



**RAPPORT DE MONITORAGE DES COUVERTURES THERAPEUTIQUE  
DE L'ONCHOCERCOSE ET DE LA FILARIOSE LYMPHATIQUE EN 2017  
DE LA REPUBLIQUE DU TCHAD  
(02 Décembre 2017 au 06 janvier 2018)**

## LISTE DES ACRONYMES

APOC	Programme Africain de lutte contre l'Onchocercose
CDS	Comité de Santé de District
COGES	Cogestion des services de santé
COSADI	Comité de Santé de District
CSSD	Chef de Service de Santé de District
CSS	Chef Centre de Santé
DC	Distributeur Communautaire
DMM	Distribution de Masse des Médicaments
DRS	Délégation Régionale de la Santé
DS	District de Santé
END Fund	Ending Neglected Diseases Fund
ESG	Effets Secondaires Graves
ESM	Effets Secondaires Mineurs
ESPEN	Projet Spécial Elargi pour l'élimination des Maladies Tropicales Négligées
Gsk	GlaxoSmithKline
IDC	Intervention sous Directives Communautaires
IEC	Information, Education et Communication
MS	Ministère de la Santé
MTN	Maladies Tropicales Négligées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONGD	Organisation non-gouvernementale de Développement
OPC	Organisation pour la Prévention de la Cécité
PDM	Programme pour la Donation du Mectizan
PNEOFL	Programme National d'Elimination de l'Onchocercose et de la Filariose lymphatique
RAPLOA	Rapid Assessment Procedure for <i>Loa loa</i>
RCA	République Centrafricaine
RH	Ressources Humaines
REMO	Rapid Epidemiological Mapping of Onchocerciasis
RS	Région Sanitaire
TDR	WHO Special Programme for Training and Research in Tropical Diseases
TIBC	Traitement à l'Ivermectine à Base Communautaire
TIDC	Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires

## TABLE DES MATIERES

	<b>Pages</b>
Liste des acronymes	1
Table des matières	2
Remerciements	3
Résumé analytique	4
1. Analyse de la situation	5
2. Termes de référence	7
3. Méthodologie	8
4. Résultats	9
4.1. Plaidoyer	9
4.2. Sensibilisation	10
4.3. Information Education pour la Santé	10
4.4. Formation	10
4.5. Distribution	10
4.6. Intégration	10
4.7. Couverture de traitement	13
4.8. Effet Secondaires déclarés	13
4.9. Suivi	15
5. Forces, Faiblesses, défis et opportunités du projet	15
5.1 Forces,	15
5.2. Faiblesses,	16
5.3. défis	16
5.4. opportunités du projet	16
6. Recommandations	17

## **REMERCIEMENTS**

L'équipe d'enquêtes de couvertures de traitement de masse contre l'Onchocercose et la filariose lymphatique exprime sa gratitude au Ministère de la Santé Publique à travers le Programme d'Élimination de l'Onchocercose et de la Filariose Lymphatique qui a bien voulu lui confier le présent exercice.

Elle exprime également sa profonde gratitude aux partenaires particulièrement aux END Fund et OPC qui ont financé ladite activité.

Nous sommes tout à fait reconnaissants de l'apport du bureau OMS en République du Tchad qui a donné des orientations et conseils pour le bon déroulement de l'exercice.

Notre reconnaissance va aux distributeurs communautaires, les chefs de ménages, les leaders communautaires, les autorités administratives et chefs de villages qui nous ont accueillis chaleureusement au cours du travail dans leurs communautés.

## RESUME ANALYTIQUE

Le présent exercice de monitoring de la couverture du projet TIDC du Tchad s'est déroulé du 02 Décembre 2017 au 6 janvier 2018. L'équipe d'évaluation était constituée d'un consultant indépendant; du Coordonnateur du Programme National d'Elimination de l'Onchocercose et de la Filariose Lymphatique (PNEOFL), du personnel impliqués dans activités du MTN du ministère de la santé et des enquêteurs. Quarante-quatre (44) communautés enquêtées ont été sélectionnées au hasard, en tenant compte de la variabilité biogéographique. De même, les ménages ont été sélectionnés au hasard dans chaque communauté. Afin de documenter la continuité, un guide d'entretien a été développé et utilisé dans les investigations auprès de 5 - 7 chefs de ménages par communauté. Les personnes âgées, les maîtres ou directeurs d'école, fonctionnaires retraités étaient recherchés de préférence. Les informations relatives au nombre de Distributeurs Communautaires (DC) par communauté, leurs expériences et la vérification de l'information relative à la continuité et régularité des traitements annuels depuis le début du projet a été collectée. Les enquêtes auprès des ménages ont impliqué 3906 personnes. De même, les entretiens ont impliqué 198 chefs de ménages et leaders communautaires. Plus de 212 DCs ont participé à 44 discussions en groupe.

Les premières campagnes de distribution de l'ivermectine sous-directives communautaires ont eu lieu en 1998 alors que celle de la distribution d'Albendazole n'ont commencé qu'en 2016 dans le projet. Depuis lors, la distribution est faite annuellement, sans interruption dans l'ensemble de la zone de projet. La dernière distribution de masse, celle de 2017 a pris fin en novembre 2017. Le taux de couverture thérapeutique pour l'année 2017 dans l'ensemble des projets est en hausse par rapport à l'année 2016.

Le ratio DC/population est de l'ordre de 1DC pour 131 habitants, ce qui nécessite encore un effort en formation de nouveaux distributeurs pour réduire la charge de travail de ceux-ci.

La distribution du Mectizan a été continue depuis l'introduction du TIDC. Celle d'Albendazole qui a commencé en 2016 a atteint en 2017 une couverture géographique de 100%. Dans l'ensemble des projets, le taux de couverture thérapeutique est de 81.62%. Cependant, les taux de couverture thérapeutique spécifiques par pathologie sont de 81.41%, 81.43% et 81.83% respectivement pour Onchocercose seule, filariose lymphatique seule et Onchocercose +filariose lymphatique pour l'année 2017, par rapport aux taux de 81.87%, 82.35% et 81.94% déclarés. Il est à noter que les couvertures thérapeutiques entre les villages présentent tout de même de variabilités.

