSE .

Dans l'ensemble, pour les enfants de 12 à 59 mois, la couverture du déparasitage au mébendazole dans les 4 zones de santé durant les JSE de décembre 2015 est de 84,3%. Par approche utilisée, la couverture est de 82,7% là où on a utilisé l'approche JSE et de 85,8% pour l'approche porte à porte.

Si on considère le sexe de l'enfant, aucune différence n'a été observée., la couverture est de 83,5% pour les garçons de 85,0% pour les filles.

Par ailleurs, la proportion d'enfants déparasités en milieu rural est de 87,3% contre 82,1% en milieu urbain pour les deux approches.

Concernant le fait d'avoir été informé sur la campagne porte à porte ou les JSE, 87,3% d'enfants ont été déparasités () lorsque la mère ou gardien d'enfant a été informé contre 66,5% lorsque la mère ou gardien(ne) d'enfant n'était pas informé de l'activité. Cette tendance est aussi vraie lorsqu'on considère chaque approche séparément.

Tableau17 : Proportion d'enfants de 12-59 mois déparasités au mébendazole en décembre 2015 par strate selon certaines caractéristiques sociodémographiques de l'enfant

Caractéristiques	STRATE				Ensemble	
	porte à porte		JSE		N	% enfants déparasités
	N	% enfants déparasités	N	% enfants déparasités		
Sexe						
Masculin	403	84,6	399	82,5	808	83,5
Féminin	429	86,9	404	82,9	833	85
Milieu de résidence						
Urbain	481	83,6	469	80,6	950	82,1
Rural	351	88,9	334	85,6	685	87,3
Avoir été informé de la campagne ou JSE						
Oui	677	89,5	722	85,2	1399	87,3
Non	155	69,7	81	60,5	238	66,5
TOTAL	832	85,8	803	82,7	1635	84,3

Couverture vaccination en JSE

Lors des JSE, 35% des enfants ont été vaccinés (vaccination de rattrapage)

Tableau 18: répartition des enfants de 6-11mois vaccinés lors des JSE

Caractéristique	STRATE JSE	
	Effectif	%
Statut vaccinal		
oui, vacciné	31	35,2
non vacciné	57	64,8
Total	88	100

II.4.3 Comparaison de la couverture administrative et PECS

Le tableau 19 met en relief la comparaison de taux de couverture rapporté par les zones de santé et celui de PECS. Dans l'ensemble, pour la vitamine A, la couverture administrative pour les 4 zones de santé est de 98,3% contre 89,3% obtenus lors de l'enquête PECS, soit une différence de 9 points de pourcentage. Si l'on considère, les deux sources séparément, il y a lieu de noter que la couverture administrative fournit un taux supérieur à celui de PECS.

Pour le déparasitage au mébendazole, la couverture administrative pour les 4 zones de santé est de 98,9% contre 84,3 % de couverture obtenue lors de l'enquête PECS, soit une différence de 14,6 points de pourcentage. Chaque approche considérée séparément, on note aussi qu'il se dégage que la couverture administrative est plus élevée que celle renseignée par PECS.

Tableau 19 : Comparaison des résultats de l'enquête de couverture(PECS) et ceux rapportés par les 4 zones de santé

couverture	Porte à porte		JSE		Ensemble	
	Enquête PECS	rapporté par les ZS	PECS	rapporté par les ZS	PECS	rapporté par les ZS
Couverture vitamine A	89,1	100,5	89,5	96,5	89,3	98,3
Couverture au mébendazole	85,8	99,5	82,7	98,3	84,3	98,9

II.4.4 CONNAISSANCES DES MERES OU GARDIEN(NE)S D'ENFANTS SUR LA VITAMINE A

6.7.1 Connaissances des bienfaits de la vitamine A

une bonne connaissance des bienfaits de la vitamine A revient à connaître principalement les avantages suivants : La vitamine A prévient la cécité ,La vitamine A, renforce la résistance immunitaire de l'enfant ;La vitamine A favorise la croissance de l'enfant. Les données du tableau 20 montre, dans l'ensemble que sur 39,8% mères ou gardien(ne) s ont déclaré que la Vitamine A protège contre la maladie, suivi de 37,3%des mères /gardiennes d'enfants qui ne connaissent pas les bienfaits de la vitamine A. en outre, 19,7% mères ou gardiennes ont déclaré que la Vitamine A améliore la santé.

Pour les deux strates 42,7% des mères ou gardien(ne) s d'enfants connaissent que la vitamine A Protège contre la maladie pour la strate porte à porte, contre 37% pour la strate JSE. les mères ou gardien(ne) s d'enfants n'ayant aucune connaissance sur les bienfaits de la vitamine A représentent 33,7% pour la strate porte à porte contre 41% pour JSE.

Tableau 20: Répartition des mères ou gardien(nes) d'enfants par types de réponses données sur les bienfaits de la vitamine A selon la strate

Bienfaits de la vitamine A	STRATE				Ensemble (n=1796)	
	Porte à porte(Mwene-Ditu+Kanda-kanda)		JSE (Diulu+Tshilenge)			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Protège contre la maladie	383	42,7	332	37	715	39,8
Favorise la croissance	70	7,8	63	7	133	7,4
Prévient la cécité	72	8	104	11,6	176	9,8
Améliore la santé	192	21,4	161	17,9	353	19,7
Réduit le risque de décès	10	1,1	2	0,2	12	0,7
Prévient l'anémie	18	2	6	0,7	24	1,3
Augmente l'appétit	19	2,1	36	4	55	3,1
Ne sait pas	302	33,7	368	41	670	37,3
Autres	28	3,1	39	4,3	67	3,8

II.4.4.1 Connaissance de l'Age requis pour la première supplémentation en Vitamine A

L'évaluation des connaissances des mères ou gardien(nes) sur l'âge requis des enfants pour la première supplémentation en vitamine A a été faite. Les réponses fournies sont reprises dans le tableau 21 ci-dessous. Le tableau 21 montre que dans l'ensemble 49,4 % des mères ou gardien(ne) s des enfants n'ont pas une connaissance sur l'âge à la première supplémentation. Par contre, 18,7% connaissent l'âge requis pour la supplémentation en vitamine.

