- PD-ABJ-611 ISN-91124 -

# HELEN KELLER INTERNATIONAL

# ANNUAL REPORT

# HAITI

OCTOBER 1988 - SEPTEMBER 1989

(DAN-0045-G-SS-6069)

PREPARED FOR:

S&T/OFFICE OF NUTRITION
AID/WASHINGTON

TABLE OF CONTENTS


| | | Page |
|---|---|---|
| I. | INTRODUCTION | 1 |
| II. | BACKGROUND | 1 |
| III. | PROJECT DESCRIPTION | 3 |
| | A. Target Population | 3 |
| | B Goals | 3 |
| | C. Strategy | 3 |
| IV. | PROJECT ACTIVITIES | 4 |
| | A. Activities Initially Planned | 4 |
| | B. Activities Implemented | 5 |
| V. | PROBLEMS | 11 |
| | A. Problems Related to the Information System | 12 |
| | B. Problems Related to the Lack of Motivation and Information of the Health Personnel | 12 |
| | C. Problems Related to the Lack of Information and Education of the Mothers | 13 |
| | D. Problems Related to Insufficient Coverage Rate of the Target Population | 13 |
| | E. Logistic Problem | 13 |
| VI. | INTERVENTION STAGES | 15 |
| VII. | EVALUATION OF PROJECT IMPACT AND COVERAGE | 15 |
| | A. Continuous evaluation | 15 |
| | B. Quarterly and annual evaluation | 15 |
| | C. Indicators | 16 |
| VIII. | PROJECT EXPENDITURES | 16 |

## I. INTRODUCTION

Malnutrition is endemic in Haiti and its relationship with infectious and parasitic diseases leads us to believe that a high percentage of the population is also deficient in Vitamin A. In 1974-75 a prevalence study among children from 0-6 years old, conducted jointly by HKI and the Government of Haiti, indicated a rate of xerophthalmia of 2.5/1000. In 1976, the Ministry of Public Health and Population (MSPP) initiated a National Vitamin A program. The evaluation of this program conducted in 1979 by Dr. S. Toureau from MSPP and S. Eastman of HKI indicated that xerophthalmia was still a public health problem, according to WHO standards, and justified widely spread vitamin A intervention programs.

In an effort to further address the vitamin A deficiency problem of Haiti, Helen Keller International (HKI) signed in 1986 a cooperative agreement with the Haitian Arab Center (now Centre pour le Developpement et la Sante - CDS).

The goal of this cooperative agreement was to assess the vitamin A deficiency problem in Haiti using the population of the urban slum area of Cite Soleil in Port-au-Prince. Following this evaluation, a vitamin A capsule distribution strategy would be tested and improved. This strategy would then be replicated in Health Institutions, located throughout the country, and members of the Association of Private Health Workers (Associations des Oeuvres Privees de Sante - AOPS).

How did this project evolve in 3 years?

## II. BACKGROUND

Haiti is a small, densely populated Caribbean nation with the lowest health and nutrition status in Latin America. As such, the population is particularly vulnerable to serious diseases, with special susceptibility to nutritional and communicable diseases.

The urban poor of Haiti are especially disadvantaged. Many hundreds of thousands of Haitians, unable to earn a living in the remote rural areas of the country, have migrated to the capital, Port-au-Prince, in search of employment. Some succeed, but most remain destitute, living in slums with few public services such as running water, electricity or plumbing. The children born into these slums suffer greatly from malnutrition, infectious diseases, and an environment generally not conducive to their health and development.

Cite Soleil is a five square-kilometer slum area located on the outskirts of Port-au-Prince, with a population in excess of 150,000. Living conditions are marked by crowding and lack of sanitation, and the income level of most families is so low that Cite Soleil is considered one of the poorest sections of Port-au-Prince. The residents of Cite Soleil are part of a large wave of migrants that have come from the rural areas into the capital, in search of various economic opportunities. Some residents are relatively recent migrants and maintain close ties with their place of origin. Others are second- and third-generation city dwellers who have been born and raised in marginal neighborhoods in Port-au-Prince.

Cite Soleil is divided into three major zones: Brooklyn (pop. 40,000), Boston (pop. 40,000) and Chapi (pop. 20,000). These zones are in turn subdivided into neighborhoods, of which there are nine.

## THE HEALTH SYSTEM OF CITE SOLEIL

The health system of Cite Soleil is in the shape of a pyramid resting on a group of volunteer collaborators responsible for the promotion of the main Primary Health Care Interventions in the community. Each volunteer works with 150 to 200 families. These volunteers also play a very important role in monitoring the utilization of services and in referring target populations to the health institutions. This is done through home visits followed by a referral to the appropriate medical center in Cite Soleil. Groups of families are invited to come to the clinic every 2 to 3 months to receive basic services like: health education, immunization, oral rehydration, vitamine A, iron, etc. Trained midwives in Cite Soleil also serve as liaison between the target group and the health institutions, although in a less formal way.

Cite Soleil also has demonstration centers directed by qualified monitors who train groups of women from the community in health education over a 4 week period. The topics discussed at these centers include: immunization, breastfeeding, Oral Rehydration Therapy, prevention of xerophthalmia and malnutrition.

The intermediate institutional structure of this pyramid is formed of socio-medical prevention centers which are visited regularly by approximately 55% of the families living in their location area. The next structure is a curative polyclinic whose main role is to provide ambulatory care to patients referred to them by the lowest levels. They in turn refer these patients to the highest level, the hospital, when necessary.

A nutritional recuperation center is also located in the socio-medical center of Brooklyn. A new institution, the Haitian Institute for Community Health (Institut Haitien de Sante Communautaire - INSHAC), is now responsible for the training of all the volunteers and medical personnel to ensure that this system functions properly (see Appendix I).

## III.- PROJECT DESCRIPTION

### A) TARGET POPULATION

The initial target population of this project was the 16,000 children aged 1 to 7 living in Cite Soleil. At this time, the estimated population of Cite Soleil was 100,000. The most recent statistics estimate the population being served at the Complex Medico-Social de la Cite Soleil (CMSCS) to approximately 150,000, which brings to 23,000 the number of children aged 1-7 targeted by this project.

It is estimated that by the end of this project in 1990, approximately 160,000 children throughout Haiti will benefit from services offered by health workers trained by this project. This goal will be met through the cooperation of CMSCS - HKI - AOPS. A close collaboration with the concerned authorities at the MSPP is also necessary to ensure a successful implementation of this project.

### B) GOALS

Although the implementation plan was revised following the baseline survey, the project goals remain the same. These are:

1. To improve Vitamin A capsule distribution and thus, Vitamin A status in the Cite Soleil child population.

2. To improve Vitamin A knowledge and distribution and thus, Vitamin A status among children in the AOPS service population.

### C) STRATEGY

1. To achieve the first project goal, we attempted to:

   a. Estimate current Vitamin A status. A baseline survey was conducted on a stratified random sample in the three zones of Cite Soleil to estimate Vitamin A status prior to program implementation. The primary indicators of Vitamin A deficiency, collected on a systematic subsample of children, were: serum Vitamin A levels and reported night

blindness. Validation of Vitamin A status was attempted utilizing conjunctival impression cytology samples as well as Vitamin A supplementation and dietary frequencies. Demographic and nutritional information was also obtained.

b. Determine the coverage for Vitamin A service utilization. In the event that Vitamin A coverage was found to be relatively low, it was planned to test alternative interventions in order to compare them to the existing system of capsule distribution through the health centers. If the coverage level was extremely high in Cite Soleil, we would have considered choosing another slum area for the urban component of this project.

c. After selecting the most appropriate intervention, increase the awareness throughout the urban community about the service delivery system for Vitamin A capsule distribution and encourage the use of this system.

2. To achieve the second project goal, we proposed to:

a. Train the health staff working with and for AOPS. Training curricula would be designed and production of locally appropriate teaching materials would be undertaken to improve Vitamin A awareness and distribution to the AOPS target population (children 1 - 7 years old). Material would be pretested and modified accordingly.

b. Provide public education to improve Vitamin A awareness and demand among the target population and their caretakers. Production and promotion of various materials (i.e. posters, radio messages, videos, etc.) would be conducted to attain this goal.

## IV. PROJECT ACTIVITIES

### A. ACTIVITIES INITIALLY PLANNED:

The following activities were originally included in the project design.

1. Assessment of the problem of Vitamin A in Cite Soleil through a baseline survey which includes:

- Nutritional indicators
- Blood serum level
- Conjunctival impression cytology
- Xerophthalmia (specifically night blindness)
- Vitamin A capsule coverage

2. Possible implementation of alternative methods of Vitamin A distribution through a process of design, testing and redesign, followed by selection of the most appropriate method.

3. Development of a training program which includes curriculum preparation and development of educational and training materials.

## B. ACTIVITIES IMPLEMENTED

The 1987 - 1988 annual report prepared by CMSCS and HKI describes well the activities implemented in this project. The described activities will be reviewed here as an introduction to the description of activities undertaken from October 1988 to September 1989.

At the end of October 1987, the collection of data for the baseline survey including the anthropometric measure, the impression cytology and the blood serum was completed. During the month of November 1987, the data were entered into a DBase file using an IBM PC. Data were cleaned in December. The impression cytology samples were sent to Johns Hopkins University for examination. Final results were received in August 1988 and showed a 50% abnormal rate. Due to transport problems, the blood specimens were not shipped to Geneva until March 1988. Statistical analysis showed no significant association between blood serum levels and conjunctival impression cytology status. From the analysis of the data collected, it was estimated that approximately 40-60% of children coming to the CMSCS clinic had received a Vitamin A capsule within six months prior to the survey. Because this indicates a relatively high level of coverage, the reaction to these figure was that the current system was working relatively well.

In the spring of 1988, the three key health centers (one in each zone of Cite Soleil) were consolidated to two. The closing of one of these centers would make it difficult to develop and compare three different systems of delivery.

Therefore, rather than focus on alternative ways of improving the system, it was recommended that we obtain information from the clinic records describing VAC distribution. This would provide us with supplementary information to make a decision on the utility of undertaking a distribution program in Cite Soleil.

The decision was made to use the existing fixed-center approach and to attempt to improve usage and therefore, Vitamin A capsule distribution, through a social marketing strategy that other urban slums could benefit from or replicate. Further decisions were made not to rely on the volunteer collaborators in the distribution system, since this would not be replicable in AOPS coverage areas where there are no collaborators; to restrict the assessment of coverage to children up to five years of age, the same age level as is treated at the health centers; and to bring in a consultant for the social marketing component.

The social marketing consultant, Ms Lonna Shafritz, spent 12 days in Port-au-Prince to design a social marketing strategy aimed at increasing the knowledge and practices of Haitian mothers toward Vitamin A. As a result of her work with the field staff, a program to increase Vitamin A intake of children in Cite Soleil will include:

1. The revision of the "Road to Health" card to include a section on Vitamin A receipt.

2. The organization of training sessions with all levels of health workers, so that all receive the same information and objectives.

3. The implementation of information, education and communication (IEC) activities such as video programs, radio broadcast, posters, calendars and other media for AOPS members wishing Vitamin A and preventive child information.

4. The implementation of a KAP study of health personnel in AOPS centers.

The period from October 1988 to February 1989 was filled with disturbing political events in Haiti. As a result, the implementation of planned activities was slowed down.

There were also several changes during this period in the project staff:

- The Vitamin A Project Coordinator, Dr. Louis Marie Boulos, and his assistant, Mme. Michaelle Boulos, left for graduate studies in the States.

- A new project director, Mme. Marie-Antoinette Toureau, was chosen.

- The new assistant, Mme. Marie Lyne Clermont, also left and was replaced by Mme. Ketly Gourge.

In March 1989, Dr. Jean-Robert Brutus was nominated as Coordinator of the Research Unit of CDS; his position requires him to collaborate with Mme. Toureau in coordinating Vitamin A project activities. He started working at the same time that Mrs. Meredith Lloyd and Susan Eastman of HKI visited Haiti to review project modifications with CDS staff.

There were several working sessions during which CDS staff, Mme M.A. Toureau, Dr. R. Boulos, M. L. Clermont and Dr. J.R. Brutus, exchanged ideas with HKI's staff and agreed on the strategy to follow in the next few months.

There were differences of opinion among the two parties regarding the use of volunteer collaborators for home distribution of capsule, as a way of reaching children not coming to the clinic (more specifically those 5 to 7 years old).

HKI's position was that since the present system was working fairly well, there was no need to change it.

However, the senior administration at Cite Soleil decided to limit routine prophylactic visits to health centers to children three years old or younger. It was then agreed that home distribution of capsules would be integrated into the project activities, targeting children from 4-7 years of age.

A timeline of activities covering April 1989 to July 1990 was established (see Appendix II).

Following these working sessions, planned activities were implemented at a regular pace and we were able to meet the three main objectives of April to September which were to:

a) Train CMSCS personnel on Vitamin A and xerophthalmia.

b) Increase the knowledge of Vitamin A and its distribution among the target population.

c) Reinforce the Vitamin A capsule distribution system to increase coverage of the target population.

To meet these objectives, the following activities were undertaken:

The knowledge of CMSCS personnel was evaluated and training seminars were held on Vitamin A deficiency and xerophthalmia. This evaluation of vitamin A knowledge among the personnel was conducted with the collaboration of the directors of the different institutions. The main goal of this evaluation was to identify the needs of the staff and design an appropriate training curriculum (see Appendix III).

The questionnaire was distributed to all the personnel and was filled out correctly by 95% of them. The following information was deducted from the data analysis:

- Only 10% of the staff had received previous training in Vitamin A and xerophthalmia.

- 95% of them certified having seen the capsule during routine distribution at the health center. However, they were not aware of the distribution guidelines for prevention or for treatment.

A very high percentage of the personnel was also unable to identify the signs and symptoms of xerophthalmia. However, almost all of them knew that yellow fruits and green vegetables are good sources of Vitamin A.

- During planning sessions with the directors of CDSCS centers for the Vitamin A workshops, we mentioned that the low level of knowledge about vitamin A and xerophthalmia was certainly responsible for the lack of interest found concerning this problem, even though capsule distribution is routinely done at the prevention centers. Coordination meetings were held with the trainers to discuss important aspects of the training plan.

The participants showed great interest in the subject during their participation in the workshops.

Up to date, a total of 247 personnel members have been trained, among which:

- 151 volunteer collaborators
- 31 midwives
- 16 record keepers
- 21 auxiliaries
- 10 nurses
- 18 doctors

It is important to note that approximately 87% of the targeted personnel benefited from these training activities. All the volunteer collaborators were trained. All the doctors, nurses and auxiliaries interested, or most precisely, involved in community and preventive health activities were reached. Finally, the number of midwives and record keepers who participated in our training surpassed our expectations.

However, a small percentage of the personnel was unable to participate in the training due to other work priorities. These individuals have expressed the desire to be trained at another occasion. We will thus be conducting make-up sessions for them whenever possible.

During these sessions, the health personnel were trained and motivated on Vitamin A and xerophthalmia, were informed of the consequences and social impact of vitamin A deficiency and of the importance of intervention strategies. Considering the interest showed by the participants for continued technical support in the field, we are convinced that the personnel will be more likely: to look for and report signs of xerophthalmia in the future, motivate the mothers to watch for signs of this deficiency, and finally better inform and educate the families about the prevention of this serious problem.

