



RÉSUMÉ EXÉCUTIF DES RÉSULTATS CLÉS DE L'ENQUÊTE NUTRITIONNELLE ET DE MORTALITÉ RÉTROSPECTIVE

**ZONE DE SANTÉ DE PAY KONGILA
PROVINCE DE KWILU
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO**

Financé par:



AVERTISSEMENT ET REMERCIEMENTS

Cette étude est financée par UK aid du Gouvernement du Royaume-Uni, cependant les opinions exprimées ne reflètent pas forcément l'opinion officielle de du Gouvernement du Royaume-Uni.



ACTION
CONTRE
FAIM

DÉCLARATION DES DROITS D'AUTEUR

© Action Contre la Faim

La reproduction est autorisée moyennant mention de la source soit citée, sauf spécifications contraires. Si la reproduction ou l'utilisation des données textuelles et multimédias (son, images, logiciels, etc) est soumise à autorisation préalable, cette autorisation annulera l'autorisation générale susmentionnée et indiquera clairement les éventuelles restrictions d'utilisation.



ACTION
CONTRE
LA FAIM

1. INTRODUCTION

La Zone de Santé (ZS) rurale de Pay Kongila est située dans le territoire de Masi manimba, province du Kwilu en République Démocratique du Congo (RDC). La ZS de Pay Kongila a une superficie de 4.050km² avec une population estimée à 158.768 habitants. Sa densité est de 39 habitants au km². La population de la zone de santé de Pay Kongila est composée des ethnies Mbala, Ngongo, Suku et Samba.

Elle est limitée à l'Est par la zone de santé de Kingandu à l'ouest par la zone de santé de Moanza, au Nord par les zones de santé de Mosango et Lusanga, et au Sud par la zone de santé de Feshi.

Le relief est constitué de collines, plateaux et vallées avec un sol argilo- sablonneux. Le climat est de type tropical avec 2 saisons : une saison sèche de juin à août, et une saison pluvieuse de septembre à mai interrompue par une petite saison sèche de mi-janvier à mi- février. La végétation est constituée de savane herbeuse et de galeries forestières le long de la rivière Kwenge et petites rivières.

Sur le plan hydrographique, la zone est traversée par la rivière Kwenge, autres petites rivières (Lumbamba, Kenzelwengu, Vushi, Kafi, Lukula², Lungani, Lwiyi, Kibolo et quelques petits ruisseaux de moindre importance.

L'activité principale de la population est l'agriculture de subsistance. Les activités secondaires par ordre d'importance sont l'élevage de gros et petit bétail, et de volaille, le petit commerce, la pisciculture, la fabrication de boisson alcoolisée la pêche artisanale, et quelques activités saisonnières (chasse, cueillette et ramassage des termites et chenilles).

La ZS connaît une période de soudure allant de juillet à août (2 mois). Durant cette période le manioc et le maïs deviennent rares, ce qui rend les marchés plus instables et occasionne déjà une augmentation de prix de ces produits. Les ménages ont moins d'accès aux aliments de base et sont plus en insécurité alimentaire avec le risque de développer la malnutrition.

La stratégie de survie la plus utilisée reste la diminution de la quantité de repas par jour dans le ménage, par conséquent le nombre de repas passe de 2 à un repas en moyenne dans la plupart des ménages.

La ZS de Pay Kongila connaît un sérieux problème d'approvisionnement en eau potable. La REGIDESO n'existe pas dans la zone. Il existe seulement 42 sources d'eau aménagées par le programme village assaini de l'UNICEF et MEMISA/Belgique. Ce nombre de sources aménagées ne couvre pas le besoin de la population qui fait recourir aux sources d'eau non aménagées, eau des rivières, des ruisseaux et de la pluie. On trouve aussi deux bornes fontaines au centre de la ZS qui malheureusement fournit seulement l'eau non potable mais utilisée pour d'autres besoins domestiques.

Le coût revient à 200 Franc congolais/bidon de 25 litres. Tous les ménages ne s'en procure pas suite aux moyens financiers trop limités mais utilisent l'eau des rivières et des sources non-aménagées.