Près de 2.3% de la population éligible était absente à la campagne de distribution.

Les effets secondaires les plus rapportés qui représentent 1.1% sont en général légers. Suite aux effets secondaires, les membres de la communauté ont recours aux DCs ou aux services de santé. Des efforts devraient être faits dans les activités d'IEC, de sensibilisation et de leur rôle et responsabilité en ce qui concerne la motivation des DCs.

## 1. Description du projet

Le Tchad est un pays d'Afrique centrale entièrement enclavée, situé entre les 7<sup>ème</sup> et 24<sup>ème</sup> degrés de latitude Nord et les 13<sup>ème</sup> et 24<sup>ème</sup> degrés de longitude Est. Il couvre une superficie de 1.284.000 Km<sup>2</sup>. Il partage des frontières avec le Soudan à l'Est, la Libye au Nord, le Cameroun, le Niger et le Nigeria à l'Ouest et la RCA au Sud.

Le Tchad compte trois zones climatiques. Le climat désertique sévit dans la zone saharienne, avec moins de 200 mm de précipitations annuelles; La zone sahélienne reçoit 200 à 900 mm de précipitations par an. Le climat tropical sévit dans la zone soudanienne, avec une pluviométrie annuelle variant de 950 à 1100 mm.

Le relief se caractérise par une vaste plaine bordée au Nord et à l'Est par des montagnes.

Le réseau routier est peu dense et inégalement réparti sur le territoire. Dans la zone de projet, les routes sont en général impraticables pendant les saisons des pluies.

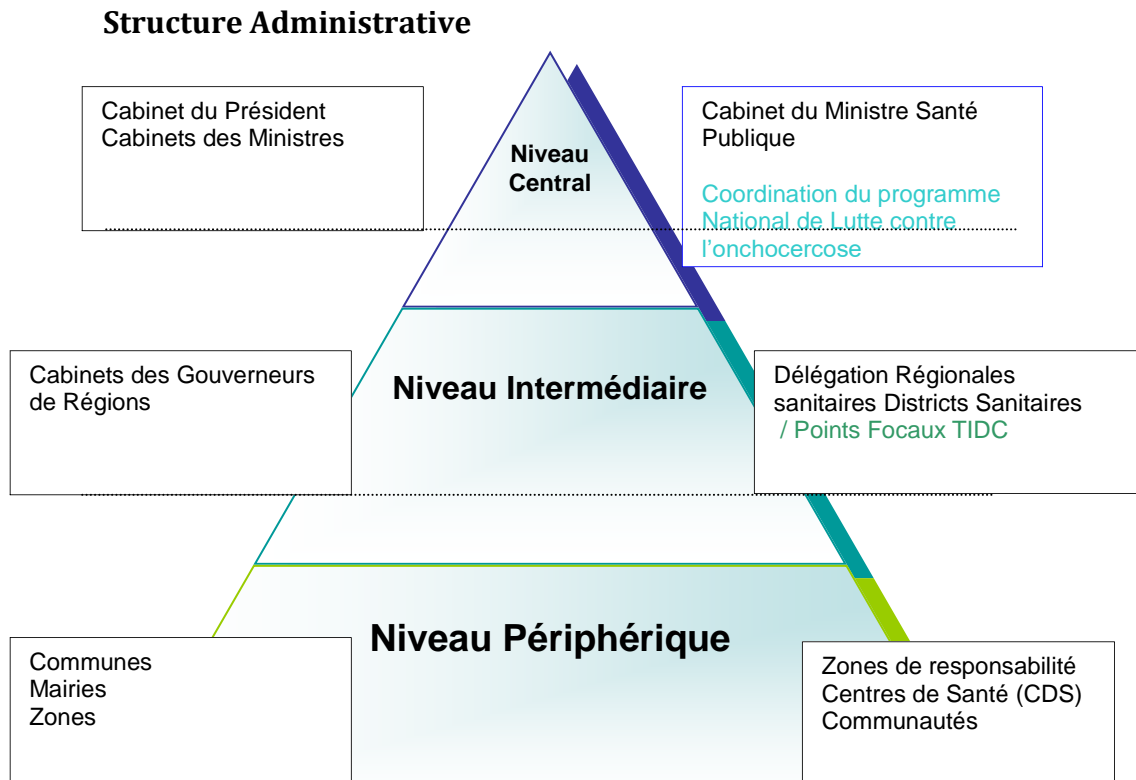
Deux cours d'eau principaux dont le Chari (1200 Km) et le Logone (960 Km) arrosent la partie sud du pays. Leurs affluents comptent de nombreuses rivières jalonnées de rapides où pullulent les simulies.

La population est estimée 13 035 606 habitants en 2017. La population cible de la DMM couvre sept (7) Délégations Sanitaires Régionales (DSR) et 44 districts sanitaires. Plus de cinq mille quarante-trois communautés (5 043) sont méso ou hyper endémiques pour l'onchocercose et la filariose lymphatique, pour une population cible (âge supérieur ou égal à cinq ans) de 4 631 249 personnes.

Dans la zone de projet, on dénombre plus de 150 groupes linguistiques.

L'organisation du réseau des soins respecte la configuration pyramidale avec 4 paliers (Figure 1).

- ✓ Le niveau de base constitué par les CDS qui est la porte d'entrée dans le système national de soins ;
- ✓ Les hôpitaux de première référence ou hôpitaux de district;
- ✓ Les hôpitaux de deuxième référence ou hôpitaux régionaux ;
- ✓ L'hôpital de référence nationale
- ✓ Le niveau central qui définit la politique sanitaire du pays et les orientations stratégiques. Ce niveau est représenté par le cabinet du Ministre, les directions générales et leurs départements ainsi que les organes de direction des différents programmes de santé.
- ✓ Le niveau intermédiaire qui est composé de 23 Délégations Régionales Sanitaires (DRS), qui comprennent à leur tour 100 districts sanitaires.
- ✓ Le niveau périphérique qui est composé de l'ensemble des Centres de Santé publics, agréés et privés.