La répartition des mères ou gardien(ne)s par strates renseigne que 45,4% pour la strate porte à porte n'ont pas la connaissance sur l'âge requis pour la première supplémentation contre 53,3% des mères ou gardien(ne)s d'enfants dans la strate JSE. Tandis que, 17,6% des mères ou gardien(ne)s d'enfants dans la strate porte à porte ont une connaissance requise sur l'âge de la première supplémentation contre 19,8% dans la strate JSE.

Tableau 21: Répartition des mères ou gardien(ne)s d'enfants par strate selon leurs connaissances sur l'âge requis à la 1ère supplémentation en vitamine A

Age	STRATE				Ensemble (n=1796)	
	porte à porte(Mwene-Ditu+Kanda-kanda)		JSE (Diulu+Tshilenge)			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
A la naissance	156	17,4	111	12,4	267	14,9
Six mois	158	17,6	178	19,8	336	18,7
Neufmois	19	2,1	18	2,2	37	2,1
Ne sait pas	408	45,4	479	53,3	353	49,4
Autres	157	17,5	112	12,5	269	15

II.4.4.2 Connaissance de la fréquence pour recevoir la vitamine A

Le tableau 22 montre dans l'ensemble que 51,9% des mères ou gardien(ne)s des enfants ne savent pas à quelle fréquence un enfant de 6 à 59 mois doit recevoir la Vitamine A au cours d'une année.

Alors que 19,9% des mères ou gardien(ne)s d'enfants ont une connaissance sur la fréquence de chaque 6 mois pour recevoir la vitamine A.

au niveau de deux strate, il se dégage que, la proportion des mères ou gardien(ne)s d'enfants qui ne connaissent pas la fréquence pour recevoir la vitamine A est plus élevée dans la strate JSE (55,8%) contre 48% pour la strate porte à porte. Dans la strate porte à porte 21,3% des mères ou gardien(ne)s d'enfants connaissent la fréquence pour recevoir la vitamine A contre 18,5% pour la strate JSE.

Tableau 22 : Répartition des mères ou gardien(ne)s d'enfants par strate selon les réponses données sur la fréquence annuelle de la supplémentation en vitamine A pour des enfants de 6-59 mois

Fréquence pour recevoir la vitamine A	STRATE				Ensemble (n=1795)	
	porte à porte(Mwene-Ditu+Kanda-kanda)		JSE (Diulu+Tshilenge)			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Lors de la campagne	98	10,9	102	11,4	200	11,1
Tous les mois	37	4,1	13	1,4	50	2,8
Chaque jour	0	0	1	0,1	1	0,1
Chaque 6mois	191	21,3	166	18,5	357	19,9
Ne sait pas	431	48	501	55,8	932	51,9
Autres	140	15,6	115	12,8	255	14,2

CHAPITRE TROISIEME :

RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES INFIRMIERS TITULAIRES

III.1 Caractéristiques sociodémographiques des infirmiers enquêtés

Les Infirmiers Titulaires(IT) sont de responsables de Centre de Santé (CS). Ils ont, entre autres, rôles de planifier et de coordonner les activités de masse au niveau des Aires de Santé (AS.), seuls les infirmiers titulaires qui avaient participé à l'organisation des JSE et à la campagne porte à porte de décembre 2015, ont été ciblés dans le cadre de cette enquête, afin d'évaluer leur niveau organisationnel et d'implication en rapport avec la distribution de la vitamine A.Au total 51 infirmiers titulaires ont été interviewés. Les informations présentées dans le tableau ci-après portent sur les variables suivantes : milieu de résidence, sexe, fonction, qualification ainsi que sur leur ancienneté.

Parmi les 51 infirmiers titulaires enquêtés, 70,6% étaient de sexe masculin contre 29,4% de sexe féminin. Les femmes ont représenté le tiers (11 sur les 31) des infirmiers interviewés dans la strate porte à porte. Mais dans la strate JSE, elles n'ont représenté que le un cinquième (4 sur les 20) de personnes enquêtées.

Considérant le milieu de résidence, l'écart entre le nombre n'est pas significatif. Sur les 51 infirmiers enquêtés, 52,9% étaient en milieu urbain et 47,1% en milieu rural. Presque les mêmes proportions sont observées dans les deux strates. S'agissant de la fonction exercée pendant les activités, plus de 7 infirmiers sur 10 étaient des infirmiers titulaires contre moins de 30% qui étaient des infirmiers titulaires adjoints.

Concernant la qualification, sur les 51 infirmiers interviewés, 58,8% étaient des infirmiers A1, 39,2% des infirmiers A2 et 2,0% d'infirmier A3. Par ailleurs, 40 de ces infirmiers enquêtés (soit 78,4%) ont une ancienneté de plus de 12 mois ; 9,8% ont une ancienneté variant entre 6 et 12 mois et 11,8% ont une ancienneté de moins de 6 mois.

Tableau 23: répartition des infirmiers enquêtés par certaines Caractéristiques sociodémographiques selon la strate.

Caractéristiques sociodémographiques	STRATE				Ensemble	
	porte porte(Mwene-Ditu+Kanda-kanda)		à JSE (Diulu+Tshilenge)			
Sexe	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Masculin	20	64,5	16	80	36	70,6
Féminin	11	35,5	4	20	15	29,4
Ensemble	31	100,0	20	100	51	100,0
Milieu de résidence						
Urbain	13	54,2	14	51,9	27	52,9
Rural	11	45,8	13	48,1	24	47,1
Ensemble	24	100,0	27	100,0	51	100,0
fonction						
Infirmier titulaire	18	75	24	88,9	42	82,4
Infirmier titulaire adjoint	6	25	3	11,1	9	17,6
Ensemble	24	100	27	100,0	51	100,0
Qualifications						
Infirmier A1	15	62,5	15	55,6	30	58,8
Infirmier A2	8	33,3	12	44,4	20	39,2
Infirmier A3	1	4,2	0	0,0	1	2,0
Ensemble	24	100	27	100,0	51	100,0
Ancienneté dans le service						
Moins de 6 mois	2	8,3	4	14,8	6	11,8
6 à 12 mois	3	12,5	2	7,4	5	9,8
12 mois et plus	19	79,2	21	77,8	40	78,4
Ensemble	24	100,0	27	100,0	51	100,0

III.2 Connaissances des Infirmiers sur la vitamine A

Les infirmiers ont été interviewés notamment sur les bienfaits de la vitamine A, les personnes ciblées par la campagne porte à porte et par les JSE ainsi que sur l'âge requis pour recevoir la première dose de vitamine A.