Les structures sanitaires comprennent un hôpital général de référence, deux hôpitaux secondaires et 19 centres de santé.

Les pathologies les plus fréquentes de janvier à décembre 2017, selon le système d'information sanitaire, sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, l'anémie, la malnutrition et la fièvre typhoïde. Les activités préventives (CPN, CPS et CPON) et vaccinales sont en principe opérationnelles. Il est à noter que lors de l'enquête l'activité vaccinale n'était pas fonctionnelle suite au problème de rupture des seringues autobloquantes. La dernière campagne de vaccination contre la rougeole était réalisée en octobre 2016. Pour ce qui concerne la journée de santé de l'enfant (JSE), la dernière remonte d'avril 2017 pour la supplémentation en vitamine A et le déparasitage au Mébendazole. En janvier 2018, la ZS a été approvisionnée en Mébendazole et vitamine A par la division provinciale de la santé, antenne de Kikwit. La quantité du Mébendazole était insuffisante et ne pouvait pas couvrir toute la zone. Par conséquent, le bureau central de la zone de santé (BCZS) l'avait distribué dans certains centres de santé pour être utilisé en routine. Quant à la vitamine A, le lot envoyé avait déjà dépassé la date de péremption depuis août 2017.

Les sœurs Claretaines gèrent une structure à caractère social de prise en charge des cas de malnutrition aiguë. Cette structure fonctionne en collaboration avec le BCZS, mais sans respect du protocole national de PCIMA car le personnel de la ZS n'a jamais été formé en PCIMA. La ZS est appuyée par MEMISA dans le cadre d'un appui structurel pour les frais de fonctionnement (matériel, fournitures du bureau, carburant, etc) et par la banque mondiale à travers le PDSS (Projet de Développement du Système Sanitaire) pour les soins de santé primaires qui utilise la stratégie de FBP (Financement basé sur la performance). En plus, Action Damien appuie la zone pour la prise en charge de la lèpre et tuberculose, l'UNICEF dans le programme village assaini et UNICEF et OMS dans un appui ponctuel dans le cadre des soins de santé primaire et de la lutte contre les épidémies.

2. JUSTIFICATION DE L'ENQUETE

Le bulletin N°31 de la surveillance nutritionnelle, sécurité alimentaire et alerte précoce (SNSAP) allant de janvier à mars 2018 a rapporté 77 zones de santé de la RDC en alerte, dont la ZS de Pay Kongila, province du Kwilu. Celle-ci est apparue précédemment dans le bulletin N°30.

C'est ainsi que lors de la réunion de la Cellule de Coordination des Mécanismes de Réponses Rapides aux Crises Nutritionnelles (RRCN) convoquée le 02 Mai 2018 dans le bureau du PRONANUT à Kinshasa, il a été décidé qu'une enquête SMART devait être conduite par Action Contre la Faim en collaboration avec le PRONANUT dans cette zone en alerte, dans le but de confirmer ou d'infirmer l'alerte.

Dans ce cadre, une équipe d'urgence d'Action Contre la Faim et du PRONANUT était déployée dans la ZS de Pay Kongila, Province du Kwilu, pour y mener une enquête nutritionnelle anthropométrique et de mortalité, selon la méthodologie SMART.

3. OBJECTIFS

- Déterminer la prévalence de la malnutrition aiguë, chronique, et de l'insuffisance pondérale (globale, modérée, et sévère) chez les enfants âgés de 6 à 59 mois dans la ZS de Pay Kongila
- Evaluer la couverture de trois services de santé basiques dans cette même zone :
 - La vaccination contre la rougeole parmi les enfants âgés de 9 à 59 mois
 - Le déparasitage au Mébendazole chez les enfants de 12 à 59 mois sur les 6 derniers mois
 - La supplémentation en vitamine A chez les enfants âgés de 6 à 59 mois sur les 6 derniers mois
- Evaluer les taux de mortalité rétrospective dans la ZS de Pay Kongila pour l'ensemble de la population et chez les moins de 5 ans durant la période de rappel de 96 jours.