**Figure 1 :**

### **Organisation du système de santé et structures du TIDC au Tchad**

La zone de projet a connu un redécoupage en 2017 qui a amené le nombre d'aires de santé de 511 à 641. On y trouve également plus de 47 hôpitaux privés et confessionnels.

La politique nationale sanitaire s'appuie sur des campagnes de masse axée sur la participation de la communauté à la mise en œuvre des programmes de santé et développement. L'objectif est de rendre les services de santé accessibles à toutes les couches de la population.

#### **1.1. Description du programme national d'Élimination de l'onchocercose et de la Filariose Lymphatique**

##### **i) L'onchocercose**

L'onchocercose est connue au Tchad depuis les années 1950. Les enquêtes REMO et REA ont abouti à la détermination des principaux foyers. Sur la base des données de la cartographie, le Tchad développe un projet de Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC) depuis 1998. Ce projet s'étend sur les 7 régions sanitaires dont le Mandoul, le Mayo Kebbi Est, le Mayo Kebbi Ouest, le Moyen Chari, le Logone Occidentale, le Logone Orientale, la Tandjilé (figure 1):

##### **ii) La filariose lymphatique**

La cartographie de la filariose lymphatique a été réalisée au Tchad en 2010 à l'échelle de la zone endémique à l'onchocercose. Elle a été finalisée en 2015. Cependant la première campagne n'a commencé qu'en 2016.

La mise en œuvre des Interventions sous Directives Communautaires (IDC) se fait à travers le système national de santé qui est de type pyramidal, à l'image de la structure administrative du pays.

## **1.2. Partenariat**

Les partenaires qui financent la lutte contre l'onchocercose et la filariose lymphatique au Tchad sont END Fund et ESPEN. L'ONGD OPC apporte un appui technique au Programme.

La firme Merck à travers le Programme de Donation de Mectizan (PDM) et GlaxoSmithKline (Gsk) fournissent gratuitement et régulièrement le Mectizan et l'Albendazole à travers l'OMS.

Pour la mise en œuvre des DMM, les principaux partenaires sur le terrain sont :

- ◇ La population bénéficiaire qui participe surtout à travers le travail des DC.
- ◇ Les agents de santé à travers les activités de formation / recyclage, sensibilisation, plaidoyer et mobilisation de la population. Les leaders et les différents partenaires du système de santé à travers la supervision des agents de santé et DC sous leur responsabilité, élaboration des rapports d'activités.
- ◇ L'administration des niveaux provincial, communal, zonal et communautaire participe dans les activités de sensibilisation, plaidoyer et mobilisation ainsi que dans la supervision et la gestion des effets secondaires.
- ◇ Les confessions religieuses participent aux activités de sensibilisation, plaidoyer et mobilisation.
- ◇ Les médias jouent un rôle de sensibilisation et de mobilisation sociale.

## **2. Termes de référence**

Les membres de la présente équipe d'évaluation avaient pour mission d'évaluer la mise en œuvre des activités des DMM au Tchad, en utilisant le formulaire d'enquête auprès des ménages et des guides de discussion avec les membres des ménages et distributeurs communautaires. Les objectifs spécifiques étaient les suivants :

1. Briefer le Représentant de l'OMS dans le pays sur le but de la mission ;
2. Documenter les réussites, les défis et fournir des conseils techniques sur la pérennisation des IDC ;
3. Documenter la couverture du traitement à l'ivermectine et à l'Albendazole de 2016 à 2017 dans 30 à 40 villages sélectionnées au hasard dans les zones méso et hyper-endémiques à l'onchocercose et de la filariose lymphatique, en utilisant le formulaire d'enquête des ménages ;



4. Documenter à travers des interviews avec les membres des ménages, quand le traitement a commencé dans la communauté et si le traitement est fait annuellement (sans interruption, depuis le début du projet) ;
5. Documenter les couvertures réelles de traitement aux regards de celles déclarées et prévues;
6. Tenir une réunion avec certains DC pour documenter : le nombre de DC dans chaque village, leur expérience et vérifier l'information obtenue des ménages sur la durée du traitement ;
7. Obtenir les coordonnées des villages faisant partie de l'enquête,
8. Proposer des pistes de solution pour la résorption des problèmes identifiés.

### 3. METHODOLOGIE

La présente mission s'est déroulée du 02 Décembre 2017 au 6 janvier 2018. Le protocole utilisé est celui de l'OMS rédigé par le Groupe consultatif Technique Stratégique sur les maladies tropicales négligées en 2016.

Les premiers jours étaient consacrés à la planification conjointe des activités avec la coordination du PNEOF. Cette période correspondait aussi aux activités préparatoires de finalisation des outils, procédures de libération des participants locaux pour les travaux de collecte de données sur le terrain.

Les activités de prise de contact avec les services centraux du Ministère de la Santé Publique, d'accueil du consultant ont été également réalisées. La formation des enquêteurs a eu lieu à N'Djaména .



**Figure 2** : Formation des enquêteurs

Le pré-test des outils a été fait dans trois villages du district sanitaire de Kelo. Cette étape d'harmonisation de la compréhension des objectifs a été suivie par le déploiement sur le terrain en trois équipes d'enquête dont l'une couvrait la Tandjile, le Mayo Kebbi Est et le Mayo Kebbi Ouest ; l'autre le Logone Occidental et le Logone Oriental ; la dernière le Mandoul et le Moyen Chari.

Chacune des équipes était composée d'un superviseur et de trois enquêteurs. Chaque équipe avait pour charge de collecter les données nécessaires dans les villages des districts sanitaires d'investigation.

Par ailleurs, des réunions avec les certains services impliqués dans la gestion des Maladies Tropicales Négligées (MTN) au niveau des services centraux, des délégations régionales sanitaires et des districts pour la documentation des défis et succès des IDC du Tchad ont eu lieu durant le déroulement des activités.

