

ECOLE DE SANTE PUBLIQUE
UNIVERSITE DE KINSHASA
B.P. 11850 KINSHASA I
EN COLLABORATION AVEC MOST, MI, HKI et PRONANUT



EVALUATION DE LA PREMIERE PHASE DE LA CAMPAGNE 2005 DE SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A ET DE DEPARASITAGE AVEC LE MEBENDAZOLE DES ENFANTS DE 6 – 59 MOIS EN RDC

RAPPORT FINAL

Prof. Dr Okitolonda Wemakoy
Ass. Konde Nkiama Numbi
Ass. Dr Kaba Kinkodi

Mars 2006

Avant - propos

Cette étude a été réalisée grâce au financement des projets **MOST** de l'**USAID** et **MI**. La rédaction du protocole et la réalisation de l'étude ont été assurées par l'**Ecole de Santé Publique** de l'Université de Kinshasa avec la collaboration de **MOST, MI, HKI** et **PRONANUT**. Ce travail a bénéficié de l'appui technique de l'Ecole de Santé Publique dans la mise au point de la méthodologie, des instruments de collecte de données et du plan d'analyse des données ainsi que de la rédaction du rapport final.

Au terme de cette étude, nous tenons à remercier tous les intervenants.

Prof. Dr Emile Paul Okitolonda Wemakoy

Investigateur principal

TABLE DES MATIERES

	Page
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX.....	4
RESUME.....	7
I. INTRODUCTION	18
II. PRESENTATION DU PROJET D'APPUI A LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A.....	21
III. JUSTIFICATION DE L'EVALUATION.....	23
IV. OBJECTIFS DE L'EVALUATION.....	24
V. PROFIL DES EVALUATEURS.....	24
VI. METHODOLOGIE.....	24
6.1. Sources des données.....	24
6.2. Choix des sites.....	25
6.3. Echantillonnage.....	25
6.4. Type d'étude.....	27
6.5. Plan d'évaluation (design).....	28
6.6. Profil des superviseurs & des enquêteurs et description des tâches.....	28
6.7. Indicateurs et critères.....	29
6.8. Instruments de collecte des données.....	30
6.9. Plan de traitement et d'analyse des données.....	30
VII. RESULTATS DE L'ENQUETE.....	31
7.1. Résultats des données des ménages enquêtés	31
7.1.1. Caractéristiques socio-démographiques des ménages.....	31
7.1.2. Expérience de la première phase de distribution de la vitamine A de 2005.....	32
7.1.3. Attitude vis-à-vis de la distribution de la vitamine A.....	34
7.1.4. Sources et types d'information en rapport avec la vitamine A.....	34
7.1.5. Connaissances et attitudes des responsables en rapport avec la vitamine A.....	36
7.1.6. Couverture de la supplémentation en vitamine A de mai 2005.....	41
7.1.7. Expérience de la première distribution de Mebendazole de mai 2005.....	45
7.1.8. Couverture du déparasitage en Mebendazole de mai 2005.....	47
7.1.9. Couverture de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage en Mebendazole de mai 2005.....	50

7.2. Résultats des données des agents de santé enquêtés	51
7.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des agents de santé.....	51
7.2.2. Connaissances, attitudes et pratiques en rapport avec la vitamine A.....	52
7.2.3. Formation des agents impliqués dans la distribution de la vitamine A.....	53
7.2.4. Obstacles, problèmes rencontrés et suggestions.....	54
7.2.5. Mobilisation et problèmes de participation communautaire.....	55
7.2.6. Suggestions pour améliorer la supplémentation et le déparasitage.....	56
7.3. Résultats des données des responsables enquêtés aux niveaux de planification.....	57
7.3.1. Caractéristiques socio-démographiques des responsables	57
7.3.2. Planification des activités.....	58
7.3.3. Moyens logistiques et documents relatifs à la campagne.....	59
7.3.4. Stratégies de mobilisation sociale et moyens de contrôle des activités.....	60
7.3.5. Points forts et points faibles.....	61
7.4. Comparaison des résultats de l'enquête à ceux obtenus à la fin de la campagne de supplémentation et de déparasitage de mai 2005	64
VIII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	66
IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	68
X. ANNEXES.....	69
10.1. Questionnaire – Ménages.....	69
10.2. Questionnaire – Agents de santé.....	78
10.3. Questionnaire – Responsables des niveaux central, provincial et périphérique.....	83

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Page

I. Figures

Figure 1 : Couverture de la 1 ^{ère} phase (campagne de mai 2005) de supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois selon les 3 approches de calcul	41
Figure 2 : Couverture de la supplémentation en vitamine A par tranche d'âge et selon la 3 ^{ème} approche de calcul	42
Figure 3 : Couverture de la supplémentation en vitamine A par province et par tranche d'âge, selon la 3 ^{ème} approche de calcul	44
Figure 4: Couverture de la 1 ^{ère} phase (campagne de mai 2005) du déparasitage en Mebendazole des enfants de 12 à 59 mois selon les 2 approches de calcul	47
Figure 5 : Couverture du déparasitage en Mebendazole par tranche d'âge et selon la 2 ^{ème} approche de calcul	48
Figure 6 : Couverture du déparasitage en Mebendazole par province selon la 2 ^{ème} approche	49
Figure 7 : Couverture de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage en Mebendazole par province	50

II. Tableaux

Tableau 1: Répartition des zones de santé et ménages enquêtés par province	31
Tableau 2: Répartition des enfants sélectionnés selon leur présence à la distribution de la vitamine A (1 ^{er} abord)	32
Tableau 3: Répartition des items mentionnés lors de la description de la distribution par le responsable de l'enfant	32
Tableau 4: Répartition des enfants sélectionnés selon leur présence à la distribution de la vitamine A (2 ^{ème} abord)	33
Tableau 5 : Répartition des enfants sélectionnés selon la prise ou non d'une capsule de vitamine A lors de la distribution	33
Tableau 6 : Répartition des enfants sélectionnés selon la couleur de la capsule de vitamine A reçue	33
Tableau 7: Répartition des enfants sélectionnés selon leur réception de soins ou autres produits lors de la distribution	33
Tableau 8: Répartition des responsables des enfants sélectionnés selon l'expression de leur volonté pour le déplacement de leurs enfants vers le site et la réception de la vitamine A	34
Tableau 9: Répartition des responsables des enfants selon les sources par lesquelles ils ont entendu parler de la distribution de la vitamine A (n = 3655)	34
Tableau 10: Répartition des responsables des enfants selon ce qu'ils ont entendu ou vu au sujet de la vitamine A (n = 3598)	35
Tableau 11: Répartition des responsables des enfants sélectionnés selon leur connaissance des bienfaits pour la santé de l'enfant apportés par les capsules de vitamine A (n = 3978)	36
Tableau 12: Répartition des responsables des enfants sélectionnés selon l'expression de leur volonté pour que leurs enfants se rendent à la prochaine distribution de vitamine A	37
Tableau 13: Répartition des responsables des enfants sélectionnés selon l'expression de leur préoccupation pour que les enfants prennent la vitamine A	37
Tableau 14: Répartition des responsables des enfants sélectionnés selon l'existence ou non des avantages pour l'enfant à prendre des capsules de vitamine A	37
Tableau 15: Répartition des responsables des enfants sélectionnés selon le nombre de fois par an que l'enfant devrait recevoir la vitamine A	37

Tableau 16: Répartition des responsables des enfants sélectionnés selon leur présence à la distribution de la vitamine A avec l'enfant	38
Tableau 17: Répartition des enfants sélectionnés selon la prise ou non d'une capsule de vitamine A lors de la distribution (d'après l'accompagnant = 2 ^{ème} répondant)	38
Tableau 18 : Répartition des accompagnateurs des enfants sélectionnés selon le lieu de distribution de la vitamine A	39
Tableau 19 : Répartition des accompagnateurs des enfants sélectionnés selon leur perception de la manière dont ils ont été traités par les personnes effectuant la distribution	39
Tableau 20 : Différents moyens d'obtention suffisante de vitamine A (n = 3982)	40
Tableau 21 : Couverture de la supplémentation en vitamine A par tranche d'âge et selon les 3 approches de calcul	42
Tableau 22 : Couverture (%) de la supplémentation en vitamine A par province et par tranche d'âge, selon les 3 approches de calcul	43
Tableau 23 : Les responsables étaient informés de la distribution de Mebendazole aux enfants	45
Tableau 24 : L'enfant a reçu un comprimé de Mebendazole lors de la distribution	45
Tableau 25 : Dose de Mebendazole reçu par l'enfant	45
Tableau 26 : Administration du Mebendazole bénéfique pour l'enfant	46
Tableau 27 : Souhait que la distribution de Mebendazole soit associée à celle de la vitamine A	46
Tableau 28 : Couverture du déparasitage en Mebendazole par tranche d'âge et selon les 2 approches de calcul	48
Tableau 29 : Couverture du déparasitage en Mebendazole par province et selon les 2 approches de calcul	49
Tableau 30 : Niveau d'études des agents de santé enquêtés	51
Tableau 31 : Lieu de travail lors de la distribution de vitamine A (n = 580)	51
Tableau 32 : Bienfaits des capsules de vitamine A pour les enfants (n = 569)	52
Tableau 33 : Fréquence de distribution de la vitamine A aux enfants	52
Tableau 34 : A reçu une formation/orientation sur l'administration de la vitamine A	53
Tableau 35 : Existence d'informations transmises systématiquement aux responsables des enfants	53
Tableau 36 : Existence de problèmes rencontrés lors de la distribution	54
Tableau 37 : Différents moyens par lesquels les familles dans les communautés ont été informées de la distribution	55
Tableau 38 : Connaissance des agents de santé des raisons pour lesquelles les familles n'amènent pas leurs enfants à la distribution	55
Tableau 39 : Participation de la communauté à la distribution de la vitamine A	55
Tableau 40 : Répartition des personnes interviewées selon leur niveau de planification	57
Tableau 41 : Répartition des personnes interviewées suivant leur fonction	57
Tableau 42 : Répartition des activités planifiées en rapport avec la campagne de supplémentation de mai 2005	58
Tableau 43 : Répartition des responsables interviewés selon leur opinion sur la disponibilité des moyens logistiques planifiés aux différents niveaux de planification	59
Tableau 44 : Répartition des responsables interviewés selon leur opinion sur la disponibilité des imprimés et autres documents relatifs à la campagne aux différents niveaux de planification	59
Tableau 45 : Répartition des différentes stratégies mises en place pour assurer la mobilisation communautaire	60
Tableau 46 : Répartition des différents moyens de contrôle/assurance de la bonne exécution des activités au niveau inférieur (n = 40)	60
Tableau 47 : Répartition des responsables interviewés selon leur opinion sur la participation de la communauté à la campagne	61
Tableau 48 : Points forts de la campagne de supplémentation de mai 2005 (n = 57)	61

Tableau 49 : Points faibles de la campagne de supplémentation de mai 2005 (n = 102)	62
Tableau 50 : Comparaison des résultats de l'enquête à ceux obtenus à la fin de la campagne de supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois en RDC	64
Tableau 51 : Comparaison des résultats de l'enquête à ceux obtenus à la fin de la campagne de déparasitage en Mebendazole des enfants de 12 à 59 mois en RDC	65

RESUME

Dans le but d'évaluer les résultats obtenus par le PRONANUT dans la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois et le déparasitage le Mebendazole des enfants de 12 à 59 mois qui a eu lieu au mois de mai 2005 en République Démocratique du Congo (RDC), une étude a été menée durant les mois d'août et de septembre 2005. Cette étude a concerné les responsables des enfants dans les ménages, le personnel de santé impliqué dans la distribution de la vitamine A et du Mebendazole ainsi que les responsables aux niveaux central, provincial et périphérique.

Résultats de l'enquête auprès des ménages

Au total, 4005 ménages ont été enquêtés à travers toutes les 11 provinces : 479 au Katanga, 450 dans la province Orientale, 435 respectivement à Kinshasa et au Bandundu, 405 à l'Equateur, 375 au Kasai Oriental, 316 au Kasai Occidental, 300 au Nord Kivu et 270 respectivement au Bas Congo, au Maniema et au Sud Kivu.

Parmi les ménages enquêtés, 77% étaient dirigés par des hommes et 23% par des femmes. S'agissant des enfants enquêtés, 51% étaient du sexe masculin et 49% du sexe féminin. Ces enfants avaient une moyenne d'âge de $29,33 \pm 14,06$ mois avec une médiane de 28 mois.

La grande majorité des personnes interrogées, soit 97%, était celle qui prenait soin de l'enfant concerné. Ces personnes étaient essentiellement les mères de ces enfants (73%).

Expérience de la première phase de distribution de la vitamine A de 2005

Quatre vingt quinze pourcents des responsables des enfants se sont souvenus de la distribution de la vitamine A qui a eu lieu en mai 2005. Ces responsables ont déclaré que 95% des enfants enquêtés ont été amenés à la distribution de la vitamine A.

S'agissant de la description de ce qui s'était passé à la distribution de la vitamine A, 75% des responsables des enfants ont fait mention de capsules rouges ou bleues, 54% ont mentionné l'ouverture des capsules avec une aiguille ou des ciseaux et 29% ont fait mention du site de distribution. Cependant, 10% des responsables qui avaient pourtant déclaré que leurs enfants étaient à la distribution n'ont pas su décrire correctement ce qui s'y était passé (pas mention de capsules, de leur ouverture, ou du site).

Comme pour les campagnes précédentes, c'est la capsule de couleur rouge qui a été la plus distribuée.

Attitudes vis-à-vis de la distribution de la vitamine A

Parmi les responsables dont les enfants n'ont pas été amenés à la distribution, les raisons suivantes ont été évoquées: l'enfant était trop jeune ou trop âgé ; il n'y avait personne pour accompagner l'enfant ; l'enfant n'était pas à la maison ou au village au moment de la distribution ; ils ne connaissaient pas le lieu, l'heure ou le jour de distribution ; l'enfant était malade ; ils avaient entendu qu'il n'y avait pas suffisamment de capsules ; ils étaient négligents ou paresseux pour s'y rendre ; il était trop difficile de se rendre au site de distribution. On note cependant que la majorité de ces personnes auraient été d'accord que les enfants aillent à la distribution et reçoivent la vitamine A.

Parmi les enfants qui se sont rendus aux sites de distribution mais qui n'ont pas reçu la vitamine A, les raisons suivantes étaient évoquées par les responsables : l'enfant était trop jeune ou trop âgé ; l'enfant n'était pas inscrit ; l'enfant était malade.

Actuellement, la distribution de la vitamine A semble être intégrée aux autres activités de soins de santé primaires. En effet, 70% des enfants ont reçu des soins ou d'autres produits lors de la distribution de vitamine A de mai 2005 alors qu'en 2002 et 2003, il n'y avait eu que respectivement 6% et 12% qui en avaient bénéficié. Parmi les soins ou autres produits reçus, le Mebendazole (le déparasitage), la vaccination et la prescription des médicaments après consultation ont été les plus cités.

Sources et types d'information en rapport avec la vitamine A

Concernant les sources par lesquelles le responsable a entendu parler de la distribution de la vitamine A, le mégaphone, le personnel du centre de santé, les leaders et relais communautaires ont été les moyens les plus cités. La radio, les brochures ou affiches et les parents, amis ou voisins ont été cités par 9 à 16% des répondants alors que la télévision n'a été citée que par 4% des répondants. Il est à noter que 3% des répondants ont déclaré n'avoir pas entendu parler de la distribution de la vitamine A.

S'agissant de ce que les responsables des enfants ont entendu ou vu au sujet de la distribution de la vitamine A, 44% ont déclaré avoir entendu que la vitamine A protège les enfants des maladies, 30% que les enfants de 6 à 59 mois constituent le groupe cible, 27% ont entendu parler du lieu et de la date ou le jour de la distribution, 24% que les parents devaient amener leurs enfants recevoir la vitamine A et 22% que la vitamine A est bonne pour la santé de l'enfant. Il est à noter que 9% des répondants ont déclaré ne pas savoir ou se rappeler ce qu'ils avaient entendu et 3% d'entre eux n'avaient rien entendu à ce sujet.

Connaissances et attitudes des responsables en rapport avec la vitamine A

La grande majorité des responsables (97%) ont exprimé le désir de voir leurs enfants participer à la prochaine distribution de la vitamine A et ont déclaré qu'ils les y amèneront eux-mêmes.

Concernant les bienfaits pour la santé de l'enfant apportés par les capsules de vitamine A, spontanément 53% des répondants avaient reconnu que la vitamine A protège l'enfant, 32% ont dit que la vitamine A prévient certaines maladies, 30% ont pensé qu'elle apporte une meilleure croissance à l'enfant, 16% ont reconnu qu'elle est bonne pour les yeux, 9% ont déclaré qu'elle sauve des vies et qu'elle aide les enfants malades à guérir plus vite. Il faut noter que 14% des répondants ont déclaré ne rien connaître des bienfaits apportés par les capsules de vitamine A à la santé de l'enfant.

Il n'y a que 27% des responsables qui ont reconnu que la vitamine A se donne deux fois par an. Dans 42% des ménages, le responsable de l'enfant ne connaissait pas le nombre de fois que l'enfant devrait normalement recevoir la vitamine A.

Trente huit pourcents des répondants savaient que l'on doit commencer à donner aux enfants la vitamine A à l'âge de 6 mois environ après la naissance. Bien que ce chiffre soit encore bas, il témoigne d'une nette amélioration par rapport aux années 2002 et 2003 où il n'y avait respectivement que 17% et 32% qui le savaient.

Avis sur la distribution et les sites choisis

Pour ceux qui se sont rendus au site de distribution, 22% des accompagnateurs ont déclaré qu'il leur était difficile de se rendre au lieu de distribution. Cette proportion a presque doublé comparativement aux 12% de 2003.

Mais une fois sur le site, 48% d'entre eux ont estimé que le bâtiment était très confortable, pour 42% il était assez confortable et pour 8% il ne l'était pas du tout. Cette dernière proportion a baissé comparativement aux 13% de 2003.

Le temps d'attente au site de distribution était au maximum de 10 minutes pour plus de la moitié d'accompagnateurs et 87% d'entre eux ont estimé que ce temps d'attente était acceptable.

Les accompagnateurs ont estimé que la manière dont ils ont été traités au site de distribution était satisfaisante dans 96% des cas. En effet, presque la totalité des accompagnateurs (98%) ont déclaré avoir été traité avec respect et 87% ont affirmé qu'ils se sont sentis libres de poser l'une ou l'autre question aux personnes effectuant la distribution.

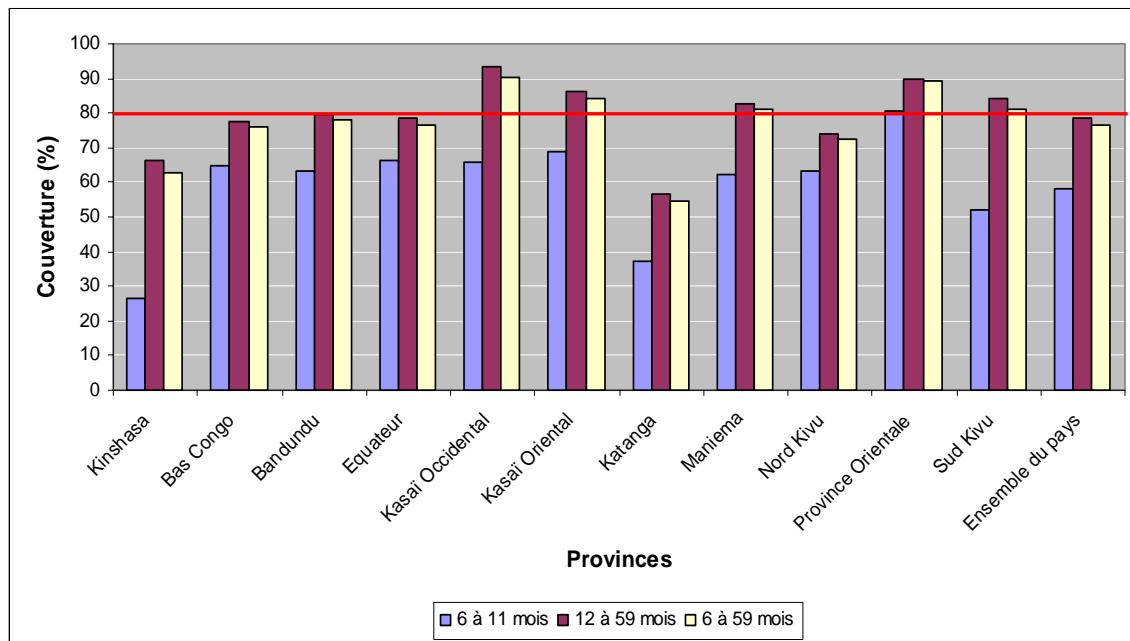
Sources de la vitamine A

A la question de savoir comment les enfants pouvaient obtenir suffisamment de vitamine A, 44% avaient reconnu que l'on pouvait obtenir de la vitamine A à partir des aliments et 42% à partir des capsules de vitamine A.

Concernant l'identification des aliments riches en vitamine A, 44% des répondants avaient cité les légumes oranges (carottes, courges), 32% les fruits de couleur orange (mangues et papayes mûres), 26% l'huile de palme non cuite, 22% le poisson, 21% les œufs, 11% le lait et yaourt et 4% le foie. Il est important de signaler que 23% des répondants n'avaient pas été en mesure de citer au moins un aliment riche en vitamine A.

Couverture de la supplémentation en vitamine A

Figure : Couverture de la supplémentation en vitamine A par province et par tranche d'âge



S'agissant de la couverture de supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois, cette dernière était de 76,4% pour l'ensemble du pays. La tranche d'âge de 6 à 11 mois était la moins bien couverte. Seules les provinces du Kasai Occidental, Kasai Oriental, Maniema, Sud Kivu et la province Orientale ont atteint une couverture supérieure au seuil de 80% fixé.

Déparasitage avec le Mebendazole

Pour le déparasitage avec le Mebendazole, 72% des responsables des enfants ont affirmé qu'ils étaient informés qu'il y aurait distribution de Mebendazole aux enfants durant la campagne de mai 2005. Et 89% d'entre eux ont appris au même moment que la distribution de Mebendazole était associée à celle de la vitamine A.

Concernant les sources par lesquelles le responsable a entendu parler de la distribution de Mebendazole, il ressort que le personnel du centre de santé était le moyen le plus cité (55%), suivi du mégaphone (45%), des leaders communautaires (30%), de la radio (18%), des brochures ou affiches (16%) et des parents, amis ou voisins (12%). La télévision n'a été citée que par 3% des répondants.

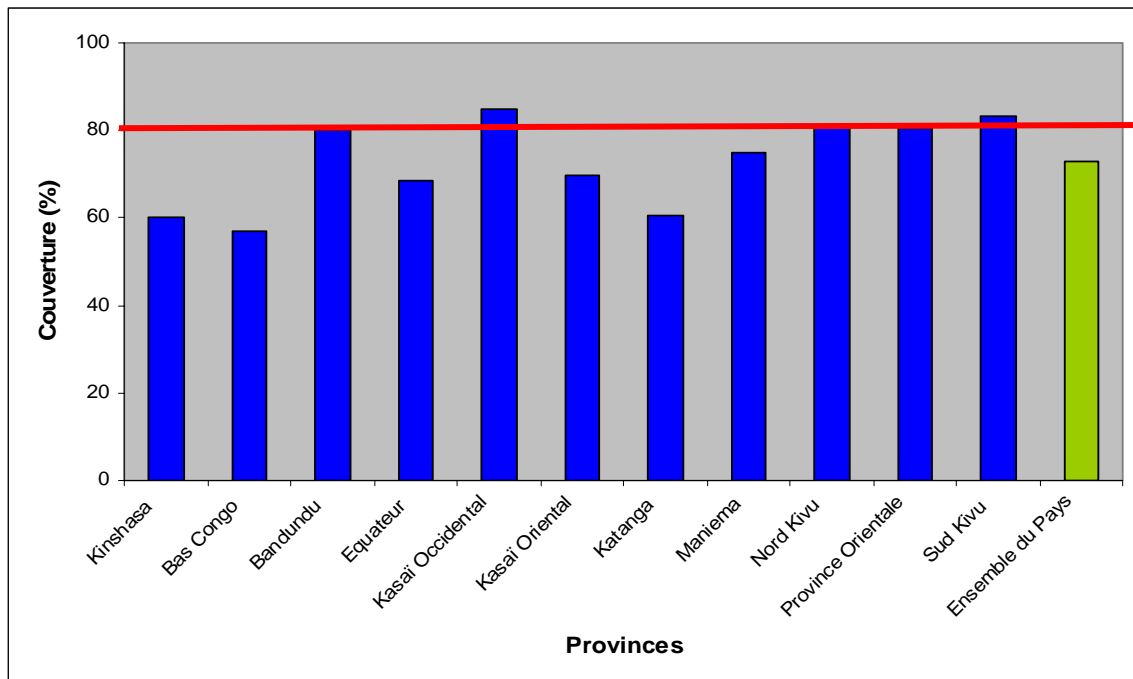
A la question de savoir l'âge de début de prise de Mebendazole, 33% des responsables ont affirmé que leurs enfants devaient commencer à prendre ce produit à moins de 12 mois d'âge. La grande majorité des responsables ont déclaré que leurs enfants avaient reçu un comprimé de Mebendazole.

Quatre vingt quinze pourcents des répondants ont déclaré que l'administration du Mebendazole était bénéfique pour leurs enfants. Pour eux, différentes raisons telles que : il débarrasse l'enfant des vers intestinaux (86%), il protège contre les infections (17%) et l'agent chargé de la distribution nous l'a dit (3%) étaient les principales évoquées.

A la question de savoir si les responsables recommanderaient à l'avenir que la distribution de Mebendazole soit associée à celle de la vitamine A, 82% d'entre eux sont favorables à cette association pour les raisons suivantes : la vitamine A assure la croissance, protège l'enfant et les yeux (43%) ; le Mebendazole débarrasse les vers intestinaux, combat l'infection et la toux, tue les microbes (39%).

Couverture du déparasitage avec le Mebendazole

Figure : Couverture du déparasitage en Mebendazole par province selon la 2^{ème} approche



Quant à la couverture du déparasitage avec le Mebendazole des enfants de 12 à 59 mois, elle était de 72,8% pour l'ensemble du pays. La tranche d'âge de 12 à 24 mois était la moins bien couverte quelque soit la province. L'objectif de 80% de couverture a été atteint dans cinq provinces de la RDC, à l'exception de Kinshasa, du Bas Congo, de l'Equateur, du Kasai Oriental, du Katanga et du Maniema.

Couverture en vitamine A et en Mebendazole

De façon groupée, pour les enfants de 12 à 59 mois devant recevoir la vitamine A et le Mebendazole, la couverture était de 64,2% soit largement en dessous de l'objectif fixé qui était de supplémenter au moins 80% des enfants.

Résultats de l'enquête auprès des agents de santé

Au total, 589 agents ont été interviewés à travers toutes les 11 provinces du pays. Parmi les agents de santé interviewés, 70% étaient de sexe masculin et 30% de sexe féminin. Concernant leur niveau d'études, 29% des agents étaient des infirmiers A2, 26% des infirmiers A3 et 13% des infirmiers A1.

La plupart de ces agents étaient des infirmiers titulaires ou titulaires adjoints du centre de santé (54%), 20% des relais communautaires, 7% des agents de santé communautaire ou membre de CODESA, CODEV, NAC, 6% des infirmiers chargés de CPN, CPS, PEV et éducation sanitaire, 3% des laborantins et 2% des réceptionnistes ou secrétaires. S'agissant de leur rôle pendant la distribution de vitamine A et Mebendazole, 70% avaient servi comme agents de supplémentation, 13% comme sensibilisateurs ou mobilisateurs, 11% comme pointeurs et 10% comme superviseurs.