The HKI training manual for health workers was used during the vitamin A workshops. However, both the transparencies and the text was adapted to fit the Haitian reality and the program strategy.

During the month of June, the CDS vitamin A project personnel provided technical assistance for the realization of a Vitamin A deficiency workshop organized by VITAP - HKI for PVOs in Haiti.

Following this, other organizations were interested in benefiting from our knowledge in Vitamin A, and we have agreed to coordinate a vitamin A workshop for the personnel of World Vision working in this area.

The evaluation of the knowledge of AOPS' personnel is being conducted and regular meetings are held with the

persons in charge of this institution in preparation of the first training seminars in September 1989. Most likely, however, we will not be able to have these seminars before October. The rapport with AOPS was greatly facilitated by the nomination of Dr. Frantz Simeon as director of this institution.

Increase the knowledge of Vitamin A and its distribution among the target population:

As part of the public education initiative, all the personnel who participated in the training seminars received a technical pamphlet on the different stages of xerophthalmia. This pamphlet can be used during motivation of the public through individual health education sessions. The project was also greatly helped by the integration of Vitamin A capsule distribution into the National Immunization Campaign. Preceding this campaign, there were several information programs regarding Vitamin A on TV and on the radio.

The nurse in charge of community health education at Cite Soleil also invested a lot of energy into organizing special Vitamin A health education sessions for mothers and fathers at the demonstration centers, in the churches or in the different clubs.

However, due to frequent lack of funds at the program level, the production of audio-visual materials such as: posters, cassettes, technical guide, etc., which should have been followed by the purchase of television and VCR sets, is still not completed. This activity requires permanent contact with the producers and consistency in the availability of funds.

However, the administration of CDS has committed itself to doing whatever is necessary to provide the project with the necessary equipment (i.e. TV sets and VCR) during the month of October.

Reinforce the Vitamin A capsule distribution system to increase coverage of the target population:

In an effort to solve the problem of shortages of stocks of Vitamin A capsules which would decrease our coverage and to ensure regular capsule distribution to children coming to CMSCS, an agreement was made between the Division of Nutrition of the MSPP and CDS: the division will give an annual stock of 950 Vitamin A capsule bottles to CDS, providing that regular reports are presented regarding the use of this stock.

From now on, Vitamin A capsule requisitions will be submitted directly to the coordinators of the Vitamin A project and these requisitions will only be approved after verification of the monthly distribution reports.

The initiation of a monitoring system for the distribution of Vitamin A capsules to children also requires that the personnel receive regular support from the Vitamin A staff. Data collection and surveillance forms were designed and put in use. Supervision visits were made to the centers and working sessions were held at INSHAC with the doctors, nurses, auxiliaries, record keepers, volunteer collaborators and midwives, upon whom this monitoring system relies.

The bureau of coordination of Vitamin A activities at Cite Soleil supervises very closely the field personnel to ensure that records are properly filled out and that the activities are going as planned.

A computerized information system has been put in place and the collected data is entered on a daily basis using a PC.

The material and the vitamin A capsules have been given to the volunteer collaborators for distribution to the community, this seems to work fairly well. Constant supervision is provided to the volunteers to ensure proper implementation of the different activities. After analysis of the reports and surveillance forms, we will know exactly how this strategy is working.

## V. PROBLEMS

The main problem faced during the implementation of the first stage of the project was the impossibility of respecting the activity timeline due to the political instability of the country.

After every effort was made by both CDS and HKI's staff, the data collected from the survey was finally compiled and analyzed. The objective of the survey was to provide information on vitamin A status in Cite Soleil through indicators like:

- Night blindness
- Blood serum level
- Capsule distribution
- Vitamin A knowledge of institutional and field personnel

We were, however, unable to gather enough information to develop an appropriate plan of action.

To complete the information obtained from the survey, another evaluation of Vitamin A activities in Cite Soleil was conducted in November 1988 through interviews and field visits.

Vitamin A knowledge of all the personnel was also evaluated and the results used to design an appropriate training course.

Following these evaluations, we identified 5 problem areas:

A) PROBLEMS RELATED TO THE INFORMATION SYSTEM

Since the information recorded on the road-to-health card is not always translated on the weight curve, the volunteer collaborator cannot rely on this curve for the surveillance of children and distribution of Vitamin A. To correct this problem it was decided, together with the Ministry of Health, to substitute the sections reserved for appointments on the card by a section on Vitamin A distribution. The Volunteer will now have very explicit information enabling him to easily follow the pattern of distribution for each child. (see Appendix IV).

A data collection system was also designed, serving as a good tool for monitoring and evaluation. The data collected from the report forms, the surveillance forms and the road-to-health card will be regularly entered in the computer and we will be able to obtain information regarding the project by zone, sections, institutions, etc. (see Appendix V).

B) PROBLEMS RELATED TO THE LACK OF MOTIVATION AND INFORMATION OF THE HEALTH PERSONNEL

The personnel must understand the importance of xerophthalmia and the role of the intervention strategy. The personnel must be informed of the consequences and the social cost of Vitamin A deficiency. He must be able to make dietary recommendations to the families. He will then be motivated to look for signs of xerophthalmia, motivate the mothers to do the same and finally, better inform and educate the families regarding the prevention of this serious problem.

C) PROBLEMS RELATED TO THE LACK OF INFORMATION AND EDUCATION OF THE MOTHERS

Mothers who are not informed about the serious consequences of xerophthalmia and about ways to prevent it do not request a vitamin A capsule when they go to the health center. The amount of Vitamin A they consume in their diet is decreased by overcooking of food.

- They must be informed about the first sign of vitamin A deficiency (night blindness).

- They must be able to interpret the information recorded on the road-to-health card in order to participate in the surveillance of Vitamin A distribution.

D) PROBLEMS RELATED TO INSUFFICIENT COVERAGE RATE OF THE TARGET POPULATION

Up to now, the distribution of Vitamin A was done exclusively at the institutional level. However, the prevention centers responsible for this distribution only reach 50% to 55% of all the families living in their area. Furthermore, a portion of the target population, children 5 to 7 years old, is not included in the surveillance system at the prevention centers. To resolve this problem we have decided to initiate the distribution of capsules at the community level. The goals of this initiative are:

1) To reach children 3 to 7 years old through a community based distribution and surveillance system resting on the volunteer collaborators.

2) To sensitize and motivate the population in general to participate in the program through the personnel at the prevention centers and the different media.

E) LOGISTIC PROBLEM

Shortages of stock of Vitamin A capsules were very frequent at the project level.

The prevention centers responsible for the distribution of capsules do this on a regular basis until they run out of capsules. This shortage of capsules at the prevention centers is due to a lack of planning on the part of the Regional Public Health bureau.

In order to prevent future shortages of stock, an agreement was made with the Division of Nutrition and the Regional Public Health Bureau to provide the CMSCS with an annual stock of Vitamin A estimated at 95,000 capsules. The coordinators of the Vitamin A project at Cite Soleil will manage this stock.

Among the different problems identified after the November 1988 program evaluation was the inability of the medical and paramedical staff to recognize the signs and symptoms of xerophthalmia, and their lack of interest for the subject.

The training and information of the personnel is thus one of the priorities of our program. Training will be done in the field for the different categories of personnel.

We have also mentioned 4 other categories of problems:

1) The deficient data collection system
2) The lack of information and education of the mothers
3) The insufficient coverage of target groups
4) The logistic problem

Several interventions were designed in an attempt to resolve the above problems and reinforce the program both at the institutional and community level.

The different solutions include:

1) The design of a data collection system

2) Norms and guidelines for the distribution of capsules

3) Estimation of an annual stock of capsules

4) Assignment of tasks to the personnel (see Appendix VI).

A quantitative study was undertaken in August 1988 in an effort to better respond to the problem of lack of information and education of the mothers.

The focus group approach was used for the study. The data collected gave us the necessary information to define a communication strategy (see Appendix VII).

## VI. INTERVENTION STAGES

Regardless of its quality, a project will never be successfully implemented if obstacles are not first identified and dealt with in an appropriate manner.

After a careful evaluation of the program and its objectives, the following intervention strategies were defined:

1) Training of the personnel involved in the prevention of Vitamin A deficiency.

2) Public education campaigns. These activities target the population in general and require close collaboration with the institutional and community personnel. They will be carried out in all the existing structures.

3) Monitoring and evaluation of the distribution of Vitamin A capsules. The monitoring system will facilitate early detection of problems regarding:

- Supply (administrative)
- Distribution
- Compliance to the norms
- Collection of data (community and institutional) (see Appendix VIII).

## VII. EVALUATION OF PROJECT IMPACT AND COVERAGE

### A) Continuous evaluation

From the basic information recorded on the clinic records of children from 6 months to 3 years old, the program will have precise information on the coverage rate for this age group. Information regarding coverage will be updated weekly using information received from the record keepers in the clinic, for the children up to 3 years old, and from the volunteer collaborators in the field for children from 3 to 7 years old.

### B) Quarterly and annual evaluation

Information collected from the surveillance system will enable us to estimate on a quarterly and annual basis the coverage rate as well as the prevalence of xerophthalmia in Cite Soleil.

C) Indicators

Monitoring System

- Coverage rate of capsule distribution
- Evaluation of population awareness through periodic surveys at the institutional and community level
- Coverage rate for the distribution of capsules by Volunteer collaborator

Operation System

- Training of personnel
- Initiation of surveillance system
- Regular distribution of capsules
- Reinforcement of program at community level
- Supervision of personnel
- Coordination of activities
- Reception of monthly reports

Project Impact

- Prevalence of xerophthalmia
- Evaluation of Population awareness through periodic surveys at the institutional and community level
- Change of behavior of the population regarding the consumption of Vitamin A in their diet.

## VIII. PROJECT EXPENDITURE

HELEN KELLER INTERNATIONAL, INC.
1989 ANNUAL REPORT FORM A: COUNTRY PROJECT PIPELINE ANALYSIS
PVO / COUNTRY PROJECT- DAN-0045-G-SS-6069-00

| HAITI | ACTUAL EXPENSES TO DATE (9/30/86 to 9/30/89) | | | PROJECTED EXPENSES AGAINST REMAINING OBLIGATED FUNDS (10/1/89 to 7/31/90) | | | TOTAL AGREEMENT BUDGET (9/30/86 to 7/31/90) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COST ELEMENTS | AID | HKI | TOTAL | AID | HKI | TOTAL | AID | HKI | TOTAL |
| PERSONNAL | $82,157 | $38,599 | $120,756 | $3,800 | $55,954 | $59,754 | $85,957 | $94,553 | $180,510 |
| LOCAL CONSULTANTS | $5,714 | $9,032 | $14,746 | $26,122 | ($9,032) | $17,090 | $31,836 | $0 | $31,836 |
| EQUIPMENT / SUPPLIES | $11,216 | $4,576 | $15,792 | ($9,624) | ($2,984) | ($12,608) | $1,592 | $1,592 | $3,184 |
| TRAINING | $3,077 | $309 | $3,386 | $30,669 | ($309) | $30,360 | $33,746 | $0 | $33,746 |
| TRAVEL | $14,714 | $8,919 | $23,633 | ($9,939) | ($8,919) | ($16,858) | $4,775 | $0 | $4,775 |
| EVALUTION | $5,153 | $0 | $5,153 | $24,847 | $7,959 | $32,806 | $30,000 | $7,959 | $37,959 |
| OTHER DIRECT COST | $42,528 | $15,978 | $58,506 | $620 | ($14,386) | ($13,766) | $43,148 | $1,592 | $44,740 |
| TOTAL DIRECT COST | $164,559 | $77,413 | $241,972 | $66,495 | $28,283 | $94,778 | $231,054 | $105,696 | $336,750 |
| INDIRECT COST | $14,090 | $13,780 | $27,870 | $4,856 | $4,188 | $9,045 | $18,946 | $17,968 | $36,914 |
| TOTAL COST | $178,649 | $91,193 | $269,842 | $71,351 | $32,471 | $103,823 | $250,000 | $123,664 | $373,664 |

12/06/89

CHRONOGRAMME D'ACTIVITES JUSQU'A SEPT 89

| ACTIVITES | AOUT 88 | | | | SEPT | | | | OCT | | | | NOV | | | | DEC | | | | JAN | | | | FEV | | | | MARS | | | | AVR | | | | MAI | | | | JUN | | | | JUL | | | | AOU | | | | SEPT 89 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Reunion informelle avec les responsables des CMSCS | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reconnaissance de terrain | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evaluation des connaissances et des comportement tech. du personnage | | | x | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Analyse de l'evaluat. | | | | | | | | | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Enquete qualitative (social marketing) consultante HKI | | | | | | | | | | | | | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rencontre avec le coordonnateur du CMSCS pour: a) discussion sur problemes confrontes par ce programme et solution probable b) possibilite de former un comite consultatif d'appui | | | | | | | | | | | | | | | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reunion avec les personnels de la direction d'hygiene familiale et de nutrition pour obtenir leur appui dans : problemes de rupture de stock elaboration de materiel educatif adapte a la Cite Soleil et utilisation du carre rendez-vous sur carte Chemin de la Sante pour Vitamine A. | | | | | | | | | | | | | | | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CHRONOGRAMME D'ACTIVITES JUSQU'A SEPTEMBRE 89

| ACTIVITES | AOUT 88 | SEPT | OCT | NOV | DEC | JAN | FEV | MARS | AVR | MAI | JUN | JUL | AOU | SEPT 89 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 2 3 4 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1 2 3 4 |
| Formation du comite consultatif d'appui | | | | x | | | | | | | | | | |
| Reunion avec le comite consultatif d'appui. Discusion sur problemes confrontes et variantes strategiques | | | | | x | | | | | | | | | |
| Reunion avec les intervenante au niveau communautaire pour definir responsabilites | | | | | xx | | | | | | | | | |
| Determination et assignation de ressources d'appui | | | | | x | | | | | | | | | |
| Elaboration et revision de materiel de suivi et de controle de la distribution de la Vitamine A avec les responsables des institutions | | | | | | | | | | | | | | |
| Redefinition du projet | | | | | x | | | | | | | | | |
| Elaboration d'une fiche technique pour le projet a la Cite Soleil et definir d'un plan d'extension pour l'AOPS avec chonogramme d'execution (plan detaille) | | | | | xxxx | | | | | | | | | |
| Contact avec une agence pour production materiel imprime et audio visuel | | | | | x | | | | | | | | | |
| Contact avec station de radio | | | | | x | | | | | | | | | |