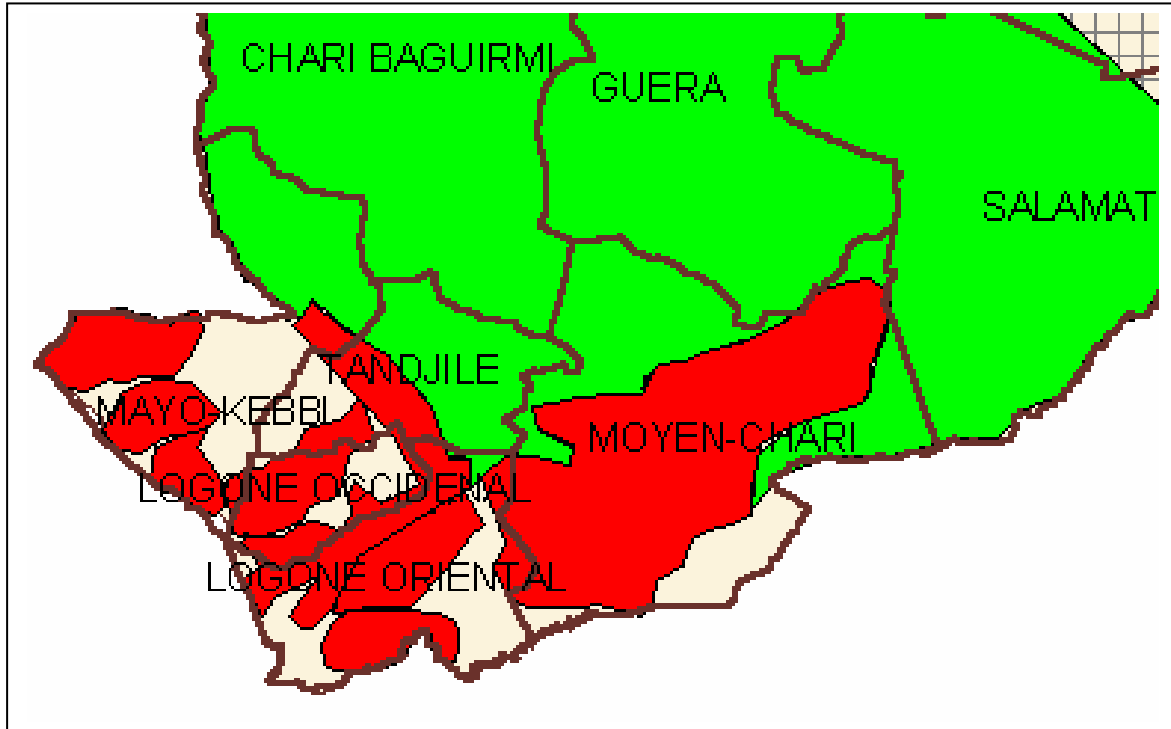


Figure 3 : Localisation des délégations régionales sanitaires de l'aire du projet TIDC Tchad

#### **4. Résultats**

Au cours du présent exercice, les enquêtes auprès de 264 ménages ont impliqué 3906 personnes. De même, les entretiens ont impliqué 158 chefs de ménages. Plus de 212 DCs ont participé à 44 discussions de groupe.

##### **4.1. Plaidoyer**

Les activités de plaidoyer sont menées, mais les réponses ne sont pas celles escomptées, notamment en ce qui concerne la contribution financière de l'Etat. Les inscriptions budgétaires sont faites dans le budget de l'Etat mais les débloquages ne sont pas toujours effectués. Pour les années 2016 et 2017, aucun décaissement de l'Etat n'a été effectué en faveur des activités des DMM.

##### **4.2. Sensibilisation**

Des réunions e sensibilisation sont également organisées dans les villages enquêtés. Y sont conviés les responsables locaux. Au cours des échanges, les succès, défis sont présentés et les solutions recherchées de manière participative.

### **4.3. Information, éducation et communication**

Les vertus du Mectizan et de l'Albendazole sont bien connues dans l'aire du projet. Le repeuplement de certains villages tels Bolow dans la Tandjilé, Oulmibangala dans le Logone Oriental, autrefois désertés à cause de l'onchocercose est présent dans les contes et expériences populaires.

Les populations réclament le Mectizan et l'Albendazole qu'elles reconnaissent comme un produit qui allège les souffrances liées aux problèmes oculaires, de démangeaisons, de décoloration de la peau, d'hydrocèle et d'éléphantiasis.

En dehors d'affiches, T-shirts et dépliant, il n'y a pas d'autres matériels d'IEC dans l'aire du projet.

### **4.4. Formation**

La quasi-totalité du personnel de santé en service dans les formations sanitaires des zones de projet est formé sur les activités des DMM. La formation des DC se fait directement à la base par les infirmiers chefs des centres de santé. La mobilité du personnel de santé crée un besoin de formation constant dans l'aire du projet.

### **4.5. Distribution**

La distribution de masse du Mectizan a été introduite dans les villages pour la première fois entre 1994 et 1997 et celle de l'Abendazole à partir de 2016 par le personnel de santé. Le Programme National d'Élimination de l'Onchocercose et la filariose lymphatique et l'infirmier des aires de santé étaient les personnes les plus cités. Dans tous les villages enquêtés, aucune interruption, retard, ou rupture de stock n'a été rapportée. Certains DC sont impliqués dans le processus de distribution depuis le début du projet. De nouveaux recrutements sont cependant effectués chaque année pour faire face aux démissions, déficit, décès et migrations des DC. La durée de la distribution varie de 10 à 14 jours. Pour réduire la durée de la distribution, les DC suggèrent une participation massive à la campagne et le recrutement de plus des DC. L'un d'eux argue : « Que les gens s'impliquent. La mobilisation des communautés. Qu'il y ait une présence de tous les ménages le jour J. » (disait le DC du Village de Beladja).

Les DC ont un sentiment de satisfaction par rapport à l'aide qu'ils apportent à leur communauté à travers la distribution du Mectizan et de l'Albendazole.