Comme en 2003, la supplémentation en 2005 s'était faite le plus souvent à domicile. En effet, 63% des agents de distribution ont travaillé de porte à porte, 20% dans les centres de santé, 8% dans les postes avancés, 5% dans les dispensaires et 2% dans les écoles. On voit bien qu'un agent pouvait combiner deux ou trois stratégies de distribution.

Le nombre moyen d'enfants vus par jour lors de la distribution était de $163,92 \pm 134,06$ enfants avec une médiane égale à 120 enfants ; le minimum et le maximum valant respectivement 2 et 900 enfants.

Connaissances, attitudes et pratiques en rapport avec la vitamine A

S'agissant des bienfaits de la vitamine A pour l'enfant, 68% des agents interviewés ont reconnu qu'elle protège les enfants contre les maladies et renforce leur immunité ; pour 54% elle protège l'enfant contre les maladies des yeux et intervient dans la vision ; pour 48% elle assure la croissance et aide l'enfant à bien grandir et 12% ont cité uniquement la bonne santé de l'enfant. Vingt deux agents ont affirmé qu'elle fortifie l'enfant, 14 ont déclaré qu'elle est un supplément nutritionnel et pour trois autres elle augmente le taux de vitamine A dans l'organisme.

Il faut toutefois noter que 30% des agents de santé ont affirmé que l'excès de vitamine A avait des effets secondaires. Les principaux effets secondaires cités étaient : les perturbations de la vision, l'hypertension intracrânienne, le syndrome de l'excès de vitamine A (intoxication), la diarrhée, la desquamation de la peau, les céphalées, la faiblesse ou la fatigue.

A la question de savoir combien de fois on devrait donner la vitamine A aux enfants, il y a une nette amélioration de la connaissance des agents par rapport à la campagne de 2003 car durant cette campagne de 2005, plus de la moitié des agents, soit 61%, ont su qu'elle se donne à intervalle de 6 mois, contrairement à la campagne de 2003 où seuls 6% d'eux avaient su y répondre correctement. Les autres agents ont affirmé qu'elle se donne soit une fois par an, soit plus de 2 fois par an.

Quatre vingt dix huit pourcents des agents ont reconnu qu'il existe des différences de dosage de la vitamine A selon l'âge mais seuls 74% d'entre eux ont pu dire que ces différences étaient entre les enfants de moins d'un an et les plus d'un an. Quant à la précision de la dose de vitamine A requise pour l'enfant, 91% des agents interviewés ont reconnu que la dose correcte pour l'enfant de moins d'un an est une capsule bleue de 100.000 UI ou 3 gouttes d'une capsule rouge de 200.000UI et pour les enfants de plus d'un an, 93% des agents ont affirmé que la dose correcte est une capsule rouge de 200.000UI. Les autres agents ont donné des réponses non correctes.

Formation des agents impliqués dans la distribution de la vitamine A

Quatre vingt sept pourcents des agents ont affirmé avoir reçu une formation ou une orientation sur l'administration de la vitamine A. Pour 73% d'entre eux, cette formation n'a duré qu'une journée. Au cours de cette formation, les principaux thèmes couverts étaient les suivants : comment administrer la vitamine A ; avantages, bienfaits, importance de la vitamine A ; supplémentation en vitamine A ; dosage de la vitamine A ; âge ou population cible ; déparasitage, bienfaits et comment administrer le Mebendazole ; et comment assurer la mobilisation. Soixante onze pourcents des agents interviewés ont affirmé avoir reçu des documents écrits durant la formation. La grande majorité des agents qui ont suivi la formation l'ont trouvée appropriée

Quatre vingt quatorze pourcents des agents de santé interviewés ont affirmé qu'ils transmettaient systématiquement des informations telles que : les bienfaits de la vitamine A ; la fréquence des campagnes et le respect du calendrier de tous les 6 mois ; la mobilisation, la sensibilisation, l'invitation à participer à la supplémentation ; les bienfaits de la vitamine A et du Mebendazole ; les aliments riches en vitamine A ainsi que les âges cibles aux responsables des enfants durant la distribution de la vitamine A et du Mebendazole.

Obstacles, problèmes rencontrés et suggestions

A la question de savoir s'il existait des problèmes particuliers que les agents avaient rencontrés lors de la distribution de la vitamine A et du Mebendazole, la moitié d'entre eux ont répondu par l'affirmative. En effet, 63% d'entre eux ont affirmé avoir rencontré le problème d'enfants sans de carte de santé, 42% celui d'un trop grand nombre d'enfants, 35% celui de la crainte des effets secondaires, 19% celui d'un trop petit nombre d'enfants et 18% celui de l'approvisionnement en capsules de vitamine A.

Tous les agents de santé interviewés ont suggéré les changements suivants pour améliorer la supplémentation en vitamine A et en Mebendazole : l'augmentation de la prime du personnel ; l'intensification de la sensibilisation ; l'augmentation des moyens logistiques.

A la question de savoir comment les agents ont suivi la gestion des capsules de vitamine A distribuées, 38% d'entre eux ont déclaré qu'ils avaient fait par le pointage, la fiche de stock et 26% en conservant les capsules utilisées pour les compter avant de les brûler.

Soixante pourcents des agents de santé interviewés ont affirmé connaître les raisons pour lesquelles les parents n'ont pas amené leurs enfants à la distribution de vitamine A et de Mebendazole. Parmi ces raisons, les principales évoquées étaient les suivantes : les rumeurs, la crainte des effets nocifs de la vitamine A ; les convictions religieuses, les mauvaises croyances, les tabous et coutumes ; l'analphabétisme, l'ignorance, la négligence des parents ainsi que la faible sensibilisation.

Pour vaincre ce refus des parents, les agents de santé ont proposé : la sensibilisation des parents, l'éducation sanitaire et nutritionnelle ; la sensibilisation et l'implication des chefs religieux ; l'implication de l'autorité locale et les leaders communautaires. Certains agents ont même suggéré que l'Etat puisse jouer son rôle par l'application de mesures contraignantes et politiques.

Quatre vingt trois pourcents des agents interviewés ont déclaré que la communauté a participé aux activités de distribution de la vitamine A en sensibilisant les amis, voisins et membres de famille de porte à porte et à travers les églises ; en amenant les enfants à la distribution ; à travers les relais communautaires et leaders communautaires ; et en proposant des logements aux supplémentateurs.

Résultats de l'enquête auprès des responsables aux niveaux central, provincial et périphérique

Au total à travers toutes les 11 provinces du pays, 42 agents ont été interviewés dont 32 du niveau périphérique consistant en des membres des équipes cadres des zones de santé et 10 du niveau intermédiaire correspondant aux inspections médicales de province ou de district.

Près de la moitié (47,6%) de ces agents étaient des médecins chefs des zones de santé. Les autres responsables interviewés étaient des médecins inspecteurs provinciaux, des médecins coordonnateurs de district, des coordonnateurs provinciaux de nutrition, des administrateurs gestionnaires, des infirmiers superviseurs, des médecins directeurs de HGR, etc.

Planification des activités

De toutes les activités citées par ces responsables interviewés et qui étaient planifiées en rapport avec la campagne de supplémentation de mai 2005, la sensibilisation et les réunions du comité de coordination et des supplémentateurs étaient les plus fréquentes. Viennent ensuite la micro planification, le briefing et la formation, la supplémentation/déparasitage et la supervision ainsi que la réception et distribution des intrants et matériels.

Quant à leur niveau d'exécution, 48,7% des répondants avaient déclaré que les activités planifiées étaient entièrement réalisées (100%). Selon ces responsables, les activités ayant marché comme prévu étaient par ordre décroissant de fréquence : la formation, la sensibilisation, la supplémentation et le déparasitage, le briefing des agents, la supervision, la distribution des intrants et matériels ainsi que la mobilisation sociale et la tenue des différentes réunions.

De la bonne réalisation de ces activités, les répondants avaient tiré différentes leçons parmi lesquelles: une bonne planification (micro planification) faite à la base est impérieuse ; la sensibilisation permet une meilleure compréhension des bienfaits de la vitamine A et du Mebendazole par la population; l'association du Mebendazole à la distribution de la vitamine A permet une bonne adhésion de la population car les effets du Mebendazole sont immédiatement visibles.

Ils avaient d'autre part classé l'évaluation, la planification, la supervision et paradoxalement la sensibilisation dans l'ensemble des activités qui n'avaient pas marché comme prévu. A leur opinion, cette situation était due entre autre aux raisons suivantes : manque de micro planification, non respect les prévisions de la base en ce qui concerne par exemple le nombre d'équipes à déployer, défaut de communication dans les aires de santé, insuffisance des moyens logistiques et financiers, approvisionnement tardif en intrants, rupture de stocks, retard causé par les organisateurs, la saison de pluie, travail avec des moyens de bord.

Moyens logistiques et documents relatifs à la campagne

Seuls quatre répondants sur quarante deux avaient reconnu que les moyens logistiques étaient disponibles à leur niveau en accord avec la planification effectuée. Dix-sept répondants sur quarante deux, soit 40,5% ont déploré le fait que les moyens logistiques programmés n'étaient pas disponibles à leur niveau suivant le calendrier arrêté pendant la planification des activités en rapport avec la campagne de supplémentation du mois de mai 2005. Néanmoins, dix-neuf responsables interviewés qui représentaient

quarante cinq pourcents des répondants avaient affirmé que certains moyens logistiques étaient à leur niveau en accord avec la planification établie.

S'agissant des imprimés (fiches, canevas, guides de supplémentation, affiches, guides d'âges, etc.) et autres documents relatifs à la campagne de supplémentation, 47,6% des répondants avaient affirmé qu'ils étaient disponibles à leur niveau suivant le calendrier prévu. Cependant, il convient aussi de remarquer que pour plus de la moitié des responsables interviewés qui, du reste étaient pour la plupart des médecins chefs de zone de santé, les imprimés n'avaient pas atteint leur niveau suivant le calendrier établi.

Cette situation n'était pas sans conséquences sur le déroulement de la campagne et l'efficacité des équipes sur le terrain.

Les répondants avaient attribué cela à plusieurs raisons dont les suivantes : la sous estimation des besoins (quantité insuffisante), les contraintes au niveau supérieur entraînant une exécution retardée des prévisions, le travail fait dans la précipitation ayant occasionné le manque de certains imprimés.

Stratégies de mobilisation sociale et moyens de contrôle des activités

En vue d'assurer la mobilisation communautaire, diverses stratégies étaient mises en place. De l'avis des répondants, les stratégies les plus mentionnées sont reprises dans le tableau 45.

Il apparaît donc que la mobilisation communautaire avait été principalement réalisée en recourant aux relais communautaires, aux mobilisateurs sociaux et aux leaders communautaires sans oublier les autres partenaires locaux. Cette mobilisation était en grande partie accomplie par la sensibilisation des leaders et des masses par les relais communautaires, les églises, la radio et les écoles, l'affichage des messages et leur diffusion par mégaphone.

Les répondants avaient précisé que le suivi de la gestion des capsules distribuées était principalement basé sur la fiche de pointage des enfants supplémentés et le comptage des réceptacles (capsules) vides à la fin de chaque journée. Le bordereau de livraison, la fiche de stock, le comptage des capsules restant, le plan de distribution suivant la population cible attendue, la présence d'un tableau des indicateurs et la supervision des équipes sur le terrain ont aussi été utilisés comme pointage était aussi utilisé comme moyen de suivi des capsules distribuées.

Quant aux moyens de contrôle/assurance de la bonne exécution des activités planifiées au niveau inférieur, la supervision de la campagne et le rapport du niveau inférieur étaient citées respectivement par 90% et 35% des responsables interviewés ; d'autres moyens parmi lesquels de petites enquêtes rapides dans la population étaient mentionnés par 15% des répondants.

Au moins 90% des responsables aux différents niveaux de planification ont reconnu que la communauté avait participé d'une façon ou d'une autre à la campagne de supplémentation du mois de mai 2005. A leur avis, cette participation a consisté principalement dans le fait que les responsables des enfants les ont emmenés au site de supplémentation/déparasitage ainsi que dans l'implication des relais communautaires et chefs de villages/quartiers dans la sensibilisation des membres de leur communauté, la mobilisation des ressources locales pour assurer un meilleur déploiement des équipes de supplémentation, la participation de certaines personnes en charge des enfants dans l'administration du Mebendazole et la contribution dans l'identification des enfants qui n'avaient pas été supplémentés ou déparasités.

Là où la participation communautaire était en dessous des attentes des responsables interviewés, ils l'ont attribué au fait que la communauté n'est pas valorisée et que la supplémentation est considérée comme une affaire des agents de santé.

Concernant les voies et moyens pour accroître cette participation communautaire, les répondants avaient notamment évoqué l'intensification de la sensibilisation de la communauté pour sa meilleure information, une meilleure motivation de tous des agents qui participent à la supplémentation et particulièrement les RECO, une augmentation du nombre de mobilisateurs (RECO et autres) sans oublier l'implication de la communauté dans la planification des activités. L'association du Mebendazole à la distribution de la vitamine A était aussi suggérée comme moyen d'accroître la participation communautaire.

Points forts et points faibles

Concernant les points forts sur l'ensemble des 57 réponses obtenues car certains avaient souligné plus d'un seul point, 19% des répondants avaient épinglé l'association de la vitamine A et du Mebendazole comme l'aspect le plus positif qui avait constitué une impulsion ayant entraînée une forte participation communautaire.

Hormis ces deux premiers points, ils avaient aussi souligné la disponibilité de la vitamine A, du Mebendazole et des autres intrants (12,3%), l'implication de communauté et des autorités administratives locales (8,8%), la mobilisation des ressources locales (7,0%), le respect du calendrier planifié et la réalisation des résultats (5,3%), la présence effective des différents acteurs sur le terrain (3,5%) ainsi que la synergie entre différents partenaires (3,5%).

En vue de conforter ces acquis, les répondants avaient principalement suggéré : une bonne planification que l'on devrait ultérieurement respecter lors de l'exécution des activités de supplémentation, la mise à disposition de tous les intrants et les moyens logistiques auprès des équipes à temps et en accord avec les besoins réellement évalués sur le terrain, l'amélioration de la motivation des prestataires et une forte sensibilisation de la population.

Quant aux points faibles, cent et deux réponses étaient obtenues des répondants dont 32,4% avaient principalement évoqué le retard dans l'approvisionnement en différents intrants et l'insuffisance/manque de certains intrants (ciseaux, guides d'âges, fiches de synthèse, etc.).

Les autres points faibles évoqués se rapportaient au nombre insuffisant des équipes de supplémentation (5,9%), l'absence de planification ou une planification venant du niveau supérieur sans tenir compte des besoins réels évalués à la base (4,9%), la rupture de stocks de capsules de vitamine A de 100000UI et de Mebendazole (4,9%), le manque de coordination des activités/supervision moins assurée (3,9%) et l'insuffisance des moyens logistiques de déplacement des équipes et de sensibilisation (mégaphones) insuffisants (3,9%).

D'autres points faibles consistant en la modicité de la motivation (perdiem) des agents impliqués dans la supplémentation et l'information tardive de la communauté avaient également été soulevés.

Pour surmonter ces difficultés, il avait été suggéré d'organiser la micro planification à la base en associant aussi la communauté et de la respecter, d'éviter l'improvisation, d'augmenter le nombre d'équipes, d'assurer les moyens de transport appropriés et suffisants, d'assurer une meilleure mobilisation sociale et de tenir compte de la population.

En guise de mot de la fin, les responsables interviewés avaient souhaité que le nombre d'équipes soit augmenté en accord avec la planification effectuée et en tenant compte du contexte particulier de chaque zone de santé (étendue, distances à parcourir, etc.); les moyens logistiques et ressources matérielles nécessaires pour la mobilisation sociale et la supplémentation soient disponibles à temps au niveau des équipes sur le terrain ; ainsi que les membres des équipes de distribution soient mieux formés et leur prime revue à la hausse.

En conclusion

L'analyse des résultats de cette évaluation montre que pour l'ensemble du pays, la couverture moyenne de la supplémentation en vitamine A était de 76,1% pour les enfants de 6 à 59 mois. La couverture du déparasitage avec le Mebendazole était de 81,2% pour les enfants ciblés (12 à 59 mois). Quant à la couverture pour les deux produits, c'est-à-dire la vitamine A et le Mebendazole, elle était de 71,6% pour les enfants de 12 à 59 mois.

Il y a lieu de relever les quelques faits saillants suivants :

- L'objectif qui était fixé à 80% des enfants n'a pas été atteint pour la vitamine A mais l'a été pour le Mebendazole ;
- Les responsables qui n'ont pas amené leurs enfants à la distribution de la vitamine A ont évoqué les principales raisons suivantes : le lieu de distribution n'était pas connu ; l'heure et les jours de distribution n'ont pas été communiqués ; il n'y avait personne pour accompagner l'enfant, le responsable étant absent; ils avaient entendu qu'il n'y avait pas suffisamment de capsules ;
- Les principales sources des messages IEC en rapport avec la vitamine A et le Mebendazole restent les mêmes, à savoir : les crieurs avec mégaphones, les relais communautaires, les agents de santé ainsi que les leaders communautaires. La radio, les brochures, la télévision ainsi que les parents, amis et voisins ne jouent que des rôles secondaires ;
- Presque la totalité des parents reconnaissent qu'il y a des avantages à ce que leurs enfants prennent la vitamine A, cependant la majorité des parents ignorent toujours la tranche d'âge des enfants cibles, la fréquence de prise par an ainsi que l'âge de début de prise;
- Actuellement, plus de deux tiers des parents sont à mesure de citer au moins un aliment riche en vitamine A ou les différents moyens d'en obtenir suffisamment;
- La distribution de la vitamine A semble être intégrée aux autres activités de soins de santé primaires, car cette année en dehors du Mebendazole plus de 70% des enfants ont reçu des soins ou d'autres produits lors de cette distribution ;
- Le traitement des parents aux sites de supplémentation s'est nettement amélioré ;
- La sensibilisation de la communauté doit aussi permettre d'améliorer les connaissances des responsables des enfants sur la vitamine A ;
- Près de deux tiers des agents connaissent la fréquence de la supplémentation de la vitamine A et plus de 90% ont de bonnes connaissances en rapport avec les doses selon l'âge des enfants;
- Plus de 65% de ces agents ont des connaissances suffisantes sur les bienfaits (protection contre les infections, bonne pour les yeux, meilleure croissance, etc.) ;
- Selon le tiers de ces agents, les familles qui n'amènent pas les enfants à la distribution pensent principalement que la vitamine A des effets nocifs sur la santé des enfants ;
- Une meilleure formation des agents de distribution ainsi qu'une large sensibilisation sont nécessaires pour vaincre les obstacles identifiés ;

- La planification des activités devrait tenir compte de la micro planification de la périphérie (zones de santé).

Compte tenu de l'étendue du pays et des difficultés de transport, les résultats obtenus sont encourageants et les efforts doivent encore être continués. Les différences constatées entre les résultats de différents rapports de terrain et ceux de l'enquête montrent et suggèrent qu'il est important de valider les données des rapports de terrain par une enquête scientifiquement menée au moins une fois par an.

Au regard des résultats de cette enquête, l'équipe de recherche a formulé les recommandations suivantes :

Au niveau des ménages :

- Assurer une bonne sensibilisation de la population sur les bienfaits de la vitamine A et du Mebendazole, l'âge des enfants ciblés ainsi que les doses et la fréquence de la supplémentation ;

Au niveau des acteurs de terrain:

- Renforcer l'utilisation de tous les canaux appropriés pour la sensibilisation de la population ;
- Rendre disponible avant la campagne tous les intrants, en particulier les capsules de vitamine A selon les âges des enfants et les comprimés de Mebendazole;
- Continuer la formation des agents de santé sur la vitamine A et le Mebendazole en général, et insister sur la fréquence de distribution, la dose à donner selon l'âge et les aliments riches en vitamine A ;
- Combiner les différentes stratégies lors des campagnes de distribution, mais encourager l'intégration de la distribution de la vitamine A dans les activités de routine des structures de santé pour assurer sa pérennisation. Pour ce faire, il faut informer clairement et à temps la population sur les dates et les lieux de distribution afin de réduire progressivement le recourt à la stratégie de distribution de porte à porte qui nécessite la mobilisation d'importantes ressources humaines et financières.

Au niveau des décideurs :

- Mieux planifier et coordonner les campagnes en mettant en synergie tous les paramètres et tous les acteurs ainsi qu'en constituant et en exploitant au mieux la base de données;
- Continuer et intensifier la mobilisation de toutes les ressources nécessaires aux niveaux national et international;
- Rendre disponible à temps tous les produits et le petit matériel dans les zones de santé ;
- Continuer à développer le matériel et assurer la formation en vitamine A et en Mebendazole pour les agents de santé ;
- Organiser des dénombrements des enfants de moins de 5 ans dans chaque province voire chaque zone de santé afin d'avoir un dénominateur exact pour le calcul des différents indicateurs de santé en général et des couvertures en particulier.

Au niveau des partenaires :

- Continuer de soutenir et appuyer les campagnes de supplémentation et déparasitage pour une meilleure santé des enfants de moins de 5 ans, groupe vulnérable aux maladies.

I. INTRODUCTION

La carence en vitamine A est un problème de santé publique reconnu dans plusieurs pays en développement, notamment en Asie du sud et du sud-est, en Afrique subsaharienne et dans certaines régions d'Amérique centrale (1).

Dans le monde, 5 à 10 millions de nouveaux cas de xérophtalmie sont déclarés chaque année chez des enfants. Actuellement, l'OMS estime que près de 500.000 enfants deviennent aveugles chaque année à cause de la carence en vitamine A et que la moitié de ceux-ci sont destinés à mourir peu de temps après (2).

La carence en vitamine A représente la première cause de cécité dans les pays en développement. De plus, chaque année, des manifestations oculaires pathologiques moins graves dues à un apport insuffisant en vitamine A, affectent 5 millions d'enfants en âge préscolaire (1).

Outre l'atteinte oculaire, la carence en vitamine A diminue la résistance contre les infections, aggrave les maladies infectieuses en cours et entraîne le retard de croissance physique et mentale. Elle contribue donc à l'accroissement de la morbidité et de la mortalité infantiles (2).

Les enfants vivant dans les zones où la carence en vitamine A est endémique sont victimes des maladies, comme la rougeole et la diarrhée. Ces infections, très communes dans nos pays en développement, peuvent à leur tour aggraver un état subclinique de carence en vitamine A et entraîner la cécité et la mort en quelques jours ou semaines (2).

D'après des estimations récentes, près de la moitié des enfants d'âge préscolaire des pays en développement, soit plus de 250 millions, sont affectés par une carence subclinique en vitamine A plus ou moins prononcée (1).

Il a été démontré également que même en l'absence de signes cliniques oculaires sévères, la carence en vitamine A augmente le risque de décès des enfants de 6 à 59 mois. La carence en vitamine A serait responsable du décès de 1 à 2,5 millions d'enfants d'âge préscolaire chaque année (1).

Des études d'intervention communautaires ont montré, dans plusieurs régions du monde à prévalence élevée de carence clinique en vitamine A, qu'une supplémentation en vitamine A réduisait la mortalité des enfants de 6 à 59 mois en moyenne de 23 à 30% (1). D'autres études ont montré que la supplémentation en vitamine A dans les pays endémiques réduisait de 50% la mortalité due à la rougeole, de 40% celle due à la diarrhée et de 25% la mortalité due aux maladies infectieuses. La supplémentation est actuellement considérée comme étant la meilleure mesure d'urgence de lutte contre la carence en vitamine A (3).

Les résultats des recherches épidémiologiques dans les pays en développement mettant en évidence une corrélation entre la consommation de vitamine A et la réduction des taux de morbidité et de mortalité des jeunes enfants ont renouvelé l'intérêt pour la mise en place de programme de prévention de la carence en vitamine A dans différents pays touchés par le problème (2).

La République Démocratique du Congo n'échappe pas à ce problème de carence en vitamine A. En effet, l'enquête nationale menée en 1998 dans plusieurs provinces de la RDC par le Ministère de la Santé (BN-TDCI) a montré que la carence en vitamine A, témoignée par une prévalence de 61,1 % d'enfants de 6 à 36 mois (soit 6 enfants sur 10) avec un taux de rétinol sérique inférieur à 0,7 $\mu\text{mol/l}$, représente un problème important de santé publique en RDC (7).

L'analyse profile menée en 2003 a indiqué que la carence en vitamine A est la cause sous-jacente de 39% de décès de moins de cinq ans ; et si des actions appropriées ne sont pas menées pour le contrôle de la carence en vitamine A dans la population infantile, quelques 525.000 enfants de moins de 5 ans mourront dans les cinq prochaines années.

Depuis 1998, profitant de l'opportunité des Journées Nationales Vaccination (JNV), les enfants de 6 à 59 mois reçoivent une dose de vitamine A. Cette approche a permis d'atteindre 66%, 78%, 92%, 98% et 92% d'enfants dans toutes les provinces respectivement en 1998, 1999, 2000, 2001 et 2002, selon les rapports des zones de santé des provinces.

Au cours de l'année 2000, avec l'appui du Projet BASICS et de l'UNICEF, une expérience pilote d'intégration de l'administration de la vitamine A dans les activités de routine des centres de santé a été développée dans 3 Zones de Santé de la ville de Kinshasa, à savoir Kimbanseke, Mont-Amba et Ngaba. Quelques Zones de Santé de la province du Kasai Oriental ont également démarré l'intégration de la supplémentation en vitamine A des populations cibles au cours de l'année 2000. Vu l'ampleur de la carence en vitamine A, l'extension de la supplémentation en vitamine A aux populations cibles dans toutes les zones de santé du pays s'imposait.

C'est ainsi que le Ministère de la Santé publique, à travers le Programme National de Nutrition (PRONANUT), a adopté comme stratégies de lutte la supplémentation en vitamine A des groupes cibles constitués des enfants de 6 à 59 mois et des femmes allaitantes ainsi que la promotion de la production et de la consommation des aliments riches en vitamine A et l'enrichissement en micronutriments des aliments pour pérenniser la correction en vitamine A. Cette supplémentation devrait être intégrée dans les activités des Soins de Santé Primaire (SSP).

Avant 2001, la plupart des zones de santé n'administraient pas encore la vitamine A dans la routine. En effet, les activités de supplémentation réalisées en routine en l'an 2001 n'ont couvert que 29,5% à Kinshasa et 27% dans le Bas Congo des enfants de 6 à 59 mois.

Pour la première fois, entre les mois de février et mai 2002 et avec l'appui de MOST, de l'UNICEF, de BASICS II et de SANRU III, le PRONANUT a organisé une supplémentation massive en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois dans toutes les provinces à travers les 266 zones de santé planifiées. L'objectif fixé lors de cette distribution était d'atteindre 60% des enfants cibles en vue de réduire la morbidité et la mortalité infantiles dans le pays par la supplémentation en vitamine A.

Pour mesurer l'efficacité de cette distribution, une enquête a été réalisée au mois de mai 2002. Quelques griefs ont été formulés par certains responsables des enfants, à savoir qu'ils n'étaient pas suffisamment informés sur la distribution de la vitamine A, ils n'ont pas été bien traités au site de la distribution et, enfin, que le nombre de capsules de vitamine A dans les sites de distribution et d'autres intrants n'était pas suffisant.