CHRONOGRAMME D'ACTIVITES JUSQU'A SEPT 89

| ACTIVITES | AOUT 88 | SEPT | OCT | NOV | DEC | JAN | FEV | MARS | AVR | MAI | JUN | JUL | AOU | SEPT 89 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1 2 3 4 | Oct 89 Mai 90 |
| - Collecte, entree et Evaluation continue des donnes. | | | | | | | | | | | xxxx | xxxx | xxxx | x x x x | |
| - Encadrement du personnel institutionnel pour l'utilisation des fiches | | | | | | | x | x x | | | xxxx | | | | |
| - Production de Materiel | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Video | | | | | | | | x | | | | | | | Production d'un poste chaque 3 mois |
| - Radio | | | | | | | | x | | | x | | | | |
| - Posters | | | | | | | | | x | | x | | | | |
| - Guide d'education | | | | | | | | | x | | | x | | x | |
| - Encadrement et motivation du personnel institutionnel et communautaire pour education du public. | | | | | | | | | | xxx | xxxx | xxxx | xxxx | x x x x | Jusqu'a Juin 90 |
| - Distribution de Materiel Educatif | | | | | | | | | | | | | | | Octobre |
| - TV | | | | | | | | | | | x | | | | |
| - Video | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Cassette | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Posters | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Guide d'educction | | | | | | | | | | | | x | | | |
| - Campagne d'education | | | | | | | | | | | xxxx | xxxx | xxxx | x x x x | Jusqu'a Juin 90 |
| - Evaluation continue a partir d'un systeme d'exploitation informatisee | | | | | | | | | | | xxxx | xxxx | xxxx | x x x x | Jusqu'a Juin 90 |

CHRONOGRAMME D'ACTIVITES JUSQU'A SEPTEMBRE 1989

| ACTIVITES | AOUT 88 | SEPT | OCT | NOV | DEC | JAN | FEV | MARS | AVR | MAI | JUN | JUL | AOU | SEPT 89 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 2 3 4 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1 2 3 4 |
| Proposition de conditates pour poste: assistante/coordon/vit A sur fonds CDS et description de taches. | | | | | | x | | | | | | | | |
| Document sur fiche technique terminie et remis au CDS | | | | | | x | | | | | | | | |
| Recrutement assistante. | | | | | | | | | | | | | | |
| Revision document fiche technique par CDS et HKI pour suggestions. | | | | | | | x<br>xx | | | | | | | |
| Reunion de travail avec assistante visites sur le terrain. | | | | | | | xx | | | | | | | |
| Preparation de materiel pour formation personnel. | | | | | | | xx | | | | | | | |
| Reunion avec comite consultatif pour presentation/fiche tech. et planification seminaire de formation | | | | | | | x | | | | | | | |
| Formation col. vol. | | | | | | | | | x<br>xx | xx | | | | |
| Formation medecin. | | | | | | | | | | xx | | | | |
| Formation archi- | | | | | | | | | | x | | | | |

CHRONOGRAMME D'ACTIVITES JUSQU'A SEPT 89

| ACTIVITES | AOUT 88 | SEPT | OCT | NOV | DEC | JAN | FEV | MARS | AVR | MAI | JUN | JUL | AOU | SEPT 89 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 2 3 4 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1234 | 1 2 3 4 |
| - Formation Auxiliaire | | | | | | | | x | | x | | | | |
| - Formation Infirmiere | | | | | | | x | | | xx | | | | |
| - Achat de Video cassettes et Televiseur. | | | | | | | x | | | xx | | | | |
| - Definition des termes de reference pour assistance technique er suivi et evaluation | | | | | | | x | | | | | | | |
| - Recrutement du consultant local. | | | | | | | x | | | | | | | |
| - Recrutement d'une secretaire connaissance en informatique | | | | | | | x | | xx | | | | | |
| - Mise en place du systeme de distribution et de suivi communautaire par les coll vol. | | | | | | | | x | | | xxx | xxxx | | |
| - Programmation d'un systeme d'exploitation informatisee a partir des fiches de suivi de la distribution de Vit A. | | | | | | | | | x | xxx | | | | |

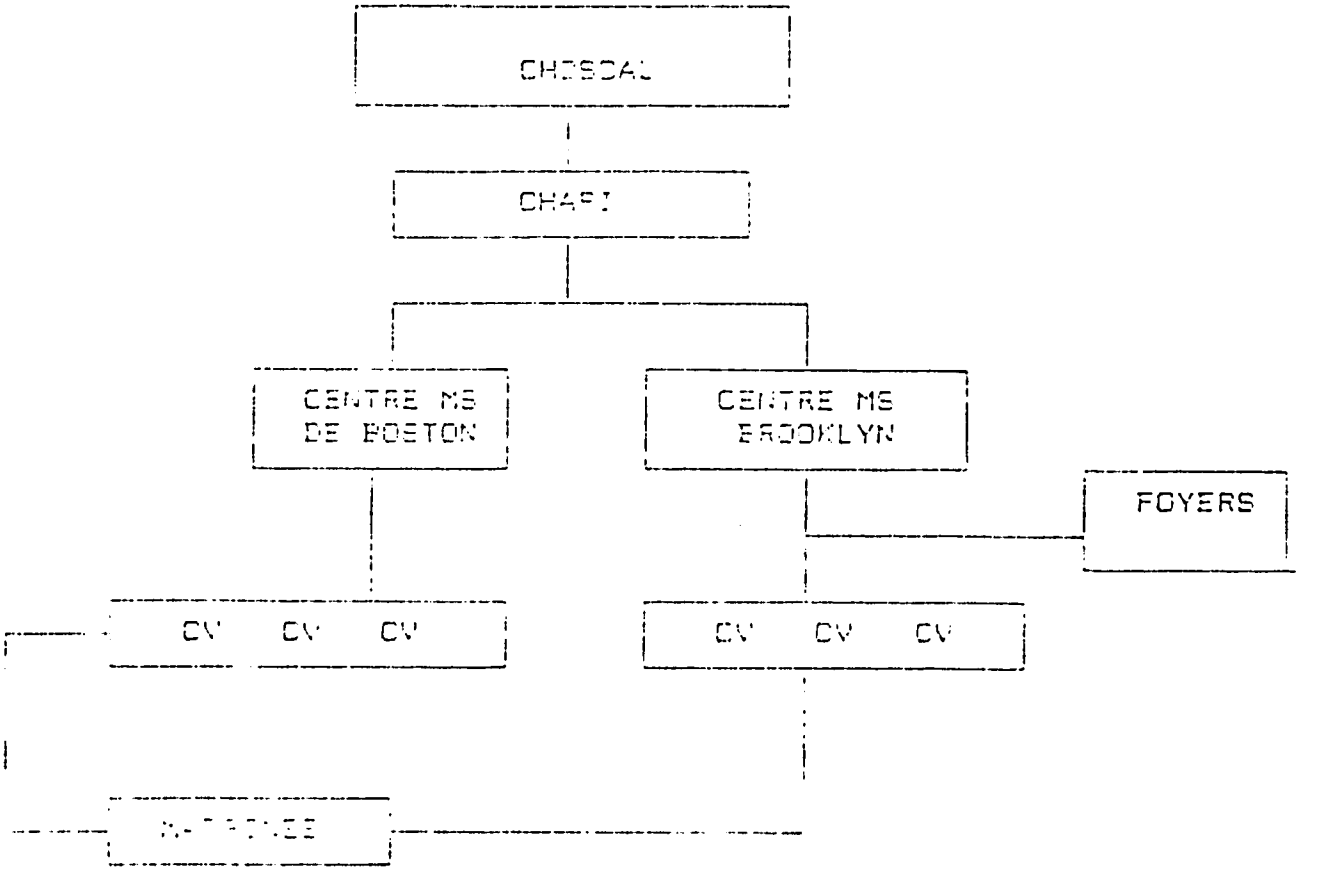
CHRONOGRAMME D'ACTIVITES JUSQU'A OCT 89

| ACTIVITES | MARS 89 | | | | AVRIL 89 | | | | MAI 89 | | | | JUIN 89 | | | | JUL. 89 | | | | AOUT 89 | | | | SEPT 89 | | | | OCT 89 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AOPS | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - Recherche de fonds pour l'extension du projet. | | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Definir responsabilites de l'AOPS dans le programme. | | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Choix d'un membre du staff de l' AOPS pour la coordination du programme. | | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Choix des institutions, et fixation de leur aire d'influence | | | | | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Rencontre avec les responsables de ces institutions. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Visites sur le terrain. | | | | | | | | | | | | | | | x | x | | | x | | | | | | | | | | | | | |
| - Evaluation succinte de la situation du programme au niveau de ces institutions. | | | | | | | | | | | | | | | x | x | | | x | | | | | | | | | | | | | |

CHRONOGRAMME D'ACTIVITES JUSQU'A OCT 89

| ACTIVITES | MARS 89 | | | | AVRIL 89 | | | | MAI 89 | | | | JUIN 89 | | | | JUIL. 89 | | | | AOUT 89 | | | | SEPT 89 | | | | OCT | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| - Discussion autour des variantes strategiques et elaboration de programmation. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | | | | | | | | | | | | |
| - Definition de strategie Formation du personnel. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | x | x | | x | x | x | | x | x | x |
| - Mise en place des interventions communautaires. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | x | x |
| - Education du public | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | x | x |
| - Evaluation continue a partir d'un systeme a definir. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | | |

ORGANIGRAMME DU SYSTEME DE SANTE DU C.M.S.C.S



## .- SYSTEME DE COLLECTE DE L'INFORMATION

| NIVEAUX | INSTITUTIONNEL | | COMMUNAUTAIRE | |
|---|---|---|---|---|
| Groupe d'Age | 6 mois - 3 ans | | 3 ans a 6 ans 11 mois | |
| ETAPES | RYTHME | INSTRUMENTS | RYTHME | INSTRUMENTS |
| a) Enregistrement | Journalier Inf.Hyg. de CMS | * Graphique P/A Ancien casier de Rdez-vs<br>* Fiche infantile | Journalier par C.V. | Carte de distribution communautaire de la Vit.A |
| b) Suivi | Journalier apres la clinique par archiviste | Fiche de suivi des enfants de 6 mois a 3 ans a envoyer a l'INHSAC | Journalier par C.V. Occasion visites domiciliaires | * Fiche de suivi des enfants de 3 ans a 6 ans 11 mois<br>* Graphiques P/A pour les enfants de 6 mois a 5 ans. |
| c) Rapport d'Activites | Mensuel par Inf. Ing. | Fiche de rapport distribution Vit. A | Mensuel par C.V. | Fiche de rapport de distribution de la Vit.A en cercle. |

# CHEMEN LA SANTE

## BAY TIMOUN YO TETE

**Lèt manman se pi bon lèt**

AJ: 0 - 1 NAN

AJ: 1 - 2 ZAN

AJ: 2 - 3 ZAN

Kg

N

I

II

III

ANE

MWA

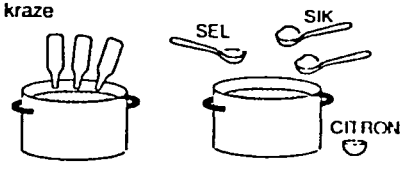
Konble kolo-n sa avek mwa e ane ti moun nan fèt la.
Konble lot kolo-n yo ak tout mwa ki swiv yo.

Timoun sa profite

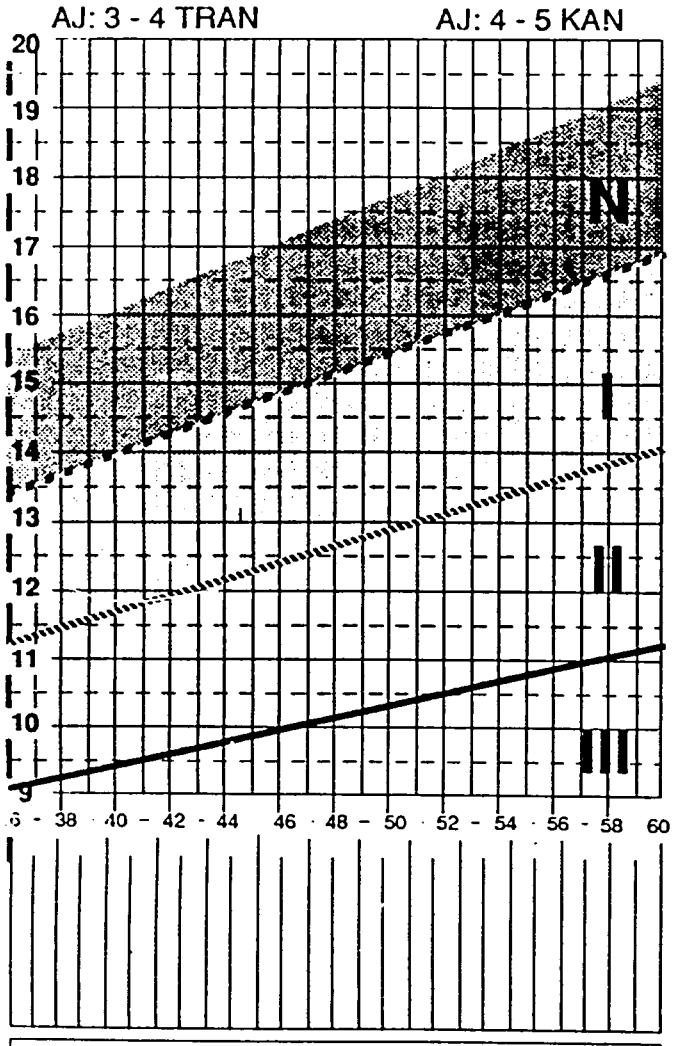
Timoun sa pa profite
Bali plis manje

Timoun sa malad. Bali plis manje e minnin li nan sant

Kijan pou nou prepare seròm nan bouch si nou pa jwenn sache tou-pare?
Mete ansanb nan yon veso pròp:
- 3 boutèy kola vid plen dlo pròp (se yon lit dlo)
- yon ti kiyè sèl byen kraze
- 2 gro kiyè sik
- kèk gout ji sitron




(seròm sa-a pa dwe genyen ni gou sik ni gou sèl)




## Fè Planing

AK PLANING-NAN
GASON PROTEJE SANTE
MADANM-LI
AK PITIT-LI YO

CARTE NATIONALE DE VACCINATION

| VACCIN | 1ère dose | 2ème dose | 3ème dose | Rappel |
|---|---|---|---|---|
| Di Te Per | | | | |
| Polio | | | | |
| Typhoïde | | | | |
| Tétanos | | | | |
| Autres | | | | |
| | | | | |

| | Dose Unique |
|---|---|
| Rougeole | |
| BCG | |

DISTRIBUTION VIT. A

| Date | R.V. | Date | R.V. |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## AKAMIL

FOS AK ENEJI
POU TIMOUN
TANKOU GRANMOUN

**MSPP - CDS**
**Ministère de la Santé Publique et de la Population et Les Centres pour le Développement et la Santé**

1.- Commune _____
2.- Etablissement _____
3.- Poste de rassemblement _____
4.- Nom de Famille _____ Prénom _____
5.- Sexe M ☐ F ☐ 6.- Immatriculation _____
7.- Date de naissance _____
Vacc. Rang. _____ Page _____

**FE PRAN PEZ TIMOUN YO**
**CHAK MWA**
**KONSA NA WE SI YO**
**PROFITE**

CENTRE DE DEVELOPPEMENT ET DE LA SANTE
COMPLEXE MEDICO SOCIAL-CITE SOLEIL
HELEN KELLER INTERNATIONAL, INC.
PORT-AU-PRINCE, HAITI

# MOBILISATION DES MERES POUR LA SURVIE DE L'ENFANT
# ETUDE DE PROMOTION DE LA VITAMINE A.

PRE-TEST A L'USAGE DES MEDECINS

Questionnaire destine a identifier les besoins
en formation du Personel sanitaire
sur la deficience en Vitanine A.
et xerophtalmie.

