



RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union – Discipline - Travail

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA LUTTE
CONTRE LE SIDA

**EVALUATION DE LA COUVERTURE POST-CAMPAGNE DE
LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A INTEGREE AU
DEPARASITAGE ET A LA VACCINATION CONTRE LA
POLIOMYELITE**

RAPPORT FINAL



TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	2
LISTE DES TABLEAUX.....	4
LISTE DES FIGURES	5
LISTE DES ACRONYMES	6
RESUME EXECUTIF	7
1. INTRODUCTION	10
2. BUT ET OBJECTIFS DE L’EVALUATION.....	11
2.1. BUT	11
2.2. OBJECTIFS GENERAUX	11
2.3. OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	11
3. METHODOLOGIE DE L’EVALUATION.....	11
3.1. TYPES D’ETUDES ET POPULATIONS CIBLES	11
3.2. COUVERTURE ET POPULATIONS CIBLES	11
3.3. ECHANTILLONNAGE.....	12
3.3.1. <i>Procédures d’échantillonnage des leaders, agents de santé et agents de santé communautaires.....</i>	<i>14</i>
3.3.2. <i>Procédures d’échantillonnage des districts sanitaires.....</i>	<i>14</i>
3.4. ELABORATION DU PROTOCOLE ET DES OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES.....	14
3.5. RECRUTEMENT ET FORMATION DU PERSONNEL DE TERRAIN	15
3.6. PRE-TEST ET FINALISATION DES OUTILS DE COLLECTE	15
3.7. COLLECTE DE DONNEES SUR LE TERRAIN	16
3.7.1. <i>Procédures administratives et information des cibles.....</i>	<i>16</i>
3.7.2. <i>Organisation opérationnelle des équipes de collecte de données</i>	<i>16</i>
3.7.3. <i>Collecte de données proprement dite</i>	<i>16</i>
3.8. UTILISATION D’EPISUVEYORS	17
3.9. SUPERVISION DE L’ENQUETE.....	18
3.10. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES	18
3.10.1. <i>Traitement des données EpiSurveyor.....</i>	<i>18</i>
3.10.2. <i>Traitement des données collectées sur papier.....</i>	<i>18</i>
3.10.3. <i>Analyse statistique des données</i>	<i>19</i>
3.10.4. <i>Analyse qualitative des données.....</i>	<i>19</i>
3.11. PONDERATION DES OBSERVATIONS.....	19
3.12. DIFFICULTES RENCONTREES ET SOLUTIONS APPORTEES.....	20
3.13. LIMITES DE L’ETUDE.....	20
4. RESULTATS DE L’EVALUATION	21
4.1. CARACTERISTIQUES DES POPULATIONS ENQUETEES	21
4.1.1. <i>Caractéristiques des populations enquêtées dans les ménages.....</i>	<i>21</i>
4.1.2. <i>Caractéristiques des leaders et agents de santé communautaires.....</i>	<i>21</i>
4.1.3. <i>Populations enquêtées au niveau des structures de santé</i>	<i>22</i>
4.2. COUVERTURE DE LA CAMPAGNE.....	22
4.2.1. <i>Validité de la couverture de la campagne.....</i>	<i>22</i>
4.2.2. <i>Couverture de la vitamine A par types de communautés</i>	<i>23</i>
4.2.3. <i>Couverture de la vitamine A et incidence de la pauvreté.....</i>	<i>23</i>
4.2.4. <i>Couverture post-campagne de la vitamine A selon les caractéristiques socioculturelles</i>	<i>24</i>
4.2.5. <i>Raisons de non supplémentation en vitamine A</i>	<i>24</i>
4.3. CONNAISSANCE DES MENAGES SUR LA CAMPAGNE ET LA VITAMINE A.....	25
4.3.1. <i>Connaissance des ménages sur la campagne.....</i>	<i>25</i>
4.3.2. <i>Connaissance des ménages sur la vitamine A.....</i>	<i>26</i>
4.3.2.1. <i>Avoir entendu parler de la vitamine A et les sources d’information</i>	<i>26</i>
4.3.2.2. <i>Sources d’information sur la vitamine A.....</i>	<i>27</i>
4.3.2.3. <i>Connaissance des bienfaits de la vitamine A</i>	<i>28</i>
4.3.2.4. <i>Connaissance des sources alimentaires de la vitamine A</i>	<i>29</i>
4.3.2.5. <i>Connaissance des directives de supplémentation en vitamine A.....</i>	<i>30</i>