Tableau 24: Répartition des infirmiers par strate selon leurs connaissances de bienfaits de la vitamine A, les cibles et l'âge pour recevoir la vitamine A Il ressort du tableau 24 que, sur les 51 infirmiers enquêtés : 49,0% connaissent que la vitamine A protège contre la maladie ; 66,7% connaissent qu'elle favorise la croissance. Quant à la prévention de la cécité, tous (100,0%) les infirmiers interviewés connaissent ce bienfait de la vitamine A.,

Selon la strate, la connaissance sur la prévention de la cécité est totalement partagée par tous les infirmiers. Concernant la connaissance sur la protection de la vitamine A contre la maladie, la proportion des infirmiers qui ont répondu correctement est plus importante dans la strate porte à porte 52,4% contre 44,4% dans la strate JSE. Il en est de même pour le bienfait de la croissance. C'est toujours dans la strate porte à porte que la proportion élevée est enregistrée, soit 79,2% contre 55,6% dans la strate JSE.

S'agissant des « personnes ciblées » par la campagne de supplémentation, dans l'ensemble comme dans chaque strate, tous les infirmiers interrogés ont répondu correctement à la question. En ce qui concerne « l'âge requis pour recevoir la première dose de vitamine A », dans l'ensemble 3,9% ont répondu « à la naissance » 92,2% ont déclaré « à 6 mois », ne sait pas et autre ont chacun 2%.

Tableau 24 : Connaissances des Infirmiers sur la vitamine A

Caractéristiques	Strate porte à porte (Mweneditu +kanda-kanda)	Strate JSE (Diulu + Tshilenge)	Ensemble
	(N=24)	(N=27)	(N=51)
connaissances de bienfaits de la vitamine A			
Protéger contre la maladie (favorise une bonne immunité)	13(54,2)	12(44,4)	25(49,0)
Favoriser la bonne croissance	19(79,2)	15(55,6)	34(66,7)
Prévient la cécité et favoriser la vision	24(100)	27(100)	51(100)
cibles pour la campagne			
Enfant de 6-59 mois	24(100)	27(100)	51(100)
Age pour recevoir la première dose de Vitamine A			

A la naissance	0 (0,0)	2(7,4)	2(3,9)
A 6 mois	23(95,8)	24(88,9)	47(92,2)
Ne sait pas	0(0,0)	1(3,7)	1(2,0)
Autre	1(4,2)	0(0,0)	1(2,0)

III.3 Pratiques des Infirmiers Titulaires (IT) en matière d'administration de la vitamine A lors des Journées de Sante de l'Enfant et de la campagne porte à porte

Pendant les campagnes porte à porte et les JSE, les IT ont été chargés d'assurer le suivi et la supervision des prestataires dans les sites choisis. Les deux questions suivantes leur ont été posées : comment ils ont procédé pour estimer l'âge des enfants à supplémenter ? et comment la capsule de la vitamine A a été administrée aux enfants ? Les réponses recueillies sont présentées dans les tableaux 25 et 26. Les résultats du tableau 25 révèlent que, dans l'ensemble, 80,5% des IT, ont déclaré que c'était la mère ou la gardienne de l'enfant qui a donné l'âge de l'enfant. Par contre, 21,6% ont affirmé avoir consulté la carte de croissance/ attestation de naissance ou le carnet apporté par la mère/ gardienne de l'enfant. En outre, 5,9% ont dit qu'ils regardaient les dents de l'enfant et, enfin, 2,0% IT ont déclaré qu'il vérifiait si l'enfant marchait.

Dans la strate porte à porte, 75,0% des Infirmiers titulaires ont affirmé s'être fiés à la déclaration de la mère ou la gardienne de l'enfant sur l'âge de l'enfant, suivi, respectivement, de 20,8% IT qui ont dit avoir consulté la carte de croissance, l'attestation de naissance ou le carnet apporté par la mère. Alors que 8,3% ont déclaré qu'ils regardaient les dents de l'enfant et, enfin, 4,2% vérifiaient si l'enfant marchait.

Dans la strate JSE, 85,2% des IT ont affirmé avoir demandé à la mère ou à la gardienne l'âge de l'enfant. Par contre, 22,2% ont fait recours à la carte de croissance, l'attestation de naissance ou le carnet apporté par la mère. Tandis que 3,7% ont déclaré avoir regardé les dents de l'enfant et, aucun d'entre eux n'a vérifié si l'enfant marchait. En comparant les résultats dans les deux strates, il s'observe que les niveaux de connaissance pour estimer l'âge de l'enfant, sont proches.

Tableau 25. : Répartition des IT par strate selon les méthodes d'estimation de l'âge de l'enfant lors de la campagne porte à porte et les Journées de Santé de l'Enfant de décembre 2015.

Estimation de l'âge de l'enfant lors des VAS et JSE	STRATE				Ensemble	
	VAS (Mwene-Ditu+Kanda-kanda)		JSE (Diulu+Tshilenge)			
	Effectif n=24	%	Effectif n=27	%	Effectif n=51	%

demander à la mère ou à la gardienne	18	75,0	23	85,2	41	80,4
consulter la carte, l'attestation de naissance ou le carnet apporté par la mère	5	20,8	6	22,2	11	21,6
regarder les dents de l'enfant	2	8,3	1	3,7	3	5,9
voir si l'enfant marche	1	4,2	0	0,0	1	2,0

S'agissant de l'administration de la capsule de Vitamine A, dans l'ensemble, 91,4% des IT ont affirmé découper la capsule et verser les goûtes dans la bouche de l'enfant ; 3,9% ont déclaré donner la capsule avec de l'eau et, 2,0% ont affirmé avoir coupé la capsule à l'aide des lames de rasoirs, épines ou les dents avant de la verser dans la bouche de l'enfant.

Par strate, la situation est presque similaire à celle observée dans l'ensemble. Il ressort que, 91,7% des Infirmiers Titulaires de la strate porte à porte et 96,3% de la strate JSE ont affirmé avoir coupé la capsule et verser les gouttes dans la bouche de l'enfant. Par ailleurs, 8,3% pour la strate porte à porte et 0,0% pour la strate JSE ont déclaré donner la capsule avec de l'eau et, aucun IT de strate porte à porte et 3,7% de la strate JSE ont affirmé qu'ils ont utilisé les lames de rasoirs, épines ou les dents pour ouvrir la capsule et la verser dans la bouche de l'enfant.