« Je suis satisfait de la distribution parce que je sauve mes parents de la cécité ». (déclarait le DC SEH PAO dans le district de Bessao).

Les DC sont satisfaits du bon accueil, bonne compréhension des bienfaits du Mectizan et d'Albendazole, de la nécessité de sa consommation par les communautés. Certains ont relevé comme motif de satisfaction, le respect et l'audience qui leur échoit du fait de la reconnaissance de leur travail de distributeur de Mectizan et d'Albendazole. « Je suis

heureux comme le chef de Centre (Centre de Santé). On me respecte plus que le chef de village ». (disait l'infirmier de Oulibangala ).

« Je suis content parce que le Mectizan et l'Albendazole soignent les malades de cécité, de démangeaisons, hydrocle et éléphantiasis. Avant, il y a trop d'aveugles. Maintenant, ça va... ». (déclarait le DC de Gon dans le district de Moissala).

Certains DC trouvent dans la prévention de la cécité et filariose lymphatique dans leur communauté, un motif de satisfaction pour leur implication dans la distribution du Mectizan et de l'Albendazole. « Je suis satisfait de participer à la distribution parce que je rends service à la population, pour éliminer les maladies, pour ne pas avoir des aveugles et d'éléphantiasis dans notre village. » (disait le DC du Village de Toopouin dans le district de Fianga).

Les DC souhaiteraient recevoir de la population plus de motivation et de gestes d'encouragement.

Des DC ont suggéré que les chefs de villages, les sages, les conseillers interviennent auprès des membres de la communauté pour accroître la participation à la distribution. « Pour ça, il faut l'appui du chef traditionnel ; Faire impliquer les sages, les conseillers, que le Mectizan et l'Albendazole sont des produits amenés de loin pour nos populations.» (réclamait le DC Waltama dans le district de Danamadji).

La plupart des DC déclarent être choisis par la communauté. Quelques uns sont cependant désignés par le chef du village.

Les difficultés rencontrées et solutions en rapport avec la distribution de l'Ivermectine et d'Albendazole identifiés sont :

#### **Difficultés :**

- ✓ Les DC déplorent le manque de motivation matérielle (Certains membres de la communauté offrent des dons en nature en guise de motivation matérielle aux DC. D'autres DC travaillent bénévolement).
- ✓ Certains DC évoquent la fatigue comme difficulté principale rencontrée dans la distribution du Mectizan et de l'Albendazole. La fatigue est liée au nombre insuffisant de DC qui rend ardue la tâche de ceux qui sont en activité. « Je formule comme conseil au personnel de santé qu'il forme d'autre ADM, pour m'aider. » déclare un DC.
- ✓ Certains DC ont relevé le manque de moyen de déplacement comme frein à l'exécution de leurs tâches. « Il faut un deuxième DC pour me renforcer. Manque de moyen matériel de déplacement. »
- ✓ Insuffisance des registres de traitement communautaire ;
- ✓ La distribution de 2017 a eu lieu pendant la saison des pluies. De ce fait les travaux champêtres sont un des facteurs d'absence au traitement

## **Proposition des solutions**

Pour résoudre les problèmes de refus et réticences, les DC proposent l'intensification de la sensibilisation et de l'éducation sanitaires. Les DC font recours à l'autorité traditionnelle pour persuader les réticents. De même ils invitent l'autorité traditionnelle à convoquer des séances de discussion avec les chefs des ménages pour faciliter la distribution du Mectizan et de l'Albendazole.

Pour survenir au problème de fatigue, les DC suggèrent la formation d'autres distributeurs.

Etant donné que les travaux champêtres constituent un principal facteur d'absence au traitement les DC suggèrent que la prise de Mectizan et d'Albendazole soit faite avant la saison des pluies et surtout au premier semestre de chaque année.

Pour résoudre le problème de motivation, les DC suggèrent que les membres de la communauté respectent le calendrier, ce qui permettrait de réduire la durée de la distribution. Par ailleurs certains DC souhaitent avoir des signes distinctifs (jackets, sacs). D'autres ont suggéré une supervision régulière par les services de santé ;

Les DC suggèrent des réunions régulières (mensuelles) avec le personnel de santé pour discuter des problèmes relatifs à la distribution. Certains DC ont suggéré que le personnel de santé leur apporte une formation en technique de communication et de sensibilisation.

Certains DC ont relevé le manque de moyen de déplacement comme frein à l'exécution de leurs tâches. « Il faut un deuxième DC pour me renforcer. Manque de moyen matériel de déplacement. »

Doter les villages des registres de traitement communautaire ;

### **4.6. Intégration**

En 2017, les activités de traitement contre l'Onchocercose et la filariose lymphatique se font conjointement avec celles des Schistosomiasés et des helminthes transmis par le sol.

### **4.7. Couvertures de traitement**

L'objectif de traitement pour l'an 2017 prévu par le programme est de 80% pour toutes ou groupe des deux pathologies (Onchocercose et filariose lymphatique).

Des données en provenance de terrain, les taux de couverture thérapeutique déclarés sont de 81.87%, 82.35% et 81.94% respectivement pour Onchocercose seule, filariose lymphatique seule, Onchocercose +filariose lymphatique.