4.4.	CONNAISSANCE SUR LA VITAMINE A PAR LES LEADERS COMMUNAUTAIRES ET LES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES	32
4.4.1.	Connaissance des leaders communautaires sur la vitamine A.....	32
4.4.1.1.	Sources d'information des leaders communautaire sur la vitamine A.....	32
4.4.1.2.	Connaissance des bienfaits de la vitamine A par les leaders communautaires.....	32
4.4.1.3.	Connaissance des sources alimentaires de la vitamine A par les leaders communautaires.....	33
4.4.1.4.	Connaissance des groupes cibles pour la supplémentation en vitamine A.....	34
4.4.2.	Connaissance des agents de santé communautaires ou des bénévoles sur la vitamine A	34
4.5.	CONNAISSANCE SUR LA VITAMINE A PAR LES PERSONNELS DE SANTÉ.....	35
4.5.1.	Connaissance des bienfaits et des sources alimentaires de la vitamine A par les professionnels de la santé.....	35
4.5.2.	Connaissance des professionnels de la santé sur les directives de la supplémentation en vitamine A.....	36
4.6.	PREPARATION ET DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA CAMPAGNE	37
4.6.1.	Planification de la campagne.....	37
4.6.2.	Communication et mobilisation sociale	38
4.6.3.	Gestion de la logistique.....	38
4.6.4.	Pratique de la distribution des capsules de vitamine A.....	39
4.6.5.	Supervision, monitoring et évaluation de la campagne.....	39
4.6.6.	Perception de l'efficacité de la campagne par les leaders communautaires et les bénévoles.....	39
4.6.7.	Perception de l'efficacité de la campagne par les agents de santé	40
4.6.8.	Perception de l'efficacité de la campagne par les équipes cadres des districts.....	40
4.7.	CONDUITE DE LA SUPPLÉMENTATION DE ROUTINE EN VITAMINE A PAR LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES	40
4.8.	EFFET DE L'UTILISATION D'EPISUVEYORS POUR LA COLLECTE DES DONNEES SUR LES INDICATEURS ...	41
4.9.	GAIN DE TEMPS INDUT PAR L'UTILISATION DE LA METHODE EPISUVEYOR	42
4.10.	LECONS APPRISES	43
5.	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	43
5.1.	CONCLUSION	43
5.2.	RECOMMANDATIONS.....	45
	ANNEXES 1 : TABLEAUX STATISTIQUES	48
	TABLEAUX SUR LES CARACTÉRISTIQUES DES POPULATIONS CIBLES	48
	TABLEAUX SUR LES TAUX DE COUVERTURE	50
	TABLEAUX SUR LES RAISONS DE NON-SUPPLEMENTATION.....	52
	TABLEAUX SUR LA CONNAISSANCE SUR LA CAMPAGNE ET DE LA VITAMINE A	53
	TABLEAUX SUR LA PLANIFICATION ET LA MISE EN ŒUVRE DE LA CAMPAGNE	62
	ANNEXES 2 : RESSOURCHES HUMAINES.....	67
	EQUIPE DE CONSULTANTS	67
	EQUIPE D'APPUI NATIONAL	67
	EQUIPE DE COLLECTE DE DONNEES	67
	CHEFS D'EQUIPE	67
	AGENTS ENQUETEURS	68
	OPERATEURS DE SAISIE	68
	ANNEXES 3 : SITES D'ENQUETE	69
	SITES D'ABIDJAN	69
	SITES URBAINS INTERIEUR DU PAYS.....	70
	SITES RURAUX	71