Pour sa part, le personnel de santé ayant participé à la distribution a jugé que le contenu et le temps consacré à leur formation n'étaient pas suffisants. Ceci s'était traduit par leur niveau de connaissances assez limité sur les doses de la vitamine A à donner selon l'âge et la fréquence de son administration aux enfants de 6 à 59 mois. En outre, le personnel de santé a préconisé l'adoption du porte à porte comme la meilleure stratégie de distribution et une meilleure motivation des agents pour la campagne 2003.

Sur le plan organisationnel, ils ont également recommandé de rendre disponibles avant le début de la campagne toutes les ressources matérielles et financières nécessaires dans les différentes aires de supplémentation. Il s'avère ainsi nécessaire d'assurer une meilleure formation des agents de

supplémentation, une bonne supervision à tous les niveaux et une meilleure mobilisation de la communauté.

Pour continuer dans cet effort de lutte contre la carence en vitamine A, le PRONANUT et ses partenaires ont planifié une supplémentation de masse des enfants de 6 à 59 mois durant le mois de février et d'août 2003 ainsi qu'une supplémentation de routine des enfants malades et des femmes allaitantes conformément à la politique nationale de nutrition pour l'exercice 2003.

Au regard des recommandations de l'atelier d'évaluation de la supplémentation tenu en février 2002 et des résultats de l'enquête, l'approche mixte intégrant – selon le cas – la stratégie fixe, la stratégie fixe avancée et la stratégie porte à porte a été utilisée lors de la supplémentation intensive des enfants de 6 à 59 mois en février et en août 2003. Par ailleurs, la supplémentation de toutes les populations cibles (femmes allaitantes, enfants malades et ceux ayant atteint 6 mois après la supplémentation intensive) devait être poursuivie et intégrée dans les activités de routine des zones de santé.

Une évaluation de cette 2^{ème} intervention avait été jugée nécessaire pour identifier les problèmes éventuels et proposer des recommandations pour le futur. L'analyse des résultats de cette évaluation avait montré que la couverture moyenne était de 73% dans l'ensemble des zones de santé alors que l'objectif fixé était d'atteindre au moins 80% des enfants. Cet objectif avait néanmoins été atteint dans deux zones de santé sur les trois enquêtées. La plus faible couverture a été observée à Kambove, où seulement 43% des enfants de 0 à 5 ans avaient reçu la vitamine A pendant la campagne de 2003.

Quelques faits saillants avaient pu être soulevés :

- La stratégie de distribution de porte à porte a été la plus fréquemment utilisée et a permis d'atteindre l'objectif de 80% des enfants supplémentés en vitamine A dans certaines zones de santé ;
- Les responsables qui n'ont pas amené leurs enfants à la distribution de la vitamine A ont évoqué deux raisons principales suivantes : le lieu de distribution n'était pas connu, l'heure et les jours de distribution n'ont pas été communiqués ;
- La majorité des parents ignoraient la tranche d'âge des enfants cibles ;
- Pendant cette campagne, les principales sources de messages IEC en rapport avec la vitamine A étaient : les crieurs avec et sans mégaphones, les agents de santé, les brochures et autres documents écrits ainsi que les leaders communautaires. La radio et la télévision n'ont joué qu'un rôle secondaire ;
- Les aliments riches en vitamines A ne sont pas souvent connus par les parents des enfants et même par les agents de santé ;
- Il n'y a que 12% des enfants supplémentés en vitamine A qui ont reçu d'autres soins lors de la distribution de la vitamine A ;
- Six pourcents des enfants qui se sont rendus au lieu de distribution n'ont pas pu recevoir la vitamine A parce qu'il n'y avait plus de capsules, l'enfant était arrivé en retard ou qu'il fallait payer l'argent pour la fiche avant de recevoir la vitamine A ;
- Parmi les agents de santé qui ont participé à la distribution de la vitamine A, certains ne connaissaient pas les doses exactes à donner selon l'âge de l'enfant ;
- Quelques agents de santé n'ont pas encore intériorisé tous les bienfaits de la vitamine A.

En septembre 2003, s'est tenu un atelier d'évaluation et d'adoption des stratégies de lutte contre la carence en vitamine A en RDC. Les objectifs spécifiques de cet atelier étaient les suivants :

- Evaluer les différentes activités de supplémentation en vitamine A menées en 2003 ;
- Adopter les stratégies de lutte contre la carence en vitamine A applicables dès 2004.

A l'issue des travaux de l'atelier, les stratégies suivantes ont été adoptées :

- La supplémentation de masse et de routine en vitamine A des groupes vulnérables ;

- La promotion des aliments riches en vitamine A ;
- La fortification des aliments en vitamine A.

Un plan triennal de lutte contre la carence en vitamine A a été alors élaboré et les activités retenues en 2005 étaient les suivantes :

- Organisation de deux campagnes de masse, notamment en mai et novembre ;
- Redynamisation de la consultation préscolaire ;
- Promotion des aliments riches en vitamine A dans les zones de santé ;
- Etude de faisabilité de la fortification des aliments de haute consommation.

Pour mesurer l'efficacité de ces deux campagnes de masse de supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois, deux enquêtes ont été prévues respectivement durant les mois de juillet et de novembre 2005.

II. PRESENTATION DU PROJET D'APPUI A LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A

2.1. Historique

Comme nous l'avons dit plus haut, l'administration de la vitamine A a commencé en 1997 au cours des JNV, lors de la seconde phase. A cette époque, la plupart des zones de santé n'administrait pas encore la vitamine A dans la routine. En effet, à titre illustratif avec l'appui des partenaires (UNICEF, BASICS), les résultats des activités de supplémentation réalisées en routine en l'an 2001 n'avaient couvert qu'environ 30% des enfants de 6 à 59 mois à Kinshasa et 27% au Bas Congo.

C'est ainsi que 6 mois après les derniers JNV de 2001, le projet d'appui à la supplémentation en vitamine A a été créé. Ce projet, initié par le PRONANUT avec l'appui de ses partenaires dont l'UNICEF, BASICS et MOST, a organisé des activités intensives d'administration de la vitamine A depuis février jusqu'en mai 2002 pour atteindre une grande proportion d'enfants, surtout de la tranche d'âge de 12 à 59 mois, sur l'ensemble du territoire national.

Cet appui devait également permettre de redynamiser la Consultation Préscolaire (CPS) et l'introduction de la supplémentation en vitamine A dans toutes les provinces du pays à travers les activités de routine des SSP. Au cours de la supplémentation de février mai 2002, 266 zones de santé ont été prises en charge par l'UNICEF, SANRU III, BASICS II et MOST.

Le MOST, l'UNICEF, le SANRU III devaient appuyer les activités de supplémentation en province alors que le BASICS et l'UNICEF étaient appelés à appuyer les activités dans la ville de Kinshasa.

En août 2003, une 2^{ème} intervention massive de supplémentation des enfants de 6 à 59 mois a été organisée à travers toute l'étendue du pays en synergie avec les journées sous nationales de vaccination contre la polio dans 201 zones de santé.

En octobre 2003, le PRONANUT a conçu un macro plan de « lutte contre la carence en vitamine A » dont les objectifs global et spécifique, les stratégies, les indicateurs, les résultats attendus ainsi que le chronogramme d'activités sont repris ci-dessous.

Deux autres campagnes de supplémentation en vitamine A ont été programmées en février et août 2004. Pour cette année 2005, une campagne de supplémentation a été organisée en mai et une autre est prévue en novembre.

2.2. Objectifs

a) Objectif global

L'objectif global du projet d'appui à la supplémentation en vitamine A consiste à contribuer à l'élimination de la carence en vitamine A en tant que problème de santé publique d'ici 2006 et par-là la réduction de la morbidité et la mortalité infantile.

b) Objectif spécifique

L'objectif spécifique pour parvenir à cet objectif global est de corriger le statut en vitamine A d'au moins 80% des enfants de 6 à 59 mois de la RDC en les supplémentant en vitamine A.

2.3. Stratégie

- La supplémentation des masses deux fois l'an chez les enfants de 6 à 59 mois

2.4. Indicateur

- Proportion d'enfants de 6 à 59 mois supplémentés

2.5. Résultat attendu

- Tous les enfants de 6 à 59 mois supplémentés en vitamine A

2.6. Chronogramme des activités de supplémentation en Vitamine A et Mebendazole en 2005 (1^{ère} phase)

Pour l'année 2005, le chronogramme des activités de campagne de supplémentation en vitamine A se résumait comme suit :

N°	Activités	Période
1.	Micro planification <ul style="list-style-type: none">- S'adresser aux Coordonnateurs de nutrition de donner les états de lieux de leurs provinces respectives- Consolidation des Etats de lieux et budget global estimé- Contact avec les partenaires : niveau local et au niveau du terrain- Détermination des stratégies alternatives si GAP non comblé- Rétro information faite à la base	9 – 19 février 2005 21 – 26 février 2005
2.	Intrants : vitamine A et ciseaux ou aiguilles <ul style="list-style-type: none">- Estimation de besoins en dehors de la province Orientale et celle de l'Equateur- Colisage par province et négociation du transport- Expédition vers les provinces- S'assurer de la distribution vers les zones de santé, les centres de santé et les sites de supplémentation	21 – 26 février 2005 7 – 20 février 2005 7 – 20 février 2005 7 – 20 février 2005
3.	Imprimés : production, reproduction et expédition <ul style="list-style-type: none">• Guide d'âge• Fiches de pointage (les cases pour le Mebendazole sont	25 – 26 février 2005 Réunion pour examiner

	<p>déjà ajoutées)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canevas de supervision • Fiche de synthèse de rapport • Fiche d'annonce Vit A et Mebendazole • Guide de supplémentation vit. A et Mebendazole <p>- Production de ces outils à charge du PRONANUT et ses partenaires</p> <p>- Reproduction à charge de l'UNICEF et SANRU</p> <p>- Expédition à charge de l'UNICEF et SANRU</p>	l'avancement de la préparation
4.	<p>Mobilisation sociale : production</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spots TV et radio - Banderoles - T-shirts - Journées de sensibilisation TV et radio <p>UNICEF et HKI pour la reproduction</p>	15/02 – 15/03/05
5.	<p>Personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identification (profil) des superviseurs centraux et leur briefing (MOST pour la prise en charge dans toutes les provinces) • Briefing des superviseurs provinciaux et des cadres des ZS 	<p>21 – 26 mars 2005</p> <p>21 – 26 mars 2005</p>
6.	<p>Séances de plaidoyer et de mobilisation des ressources</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présentation des résultats définitifs de la supplémentation en vitamine A 2004 et plaidoyer • Elaboration d'un tableau de suivi de budget par partenaire • Sensibilisation des partenaires traditionnels • Sensibilisation des partenaires du terrain 	7 – 12 mars 2005
7.	Lancement de la campagne de masse	13 – 16 Mai 2005
8.	Supervision et collecte des données	13 – 16 Mai 2005
9.	Réunion de suivi et évaluation	Mai – Juin 2005
10.	Enquête de couverture de la 1 ^{ère} phase de la campagne 2005	Juillet – Août 2005
11.	Recommandation: le PRONANUT doit suivre les réunions PEV pour savoir ce qu'on dit et s'impliquer	

III. JUSTIFICATION DE L'EVALUATION

C'est à la demande du projet de lutte contre la carence en vitamine A qui prévoyait deux campagnes de supplémentation en vitamine A et en Mebendazole en mai et novembre 2005 que cette évaluation externe a été initiée dans le but de vérifier si :

1. L'objectif fixé de supplémenter 80% des enfants de 6 à 59 mois a été atteint ;
2. La supplémentation en vitamine A a réellement eu lieu dans les ménages pour les enfants de 6 à 59 mois ;
3. L'administration de Mebendazole a effectivement été associée à celle de la vitamine A pour les enfants de 12 à 59 mois au cours de cette campagne 2005.

IV. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

4.1. Objectif général

L'objectif général de cette évaluation était de déterminer l'efficacité du projet de supplémentation en vitamine A et en Mebendazole de 2005 à travers toutes les zones de santé du pays et d'en évaluer le processus de mise en œuvre à travers tous les niveaux (national, provincial, de district, zone de santé et communautaire). L'équipe d'évaluation externe travaillait en étroite collaboration avec un comité de suivi du PRONANUT pour des facilités d'exécution de cette évaluation sur le terrain.

4.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de cette évaluation consistaient à :

- Déterminer la couverture de la supplémentation en vitamine A et en Mebendazole dans les ménages au cours de la campagne du mois de mai 2005;
- Déterminer le niveau de connaissances et les opinions des personnes en charge des enfants dans les ménages en rapport avec la supplémentation en vitamine A et en Mebendazole;
- Identifier les sources des messages IEC en rapport avec la supplémentation en vitamine A et en Mebendazole;
- Déterminer le niveau de connaissance et les opinions des agents de santé chargés de la supplémentation en vitamine A et en Mebendazole;
- Identifier les problèmes qui se sont présentés durant l'intervention dans les structures sanitaires et dans la communauté ;
- Proposer des recommandations aux structures sanitaires du pays à travers le PRONANUT et aux partenaires intervenants.

V. PROFIL DES EVALUATEURS

Il s'agissait d'une évaluation externe faite par l'École de Santé Publique (ESP) de l'Université de Kinshasa. En effet, plusieurs membres du corps académique de l'ESP ont une expérience appréciable en matière d'évaluation des programmes de santé. L'équipe en charge de l'actuelle enquête de couverture avait aussi eu à conduire les précédentes (2002, 2003 et 2004). C'était une équipe multidisciplinaire composée des membres du corps académique et scientifique de l'ESP avec des compétences et capacités aussi bien en nutrition et épidémiologie qu'en évaluation des programmes, en méthodologie de la recherche et en analyse statistique des données.

VI. METHODOLOGIE

6.1. Sources des données

a) Sources existantes (**Revue documentaire*) :

- Documentation sur le Projet d'appui à la supplémentation en vitamine A
- Différents Rapports d'Enquête sur la vitamine A

b) Sources non existantes :

- Enquête auprès des ménages dans les zones de santé sélectionnées (questionnaire)
- Enquête auprès des agents de santé ayant participé aux activités de distribution de la vitamine A et du Mebendazole en 2005.

6.2. Choix des sites

Cette enquête de couverture concernait toutes les zones de santé du pays où se sont déroulées les activités intensives de supplémentation en vitamine A durant le mois de mai 2005. Les sites précis où se sont déroulés l'enquête ont été déterminés après échantillonnage.

6.3. Echantillonnage

a) Enquête ménage

Taille de l'échantillon

Pour cette étude transversale, la taille minimale de l'échantillon des enfants de 6 à 59 mois à enquêter a été déterminée par la formule suivante : $n = (Z^2 * p * q) / d^2$

Où : Z = coefficient de confiance suivant le seuil de confiance fixé (généralement à 95%, Z = 1,96)

p = estimateur de la proportion des sujets avec la caractéristique d'intérêt (dans le cas d'espèce, c'est la couverture de la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois)

q = 1 - p

d = degré de précision (suivant la précision souhaitée dans l'estimation des paramètres)

Avec un seuil de confiance de 95% et une couverture attendue de 80%, nous avons :

p = 80% = 0,80 ; q = 0,20 et d = 5% = 0,05

$$\Rightarrow n = ((1,96^2) * (0,80) * (0,20)) / (0,05^2) = 246$$

En vue de prendre en compte le taux de non réponse suite à l'absence de répondants éligibles au moment de l'enquête, cette taille minimale a été augmentée de 10% et la taille minimale de l'échantillon a été arrondie à 270 enfants de 6 à 59 mois par province.

Comme l'enquête ne s'est déroulée que dans les ménages ayant au moins un enfant de 6 à 59 mois et que dans le cas où il y en avait plusieurs, un seul d'entre eux a été sélectionné, le nombre d'enfants en rapport avec les informations qui ont été collectées au niveau des ménages a correspondu au nombre de ménages.

Tenant compte du fait que la couverture pouvait être plus basse que celle attendue dans certaines provinces, nous avons retenu au moins 270 ménages pour la province la moins peuplée et pour les autres, le nombre de ménages à enquêter a été proportionnel au poids démographique de chaque province.

Tenant compte du fait que l'enquête s'est déroulée dans un seul village par aire de santé et qu'il y avait des villages qui étaient moins peuplés et en vue d'assurer un choix aléatoire des ménages au niveau des villages pour une meilleure représentativité de l'échantillon, nous avons retenu 15 ménages par village.

En nous fixant un nombre total d'aires de santé variant entre 200 et 300 pour toutes les provinces de la RD Congo, la répartition par province sur base du poids démographique a été repris dans le tableau suivant :

Tableau 1 : Répartition des aires de santé par province en fonction de la population

Province	Estimation de la Population en 2000 (million)	%	Nombre d'AS	Nombre d'AS arrondi	Nombre de ménages par AS	Nombre total de ménages
Bandundu	6053	11,6	29	29	15	435
Bas Congo	3353	6,4	16	18*	15	270
Equateur	5561	10,7	27	27	15	405
Kasaï Occidental	4293	8,2	21	21	15	315
Kasaï Oriental	5114	9,8	25	25	15	375
Katanga	6390	12,3	31	30	15	450
Kinshasa	6062	11,6	29	29	15	435
Maniema	1420	2,7	7	18*	15	270
Nord Kivu	4068	7,8	20	20	15	300
P. Orientale	6263	12,0	30	30	15	450
Sud Kivu	3522	6,8	17	18*	15	270
Total	52099	99,9	250	265		3975

* : Le nombre total d'AS pour les provinces de Maniema, Bas Congo et Sud Kivu a été arrondi à 18 en vue de constituer la taille minimale d'échantillon de 270.

Pour l'ensemble de cette évaluation, l'enquête devait se dérouler dans 3975 ménages répartis dans 265 aires de santé à travers toutes les provinces de la RD Congo.

Les techniques d'échantillonnage pour la sélection des différentes unités primaires (AS), secondaires (villages) et tertiaires (ménages) sont reprises ci-dessous :

Sélection des aires de santé (AS). La sélection des AS a été effectuée par sondage systématique au prorata de la population de chaque AS sur base des données de la dernière campagne de plan en vitamine A réalisée au mois de mai 2005 et qui ont été fournies par le PRONANUT. Une liste des zones de santé de chaque province a été établie et pour chacune des ces zones de santé, une liste alphabétique des aires de santé a été établie avec au regard de chaque aire, la taille de la population ou des enfants de moins de 5 ans qui avait servi de base prévisionnelle lors de la campagne de mai 2005. Le cumul de la population a été calculé d'une aire de santé à l'autre et ainsi pour toutes les aires de santé des zones de santé couvertes par la dernière campagne de plan dans chaque province. La population cumulée finale qui correspondait à la population totale couverte de la province, a ensuite été divisée par le nombre d'AS à sélectionner en vue calculer le pas de sondage. La première aire de santé à sélectionner était celle dont la population cumulée, dans la liste précédemment établie, était comprise entre 1 et le quotient calculé. Les autres aires de santé à retenir ont été trouvées en ajoutant le pas de sondage à la population cumulée de l'aire précédemment sélectionnée jusqu'à totaliser le nombre d'AS de santé à retenir pour la province concernée. Le choix de toutes ces AS s'était fait à Kinshasa par la coordination de l'étude avant la descente sur terrain pour la collecte des données.

Sélection des villages. Dans chaque aire de santé sélectionnée et sur base de la liste des villages, le superviseur de l'enquête dans une province donnée a procédé au choix aléatoire simple d'un seul village à enquêter à l'aide d'un extrait de la table des nombres aléatoires ou par la méthode de l'urne. Les listes des villages ont été fournies par les infirmiers titulaires des aires de santé retenues. Le superviseur accordait un numéro à chaque village et un seul village était sélectionné. Le nombre total de villages à sélectionner dans chaque province était égal à celui des AS retenues.

Sélection des ménages au sein d'une grappe. Dans chaque grappe choisie, l'enquêteur sur terrain sélectionnait 15 ménages par sondage systématique. Pour ce faire, l'enquêteur procédait au relevé des ménages dans le village et les numérotait du premier au dernier. Le nombre total de ménages identifiés était ensuite divisé par 15 en vue de trouver le pas de sondage. L'enquêteur sélectionnait au hasard un numéro entre 1 et le pas de sondage calculé. Le ménage correspondant au nombre aléatoire choisi constituait le premier ménage à enquêter. Les autres ménages étaient obtenus en ajoutant le pas de sondage au numéro du ménage précédemment sélectionné, jusqu'à interviewer au total 15 ménages éligibles dans chaque village, c'est à dire ceux ayant au moins un enfant âgé de 6 à 59 mois. Si dans le ménage il y avait plus d'un enfant âgé de 6 à 59 mois, l'enquêteur choisissait au hasard un seul enfant qui faisait l'objet de l'enquête. Dans le ménage, on interviewait la personne qui était le responsable direct de l'enfant.

S'il n'y avait personne dans le ménage, trois tentatives étaient faites pour essayer de rencontrer la personne à interviewer avant de renoncer. L'enquêteur prenait soin de noter le nombre de ménages visités, combien parmi eux étaient éligibles et combien parmi les éligibles étaient interviewés.

Au total, le nombre de ménages à interviewer par province a varié de 270 pour les provinces les moins peuplées à 450 pour les plus peuplées, soit 3975 ménages pour l'ensemble de l'étude qui couvrait toutes les 11 provinces de la République Démocratique du Congo, y compris Kinshasa.

Un questionnaire pré testé et contenant les variables d'intérêt a été utilisé par les enquêteurs formés. Ils ont bénéficié sur le terrain de l'encadrement de 3 superviseurs dont un superviseur était délégué en province par la coordination de l'étude pour veiller au bon déroulement de l'étude. Tous les superviseurs étaient instruits sur les objectifs et la méthodologie de l'étude.

Les questionnaires étaient vérifiés par les superviseurs sur terrain de façon à garantir la meilleure qualité des données. L'encodage des questions fermées a été faite sur le terrain par l'enquêteur et contrôlée par le superviseur. Celui des questions semi-ouvertes s'est effectué à Kinshasa avant la saisie des données sur ordinateur.

b) Enquête auprès des agents de santé ayant participé à la distribution.

Dans chaque aire de santé sélectionnée, au moins trois agents sanitaires qui avaient participé à la mai en vitamine A ont été également interviewés pour l'identification des goulots d'étranglement et d'autres problèmes éventuels rencontrés lors de la mai
Leur sélection s'est effectuée par échantillonnage aléatoire simple sur base de la liste des agents ayant participé à la dernière mai et présents sur le site d'enquête au moment du passage de l'équipe de collecte des données sur le terrain.

c) Enquête par niveau de mise en œuvre (central, provincial, de district et de la zone de santé).

Des informations ont été aussi collectées tant au niveau central qu'à celui des provinces, des districts et des zones de santé en vue d'identifier les éventuels goulots d'étranglement qui ont pu handicapé le bon déroulement des activités planifiées. A chaque niveau, un agent, de préférence le premier responsable, a été interviewé.

6.4. Type d'étude

Le type d'étude qui a été utilisé pour conduire cette évaluation était une étude transversale consistant en une interview auprès des mères/gardiennes des enfants, des agents ayant été impliqués dans la distribution

de vitamine A et de Mebendazole ainsi qu'auprès des responsables aux différents niveaux de planification. La période de cette évaluation s'étendait d'août à septembre 2005, soit 3 à 4 mois après la distribution.

6.5. Plan d'évaluation (design)

Le plan d'étude qui a été suivi pour atteindre les objectifs spécifiques de cette évaluation était un plan non expérimental avec un seul groupe et un post test. Il peut être schématisé de la façon suivante :

X O où X = l'intervention (activité de mai) et
O = l'observation après intervention (post test)

6.6. Profil des superviseurs et des enquêteurs et description des tâches

Le superviseur devait être soit un spécialiste en santé publique, soit docteur en médecine, soit un nutritionniste gradué ou licencié, soit un gradué ou licencié en sciences sociales (anthropologue, démographe ou statisticien), soit un infirmier A1. Cette personne devait justifier d'une expérience dans les enquêtes sociodémographiques et en rapport avec la santé. Le superviseur ne devait pas être une personne ayant eu une position de responsabilités en rapport avec la dernière campagne et dont le comportement pouvait d'une certaine façon influencer l'objectivité des informations à collecter. Ils ont été sélectionnés sur base de leurs aptitudes intellectuelles et techniques et de leur probité morale. Leur expérience antérieure en supervision des enquêtes a aussi été prise en considération de même que leur collaboration antérieure avec l'Ecole de Santé Publique.

Les enquêteurs devaient être au moins diplômé d'Etat (D₆) ou infirmier A₂. Ils devaient impérieusement parler et écrire correctement le français et la langue locale de la contrée et justifier d'une bonne expérience dans les enquêtes sociodémographiques et en rapport avec la santé. Ils/elles ne devaient pas avoir été activement impliqués dans la mai au cours de la dernière campagne du mois de mai 2005 dans la contrée où ils/elles étaient recrutés pour travailler.

Pour chaque province, les AS ont été regroupées en pools après leur sélection et pour chaque pool, un superviseur a été formé à Kinshasa. Ce dernier a eu la charge de recruter et de former en arrivant sur terrain un ou deux superviseurs de même que cinq à huit enquêteurs suivant le pool, pour la collecte des données. Il devait également procéder au choix des aires de santé et des ménages à enquêter. Ainsi, dans chaque pool, il y a eu 2 à 3 superviseurs et 5 à 8 enquêteurs.

Dans chaque pool, chaque enquêteur a eu à travailler dans 4 villages pour y collecter les données. Le superviseur devait vérifier le déroulement de l'enquête en se rendant dans les villages pour procéder au choix des ménages à enquêter et superviser l'enquête. Chaque superviseur devait donc encadrer au plus 3 enquêteurs sur le terrain. Le superviseur devait assurer la qualité du travail à chaque étape.

6.7. Indicateurs et critères

OBJECTIFS	INDICATEURS	CRITERE
Déterminer la couverture de la mai en vitamine A et en Mebendazole dans les ménages	Nombre d'enfants de 6 – 59 mois supplémentés en vitamine A et en Mebendazole sur le nombre d'enfants de 6 – 59 mois attendus	80%
Déterminer le niveau de connaissances et les opinions des personnes en charge des enfants dans les ménages en rapport avec la mai en vitamine A et en Mebendazole	Nombre de personnes en charge des enfants dans les ménages qui ont des connaissances en rapport avec la mai en vitamine A et en Mebendazole sur le nombre prévu	80%
Identifier les sources des messages IEC en rapport avec la mai en vitamine A et en Mebendazole	Pourcentage des personnes en charge des enfants dans les ménages qui ont entendu parler de la mai en vitamine A et en Mebendazole pendant la période d'intensive de distribution : <ul style="list-style-type: none"> • par la radio • par le mégaphone • par autres voies 	—
Déterminer le niveau de connaissances et les opinions du personnel de santé en rapport avec la mai en vitamine A et en Mebendazole	Pourcentage du personnel de santé qui nomme au moins un bénéfice de santé que les enfants gagnent par la mai en vitamine A et en Mebendazole	—
	Pourcentage du personnel de santé qui sait identifier correctement les intervalles de doses de 6 mois pour la mai en vitamine A	—
	Pourcentage du personnel de santé qui sait identifier correctement l'âge à partir duquel l'enfant doit recevoir la vitamine A et le Mebendazole	—
Identifier les problèmes qui se sont présentés durant l'intervention dans les structures sanitaires et dans la communauté	—	—

Autres variables qui ont été étudiées :

- Personne amenant l'enfant à la mai,
- Site de distribution,
- Couleurs des capsules,
- Raisons de la non prise de la vitamine A,
- Raisons de la non prise de Mebendazole,
- Bienfaits de la vitamine A,
- Bienfaits de Mebendazole
- Aliments contenant la vitamine A,
- Volonté de revenir pour la prochaine dose en vitamine A et en Mebendazole,
- Dernière prise de vitamine A et de Mebendazole.