Tableau26.: Répartition des IT par strate selon les méthodes d'administration de la capsule de la Vitamine A lors de la campagne porte à porte et des Journées de Santé de l'Enfant de décembre 2015

Administration de la capsule de la Vitamine A	STRATE				Ensemble	
	VAS (Mwene-Ditu+Kanda-kanda)		JSE (Diulu+Tshilenge)			
	Effectif	%	Effectif n=27	%	Effectif n=51	%
donner la capsule avec de l'eau dans la bouche de l'enfant	2	8,3	0	0,0	2	3,9
découper la capsule et verser les gouttes dans la bouche de l'enfant	22	91,7	26	96,3	48	94,1
les dents, une épine, une lame de rasoir pour ouvrir la capsule et verser dans la bouche de l'enfant	0	0,0	1	3,7	1	2,0
Total	24	100	27	100	51	100

III.4 Mise en œuvre de la campagne porte à porte et les JSE

Concernant l'évaluation de la rupture des stocks en vitamine A pendant la campagne, dans l'ensemble, 68,6% des IT n'ont pas connu ce problème et 31,4% l'ont connu. Pour

la strate porte à porte, 70,8% des IT ont affirmé n'avoir pas connu la rupture des stocks, de même, 66,7% dans la strate JSE. Par contre, 29,2% dans la strate porte à porte et, 33,3% dans la strate JSE ont connu des cas de rupture des stocks.

Tableau 27. : Répartition des IT par strate selon le fait qu'ils aient connu ou pas la rupture des stocks en vitamine Alors de la campagne porte à porte ou des Journées de Santé de l'Enfant de décembre 2015.

Rupture des stocks	STRATE				Ensemble	
	VAS (Mwene-Ditu+Kanda-Kanda)		JSE (Diulu+Tshilenge)			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Oui	7	29,2	9	33,3	16	31,4
Non	17	70,8	18	66,7	35	68,6
Total	24	100	27	100	51	100

Appréciation des Taux de couverture fournis par les zones de santé. Les données du tableau montrent que, 80,4% des IT confirment les taux de couverture fournis par les zones de santé pour toute la campagne. Par contre, 13,7% ont déclaré ne rien savoir de ces taux, 3,9% pensent que ces taux sont sous-estimés et, 2,0% pensent que ces taux fournis sont surestimés.

Considérant chaque strate, il ressort que, 75,0% des IT dans la strate porte à porte et 85,2% dans la strate JSE, ont déclaré que les taux fournis par les zones de santé sont réels. Par contre, 16,7% des IT dans la strate porte à porte et 11,1% dans la strate JSE ne savent rien sur ces taux. En outre, 4,2% des IT dans la strate porte à porte et 11,1% dans la strate JSE pensent que ces taux sont sous-estimés et 4,2% dans la strate porte à porte et 0,0% dans la strate JSE pensent que ces taux obtenus sont surestimés.

Tableau 28.. : Répartition des IT par strate selon le degré d'appréciation du Taux de couverture fourni par les zones de santé lors de la campagne porte à porte et des Journées de Santé de l'Enfant de décembre 2015.

Taux de couverture réel trouvé	STRATE				Ensemble	
	VAS (Mwene-Ditu+Kanda-kanda)		JSE (Diulu+Tshilenge)			
	Effectif	%	Effectif n=27	%	Effectif n=51	%
oui, c'est réel	18	75,0	23	85,2	41	80,4
non, surestimé	1	4,2	0	0,0	1	2,0
non, sous-estimé	1	4,2	1	3,7	2	3,9

ne sait pas	4	16,7	3	11,1	7	13,7
Total	24	100	27	100	51	100

III.5 Problèmes rencontrés pendant la campagne porte à porte et les JSE

Il était question de savoir quels sont les problèmes rencontrés au cours des campagnes de supplémentation en vitamine A de porte à porte et des JSE.

Dans l'ensemble, les problèmes majeurs cités sont : rupture des stocks de Vitamine A (31,4%) ; rupture des stocks de mébendazole (3,9%) insuffisance de supervision (15,7%) ; problèmes de mobilisation sociale (3,9%) ; et arrivée tardive des capsules et des comprimés au niveau de sites de distribution (3,9%). Mais, 45,1% des IT ont répondu qu'il y a eu autres problèmes.

Dans la strate porte à porte, 41,7% ont cité autres problèmes, suivi, respectivement, de 29,2% qui ont affirmé avoir connu la rupture de stock de Vitamine A et de mébendazole 12,5%. Par contre, dans la strate JSE, 48,1% ont affirmé avoir été confrontés à « autres problèmes » et 33,3% ont connu la rupture de stock de vitamine A et 25,9% l'insuffisance de supervision.

Tableau 29: Problèmes rencontrés par les Infirmiers Titulaires (IT) lors de la campagne porte à porte et les Journées de Santé de l'Enfant de décembre 2015

Problèmes rencontrés	STRATE				Ensemble	
	VAS (Mwene-Ditu+Kanda-kanda)		JSE (Diulu+Tshilenge)			
	Effectif n=24	%	Effectif n=27	%	Effectif n=51	%
Rupture de stock de Vitamine A	7	29,2	9	33,3	16	31,4
Rupture de stock de Mébendazole	3	12,5	0	0,0	3	5,9
Arrivée tardive des capsules et des comprimés au niveau de sites de distribution	0	0,0	2	8,3	2	3,9
Problème de mobilisation sociale	2	8,3	1	3,7	3	5,9
Insuffisance de supervision	1	4,2	7	25,9	8	15,7
Accès difficile	1	4,2	0	0,0	1	2
Aucun problème	1	4,2	1	3,7	2	3,9
Autres	10	41,7	13	48,1	23	45,1

III.6 Suggestions de l'amélioration de la couverture et des campagnes de supplémentation en vitamine A pour l'avenir

Les opinions des IT ont été recueillies sur l'amélioration future de la couverture et des campagnes de supplémentation en vitamine A dans les différentes zones de santé lors de la campagne porte à porte et des JSE de décembre 2015.