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : NOMBRE DE GRAPPES SELECTIONNEES PAR STRATE	13
TABLEAU 2 : TAUX DE COLLECTE DE DONNEES SELON LES UNITES ECHANTILLONNEES PAR STRATE	17
TABLEAU 3 : TAUX DE COLLECTE DE DONNEES AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE	17
TABLEAU 4 : TAUX DE COLLECTE DE DONNEES AU NIVEAU DES STRUCTURES DE SANTE	17
TABLEAU 5 SITUATION COLLECTE AVEC EpiSURVEYOR	18
TABLEAU 6 : POIDS DES MENAGES PAR STRATE	20
TABLEAU 7 : METHODES D'ESTIMATION DES BESOINS EN CAPSULES DE VITAMINE A PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE	38
TABLEAU 8 : ERREURS D'ENREGISTREMENT DANS LA BASE DES MENAGES	41
TABLEAU 9 : COMPARAISON DES TAUX DE COUVERTURE SELON LA TECHNIQUE DE COLLECTE DE DONNEES	42
TABLEAU 10 : GAIN DE TEMPS LIE A LA METHODE EpiSURVEYOR PAR RAPPORT A LA METHODE D'ENQUETE TRADITIONNELLE SELON LES ETAPES DE L'ENQUETE	42
TABLEAU 11 : CARACTERISTIQUES DES POPULATIONS ENQUETEEES DANS LES MENAGES	48
TABLEAU 12 : CARACTERISTIQUES DES LEADERS COMMUNAUTAIRES ENQUETES	49
TABLEAU 13 : CARACTERISTIQUES DES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES ENQUETES	49
TABLEAU 14 : CARACTERISTIQUES DES AGENTS DE SANTE ENQUETES	50
TABLEAU 15 : CARACTERISTIQUES DES PERSONNES ENQUETEEES AU DISTRICT	50
TABLEAU 16 : ECART ENTRE LES COUVERTURES ADMINISTRATIVES ET LES COUVERTURE DE L'ENQUETE	50
TABLEAU 17 : COUVERTURE POST-CAMPAGNE DE LA VITAMINE A DES ENFANTS DE 06-59 MOIS SELON LES 11 POLES ECONOMIQUES DE LA COTE D'IVOIRE.....	51
TABLEAU 18 : COUVERTURE DE LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIOCULTURELLES	51
TABLEAU 19 : FREQUENCE DES RAISONS DE NON-SUPPLEMENTATION DES ENFANTS SELON LA PERSONNE ENQUETEE AU NIVEAU DES MENAGES	52
TABLEAU 20 : FREQUENCE DES RAISONS DE NON-SUPPLEMENTATION DES ENFANTS SELON LES LEADERS COMMUNAUTAIRE	52
TABLEAU 21 : FREQUENCE DES RAISONS DE NON-SUPPLEMENTATION DES ENFANTS SELON LES ASC	52
TABLEAU 22 : FREQUENCE DES RAISON DE NON-SUPPLEMENTATION DES ENFANTS SELON LES AGENTS DE SANTE	52
TABLEAU 23 : SOURCE D'INFORMATION SUR LA CAMPAGNE SELON LES CARACTERISTIQUES DES MENAGES	53
TABLEAU 24 : SOURCE D'INFORMATION SUR LA VITAMINE A SELON LES CARACTERISTIQUES DES MENAGES	54