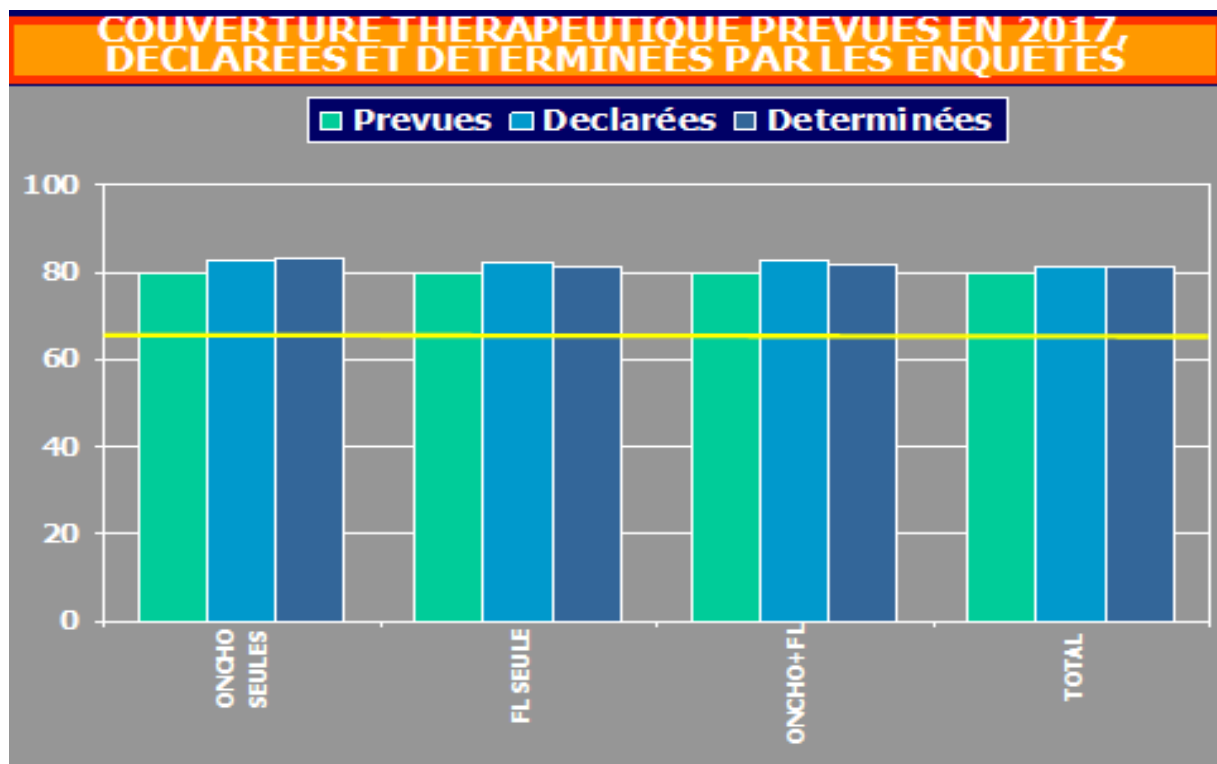
La Population étudiée par le présent exercice est la population totale des ménages choisis pour l'enquête. Sur les 3906 personnes de tout âge confondu impliquées dans les enquêtes 3188 ont déclaré avoir pris le traitement soit une couverture thérapeutique globale de 81.62%.

Les taux de couverture thérapeutique déterminés sont de 81.47%, 81.43% et 81.83% respectivement pour Onchocercose seule, filariose lymphatique seule et Onchocercose +filariose lymphatique au titre de l'année 2017.

Globalement les objectifs de traitement sont largement atteints par type de pathologie (performances sont 101.8%, 101.7% et 102.3% respectivement pour Onchocercose seule, filariose lymphatique seule et Onchocercose +filariose lymphatique).

Pour ce qui est du rapport entre les taux de couverture thérapeutique déclarés et ceux déterminés par les enquêtes, il y a un écart négatif de moins de 1% pour l'ensemble des pathologies (0.4%, 0.9%, 0.11%) respectivement pour Onchocercose seule, filariose lymphatique seule et Onchocercose +filariose lymphatique. Ces écarts seraient probablement dus aux enregistrements et surtout aux outils de gestion utilisés (absence des registres dans certains villages et les DC utilisent des cahiers ordinaires ou des feuilles volantes pour le traitement qui peuvent être facilement perdus).

**Figure 3 : Couvertures thérapeutiques prévues, déclarées et déterminées par les enquêtes**



#### 4.10.2. Effets secondaires déclarés

Aucun cas d'effet secondaire grave n'a été rapporté au cours de la distribution de 2017 dans les villages enquêtés.

Les effets secondaires mineurs rapportés sont les démangeaisons, maux de tête, vertiges et vomissements. Ils sont cependant rares. Les effets secondaires les plus rapportés qui sont de l'ordre de 1.1% sont en général légers : maux de tête (1.2%), les œdèmes (0,02%) et les démangeaisons (0,1%). Suite aux effets secondaires, les membres de la

communauté ont recours aux DCs ou aux services de santé. Des efforts devraient être faits dans les activités d'IEC, de sensibilisation et de leur rôle et responsabilité en ce qui concerne la motivation des DCs.

#### **4.8 Suivi**

Des difficultés réelles existent dans le suivi des activités du projet. Les responsables à tous les niveaux éprouvent dans difficultés des moyens de déplacement pour le suivi des activités. Il a été constaté également l'insuffisance des registres de traitement dans la zone de projet et que certains villages achètent des cahiers pour enregistrer les traitements. Cette situation risque de limiter la capacité d'archivage des données par les communautés.

### **5. Forces, Faiblesses, défis et opportunités du projet**

#### **5.1. Forces**

Les activités des Interventions sous Directives Communautaires (IDC) sont bien connues dans les communautés qui reconnaissent les vertus du Mectizan et de l'Albendazole dans la protection de la vue, la réduction du nombre d'aveugles, des problèmes de peau, de cas d'hydrocèles et d'éléphantiasis....

Les DCs maîtrisent leur travail, bien qu'il y ait quelques difficultés dans la compilation des données.

L'implication des chefs traditionnels a un grand effet d'entraînement des populations dans l'adhésion des activités de DMM. Certains, tels que les chefs des cantons de Tikem, Delbian, Panzegue, Tamio Ngolo, Lumbogo, Tchoua... sont devenus de réels icônes pour le plaidoyer en faveur des interventions sous Directives Communautaires (IDC).

#### **5.2. Faiblesses**

La mise en œuvre des activités de distribution se confronte au problème de réfugiés et retournés de la RCA.

Le nombre de DCs formés et en activité est faible, inférieur à d'environ 1DC pour 100 personnes comme recommandé par l'OMS.

Dans certaines communautés les DC ont relevé l'insuffisance des registres de traitement.