Le tableau 30 révèle que, 58,8% des IT ont cité la sensibilisation des hommes comme moyen pour améliorer les campagnes porte à porte et JSE futures. Ceux qui ont donné les autres avis tels que : l'amélioration de la coordination entre les communautés et les agents de santé représentent 11,8% ; la motivation des agents communautaires/volontaires (11,8%), l'utilisation des mass médias (9,8%), la motivation du personnel de santé (9,8%) et la formation régulière du personnel de santé (7,8%). Néanmoins, 39,2% des IT ont répondu qu'il y a d' « autres » problèmes.

S'agissant de la strate porte à porte, 62,5% des IT sont favorables à la sensibilisation des hommes, motivation des agents communautaires/volontaires (20,8%), utilisation des mass médias et motivation du personnel de santé (12,5%), formation régulière du personnel de santé (8,3%) et, 30,3% « autres ».

Pour la strate JSE, 55,6% des IT ont proposé la sensibilisation des hommes. Ceux ayant cité « les mass médias », « la coordination entre les communautés et les agents de santé », « la formation régulière du personnel de santé », « la motivation du personnel de santé » représentent chacun 7,4%. En outre, 44,4% des IT ont proposé « autres suggestions » pour améliorer les campagnes futures en supplémentation en vitamine A.

Tableau 30 : Suggestions recueillies pour améliorer la campagne porte à porte et les Journées de Santé de l'Enfant futures selon les Infirmiers Titulaires (IT)

Comment améliorer les JSE et VAS futures selon les IT	STRATE				Ensemble	
	VAS (Mwene-Ditu+Kanda-kanda)		JSE (Diulu+Tshilenge)			
	Effectif n=24	%	Effectif n=27	%	Effectif n=51	%
Utiliser les mass médias	3	12,5	2	7,4	5	9,8
Sensibiliser les hommes	15	62,5	15	55,6	30	58,8
Améliorer la coordination entre les communautés et les agents de santé	4	16,7	2	7,4	6	11,8
Former régulièrement les personnels de santé	2	8,3	2	7,4	4	7,8
Motiver les personnels de santé	3	12,5	2	7,4	5	9,8
Motiver les agents communautaires/volontaires	5	20,8	1	3,7	6	11,8
Ne sait pas	-	-	-	-	-	-
Autres	8	33,3	12	44,4	20	39,2

Les modalités sont exclusives

CHAPITRE QUATRIEME : RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES DISTRIBUTEURS COMMUNAUTAIRES

Les distributeurs communautaires sont les volontaires appelés également « Relais Communautaires » qui ont été choisis pour participer à la distribution de la vitamine A aux enfants ciblés. Leur participation est d'une importance capitale dans la mesure où ils contribuent à l'atteinte de la couverture.

L'enquête a ciblé les distributeurs communautaires qui ont participé la campagne porte à porte et aux JSE de 2015. Dans l'ensemble, 44 distributeurs communautaires ont été interviewés.

IV.1 Caractéristiques des distributeurs communautaires enquêtés

Il est présenté dans ce point les caractéristiques sociodémographiques de distributeurs communautaires retenues dans le cadre de cette étude. Il s'agit des variables : sexe, milieu de résidence, niveau d'instruction, principal rôle joué pendant l'activité et ancienneté.

Il ressort du tableau 31 que, 54,5% des distributeurs communautaires enquêtés sont des hommes contre 45,5% des femmes. La proportion des hommes est relativement plus importante dans la strate porte à porte (57,1%) que celle des femmes (42,9%). Par contre, dans la strate JSE, l'écart entre le nombre des distributeurs communautaires de sexe masculin et ceux de sexe féminin est très faible (52,2% pour les hommes et 47,8% pour les femmes).

Par milieu de résidence, la proportion de distributeurs communautaires urbains est plus importante, soit 54,5% contre 45,5% pour le milieu rural. A l'intérieur des strates, le pourcentage des distributeurs communautaires dans la strate JSE est de 47,6% en milieu rural contre 52,4% en milieu urbain. Et dans la strate porte à porte, le pourcentage des distributeurs communautaires est de l'ordre de 56,5% urbain et 43,5% rural.

Par niveau d'instruction, dans l'ensemble, le niveau primaire représente 79,5% contre 15,9% pour le niveau secondaire. S'agissant du rôle joué pendant l'activité de supplémentation en vitamine A, dans l'ensemble, 70,5% des distributeurs communautaires ont été des supplémentateurs et 29,5% des pointeurs.

De l'ancienneté, le tableau 31 indique que, dans l'ensemble, 70,5% des distributeurs communautaires ont plus de 12 mois dans la supplémentation en vitamine A. Par contre, 25% ont une ancienneté variant entre 6 et 12 mois et 4,5% moins de 6 mois d'expérience.

Tableau 31: Répartition des distributeurs communautaires par strate selon certaines caractéristiques socio- démographiques.

Caractéristiques	STRATE				Ensemble	
	porte à porte(Mweneditu +kanda-kanda)		JSE (Diulu +Tshilenge)			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Sexe						
Masculin	12	57,1	12	52,2	24	54,5
Féminin	9	42,9	11	47,8	20	45,5
Ensemble	21	100	23	100	44	100
milieu de résidence						
Urbain	13	56,5	11	52,4	24	54,5
Rural	10	43,5	10	47,6	20	45,5
Ensemble	23	100	21	100	44	100
niveau d'instruction						
sans niveau	0	0	2	9,5	2	4,5
Primaire	19	82,6	16	76,2	35	79,5
Secondaire	4	17,4	3	14,3	7	15,9
Ensemble	23	100	21	100	44	100
principal rôle joué pendant l'activité						
mobilisateur	0	0	0	0	0	0
supplémentateur	17	73,9	14	66,7	31	70,5
Pointeur	6	26,1	7	33,3	13	29,5
Ensemble	23	100	21	100	44	100
Ancienneté						
moins de 6 mois	1	4,3	1	4,8	2	4,5
6 à 12 mois	5	21,7	6	28,6	11	25
12 mois et plus	17	73,9	14	66,7	31	70,5
Ensemble	23	100	21	100	44	100

IV.2 Connaissances sur la vitamine A

L'évaluation de connaissances des distributeurs communautaires a été faite sur les bienfaits de la vitamine A, les cibles de campagnes de supplémentation ainsi que les stratégies à mettre en place pour combattre la carence en vitamine A. Dans l'ensemble, les distributeurs communautaires ont des connaissances variées sur les bienfaits de la vitamine A. Il est observé que 84,1% connaissent que la vitamine A prévient la cécité et favorise la vision tandis que 52,3% sont d'avis que la vitamine A favorise la bonne croissance et enfin, 45,5% connaissent que la vitamine A protège contre la maladie (favorise une bonne immunité).