TABLEAU 25 : SOURCE D'INFORMATION DES MENAGES SUR LA SANTE EN GENERAL	55
TABLEAU 26 : CONNAISSANCE SUR LA CAMPAGNE SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIOCULTURELLE	56
TABLEAU 27 : CONNAISSANCE DES BIENFAITS DE LA VITAMINE A SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIOCULTURELLE	56
TABLEAU 28 : CONNAISSANCE DES SOURCES ALIMENTAIRES LA VITAMINE A SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIOCULTURELLES DES MENAGES	57
TABLEAU 29 : CONNAISSANCE DES SOURCES ALIMENTAIRES LA VITAMINE A SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIOCULTURELLES DES MENAGES	58
TABLEAU 30 : RECOURS AUX SOINS LORSQUE L'ENFANT EST MALADE SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIOCULTURELLES DES MENAGES	59
TABLEAU 31 : CONNAISSANCE DES LEADERS COMMUNAUTAIRES SUR LA VITAMINE A	60
TABLEAU 32 : CONNAISSANCE DES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE SUR LA VITAMINE A	60
TABLEAU 33 : CONNAISSANCE DES AGENTS DE SANTE SUR LA VITAMINE A	61
TABLEAU 34 : METHODES D'ESTIMATION DES BESOINS EN CAPSULES DE VITAMINE A PAR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE	62
TABLEAU 35 : STRATEGIES UTILISEES POUR LA MOBILISATION SOCIALE SELON LES LEADERS COMMUNAUTAIRES	62
TABLEAU 36 : STRATEGIES UTILISEES POUR LA MOBILISATION SOCIALE SELON LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE	62
TABLEAU 37 : PROBLEME D'APPROVISIONNEMENT EN VITAMINE A SELON LES DECLARATION DES ASC/BENEVOLES	63
TABLEAU 38 : PROBLEME D'APPROVISIONNEMENT ET RAISONS DES RUPTURES EN EN VITAMINE A SELON LES DECLARATIONS DES AGENTS DE SANTE	63
TABLEAU 39 : METHODE D'EVALUATION DE L'AGE DE L'ENFANT ET MODE D'ADMINISTRATION DE LA VITAMINE A SELON PAR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE	63
TABLEAU 36 : ATTITUDE ET PRATIQUE DES ASC/BENEVOLES DISTRIBUTEURS EN CAS DE RUPTURE DES CAPSULES	64
TABLEAU 41 : DISPONIBILITE DES TAUX DE COUVERTURE DE LA CAMPAGNE DANS LE CENTRE DE SANTE.....	64
TABLEAU 42 : EVALUATION DE LA CAMPAGNE PAR LES LEADERS COMMUNAUTAIRE.....	64
TABLEAU 43 : SUGGESTION DES ASC/BENEVOLES	65
TABLEAU 44 : EVALUATION DE LA CAMPAGNE PAR LES AGENTS DE SANTE	65
TABLEAU 45 : SUPPLEMENTATION DE LA VITAMINE A EN ROUTINE.....	66