## A Renseignements generaux

A.1. Nom de L'Etablissement ---------- /___/___/

A.2. Nombre d'annees de service ---------- /___/___/

A.3. Responsabilites dans le service ---------- /___/___/

B.1. Avez-vous recu une formation sur la vitamine A et la xerophtalmie?

OUI = 1 NON = 2 /___/

Si OUI

B.2. Inscrivez 1) Date approximative /___/___/___/___/___/___/

2) Lieu ----------

3) Structure responsable de cette formation ----------

B.3. Avez-vous deja rencontre des cas de xerophtalmie dans votre service?

OUI = 1 NON = 2 /___/

B.4. Avez-vous deja vu des enfants presentant la malnutrition grave dans votre service?

OUI = 1 NON = 2 /___/

B.5. Avez-vous deja lu un document sur la deficience en Vit. A.

OUI = 1 NON = 2 /___/

B.6. Vous arrive-t-il souvent d'accorder une attention particulierement aux yeux des enfants de moins de 7 ans. Au cours d'un examen phisique?

OUI = 1 NON = 2 /___/

B.7. En consultation, pour les enfants de moins de 7 ans, vous arrive-t-il de controler s'ils recoivent regulierement leur dose de capsule de Vitamine A.

OUI = 1 NON = 2 /___/

B.8. Avez -vous deja vu dans votre service des capsules de Vitamine A.

OUI = 1 NON = 2 /___/

## C RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES

CHOISISSEZ LA BONNE REPONSE

C.1. La xerophtalmie resulte: /___/

--1-- D'une pertubation de la fonction epitheliale

--2-- D'un apport alimentaire insuffisant de Vitamine A.

--3-- Des troubles du metabolisme de la Vitamine A au niveau du foie.

C.2. La xerophtalmie clinique s'observe: /___/

--1-- Souvent chez les adolescents

--2-- Essentiellement chez les jeunes enfants

--3-- Parfois chez les femmes allaitantes

--4-- Quelquefois chez les nourrissons

C.3. Les enfants presentant la xerophtalmie ont ete atteint le plus souvent de : /___/

--1-- Ictere

--2-- Conjonctivite

--3-- Rougeole

--4-- Diabete



32

C(4) Veuillez identifier l'un des signes classiques de la xerophtalmie?

/____/

--1-- Larmoiement

--2-- Atrophie du globe occulaire

--3-- Xerose corneenne

--4-- Secheresse de la retine

C.5. Parmi ces signes choisissez celui qui peut vous permettre de poser un diagnostic de xerophtalmie?

/____/

--1-- Paupieres ocdemaciees

--2-- Keratomalacie

--3-- Sensation de grains de sable dans l'oeil

--4-- Cecite decerne

C.6. La xerophtalmie constitue un probleme de sante publique quand la prevalence se situe a:

/____/

--1-- 20 pour 1000 habitants

--2-- 1 pour 1000 habitants

--3-- 100 pour 1000 habitants

C.7. La xerophtalmie peut etre prevenue par:

/___/

--1-- Par la prise reguliere des capsules de Vitamine A

--2-- Par l'absorption des aliments riches en legumineuse

--3-- Par l'introduction precoce des aliments solides dans la diete de l'enfant

C.8. L'une des principales fonctions de la Vitamine A dans l'organisme est :

/___/

--1-- De proteger la surface cutanee

--2-- D'empecher l'apparition des maladies chroniques

--3-- De diminuer les risques d'infections

C.9. Quel conseil donnerez-vous a la mere d'un enfant presentant la xerophtalmie?

/___/

--1-- De boire beaucoup de liquides

--2-- De diminuer la quantite de sucre dans la diete de l'enfant

--3-- D'ajouter dans la ration quotidienne des enfants des fruits jaunes et legumes verts

C.10. La xerose conjonctivale s'observe generalement chez les enfants de 3 ans a 6 ans.

VRAI = 1 FAUX = 2 /___/

C.11. La xerose corneenne le plus souvent s'observe chez les enfants de 6 mois a 3 ans.

VRAI = 1 FAUX = 2 /___/

C.12. Les capsules OMS standard de Vitamine A sont dosees a:

/___/

--1-- 200.000 ui + 40 mg de Vit E

--2-- 100.000 ui + 40 mg de Vit E

--3-- 150.000 ui + 40 mg de Vit E

C.13. Quel est le shema therapeutique en cas de xerophtalmie pour un enfant de moins d'un an?

/___/

--1-- 200.000 ui de Vit A chaque 4 mois

--2-- 100.000 ui de Vot A chaque 4 mois

--3-- 100.000 ui STAT - Puis 100.000 ui le lendemain - puis 100.000 ui /4 semaines plus tard

C.13. Quelle posologie donnerez-vous a un enfant de plus d'un an dans le cadre de la prevention de la xerophtalmie?

/___/

capsule de 200.000 ui chaque 4 mois

capsule de 200.000 ui chaque 3 mois

capsule de 200.000 ui stat-puis / capsule chaque 3 mois

Date----------

# MOBILISATION DES MERES POUR LA SURVIE DE L'ENFANT
# ETUDE DE PROMOTION DE LA VITAMINE A

## PRE-TEST A L'USAGE DES AUXILIAIRES

CENTRE DE DEVELOPPEMENT ET DE LA SANTE
COMPLEXE MEDICO SOCIAL, CITE SOLEIL
HELEN KELLER INTERNATIONAL INC.
PORT-AU-PRINCE, HAITI

36

# ETUDE DE PROMOTION DE LA VITAMINE A

Questionnaire destine a identifier les besoins
en formation du personel sanitaire sur
la deficience en Vitamine A
et la xerophtalmie

## A. Renseignements generaux

A.1. Nom de L'Etablissement ---------- /___/___/

A.2. Nombre d'annees de services ---------- /___/___/

A.3. Responsabilites dans le service ---------- /___/___/

A.4. Avez-vous recu une formation sur la Vitamine A et la xerophtalmie?

OUI = 1 NON = 2 /____/

Si OUI

A.5. Inscrivez 1)Date approximative /___/___/___/___/___/___/

A.6. 2) Lieu ----------

A.7. 3) Structure responsable de cette formation ----------



31

B.1. Avez-vous deja rencontre des cas de mal nutrition grave dans votre service

OUI = 1 NON = 2 /____/

B.2. Avez-vous vu au moins une fois un cas de xerophtalmie dans votre service?

OUI = 1 NON = 2 /____/

B.3. Faites-vous des seances d'Education sur la Vitamine A dans votre travail?

OUI = 1 NON = 2 /____/

B.4. Avez-vous eu l'occasion d'administrer des capsules de Vitamine A a des enfants?

OUI = 1 NON = 2 /____/

B.5. Avez-vous deja vu des capsules de Vitamine A dans votre service?

OUI = 1 NON = 2 /____/

B.6. En prenant le dossier d'un enfant de moins de 7 ans, controlez-vous s'il recoit regulierement la dose de Vitamine A?

OUI = 1 NON = 2 /____/

B.7. Veuillez identifier le groupe d'aliments riches en vitamine A?

/____/

--1-- 1er groupe: oeuf, mangue, epinard, papaye

--2-- 2e groupe: Banane, Patate, Riz, citron

--3-- 3e groupe: manioc, melon, figue.

B.8. Veuillez identifier l'une des principales fonctions de la Vitamine dans l'organisme?

/____/

--1-- D'enrichir le sang

--2-- De proteger les yeux

--3-- De faciliter la digestion

B.9. De toutes ces raisons, choisissez celle qui pourrait empecher a une mere d'appliquer les conseils donnes au centre sur la vitamine A?

/____/

--1-- Famille nombreuse

--2-- Seances d'Education mal faites

--3-- Insouciance des parents

B.10. La Vitamine A distribuee dans les centres se presente sous la forme:

/____/

--1-- D'un comprime de couleur blanche

--2-- D'une capsule en plastic couleur or

--3-- D'un sirop /de couleur rouge

B.11. Comment devrait-on conserver la Vitamine A dans les institution de sante?

/____/

--1-- Au refrigerateur

--2-- Dans un flacon bien ferme a l'abri de la lumiere

--3-- Dans une armoire

B.12. La Xerophtalmie est causee par:

/____/

--1-- Un choc a l'oeil

--2-- Un manque d'hygiene

--3-- Une alimentation pauvre en fruit jaune et legumes.

--4-- Une mauvaise digestion des aliments

B.13. L'un des signes courants de la xerophtalmie est:

/____/

--1-- Rougeur au niveau des yeux

--2-- Demangeaison au niveau de l'oeil

--3-- Difficulte de bien voir apres le coucher du soleil.

B.14. Veuillez identifier l'un des moyens de prevenir la Xerophtalmie?

/____/

--1-- Eviter la poussiere dans les yeux

--2-- Manger regulierement les fruits jaunes et les legumes verts

--3-- Se laver souvent les yeux



40

B.15. Choisissez la maladie qui pourrait entrainer la xerophtalmie chez les enfants?

/____/

--1-- Malaria

--2-- Ictere

--3-- Diabete

--4-- Diarhee prolongee

B.16. Quand vous rencontrez un enfant presentant la xerophtalmie. Que faites-vous?

/____/

--1-- Vous Le referer a l'Hopital pour une intervention chirurgicale,

--2-- Vous Lui donner immediatement une capsule de Vitamine A.

--3-- Vous Le conduire chez un ophtalmologue

B.17. Pour prevenir la xerophtalmie chez les enfants de moins de 7 ans. Quelle dose de Vitamine A est recommandee?

/____/

--1-- capsule de 200.000 u ! chaque 3 mois

--2-- capsule de 100.000 u ! chaque 4 mois

--3-- capsule de 200.000 u ! chaque 4 mois.

B.18. Quand devez-vous donner les capsules de Vitamine A a un enfant presentant des signes de xerophtalmie?

/____/

--1-- une capsule de Vit A chaque 4 mois

--2-- une capsule immediatement, puis une autre le lendemain et une autre 1 a 4 semaines plus tard

--3-- une capsule chaque 15 jours

CENTRE DE DEVELOPPEMENT ET DE LA SANTE
COMPLEXE MEDICO-SOCIAL CITE SOLEIL
HELEN KELLER INTERNATIONAL, INC.
PORT-AU-PRINCE, HAITI

# MOBILISATION DES MERES POUR LA SURVIE DE L'ENFANT
# ETUDE DE PROMOTION DE LA VITAMINE A.

## PRE-TEST A L'USAGE DES INFIRMIERES

Questionnaire destine a identifier les besoins
en formation du Personel sanitaire
sur la deficience en Vitanine A.
et xerophtalmie.

A Renseignements generaux

A.1. Nom de L'Etablissement ---------- /___/___/

A.2. Nombre d'annees de service ---------- /___/___/

A.3. Responsabilites dans le service ---------- /___/___/

B.1. Avez-vous recu une formation sur la vitamine A et la xerophtalmie?

OUI = 1 NON = 2 /___/

Si OUI

B.2. Inscrivez 1) Date approximative /___/___/___/___/___/___/

2) Lieu ----------

3) Structure responsable de cette formation ----------

B.3. Avez-vous deja rencontre des cas de xerophtalmie dans votre service?

OUI = 1 NON = 2 /___/

B.4. Avez-vous deja vu des enfants presentant la malnutrition grave dans votre service?

OUI = 1 NON = 2 /___/

B.5. Avez-vous deja lu un document sur la deficience en Vit. A.

OUI = 1 NON = 2 /___/

B.6. Vous arrive-t-il souvent d'accorder une attention particulierement aux yeux des enfants de moins de 7 ans. Au cours d'un examen phisique?

OUI = 1 NON = 2 /___/

B.7. En consultation, pour les enfants de moins de 7 ans, vous arrive-t-il de controler s'ils recoivent regulierement leur dose de capsule de Vitamine A.

OUI = 1 NON = 2 /___/

B.8. Avez -vous deja vu dans votre service des capsules de Vitamine A.

OUI = 1 NON = 2 /___/

## C RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES

CHOISISSEZ LA BONNE REPONSE

C.1. La xerophtalmie resulte: /___/

--1-- D'une pertubation de la fonction epitheliale

--2-- D'un apport alimentaire insuffisant de Vitamine A.

--3-- Des troubles du metabolisme de la Vitamine A au niveau du foie.

C.2. La xerophtalmie clinique s'observe: /___/

--1-- Souvent chez les adolescents

--2-- Essentiellement chez les jeunes enfants

--3-- Parfois chez les femmes allaitantes

--4-- Quelquefois chez les nourrissons

C.3. Les enfants presentant la xerophtalmie ont ete atteint le plus souvent de : /___/

--1-- Ictere

--2-- Conjonctivite

--3-- Rougeole

--4-- Diabete

45

C(4) Veuillez identifier l'un des signes classiques de la xerophtalmie?

/____/

--1-- Larmoiement

--2-- Atrophie du globe occulaire

--3-- Xerose corneenne

--4-- Secheresse de la retine

C.5. Parmi ces signes choisissez celui qui peut vous permettre de poser un diagnostic de xerophtalmie?

/____/

--1-- Paupieres ocdemaciees

--2-- Keratomalacie

--3-- Sensation de grains de sable dans l'oeil

--4-- Cecite decerne

C.6. La xerophtalmie constitue un probleme de sante publique quand la prevalence se situe a:

/____/

--1-- 20 pour 1000 habitants

--2-- 1 pour 1000 habitants

--3-- 100 pour 1000 habitants

C.7. La xerophtalmie peut etre prevenue par:

/___/

--1-- Par la prise reguliere des capsules de Vitamine A

--2-- Par l'absorption des aliments riches en legumineuse

--3-- Par l'introduction precoce des aliments solides dans la diete de l'enfant

C.8. L'une des principales fonctions de la Vitamine A dans l'organisme est :

/___/

--1-- De proteger la surface cutanee

--2-- D'empecher l'apparition des maladies chroniques

--3-- De diminuer les risques d'infections

C.9. Quel conseil donnerez-vous a la mere d'un enfant presentant la xerophtalmie?

/___/

--1-- De boire beaucoup de liquides

--2-- De diminuer la quantite de sucre dans la diete de l'enfant

--3-- D'ajouter dans la ration quotidienne des enfants des fruits jaunes et legumes verts

C.10. La xerose conjonctivale s'observe generalement chez les enfants de 3 ans a 6 ans.

VRAI = 1 FAUX = 2 /___/

47

C.11. La xerose corneenne le plus souvent s'observe chez les enfants de 6 mois a 3 ans.

VRAI = 1 FAUX = 2 /___/

C.12. Les capsules OMS standard de Vitamine A sont dosees a:

/___/

--1-- 200.000 ui + 40 mg de Vit E

--2-- 100.000 ui + 40 mg de Vit E

--3-- 150.000 ui + 40 mg de Vit E

C.13. Quel est le shema therapeutique en cas de xerophtalmie pour un enfant de moins d'un an?