Selon les strates, cette proportion de ceux qui connaissent que la vitamine A protège contre la maladie est de 56,5% dans la strate porte à porte contre 33,3% dans la strate JSE; alors que 52,2% des distributeurs communautaires connaissent que la vitamine A favorise la bonne croissance dans la strate porte à porte et 52,4% dans la strate JSE. Concernant la prévention de la cécité, dans la strate porte à porte 78,3% contre 90,5% dans la strate JSE connaissent ce bienfait de la vitamine A.

Par ailleurs, 97,7% de distributeurs communautaires connaissent que c'est aux enfants de 6-59 mois qu'il faut administrer la vitamine A.

Dans l'ensemble, s'agissant de la stratégie pour combattre la carence en vitamine A, la proportion des distributeurs qui ont choisi la supplémentation en vitamine A est de 63,6% suivi de ceux qui ont cité promouvoir la production et consommation des aliments riches en vitamine A (38,6%) et allaitement exclusif au sein jusqu'à 6 mois (13,6%).

Tableau 32 : Répartition des distributeurs communautaires par strate selon les connaissances des bienfaits de la vitamine A, des cibles pour la supplémentation et des stratégies pour combattre la carence en vitamine A.

Caractéristiques	Strate porte à porte (Mweneditu +kanda-kanda)	Strate JSE (Diulu + Tshilenge)	Ensemble
	(N=23)	(N=21)	(N=44)
connaissances de bienfaits de la vitamine A			
Protéger contre la maladie (favorise une bonne immunité)	13(56,5)	7(33,3)	20(45,5)
Favoriser la bonne croissance	12(52,2)	11(52,4)	23(52,3)
Prévient la cécité et favoriser la vision	18(78,3)	19(90,5)	37(84,1)
cibles pour la campagne			
Enfant de 6-59 mois	22(95,7)	21(100)	43(97,7)
stratégie pour combattre la carence en Vitamine A			
Promouvoir la production et consommation des aliments riches en vitamine A	10(43,5)	7(33,3)	17(38,6)
Supplémenter en vitamine A	13(56,5)	15(71,4)	28(63,6)
allaitement exclusif au sein jusqu'à 6 mois	5(21,7)	1(4,8)	6(13,6)

Les modalités ne sont pas exclusives

CHAPITRE V : RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES LEADERS COMMUNAUTAIRES

Les informations recueillies sur la connaissance des leaders communautaires ont porté sur l'importance de la vitamine A, leurs implications, perceptions et opinions sur la campagne porte à porte et les Journées de Santé de l'Enfant (JSE) de décembre 2015. Toutefois, quelques caractéristiques sociodémographiques des leaders communautaires ont été également retenues

V.1 Caractéristiques sociodémographiques des Leaders communautaires

Le tableau 33 montre que dans l'ensemble, 89,7 % des leaders communautaires sont de sexe masculin contre 10,3% de sexe féminin. Cette disparité s'observe également au niveau des strates (porte à porte 95,0% masculin et 5,0% féminin et pour JSE, 84,2% masculin et 15,8% féminin).

Par leur milieu de résidence, dans l'ensemble, 59,1% des leaders communautaires interviewés résident en milieu urbain contre 40,9% en milieu rural.

On constate que par strate, les proportions sont respectivement de l'ordre de : 56,5% dans la strate porte à porte et (61,9%) dans celle des JSE pour le milieu urbain et en le milieu rural (43,5%) et (38,1%) respectivement pour la strate porte à porte et la strate JSE. Considérant la fonction occupée par les leaders communautaires, dans l'ensemble, il ressort que c'est le chef des services qui représente la proportion la plus importante (61,5%).

Tableau 33: Répartition des leaders communautaires par caractéristiques socio démographiques selon la strate

Caractéristiquessociodémographiqu es	STRATE				Ensemble	
	porte à porte(Mwene -Ditu+Kanda- kanda)		JSE (Diulu+Tshilenge)			
Sexe	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Masculin	19	95	16	84,2	35	89,7
Féminin	1	5	3	15,8	4	10,3
Milieu de résidence						
Urbain	13	56,5	13	61,9	26	59,1
Rural	10	43,5	8	38,1	18	40,9
Fonctionoccupée						
Chef de secteur	10	50	14	73,7	24	61,5
Chef de villages	4	20	1	5,3	5	12,8
Leader religieux	0	0	1	5,3	1	2,6
Présidentd'association	2	10	1	5,3	3	7,7
Autres	4	20	2	10,5	6	15,4

V.2 Connaissances des leaders communautaire sur les Journées de Santé de l'Enfant (JSE) et sur la campagne porte à porte de décembre 2015

Les leaders communautaires ont été interrogés pour savoir s'ils ont eu connaissance des JSE et PORTE À PORTE de décembre 2015. En ce qui concerne leurs connaissances sur la vitamine A, le tableau 29 reprend les réponses obtenues par les leaders communautaires.

Dans l'ensemble, les leaders communautaires ont des connaissances variées sur les bienfaits de la vitamine A. il est observé que 74,4% connaissent que la vitamine A prévient la cécité et favorise la vision tandis que 41,0% sont d'avis que la vitamine A favorise la bonne croissance, 46,2% connaissent que la vitamine A protège contre la maladie (favorise une bonne immunité) et enfin 35,9% ont affirmé que la vitamine A améliore la santé de l'enfant.

Selon les strates, cette proportion de ceux qui connaissent que la vitamine A protège contre la maladie est de 60,0% dans la strate porte à porte contre 31,6% dans la strate JSE ; alors que 45,0% des distributeurs communautés connaissent que la vitamine A favorise la bonne croissance dans la strate porte à porte et 36,3% dans la strate JSE. Concernant la prévention de la cécité, dans la strate porte à porte 65,0% contre 84,2% dans la strate JSE connaissent ce bienfait de la vitamine A.