La durée de la distribution (10-14 jours) est très élevée, ce qui est de nature à stimuler la demande de motivation. Elle diminue également l'efficacité de la supervision par le personnel de santé hautement sollicité par les tâches cliniques. Le programme devrait faire des efforts pour réduire la durée de la distribution.

#### **5.3. Défis**

Malgré la compréhension des communautés sur le caractère bénévole de la fonction de DC, ceux-ci vivent dans l'expectative pour un gain. La plupart espèrent et attendent une motivation. La point focale onchocercose du DS de Donia exprime les démissions et le manque de motivation en ces termes : « Chaque année, deux à trois ADM démissionnent. Certains ne remettent pas les rapports et quittent le village »



## **5.4. Opportunités**

Les d'ONG opérant dans les secteurs humanitaires constitue une opportunité pour la distribution du Mectizan et de l'Albendazole dans les zones de conflit.

Le personnel de santé sollicite la participation des DC dans les activités de lutte contre le paludisme, comme agent vaccinateur au cours des Journées Nationales de Vaccinations et dans la supplémentation en vitamine A. Ces activités sont rémunérées et permettent aux DC d'avoir une compensation pour leur travail.

## **6. RECOMMANDATIONS**

### ***END Fund, ESPEN et OPC***

- Continuer à apporter un appui technique et financier aux activités de communication pour le Changement des Comportement (plaidoyer sensibilisation, mobilisation), de formation (agents des agents de santé, distributeurs), de distribution et suivi au projet du Tchad;
- Renforcer la capacité logistique (moyen de déplacement et registres de traitement) pour le suivi des activités de terrain.

### ***Au Ministère de la santé (PNEOFL)***

- Mobiliser les ressources financières et faciliter leur décaissement effectif en faveur des activités;
- Faciliter l'intégration et la co-implémentation de la lutte contre les MTN et les autres interventions se prêtant aux campagnes de masse.
- Mettre à la disposition des DC suffisamment de support de collecte des données de traitement.
- Développer des supports d'IEC et les disséminer pour la sensibilisation au niveau des communautés;
- Renforcer la supervision des activités des distributeurs communautaires, notamment en ce qui concerne le rapportage ;
- Renforcer la supervision par la dotation des moyens de déplacement (moto) aux Points Focaux.
- Réaliser les DMM au premier semestre de chaque année

### ***Aux autorités administratives des régions, communes et Communautés***

- Soutenir sur les plans moral, social, matériel/ou financier les DC;
- Mobiliser localement des ressources pour soutenir les activités du TIDC;

**Equipe de mise en œuvre**

	<b>Nom et Prénom</b>	<b>Qualité</b>
	Nadjilar Lokemla	Coordonnateur PNEOFL (Facilitation)
	Pr Mbaindodjim Prospere	Consultant
	Nadjilem Francis	Enquêteur 1.1
	Deto Chantal	Enquêteur 1.2
	Remadji Sonia	Enquêteur 1.3
	Mandlede Ratnan Gloria	Enquêteur 1.4
	Nodjindoh Ndokadje	Chef d'équipe 2
	Guelmbaye Mbairo	Enquêteur 2.1
	Melom Sonia	Enquêteur 2.2
	Ndingatoloum Mbayo Josué	Enquêteur 2.3
	Nadjira Elise	Enquêteur 2.4
	Nepidimbaidje Sandrine	Chef d'équipe 3
	Nodjihalgoto Justin	Enquêteur 3.1
	Nembaye Justin	Enquêteur 3.2
	Beamadji Bienvenu	Enquêteur 3.3
	Memadji Ndigidjim	Enquêteur 3.4
		Logisticien
		Secrétaire
		Chauffeurs

## ANNEXE 2

**AGENDA PROVISOIRE DE TRAVAIL DE LA MISSION****DU 02-24 Décembre 2017**

<b>DATES</b>	<b>ACTIVITES</b>
2 décembre 2017	Rencontre informelle entre le Consultant, la Coordination du PNEOFL
3 décembre 2017	Revue des Termes de Référence avec le Consultant et sélection des enquêteurs sur la base des curriculum vitae
4 décembre 2017	Rencontre informelle avec le Consultant, la Coordination du PNEOFL pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ validation de l'agenda provisoire et les activités à mener,</li> <li>✓ Rencontre des facilitateurs et,</li> <li>✓ finalisation des outils de travail</li> </ul>
5 décembre 2017	Prise de contact avec les autorités du MINSANTE Représentation de l'OMS
6 au 7 décembre 2017	Formation des enquêteurs
7 décembre 2017	Départ des équipes d'enquête pour Kelo
8 décembre 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pré-test des outils à Kelo avec toutes les équipes</li> <li>✓ Feed back du pré-test et recommandations</li> </ul>
09 – 24 décembre 2017	Départ des équipes pour les Délégations Sanitaires Régionales (DSR) <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipe 1 : Mandoul/Moyen Chari et Tandjile</li> <li>Equipe 2 : Logone Occidental et Logone Oriental</li> <li>Equipe 3 : Mayo Kebbi Est et Mayo Kebbi Ouest</li> </ul> Collecte, transmission et saisie des données dans les DSR
26 décembre 2017	Retour des équipes à N'Djaména Saisie des données
27 décembre 2017	Compilation des fiches et débriefing avec les équipes Finalisation de la saisie des données
28 décembre 2017 au 5 janvier 2018	Analyse des données Rédaction du rapport de mission Finalisation des conclusions de la mission d'évaluation de la couverture au Tchad Compte rendu des principales conclusions au aux autorités du Tchad et recommandations
6 janvier 2018	Débriefing de la mission au MSP

### Annexe 3 : Questionnaire Enquête des couvertures thérapeutiques ONCHO et FL 2017

Q1. Nom et Prénom: \_\_\_\_\_

Q2. Sexes (M/F) \_\_\_\_\_

Q3. Age (years) \_\_\_\_\_ (*Age approximatif*)

Q4. Étiez-vous dans la communauté entre le temps et le temps?  
No = 0      Yes = 1      Ne sait pas = 2

Q5. Depuis combien de temps vivez-vous dans cette communauté?  
\_\_ ans \_\_ mois

[Si vous ne résidez pas ici au moment de DMM, passez à la question suivante]

Q6. Le répondant répond-il par lui-même?