6.8. Instruments de collecte des données

Trois questionnaires différents ont été utilisés dans cette évaluation pour la collecte des données :

- Un premier questionnaire a été administré à la mère ou une autre personne responsable de l'enfant par l'enquêteur lors de l'interview (voir questionnaire en annexe 1).
- Un second questionnaire a été administré aux agents sanitaires ayant participé aux activités de mai (voir questionnaire en annexe 2).
- Un troisième questionnaire a été administré aux personnes ayant été impliquées dans la planification et la coordination (supervision) de la mise en œuvre de la mai lors de la dernière campagne.

6.9. Plan de traitement et d'analyse des données

Le traitement et l'analyse des données ont été faits à l'ordinateur.

6.9.1. Tri des données

Après la récolte des données, les questionnaires ont été sélectionnés en 2 tas: d'un côté ceux des ménages et de l'autre côté ceux des agents de santé.

6.9.2. Contrôle de qualité

Un premier contrôle des données a été fait lors de la récolte même par l'enquêteur à la fin de chaque interview. Un second contrôle se faisait chaque jour par les superviseurs qui étaient tenus de vérifier chaque questionnaire pour établir la cohérence des réponses avec les questions posées. Ils vérifiaient également s'il y avait des oublis. Avant la saisie, un troisième contrôle a été effectué par l'équipe de coordination à Kinshasa.

6.9.3. Analyse des résultats

Les données ont été saisies sur ordinateur en utilisant le logiciel épi info 6.04b et analysées avec les logiciels épi info 6.04b et SPSS 12.0 par l'équipe d'évaluation composée de l'investigateur principal et de deux assistants de l'ESP avec une longue expérience dans l'analyse des données.

Au cours de l'analyse des données recueillies, toutes les informations ont été synthétisées en exploitant les méthodes statistiques indiquées : fréquence, moyenne, médiane, écart-types, tableaux croisés et proportions. L'estimation de certains paramètres a été effectuée par intervalles de confiance au seuil de 95% et la comparaison des différentes provinces a été faite au niveau de signification de 5% pour les variables les plus importantes de cette évaluation.

L'efficacité a été calculée à l'aide de la formule suivante :

$$\text{Efficacité} = \frac{\text{Résultats obtenus}}{\text{Résultats attendus (objectifs)}} \times 100$$

VII. RESULTATS

7.1. Résultats des données des ménages enquêtés

Cette section présente les résultats des interviews réalisées auprès des ménages sélectionnés pour l'étude. L'enquête s'est déroulée dans 45 zones de santé choisies au hasard dans les 11 provinces. Au total, 4005 ménages ont été enquêtés à travers tout le pays.

La répartition de ces zones de santé et ménages par province est reprise dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Répartition des zones de santé et ménages enquêtés par province

Provinces	# de zones de santé	# ménages prévus	# ménages sélectionnés	% de réalisation
Kinshasa	4	435	435	100,0
Bas Congo	3	270	270	100,0
Bandundu	5	435	435	100,0
Equateur	5	405	405	100,0
Kasaï Occidental	4	315	316	100,3
Kasaï Oriental	5	375	375	100,0
Katanga	6	450	479	106,4
Maniema	2	270	270	100,0
Nord Kivu	3	300	300	100,0
Province Orientale	5	450	450	100,0
Sud Kivu	3	270	270	100,0
Ensemble du Pays	45	3975	4005	100,7

7.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des ménages

Dans l'ensemble, 77% des ménages enquêtés étaient dirigés par des hommes et 23% par des femmes. On y avait dénombré au total 6570 enfants âgés de 6 – 59 mois, soit une moyenne de $1,65 \pm 1$ enfants de 0 à 5 ans par ménage avec une médiane de 1 enfant par ménage ; le minimum et le maximum valant respectivement 0 et 22 enfants.

Sur les 4005 enfants qui étaient sélectionnés pour l'enquête, 51% étaient du sexe masculin et 49% du sexe féminin. L'information sur leur âge était disponible pour 3918 d'entre eux. Il y avait 397 enfants âgés de 6 à 11 mois, soit 10,1% et 3521 enfants âgés de 12 à 59 mois, soit 89,9%. L'âge moyen de ces enfants était de $29,33 \pm 14,06$ mois avec une médiane de 28 mois.

La grande majorité des personnes interrogées, soit 96,7% était celle qui prend soin de l'enfant concerné. Ces personnes étaient essentiellement les mères de ces enfants (73,3%). Parmi les autres personnes interrogées, il y avait 17% des pères ; 4,8% des grands-mères ; 3,5% des frères ou sœurs. Les autres étaient soit une tante, un oncle ou encore un voisin.

Au total, 41 frères et sœurs des enfants enquêtés (29,7%) semblaient aux yeux des enquêteurs être âgés de moins de 18 ans. Cependant, leur âge moyen était de $19,7 \pm 7,4$ ans avec une médiane de 17 ans ; le minimum et le maximum valant respectivement 13 et 41 ans.

7.1.2. Expérience de la première phase de distribution de la vitamine A de 2005

Dans l'ensemble, 95% des responsables des enfants dans les ménages enquêtés se sont souvenus de la première phase de distribution de la vitamine A qui a eu lieu en mai 2005.

Tableau 2: Répartition des enfants sélectionnés selon leur présence à la distribution de la vitamine A (1^{er} abord)

Présence des enfants	Fréquence	Pourcentage
OUI	3573	95,0
NON	178	4,7
Ne sait pas	9	0,2
Total	3760	100,0

Quatre-vingt quinze pourcents des responsables des enfants ont déclaré que l'enfant sélectionné était allé au site de distribution de la vitamine A ou l'avait attendue à la maison alors que 4,7% ne l'avait pas reconnu et 0,2% des responsables interrogés n'avaient pas pu répondre par « oui » ou « non » tel que le montre le tableau 2.

Tableau 3: Répartition des items mentionnés lors de la description de la distribution par le responsable de l'enfant

Eléments/items mentionnés	Fréquence	Pourcentage
- A fait mention de capsules rouges ou bleues	2679 (n = 3576)	74,9
- A fait mention de l'ouverture des capsules avec aiguille/ciseau	1932 (n = 3578)	54,0
- A fait mention du site de distribution de vitamine A	1019 (n = 3578)	28,5
- N'a pas fait mention de capsules, ni de leur ouverture, ni du site	362 (n = 3578)	10,1

S'agissant de la description de ce qui s'était passé à la distribution de la vitamine A, 75% des responsables des enfants ont fait mention de capsules rouges ou bleues, 54% ont mentionné l'ouverture des capsules avec une aiguille ou des ciseaux et 29% ont fait mention du site de distribution. Cependant, 10% des responsables qui avaient pourtant déclaré que leurs enfants étaient à la distribution n'ont pas su décrire correctement ce qui s'y était passé (pas mention de capsules, de leur ouverture, ou du site).

Il a été alors suggéré des indices aux responsables qui n'arrivaient pas à décrire correctement et spontanément la distribution. Parmi eux, 55% ont reconnu qu'il y avait des capsules rouges ou bleues, 50% se sont rappelés que ces capsules étaient ouvertes soit avec une aiguille soit avec une paire de ciseaux.

Malgré les suggestions, 22% des responsables qui ont déclaré que leurs enfants étaient à la distribution ne se rappelaient ni des capsules ni de la manière dont elles étaient ouvertes.

Tableau 4: Répartition des enfants sélectionnés selon leur présence à la distribution de la vitamine A (2^{ème} abord)

Présence de l'enfant	Fréquence	Pourcentage
OUI	82	51,9
NON	64	40,5
Ne sait pas	12	7,6
Total	158	100,0

Parmi les responsables des enfants qui au premier abord avaient affirmé que leurs enfants ne s'étaient pas rendus à la distribution, après suggestion des indices de description de la distribution de la vitamine A, 52% d'entre eux ont reconnu que ces derniers y avaient été.

Tableau 5 : Répartition des enfants sélectionnés selon la prise ou non d'une capsule de vitamine A lors de la distribution

Prise de la capsule	Fréquence	Pourcentage
OUI	3582	98,1
NON	55	1,5
Ne sait pas	14	0,4
Total	3651	100,0

Quatre-vingt dix huit pourcents des responsables interviewés ont affirmé que leurs enfants avaient reçu une capsule de vitamine A.

Cependant pour les enfants qui se sont rendus au site de distribution mais qui n'ont pas reçu la vitamine A, différentes raisons telles que : l'enfant était trop jeune ou trop âgé (52,7%) ; l'enfant n'était pas inscrit (5,5%) ; l'enfant était malade (5,5%) étaient évoquées par les responsables de ces derniers.

Tableau 6: Répartition des enfants sélectionnés selon la couleur de la capsule de vitamine A reçue

Couleur de la capsule	Fréquence	Pourcentage
- Rouge	3181	89,1
- Bleue	237	6,6
- Ne sait pas	152	4,3
Total	3570	100,0

Durant la campagne 2005 comme les précédentes de 2002 et 2003, les capsules rouges ont été les plus fréquemment distribuées aux enfants ayant reçu la vitamine A.

Tableau 7: Répartition des enfants sélectionnés selon leur réception de soins ou autres produits lors de la distribution

Réception de soins ou autres produits	Fréquence	Pourcentage
OUI	2463	69,6
NON	946	26,7
Ne sait pas	132	3,7
Total	3541	100,0

Actuellement, la distribution de la vitamine A semble être intégrée aux autres activités de soins de santé primaires. En effet cette année, 70% des enfants ont reçu des soins ou d'autres produits lors de la distribution de vitamine A alors qu'en 2002 et 2003, il n'y avait eu respectivement que 6% et 12% des enfants qui en avaient bénéficié.

Parmi les soins ou autres produits reçus, le Mebendazole, le déparasitage, la vaccination et la prescription des médicaments après consultation ont été les plus cités respectivement dans 71%, 19%, 8% et 4% des cas.

7.1.3. Attitudes vis-à-vis de la distribution de la vitamine A

Tableau 8: Répartition des responsables des enfants sélectionnés selon l'expression de leur volonté pour le déplacement de leurs enfants vers le site et la réception de la vitamine A

Expression de la volonté du responsable	Fréquence	Pourcentage
OUI	50	75,8
NON	16	24,2
Total	66	100,0

Parmi les responsables dont les enfants n'ont pas été amenés à la distribution, 76% ont déclaré qu'ils auraient été d'accord que ces derniers y aillent et reçoivent la vitamine A.

Les responsables qui n'avaient pas emmené leurs enfants à la distribution ont évoqué les principales raisons suivantes : l'enfant était trop jeune ou trop âgé (47,1%) ; il n'y avait personne pour accompagner l'enfant, le responsable étant absent (26,5%) ; l'enfant n'était pas à la maison ou au village au moment de la distribution (18%) ; ils ne connaissaient pas le lieu, l'heure ou le jour de distribution (14,8%) ; l'enfant était malade (11,8%) ; ils avaient entendu qu'il n'y avait pas suffisamment de capsules (6,6%) ; ils étaient négligents ou paresseux pour s'y rendre (5,9%) ; il était trop difficile de se rendre au site de distribution (4,9%).

7.1.4. Sources et types d'information en rapport avec la vitamine A

Tableau 9: Répartition des responsables des enfants selon les sources par lesquelles ils ont entendu parler de la distribution de la vitamine A (n = 3521)

Sources d'information	Fréquence	Pourcentage
- Quelqu'un parlant au Mégaphone	1676	47,6
- Agent sanitaire, Centre de santé	1559	44,3
- Leaders communautaires	835	23,7
- Relais communautaires	822	23,4
- Radio	572	16,2
- Brochures ou Affiches	388	11,0
- Parents, Amis, Voisins	326	9,3
- Télévision	137	3,9
- N'a pas entendu parler de la distribution	125	3,4
- Autre source	108	3,1

Concernant les sources par lesquelles le responsable a entendu parler de la distribution de la vitamine A, le mégaphone, le personnel du centre de santé, les leaders et relais communautaires ont été les moyens les plus cités. La radio, les brochures ou affiches et les parents, amis ou voisins ont été cités par 9 à 16% des répondants alors que la télévision n'a été citée que par 4% des répondants.

Il est à noter que 3% des répondants ont déclaré n'avoir pas entendu parler de la distribution de la vitamine A.

Pour les sources non citées par les répondants, au rappel de l'enquêteur qui les mentionnait comme source éventuelle d'information en rapport avec la distribution de la vitamine A, celles qui étaient le plus reconnues étaient les suivantes par ordre décroissant : brochures ou affiches (32%), personnel des centres de santé (29%), mégaphone (28%), relais et leaders communautaires (21%), radio (21%) et parents, amis ou voisins (19%).

Avec seulement 6% des répondants, la télévision demeure le moyen le moins cité comme source d'information par ces derniers.

Tableau 10: Répartition des responsables des enfants selon ce qu'ils ont entendu ou vu au sujet de la vitamine A (n = 3596)

A entendu ou vu	Fréquence	Pourcentage
- que la vitamine A protège les enfants des maladies	1580	43,9
- que les enfants de 6 à 59 mois sont le groupe cible	1087	30,2
- la précision du lieu de la distribution	978	27,2
- la date, le jour de la distribution	971	27,0
- que les responsables/parents de l'enfant doivent l'amener pour recevoir la vitamine A	852	23,7
- que la vitamine A est bonne pour la santé de l'enfant	792	22,0
- Ne sait pas	335	9,3
- que l'enfant aura besoin de vitamine dans 6 mois	168	4,7
- N'a rien entendu à ce sujet	114	3,2
- qu'il faut apporter le carnet de santé de l'enfant	113	3,1
- Autre chose	57	1,6
- Tout point négatif	5	0,1

S'agissant de ce que les responsables des enfants ont entendu ou vu au sujet de la distribution de la vitamine A, 44% ont déclaré avoir entendu que la vitamine A protège les enfants des maladies, 30% que les enfants de 6 à 59 mois constituent le groupe cible, 27% ont entendu parler du lieu et de la date ou le jour de la distribution, 24% que les parents devaient amener leurs enfants recevoir la vitamine A et 22% que la vitamine A est bonne pour la santé de l'enfant.

Il est à noter que 9% des répondants ont déclaré ne pas savoir ou se rappeler ce qu'ils avaient entendu et 3% d'entre eux n'avoir rien entendu à ce sujet.

7.1.5. Connaissances et attitudes des responsables en rapport avec la vitamine A

Tableau 11: Répartition des responsables des enfants sélectionnés selon leur connaissance des bienfaits pour la santé de l'enfant apportés par les capsules de vitamine A (n = 3978)

Bienfaits de la vitamine A	Fréquence	Pourcentage
- Protège l'enfant	2102	52,8
- Prévient la maladie	1256	31,6
- Meilleure croissance, être en bonne santé et fort	1206	30,3
- Bonne pour les yeux	619	15,6
- Sauve des vies	352	8,8
- Les enfants malades guérissent plus vite	338	8,5
- Ne sait pas	552	13,9
- Autres bienfaits que ceux précités	59	1,5

Concernant les bienfaits pour la santé de l'enfant apportés par les capsules de vitamine A, spontanément 53% des répondants avaient reconnu que la vitamine A protège l'enfant, 32% ont dit que la vitamine A prévient certaines maladies, 30% ont pensé qu'elle apporte une meilleure croissance à l'enfant, 16% ont reconnu qu'elle est bonne pour les yeux, 9% ont déclaré qu'elle sauve des vies et qu'elle aide les enfants malades à guérir plus vite.

Sur les 59 responsables qui avaient fait allusion à d'autres bienfaits apportés par la vitamine A sur la santé des enfants, 14 répondants ont affirmé que la vitamine A stimule l'appétit et 18 autres qu'elle permet d'éviter la poliomyélite.

Il faut noter que 14% des répondants ont déclaré ne rien connaître des bienfaits apportés par les capsules de vitamine A à la santé de l'enfant.

Cependant, lorsque l'enquêteur suggérait aux répondants les bienfaits de la vitamine A sur la santé des enfants, 57% ont reconnu que la vitamine A aide l'enfant à bien grandir, 51% qu'elle est bonne pour les yeux et 38% qu'elle protège l'enfant contre les maladies.

Tableau 12: Répartition des responsables des enfants sélectionnés selon l'expression de leur volonté pour que leurs enfants se rendent à la prochaine distribution de vitamine A

Expression de la volonté du responsable	Fréquence	Pourcentage
OUI	3834	96,6
NON	60	1,5
Ne sait pas	76	1,9
Total	3970	100,0

La grande majorité des responsables (97%) ont exprimé le désir de voir leurs enfants participer à la prochaine distribution de la vitamine A et ont déclaré qu'ils les y amèneront eux-mêmes. Les principales raisons évoquées étaient les suivantes : la vitamine A est bonne pour l'enfant pour 74% des répondants, parce que le distributeur l'avait demandé (16%) et dans le but de compléter les doses de vitamine A requises (15%).

Soixante personnes sur les 3970 enquêtées ont déclaré qu'elles n'amèneront pas leurs enfants à la prochaine dose de vitamine A pour les raisons majeures suivantes : l'enfant aurait fait une réaction (fièvre, brûlure) à la vitamine A pour 11 personnes, cela n'a servi à rien pour l'enfant pour 11 personnes, les

convictions religieuses l'interdisent pour 5 personnes, trop difficile de se rendre au site de distribution pour 4 personnes, il faut attendre trop longtemps au site de distribution pour 4 personnes et 3 autres personnes ont déclaré n'avoir pas été bien traitées au site de distribution.

Tableau 13: Répartition des responsables des enfants sélectionnés selon l'expression de leur préoccupation pour que les enfants prennent la vitamine A

Préoccupation du responsable	Fréquence	Pourcentage
OUI	3650	91,8
NON	73	1,8
Ne sait pas	254	6,4
Total	3977	100,0

A la question de savoir si le responsable était préoccupé que l'enfant prenne la vitamine A, 92% ont déclaré qu'ils l'étaient pour les principales raisons suivantes : la vitamine A aide l'enfant à bien grandir, à ne pas tomber malade, à avoir une bonne croissance, c'est bon pour la santé de l'enfant, pour compléter les doses de vitamine A, parce que le distributeur l'a dit ; la vitamine A protège l'enfant contre les maladies, elle assure la prévention des maladies et la vitamine A donne de la force à l'enfant.

Quant aux autres membres du ménage, 74% d'entre eux étaient également préoccupés que l'enfant prenne la vitamine A pour les mêmes raisons que celles évoquées par les responsables des enfants.

Tableau 14: Répartition des responsables des enfants sélectionnés selon l'existence ou non des avantages pour l'enfant à prendre des capsules de vitamine A

Existence d'avantages	Fréquence	Pourcentage
OUI	3761	95,1
NON	44	1,1
Ne sait pas	149	3,8
Total	3954	100,0

Quatre vingt quinze pourcents des répondants ont affirmé qu'un enfant a des avantages à prendre la vitamine A. Parmi eux 83% reconnaissent qu'un enfant qui prend la vitamine A court moins de risque de tomber malade que celui qui n'en prend pas, alors que 13% d'entre eux ne le savent pas.

Tableau 15: Répartition des responsables des enfants sélectionnés selon le nombre de fois par an que l'enfant devrait recevoir la vitamine A

Fréquence annuelle de la prise de vit A	Fréquence	Pourcentage
Une fois	213	5,4
Deux fois	1074	27,1
Trois fois ou plus	1033	26,0
Ne sait pas	1645	41,5
Total	3965	100,0

Il n'y a que 27% des responsables qui ont reconnu que la vitamine A se donne deux fois par an.

Dans 42% des ménages, le responsable de l'enfant ne connaissait pas le nombre de fois que l'enfant devrait normalement recevoir la vitamine A. Les autres répondants ont dit que la vitamine A se donne soit une fois par an, soit trois fois ou plus.

Trente huit pourcents des répondants savaient que l'on doit commencer à donner aux enfants la vitamine A à l'âge de 6 mois environ après la naissance. Bien que ce chiffre soit encore bas, il témoigne d'une nette amélioration par rapport aux années 2002 et 2003 où il n'y avait respectivement que 17% et 32% qui le savaient.

Pendant l'enquête, 13% des répondants ont affirmé que les enfants devaient commencer à prendre la vitamine A dès la naissance, 5% ont déclaré qu'ils devraient la recevoir à partir d'une année et 22% de la naissance jusqu'à 5 ans. De plus, 20% d'entre eux n'ont pas su à quel âge les enfants doivent commencer à prendre la vitamine A. Par rapport à l'année 2003 (31%), cette dernière proportion a fortement baissé.

Tableau 16: Répartition des responsables des enfants sélectionnés selon leur présence à la distribution de la vitamine A avec l'enfant

Présence du responsable	Fréquence	Pourcentage
OUI	3346	84,4
NON	618	15,6
Total	3964	100,0

Durant la campagne 2005, l'on a noté une augmentation de la proportion des responsables présents à la distribution de la vitamine A avec leurs enfants. En effet, 84% des répondants étaient présents à la distribution de la vitamine A avec l'enfant concerné contre 72% en 2003.

Au cas où le premier répondant n'était pas celui qui s'était rendu à la distribution de la vitamine A avec l'enfant (n = 618), il a été possible aux enquêteurs de parler avec la personne qui l'avait fait dans 34% des cas sur les 588 réponses valables.

Quant au lien du nouveau répondant avec l'enfant sélectionné, la mère représentait 40% des cas et le frère ou la sœur de l'enfant 26%. Les autres accompagnateurs étaient soit une tante, un voisin, une grand-mère ou le père de l'enfant.

Quand pour l'enquêteur le frère, la sœur ou le voisin qui avait accompagné l'enfant à la distribution lui semblait avoir moins de 18 ans, il lui demandait son âge. Ces frères, sœurs ou voisins avaient un âge moyen de $17,8 \pm 7,3$ ans avec une médiane de 16 ans ; le minimum et le maximum valant respectivement 10 et 41 ans.

Tableau 17: Répartition des enfants sélectionnés selon la prise ou non d'une capsule de vitamine A lors de la distribution (d'après l'accompagnant = 2^{ème} répondant)

Prise d'une capsule	Fréquence	Pourcentage
OUI	180	96,3
NON	7	3,7
Total	187	100,0

Parmi les enfants qui n'étaient pas allés avec leurs responsables mais avec une autre personne à la distribution, 96% avaient effectivement reçu la vitamine A selon la déclaration de l'accompagnateur. Parmi les 7 accompagnateurs qui ont déclaré que l'enfant n'avait pas reçu la vitamine A, les raisons suivantes ont

été évoquées : il n'y avait plus de capsules, ils sont arrivés en retard, l'enfant n'était pas inscrit par négligence, l'enfant était trop jeune ou trop grand, son père a refusé.

Tableau 18: Répartition des accompagnateurs des enfants sélectionnés selon le lieu de distribution de la vitamine A

Lieu de distribution	Fréquence	Pourcentage
- A la maison	2665	74,7
- Au centre de santé	694	19,4
- Dans une école	72	2,0
- Autre endroit	133	3,7
- Ne sait pas	6	0,2
Total	3570	100,0

Depuis 2002, la stratégie porte à porte a été intégrée en vue d'améliorer la couverture lors des campagnes. Les résultats de 2005 montrent que cette stratégie est toujours la plus utilisée pour la distribution de la vitamine A. En effet, la vitamine A a été distribuée de porte à porte dans 75% de cas contre 57% en 2003. Il n'y a que 19% des enfants ont reçu la vitamine A dans les centres de santé, dispensaires ou hôpitaux contre 31% en 2003. Le reste de la distribution s'est fait dans les églises ou dans les écoles.

Pour ceux qui se sont rendus au site de distribution, 22% des accompagnateurs ont déclaré qu'il leur était difficile de se rendre au lieu de distribution. Cette proportion a presque doublé comparativement aux 12% de 2003.

Mais une fois sur le site, 48% d'entre eux ont estimé que le bâtiment était très confortable, pour 42% il était assez confortable et pour 8% il ne l'était pas du tout. Cette dernière proportion a baissé comparativement aux 13% de 2003.

Le temps d'attente au site de distribution était au maximum de 10 minutes pour plus de la moitié d'accompagnateurs et 87% d'entre eux ont estimé que ce temps d'attente était acceptable.

Tableau 19: Répartition des accompagnateurs des enfants sélectionnés selon leur perception de la manière dont ils ont été traités par les personnes effectuant la distribution

Perception	Fréquence	Pourcentage
- Très satisfaisante	2031	57,0
- Satisfaisante dans son ensemble	1402	39,3
- Pas du tout satisfaisante	86	2,4
- Ne sait pas	45	1,3
Total	3564	100,0

Les accompagnateurs ont estimé que la manière dont ils ont été traités au site de distribution était satisfaisante dans 96% des cas.

Presque la totalité des accompagnateurs (98%) ont déclaré avoir été traité avec respect et 87% ont affirmé qu'ils se sont sentis libres de poser l'une ou l'autre question aux personnes effectuant la distribution.

Quatre vingt neuf pourcents des accompagnateurs avaient l'assurance que les personnes qui effectuaient la distribution savaient ce qu'il y a de mieux pour l'enfant et pour 94% d'entre eux ils étaient contents d'avoir participé à l'expérience de la distribution de vitamine A.

Il faut toutefois signaler que 2% des accompagnateurs ont déclaré qu'ils n'avaient pas l'assurance que les personnes qui effectuaient la distribution ne savaient pas ce qu'il y a de mieux pour l'enfant.

Tableau 20 : Différents moyens d'obtention suffisante de vitamine A (n = 3982)

Moyens	Fréquence	Pourcentage
- A partir des aliments	1766	44,3
- Avec les capsules de vitamine A	1679	42,2
- Autres moyens	46	1,2

A la question de savoir comment les enfants pouvaient obtenir suffisamment de vitamine A, 44% avaient reconnu que l'on pouvait obtenir de la vitamine A à partir des aliments et 42% à partir des capsules de vitamine A. Il faut noter 14 personnes ont cité le lait maternel comme autre moyen par lequel l'enfant peut obtenir la vitamine A.

Concernant l'identification des aliments riches en vitamine A, 44% des répondants avaient cité les légumes oranges (carottes, courges), 32% les fruits de couleur orange (mangues et papayes mûres), 26% l'huile de palme non cuite, 22% le poisson, 21% les œufs, 11% le lait et yaourt et 4% le foie.

Les autres aliments cités par les répondants mais dans des proportions moindres sont : le soya, mil, riz, maïs et semoule, les chenilles, viandes et champignons, les légumes verts (pondu, épinard, amarante, etc.), les haricots, les fruits (bananes, avocat, etc.), les arachides, les tubercules (patates douces, fufu, etc.) et la margarine.

Il est important de signaler que 23% des répondants n'avaient pas été en mesure de citer au moins un aliment riche en vitamine A.

7.1.6. Couverture de la supplémentation en vitamine A de mai 2005

La couverture de la supplémentation en vitamine A a été calculée de la manière suivante : au numérateur, on a considéré le nombre d'enfants âgés de 6 à 59 mois ayant réellement reçu les capsules de vitamine A selon la déclaration du responsable de l'enfant et au dénominateur, le nombre total d'enfants âgés de 6 à 59 mois enquêtés.

Tenant compte de la déclaration du responsable de l'enfant, cette couverture a été estimée selon 3 approches différentes :

- Approche 1 : Couverture basée seulement sur la déclaration du responsable de l'enfant sans tenir compte de la description de ce qui s'est passé à la distribution ;
- Approche 2 : Couverture basée sur la déclaration du responsable de l'enfant avec description spontanée ou après incitation et/ou rappel de ce qui s'est passé à la distribution, c'est-à-dire la présence des capsules bleues ou rouges et/ou ouverture des capsules avec une aiguille ou des ciseaux ;
- Approche 3 : Couverture basée sur la déclaration du responsable de l'enfant avec description spontanée de ce qui s'est passé à la distribution c'est-à-dire sans aucune incitation et/ou rappel de l'évènement.