/___/

--1-- 200.000 ui de Vit A chaque 4 mois

--2-- 100.000 ui de Vot A chaque 4 mois

--3-- 100.000 ui STAT - Puis 100.000 ui le lendemain - puis 100.000 ui /4 semaines plus tard

C.13. Quelle posologie donnerez-vous a un enfant de plus d'un an dans le cadre de la prevention de la xerophtalmie?

/___/

capsule de 200.000 ui chaque 4 mois

capsule de 200.000 ui chaque 3 mois

capsule de 200.000 ui stat-puis / capsule chaque 3 mois

Date----------

**ETUDE DE PROMOTION DE LA VITAMINE A**

**Pre-test / Collaborateurs volontaires**

**Renseignements Generaux**

A.1. Lieu du Travail ----------

A.2. Nombre d'annees de services ----------

A.3. Avez-vous recu une formation sur la Vitamine A et Xerophtalmie

oui ------ non ------

A.4. Si oui ecrivez 1) Date

2) Lieu

1- Avez-vous deja vu des cas de Malnutrition grave dans votre zone de travail?

2- Avez-vous deja rencontre dans vos visites domiciliaires des enfants:

1) qui ne voient pas bien le soir oui --- non ----

2) qui ont une tache blanche dans l'oeil oui --- non ----

3- Avez-vous deja refere un enfant au centre pour un probleme des yeux?

Oui ---- non ------

4- Avez-vous deja donne des conseils aux meres sur les sources de Vitamine A.

oui ---- non ------

5- Avez vous deja vu des capsules de Vitamine A.

6- Pouvez-vous identifier le groupe d'aliments riche en Vitamine A

1) Oeuf, mangue , epinard , papaye

2) Banane, patate, riz citron

3) Manioc, melon , figue , igname

7) La Vitamine A contenue dans les aliments sert:

1) a embellir la peau

2) a proteger les yeux

3) a faciliter la digestion

8- La Vitamine A distribuee dans les centres a la forme:

- D'un comprime de couleur blanche
- D'une capsule en plastic couleur jaune or
- D'un sirop de couleur rouge

9- Comment protege t-on la Vitamine A

1. au refrigerateur
2. dans un flacon bien ferme a l'abri de la lumiere
3. dans une armoire.

10. L'enfant qui a la xerophtamie peut avoir l'un de ses signes. Lequel?

- rougeur au niveau des yeux
- demangeaison au niveau de l'oeil
- difficulte de bien voir la nuit
- tache blanche dans l'oeil

11. Comment d'apres vous peut-on prevenir la Xerophtalmie.

- eviter la poussiere dans les yeux
- se laver souvent les yeux
- manger regulierement les fruits jaunes et les legumes verts

12. Laquelle de ces maladies pourrait entrainer la Xerophtalmie chez les enfants?

- Malaria
- Diarrhee grave
- Rougeole
= Jaunisse
- Malnutrition

13- Quelle quantite de capsules de Vit A donne t-on aux enfants de moins de 7 ans

1 capsule chaque 3 mois

2 capsules chaque 3 mois

1 capsule chaque 4 mois

14- Si vous rencontrez un enfant presentant un signe de Xerophtalmie que ferez vous

- vous le referez a l'hopital
- vous lui donnez immediatement un capsule de Vit.A
- vous lui direz d'aller chez un Ophtalmologue.

# MOBILISATION DES MERES

Pour la survie
De l'enfance

# PROMOTION

De la
Vitamine A

# MOBILISATION DES MERES POUR LA SURVIE DE L'ENFANCE
# PROMOTION DE LA VITAMINE A

FICHES TECHNIQUES DU PROJET
PRESENTEES AU CDS/HKI/HAITI

PAR:

MARIE ANTOINETTE TOUREAU N. MPH
COORDONNATRICE DU PROJET

CENTRE DE DEVELOPPEMENT ET LA SANTE
COMPLEXE MEDICO SOCIAL
CITE SOLEIL
HELEN KELLER INTERNATIONAL INC.

Janvier 1989

## 1.- INTRODUCTION ET ANTECEDENTS

L'insuffisance en Vitamine A constitue un probleme de sante dans une large majorite des pays du tiers-monde et principalement en Afrique. Meme dans ceux ou la prevalence de l'Avitaminose A ne presente pas une importance justificative d'intervention prophyllactique de masse, il existe des cas sub-cliniques qui probablement sont en rapport avec une faible resistance aux infections et une aggravation de certaines conditions pathologiques.

La xerophtalmie est la consequence d'une diete insuffisante en vitamine A et en carotene. Elle peut cependant etre favorisee par les memes situations qui conditionnent les diarrhees, les gastro-enterites, la rougeole, la tuberculose, les infections des voies respiratoires superieures et la malnutrition. D'autre part, il se trouve que toutes ces pathologies peuvent alterer a un certain degre la capacite d'absorption et de transfert de la Vitamine A.

Jelliffe et Jellife mirent en evidence dans une etude realisee en Haiti que 2% des enfants avec marasme dans le pays presentaient des signes d'Avitaminose A. De plus l'enquete de Omen Mc Laren et Es Capini revela que les lesions occulaires



55

etaient frequemment presentes dans les cas de MPE severe. D'apres ces memes auteurs, la haute correlation entre malnutrition, maladies infectueuses et parasitaires avec la deficience en Vitamine A dans les pays tropicaux fait penser que le probleme peut exister sous des proportions d'un "iceberg" en Haiti. Ce qui laisserait supposer qu'un fort pourcentage de la population difficilement detectable consomme la Vitamine A en quantite insuffisante. Les informations qui precedent ont donc justifie dans une certaine mesure l'enquete de 1974-75 que mena en Haiti la American Foundation For Overseas chez les enfants de moins de 6 ans. D'apres les resultats, la prevalence des lesions corneennes mises en evidence depasserent de beaucoup le niveau a partir duquel l'OPS/OMS considere le probleme comme une priorite de Sante Publique. En effet, parmi les enfants examines, 2.5 pour 1000 presenterent une opacification de la cornee. 27% de ces cas se compliquerent de cecite bilaterale, 38% de cecite unilaterale, l'age de vulnerabilite se situant alors entre 1 a 3 ans.

En 1976, le departement de la Sante Publique mit sur pied un programme national de supplementation en Vitamine A. Ce programme normalisa donc la distribution de capsules de Vitamine A aux enfants de 6 mois a 6 ans 11 mois et aux femmes allaitantes. Cependant d'apres une evaluation realisee par les Dr. S. Toureau, S. Eastman et A. Sommer en 1979, seulement 2.4 % des meres de familles auraient declare que leurs enfants avaient recu de la Vitamine A. Et cette meme evaluation avait montre cependant que



5e

etaient frequemment presentes dans les cas de MPE severe. D'apres ces memes auteurs, la haute correlation entre malnutrition, maladies infectueuses et parasitaires avec la deficience en Vitamine A dans les pays tropicaux fait penser que le probleme peut exister sous des proportions d'un "iceberg" en Haiti. Ce qui laisserait supposer qu'un fort pourcentage de la population difficilement detectable consomme la Vitamine A en quantite insuffisante. Les informations qui precedent ont donc justifie dans une certaine mesure l'enquete de 1974-75 que mena en Haiti la American Foundation For Overseas chez les enfants de moins de 6 ans. D'apres les resultats, la prevalence des lesions corneennes mises en evidence depasserent de beaucoup le niveau a partir duquel l'OPS/OMS considere le probleme comme une priorite de Sante Publique. En effet, parmi les enfants examines, 2.5 pour 1000 presenterent une opacification de la cornee. 27% de ces cas se compliquerent de cecite bilaterale, 38% de cecite unilaterale, l'age de vulnerabilite se situant alors entre 1 a 3 ans.

En 1976, le departement de la Sante Publique mit sur pied un programme national de supplementation en Vitamine A. Ce programme normalisa donc la distribution de capsules de Vitamine A aux enfants de 6 mois a 6 ans 11 mois et aux femmes allaitantes. Cependant d'apres une evaluation realisee par les Dr. S. Toureau, S. Eastman et A. Sommer en 1979, seulement 2.4 % des meres de familles auraient declare que leurs enfants avaient recu de la Vitamine A. Et cette meme evaluation avait montre cependant que



91

le taux de prevalence de la xerophtalmie passa de 2.5 pour 1000 a 1 pour 1000; ce qui d'apres les standards de l'OPS/OMS, justifie encore une intervention prophyllactique de masse. A partir de 1985, le programme a perdu son momentum au niveau national.

Fort de ces donnees et en face de la situation stationnaire du Programme National le Centre pour le Developpement et la Sante (CDS) en collaboration avec la Helen Keller International conceptualisa en 1987 un projet de distribution de la Vitamine A a la Cite Soleil et qui devra etre appuye par une composante educationnelle adaptee.

## 2.- OBJECTIFS DU PROJET

1) Ameliorer le systeme de distribution de la Vitamine A a la Cite Soleil et par consequent promouvoir l'etat de nutrition et de la sante des enfants de 1 a 7 ans.

2) Promouvoir la connaissance de la Vitamine A, sa distribution et par consequent, ameliorer l'etat de nutrition et de sante des populations d'enfants de 1 a 7 ans desservis par l'AOPS.

## 3.- ETAPES DU PROJET

### A) ETAPE 1

Estimation du statut de la distribution de la Vitamine A a la Cite Soleil:

Pour cela un diagnostic de base devrait etre realise en 1987. L'etude devrait etre conduite sur un echantillon aleatoire stratifie, tire des 3 zones de la Cite Soleil.

Les resultats devraient renseigner sur:

1) Le statut de la Vitamine A a la Cite a travers les indicateurs suivants:

1.1 Le niveau serique de deficience en Vitamine A.

1.2 Des informations cytologiques

1.3 Cecite nocturne

1.4 Des informations anthropometriques sur les populations etudiees

2) Les alternatives d'intervention a travers les indicateurs suivants:

2.1 Distribution de Vitamine A

2.3 Connaissance de la Vitamine A

2.4 Utilisation des services

2.5 Le cout des differentes interventions

3) Le statut du programme a la Cite en termes de:

3.1 D'informations sur les capsules .de Vitamine A distribuees chaque 4 mois

3.2 Connaissances sur la Vitamine A par le personnel institutionnel et communautaire

3.3 Utilisation des services de centre de sante.

## 4.- LOCALISATION DU PROJET

Le projet est developpe a la Cite Soleil, zone sub-urbaine situee au nord de Port-au-Prince. Ce bidon-ville est divise en plusieurs quartiers qui se differencient l'un de l'autre par des caracteristiques socio-economiques qui affectent plus ou moins leurs indicateurs de sante. Le quartier de Brooklyn (70.000 a 80.000 habitants) comprend plusieurs sous-quartiers a savoir Brooklyn, Linthau, Warf.

Les quartiers de Boston (60.000 a 70.000 habitants) comprend les sous-quartiers de Boston, PCS/Pele, Trois Bebe.

## 5.- GROUPES CIBLES

A La Cite Soleil vivent environ 150.000 habitants sur un espace de 5km2, soit 30.000 personnes ou 5 a 6.000 familles par km2. Le projet vise comme le recommandent les normes nationales de distribution de la Vitamine A. les enfants de 6 mois a 7 ans, soit environt 22.000.



60

## 6.- FACTEURS AFFECTANT LA SANTE DE L'ENFANT

Haiti appartient au groupe de pays en developpement qui ont les plus hautes prevalences de MPE. Cette situation est plus marquee chez les pre-scolaires ainsi que le demontre l'enquete de 1978 selon laquelle 70% des enfants de 3 mois a 5 ans etaient malnourris. De ce pourcentage, 27.3% souffrent de malnutrition au 2eme ou 3eme degre selon la classification de Gomez modifiee sur la base du standard de Boston.

D'autre part, les taux de natalite (26%) et de mortalite infantiles (101%) sont parmi les plus eleves du monde. Tandis que 40% des cas de mortalite infantile sont dus a la diarrhee, la malnutrition proteino-energetique aggrave les maladies des enfants et contribuent a augmenter le taux de mortalite.

A la Cite Soleil le Complexe Medico Social, grace aux differentes activites d'education et de prevention a pu faire passer le taux de mortalite infantile de 235%.qu'il etait en 1976 a 85%. en 1984. En depit de tout, la malnutrition reste encore un probleme crucial. Environ 25% des enfants souffrent, de MPE AU 2eme et au 3eme degre. L'incidence de la diarrhee est tres elevee. D'autre part les conditions de l'habitat l'hygiene de l'environnement encore precaires ne sont pas pour favoriser une amelioration de la sante de l'enfant.



61

## 7.- LE SYSTEME DE SANTE A LA CITE SOLEIL

Le systeme de sante a la Cite Soleil est represente par une pyramide reposant sur une cohorte de collaborateurs volontaires qui ont chacun la charge d'assurer la promotion des programmes prioritaires de sante a travers 150 a 200 familles. Ils constituent aussi comme dit plus haut un outil tres efficace dans le suivi de l'utilisation des services et la canalisation des groupes cibles vers les institutions de sante. Ils accomplissent ces taches a travers les visites domiciliaires et l'invitation ou mieux la canalisation des familles dont ils ont la charge a un des centres medico sociaux du Complexe. Les familles sont invitees par groupes chaque 2 ou 3 mois et les groupes cibles beneficient alors de soins de sante de base a savoir: education, vaccination, rehydratation orale, Vitamine A, Fer, etc. A ce meme niveau d'intervention, et sur une base moins formelle, les matrones entrainees de la Cite servent aussi de relais entre les Centres.

D'un autre cote des foyers de demonstration diriges par des monitrices formees orientent pendant une periode de 4 semaines des groupes de femmes en education sanitaire. Les sujets developpes au niveau des foyers interessent: la vaccination, l'allaitement maternel, la rehydratation orale, la prevention de la xerophtalmie, la nutrition.....etc.....