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : COMPARAISON ENTRE LES TAUX DE COUVERTURE DE L'ENQUETE ET LES TAUX DE COUVERTURE DES DONNEES ADMINISTRATIVES PAR PRODUIT DE LA CAMPAGNE	23
FIGURE 2 : TAUX DE COUVERTURE POST-CAMPAGNE DE LA VITAMINE A PAR TYPE DE COMMUNAUTES	23
FIGURE 3 : PROPORTION DES ENQUETES INFORMES DE LA CAMPAGNE PAR TYPE DE COMMUNAUTE ET NIVEAU D'ETUDE.....	25
FIGURE 4 : SOURCE D'INFORMATION DES MENAGES SUR LA CAMPAGNE	25
FIGURE 5 : CONNAISSANCE DES CIBLES, DES PRODUITS ET LA STRATEGIE DE LA CAMPAGNE	26
FIGURE 6 : PROPORTION DES MERES OU DES PERSONNES EN CHARGE DES ENFANTS DE 06-59 MOIS QUI DECLARENT ETRE INFORMES SUR LA VITAMINE A SELON LE TYPE DE COMMUNAUTE	26
FIGURE 7 : PROPORTION DES MERES OU DES PERSONNES EN CHARGE DES ENFANTS DE 06-59 MOIS QUI DECLARENT ETRE INFORMES SUR LA VITAMINE A SELON LE NIVEAU D'ETUDE ET LA RELATION AVEC L'ENFANT	26
FIGURE 8 : SOURCE D'INFORMATION DES MENAGES SUR LA VITAMINE A SELON LE TYPE DE COMMUNAUTE	27
FIGURE 9 : COMPARAISON ENTRE LES SOURCES D'INFORMATION DES MENAGES SUR LA VITAMINE A ET LES SOURCES D'INFORMATION SUR LA SANTE EN GENERAL.....	28
FIGURE 10 : CONNAISSANCE DES BIENFAITS DE LA VITAMINE A PAR LES MENAGES SELON LE TYPE DE COMMUNAUTE	28
FIGURE 11 : CONNAISSANCE DES BIENFAITS DE LA VITAMINE A PAR LES MENAGES SELON LE NIVEAU D'ETUDE DE LA PERSONNE EN CHARGE DE L'ENFANT	29
FIGURE 12 : CONNAISSANCE DES SOURCES ALIMENTAIRES DE VITAMINE A PAR LES MENAGES PAR TYPE DE COMMUNAUTE.....	29
FIGURE 13 : CONNAISSANCE DES SOURCES ALIMENTAIRES DE LA VITAMINE A PAR LES MENAGES SELON LE GROUPE ETHNIQUE OU LA NATIONALITE DE LA PERSONNE EN CHARGE DE L'ENFANT	30
FIGURE 14 : CONNAISSANCE DES SOURCES ALIMENTAIRES DE LA VITAMINE A PAR LES MENAGES SELON LE NIVEAU D'ETUDE DE LA PERSONNE EN CHARGE DE L'ENFANT	30
FIGURE 15 : CONNAISSANCE DE L'AGE ET LA FREQUENCE DE LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A PAR LA PERSONNE EN CHARGE DE L'ENFANT SELON LE TYPE DE COMMUNAUTE	31
FIGURE 16 : CONNAISSANCE DE L'AGE ET LA FREQUENCE DE LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A PAR LA PERSONNE EN CHARGE DE L'ENFANT SELON LE NIVEAU D'ETUDE.....	31
FIGURE 17 : CONNAISSANCE DE L'AGE ET LA FREQUENCE DE LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A PAR LA PERSONNE EN CHARGE DE L'ENFANT SELON SA RELATION AVEC L'ENFANT	31
FIGURE 18 : SOURCE D'INFORMATION DES LEADERS COMMUNAUTAIRES SUR LA VITAMINE A SELON LE TYPE DE COMMUNAUTE	32
FIGURE 19 : CONNAISSANCE DES LEADERS COMMUNAUTAIRES SUR LES BIENFAITS DE LA VITAMINE A SELON LE TYPE DE COMMUNAUTE	33
FIGURE 20 : PROPORTION DES LEADERS COMMUNAUTAIRES CONNAISSANT AU MOINS UNE SOURCE ALIMENTAIRE DE LA VITAMINE A SELON LE TYPE DE COMMUNAUTE	33
FIGURE 21 : CONNAISSANCE DES SOURCES ALIMENTAIRE DE LA VITAMINE A PAR LES LEADERS COMMUNAUTAIRES SELON LE TYPE DE COMMUNAUTE.....	33
FIGURE 22 : CONNAISSANCE DES POPULATIONS CIBLES DE LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A	34
FIGURE 23 : CONNAISSANCE DES BIENFAITS DE LA VITAMINE A ET LE RYTHME DE LA SUPPLEMENTATION DES ENFANTS PAR LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES/BENEVOLES	34
FIGURE 24 : CONNAISSANCE DES STRATEGIES POUR AMELIORER L'APPORT EN VITAMINE A SELON LES ASC OU BENEVOLES AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE PAR TYPE DE COMMUNAUTE	35
FIGURE 25 : CONNAISSANCE DES BIENFAITS DE LA VITAMINE A PAR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE SELON LE TYPE DE COMMUNAUTE OU ILS EXERCENT	36
FIGURE 26 : CONNAISSANCE DES SOURCES ALIMENTAIRES DE LA VITAMINE A PAR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE SELON LE TYPE DE COMMUNAUTE OU ILS EXERCENT.....	36
FIGURE 27 : CONNAISSANCE DE LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A PAR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE	37