Les résultats obtenus sur base de ces trois approches de calcul de la couverture de la supplémentation en vitamine A sont présentés dans la figure 1 ci-dessous.

Figure 1 : Couverture de la 1^{ère} phase (campagne de mai 2005) de supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois selon les 3 approches de calcul

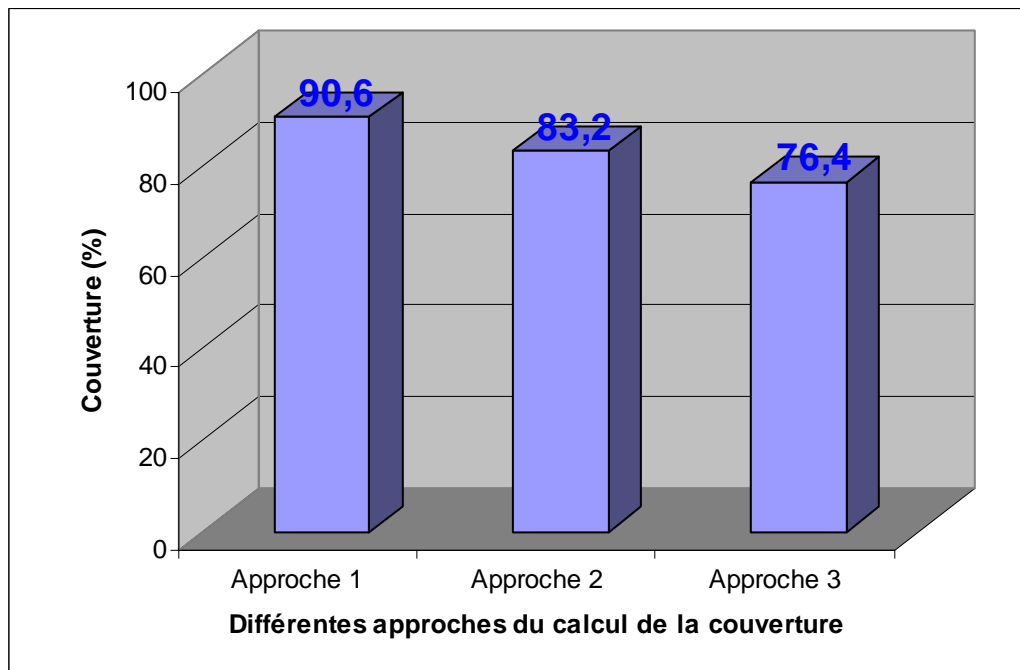


Tableau 21 : Couverture de la supplémentation en vitamine A par tranche d'âge et selon les 3 approches de calcul

Tranches d'âge	Couverture en %		
	Approche 1	Approche 2	Approche 3
6 à 11 mois	71,5	65,2	58,4
12 à 23 mois	92,1	84,7	76,6
24 à 35 mois	91,9	84,7	79,4
36 à 47 mois	93,7	87,3	80,7
48 à 59 mois	93,8	83,8	76,7
6 à 59 mois	90,6	83,2	76,4

S'agissant de la couverture par tranche d'âge, c'est celle de 6 à 11 mois qui est la moins bien couverte, quelle que soit l'approche utilisée. Lorsqu'on examine la couverture selon les approches 1 et 2, l'on constate que les autres tranches d'âge à partir de 12 mois ont toutes largement atteint et dépassé l'objectif fixé de 80%. Selon l'approche 3, seule la tranche d'âge de 36 à 47 mois avait pu avoir une couverture d'au moins 80%.

Les résultats obtenus sur base de la 3^{ème} approche de calcul sont présentés dans la figure 2 ci-dessous.

Figure 2 : Couverture de la supplémentation en vitamine A par tranche d'âge et selon la 3^{ème} approche de calcul

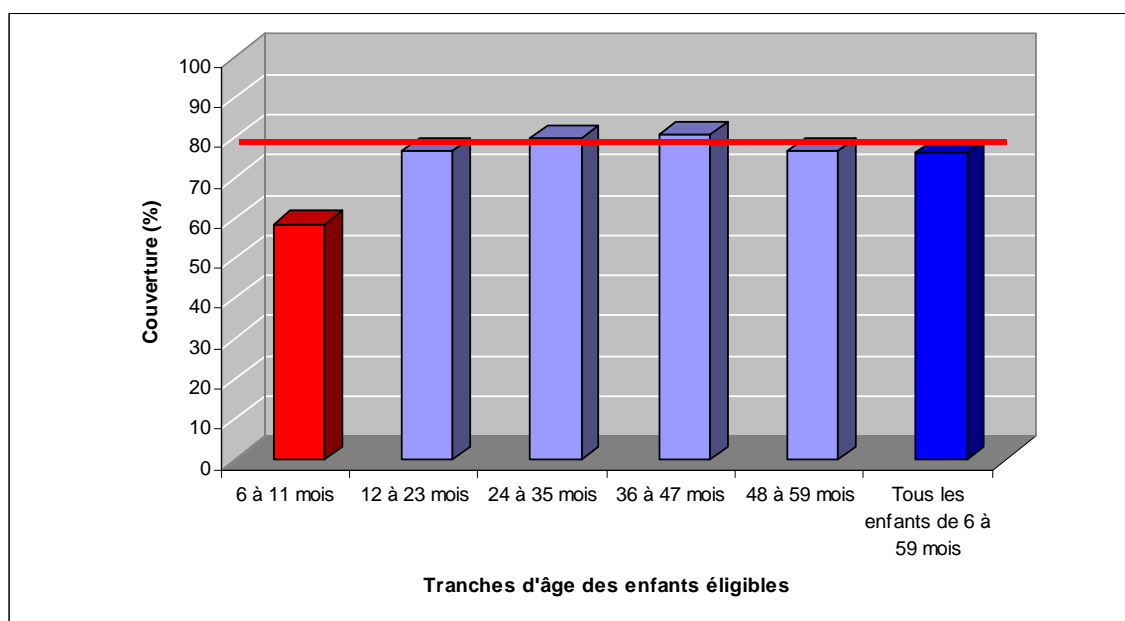


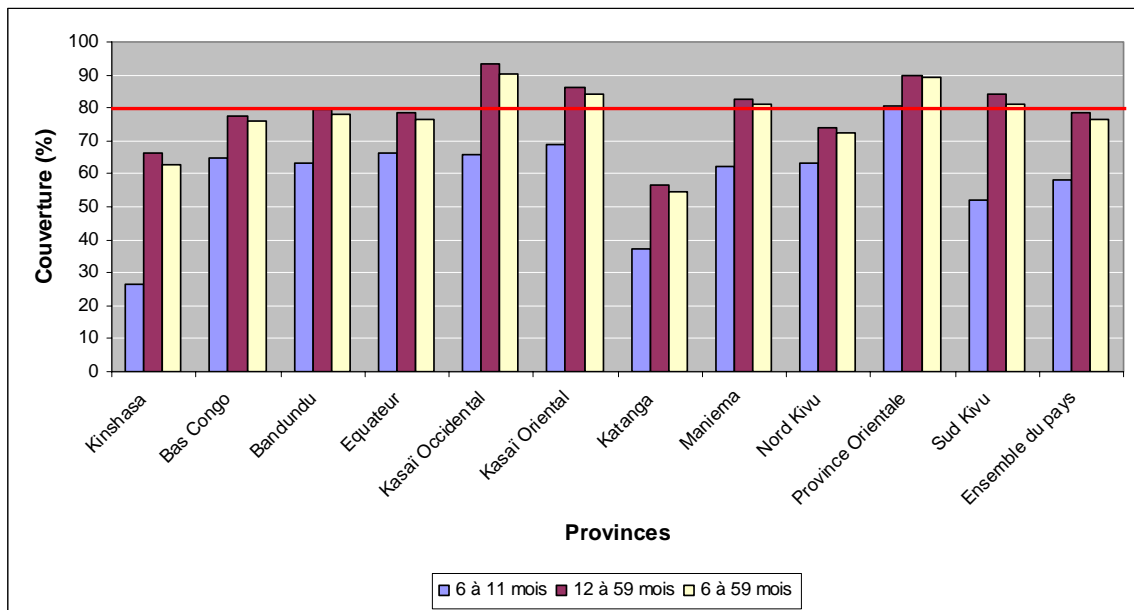
Tableau 22 : Couverture (%) de la supplémentation en vitamine A par province et par tranche d'âge, selon les 3 approches de calcul

Approches/Tranches d'âge		PROVINCES											
		Kinshasa	Bas Congo	Bandundu	Equateur	Kasaï Occidental	Kasaï Oriental	Katanga	Maniema	Nord Kivu	Province Orientale	Sud Kivu	Ensemble du Pays
Approche 1	6 à 11 mois	47,4	83,8	86,8	73,2	65,8	71,1	62,5	81,3	73,3	92,3	60,0	71,5
	12 à 59 mois	87,7	92,2	97,2	89,1	97,5	88,8	87,5	93,9	94,4	98,6	93,7	92,7
	6 à 59 mois	84,1	91,5	96,3	86,9	93,7	86,6	84,6	93,1	92,3	98,2	90,5	90,6
Approche 2	6 à 11 mois	44,7	73,0	71,1	71,4	65,8	68,9	45,8	68,8	70,0	88,5	60,0	65,2
	12 à 59 mois	80,4	82,6	84,8	84,8	95,0	88,1	67,4	87,0	83,3	96,4	89,5	85,2
	6 à 59 mois	77,2	81,3	82,9	82,9	91,5	85,8	64,9	85,9	81,7	96,0	86,6	83,2
Approche 3	6 à 11 mois	26,3	64,9	63,2	66,1	65,8	68,9	37,5	62,5	63,3	80,8	52,0	58,4
	12 à 59 mois	66,2	77,8	79,5	78,4	93,5	86,3	56,8	82,5	73,3	89,6	84,0	78,4
	6 à 59 mois	62,8	76,0	78,1	76,7	90,2	84,2	54,6	81,3	72,3	89,1	80,9	76,4

En tenant compte des approches 1 et 2, l'objectif de 80% de couverture semble avoir été atteint dans toutes les provinces de la RDC, à l'exception du Katanga et de Kinshasa selon l'approche 2.

L'approche 3 suggère que l'objectif de 80% de couverture ne semble pas atteint pour l'ensemble du pays. Les provinces se divisent en 2 groupes dont le premier, composé des provinces du Kasaï Occidental, de la province Orientale, du Kasaï Oriental, du Maniema et du Sud Kivu, ont une couverture supérieure au seuil de 80% alors que le second, regroupant les provinces de Bandundu, de l'Equateur, du Bas Congo, du Nord Kivu, de Kinshasa et du Katanga, ont une couverture en-dessous du seuil fixé. Il faut aussi noter que le Katanga a la couverture la plus basse suivi de la ville de Kinshasa.

Figure 3 : Couverture de la supplémentation en vitamine A par province et par tranche d'âge, selon la 3^{ème} approche de calcul



Comme le montre la figure 3, les enfants de 6 à 11 mois restent la tranche d'âge la moins bien couverte avec les taux les plus bas dans la ville de Kinshasa, suivi du Katanga et du Sud Kivu ; et seule la province Orientale a peu atteint le seuil de 80% de couverture pour cette tranche d'âge. Par contre pour les enfants de 12 à 59 mois, le Katanga et la ville de Kinshasa sont les provinces les moins bien couvertes et seules le Kasai Occidental, la province Orientale, le Kasai Oriental, le Sud Kivu, le Maniema et le Bandundu ont atteint le seuil de couverture pour cette tranche d'âge.

Pour l'ensemble du pays, les enfants de 6 à 11 mois ont été moins supplémentés que ceux de 12 à 59 mois ; et la couverture générale du pays pour tous les enfants de 6 à 59 mois reste en dessous du seuil de 80% fixé par le PRONANUT.

7.1.7. Expérience de la distribution du Mebendazole

Tableau 23 : Les responsables étaient informés de la distribution de Mebendazole aux enfants

	Fréquence	Pourcentage
OUI	2803	71,5
NON	1117	28,5
Total	3920	100,0

Soixante douze pourcents des répondants ont affirmé qu'ils étaient informés qu'il y aurait distribution de Mebendazole aux enfants durant la campagne de mai 2005.

Concernant les sources par lesquelles le responsable a entendu parler de la distribution de Mebendazole, il ressort que le personnel du centre de santé était le moyen le plus cité (55%), suivi du mégaphone (45%), des leaders communautaires (30%), de la radio (18%), des brochures ou affiches (16%) et des parents, amis ou voisins (12%). La télévision n'a été citée que par 3% des répondants.

Il faut noter que 89% des responsables disent qu'ils ont appris au même moment que la distribution de Mebendazole était associée à celle de la vitamine A.

Tableau 24 : L'enfant a reçu un comprimé de Mebendazole lors de la distribution

	Fréquence	Pourcentage
OUI	2754	74,3
NON	898	24,2
NSP	55	1,5
Total	3707	100,0

Parmi les responsables qui sont allés avec leurs enfants à la distribution, 74% ont déclaré que leurs enfants avaient reçu le comprimé de Mebendazole.

Pour les enfants qui n'en avaient pas reçu, les raisons suivantes étaient évoquées : l'enfant était trop jeune ou trop grand (33%), ils n'étaient pas informés (12%), il n'y avait plus de comprimés (12%), l'enfant était absent (11%), l'enfant n'était pas inscrit (9%), les distributeurs n'étaient pas passés à la maison (4%), l'enfant était malade (2%). Cependant, l'on note que 29% des responsables des enfants ne connaissaient pas les raisons pour lesquelles leurs enfants n'ont pas reçu le Mebendazole.

A la question de savoir l'âge de début de prise de Mebendazole, 33% des responsables ont affirmé que leurs enfants devaient commencer à prendre ce produit à moins de 12 mois d'âge et 35% à plus de 12 mois. Il est important de noter que 27% de répondants ne savaient pas à quel âge les enfants doivent commencer à prendre le Mebendazole.

Tableau 25 : Dose de Mebendazole reçu par l'enfant

Dose de Mebendazole	Fréquence	Pourcentage
- Un comprimé	2517	91,1
- ½ (la moitié) d'un comprimé	90	3,3
- ¼ (le quart) d'un comprimé	43	1,6
- Ne sait pas	113	4,1
Total	2763	100,0

La grande majorité des responsables ont déclaré que leurs enfants avaient reçu un comprimé de Mebendazole. Toutefois, près de 5% ont affirmé que la dose administrée à leur enfant était soit la moitié,

soit le quart d'un comprimé alors que 4% des responsables ignoraient tout simplement la dose reçue par leur enfant.

La forme de prise du Mebendazole était variée. En effet, le comprimé était soit succé (43%), soit broyé mélangé avec de l'eau dans une cuillère (35%), ou encore pris entier avec un verre d'eau (19%). Pour certains enfants, le comprimé était mélangé aux aliments ou mâché (croqué) sans eau.

Cependant, il faut relever que certains responsables, bien que le nombre ne soit pas important, ont affirmé que le comprimé avait été remis à la maman pour être donné à la maison à l'enfant par manque d'eau au site de distribution.

Tableau 26 : Administration du Mebendazole bénéfique pour l'enfant

	Fréquence	Pourcentage
OUI	3781	95,4
NON	23	0,6
NSP	159	4,0
Total	3963	100,0

Quatre vingt quinze pourcents des répondants ont déclaré que l'administration du Mebendazole était bénéfique pour leurs enfants. Pour eux, différentes raisons telles que : il débarrasse l'enfant des vers intestinaux (86%), il protège contre les infections (17%) et l'agent chargé de la distribution nous l'a dit (3%) étaient les principales évoquées.

Par contre, les 23 responsables qui pensaient que le Mebendazole n'était pas bénéfique pour leurs enfants avaient avancé les arguments suivants : il ne sert à rien, il est dangereux pour la santé de l'enfant, il a des effets secondaires [diarrhée], l'enfant est trop jeune, ainsi que la verminose continue.

Tableau 27 : Souhait que la distribution de Mebendazole soit associée à celle de la vitamine A

	Fréquence	Pourcentage
OUI	3258	81,8
NON	69	1,7
Ne sait pas	199	5,0
Ca ne dépend pas de nous	456	11,5
Total	3982	100,0

A la question de savoir si les responsables recommanderaient à l'avenir que la distribution de Mebendazole soit associée à celle de la vitamine A, 82% d'entre eux sont favorables à cette association pour les raisons suivantes : la vitamine A assure la croissance, protège l'enfant et les yeux (43%) ; le Mebendazole débarrasse les vers intestinaux, combat l'infection et la toux, tue les microbes (39%).

Ceux qui ne sont pas favorables à cette association ont évoqué les raisons ci après : l'enfant a présenté une réaction (allergie, diarrhée), il n'aime pas le Mebendazole, il n'aime pas la vitamine A, il rejette les deux produits, il ne connaît pas l'importance de ces deux produits et les deux produits ne traitent pas la même maladie.

Il faut relever cependant que 12% des répondants ont déclaré que ça ne dépendait pas d'eux que la distribution du Mebendazole soit associée à celle de la vitamine A.

Toutefois, presque la totalité des répondants ont accepté que leurs enfants reçoivent encore le Mebendazole si une prochaine distribution de ce médicament était organisée et seul 1% des responsables n'avaient pas été favorable à cela.

7.1.8. Couverture du déparasitage en Mebendazole de mai 2005

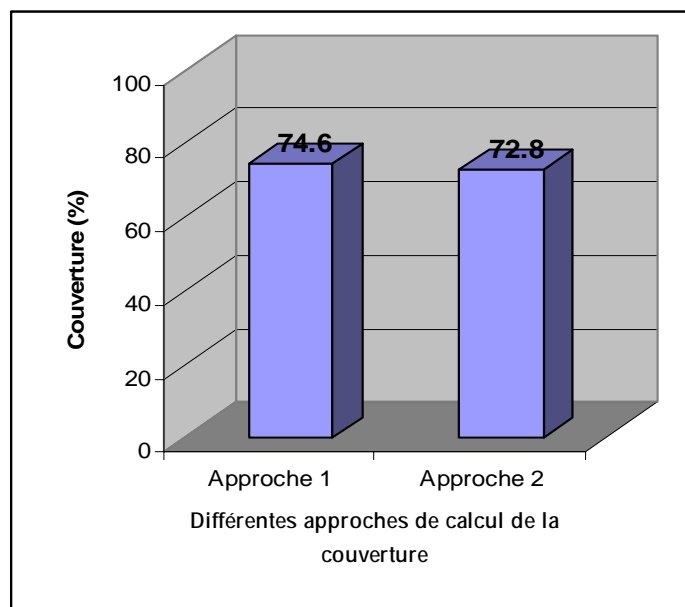
La couverture du déparasitage en Mebendazole a été calculée de la manière suivante : au numérateur, on a considéré le nombre d'enfants âgés de 12 à 59 mois ayant réellement reçu les comprimés de Mebendazole selon la déclaration du responsable de l'enfant et au dénominateur, le nombre total d'enfants âgés de 12 à 59 mois enquêtés.

Tenant compte de la déclaration du responsable de l'enfant, cette couverture a été estimée selon 2 approches différentes :

- Approche 1 : Couverture basée simplement sur la déclaration du responsable de l'enfant selon laquelle ce dernier a reçu un comprimé de Mebendazole ;
- Approche 2 : Couverture basée sur la déclaration du responsable de l'enfant selon laquelle ce dernier était au site de distribution ou a attendu les agents distributeurs à la maison et a reçu un comprimé de Mebendazole.

Les résultats obtenus sur base de ces deux approches de calcul de la couverture du déparasitage en Mebendazole sont présentés dans la figure 4 ci-dessous.

Figure 4: Couverture de la 1^{ère} phase (campagne de mai 2005) du déparasitage en Mebendazole des enfants de 12 à 59 mois selon les 2 approches de calcul



Il convient de souligner que certains enfants de 6 à 11 mois avaient aussi été supplémentés en Mebendazole à des doses allant du quart d'un comprimé à un comprimé entier bien qu'ils ne faisaient pas partie du groupe cible pour le déparasitage.

Cette situation était observée dans toutes les provinces à différents pourcentages : Kinshasa (21,1%), Bas Congo (16,2%), Bandundu (23,7%), Equateur (21,4%), Kasai Occidental (15,8%), Kasai Oriental (13,3%), Katanga (14,6%), Maniema (62,5%), Nord Kivu (13,3%), Province Orientale (38,5%) et Sud Kivu (32,0%).

Tableau 28 : Couverture du déparasitage en Mebendazole par tranche d'âge et selon les 2 approches de calcul

Tranches d'âge	Couverture en %	
	Approche 1	Approche 2
12 à 23 mois	66,7	65,3
24 à 35 mois	77,9	76,4
36 à 47 mois	78,5	76,2
48 à 59 mois	77,8	75,8
12 à 59 mois	74,6	72,8

S'agissant de la couverture par tranche d'âge, c'est celle de 12 à 23 mois qui est la moins bien couverte, quelle que soit l'approche utilisée et les autres tranches d'âge à partir de 24 mois quoique ayant des couvertures élevées sont en-dessous de l'objectif fixé de 80%.

Les résultats obtenus sur base de la 2^{ème} approche de calcul sont présentés dans la figure 5 ci-dessous.

Figure 5 : Couverture du déparasitage en Mebendazole par tranche d'âge et selon la 2^{ème} approche de calcul

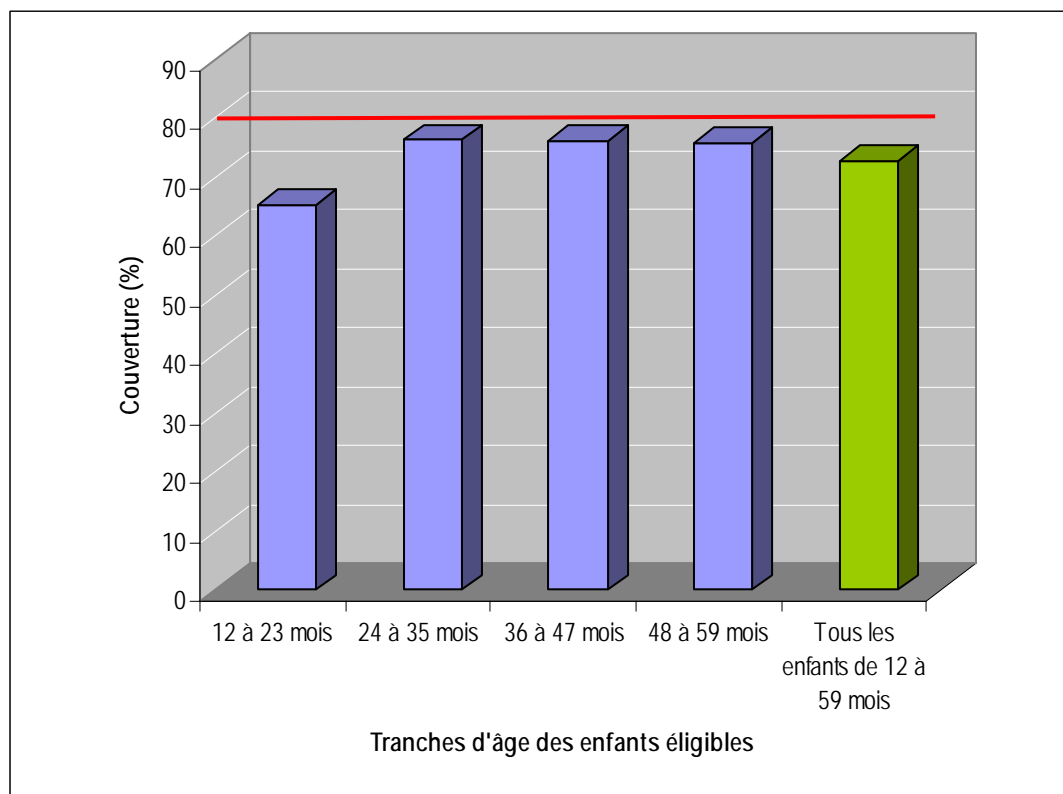


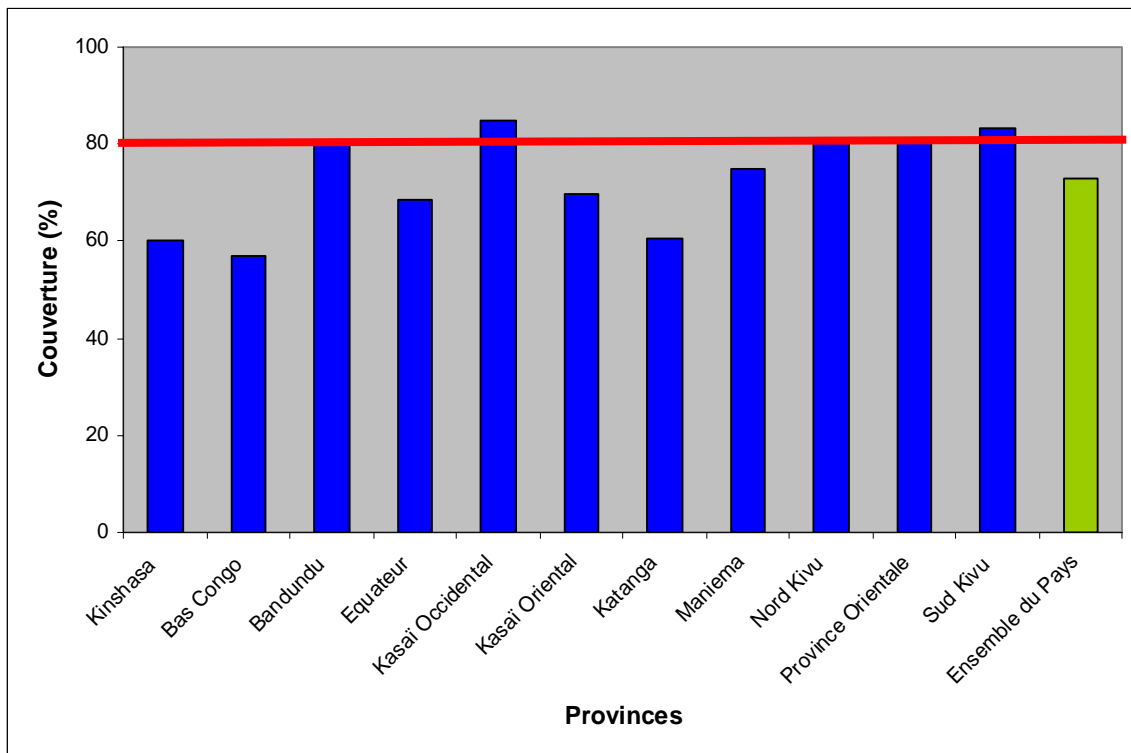
Tableau 29 : Couverture du déparasitage en Mebendazole par province et selon les 2 approches de calcul

Provinces	Couverture en %	
	Approche 1	Approche 2
Kinshasa	62,5	60,2
Bas Congo	59,1	57,0
Bandundu	80,3	80,1
Equateur	69,3	68,7
Kasai Occidental	86,3	84,9
Kasai Oriental	70,2	69,6
Katanga	63,3	60,6
Maniema	78,6	74,8
Nord Kivu	83,3	80,7
Province Orientale	81,5	80,3
Sud Kivu	86,1	83,1
Ensemble du pays	74,6	72,8

En tenant compte des approches 1 et 2, l'objectif de 80% de couverture semble avoir été atteint dans 5 provinces de la RDC, à l'exception de Kinshasa, du Bas Congo, de l'Equateur, du Kasai Oriental, du Katanga et du Maniema.