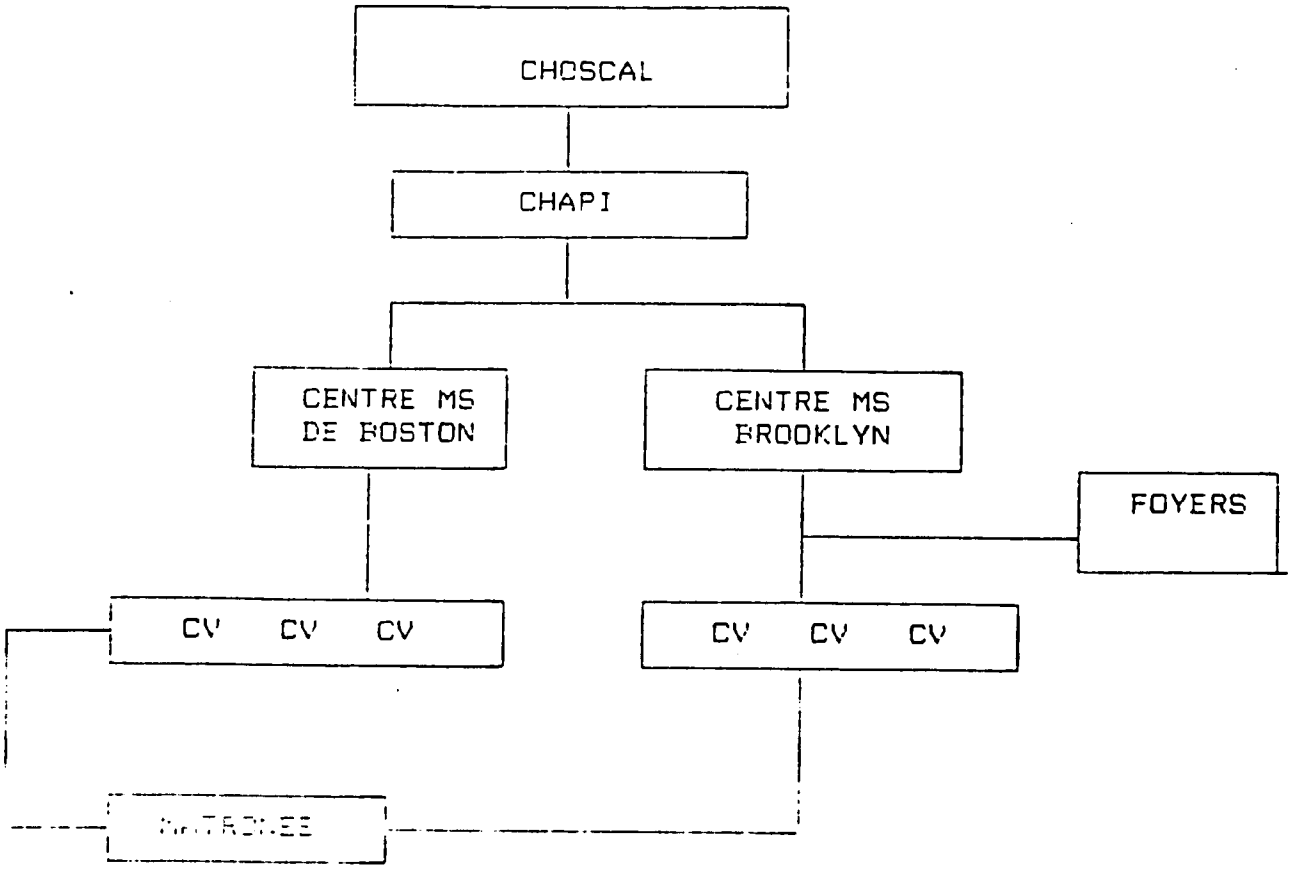
Sur la base de la pyramide reposent des structures institutionnelles intermediaires representees par des centres medico-sociaux dits de prevention qui recoivent regulierement la visite de 50 a 55% des familles vivant dans leurs aires d'influence. Juste au dessus se place une polyclinique a vocation curative dont le role primordial est d'assurer les soins ambulatoires aux patients referes par les niveaux de base et de realiser un bon triage pour le Centre Hospitalier qui occupe le sommet de la pyramide.

A cote de tout ceci fonctionne au centre medico social de Brooklyn un centre de recuperation nutritionnelle. Une structure nouvelle, l'Institut Haitien de Sante Communautaire rend possible la formation tant des C.V. que du personnel de Sante en vue d'un meilleur fonctionnement du systeme.



67

ORGANIGRAMME DU SYSTEME DE SANTE DU C.M.S.C.S



## 8.- ETAT ACTUEL DU PROJET A LA CITE SOLEIL

A la Cite Soleil, la distribution des capsules de Vitamine A au niveau des Centres de Brooklyn et de Boston est la forme standard d'intervention pour la prevention de la xerophtalmie.

- Une capsule de 200.000 unites de Vitamine A chaque 4 mois aux enfants de 6 mois a 6 ans 11 mois.

- Une capsule aux allaitantes au cours du premier mois de post-partum. (ou 2eme mois du post-partum).

- Des causeries destinees aux meres sur la prevention de la xerophtalmie sont realisees regulierement au niveau des centres medico sociaux par des infirmieres hygienistes qui assurent aussi la distribution des capsules.

- Des seances de formation sont realisees aussi dans la communaute par le biais des foyers de demonstration.

- Les capsules de Vitamine A administrees aux Centres sont inscrites sur les fiches infantiles qui sont gardees aux archives des centres M.S.

- Cependant dans la plupart des cas les capsules distribuees aux Centres ne sont pas inscrites sur la carte de courbe de poids comme le precisent les normes du MSPP.

- D'autre part, il existe un manque d'interet du personnel medical et paramedical a chercher les lesions de xerophtalmie au cours des consultations pediatriques. Aussi, les rares fois qu'un cas est diagnostique les medecins n'appliquent pas le traitement prescrit, preferant referer le malade a St Vincent. Le materiel educatif d'appui est presqu'inexistant et le programme souffre de rupture de stocks frequents.

Il faut noter en outre que la diete des habitants de la Cite soleil est essentiellement a base de cereales. Les feuilles vertes consommees par une grande majorite de la population sont malheureusement exposees a des temperatures de cuisson qui detruisent la provitamine A.

Les fruits riches en Vitamine A sont ecoules au marche de la Cite, mais assez souvent a un prix difficilement abordable par les petites bourses.

Enfin les resultats preliminaires de l'enquete menee a la Cite Soleil en 1987, nous revelent que sur 730 meres d'enfants de 6 mois a 7 ans, 207(28%) se rappellent que leurs enfants de moins

de 6 mois avaient recu la capsule de Vitamine A, 270 (36.6%) se rappellent que leurs enfants de plus de 6 mois avaient recu la capsule tandis que 261 (35.4%) meres disent n'avoir jamais vu donner la vitamine A a leurs enfants.

Il convient de noter qu'en comparant les 738 meres, on n'a pas releve de difference significative entre celles qui savent lire et ecrire et celles qui ne savent pas lire et ecrire. Les alphabetises n'ont pas plus de chance de voir leur enfant recevoir de la Vitamine A. On peut dire aussi que le fait d'etre alphabetise ne porte pas les meres a reclamer la Vitamine A.

L'enquete revele aussi que le fait pour les meres de travailler ou de ne pas travailler n'a aucun effet sur la reception de la Vitamine A par les enfants.

Enfin on peut noter de facon generale que les enfants de plus de 5 ans ne passant pas par le circuit obligatoire de la surveillance exercee par les Centres de prevention ne recoivent pas du tout au presque pas la vitamine A. Ces enfants frequentent la clinique du CHAPI ou la clinique de Centre Hospitalier qu'en cas d'extreme besoin.

Les considerations qui precedent nous permettent de categoriser les problemes en 5 grands groupes a savoir:



67

## A) PROBLEMES LIES AU SYSTEME D'INFORMATIONS STATISTIQUES

En effet les informations inscrites sur les fiches infantiles n'etant pas toujours transmises sur la courbe de croissance le C.V. ne peut utiliser cette derniere comme une source d'informations fiables pour la surveillance de la distribution de la Vitamine A au cours des visites domiciliaires.

## B) PROBLEME LIES AU MANQUE DE MOTIVATION ET D'ORIENTATION DU PERSONNEL SANITAIRE

Le personnel doit etre penetre de l'importance de la xerophtalmie et de la pertinence de l'intervention proposee par les normes. Le personnel doit etre informe des consequences et du cout social de l'insuffisance de la Vitamine A. Il doit etre renseigne sur les dietes a proposer aux familles. Ainsi donc, il sera plus porte a chercher les signes de xerophtalmie a porter les meres a participer au diagnostique de cette insuffissance Vitaminique, et enfin a mieux assurer l'information et l'education des familles en matiere de prevention de ce probleme serieux.



16

## C) PROBLEMES RELATIFS AU MANQUE D'INFORMATION ET D'EDUCATION DES MERES

Les meres non informees de la gravite de la xerophtalmie et des moyens de prevention disponible, ne reclament pas la capsule de Vitamine A au cours de leurs visites aux Centres. Elles consomment certes la Vitamine A dans leur diete, mais sous une forme alteree par une cuisson exageree.

- Elles doivent etre renseignees sur les premiers signes (cecite nocturne) de l'insuffisance en Vitamine A.

- Elles doivent pouvoir interpreter les informations inscrites sur la carte de courbe de poids afin de participer a la surveillance de l'administration de la Vitamine A.

## D) PROBLEMES LIES A LA COUVERTURE INSUFFISANTE DES GROUPES CIBLES PAR LE PROJET

En effet il faut noter d'une part que jusqu'a present les centres de prevention qui assurent seuls la distribution de la Vitamine A ne recoivent que 50 a 55% des familles de leurs aires d'influence a travers la distrubution par Vita. D'autre part, une tranche d'age (5-7 ans) du groupe des 6 mois - 7 ans est exclus du circuit de surveillance assure par les centres de prevention.



69

E) PROBLEME D'ORDRE LOGISTIQUE

Le projet souffre de rupture de stock frequente de capsules de Vitamine A.

## 9. RUBRIQUES D'INTERVENTION

### 9.1. FORMATION ET RECYCLAGE DU PERSONNEL INTERESSE A LA PREVENTION DE LA XEROPHTALMIE ET VITA.

Dans l'expose sur l'etat actuel du programme, nous avons fait mention de l'incapacite du personnel medical et paramedical a reconnaitre les lesion de xerophtalmie et le manque d'interet pour ce probleme.

Aussi, la formation et l'information du personnel constitue une de nos activites prioritaires dans le cadre de ce programme. Aussi donc, la formation se fera en cours d'emploi.

#### 9.1.1. OBJECTIFS DE LA FORMATION

A la fin de la formation sur la detection precoce le stagiaire sera capable de:

- Expliquer les grandes lignes strategiques du programme
- Definir la malnutrition en Vitamine A
- Expliquer l'importance de la malnutrition en Vitamine A
- Identifier les conditions qui predisposent un enfant a la xerophtalmie et a la cecite nutritionelle

- Identifier les signes et les symptomes cliniques de la deficience en Vitamine A (cecite nocturne, taches de bitot et cicatrices corneennes.

- Faire l'examen clinique d'un cas de xerophtalmie.

9.1.2. DUREE

Theorie et pratique: 12 heures

9.1.3. METHODES D'ENSEIGNEMENTS

- Expose
- Lecture
- Aides visuelles: Diapositives- Posters
- Discussion de groupes aux questions et reponses
- Visites sur le terrain
- Pre et post test.

9.1.4. GROUPES CIBLES

Medecins

Infirmieres

Auxiliaires

Collaborateurs Volontaires

Matrones

Monitrices foyers de demonstration

### 9.1.5. MATERIEL

- Ensemble de diapositives decrivant des yeux normaux, les lesions oculaires de la xerophtalmie, les methodes d'examen de l'oeil
- Materiel didactique supplementaire. texte illustratif
- Photos de lesions oculaires

### 9.1.6. ADAPTATION DU MATERIEL

Les diapositives de meme que le texte seront adaptes aux realites et a la strategie du programme du pays. Les elements qui seront changes sont les suivants:

- Les fruits et les vegetaux n'existant pas dans le pays
- La terminologie locale utilisee pour decrire les signes cliniques de la deficience en Vitamine A
- Tout changement juge utile pour le groupe



12

## 9.1.7. INTRODUCTION AU COURS

- Les objectifs de ce cours sont les suivants: (ils doivent etre exposes aux stagiaires)
- Ameliorer votre niveau de connaissance sur la deficience en vitamine A.
- Ses causes, ses consequences
- Apprendre a reconnaitre les taches de BITOT et les lesions corneennes
- Comprendre comment prevenir et traiter la xerophtalmie.
- Apprendre comment identifier correctement dans une serie de diapo inconnues celles montrant les taches de Bitot les cicatrices corneennes et l'oeil normal.
- Connaitre quels sont les aliments locaux qui contiennent la vitamine A.
- Apprendre a connaitre la vitamine A et ses effets sur l'oeil

## 9.1.8. RESUME DU CONTENU DE FORMATION

### A) PREMIER JOUR

1- Introduction y compris les objectifs du cours, description des activites du stagiaire, role dans les enquetes nationales de prevalence.

2- Pretest

3- Information de base sur la deficience en vitamine A et ses relations avec la xerophtalmie et la cecite: definition, causes, etendue du probleme, enfants a risque, sources alimentaires de vitamine A nature et consequences de la deficience en vitamine A

B) DEUXIEME JOUR

1- Presentation de diapositives (suite)

2- Discussions sur:

- Le traitement de la deficience en vitamine A
- Techniques de l'examen de l'oeil
- Mesures preventives

3- MATERIEL SUPPLEMENTAIRE A DISTRIBUER AUX STAGIAIRES:

- Guide photographique en couleur sur la detection precoce, etc.

C) TROISIEME JOUR

1- Resume du contenu au cours

2- Post test

3- Visites de cliniques

4- Techiniques de l'examen clinique et interview, observation des anomalies de l'oeil, enregistrement de l'information sur le formulaire, utilisation de la lampe crayon.

D) QUATRIEME JOUR

1- Pratique supervisee de l'examen de l'oeil et de l'enregistrement de l'information sur le terrain

## 9.1.9. EVALUATION DU COURS

1- Comparaison des pre et post test afin de.deterniner le degre de comprehension et de retention du materiel enseigne:

- Definition de la xerophtalmie
- Connaissances des causes
- Identification et reconnaissance des signes et symptomes de la xerophtalmie
- Connaissance de la population a risque
- Definition des taches de Bitot et de la keratomalacie

2- EVALUATION DE LA PERFORMANCE

- Examen des yeux pour detecter les lesions de xerophtalmie

N.B Il est a noter qu'en collaboration avec les formateurs le contenu du cours sera modifie en fonction de la categorie de personnel a former et des taches a executer dans le cadre du programme.

## 9.1.10. SEMINAIRE DE FORMATION

A) NOMBRE DE PERSONNEL PAR CATEGORIE

| Categorie de personnel | Nombre de personnel | Nombre encadreur |
|---|---|---|
| Medecin | 32 | 4 |
| Infirmiere | 33 | 4 |
| Auxiliaire | 29 | 4 |
| Monitrices foyers | 6 | |
| Col Vol | 150 | 12 |
| Archiviste | 11 | 3 |
| Matrones | 35 | 4 |

## 9.1.11. MATERIEL NECESSAIRE POUR LA FORMATION DU PERSONNEL

- Fiche technique
- Jeu de slides
- Documents ecrits
- Papiers - crayons

### 9.1.12. ESTIMATION APPROXIMATIVE DU COUT DE LA FORMATION

(voir budget global en annexe)

## 9.2. RENFORCEMENT DU PROJET AU NIVEAU INSTITUTIONNEL

Les problemes relatifs a la gestion institutionnelle du programme justifie des interventions correctrices portant sur 4 domaines a savoir:

9.2.1. Assignation de taches aux membres du personnel

9.2.2. Normes et procedures de distributions

9.2.3. Definition d'un systeme de collecte d'informations

9.2.4. Previsions des besoins en Vitamine A

### 9.2.1. ASSIGNATION DE TACHES AUX MEMBRES DU PERSONNEL

- Pour mener a bien les activites du programme, le personnel doit etre imbu des taches a accomplir. Aussi, cette ennumeration de taches des differentes categories de personnel est axee sur la strategie adoptee dans le cadre de ce projet et les normes de distribution de la vitamine

DESCRIPTION DES TACHES PAR CATEGORIES DE PERSONNEL (voir annexe No.)