LISTE DES ACRONYMES

AMP	Association pour la médecine préventive
ANADER	Agence National de Développement Rural
ASC	Agents de santé communautaire
AVS	Activités de vaccination supplémentaire
BCG	Bacille de Calmette Guérin
BS	Boîte de sécurité
CAR	Campagne anti rougeoleux
CCC	Communication pour le changement de comportement
CCIA	Comité de coordination inter-agences
CHR	Centre hospitalier régional
CICR	Comité international de la croix rouge
COGES	Comité de gestion
CPEV	Coordonnateur du programme élargi de vaccination
CSE	Chargé de surveillance épidémiologique
CSR	Centre de santé rural
CSU	Centre de santé urbain
DC PEV	Direction de coordination du programme élargi de vaccination
DIPE	Direction de l'information de la planification et de l'évaluation
DDS	Direction départementale de la santé
DREN	Direction Régionale de l'Education Nationale
DRS	Direction régionale de la santé
DTC-HepB-Hib	Diphthérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite B et Haemophilus Influenza de type b (penta-vaccin)
ECD	Equipe cadre du district
EIS	Enquête des indicateurs SIDA
HG	Hôpital général
INHP	Institut national d'hygiène publique
INS	Institut national de la statistique
IPCI	Institut Pasteur de Côte d'Ivoire
MAPI	Manifestation adverse post immunisation
MSLS	Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA
OMS	Organisation mondiale de la santé
OMS/AFRO	Bureau de l'OMS pour l'Afrique
ONG	Organisation non gouvernementale
PCV	Pastille de contrôle du vaccin
PEV	Programme élargi de vaccination
PFA	Paralysie flasque aigue
RASS	Rapport annuel sur la situation sanitaire
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
SAB	Seringue autobloquante
SAD	Seringue à dilution
TDR	Termes de référence
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance
VAR	Vaccin anti-rougeoleux
VPO	Vaccin polio oral
ZD	Zone de dénombrement

RESUME EXECUTIF

Il est désormais un fait scientifique accepté que la carence en vitamine A (CVA) diminue la résistance aux infections, entraîne le retard de croissance et provoque des affections oculaires, pouvant causer la cécité, il s'agit d'un problème majeur de santé publique qui a un impact négatif sur le développement socio-économique et qui sévit dans de nombreux pays. La recherche scientifique a permis de découvrir que la lutte contre la CVA peut non seulement éviter de contracter la cécité à vie, mais aussi entraîner la réduction du taux de mortalité infantile de l'ordre de 25%.

En Côte d'Ivoire, l'Enquête de Démographie et de Santé (EDS-III) réalisée en 1996 a révélé que 30% de la population ivoirienne est carencé en vitamine A (taux de rétinol sérique inférieur à 20µg/dl). C'est dans ce contexte que Helen Keller International, en collaboration avec le Ministère de la Santé à travers le Programme National de Nutrition, a organisé une enquête de couverture de la vitamine A après la campagne supplémentation en vitamine A intégrée à la vaccination contre la poliomyélite et au déparasitage, au mois de Mai 2012.

L'étude avait pour but d'évaluer la campagne de supplémentation en vitamine A intégrée à la vaccination contre la poliomyélite et le déparasitage dans une perspective d'amélioration du dispositif national d'organisation des campagnes de supplémentation en vitamine A au bénéfice des enfants de 6 à 59 mois en Côte d'Ivoire.