Les résultats obtenus sur base de la 2^{ème} approche de calcul sont présentés dans la figure 6 ci-dessous.

Figure 6 : Couverture du déparasitage en Mebendazole par province selon la 2^{ème} approche

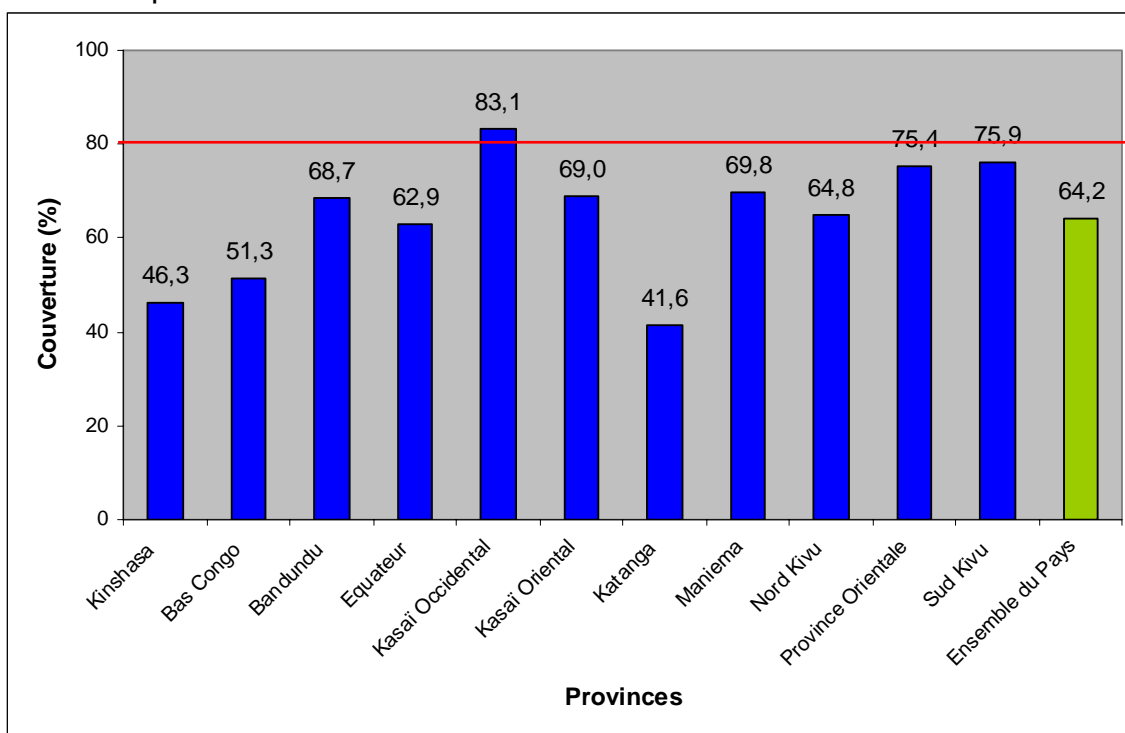


7.1.9. Couverture de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage en Mebendazole de mai 2005

La couverture de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage en Mebendazole a été calculée de la manière suivante : au numérateur, on a considéré le nombre d'enfants âgés de 12 à 59 mois ayant réellement reçu les capsules de vitamine A (selon l'approche 3, c'est à dire celle basée sur la déclaration du responsable de l'enfant avec description spontanée de ce qui s'est passé à la distribution c'est-à-dire sans aucune incitation et/ou rappel de l'évènement) et les comprimés de Mebendazole (selon l'approche 2, c'est à dire celle basée sur la déclaration du responsable de l'enfant selon laquelle ce dernier était au site de distribution ou a attendu les agents distributeurs à la maison et a reçu un comprimé de Mebendazole) et au dénominateur, le nombre total d'enfants âgés de 12 à 59 mois enquêtés.

Les résultats obtenus sur base de cette approche de calcul sont présentés dans la figure 7 ci-dessous.

Figure 7 : Couverture de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage en Mebendazole par province



Se basant sur cette approche de calcul, seule la province du Kasai Occidental avait atteint le seuil de 80% de couverture. Pour l'ensemble du pays, la couverture en vitamine A et en Mebendazole pour les enfants de 12 à 59 mois était de 64,2% et se trouvait en dessous de l'objectif fixé par le PRONANUT qui est de supplémenter au moins 80% des enfants.

7.2. Résultats des données des agents de santé enquêtés

Dans cette 2^{ème} partie du rapport, l'on va présenter les résultats des interviews réalisées auprès des agents de santé ayant participé à la distribution de la vitamine A et du Mebendazole de mai 2005. Au total, 589 agents ont été interviewés à travers toutes les 11 provinces du pays.

7.2.1. Caractéristiques socio-démographiques des agents de santé

Parmi les agents de santé interviewés, 70% étaient de sexe masculin et 30% de sexe féminin.

Tableau 30 : Niveau d'études des agents de santé enquêtés

Niveau d'études	Fréquence	Pourcentage
- Infirmier A1	77	13,2
- Infirmier A2	170	29,2
- Infirmier A3	152	26,1
- Autre	183	31,4
Total	582	100,0

Concernant leur niveau d'études, 29% des agents étaient des infirmiers A2, 26% des infirmiers A3 et 13% des infirmiers A1. Les autres ont accompli les études suivantes: secondaire incomplet, D6, primaire incomplet, universitaire et D4. Il faut noter cependant que 41 agents interviewés ont affirmé n'avoir aucune formation classique particulière.

A la question de savoir la responsabilité de l'agent au niveau du centre de santé, 54% des agents enquêtés ont déclaré qu'ils étaient des infirmiers titulaires ou titulaires adjoints des centres de santé, 20% étaient des relais communautaires, 7% des agents de santé communautaire ou membre de CODESA, CODEV, NAC, 6% des infirmiers chargés de CPN, CPS, PEV et éducation sanitaire, 3% des laborantins et 2% des réceptionnistes ou secrétaires.

S'agissant de leur rôle pendant la distribution de vitamine A et Mebendazole, 70% avaient servi comme agents de supplémentation, 13% sensibilisateurs ou mobilisateurs, 11% pointeurs et 10% comme superviseurs.

Tableau 31 : Lieu de travail lors de la distribution de vitamine A (n = 580)

Lieu de travail	Fréquence	Pourcentage
- De porte à porte	368	63,4
- Centre de santé	114	19,7
- Poste avancé	48	8,3
- Dispensaire	27	4,7
- Ecole	11	1,9
- Autre	37	6,4

Comme en 2003, la supplémentation en 2005 s'était faite le plus souvent à domicile. En effet, 63% des agents de distribution ont travaillé de porte à porte, 20% dans les centres de santé, 8% dans les postes avancés, 5% dans les dispensaires et 2% dans les écoles. On voit bien qu'un agent pouvait combiner deux ou trois stratégies de distribution.

Le nombre moyen d'enfants vus par jour lors de la distribution était de $163,92 \pm 134,06$ enfants avec une médiane égale à 120 enfants ; le minimum et le maximum valant respectivement 2 et 900 enfants.

Le nombre moyen de jours par semaines consacré à la distribution de vitamine A était de $3,5 \pm 0,98$ jours avec une médiane égale à 3 jours ; le minimum et le maximum valant respectivement 1 et 7 jours.

7.2.2. Connaissances, attitudes et pratiques en rapport avec la vitamine A

Tableau 32 : Bienfaits des capsules de vitamine A pour les enfants (n = 569)

ITEMS	Fréquence	Pourcentage
- Elle protège contre les maladies, elle renforce l'immunité	385	67,7
- Elle protège contre les maladies des yeux, elle protège la vision	308	54,1
- Elle assure la croissance, elle aide l'enfant à bien grandir	272	47,8
- La bonne santé de l'enfant	66	11,6
- Elle fortifie l'enfant	22	3,9
- C'est un supplément nutritionnel, elle permet d'éviter la malnutrition	14	2,5
- Elle augmente le taux de vitamine A	3	0,5

S'agissant des bienfaits de la vitamine A pour l'enfant, 68% des agents interviewés ont reconnu qu'elle protège les enfants contre les maladies et renforce leur immunité ; pour 54% elle protège l'enfant contre les maladies des yeux et protège la vision ; pour 48% elle assure la croissance et aide l'enfant à bien grandir et 12% ont cité uniquement la bonne santé de l'enfant. Vingt deux agents ont affirmé qu'elle fortifie l'enfant, 14 ont déclaré qu'elle est un supplément nutritionnel et pour trois autres elle augmente le taux de vitamine A dans l'organisme.

Il faut toutefois noter que 30% des agents de santé ont affirmé que l'excès de vitamine A avait des effets secondaires. Les principaux effets secondaires cités étaient : les perturbations de la vision, l'hypertension intracrânienne, le syndrome de l'excès de vitamine A (intoxication), la diarrhée, la desquamation de la peau, les céphalées, la faiblesse ou la fatigue.

Cependant, 21% de ces agents de santé ont déclaré ne pas savoir si l'excès de vitamine A pouvait avoir des effets secondaires.

Tableau 33 : Fréquence de distribution de la vitamine A aux enfants

	Fréquence	Pourcentage
- Une fois par an	22	3,8
- Deux fois par an	349	60,8
- Plus de 2 fois par an	82	14,3
- Ne sait pas	105	18,3
- Au besoin, si l'enfant est malade	16	2,8
Total	574	100,0

A la question de savoir combien de fois on devrait donner la vitamine A aux enfants, il y a une nette amélioration de la connaissance des agents par rapport à la campagne de 2003 car durant cette campagne de 2005, plus de la moitié des agents, soit 61%, ont su qu'elle se donne à intervalle de 6 mois, contrairement à la campagne de 2003 où seuls 6% d'eux avaient su y répondre correctement. Les autres agents ont affirmé qu'elle se donne soit une fois par an, soit plus de 2 fois par an (une fois par semaine, une fois par mois, tous les 3 ou 4 mois).

Il faut aussi relever que 18% des agents ayant participé à la distribution ont dit qu'ils ne savent pas combien de fois la vitamine A se donne aux enfants cibles. Cette proportion, bien qu'encore élevée, est cependant plus basse qu'en 2003 où 33% des agents avaient déclaré ne pas connaître la fréquence de distribution de la vitamine A aux enfants.

Quatre vingt dix huit pourcents des agents ont reconnu qu'il existe des différences de dosage de la vitamine A selon l'âge mais seuls 74% d'entre eux ont pu dire que ces différences étaient entre les enfants de moins d'un an et les plus d'un an.

Quant à la précision de la dose de vitamine A requise pour l'enfant, 91% des agents interviewés ont reconnu que la dose correcte pour l'enfant de moins d'un an est une capsule bleue de 100.000 UI ou 3 gouttes d'une capsule rouge de 200.000UI et pour les enfants de plus d'un an, 93% des agents ont affirmé que la dose correcte est une capsule rouge de 200.000UI. Les autres agents ont donné des réponses non correctes.

7.2.3. Formation des agents impliqués dans la distribution de la vitamine A

Tableau 34 : A reçu une formation/orientation sur l'administration de la vitamine A

Formation/ orientation	Fréquence	Pourcentage
OUI	505	86,6
NON	78	13,4
Total	583	100,0

Quatre vingt sept pourcents des agents ont affirmé avoir reçu une formation ou une orientation sur l'administration de la vitamine A. Comme en 2003, il y a donc eu 13% des agents qui n'ont pas été formé avant d'aller distribuer la vitamine A durant la campagne de supplémentation de 2005.

Pour ceux qui ont eu la formation, elle n'a duré qu'une journée pour 73% d'entre eux, 10% l'ont eu en 2 jours, 13% en 3 jours et 2% en 4 à 7 jours. Cependant, un agent a déclaré avoir reçu cette formation en 2 semaines, un deuxième en 3 ans et trois autres en 8 mois.

Au cours de cette formation, les principaux thèmes couverts étaient les suivants : comment administrer la vitamine A (44%) ; avantages, bienfaits, importance de la vitamine A (32%) ; supplémentation en vitamine A (21%) ; dosage de la vitamine A (16%) ; âge ou population cible (16%) ; déparasitage, bienfaits et comment administrer le Mebendazole (13%) ; et comment assurer la mobilisation (9%).

Soixante onze pourcents des agents interviewés ont affirmé avoir reçu des documents écrits durant la formation dont les principaux sont: guide/dépliant sur la supplémentation, la vaccination, le déparasitage (70%) ; affiches et photos (39%) ; fiche de pointage (20%) ; et guide sur l'âge (12%).

La grande majorité des agents (94%) qui ont suivi la formation l'ont trouvé appropriée. Les autres par contre ont fait les propositions suivantes pour l'améliorer : organiser un séminaire approprié, de durée suffisante et approfondir la matière ; disponibiliser le support (document, livre, module) ; impliquer les pairs éducateurs, les infirmiers et la communauté.

Parmi ceux qui n'avaient pas suivi une formation préalable sur la vitamine A, 94% ont estimé que cette dernière aurait été profitable pour eux. Ils ont proposé les principaux thèmes suivants : les bienfaits et le rôle de la vitamine A (50%) ; comment administrer la vitamine A (21,8%) ; les effets secondaires de la vitamine A et leur prise en charge (16,7%) ; toutes les informations sur la vitamine A (15,4%) ; les doses de la vitamine A (11,5%).

Tableau 35: Existence d'informations transmises systématiquement aux responsables des enfants

	Fréquence	Pourcentage
OUI	541	94,4
NON	32	5,6
Total	573	100,0

Quatre vingt quatorze pourcents des agents de santé interviewés ont affirmé qu'ils transmettaient systématiquement des informations aux responsables des enfants qui recevaient la vitamine A et/ou le Mebendazole.

Des informations telles que : les bienfaits de la vitamine A (73,6%) ; la fréquence des campagnes et le respect du calendrier de tous les 6 mois (10,5%) ; la mobilisation, la sensibilisation, l'invitation à participer à la supplémentation (9,2%) ; les bienfaits de la vitamine A et du Mebendazole (8,3%) ; les aliments riches en vitamine A (4,4%) ; les âges cibles (2,8%) ; et la supplémentation des enfants (2%) étaient les principales transmises aux responsables des enfants durant la distribution de la vitamine A et du Mebendazole.

7.2.4. Obstacles, problèmes rencontrés et suggestions

Tableau 36: Existence de problèmes rencontrés lors de la distribution

	Fréquence	Pourcentage
OUI	291	50,9
NON	281	49,1
Total	572	100,0

A la question de savoir s'il existait des problèmes particuliers que les agents avaient rencontrés lors de la distribution de la vitamine A et du Mebendazole, la moitié d'entre eux ont répondu par l'affirmative. En effet, 63% d'entre eux ont affirmé avoir rencontré le problème d'enfants sans de carte de santé, 42% celui d'un trop grand nombre d'enfants, 35% celui de la crainte des effets secondaires, 19% celui d'un trop petit nombre d'enfants et 18% celui de l'approvisionnement en capsules de vitamine A.

Les agents ayant reconnu l'existence de problèmes lors de la distribution en ont identifié d'autres, à savoir : le refus, la résistance, l'indifférence, on cachait les enfants (40%) ; les convictions religieuses et les coutumes (11%) ; le manque de moyen de déplacement, la fatigue (7%). D'autres problèmes tels que l'insuffisance de motivation, la faim durant le travail, la rupture du stock de Mebendazole, l'insuffisance de moyens logistiques, l'insuffisance du personnel de supplémentation ainsi que la confusion entre la supplémentation et la vaccination ont également été relevés.

Tous les agents de santé interviewés ont suggéré les changements suivants pour améliorer la supplémentation en vitamine A et en Mebendazole: l'augmentation de la prime du personnel (18%) ; l'intensification de la sensibilisation (16%) ; l'augmentation des moyens logistiques (11%). D'autres suggestions telles que la stratégie porte à porte, une formation consistante des agents de durée suffisante, une bonne disponibilité et un bon stockage des intrants ainsi que l'augmentation de l'effectif du personnel ont été formulées.

Toutefois, il faut signaler que 18% des agents interviewés n'ont pas suggéré des changements car ils pensent que cela ne dépend pas d'eux.

A la question de savoir comment les agents ont suivi la gestion des capsules de vitamine A distribuées, 38% d'entre eux ont déclaré qu'ils avaient fait par le pointage, la fiche de stock et 26% en conservant les capsules utilisées pour les compter avant de les brûler.

7.2.5. Mobilisation et problèmes de participation communautaire

Tableau 37: Différents moyens par lesquels les familles dans les communautés ont été informées de la distribution

Sources d'information	Fréquence	Pourcentage
- Crieurs avec mégaphone	344 (n = 579)	59,4
- Agents de santé, centre de santé	340 (n = 579)	58,7
- Leaders communautaires	328 (n = 578)	56,7
- Affiches ou brochures	208 (n = 582)	35,7
- Radio	124 (n = 578)	21,5
- Eglises	47 (n = 574)	8,2
- Relais communautaires	34 (n = 574)	5,9
- Télévision	34 (n = 578)	5,9

D'après les agents de santé interviewés, cinq principaux moyens ont été utilisés pour informer les familles de la distribution de la vitamine A et du Mebendazole. Il s'agit de : les crieurs avec mégaphones, les agents de santé dans les centres de santé, les leaders communautaires, les affiches ou brochures et la radio.

L'on remarque que les églises, les relais communautaires et la télévision ont été très peu utilisés comme moyens pour diffuser l'information aux populations dans les communautés.

Tableau 38: Connaissance des agents de santé des raisons pour lesquelles les familles n'amènent pas leurs enfants à la distribution

	Fréquence	Pourcentage
OUI	347	60,1
NON	230	39,9
Total	577	100,0

Soixante pourcents des agents de santé interviewés ont affirmé connaître les raisons pour lesquelles les parents n'ont pas amené leurs enfants à la distribution de vitamine A et de Mebendazole.

Parmi ces raisons, les principales évoquées par les agents interviewés (n = 343) étaient les suivantes : les rumeurs, la crainte des effets nocifs de la vitamine A (50%) ; les convictions religieuses, les mauvaises croyances, les tabous et coutumes (30%) ; l'analphabétisme, l'ignorance, la négligence des parents (9%) ainsi que la faible sensibilisation (4%).

Pour vaincre ce refus des parents, les agents de santé ont proposé : la sensibilisation des parents, l'éducation sanitaire et nutritionnelle (84,2%) ; la sensibilisation et l'implication des chefs religieux (7,6%) ; l'implication de l'autorité locale et les leaders communautaires (3,5%). Certains agents ont même suggéré que l'Etat puisse jouer son rôle par l'application de mesures contraignantes et politiques (3,8%).

Tableau 39: Participation de la communauté à la distribution de la vitamine A

	Fréquence	Pourcentage
OUI	473	82,5
NON	88	15,4
Ne sait pas	12	2,1
Total	573	100,0

Quatre vingt trois pourcents des agents interviewés ont déclaré que la communauté a participé aux activités de distribution de la vitamine A en sensibilisant les amis, voisins et membres de famille de porte à porte

(27,8%) et à travers les églises (10%) ; en amenant les enfants à la distribution (19,7%) ; à travers les relais communautaires (31%) et leaders communautaires (18,6%) ; et en proposant des logements aux supplémentateurs (7,7%).

7.2.6. Suggestions pour améliorer la supplémentation

A la fin de l'interview, les suggestions suivantes ont été faites par les agents de santé ayant participé à la distribution de la vitamine A et de Mebendazole de mai 2005:

- que la motivation des agents soit améliorée ;
- que la supplémentation soit pérennisée ;
- que la sensibilisation soit intensifiée ;
- que la formation soit améliorée ;
- que la disponibilité des intrants soit améliorée
- que la logistique (matériel, transport, etc.) soit assurée.

7.3. Résultats des données des responsables enquêtés aux niveaux central, intermédiaire et périphérique

Dans cette 3^{ème} partie des résultats, l'on va présenter les résultats des interviews réalisées auprès des responsables des niveaux central, intermédiaire et périphérique ayant été impliqués dans la planification et l'exécution de la campagne de supplémentation en vitamine A et en Mebendazole de mai 2005.

Au total, 42 agents ont été interviewés à travers toutes les 11 provinces du pays.

7.3.1. Caractéristiques socio-démographiques des responsables enquêtés

Tableau 40 : Répartition des personnes interviewées selon leur niveau de planification

Niveau	Fréquence	Pourcentage
Périphérique	32	76,2
Intermédiaire	10	23,8
Total	42	100,0

Dans l'ensemble, le questionnaire en rapport avec les différents niveaux de planification a été administré à 32 personnes du niveau périphérique consistant en des membres des équipes cadres des zones de santé et 10 personnes du niveau intermédiaire correspondant aux inspections médicales de province ou de district.

Tableau 41 : Répartition des personnes interviewées suivant leur fonction

Fonction des agents	Fréquence	Pourcentage
- Médecin Chef de Zone de santé	20	47,6
- Médecin inspecteur provincial	4	9,5
- Coordonnateur provincial de nutrition	3	7,1
- Administrateur Gestionnaire	2	4,8
- Infirmier superviseur/Titulaire	2	4,8
- MCD	1	2,4
- Médecin 5 ^{ème} Bureau	1	2,4
- Médecin directeur HGR	1	2,4
- Logisticien PEV	1	2,4
- Nutritionniste de la zone de santé	1	2,4
Total	42	100,0

Près de la moitié (47,6%) des personnes interviewées aux différents niveaux de planification étaient des médecins chefs des zones de santé. Les médecins inspecteurs provinciaux constituaient 9,5% de l'échantillon et les coordonnateurs provinciaux de nutrition représentaient 7,1% des responsables qui avaient fourni des réponses sur la planification de la campagne de supplémentation du mois de mai 2005. Les administrateurs gestionnaires et les infirmiers superviseurs des zones de santé représentaient respectivement 4,8% de l'échantillon.

Les autres responsables interviewés (Médecin coordonnateurs de district, médecin Directeur de HGR, etc.) étaient présents à moins de 3% dans l'ensemble des personnes interviewées.

7.3.2. Planification des activités

Tableau 42 : Répartition des activités planifiées en rapport avec la campagne de supplémentation de mai 2005

Activités planifiées	Fréquence	Pourcentage
- Sensibilisation	27	64,3
- Réunion comité/Supplémentateurs	23	54,8
- Planification/Microplanification	20	47,6
- Briefing	17	40,5
- Formation	17	40,5
- Supplémentation/Déparasitage	15	35,7
- Supervision	15	35,7
- Réception et distribution des intrants/matériel	14	33,3
- Mobilisation sociale	8	19,0
- Suivi et Evaluation	5	11,9
- Dénombrement	4	9,5
- Plaidoyer	3	7,1

De toutes les activités citées par les responsables interviewés et qui étaient planifiées en rapport avec la campagne de supplémentation de mai 2005, la sensibilisation et les réunions du comité de coordination et des supplémenteurs sont les plus fréquentes avec respectivement 64,3% et 54,8% des répondants. Viennent ensuite la micro planification, le briefing et la formation, la supplémentation/déparasitage et la supervision ainsi que la réception et distribution des intrants et matériels qui sont mentionnées respectivement par 47,6%, 40,5%, 35,7% et 33,3% des responsables interviewés.

D'autres activités ont été citées par moins du tiers des répondants mais avec dans l'ensemble au moins cinq pourcents des répondants, il s'agissait notamment de la mobilisation sociale, le suivi et évaluation, le dénombrement et le plaidoyer. Certaines activités comme le recrutement et l'affectation des agents, la consolidation, la composition de CLC, etc n'ont été citées que par moins de trois répondants et n'apparaissent pas dans le tableau ci-dessus.

Quant à leur niveau d'exécution, 48,7% des répondants avaient déclaré que les activités planifiées étaient entièrement réalisées (100%). Les niveaux inférieurs de réalisation des activités allant de 0 à 95% étaient mentionnés par moins de 10% des responsables interviewés.

Selon ces responsables, les activités ayant marché comme prévu étaient par ordre décroissant de fréquence : la formation, la sensibilisation, la supplémentation et le déparasitage, le briefing des agents, la supervision, la distribution des intrants et matériels ainsi que la mobilisation sociale et la tenue des différentes réunions.

De la bonne réalisation de ces activités, les répondants avaient tirées différentes leçons parmi lesquelles nous pouvons citer : une bonne planification (micro planification) faite à la base est impérieuse ; la sensibilisation permet une meilleure compréhension des bienfaits de la vitamine A et du Mebendazole par la population ; l'association du Mebendazole à la distribution de la vitamine A permet une bonne adhésion de la population car les effets du Mebendazole sont immédiatement visibles.

Ils avaient d'autre part classé l'évaluation, la planification, la supervision et paradoxalement la sensibilisation dans l'ensemble des activités qui n'avaient pas marché comme prévu. A leur opinion, cette situation était due entre autre aux raisons suivantes : manque de micro planification, non respect les prévisions de la base en ce qui concerne par exemple le nombre d'équipes à déployer, défaut de communication dans les aires de santé, insuffisance des moyens logistiques et financiers, approvisionnement tardif en intrants, rupture de stocks, retard causé par les organisateurs, la saison de pluie, travail avec des moyens de bord.

7.3.3. Moyens logistiques et documents relatifs à la campagne

Tableau 43 : Répartition des responsables interviewés selon leur opinion sur la disponibilité des moyens logistiques planifiés aux différents niveaux de planification

Disponibilité des moyens logistiques	Fréquence	Pourcentage
Oui, en accord avec la période planifiée	4	9,6
Oui, mais après le timing prévu	2	4,8
Oui pour certains	19	45,2
Non	17	40,5
Total	42	100,0

Seuls quatre répondants sur quarante deux avaient reconnu que les moyens logistiques étaient disponibles à leur niveau en accord avec la planification effectuée. Dix-sept répondants sur quarante deux, soit 40,5% ont déploré le fait que les moyens logistiques programmés n'étaient pas disponibles à leur niveau suivant le calendrier arrêté pendant la planification des activités en rapport avec la campagne de supplémentation du mois de mai 2005. Néanmoins, dix-neuf responsables interviewés qui représentaient quarante cinq pourcents des répondants avaient affirmé que certains moyens logistiques étaient à leur niveau en accord avec la planification établie.

Tableau 44 : Répartition des responsables interviewés selon leur opinion sur la disponibilité des imprimés et autres documents relatifs à la campagne aux différents niveaux de planification

Disponibilité des imprimés	Fréquence	Pourcentage
Oui	20	47,6
Non	22	52,4
Total	42	100,0

S'agissant des imprimés (fiches, canevas, guides de supplémentation, affiches, guides d'âges, etc.) et autres documents relatifs à la campagne de supplémentation, 47,6% des répondants avaient affirmé qu'ils étaient disponibles à leur niveau suivant le calendrier prévu. Cependant, il convient aussi de remarquer que pour plus de la moitié des responsables interviewés qui, du reste étaient pour la plupart des médecins chefs de zone de santé, les imprimés n'avaient pas atteint leur niveau suivant le calendrier établi.

Cette situation n'était pas sans conséquences sur le déroulement de la campagne et l'efficacité des équipes sur le terrain.

Les répondants avaient attribué cela à plusieurs raisons dont les suivantes : la sous estimation des besoins (quantité insuffisante), les contraintes au niveau supérieur entraînant une exécution retardée des prévisions, le travail fait dans la précipitation ayant occasionné le manque de certains imprimés.

7.3.4. Stratégies de mobilisation sociale et moyens de contrôle des activités

En vue d'assurer la mobilisation communautaire, diverses stratégies étaient mises en place. De l'avis des répondants, les stratégies les plus mentionnées sont reprises dans le tableau 45.