Tableau 34 : Répartition des leaders communautaires par connaissances des bienfaits de la vitamine A et les cibles de la vitamine A durant les JSE et PORTE À PORTE selon la strate

Connaissances des bienfaits de la Vitamine A par des leaders communautaires	STRATE				Ensemble	
	PORTE À PORTE (Mwene-Ditu+Kanda-kanda)		JSE (Diulu+Tshilenge)		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%		
Protège contre la maladie	12	60	6	31,6	18	46,2
Favorise la croissance de l'enfant	9	45	7	36,8	16	41
Prévient la cécité	13	65	16	84,2	29	74,4
Améliore la santé	7	35	7	36,8	14	35,9
Réduit le risque de décès	-	-	-	-	-	-
Prévient l'anémie	2	10	1	5,3	3	7,7
Augmente l'appétit	-	-	-	-	-	-
Ne sait pas	1	5	0	0	1	2,6

V.3 Niveau d'implication des leaders communautaires

Dans l'ensemble, 84,6% des leaders communautaires étaient impliqués lors de la campagne de décembre 2015 contre 15,4%.

Tableau 35 : Répartition des leaders communautaires par implication dans les connaissances des bienfaits de la vitamine A durant les Journées de Santé de l'Enfant et porte à porte 2015 selon la strate

Implication des leaders communautaires	STRATE				Ensemble	
	PORTE À PORTE (Mwene-Ditu+Kanda-kanda)		JSE (Diulu+Tshilenge)		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%		
Leader communautaire non impliqué dans la campagne	4	20	2	10,5	6	15,4
Leader communautaire impliqué dans la campagne	16	80	17	89,5	33	84,6

V.4 Perceptions et opinions sur la campagne porte à porte et les Journées de Santé de l'Enfant

V.4.1 Organisation

Les leaders communautaires ont été amenés à apprécier l'organisation des campagnes porte à porte et JSE de 2015. Les réponses données à la question de savoir si tous les enfants ciblés ont été au Centre de Santé pour recevoir la vitamine A (campagne porte à porte ou JSE).

Le tableau 35 indique que, dans l'ensemble, 84,6% des leaders communautaires ont estimé que tous les enfants ciblés étaient présents au centre de santé. Au niveau de la strate PORTE À PORTE, on remarque que 16 (80%) des leaders communautaires contre 17 (89,5%) des leaders communautaires.

A la question de savoir quelles ont été les raisons de manque de supplémentation lors de la campagne PORTE À PORTE et JSE, parmi ces raisons il y a :

- trois leaders communautaires sur cinq soit 60% ont décriés le nomadisme ou le déplacement des mères ou gardien(ne)s d'enfants dans la strate PORTE À PORTE et deux leaders communautaires sur cinq soit 40% dans la strate JSE,
- un leader communautaire a déclaré que le site était trop éloigné et le manque d'information des mères ou gardien(ne)s d'enfants est à l'origine de manque de supplémentation dans la strate PORTE À PORTE,
- un leader communautaire a soulevé la négligence des supplémentateurs dans la strate JSE,
- deux leaders communautaires sur trois ont évoqués l'absence des mères ou gardien(ne)s d'enfants lors de la campagne PORTE À PORTE et un leader sur trois lors de la campagne JSE,
- Une leader communautaire a estimé que les mères ou gardien(ne)s d'enfants ne comprennent pas l'importance de la vitamine A dans la strate JSE.

V.4.2 Suggestions pour améliorer les prochaines Journées de Santé de l'Enfant (JSE) et Campagne PORTE À PORTE

Tous les 44 leaders communautaires ont été amenés à apprécier l'organisation des JSE et de PORTE À PORTE de décembre 2015 pour améliorer les prochaines campagnes. 33 Leaders ont donnés leurs avis en vue d'améliorer les prochaines JSE et PORTE À PORTE. Ces avis sont formulés à titre des suggestions suivantes :

- Informer et sensibiliser les mères ou gardien(ne)s d'enfants (évoquer par 12 leaders communautaire dans la strate PORTE À PORTE et 13 leaders communautaire dans la strate JSE),
- Mobiliser la population lors de la campagne (proposer par 14 leaders communautaire dans la strate PORTE À PORTE et 10 dans la strate JSE),
- Contribution matérielle pour la campagne de JSE (soulever par deux leaders communautaires).

5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'enquête de validation de la couverture de supplémentation en vitamine A des enfants de 6-59 mois et de déparasitage au mebendazole dans 4 zones de santé (Tshilenge, Diulu, KandaKanda et MweneDitu) de l'Ex Province du Kasai Oriental a permis d'estimer la couverture obtenue lors de la campagne porte à porte et les JSE de décembre 2015 et de valider les couvertures administratives rapportées par les 4 zones de santé précitées.

L'enquête de couverture a également permis de fournir des informations pertinentes notamment sur le niveau d'information et de sensibilisation de la population, le niveau d'organisation de la campagne porte à porte et des JSE de décembre 2015. Mais aussi de comprendre les problèmes rencontrés dans l'organisation des campagnes porte à porte et des JSE en les évaluant dans les différentes ZS simultanément.

Au sujet de couvertures obtenues, il ressort des résultats de cette enquête, les renseignements suivants :

1°. Si on considère les résultats de l'enquête PECS, la couverture de 100% n'a pas été atteinte pour la supplémentation en vitamine A, ni pour le déparasitage au mébendazole dans les 4 zones de santé, quelle que soit l'approche utilisée. Ceci signifie qu'il existe encore des enfants qui ne sont pas protégés malgré la mise en œuvre des campagnes de vaccination porte à porte et des JSE.

2°. Il n'y a pas de différence de couvertures notées selon les deux approches évaluées. Dans les deux zones de santé où l'approche JSE a été menée, la couverture rapportée par l'enquête PECS est de 89,5% contre 89,1% dans les deux autres zones de santé où l'approche porte à porte a été réalisée.

3°. Si on compare les couvertures de l'enquête PECS et celles déclarées par les zones de santé, il se dégage que les couvertures de l'enquête PECS sont inférieures aux couvertures administratives présentées par les quatre zones de santé. Pour l'ensemble des 4 zones de santé, l'enquête PECS a trouvé la couverture de 89,3% pour la vitamine A, qui est inférieure à la moyenne des couvertures administratives présentées par les 4

zones de santé enquêtées qui donnent une couverture de 98,3%, soit une différence de 9 points de pourcentage entre les deux procédés d'évaluation.