NORMES ET PROCEDURES DE DISTRIBUTION DES CAPSULES DE VITAMINE A

A) PRINCIPES

Les capsules de Vitamine A ne doivent pas etre considerees comme un medicament a donner a ceux qui en demandent, mais comme un moyen de prevenir la cecite chez les enfants a risque de devenir aveugles. Par consequent la distribution de la Vitamine A doit etre strictement controlee.

B) PRESENTATION

La vitamine A est presentee sous forme de perles dosees a 200.000 U.I. Elles sont faites d'une enveloppe en gelatine contenant une substance huileuse et jaunatre.

## C) GROUPES CIBLES

- Enfants de 6 mois jusqu'a 7 ans
- Femmes allaitantes

## D) SHEMA DE DISTRIBUTION

PREVENTION

1) Les enfants de 6 mois jusqu'a 12 mois recevront 100.000 unites de Vitamine A chaque 4 mois soit la moitie du contenu de la capsule de 200.000 unites.

2) Les enfants de 1 an a 7 ans recevront 2000.000 UI de Vitamine A chaque 4 mois.

3) Les nouvelles accouchees recevront 1 capsules de 200.000 UI le jour meme de l'accouchement ou durant le post partum immediat (ne depassant pas 2 mois).

## E) SHEMA DE DISTRIBUTION

### TRAITEMENT

Le traitement de la xerophtalmie est necessaire quand il y a des signes cliniques occulaires attribuables a une carence en Vitamine A tels que:

- Secheresse de la conjonctive
- Secheresse de la cornee
- Ulceration de la cornee

Tout enfant presentant un de ces signes cliniques anterieurement mentionnes devra beneficier d'un traitement rapide et adequat permettant de supprimer toutes lesions evolutives et de restaurer les reserves hepatiques. La conduite a tenir est la suivante:

1) Immediatement apres le diagnostic, 1 capsule de Vitamine /a dosee a 200.000 UI par voie orale.

2) Le jour suivant, 1 capsule de Vitamine A dosee a 200.000 UI par voie orale.

3) 1 a 4 semaines apres, 1 autre capsule de Vitamine A dosee a 200.000 Ui par voie orale.

En presence d'un enfant presentant la xerophtalmie et qui vomit, la conduite a tenir est la suivante:

1) Immediatement apres le diagnostic, 100.000 Unites de Vitamine A par voie intramusculaire. (forme hydromiscible) Peut etre remplacee par la capsule de Vi. A. s'il n'y en a pas.

2) Le jour suivant, 1 capsule de Vitamine A dosee a 200.000 unites par voie orale.

3) Une a deux semaines apres, 1 autre capsule de Vitamine A dosee a 200.000 unites par voie orale.

N.B. La solution huileuse de Vitamine A ne doit jamais etre injectee par voie intramusculaire parce que la vitamine A n'est liberee que tres lentement ou pas du tout a partir du point d'injection.

## F. CONSIDERATIONS PRATIQUES

1) Les capsules de Vit A seront distribuees aux beneficiaires dans les centres de sante pour les enfants de moins de 3 ans et par les collaborateurs volontaires pour les enfants de 3 a 7 ans.

2) Le personnel qui distribue les capsules doit aussi veiller a ce qu'elles soient prises en leur presence.

3) Il est obligatoire d'identifier les enfants ayant recu la vitamine A afin d'eviter le surdosage. Cette identification doit se faire a l'aide de fiche de croissance.

Dans le cas d'une femme allaitante on ecrira Vit A dans son dossier personnel. Pour les 3 a 7 ans, on l'ecrira sur la fiche de distribution communautaire.

4) La date du prochain rendez-vous devra etre su de la mere et portee ou sur la fiche de croissance de l'enfant, ou sur la carte de distribution communautaire dependant de l'age de l'enfant.

5) Les responsables doivent remplir et expedier les formes de rapport regulierement.

6) Autant que possible on donnera la dose de Vit A a la mere le jour de l'accouchement d'ou la necessite d'integrer au programme le personnel de maternite c.a.d Obstetricien - Inf, sage femmes, matrones.

7) Pour les enfants qui ne pourront pas avaler les perles, il est recommande de perforer l'enveloppe de gelatine et de laisser couler la substance sur leur langue.

## 9.2.3. SUIVI EVALUATION

### 9.2.3.1. SYSTEME DE COLLECTE DE L'INFORMATION

La collecte de l'information se fera a deux niveaux:

a) Institutionnel

b) Communautaire

Ce systeme comprend les etapes suivantes a savoir:

i) enregistrement - ii) suivi - iii) rapport d'activites

### 9.2.3.2. EVALUATION DE COUVERTURE ET D'IMPACT

a) Evaluation de couverture initiale de base

b) Evaluation de couverture et d'impact trimestrielle et annuelle.

## 9.2.3.1. SYSTEME DE COLLECTE DE L'INFORMATION

| NIVEAUX | INSTITUTIONEL | | COMMUNAUTAIRE | |
|---|---|---|---|---|
| Groupe d'ages | 6 mois-5ans | | 5-7 ans | |
| ETAPES | RYTHME | INTRUMENTS | RYTHME | INSTRUMENTS |
| a) Enregistrement | journalier infirmiere. Hygieniste de CMS | *Graphique P/A Ancien Carre de Rendez-vs *Fiche infantile | Journalier par C.V. | Carte de distribution communautaire de la Vit. A |
| b) SUIVI | Journalier apres la clinique par archiviste | Fiche de suivi des enfants de 6 mois a 3 ans a envoyer a l'INHSAC | Journalier par C.V. occasion visites domiciliaires | *Fiche de suivi des enfants de 3 ans a 7 ans |
| c) Rapport d'activite | Mensuel par inf. hygieniste | Fiche de rapport distribution Vit. A | Mensuel par C.V. | Fiche de rapport de distribution de la Vit. A en creol. |

La collecte de l'information passera par les etapes suivantes:

### a) ENREGISTREMENT

Au niveau institutionnel, l'enregistrement se realisera quotidiennement a l'occasion de la visite des familles par l'infirmiere hygieniste chargee de l'education et du triage des cas.

La dose de Vitamine A administree sera notee et sur la fiche infantile et dans le carre qui etait reserve aux rendez-vous graphique P/A.

Au niveau communautaire, l'enregistrement des doses de Vitamine A administree se fait par le C.V. chaque jour, a l'occasion des visites domiciliaires. L'information est notee sur la petite carte de distribution communautaire de la Vitamine A a conserver par la famille

b) SUIVI

Le suivi de la distribution permet de signaler les enfants a qui il manque des dose de Vitamine A ou qui tardent a se presenter aux rendez-vous fixes.

Au niveau institutionnel, ce suivi ne commencera qu'a partir d'un releve d'informations sur la distribution de Vitamine A des fiches infantiles aux cartes de chemin de la sante pour les enfants de 6 mois a 3 ans. Pendant que ces informations seront portees sur les chemins de la sante, elles seront aussi tres rapidement transcrites sur les fiches de suivi de la distribution de Vitamine A de 6 mois a 3 ans pour etre envoyees a l'Unite de Recherche de l'INHSAC qui les utilisera pour le calcul de la couverture de la distribution a partir d'un programme d'exploitation informatique.

D'une part les cartes chemin de la sante permettront le suivi des enfants de 6 mois a 3 ans par les C.V. sur le terrain; d'autre part les fiches de suivi de la distribution de Vitamine A a ce groupe d'age remplies chaque jour par l'archiviste sont destinees a actualiser chaque semaine la couverture a l'Unite de Recherche.

Au niveau communautaire, le suivi se fait par le biais des visites domiciliaires a un rythme journalier. Les fiches de suivi des enfants de 3 ans a 7 ans permetteront de suivre la distribution communautaire de la Vit A. Une copie de ces fiches actualisees doit etre envoyee chaque semaine a l'Unite de recherche pour le calcul de la couverture de la distribution.

c) RAPPORT D'ACTIVITES

Les Institutions (Centres de reference) elaborent chaque mois un rapport d'activite en utilisant les informations collectees sur les fiches de rapport de distribution de la Vit A. Ce travail est fait par les Infirmieres Hygienistes.

Les C.V achemineront les fiches de rapports de distribution de Vit A en creole avec les informations collectees pendant le mois au centre de reference. Ces deux groupes de donnees seront additionnes pour un rapport global sur:

- Le nombre de capsules distribuees aux enfants + nouvelles accouchees.
- Le nombre de capsules distribuees aux enfants seuls
- Le nombre de premieres doses aux enfants
- Le nombre de capsules distribuees aux nouvelles accouchees
- Les pathologies ou signes relatifs a l'insuffisance en Vit A releves au niveau des Centres et clinique du CMSCS.

### 9.2.3.2. EVALUATION DE COUVERTURE ET D'INPACT

#### a) EVALUATION DE BASE

Par le releve d'information de base des fiches infantiles aux fiches de suivi des enfants de 6 mois a 3 ans, le programme aura la couverture de la distribution de Vit A jusqu'a une periode donnee, aux enfants de ce groupe d'age. Cette couverture sera completee et actualisee chaque semaine par les informations recues sur les fiches de suivi des enfants de 6 mois a 5 ans par les archivistes et celles recues sur les fiches de suivi des enfants de 3-7ans remplies sur le terrain par les C.V.

#### b) EVALUATION TRIMESTRIELLE ET ANNELLE

Les donnee saisies a partir des fiches de suivi permettront de calculer trimestriellement et chaque annee la couverture et aussi la prevalence de la xerophtalmie...

c) INDICATEURS

INDICATEURS DE SUIVI

- Taux de couverture de la distribution de la Vitamine A

- Taux de connaissance de la population realise par sondage periodique au niveau des centres de reference et de la communaute

- Taux de la couverture de la Vitamine A par secteur de collaborateurs volontaires en vue de permettre les corrections

CRITERES OPERATIONNELS

- Formation du personnel
- Mise en place du systeme de suivi
- Distribution reguliere de capsules
- Renforcement du programme au niveau communautaire
- Realisation de la supervision
- Fonctionnement du mecanisme de coordination
- Preparation et expedition de rapports mensuels

INDICATEURS D'IMPACT

- Prevalence des lesions de xerophtalmie a partir des donnees rapportees sur les fiches de suivi.

- Taux de connaissance de Vitamine A de la population realise par sondage periodique au niveau des centres de reference et de la communaute.

- Changement dans le comportement relatif a la consommation de la Vitamine A par sondage ponctuel et periodique.

## 9.2.3. PREVISION DES BESOINS EN VITAMINE A

Les centres Medico Social qui assurent effectivement la distribution des capsules le font avec une regularite raisonnable et n'interrompent leur distribution que lorsqu'ils sont a court de capsules. Lorsque les CMS sont a court, ils le sont probablement en raison du manque de planification systematique au niveau de la Region Sanitaire de l'Ouest qui fournit les capsules aux institutions de cette region.

Aussi, pour palier eventuellement a ce probleme qui risque de diminuer notre couverture d'un accord avec la direction d'Hygiene Familiale et de Nutrition et la Region S. de l'Ouest il a ete decide de nous attribuer un stock annuel de capsules de Vitamine A.

## ESTIMATION ANNUELLE DES BESOINS

| CATEGORIE | POPULATION | CAPSULES/AN | TOTAL |
|---|---|---|---|
| enfant de 0 a 4 ans 11 mois | 16.000 | 3 | 48.000 |
| Enfant de 3 ans a 7 ans | 14.000 | 3 | 42.000 |
| Femmes allaitantes | 5.000 | 1 | 5.000 |
| TOTAL | | | 95.000 |

Il nous faut un total de 95.000 capsules par an soit 950 flacons de 100 capsules.

### 9.3 . PENETRATION COMMUNAUTAIRE

Le programme tel que developpe jusqu'a date n'est qu'institutionnel. La penetration communautaire vise 2 buts:

1) Couvrir les enfants de 3 a 7 ans a travers un systeme de distribution et de suivi communautaire par les collaborateurs volontaires.

2) Conscientiser et mobiliser la population en vue d'obtenir sa participation dans le programme par l'intermediaire du personnel institutionnel communautaire et les divers medias.



90

## SYSTEME DE DISTRIBUTION ET DE SUIVI COMMUNAUTAIRE PAR LES COLLABORATEURS VOLONTAIRES

- La distribution a ce niveau d'intervention se fera aux enfants de 3 a 7 ans. Elle comprend deux types.

  a) Approvisionnement

  b) Distribution

### 1) APPROVISIONNEMENT

Les C.V. s'approvisionneront chaque fin de semaine (a l'occasion des reunions hebdomadaires) a leur centre de reference. Avant l'approvisionnement un controle sera fait tenant compte des capsules distribuees et de la balance. Naturellement ils appliqueront toutes les mesures de conservations du produit qui est tres sensible a la chaleur.

### 2) DISTRIBUTION

La distribution se fait a l'occasion des visites domiciliaires effectuees chaque jour par les C.V. La capsule distribuee sera notee sur la carte de distribution communautaire aux enfants de 3 a 7 ans. En meme temps le C.V doit noter cette information sur la fiche de suivi des enfants de ce groupe d'age. Il referera au Centre Medico Social tous les enfants avec signes de xerophtalmie pour le traitement d'urgence et ensuite a la section d'ophtalmologie du CHAPI pour une evaluation approfondie du cas.



91

## 9.4. EDUCATION DES MERES ET INFORMATIONS DU GRAND PUBLIC

Dans toute activite de prevention le soutien de la population et la mobilisation de la communaute sont necessaires pour appuyer et renforcer l'initiative. Aussi, c'est dans cette perspective de mener a bien cet aspect important du programme qu'en Aout 88, une recherche qualitative a ete menee a la Cite Soleil dont les objectifs etaient les suivants:

- Developper un instrument qui permettrait de connaitre directement le groupe vise.

- Trouver des informations pour l'elaboration de strategies en matiere de communication de masse.

- Identifier les besoins en informations de l'auditoire cible

- Determiner le niveau de connaissance l'attitude et le comportement des meres en terme de consommation de la Vitamine A et de la supplementation en capsule de Vitamine A.

- La methode utililsee etait celle du "Focus group" . Pour cela, 2 groupes structures de meres choisies au hasard a travers les foyers de demonstration ont ete interviewees.

L'ANALYSE DES INFORMATIONS OBTENUES NOUS PERMETTENT DE DEGAGER LES POINTS SUIVANTS:

- Des informations sur la vitamine A sont transmises aux meres au niveau de toutes le structures a la Cite Soleil par contre, elles sont incompletes.

- Tres peu de meres sont a mesure de faire une relation exacte entre la deficience en Vit A et la xerophtalmie.

- Les meres connaissent la capsule de Vit A mais ne savent pas pourquoi elle est donnee.

- Les meres n'exigent jamais les capsules de Vit A.

- qu'elles ne connaissent pas l'existence de cette maladie des yeux, la xerophtalmie.

- Le capsule de Vit A n'est pas consideree comme un supplement de Vit A mais bien comme un medicament.

- Les legumes verts ne sont pas connus comme sources de Vit A.