Tableau 45 : Répartition des différentes stratégies mises en place pour assurer la mobilisation communautaire

Stratégies de mobilisation communautaire	Fréquence	Pourcentage
- Mise à contribution des relais communautaires	19	45,2
- Diffusion des messages dans les églises	18	42,9
- Sensibilisation des leaders, masses, par les RC, les églises	12	28,6
- Diffusion des messages radiophoniques	8	19,0
- Affichage des messages	7	16,7
- Mobilisation par la radio et les mobilisateurs sociaux	6	14,3
- Implication des leaders communautaires et partenaires locaux	5	11,9
- Diffusion des messages par mégaphones	3	7,1
- Plaidoyer auprès des leaders communautaires	3	7,1
- Diffusion des messages dans les écoles	3	7,1

Il apparaît donc que la mobilisation communautaire avait été principalement réalisée en recourant aux relais communautaires, aux mobilisateurs sociaux et aux leaders communautaires sans oublier les autres partenaires locaux. Cette mobilisation était en grande partie accomplie par la sensibilisation des leaders et des masses par les relais communautaires, les églises, la radio et les écoles, l'affichage des messages et leur diffusion par mégaphone (crieurs).

Les répondants avaient précisé que le suivi de la gestion des capsules distribuées était principalement basé sur la fiche de pointage des enfants supplémentés et le comptage des réceptacles (capsules) vides à la fin de chaque journée. Le bordereau de livraison, la fiche de stock, le comptage des capsules restant, le plan de distribution suivant la population cible attendue, la présence d'un tableau des indicateurs et la supervision des équipes sur le terrain ont aussi été utilisés comme pointage était aussi utilisé comme moyen de suivi des capsules distribuées.

Quant aux moyens de contrôle/assurance de la bonne exécution des activités planifiées au niveau inférieur, la supervision de la campagne et le rapport du niveau inférieur étaient citées respectivement par 90% et 35% des responsables interviewés ; d'autres moyens parmi lesquels de petites enquêtes rapides dans la population étaient mentionnés par 15% des répondants. Ces résultats sont repris dans le tableau 46 ci-dessous.

Tableau 46 : Répartition des différents moyens de contrôle/assurance de la bonne exécution des activités au niveau inférieur (n = 40)

Moyens de contrôle/assurance	Pourcentage
- La supervision de la campagne	90,1
- Le rapport de la campagne du niveau inférieur	35,0
- Autres moyens	15,0

Tableau 47 : Répartition des responsables interviewés selon leur opinion sur la participation de la communauté à la campagne

Participation de la communauté	Fréquence	Pourcentage
- Oui	34	89,5
- Oui, plus ou moins	2	5,3
- Non	2	5,3
Total	38	100,0

Au moins 90% des responsables aux différents niveaux de planification ont reconnu que la communauté avait participé d'une façon ou d'une autre à la campagne de supplémentation du mois de mai 2005. A leur avis, cette participation a consisté principalement dans le fait que les responsables des enfants les ont emmenés au site de supplémentation/déparasitage ainsi que dans l'implication des relais communautaires et chefs de villages/quartiers dans la sensibilisation des membres de leur communauté, la mobilisation des ressources locales pour assurer un meilleur déploiement des équipes de supplémentation, la participation de certaines personnes en charge des enfants dans l'administration du Mebendazole et la contribution dans l'identification des enfants qui n'avaient pas été supplémentés ou déparasités.

Là où la participation communautaire était en dessous des attentes des responsables interviewés, ils l'ont attribué au fait que la communauté n'est pas valorisée et que la supplémentation est considérée comme une affaire des agents de santé.

Concernant les voies et moyens pour accroître cette participation communautaire, les répondants avaient notamment évoqué l'intensification de la sensibilisation de la communauté pour sa meilleure information, une meilleure motivation de tous des agents qui participent à la supplémentation et particulièrement les RECO, une augmentation du nombre de mobilisateurs (RECO et autres) sans oublier l'implication de la communauté dans la planification des activités. L'association du Mebendazole à la distribution de la vitamine A était aussi suggérée comme moyen d'accroître la participation communautaire.

7.3.5. Points forts et points faibles

Les responsables interviewés à différents niveaux de planification avaient relevé ce qui leur paraissait comme des points forts et points faibles de la campagne du mois de mai 2005 ainsi que les moyens de conforter les acquis et d'améliorer ce qui n'avait pas bien marché.

Tableau 48 : Points forts de la campagne de supplémentation de mai 2005 (n = 57)

Points Forts	Fréquence	Pourcentage
- Couplage de vitamine A et du Mebendazole	11	19,3
- Participation communautaire	9	15,8
- Disponibilité de la vitamine A, du Mebendazole et des autres intrants	7	12,3
- Implication de la communauté et des autorités administratives locales	5	8,8
- Mobilisation des ressources (locales)	4	7,0
- Respect du calendrier planifié et réalisation des résultats	3	5,3
- Présence effective des différents acteurs	2	3,5
- Synergie entre différents partenaires	2	3,5

Concernant les points forts sur l'ensemble des 57 réponses obtenues car certains avaient souligné plus d'un seul point, 19% des répondants avaient épinglé l'association de la vitamine A et du Mebendazole comme l'aspect le plus positif qui avait constitué une impulsion ayant entraînée une forte participation communautaire.

Hormis ces deux premiers points, ils avaient aussi souligné la disponibilité de la vitamine A, du Mebendazole et des autres intrants (12,3%), l'implication de communauté et des autorités administratives locales (8,8%), la mobilisation des ressources locales (7,0%), le respect du calendrier planifié et la réalisation des résultats (5,3%), la présence effective des différents acteurs sur le terrain (3,5%) ainsi que la synergie entre différents partenaires (3,5%).

Les autres points forts qu'ils avaient cité avec une fréquence plus faible ne sont pas repris dans le tableau.

En vue de conforter ces acquis, les répondants avaient principalement suggéré : une bonne planification que l'on devrait ultérieurement respecter lors de l'exécution des activités de supplémentation, la mise à disposition de tous les intrants et les moyens logistiques auprès des équipes à temps et en accord avec les besoins réellement évalués sur le terrain, l'amélioration de la motivation des prestataires et une forte sensibilisation de la population.

Tableau 49 : Points faibles de la campagne de supplémentation de mai 2005 (n = 102)

Points Faibles	Fréquence	Pourcentage
- Retard dans l'approvisionnement en différents intrants et insuffisance/manque de certains intrants (ciseaux, guides d'âge, etc.)	33	32,4
- Nombre insuffisant des équipes de supplémentation	6	5,9
- Absence de planification/planification tombant du niveau supérieur et ne tenant pas compte de la micro planification locale	5	4,9
- Rupture de stocks de capsules de vitamine A de 10000 UI et de Mebendazole	5	4,9
- Manque de coordination des activités / Supervision moins assurée	4	3,9
- Moyens logistiques de déplacement des équipes et de sensibilisation (mégaphones) insuffisants	4	3,9

Quant aux points faibles, cent et deux réponses étaient obtenues des répondants dont 32,4% avaient principalement évoqué le retard dans l'approvisionnement en différents intrants et l'insuffisance/manque de certains intrants (ciseaux, guides d'âges, fiches de synthèse, etc.).

Les autres points faibles évoqués se rapportaient au nombre insuffisant des équipes de supplémentation (5,9%), l'absence de planification ou une planification venant du niveau supérieur sans tenir compte des besoins réels évalués à la base (4,9%), la rupture de stocks de capsules de vitamine A de 10000UI et de Mebendazole (4,9%), le manque de coordination des activités/supervision moins assurée (3,9%) et l'insuffisance des moyens logistiques de déplacement des équipes et de sensibilisation (mégaphones) insuffisants (3,9%).

D'autres points faibles consistant en la modicité de la motivation (perdiem) des agents impliqués dans la supplémentation et l'information tardive de la communauté avaient également été soulevés.

Pour surmonter ces difficultés, il avait été suggéré d'organiser la micro planification à la base en associant aussi la communauté et de la respecter, d'éviter l'improvisation, d'augmenter le nombre d'équipes, d'assurer les moyens de transport appropriés et suffisants, d'assurer une meilleure mobilisation sociale et de tenir compte de la population.

En guise de mot de la fin, les responsables interviews avaient souhaité que :

- le nombre d'équipes soit augmenté en accord avec la planification effectuée et en tenant compte du contexte particulier de chaque zone de santé (étendue, distances à parcourir, etc.);
- les moyens logistiques et ressources matérielles nécessaires pour la mobilisation sociale et la supplémentation soient disponibles à temps au niveau des équipes sur le terrain ;
- les membres des équipes de distribution soient mieux formés et leur prime revue à la hausse.

7.4. Comparaison des résultats de l'enquête à ceux obtenus à la fin de la campagne 2005

Dans cette 4^{ème} partie des résultats, la relecture des résultats des niveaux de couverture transmis par les différentes provinces a été faite au regard des résultats de l'enquête.

Tableau 50 : Couverture de la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois en RDC

PROVINCES	COUVERTURE en %					
	Enfants de 6 à 11 mois		Enfants de 12 à 59 mois		Enfants de 6 à 59 mois	
	PRONANUT	ENQUETE	PRONANUT	ENQUETE	PRONANUT	ENQUETE
Kinshasa	90,5	26,3	91,9	66,2	87,6	62,8
Bas Congo	108,1	64,9	82,1	77,8	84,9	76,0
Bandundu	97,0	63,2	94,7	79,5	95,0	78,1
Equateur	113,6	66,1	91,6	78,4	94,7	76,7
Kasai Occidental	94,0	65,8	89,7	93,5	90,3	90,2
Kasai Oriental	91,6	68,9	87,2	86,3	87,1	84,2
Katanga	84,0	37,5	83,1	56,8	83,2	54,6
Maniema	109,2	62,5	97,5	82,5	98,7	81,3
Nord Kivu	81,8	63,3	87,6	73,3	87,0	72,3
Province Orientale	111,0	80,8	81,5	89,6	84,8	89,1
Sud Kivu	91,1	52,0	74,4	84,0	76,3	80,9
ENSEMBLE	96,2	58,4	86,7	78,4	87,4	76,4

La comparaison reprise dans le tableau 50 ci-dessus nous montre que, dans l'ensemble, la proportion des enfants de 6 à 59 mois qui étaient supplémentés en vitamine A était de 87,4% selon les résultats officiels de la campagne du mois de mai 2005 contre 76,4% obtenus sur base des données collectées durant l'enquête de couverture.

Cette différence des deux groupes de résultats apparaît aussi lorsque l'on considère séparément chaque province. En effet, la province de Katanga et la ville province de Kinshasa, avec plus de vingt pourcent d'écart entre les résultats officiels et ceux de l'enquête, ont les résultats d'ensemble les plus discordants. Viennent ensuite par ordre décroissant de différence, les provinces de Bandundu, Equateur, Maniema, Nord Kivu, Bas Congo, Kasai Oriental et Kasai Occidental. Cependant, il convient de relever que les résultats d'enquête sont de quatre pourcents plus élevés que ceux rapportés par le PRONANUT pour la province orientale et celle du Sud Kivu.

En considérant les deux tranches d'âges (6 – 11 mois et 12 – 59 mois) séparément, on remarque que pour l'ensemble des enfants de ces tranches d'âges, la différence est du même ordre de grandeur (près de dix pourcents) pour la tranche de 12 à 59 mois alors qu'elle est de près de trente-huit pourcents pour les enfants de 6 à 11 mois.

En général, les tendances observées pour l'ensemble des enfants de 6 à 59 mois se maintiennent dans la tranche d'âge de 12 à 59 mois à travers toutes les provinces. Par contre, pour les enfants de 6 à 11 mois, les écarts sont de près de cinquante pourcents ou plus pour les provinces de Katanga, Bas Congo, Equateur, Sud Kivu, et la ville province de Kinshasa. Et pour les autres provinces (Bandundu, Kasai Occidental et Oriental, Maniema, Nord Kivu et la Province Orientale), la différence entre les proportions des enfants de 6 à 11 mois supplémentés en vitamine A lors de la campagne du mois de mai 2005 sur base du rapport officiel de ladite campagne et des résultats de l'enquête de couverture est d'au moins vingt pourcents.

On constate aussi que pour les provinces de Bas Congo, Equateur, Maniema et la Province Orientale, les proportions d'enfants de 6 à 11 mois supplémentés était de plus de cent pourcents. Cette dernière observation met encore en exergue le problème de dénominateur dans le calcul des indicateurs.

En effet, les calculs pour l'estimation des populations cibles attendues, dans les différentes zones de santé, se basent sur des projections démographiques s'appuyant sur les résultats du recensement scientifique de 1984 alors que l'on assiste à des flux migratoires inter provinciaux non négligeables en RDC du fait des différents conflits, de la guerre et de la crise multiforme qui sévit dans le pays depuis près de quinze ans. Ceci permet d'expliquer les nombres plus importants des enfants supplémentés qui, dans certaines provinces, pouvaient dépasser les prévisions.

Les résultats globaux particulièrement faibles obtenus à Kinshasa et au Katanga dénotent d'un sérieux problème d'organisation de la campagne qui devrait plus tenir compte des microplanifications faites au niveau périphérique.

La comparaison des résultats de la proportion de couverture en Mebendazole tels que rapportés par le PRONANUT à ceux de l'enquête est présentée dans le tableau 51 ci-dessous.

Tableau 51 : Couverture du déparasitage en Mebendazole des enfants de 12 à 59 mois en RDC

PROVINCES	Couverture en %	
	PRONANUT	ENQUETE
Kinshasa	91,9	60,2
Bas Congo	81,4	57,0
Bandundu	92,2	80,1
Equateur	84,1	68,7
Kasai Occidental	88,5	84,9
Kasai Oriental	84,4	69,6
Katanga	72,8	60,6
Maniema	87,0	74,8
Nord Kivu	81,3	80,7
Province Orientale	26,1	80,3
Sud Kivu	75,0	83,1
Ensemble du pays	75,3	72,8

Dans l'ensemble, les résultats officiels du déparasitage au Mebendazole des enfants de 12 à 59 mois au cours de la campagne du mois de mai 2005 montrent une couverture de 75,3% contre 72,8% obtenus au cours de l'enquête de couverture des mois d'Août et Septembre 2005. La comparaison des deux séries de résultats pour chaque province nous permet de les diviser en deux groupes.

La province Orientale avec une couverture officielle de 26% contre 80,3% obtenus sur base des données de l'enquête constitue un groupe à part reflétant les problèmes de complétude dans la transmission des résultats vers le niveau central.

Les autres provinces dont les résultats officiels sont plus élevés que ceux de l'enquête, mais avec des écarts entre les deux séries de résultats inférieurs à trois pourcents et parfois même négligeable.

La comparaison des résultats officiels de la campagne de supplémentation et de déparasitage à ceux de l'enquête a été faite en recourant au programme STATCALC de EPIINFO qui utilise le test du Chi-carré pour la comparaison des proportions. Cette comparaison a montré une différence très significative pour l'ensemble des résultats de supplémentation en vitamine A de toutes les provinces ($p = 0,000$) de même que pour les enfants de 6 à 11 mois ($p = 0,000$) et ceux de 12 à 59 mois ($p = 0,000$). La même comparaison faite sur les proportions des enfants de 12 à 59 mois déparasités a aussi révélé une différence très significative ($p = 0,000$).

VIII. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

L'analyse des résultats de cette évaluation montre que pour l'ensemble du pays, la couverture moyenne de la supplémentation en vitamine A était de 76,4% pour les enfants de 6 à 59 mois. La couverture du déparasitage avec le Mebendazole était de 72,8% pour les enfants ciblés (12 à 59 mois). Quant à la couverture pour les deux produits, c'est-à-dire la vitamine A et le Mebendazole, elle était de 64,2% pour les enfants de 12 à 59 mois.

Il y a lieu de relever les quelques faits saillants suivants :

- L'objectif qui était fixé à 80% des enfants n'a pas été atteint pour la vitamine A ni pour le Mebendazole ;
- Les responsables qui n'ont pas amené leurs enfants à la distribution de la vitamine A ont évoqué les principales raisons suivantes : le lieu de distribution n'était pas connu ; l'heure et les jours de distribution n'ont pas été communiqués ; il n'y avait personne pour accompagner l'enfant, le responsable étant absent; ils avaient entendu qu'il n'y avait pas suffisamment de capsules ;
- Les principales sources des messages IEC en rapport avec la vitamine A et le Mebendazole restent les mêmes, à savoir : les crieurs avec mégaphones, les relais communautaires, les agents de santé ainsi que les leaders communautaires. La radio, les brochures, la télévision ainsi que les parents, amis et voisins ne jouent que des rôles secondaires ;
- Presque la totalité des parents reconnaissent qu'il y a des avantages à ce que leurs enfants prennent la vitamine A, cependant la majorité des parents ignorent toujours la tranche d'âge des enfants cibles, la fréquence de prise par an ainsi que l'âge de début de prise;
- Actuellement, plus de deux tiers des parents sont à mesure de citer au moins un aliment riche en vitamine A ou les différents moyens d'en obtenir suffisamment;
- La distribution de la vitamine A semble être intégrée aux autres activités de soins de santé primaires, car cette année en dehors du Mebendazole plus de 70% des enfants ont reçu des soins ou d'autres produits lors de cette distribution ;
- Le traitement des parents aux sites de supplémentation s'est nettement amélioré ;
- La sensibilisation de la communauté doit aussi permettre d'améliorer les connaissances des responsables des enfants sur la vitamine A ;
- Près de deux tiers des agents connaissent la fréquence de la supplémentation de la vitamine A et plus de 90% ont de bonnes connaissances en rapport avec les doses selon l'âge des enfants;
- Plus de 65% de ces agents ont des connaissances suffisantes sur les bienfaits (protection contre les infections, bonne pour les yeux, meilleure croissance, etc.) ;
- Selon le tiers de ces agents, les familles qui n'amènent pas les enfants à la distribution pensent principalement que la vitamine A des effets nocifs sur la santé des enfants ;
- Une meilleure formation des agents de distribution ainsi qu'une large sensibilisation sont nécessaires pour vaincre les obstacles identifiés ;
- La planification des activités devrait tenir compte de la micro planification de la périphérie (zones de santé).

Compte tenu de l'étendue du pays et des difficultés de transport, les résultats obtenus sont encourageants et les efforts doivent encore être continués. Les différences constatées entre les résultats de différents rapports de terrain et ceux de l'enquête montrent et suggèrent qu'il est important de valider les données des rapports de terrain par une enquête scientifiquement menée au moins une fois par an.

Au regard de ces résultats, nous formulons les recommandations ci-après :

Au niveau des ménages :

- Assurer une bonne sensibilisation de la population sur les bienfaits de la vitamine A et du Mebendazole, l'âge des enfants ciblés ainsi que les doses et la fréquence de la supplémentation ;

Au niveau des acteurs de terrain:

- Renforcer l'utilisation de tous les canaux appropriés pour la sensibilisation de la population ;
- Rendre disponible avant la campagne tous les intrants, en particulier les capsules de vitamine A selon les âges des enfants et les comprimés de Mebendazole;
- Continuer la formation des agents de santé sur la vitamine A et le Mebendazole en général, et insister sur la fréquence de distribution, la dose à donner selon l'âge et les aliments riches en vitamine A ;
- Combiner les différentes stratégies lors des campagnes de distribution, mais encourager l'intégration de la distribution de la vitamine A dans les activités de routine des structures de santé pour assurer sa pérennisation. Pour ce faire, il faut informer clairement et à temps la population sur les dates et les lieux de distribution afin de réduire progressivement le recours à la stratégie de distribution de porte à porte qui nécessite la mobilisation d'importantes ressources humaines et financières.

Au niveau des décideurs :

- Mieux planifier et coordonner les campagnes en mettant en synergie tous les paramètres et tous les acteurs ainsi qu'en constituant et en exploitant au mieux la base de données;
- Continuer et intensifier la mobilisation de toutes les ressources nécessaires aux niveaux national et international;
- Rendre disponible à temps tous les produits et le petit matériel dans les zones de santé ;
- Continuer à développer le matériel et assurer la formation en vitamine A et en Mebendazole pour les agents de santé ;
- Organiser des dénombrements des enfants de moins de 5 ans dans chaque province voire chaque zone de santé afin d'avoir un dénominateur exact pour le calcul des différents indicateurs de santé en général et des couvertures en particulier.

Au niveau des partenaires :

- Continuer de soutenir et appuyer les campagnes de supplémentation et déparasitage pour une meilleure santé des enfants de moins de 5 ans, groupe vulnérable aux maladies.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Philippe DONNEN. Carence en vitamine A en situation de malnutrition protéino-énergétique en RDC. Juin 1999.
2. <http://www.fao.org> : le programme FAO de prévention et de lutte contre la carence en vitamine A.
3. Ministère de la Santé. Programme National de Nutrition. Projet d'appui à la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois. Kinshasa, février 2002.
4. Ministère de la Santé. Programme National de Nutrition. Lutte contre la carence en vitamine A : macro plan. Kinshasa, octobre 2003.
5. Okitolonda W., Kaba K., Konde N. Evaluation du projet d'appui à la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois en RDC, 2002. Rapport final, août 2002.
6. Okitolonda W. et coll. Evaluation de la supplémentation de février 2003 chez les enfants de 6 à 59 mois en RDC. Rapport final, septembre 2003.
7. Ministère de la Santé. BN – TDCI. La carence en vitamine A en RDC. Rapport d'enquête, 1998.

IX. ANNEXES

ANNEXE 1

Université de Kinshasa

Ecole de Santé Publique

En Collaboration avec MOST, MI, HKI et PRONANUT

ENQUETE SUR LA COUVERTURE DE LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A ET EN MEBENDAZOLE DES ENFANTS DE 6-59 MOIS EN RDC (1^{ÈRE} PHASE DE LA CAMPAGNE 2005)

Questionnaire pour les ménages

01 N° Echantillon

02. Province de :	<input type="text"/>
03. Zone de Santé de :	<input type="text"/>
04. Aire de Santé de :	<input type="text"/>
05. Village/Rue de :	<input type="text"/>
06. Nombre de ménages dans l'U.H. :	<input type="text"/>
07. Numéro d'ordre du ménage dans l'UH :	<input type="text"/>

08. Numéro d'identification de ménage :

09. Date de l'interview :

10. Résultat de l'interview :	Visite #1 <input type="checkbox"/>	11. Langue de l'interview <input type="checkbox"/>
	Visite #2 <input type="checkbox"/>	
	Visite #3 <input type="checkbox"/>	
- Rempli = 1		- Français = 1
- Refus = 2		- Lingala = 2
- Absent de la maison = 3		- Kikongo = 3
- Partiellement rempli = 4		- Tshiluba = 4
- Pas de répondant éligible = 5		- Swahili = 5
		- Autres (à préciser) _____ = 6

12. Equipe de travail :

Membres	Noms et post noms	Date	Signature
Enquêteur			
Superviseur			
Codificateur/ vérificateur			
Agent de saisie			

Heure du début de l'interview : _____

N°	QUESTIONS	REPONSES	CODE
1	Nom du chef de ménage ?		XXXXXXX XXXXXXX
2	Enquêteur, noter le sexe du chef de ménage.	1. un homme 2. une femme	
3	Combien d'enfants au sein du ménage sont âgés d'au moins 6 mois mais n'ont pas encore atteint 5 ans ?	_____ enfants	

Q4. Pouvez-vous me donner le nom et l'âge de chacun de ces enfants ?

N°	Nom de l'enfant (6 à 59 mois)	Date de naissance (jour/mois/année)	Age (mois)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

S'IL Y A PLUS D'UN ENFANT DANS LE MENAGE, SELECTIONNEZ UN AU HASARD.

LA OU VOUS LISEZ [ENFANT] DANS LE QUESTIONNAIRE, PRONONCEZ LE NOM DE L'ENFANT

N°	QUESTIONS	REPONSES	CODE
5	Nom de l'enfant sélectionné		
6	Quel est le sexe de [ENFANT] ?	1. Masculin 2. Féminin	
7	Age de l'enfant sélectionné	_____ mois	
8	J'ai quelques questions à poser au sujet de [ENFANT]. Est-ce que vous êtes la personne qui prend le plus soin de [ENFANT] tous les jours ?	1. OUI 2. NON = Demandez à parler au responsable de l'enfant	
9	Demandez au responsable de l'enfant : Quel est votre lien avec [ENFANT] ?	1. La mère 2. Le père 3. Un frère ou une sœur (s'il/elle vous semble moins de 18 ans, demandez l'age : _____) 4. Grand-mère 5. Un voisin (s'il/elle vous semble moins de 18 ans, demandez l'age : _____) 6. Autre (spécifier : _____)	

N°	QUESTIONS	REPONSES	CODE
10	<i>Récemment, au mois de mai 2005, on a demandé aux gens d'amener leurs enfants à certains endroits (ou d'attendre à la maison) pour recevoir de la vitamine A. Est-ce que vous vous en souvenez ?</i>	1. OUI = ALLEZ A Q11 2. NON = ALLEZ A Q12	
11	Est-ce que [ENFANT] est allé à (a attendu à la maison) la distribution de la vitamine A ?	1. OUI 2. NON = ALLEZ A Q12 3. NE SAIT PAS = ALLEZ A Q12	
11a	Parlez-moi de ce qui s'est passé à la distribution. (Ne suggérer pas d'indice, Encercler seulement les réponses données)	1. A fait mention de capsules rouges ou bleues 2. A fait mention de l'ouverture des capsules à l'aide d'une aiguille/paire de ciseaux 3. A fait mention du site de distribution 4. aucune des réponses 1 à 3 ci-dessus n'est encerclée (aucun des indices 1 à 3 n'est mentionné) ALLEZ A Q15	
11b	Si aucune des réponses 1 à 3 n'est encerclée à la Q11a demandez : Est-ce qu'il y avait ... <i>(Suggérer des indices pour chacun des points suivants et encercler pour tous les OUI)</i>	1. Des capsules bleues ou rouges comme ça ? [montrer les capsules] 2. Des capsules qu'on ouvrirait à l'aide d'une aiguille ? 3. Aucune de ces réponses ALLEZ A Q15	
12	Est-ce que vous vous souvenez de ... <i>(Suggérer des indices pour chacun des points suivants et encercler pour tous les OUI)</i>	1. D'une capsule comme celle-ci ? (montrer les capsules) 2. Comment elle a été administrée, coupée ? (ouvert à l'aide d'une aiguille) 3. Où la distribution a eu lieu ? Si NON ALLEZ A Q20	
12a	Est-ce que [ENFANT] est allé à la distribution de vitamine A ou était resté à la maison pour recevoir la vitamine A ?	1. OUI = ALLEZ A Q15 2. NON 3. NE SAIT PAS = ALLEZ A Q20	
13	Est-ce que vous avez voulu que [ENFANT] aille à la distribution et/ou reçoive de la vitamine A ?	1. OUI 2. NON	
14	Pourquoi est-ce que [ENFANT] n'est pas allé à la distribution ? (Ne suggérer pas d'indice, encercler que les réponses données)	1. Ne connaissait pas le lieu/l'heure/le jour 2. Vitamine A est nuisible pour l'enfant 3. enfant n'était pas à la maison/au village 4. Trop difficile de se rendre au site 5. A entendu qu'il n'y a pas suffisamment de capsules 6. Autre (spécifier) _____ ALLEZ A Q18	
15	Est-ce que [ENFANT] a reçu une capsule de vitamine A lors de la distribution ?	1. OUI = ALLEZ A Q16 2. NON = ALLEZ A Q15a NE SAIT PAS ALLEZ A Q18	

N°	QUESTIONS	REPONSES	CODE
15a	Pourquoi est-ce que [ENFANT] n'en a pas reçu ? (Ne suggérer pas d'indice, encircler que les réponses données)	1. Plus de capsules 2. Non inscrit 3. Enfant trop jeune/grand 4. Enfant était malade 5. Autre (spécifier)_____	
		ALLEZ A Q17	
16	Si OUI, de quelle couleur était la capsule ?	1. Bleue 2. Rouge 3. NE SAIT PAS	
17	Est-ce que l'enfant a reçu d'autres soins ou d'autres produits à part la vitamine A lors de cette distribution ?	1. OUI 2. NON ALLEZ A Q18 3. NE SAIT PAS ALLEZ A Q18	
17a	Quels soins ou produits de santé est-ce que [ENFANT] a reçu ? (Ne suggérer pas d'indice, encircler que les réponses données)	1. Suivi de croissance 2. Déparasitage (vermifuge) 3. Vaccination 4. Médicament (oral) différent du Mebendazole (vermox) 5. Réhydratation (orale) 6. Mebendazole (vermox) 7. Autre (spécifier)_____	
18	Comment ou de qui avez-vous entendu parler de la distribution de la vitamine A? (Ne suggérer pas d'indice, encircler que les réponses données)	1. N'a pas entendu parler de la distribution ALLEZ A Q20 2. Radio 3. Télévision 4. Affiches ou brochures 5. Parent, ami, voisin 6. Mégaphone 7. Relais communautaire 8. Agent de santé, centre de santé 9. Leaders communautaires 10. Autre (spécifier)_____	
18a	Pour les réponses non mentionnées, demandez : Est-ce que vous avez entendu parler de la distribution de <i>(Suggérer des indices pour chacun des points suivants et encerclez pour tous les OUI)</i>	1. ... à la radio ? 2. ... à la télévision ? 3. ... par des affiches ou brochures ? 4. ... par un parent, un ami ou un voisin ? 5. ... par quelqu'un parlant dans un mégaphone ? 6. ... par un relais communautaire 7. ... par un agent de santé ou au centre de santé ? 8. ... par les leaders communautaires ?	