Il s'agit d'une étude transversale à visée analytique, quantitative et qualitative. Elle a été basée sur la méthodologie des enquêtes de couverture (PECS) utilisé par HKI au niveau international et adaptée au contexte du pays. Il s'agit d'une méthode d'enquête rapide, standardisée et simplifiée avec saisie quotidienne des données afin d'améliorer la qualité des données en utilisant une technologie expérimentale basée sur la téléphonie mobile par le biais du logiciel **EpiSurveyor**. Il s'agit d'une enquête nationale à travers trois (3) strates (Abidjan, intérieur urbain et intérieur rural). Les cibles visées par l'étude sont les personnes en charge des enfants de 6 à 59 mois dans les ménages, les leaders communautaires, les agents de santé communautaire, les agents de santé et les équipes cadres de districts sanitaires.

En matière d'échantillonnage, il a été réalisé un sondage aléatoire stratifié à trois degrés. Le critère de stratification est le milieu de résidence. En effet, 3 strates sont constituées : une strate dans le district d'Abidjan, une dans les villes de l'intérieur et une strate en milieu rural. Au premier degré, 30 grappes ont été tirées de façon aléatoire dans chaque strate.

Au deuxième degré, 25 ménages ont été sélectionnés selon la méthode EPI de l'OMS dans chaque grappe tirée au préalable. Au troisième degré, un enfant de 6-59 mois au moment de la campagne a été sélectionné dans le ménage en utilisant la table de KISH. La collecte de données a été exécutée du 19 au 31 mai 2012 au niveau national par une équipe de 40 enquêteurs recrutés et formés au préalable par le consultant principal et le personnel technique de HKI, avec l'appui de la Direction de Coordination du programme National de Nutrition. Les données ont été collectées auprès de 2250 ménages ayant des enfants de 6-59 mois au moment de la campagne, ainsi que 87 leaders communautaires, 79 agents de santé communautaire ou les bénévoles, 81 agents de santé et 47 équipes cadres de districts sanitaires. Les données ont été collectées simultanément par deux enquêteurs, un doté de téléphone mobile doté d'EpiSurveyor, l'autre doté de questionnaires traditionnels en papier, pour comparer les deux méthodes en termes de précision et d'emploi efficace du temps. La comparaison des données collectées par le remplissage des questionnaires et celles collectées

avec EpiSurveyor a montré peu de différences, avec des écarts observés au niveau des principaux indicateurs de l'ordre de 0,1%.

Les résultats de l'évaluation montrent que :

- La couverture de la vitamine A a été de 90,5%,
- La couverture de VPO pour les 12-59 mois est de 93,8%
- La couverture du déparasitage est de 87,6%.

Ces taux de couverture sont inférieurs au seuil de performance officiel du pays fixé à 95%. On remarque aussi que les données de couvertures administratives de la campagne sont surestimées au regard des taux de couverture déterminés à travers l'enquête avec les écarts de 11% pour la vitamine A (couverture administrative à 101,5%), 12% pour le VPO (105,8%) et 16% pour le déparasitage (103,6%).

Plus spécifiquement, la couverture de la supplémentation en vitamine A est plus élevée chez les enfant de 12-59 mois (90,9%) par rapport aux enfants 6-11 mois (88,0%), mais la différence n'est pas statistiquement significative. Les principales raisons de non supplémentation sont le manque d'information sur la campagne, l'absence des enfants, le nonaccès des ménages par les agents, le refus des parents (notamment à Abidjan).

Les principales sources d'information des ménages sur la campagne sont la télévision, les agents de santé et les agents mobilisateurs. Cependant, les populations ont une mauvaise connaissance sur les cibles de la campagne et les produits. Cela peut s'expliquer par l'absence de communication des agents dans les ménages. Les populations ainsi que les leaders communautaires et les agents bénévoles sont moins informés sur les bienfaits et les sources alimentaires de la vitamine A. Même les agents de santé n'ont pas une connaissance parfaite de la vitamine A et de son importance dans la survie de l'enfant. Les leaders communautaires se sont montré plus impliqués dans la mobilisation sociale dans les zones rurales qu'en ville, avec une participation retenue insuffisant à Abidjan. D'une manière générale, les responsables des districts rencontrés ont indiqué que l'intégration de la vitamine A à la campagne de vaccination contre la poliomyélite semble susciter plus d'engouement au niveau des populations.