No = 0      Yes = 1

[L'énumérateur devrait répondre sans demander au répondant]

Q7. *Quel est votre haut niveau d'éducation?*

1=Non scolarisé

2=Ecole Primaire

3= Ecole Secondaire

4=Universitaire

#### Main Section

Q8. Quelqu'un vous a donné le **Mectizan** et l'**Albendazole** chaque fois pour traiter la FL et l'ONCHO:

**Mectizan** No = 0      Yes = 1

**Albendazole** No = 0      Yes = 1

[Si non passez à la question Q11]

Q9. Pourquoi n'avez-vous pas reçu les médicaments?

0= pas au courant de MDA

1 = le distributeur n'est pas venu chez moi / à l'école / à un point fixe

2 = médicaments finis

3 = enceinte

4 = allaitement maternel

5 = malade

6 = vieux

7 = mineur

1 = peur des effets secondaires

2 = Je ne suis pas à risque pour cette maladie

5 = Je prends d'autres médicaments

6 = la médecine ne fonctionne pas

12 = J'étais occupé

13 = J'étais trop loin

14 = autre (précisez)

*[Passer à Q18]*

Q10. Aviez-vous avalé le **Mectizan** et l'**Albendazole**?

*[Montrer les pilules au répondant*

**Mectizan** No = 0 Yes = 1

**Albendazole** No = 0 Yes = 1

*[Si tout est oui passez à la question Q13]*

Q11. Pour quoi n'aviez - vous pas avalé les comprimés?

0 = pas au courant de MDA

1 = le distributeur n'est pas venu chez moi / à l'école / à un point fixe

2 = médicaments finis

3 = enceinte

4 = allaitement maternel

5 = malade

6 = vieux

7 = mineur

1 = peur des effets secondaires

2 = Je ne suis pas à risque pour cette maladie

5 = Je prends d'autres médicaments

6 = la médecine ne fonctionne pas

12 = J'étais occupé

13 = J'étais trop loin

14 = autre (précisez)

*[Passer à Q15]*

Q12. Pourquoi as-tu avalé la drogue?

1 = être en bonne santé

2 = peur d'attraper la maladie

3 = quelqu'un m'a dit de

4 = tout le monde le prend

5 = autre (précisez) \_\_\_\_\_

Q13. Avez-vous avaler ces drogues devant la personne qui vous les a données?

No = 0 Yes = 1 Incertain = 2

Q14. Qui vous a donné les médicaments?

1= membre de la famille

2=personnel de santé

3= distributeur de médicament

4=leader communautaire

5=Enseignant

7=Autrer (specifier)

99=Non applicable

Q15. Avez-vous ressenti des effets secondaires après avoir avalé les médicaments?

No = 0 Yes = 1 Unsure = 2

*[Si non passez à Q18]*

Q16. Lesquels des énoncés suivants sont vrais concernant les effets secondaires que vous avez éprouvés après avoir avalé les médicaments:

1 = doux (n'a pas interféré avec les activités quotidiennes)

2 = modéré (interféré avec les activités quotidiennes)

3 = grave (hospitalisation requise)

Q17. Étiez-vous au courant de la MDA avant que cela n'arrive?

No = 0      Yes =1      Unsure = 2

*[Si non passez à Q20]*

Q18. Comment avez-vous su que le MDA allait arriver? [Invite: ailleurs?]

*[Select all that apply]*

1=membre de famille/ami/voisin

2=Professionel de la santé

3= Distributeur communautaire de médicaments/distributeur de médicament/agent de santé communautaire/enseignant

4 = leader communautaire ou religieux

5 = brochures / dépliants

6 = affiches

7 = bannières

8 = radio

9 = TV

10 = médias sociaux

11 = ignorant MDA

12 = autres (spécificateur)\_\_\_\_\_

Q19. Est-ce que l'un de vos voisins a pris les médicaments de la MDA?

No = 0

Yes =1

Unsure

=

2

**ANNEXE 4 :**

**EVALUATION DE LA COUVERTURE THERAPEUTIQUE DU TRAITEMENT A L'IVERMECTINE ET A L'ALBENDAZOLE  
FORMULAIRE D'ENQUETE AUPRES DES MENAGES :**

**INSTRUCTION:**

- a. Sélectionner 10-15 ménages par colline/communauté et 4-5 collines par Commune sanitaire (PS).
- b. Poser les questions au chef de chaque ménage et enregistrer les réponses dans la colonne appropriée

1. Commune sanitaire ----- [ ] 2. Sous-Commune -----[ ] 3. Nom du Colline \_\_\_\_\_  
4. N° du ménage [ ] 6. Enquêteur \_\_\_\_\_ 7. Date \_\_\_\_\_ 8. mois du dernier traitement \_\_\_\_\_

9. Noms des membres du ménage	10. Sexe M=1 F=2	11.Age (en années)	12.Au cours de la dernière campagne de traitement, avez-vous reçu le Mectizan et Albendazole? Oui=1 Non=2 Si non aller Q16	13.combi en de comprimés aviez-vous reçu?	14. Aviez-vous avalé ces comprimés? Oui=1 Non=2	15. Quelle était la couleur de ces comprimés? Blanc=1 Autre=2	16. Pourquoi n'aviez-vous pas reçu les comprimés à ce moment? *** 1=enfant<5 ans 2=absent ; 3=enceinte ;4=refusé 5=non informé ;6=malade 7=a pris le traitement ailleurs ; 9=autre	17. Avez-vous pris ces comprimés depuis ce temps? Oui=1 Non=2	18. Aviez-vous pris ces comprimés l'année ayant précédé la dernière distribution? oui=1 Non=2	19. Justesse du nombre de comprimés Correct=1 incorrect=0