N°	QUESTIONS	REPONSES	CODE
19	<i>Qu'est-ce que vous avez entendu ou vu au sujet de la vitamine A ?</i> (Ne suggérer pas d'indice, encircler que les réponses données)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ne sait pas 2. N'a rien entendu à ce sujet 3. La date/le jour de la distribution 4. Le lieu de la distribution 5. Les responsables/parents de l'enfant doivent l'amener pour recevoir de la vitamine A 6. Les enfants de 6 à 59 mois sont le groupe cible 7. Apporter le carnet de santé de l'enfant 8. La vitamine A est bonne pour la santé de mon enfant 9. Protège les enfants des maladies 10. Mon enfant aura besoin de vitamine A dans 6 mois 11. Tout point négatif 12. Autre (spécifier)_____ 	
20	Si une autre distribution de vitamine A devait avoir lieu, est-ce que vous voudriez que [ENFANT] y aille ou en reçoive ici à la maison?	<ol style="list-style-type: none"> 1. OUI 2. NON 3. NE SAIT PAS 	
21	D'après vous, quels seraient les bienfaits pour la santé de l'enfant apportés par les capsules de vitamine A ? (Ne suggérer pas d'indice, encircler que les réponses données)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ne sait pas 2. Sauve des vies 3. Protège l'enfant 4. Les enfants malades guérissent plus vite 5. La vitamine A est bonne pour les yeux 6. Prévient la maladie 7. Meilleure croissance, aide l'enfant à bien grandir, être en bonne santé et fort 8. Autre (spécifier)_____ 	
21a	<i>Pour les réponses non mentionnées, demandez :</i> Est-ce que vous pensez que les capsules de vitamine A... <i>(Suggérer des indices pour chacun des points suivants et encerclez pour tous les OUI)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ... sont bon pour les yeux de l'enfant ? 2. ... protègent l'enfant des maladies ? 3. ... aide l'enfant à bien grandir ? 4. Aucune de ces réponses 	
22	Irez-vous encore ou attendrez-vous encore ici à la maison pour la prochaine dose de vitamine A ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. OUI 2. NON = ALLEZ A Q24 3. NE SAIT PAS = ALLEZ A Q25 	
23	Si OUI, pourquoi est-ce que vous allez ramener votre enfant ou attendrez-vous avec lui/elle ici à la maison selon le cas ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. C'est bon pour l'enfant 2. Parce que le distributeur l'a dit 3. Pour compléter les doses de vitamine A 4. Autre (spécifier)_____ <p style="text-align: center;">ALLEZ A Q25</p>	

N°	QUESTIONS	REPONSES	CODE
24	Si NON, pourquoi ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cela n'a servi à rien pour l'enfant 2. Trop difficile de se rendre au site de distribution 3. Il faut attendre trop longtemps au site de distribution 4. Pas bien traité au site de distribution 5. L'enfant a fait une réaction à la vitamine A (spécifier _____) 6. Autre raison (spécifier _____) 	
25	Est-ce que cela vous préoccupe que [ENFANT] prenne des capsules de vitamine A ? Pourquoi ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. OUI (spécifier : _____) 2. NON (spécifier : _____) 3. NE SAIT PAS 	
26	Est-ce que d'autres personnes dans le ménage sont préoccupées que les enfants prennent des capsules de vitamine A ? Pourquoi ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. OUI (spécifier : _____) 2. NON (spécifier : _____) 3. NE SAIT PAS 	
27	D'après vous, est-ce [ENFANT] a des avantages à prendre des capsules de vitamine A ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. OUI 2. NON 3. NE SAIT PAS 	
28	D'après vous, est-ce que les enfants qui prennent des capsules de vitamine A ont moins de risque de tomber malades que ceux qui n'en reçoivent pas ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. OUI 2. NON 3. NE SAIT PAS 	
29	D'après vous, combien de fois par an votre enfant devrait-il/elle recevoir une capsule de vitamine A ?	_____ fois (<i>Rappel : Ne sait pas = 99</i>)	
30	D'après vous, à quel âge les enfants devraient-ils commencer à prendre de la vitamine A ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dès la naissance (0 an) 2. De 0 à 5 ans 3. A partir de 6 mois 4. A partir de 12 mois 5. A partir de 2 ans 6. Jamais 7. Ne sait pas 	
31	Est-ce que vous étiez à la distribution avec [ENFANT] ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. OUI = ALLEZ A Q33 2. NON 	
32	Est-ce que je pourrai parler avec quelqu'un qui a été à la distribution avec [ENFANT] ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. OUI = ALLEZ A Q32a 2. NON = ALLEZ A Q43 	
32a	<i>Demandez au nouveau répondant</i> : Quel est votre lien avec [ENFANT] ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. La mère 2. Le père 3. Un frère ou une sœur (s'il/elle vous semble moins de 18 ans, demandez l'âge : _____) 4. Grand-mère 5. Un voisin (s'il/elle vous semble moins de 18 ans, demandez l'âge : _____) 6. Autre (spécifier : _____) 	

N°	QUESTIONS	REPONSES	CODE
32b	Est-ce que [ENFANT] a reçu une capsule de vitamine A lors de la distribution ?	1. OUI ALLEZ A Q33 2. NON = ALLEZ A Q32c 3. NE SAIT PAS ALLEZ A Q33	
32c	Pourquoi est-ce que [ENFANT] n'en a pas reçu ? (Ne suggérer pas d'indice, encercler que les réponses données)	1. Plus de capsules 2. Non inscrit 3. Enfant trop jeune/grand 4. Enfant était malade 5. Autre (spécifier)_____	
33	Où a eu lieu la distribution de la vitamine A ?	1. Au centre de santé 2. Dans une école 3. A la maison ALLEZ A Q37 4. Autre endroit (spécifier : _____) 5. Ne sait pas	
34	Est-ce qu'il a été difficile pour vous de vous rendre au lieu de distribution ?	1. OUI 2. NON	
35	Combien de temps avez-vous eu à attendre au lieu de distribution ?	_____ heures _____ minutes	
36	Que pensez-vous de cette durée d'attente ?	1. Trop longue 2. Acceptable	
37	Que pensez-vous de la manière dont vous avez été traités par les personnes effectuant la distribution ?	1. Très satisfaisante 2. Satisfaisante dans son ensemble 3. Pas du tout satisfaisante 4. Ne sait pas	
38	Dans l'ensemble, diriez-vous que les personnes effectuant la distribution vous ont traités avec respect ?	1. OUI 2. NON 3. NE SAIT PAS	
39	D'après vous, si vous avez eu une question à poser aux personnes effectuant la distribution, est-ce que vous vous seriez sentis libres de le faire ?	1. OUI 2. NON 3. NE SAIT PAS	
40	Est-ce que vous aviez l'assurance que les personnes effectuant la distribution savaient ce qu'il y a de mieux pour [ENFANT] ?	1. OUI 2. NON 3. NE SAIT PAS	
41	Est-ce que le bâtiment où la distribution a eu lieu était confortable ? <i>(Ne pas poser cette question si l'administration a eu lieu à domicile Q33 = 3, à la maison)</i>	1. Très confortable 2. Assez confortable 3. Pas du tout confortable 4. Ne sais pas	
42	Lorsque vous considérez votre expérience lors de la distribution, est-ce que vous êtes content d'y avoir participé?	1. OUI 2. NON 3. NE SAIT PAS	
43	Comment est-ce que votre enfant peut obtenir suffisamment de vitamine A ?	1. Avec les capsules de vitamine A 2. A partir des aliments 3. Autre (spécifier : _____) 4. Ne sait pas	

N°	QUESTIONS	REPONSES	CODE
44	Pouvez-vous m'indiquer des aliments qui sont riches en vitamine A ? (Ne suggérer pas d'indice, encercler que les réponses données)	1. Ne sait pas 2. Œufs 3. Foie 4. Poisson 5. Lait, yaourt 6. Huile de palme non cuit 7. Fruits oranges (mangues et papayes mûres) 8. Légumes oranges (carottes, courges) 9. Autre (spécifier : _____)	
45	Etiez-vous informé (e) que le Mebendazole était distribué aux enfants ?	1. Oui 2. Non= ALLEZ A Q 49	
46	Comment l'aviez-vous appris ?	1. N'a pas entendu parler de la distribution 2. Radio 3. Télévision 4. Affiches ou brochures 5. Parent, ami, voisin 6. Mégaphone 7. Agent de santé, centre de santé 8. Leaders communautaires 9. Autre (spécifier) _____	
47	Aviez-vous au même moment appris que la distribution de Mebendazole était associée à celle de la vitamine A ?	1. Oui 2. Non	
48	A quel âge les enfants devraient-ils commencer à prendre le Mebendazole (vermifuge)?	1. A moins de 12 mois 2. A partir de 12 mois 3. A partir de 2 ans 4. Jamais 5. Ne sait pas	
49	Est-ce que [ENFANT] avait-il/elle reçu un comprimé de Mebendazole (vermifuge) lors de la distribution ?	1. OUI = ALLEZ A Q51a 2. NON 3. NE SAIT PAS ALLEZ A Q51a	
50	Pourquoi [ENFANT] n'avait-il/elle pas reçu un comprimé de Mebendazole ? (Ne suggérer pas d'indice, encercler que les réponses données)	1. Plus de comprimés 2. Non inscrit 3. Enfant trop jeune/grand 4. Enfant était malade 5. Autre (spécifier) _____ ALLEZ A Q52	
51a	Comment est-ce que [ENFANT] a reçu le Mebendazole ?	1. Sous forme de comprimé avec un verre d'eau 2. Le comprimé était broyé dans une cuillère et on y avait ajouté un peu d'eau avant l'administration 3. Le comprimé était sucé 4. Autre (préciser) _____	

N°	QUESTIONS	REPONSES	CODE
51b	Quelle dose [ENFANT] avait-il/elle reçue	1. 1/4 (le quart) d'un comprimé 2. 1/2 (la moitié) d'un comprimé 3. 1 comprimé 4. Je ne sais pas 5. Autre (préciser : _____)	
52	A votre opinion, l'administration de Mebendazole est-elle bénéfique à l'enfant ?	1. Oui 2. Non ALLEZ A Q54 3. Je ne sais pas ALLEZ A Q55	
53	Si oui, pourquoi ?	1. Je ne sais pas exactement 2. C'est ce qu'on dit dans la communauté 3. L'agent chargé de la distribution nous l'a dit 4. Ça protège contre les infections 5. Ça débarrasse l'enfant des vers intestinaux 6. Autre (Préciser : _____)	
54	Si non, pourquoi ?	1. Ça ne sert à rien 2. C'est dangereux pour la santé de l'enfant 3. Ça a des effets secondaires (Préciser : _____) 4. Autre raison (Préciser : _____)	
55	Dans l'avenir, recommanderez-vous que la distribution de Mebendazole soit associée à celle de vitamine A ?	1. Oui 2. Non ALLEZ A Q57 3. Je ne sais pas ALLEZ A Q58 4. ça ne dépend pas de nous ALLEZ A Q58	
56	Si oui, pourquoi ?	_____ _____	
57	Si non, pourquoi ?	_____ _____	
58	Accepteriez-vous de ramener votre enfant ou que votre enfant reçoive encore le Mebendazole si une autre distribution de ce médicament était organisée ?	1. Oui 2. Non	
59	Est-ce qu'il y a autre chose que vous voudriez me dire au sujet de la vitamine A ou de la distribution ?	_____ _____ _____ _____	

Heure de la fin de l'interview : _____

AVANT DE QUITTER LE MENAGE, VERIFIEZ TOUT VOTRE QUESTIONNAIRE ET INDIQUEZ LE RESULTAT DE L'INTERVIEW A LA PREMIERE PAGE, PUIS REMERCIEZ LE RESPONDANT.

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION ET AU REVOIR

ANNEXE 2

Université de Kinshasa

Ecole de Santé Publique

En Collaboration avec MOST, MI, HKI et PRONANUT

ENQUETE SUR LA COUVERTURE DE LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A ET EN MEBENDAZOLE DES ENFANTS DE 6-59 MOIS EN RDC (1^{ÈRE} PHASE DE LA CAMPAGNE 2005)
Questionnaire pour les agents de santé

PROCESSUS :

Etablissez la liste de tous les agents de santé impliqués dans la distribution de vitamine A dans l'aire de santé sélectionnée et choisissez au hasard 3. Les agents de santé sélectionnés doivent avoir participé à la distribution de vitamine A dans cette zone de santé. Si parmi ces agents de santé il y en a qui sont actuellement retenus comme enquêteurs pour cette évaluation, le questionnaire devra leur être administré avant leur formation pour la collecte des données sur terrain.

02 N° Echantillon | |

02. Province de :	
12. Zone de Santé de :	
13. Aire de Santé de :	
14. Centre de Santé de:.....	

15. Date de l'interview : | | | | | | | |

<p>07. Résultat de l'interview</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rempli = 1 - Refus = 2 - Absent du centre de santé = 3 - Partiellement rempli = 4 - Pas de répondant éligible = 5 	<p>08. Langue de l'interview</p> <ul style="list-style-type: none"> - Français = 1 - Lingala = 2 - Kikongo = 3 - Tshiluba = 4 - Swahili = 5 - Autres (à préciser) _____ = 6
--	---

09. Equipe de travail :

Membres	Noms et post noms	Date	Signature
Enquêteur			
Superviseur			
Codificateur/ vérificateur			
Agent de saisie			

N°	QUESTIONS	REPONSES	CODE
1	Nom de l'agent de santé sélectionné?		
2	Enquêteur, noter le sexe de l'agent de santé.	1. Un homme 2. Une femme	
3	Quel votre niveau d'étude ?	1. A1 2. A2 3. A3 4. Autre (spécifier) _____	
4	Quelle est votre responsabilité au niveau du centre de santé ?	_____ _____	
5	Est-ce que vous avez participé à la distribution de vitamine A de cette année 2002?	1. OUI 2. NON	
6	Quel était votre rôle dans cette distribution ?	_____ _____	
7	Où est-ce que vous avez travaillé lors de la distribution ? <i>(Ne pas induire une réponse)</i>	1. Dispensaire 2. Ecole 3. Poste avancé 4. Centre de santé 5. De maison en maison 6. Autre (spécifier) _____	
8	Depuis le début de la distribution, combien d'enfants avez-vous vus en moyenne par jour ?	_____ enfants	
9	Combien de jours en moyenne par semaine faites-vous la distribution de capsules de vitamine A en moyenne ?	_____ jours	
10	Combien de semaines en moyenne faites-vous la distribution de capsules de vitamine A par mois ?	_____ semaines	
11	Quels sont les bienfaits des capsules de vitamine A pour les enfants ?	_____ _____ _____ _____	
12	L'excès de la vitamine A a-t-il des effets secondaires ?	1. OUI 2. NON = ALLEZ A Q14 3. NE SAIT PAS = ALLEZ A Q14	
13	Si OUI, lesquels ?	_____ _____ _____ _____	
14	A quelle fréquence faut-il donner de la vitamine A aux enfants ?	_____ _____	

N°	QUESTIONS	REPONSES	CODE
15	Est-ce qu'il y a des différences de dosage selon l'âge ?	1. OUI 2. NON = ALLEZ A Q17 3. NE SAIT PAS = ALLEZ A Q17	
16	Si OUI, quelles sont ces différences ?	_____ _____ _____ _____	
17	Pouvez-vous me dire quelle dose (quelle capsule) de vitamine A vous donniez à un enfant de moins d'un an ?	_____ _____	
18	Pouvez-vous me dire quelle dose (quelle capsule) de vitamine A vous donniez à un enfant de plus d'un an ?	_____ _____	
19	Est-ce que vous avez reçu une formation ou orientation sur l'administration de capsules de vitamine A ?	1. OUI 2. NON = ALLEZ A Q26	
20	Si OUI, la formation/orientation a duré combien de temps ?	_____ _____	
21	Quels ont été les thèmes couverts par cette formation /orientation ?	_____ _____ _____ _____	
22	Est-ce que vous avez reçu des documents durant la formation/orientation ?	1. OUI 2. NON = ALLEZ A Q24	
23	Si OUI, quels étaient ces documents ?	_____ _____ _____ _____	
24	Est-ce que vous estimez que la formation/orientation était appropriée ?	1. OUI = ALLEZ A Q28 2. NON 3. NE SAIT PAS	
25	Si NON, qu'est-ce qu'il faudrait faire pour améliorer la formation/orientation ? ALLEZ A Q28	_____ _____ _____ _____ _____	
26	Si vous n'avez reçu aucune formation, est-ce que vous estimez qu'une formation vous aurait été profitable ?	1. OUI 2. NON= ALLEZ A Q28 3. NE SAIT PAS = ALLEZ A Q28	

N°	QUESTIONS	REPONSES	CODE
27	Si OUI, quels thèmes vous auraient profité ?	_____ _____ _____ _____	
28	Est-ce qu'il y a des informations que vous transmettez systématiquement aux responsables des enfants qui reçoivent de la vitamine A ?	1. OUI 2. NON = ALLEZ A Q30	
29	Si OUI, quelles informations ?	_____ _____ _____ _____ _____	
30	D'après vous, est-ce qu'il y a des problèmes auxquels vous ou le personnel avez été systématiquement confrontés dans le cadre de la distribution de capsules de vitamine A ?	1. OUI 2. NON = ALLEZ A Q38	
31	Si OUI, lesquels ?	_____ _____ _____ _____	
32	Est-ce que l'approvisionnement en capsules de vitamine A a été un problème pour vous ?	1. OUI 2. NON = ALLEZ A Q34	
33	Si OUI, lesquels ?	_____ _____ _____ _____	
34	Est-ce que la crainte des effets négatifs de la vitamine A chez les clients a été un problème que vous avez rencontré ?	1. OUI 2. NON	
35	Est-ce qu'il vous est arrivé d'avoir le problème d'un trop petit nombre d'enfants se présentant pour recevoir les capsules de vitamine A ?	1. OUI 2. NON	
36	Est-ce qu'il vous est arrivé d'avoir le problème d'un trop grand nombre d'enfants se présentant pour recevoir les capsules de vitamine A ?	1. OUI 2. NON	
37	Est-ce qu'il vous est arrivé d'avoir le problème d'enfants qui n'ont pas de carnet de santé ?	1. OUI 2. NON	

N°	QUESTIONS	REPONSES	CODE
38	Quels changements suggèreriez-vous pour améliorer l'administration de vitamine A aux enfants ?	_____ _____ _____ _____	
39	Comment est-ce que les familles de votre communauté ont été informées du programme de distribution de vitamine A ?	1. Radio 2. Télévision 3. Affiches ou brochures 4. Mégaphone 5. Agent de santé, centre de santé 6. Leaders communautaires 7. Autre (spécifier) _____	
40	Est-ce que vous connaissez certaines raisons pour lesquelles des familles n'amènent pas leurs enfants à la distribution (ou n'attendent pas à la maison pour que leurs enfants reçoivent les) de capsules de vitamine A ?	1. OUI 2. NON = ALLEZ A Q43	
41	Quelles sont ces raisons ?	_____ _____ _____ _____	
42	Comment peut-on vaincre ces obstacles ?	_____ _____ _____ _____	
43	Est-ce que la communauté a participé à la distribution de vitamine A sous une forme ou une autre ?	1. OUI 2. NON = ALLEZ A Q45 3. NE SAIT PAS = ALLEZ A Q45	
44	Si OUI, de quelle manière ?	_____ _____ _____ _____	
45	Comment avez-vous suivi la gestion des capsules distribuées ?	_____ _____ _____ _____	
46	Y a-t-il autre chose dont vous voulez parler au sujet de la distribution de la vitamine A ?	_____ _____ _____ _____	

AVANT DE QUITTER L'AGENT DE SANTE, VERIFIEZ TOUT VOTRE QUESTIONNAIRE ET INDIQUEZ LE RESULTAT DE L'INTERVIEW A LA PREMIERE PAGE, PUIS REMERCIEZ LE REpondant.

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION ET AU REVOIR !

ANNEXE 3

Université de Kinshasa

Ecole de Santé Publique

En Collaboration avec MOST, MI, HKI et PRONANUT

ENQUETE SUR LA COUVERTURE DE LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A ET EN MEBENDAZOLE DES ENFANTS DE 6-59 MOIS EN RDC (1ÈRE PHASE DE LA CAMPAGNE 2005)

Questionnaire pour le niveau central, provincial et périphérique

PROCESSUS :

Ce questionnaire sera administré aux responsables des niveaux central, intermédiaire et périphérique ayant été impliqués dans la planification et l'exécution de la dernière campagne de supplémentation des enfants de 6 à 59 mois en vitamine A.

01. Niveau : 1. Central 2. Intermédiaire 3. Périphérique

02. N° Echantillon

03. Province/Ville de :	<input type="text"/> <input type="text"/>
04. Zone de Santé de :	<input type="text"/> <input type="text"/>
05. Aire de Santé de :	<input type="text"/> <input type="text"/>

06. Date de l'interview :

<p>07. Résultat de l'interview</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rempli = 1 - Refus = 2 - Absent du centre de santé = 3 - Partiellement rempli = 4 - Pas de répondant éligible = 5 	<p>08. Langue de l'interview</p> <ul style="list-style-type: none"> - Français = 1 - Lingala = 2 - Kikongo = 3 - Tshiluba = 4 - Swahili = 5 - Autres (à préciser) _____ = 6
---	---

09. Equipe de travail :

Membres	Noms et post noms	Date	Signature
Enquêteur			
Superviseur			
Codificateur/ vérificateur			
Agent de saisie			

N°	QUESTIONS	REPOSES	CODE
1	Nom de la personne interviewée		
2	Enquêteur, noter le sexe de l'agent de santé.	1. Un homme 2. Une femme	
3	Fonction (Poste) du répondant		
4	Quelles sont les activités qui ont été planifiées à votre niveau dans le cadre de la préparation de la dernière campagne de supplémentation en vitamine A et de déparasitage des enfants de 6 – 59 mois ?	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.	
5	A votre avis, quel a été le niveau de réalisation de ces activités ?	1. _____ % 2. _____ % 3. _____ % 4. _____ % 5. _____ % 6. _____ % 7. _____ % 8. _____ % 9. _____ %	
6	Quelles sont les activités qui ont marché comme cela avait été prévu ?	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	
7	Quelles leçons en avez-vous tiré ?		
8	Quelles sont les activités qui n'ont pas marché comme cela avait été prévu ?	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	
9	Comment pouvez-vous expliquer cela ?	
10	Les moyens logistiques planifiés étaient-ils disponibles à votre niveau suivant le planning que vous aviez établi?	1. Oui en accord avec le période planifiée 2. Oui mais après le timing prévu 3. Oui pour certains 4. Non	

N°	QUESTIONS	REPONSES	CODE														
11	Les imprimés (fiches, canevas, guides de supplémentation, affiches...) et autres documents relatifs à la campagne de supplémentation étaient-ils disponibles à votre niveau suivant le calendrier prévu ?	1. OUI 2. NON															
12	Si NON, pourquoi ?															
13	Quelles stratégies aviez-vous mis au point pour assurer la mobilisation communautaire ?	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____															
14	Chacune de ces stratégies s'est-elle avérée efficace ? <i>(Reprenez les stratégies mentionnées par le répondant à la question précédente et notez leur niveau d'efficacité en pourcentage suivant l'opinion du répondant)</i>	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Stratégies</th> <th>Efficacité</th> </tr> <tr> <th></th> <th>(0% 25% 50% 75% 100%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>4. _____</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>5. _____</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	Stratégies	Efficacité		(0% 25% 50% 75% 100%)	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____	
Stratégies	Efficacité																
	(0% 25% 50% 75% 100%)																
1. _____																
2. _____																
3. _____																
4. _____																
5. _____																
15	Comment pouvez-vous expliquer cela ?															
16	Comment avez-vous suivi la gestion des capsules distribuées ?	_____ _____ _____ _____															
17	Comment vous assuriez-vous de la bonne exécution des activités planifiées au niveau inférieur ?	1. Par la supervision de la campagne 2. Par le rapport de la campagne du niveau inférieur (District/ZS/AS) 3. Autre (préciser) :															
18	Quelle a été le niveau de couverture atteint dans votre province/district/ZS pour les enfants de moins de 1 an ?	Vitamine A : % Mebendazole : %															
19	Quelle a été le niveau de couverture atteint dans votre province/district/ZS pour les enfants de 12 à 59 mois ?	Vitamine A : % Mebendazole : %															

N°	QUESTIONS	REPONSES	CODE
20	Est-ce que la communauté a participé à la distribution de vitamine A sous une forme ou une autre ?	4. OUI 5. PLUS OU MOINS ALLER A Q 22 6. NE SAIT PAS 7. NON ALLER A Q 22	
21	Si OUI, de quelle manière ?	_____ _____ _____ _____	
22	Comment peut-on accroître cette participation communautaire ?	
23	Si « NON » ou « PLUS OU MOINS », comment pouvez-vous expliquer cela ?	
24	A votre opinion, en quels ont été les points forts de cette dernière campagne de supplémentation ?	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	
25	Qu'est-ce qui peut être fait pour conforter ces acquis dans les prochaines campagnes ?	
26	A votre opinion, en quels ont été les points faibles de cette dernière campagne de supplémentation ?	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	
27	Comment peut-on surmonter ces difficultés ?	
28	Y a-t-il autre chose dont vous voulez parler au sujet de la dernière distribution de la vitamine A ?	

AVANT DE QUITTER L'AGENT DE SANTE, VERIFIEZ TOUT VOTRE QUESTIONNAIRE ET INDIQUEZ LE RESULTAT DE L'INTERVIEW A LA PREMIERE PAGE, PUIS REMERCIEZ LE REpondANT.

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION ET AU REVOIR !