En ce qui concerne le déparasitage, l'enquête PECS donne une couverture de 84,3%, qui est également inférieure à la couverture administrative de 98,9 % rapportée par les 4 zones de santé, soit une différence de 14,6 points de pourcentage.

Il faut cependant, noter que les différences de même grandeur sont relevées si l'on considère de façon séparée les deux approches utilisées (porte à porte et JSE) pour la supplémentation en vitamine A des enfants de 6-59 mois.

Les résultats de cette enquête PECS comme ceux des enquêtes de couverture passées montrent que la raison dominante avancée par les personnes enquêtées en ce qui concerne la non-supplémentation des enfants en vitamine A reste l'absence des parents de l'enfant à la maison lors de la campagne porte à porte et de ces derniers au lieu de distribution pour les JSE. Dans l'ensemble, 40% d'enfants non supplémentés. Cette raison vient en tête quelque soit l'approche de supplémentation (porte à porte ou JSE).

Cette raison témoigne donc d'une certaine insuffisance d'information et sensibilisation de la population avant l'activité. Les résultats PECS montrent par ailleurs que les couvertures sont nettement bonnes, quelque soit l'approche, chez les enfants dont les parents étaient informés de l'activité.

Le fait de ne pas être informé des JSE vient en deuxième position comme raison de non supplémentation dans les deux zones de santé qui ont utilisé l'approche JSE. Mais là où on a utilisé la stratégie porte à porte, la deuxième raison est que l'équipe de supplémentation n'est pas passé.

Quelle que soit l'approche utilisée, les sources d'informations sur la campagne en vitamine A les plus utilisées dans les quatre zones enquêtées sont les crieurs /mobilisateurs. D'où, l'attention doit encore être focalisée sur cette catégorie de personnes si on veut atteindre tous les enfants.

S'agissant des enfants qui n'ont jamais été supplémentés en vitamine A par le passé, il a été noté que ces enfants se retrouvent aussi bien dans la tranche d'âge de 6-11 mois que dans celle de 12-59 mois, mais ils sont beaucoup plus présents en milieu urbain qu'en milieu rural.

Au sujet des connaissances sur la vitamine A et les campagnes de supplémentation, les enseignements suivants sont ressortis :

Les résultats sur les connaissances des mères/gardien(ne)s, des Infirmiers Titulaires, des distributeurs et des leaders communautaires montrent que le niveau des connaissances n'est pas au point.

En effet, le rôle de la vitamine A sur la prévention de la cécité a été le plus cité par les enquêtés(....%). Les rôles joués dans la protection contre les maladies ou par rapport à la croissance ont été moins cités par les enquêtés (...%). Il faudrait donc renforcer les formations de base et organiser des ateliers de recyclage pour le personnel de santé.

Concernant la façon dont se sont déroulées les activités, les IT ont relevé particulièrement le problème de rupture des intrants (...%), ce qui témoigne d'une faiblesse de planification en ce qui concerne les JSE et la campagne porte à porte qu'il faudrait améliorer. Les micro-planifications avant les activités s'avèrent primordiales.

En ce qui concerne la façon d'améliorer les activités futures de supplémentation en vitamine A, les IT ont plus recommandé non seulement les micro-planifications à la base et leur respect mais aussi la sensibilisation des hommes.

Au vu de ces résultats, les recommandations ci - après sont formulées :

- L'approche JSE devrait être consolidée et étendue dans toutes les zones de santé comme approche de supplémentation vitamine A, étant donné que les JSE présentent les mêmes taux de couvertures que les campagnes porte à porte ;
- Pour arriver à atteindre tous les enfants, l'accent doit être mis sur les activités d'information et sensibilisation de la population avant le début des activités proprement dites. Il faut trouver d'autres mécanismes pour impliquer davantage les différents chefs des villages et des quartiers dans l'objectif de sensibiliser la population ;
- Des enquêtes PECS devront être organisées après chaque campagne ou JSE car elles offrent une occasion de valider les couvertures mais aussi permettent d'avoir des éléments pour améliorer les couvertures;

LIMITES DE L'ETUDE

Cette étude, bien qu'ayant fourni les niveaux de couverture dans les deux strates étudiées (deux ZS ayant fait la supplémentation en vitamine A avec l'approche JSE et deux ZS ayant fait la supplémentation avec l'approche porte à porte) n'a pas permis de déterminer les facteurs qui

expliquent que certains enfants n'ont pas été supplémentés dans ces quatre ZS d'une part et d'autre elle s'est focalisée uniquement sur la validation des couvertures.

6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Helen Keller International –Affaires Etrangères, Commerce et Développement Canada : Analyse de données des enquêtes de couvertures post événements (PECS) à l'aide de SPSS.
2. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité et Ministère de la Santé Publique RDC /Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2013-2014.
3. Institut National de la Statistique et PRONANUT : Rapport final, enquête de la validation de la couverture de la campagne de supplémentation en vitamine A (2^{ème} phase 2010), Mars 2011.
4. Département de Démographie/UNIKIN(DDK) : Enquête sur la couverture de la première phase de la campagne 2006 de supplémentation en Vitamine A et de déparasitage des enfants de 6-59 mois au Mébendazole en RDC, Rapport final. Rép. Démocratique. du Congo, Kinshasa 2006.
5. Ministère du Plan RDC/Unicef : Enquête Démographique et de Santé en RDC 2007, Rapport final. Rép. Démocratique du Congo, Kinshasa 2007.
6. Ministère du Plan RDC/Unicef : Enquête MICS 2010, RDC, Kinshasa 2011.
7. Justine A, Kavle and others, Rapid vitamin supplementation (VAS) coverage surveys; an implementation guide, March 2010
8. Ecole de Santé Publique (ESP) : Evaluation de la première phase de la campagne 2005 de supplémentation en vitamine A et de déparasitage avec le mébendazole des enfants de 6-59 mois en RDC, rapport. Rép. Démocratique du Congo, Kinshasa, mars 2006.
9. Ministère de la santé Publique/KHI :Enquête de validation de la couverture post campagne de supplémentation en vitamine A dans six zones de santé à faible performance, Provinces de Kinshasa et du Bas Congo - RD Congo ,2^{ème} phase 2012.