- Certaines meres n'ont aucune information sur la Vit A.

- La plupart des meres ne connaissent pas les differentes sources de Vit A et leur relation avec les yeux.

- Les fruits jaunes sont particulierement connus comme sources de Vit A.

La plupart des meres ne pensent pas qu'il existe un rapport entre la xerophtalmie et la malnutrition - diarrhee et autres

- Les maladies des yeux n'ont pas une place preponderante dans l'echelle des valeurs des problemes de sante

- La cecite nocturne ou Larmoiement attirent l'attention des meres mais n'ont aucune signification particuliere a leurs yeux.

- Les meres ne savent pas pourquoi leurs enfants recoivent les capsules de Vit A.

- Les causeries aux meres constituent l'une des 1eres activites de la journee. Par consequent les meres qui arrivent en retard ou qui ont rendez-vous au cours de la journee ne participent pas a cette activite.

- Les meres pensent que le personnel etant trop occupe ne dispose pas de temps necessaire pour leur donner des informations supplementaires sur leurs problemes personnels de sante. Les causeries etant realisees dans les salles d'attente d'environ 100 a 120 meres accompagnees de leurs enfants, l'infirmiere n'arrive pas a capter l'attention de son auditoire. Par consequent le niveau d'informations retenues est faible et parfoie deformees.

### 9.4.1. ORGANISATION DE L'EDUCATION AU PUBLIC

- Cette activite s'adressera a toute la population et devrait s'executer en etroite collaboration avec le personnel institutionnel et communautaire. Aussi elle sera realisee a travers toutes les structures sanitaires et communautaires.

### OBJECTIFS EDUCATIONNELS

- Que la population en general, les parents en particulier:

- Sachent reconnaitre les premiers signes de la deficience en Vitamine A.

- Reconnaissent que la deficience en Vitamine A est une condition qui predisposse l'enfant a la perte de la vue si elle n'est pas combattue a temps.

- Sachent les conditions qui favorisent l'apparition de la xerophtalmie de facon a la prevenir.

- Connaissent les mesures de prevention de la xerophtalmie et mettent les mesures en pratique

- Sachent que la xerophtalmie est une maladie des yeux tres grave.

- Sachent comment cuire les aliments contenant la Vitamine A pour ne pas detruire la provitamine.

- Sachent pourquoi on donne la capsule de Vitamine A aux enfants, a quel rythme on la donne et quelle quantite l'enfant doit recevoir.

9.4.1.2. RESULTATS ESPERES

- Diminution de l'incidence de l'hypovitaminose A chez les enfants de moins de 7 ans.

- Mise en pratique des mesures prentives par 60% des meres

- Changement de comportement relatif a la consommation et a la cuisson des aliments riches en Vitamine A

- Augmentation du niveau de connaissance des meres sur la gravite de cette maladie et ses consequences desastreuses.

### 9.4.1.3. STRATEGIE

Quelque soit la qualite d'un programme il ne pourra jamais atteindre le resultat escompte s'il n'est pas supporte par des moyens de communication lui assurant une bonne penetration. Le programme d'education sanitaire doit beneficier des moyens qui lui permettent d'atteindre une couverture acceptable.

Pour cela, nous proposons une ligne stategique en 3 phases qui servira de fil conducteur aux differentes activites pour l'education du public.

1) PHASE I

Elle est caracterisee par un programme vertical quand a son organisation (du personnel a la communaute).

Informateur et sensibilisateur quand a sa fonction

2) PHASE II

Elle est caracterisee par un programme:

* Oblique quant a son organisation (du personnel technique avec l'aide de la communaute a la communaute)

* A fonction motivatrice et educative (aporendre la communaute a faire)

* A orientation locale quant au contenu

3) PHASE III

Elle est caracterise par un programme nettement horizontal (de la communaute a la communaute avec l'appui du personnel technique.

- Le programme s'etendra sur 2 niveaux et utilisera les moyens suivants:

* La communication directe par l'education dans les foyers et les etablissements sanitaires.

* La communication indirecte (radio, video cassette, affiches etc. pour la communaute.

* Pour l'education au niveau des foyers et des etablissements sanitaires, les deuxs formes de communication seront utilisees de facon independante et vehiculeront les memes messages.

9.4.1.4. NIVEAU D'INTERVENTION

1) Institutionnel

2) Communautaire



98

### 9.4.1.5. COMMUNICATION INDIRECTE

A notre epoque de conditionnement de masse, il devient de plus en plus evident que la publicite faite a travers les mass medias telles que: radio, television, affiches etc a une incidence croissante sur la population. Aussi est-il important que le programme utilise ces differents canaux pour apporter dans les foyers des messages, sur l'importance de la Vitamine A dans l'alimentation.

#### A) DE L'UTILISATION DE LA RADIO ET DE LA TELEVISION

L'etude qualitative menee par Shafritz en 1987 a la Cite Soleil nous permet de tirer les conclusions suivantes.

1o) Que 40% de la population de Cite Soleil regarde les emissions de television.

2o) Que 70% de cette meme population dispose d'un poste de Radio.

3o) Les stations de Radio les plus populaires sont Radio Soleil et Lumiere. Ces informations sont confirmees par les resultats de l'enquete "Mass Media par communication one" qui place ces dernieres en tete de liste des stations de Radio preferees a Port-au-Prince. Aussi des messages montes sur cassettes avec l'assistance des techniciens de ces Radios sus-mentionnes seront diffusees deux fois par semaine et les slogans qui seront emis de maniere plus intense serviront a assurer la permanence de l'information.

4) Compte tenu de la grande attraction de la TV sur les differentes couches de la population de la Cite Soleil et la possibilite de l'utiliser comme agents multiplicateurs, il est important d'exploiter cet instrument d'education de masse compte tenu du fait que depuis la creation de la Television Nationale d'Haiti a objectif educationel, les postes de Televiseurs arrivent dans toutes les communautes urbaines et rurales ou l'energie electrique est disponible.

Aussi il sera envisage avec les responsables de cette station la possibilite de faire passer a travers le programme de sante "pye kout pran devan" deux emissions sur l'importance de la Vitamine A et le probleme de la xerophtalmie.

D'autre part il sera envisage le montage et la projection de spots qui viendraient en appui aux emissions periodiques.

B) MATERIEL AUDIO VISUEL

Il n'est pas a sous estimer le role preponderant que peut jouer les infirmieres hygienistes des centres dans la promotion de la Vitamine A vu qu'elles font quotidiennement la distribution de la capsule de la vitamine A et l'education y relative aux meres.

Aussi pour leur faciliter la tache et leur permettre de faire un travail valable dans le domaine de la Vitamine A, il leur sera fourni a chacune:

- Une video-cassete
- Deux cassettes VHS
- Un magnetophone a pile

Le materiel d'information place en permanence dans les centres permettra a l'infirmiere et aux autres membres du personnel de realiser une activite complementaire sans deranger d'une facon intempestive la routine de son travail.

## C) DE L'UTILISATION DU MATERIEL IMPRIME

Il servira:

- de support et d'illustration a la communication directe
- a assurer la permanence de l'information
- de materiel de reference pour le public et le personnel medical et communautaire
- aussi il sera mis a la disposition du personnel
- Un guide d'education
- Une fiche technique
- Des affiches



101

### 9.4.1.6. COMMUNICATION DIRECTE

Elle sera assuree par le personnel lie aux institutions et par les agents evoluant au niveau de la communaute.

A) PERSONNEL LIE AUX INSTITUTIONS SANITAIRES

- Medecins
- Infirmieres
- Auxiliaires
- Matrones

B) PERSONNEL EVOLUANT AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

- Collaborateurs volontaires
- Monitrices foyers de demonstration
- Matrones.

C) ORGANISATION

Les activites seront organisees a tous les niveaux.

- Hopital (CHOSCAL)
- Centre Medico Social
- Foyers de demonstration
- Domicile
- Autres.



102

## D) METHODOLOGIE

Il est indispensable de motiver la mere par une information continue et de maintenir cette motivation par une bonne organisation des seances et un bon accueil.

Il est particulierement important que les meres puissent comprendre pourquoi on donne la Vit A a leurs enfants, contre quelle maladie on la donne et pourquoi elles doivent ramener leurs enfants pour les doses subsequentes

Car tous les efforts deployes pour la reussite du programme seront vains sans l'adhesion des meres aussi en qualite, d'animateur des seances, il appartient au personnel de deployer tous les efforts pour diffuser largement l'information sur la Vit A et depister a temps toute cause de non participation de la population.

## EXEMPLES DE METHODES POUR INFORMER LA POPULATION

- Au centre de sante, journalierement, avant la consultation, la pesee ou la vaccination le personnel medical ou para-medical pendant 5 a 10 minutes developpera avec les meres un theme educatif sur la vitamine A.

- Visites domiciliaires pour informer les gens par les coll. vol.

- Utilisation de diapositives, de films (materiel audio-visuel)

- Utilisation des affiches a des position visibles

- Rencontre avec des groupes structures de la communaute pour faire passer les informations a la population.

## CONTENU DE L'INFORMATION

Tout d'abord, il faut souligner aupres des populations:

1) La tres grande gravite de deficience en vitamine A et ses consequences sur les yeux.

2) L'origine alimentaire de la vitamine A

3) Son role sur l'organisme de l'enfant et des femmes allaitantes

- Son role de protection sur les yeux

- Relations entre maladies infectueuses et hypovitaminose A.

- L'importance des doses subsequentes (chaque 4 mois)

- Les consequences negatives de la perte de la vue
  1) Sur la famille
  2) Sur l'economie du pays

Apres et pendant les causeries l'animateur doit s'assurer que l'auditoire a bien compris les messages transmis en demandant aux gens de poser des questions et leur expliquer les points obscurs des messages.

## L. SUPERVISION

Au niveau institutionel, la supervision directe sera assurees regulierement par les medecins responsables.

Au niveau communautaire, par les doyens et les visiteurs domiciliaires. Toutefois le bureau de coordination du programme realisera periodiquement des visites de supervision en vue d'evaluer le deroulement des activites.

## F) EVALUATION

L'evaluation de l'efficacite du programme de communication sera realisee a partir des resultats statistiques obtenus dans le programme des services. Elle se fera aussi par voie d'enquete et de sondage sur le terrain.

## G) ELEMENT DE BUDGET / COMMUNICATION DIRECTE ET INDIRECTE

- Affiches
- Production cassettes / radio
- Production cassettes / Television
- Video cassettes
- Televiseur
- Magnetophone
- Cassettes vierges
- Guide d'Education
- Fiche technique.

## H) ESTIMATION DU COUT POUR L'EDUCATION DES MERES ET DU PUBLIC (voir annexe No..)

EXTENSION DU PROJET.

Tel qu'il a ete concu par le centre pour le developpement et la sante, le CMSCS en collaboration ave le Hellen Keller International Inc, le projet etait appele a moyen terme, a s'etendre aux programmes supportes par l'AOPS, qui couvrent 160.000 enfants de 6 mois a 7 ans. Cette etape du projet peut etre justifie par les memes arguments qui ont motive la mise en place a la Cite Soleil et aussi les resultats preliminaires de l'enquete nationale sur la morbidite et la natalite et l'utilisation des services (Emmus 1987) realise par l'institut Haitien de l'enfance qui a revele que sur 3994 enfants de 0-5 ans, 550 soit 13.8% avaient une carte "chemin de la sante" qui montraient qu'ils avaient recu au moins une dose de vitamine A depuis le debut de l'annee 1987. Si a ce pourcentage, on ajoute les cas ou la carte n'etait pas visible mais ou la gardienne avait reconnu la capsule de Vit A affirmant que son enfant l'avait recu dans le semestre precedent le pourcentage monte a 51.2%



107

## GROUPES CIBLES

- 160.000 enfants de 6 mois a 7 ans couverts par les institutions sanitaires supportees par l'AOPS sur une aire d'influence ou vivent environ 1.000.000 d'habitants

- 20.000 allaitantes

## ETAPES D'EXTENSION

ETAPE A. Oct 1989 - Mars 1990 - Population totale 400.000

- Les programmes du CMSCS a savoir:

- Ceux des zones marginales des Gonaives, du Cap Haitien, Fort-Liberte et Ouanaminthe.

- Le programme de sante de Pignon, et AMOSSE de Jacmel

- FHASE (Freres)

## ETAPE B. Fevrier 90 - Juillet 90

Les autres institutions couvertes par l'AOPS.



108

## VARIANTES STRATEGIQUES

Le suivi et les resultats de l'evaluation du projet a la Cite Soleil permettraient de modifier si besoin est les differentes approches. Il faut prevoir que l'application des strategies du CMSCS ne poserait pas trop de problemes pour cette etape d'extension.

Neanmoins, il y aura deux variantes strategiques a savoir:

### a) VARIANTE STRATEGIQUE URBAINE

Elle sera utilisee sans trop grande modification au niveau des programmes urbains developpes dans les zones marginales des grandes villes: Gonaives - Cap.

### b) VARIANTE STRATEGIQUE RURALE

Ici, il faut considerer les enfants de 6 mois a 5 ans qui seraient facilement vus et suivis au niveau des seances de cliniques mobiles et des institutions de sante, tandis que la possibilite de la distribution de la Vit A aux enfants de plus de 5 ans et leur suivi, dependant de la regularite et de la couverture des visites domiciliaires par les collaborateurs volontaires, devra etre etudiee avec soin. En effet, comme on le sait les programmes affilies a l'AOPS sont confrontes a des



109

problemes d'ordre operationnel precisement a cause des difficultes liees a la non existence d'une solution permanente et viable permettant d'avoir des Coll. Vol efficaces, a peu de frais et travaillant sur une base sinon a temps plein du moins a temps partiel.

- D'une part, quelque soit la variante strategique, la mise en place d'un programme d'education devra etre precedee d'une enquete qui permettera de connaitre les connaissances des populations desservies et leur attitude vis-a-vis de la vitamine A. Les informations recueillies guideraient les responsables dans l'elaboration de messages educatifs appropries, et pour vehiculer ces messages, les memes canaux de communication de l'AOPS pour l'education serait utilises a savoir les monitrices chargees de l'education qui passent d'institution a institution assurer l'orientation des femmes recrutees a partir des criteres specifiques. Il s'agirait:

a) D'ajouter aux criteres de choix les meres des gardiennes d'enfants avec signes d'insuffisance en Vit A

b) D'ajouter au programme d'education des femmes, le theme de la vitamine A.



110

- D'autre part, il s'agira aussi d'utiliser des ressources humaines d'autres secteurs tels l'agriculture, l'education pour aider a faire passer les notions relatives a la prevention de la xerophtalmie. Au niveau de chaque programme communautaire, un petit groupe multi-sectoriel forme de l'agronome ou de l'agent agricole du professeur d'ecole, des responsables de la sante et de leaders de la communaute etudieront ensemble les moyens de produire et d'utiliser localement les fruits et legumes riches en vitamine A. On aura par exemple un petit groupement par localite...

Aussi, une coordination se revelera t-elle necessaire entre les differents secteurs impliques dans cette lutte contre l'insuffisance en vitamine A. Toutefois, a moyen terme il faudrait penser a trouver les voies et moyens necessaires pour la realisation de l'extension du projet.