4. MÉTHODOLOGIE

L'enquête nutritionnelle a été réalisée du 08 au 15 juin 2018 dans la ZS de Pay Kongila. Elle a été menée selon la méthodologie SMART, basée sur un échantillonnage en grappes à deux degrés, constitué de 40 grappes de 18 ménages chacune.

La taille de l'échantillon a été définie par le logiciel ENA (Emergency Nutrition Assessment) pour SMART 2011 (version actualisée du 09 juillet 2015) selon les paramètres listés en Annexe 1 et 2.

5. RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES

Afin de présenter la situation nutritionnelle dans les plus brefs délais, les résultats de l'enquête sont présentés dans le tableau 1 ci-dessous. Un rapport final contenant l'analyse plus complète de la situation sera publié rapidement après la fin de la période de collecte des données.

Au total, parmi les 706 ménages enquêtés, 668 enfants étaient éligibles, donc 668 enfants de 6 à 59 mois ont été pesés mais 665 enfants mesurés. En effet, 3 enfants avaient l'handicap aux membres inférieurs et cela a empêché la prise de la taille. De plus, les données de 4 enfants ont été exclues de l'analyse P/T, car elles présentaient des incohérences. L'analyse de la qualité des données (test de plausibilité des données anthropométriques) porte donc sur 661 enfants et est présentée en Annexe 3.

Ces résultats ont été présentés et validés au comité de validation de Kinshasa pour discuter des recommandations et points d'action.

Tableau 1: Résumé des résultats obtenus lors de l'enquête nutritionnelle effectuée dans la ZS Pay Kongila en Juin 2018.

RÉFÉRENCES	INDICATEURS		RÉSULTATS ¹
OMS	Z-scores et présence d'œdèmes (N=661)	Malnutrition Aiguë Globale P/T < -2 z et/ou œdèmes	13,9% * [11,2 - 17,2]
		Malnutrition Aiguë Sévère P/T < -3 z et/ou œdèmes	4,5% * [3,1 - 6,6]
	Z-scores (N= 660)	Malnutrition Chronique Globale T/A < -2 z	44,7% [38,5 - 51,1]
		Malnutrition Chronique Sévère T/A < -3z	16,7% [12,9 - 21,2]
	Z-scores (N= 651)	Insuffisance Pondérale Globale P/A < -2 z	30,4% [23,9 - 37,9]
		Insuffisance Pondérale Sévère P/A < -3z	10,3% [7,7- 13,6]
PB	(N=667)	Malnutrition Aiguë Globale (PB<125mm) et/ou œdèmes	11,4% [8,1- 15,7]
		Malnutrition Aiguë Sévère (PB<115mm) et/ou œdèmes	3,9% [2,6 - 5,8]
Taux de mortalité rétrospective sur les derniers 96 jours (/10,000/jour)			0,28 [0,15 - 0,51]
Taux de mortalité rétrospective des moins de 5 ans (/10,000/jour)			0,57 [0,22 - 1,47]
Couverture vaccinale contre la rougeole (N= 629 enfants ≥9 mois)	Confirmée par une carte (N=31)		4,9% [3,0 - 7,9]
	Selon l'accompagnant (N= (372)		59,1% [51,4 - 66,4]
	Pas vacciné (N=187)		29,7% [22,7 - 37,9]
	Ne sait pas (N=39)		6,2% [4,1 - 9,3]
Couverture déparasitage au Mébendazole (N= 587 enfants ≥12 mois)	Selon l'accompagnant (N=81)		13,8% [7,5 - 24,0]
	Pas de déparasitage (N=502)		85,5% [75,5 - 91,9]
	Ne sait pas (N=4)		0,7% [0,2 - 2,3]
Couverture de la supplémentation en vitamine A (N= 668)	Selon l'accompagnant (N=0)		0%
	Pas de supplémentation (N=665)		99,6% [98,0 - 99,9]
	Ne sait pas (N=3)		0,4% [0,1 - 2,0]
*La prévalence des œdèmes était de 1,8 %			

¹Résultats exprimés avec un intervalle de confiance de 95%

6. ANNEXES

Annexe 1: Paramètres utilisés avec le logiciel ENA for SMART pour le calcul de la taille de l'échantillon

Population totale ²	MAG estimée ³	Précision	Effet de grappe	Taille échantillon enfants	Proportion enfants ⁴	Taille moyenne ménage ⁵	Non-répondants	Taille échantillon ménages	Grappes (18 ménages/grappe)
158.768	15%	3,5	1,7	740	21,0%	6	3% ⁶	673	40

Annexe 2: Paramètres utilisés avec le logiciel ENA for SMART pour le calcul de la taille de l'échantillon pour la mortalité

Population totale	Prévalence mortalité estimé (10.000/J)	Précision	Effet de grappe	Période de rappel ⁷	Population totale pour l'enquête	Taille moyenne ménage	Ménages non-répondants	Taille échantillon ménages	Grappes (18 ménages/grappe)
158.768	0,5	0,3	1,7	96	4.114	6	3 %	707	40

Annexe 3 : Résumé du test de plausibilité

VARIABLES	Flags et données manquantes	Sex ratio	Age ratio	Pref. décimale Poids	Pref. décimale Taille	Pref. décimale PB	Déviatoin Standard P/T	Skewness P/T	Kurtosis P/T	Distribution Poisson P/T	Score global P/T
SCORE	0 (0,6%)	0 (p=0,279)	2 (p=0,052)	0 (5)	0 (6)	0 (5)	5 (1,10)	1 (-0,37)	0 (-0,18)	1 (p=0,011)	9%
Interprétation	Excellent	Excellent	Bon	Excellent	Excellent	Excellent	Bon	Bon	Excellent	Bon	Excellent

² Plan d'action opérationnel 2018 (PAO), ZS Pay Kongila.

³ Valeur par défaut selon la recommandation SMART, en fonction de la faisabilité faite d'une enquête nutritionnelle récente.

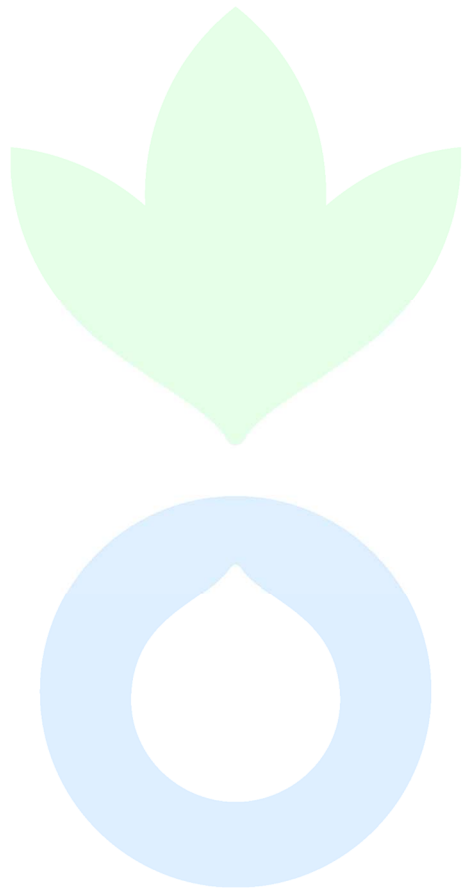
⁴ PAO 2018, ZS Pay Kongila.

⁵ EDS 2013-2014 sur le plan urbain et rural (utilisé dans toutes les planifications des Zones de Santé)

⁶ Valeur par défaut en l'absence de données sur le sujet afin de prendre en compte les non répondants

⁷ La mortalité rétrospective a été mesurée par rapport à la date butoir du 08/03/2018 date marquant la journée internationale de la femme jusqu'au milieu de la collecte de données probablement le 11/06/2018.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



ACTION CONTRE LA FAIM