Concernant l'organisation de la campagne, les entretiens avec les membres des équipes de district a montré que les micro-plans intégrés ont été réalisés pour la campagne. Cependant, certains agents de santé et des districts ont eu des difficultés pour évaluer les besoins en capsules de vitamine A, notamment la dose de 100,000 UI. La conduite des activités de supplémentation de routine n'est pas effective dans l'ensemble des établissements sanitaires de premier contact. Selon certains districts la supplémentation en routine a été abandonnée au profit des campagnes parce qu'ils ne sont pas approvisionnés en capsules de vitamine A en dehors des campagnes. Ceux qui le font, ont exprimé des difficultés sur la dotation des doses de 100,000 UI. Si les activités de supplémentation en vitamine A sont menés en routine, nous notons une insuffisance au niveau de la collecte des données.

Les principales leçons apprises de cette évaluation sont :

- (i) les données de couvertures administratives de la campagne sont surestimées ;
- (ii) il existe des difficultés d'estimation des populations cibles notamment, les 6-11 mois ;

- (iii) le taux de couverture post-campagne de la supplémentation en vitamine A n'est pas liées aux caractéristiques socio-économiques des ménages ;
- (iv) les populations ont une faible connaissance des bienfaits de la vitamine A ;
- (v) les leaders communautaires sont moins impliqués à Abidjan que dans le reste du Pays
- (vi) les agents de santé ont une faible connaissance de la vitamine A (importance, pratiques) ;
- (vii) les agents de santé et les bénévoles ne communiquent pas suffisamment avec les parents lors de la campagne ;
- (viii) les ruptures de stocks de capsules de vitamine ont été plus observées pour le dosage 100 000 UI ;
- (ix) les activités de supplémentation de routine ne couvrent pas tous les districts et tous les établissements sanitaires ;
- (x) l'intégration de la vitamine A dans la campagne a suscité l'engouement des ménages pour la campagne contre la poliomyélite ;
- (xi) l'utilisation d'EpiSurveyor est coût-efficace par rapport au système d'enquête traditionnelle, permettant un gain de 21% de temps.

Pour améliorer la supplémentation en vitamine A, y compris l'organisation des activités supplémentaires, les recommandations suivantes sont formulées :

1 - Au Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida

- Evaluer les données de population cible utilisées pour les campagnes ;
- Prendre les dispositions pour renforcer la mobilisation sociale à travers l'implication des différents Ministères et collectivités territoriales ;
- S'approprier de l'utilisation de la technologie EpiSurveyor ou nouvelles technologies similaires pour le monitoring des campagnes et les activités de routine

2 - Direction de Coordination du Programme National de Nutrition

- Mettre à la disposition des districts des directives pour l'évaluation des besoins en capsules de vitamine A ;
- Renforcer le système de notification des activités de supplémentation en vitamine A ;
- Elaborer des micro-plans explicites pour la vitamine A intégrés à celui du PEV ;
- Assurer un approvisionnement continu en vitamine A pour éviter les ruptures lors des activités de routine
- Renforcer la formation des équipes des districts en nutrition et en supplémentation en vitamine A ;
- Renforcer au niveau national la communication autour de la vitamine A ;
- Assurer la disponibilité des capsules de vitamine A pour la supplémentation en routine ;

3 - Directions Départementales de la Santé

- Conduire systématiquement des enquêtes de couverture post-campagnes de vaccination et de supplémentation en vitamine A ;
- Elaborer des micro-plans de la vitamine A intégrée au PEV de routine en prenant en compte des résultats de la campagne ;
- Sensibiliser d'avantage les populations sur la supplémentation en vitamine A dans le cadre du paquet minimum d'activités ;

- Renforcer le rôle des relais communautaires au niveau de l'information et la sensibilisation de proximité des populations en matière de supplémentation en vitamine A ;
- Organiser des formations des agents de santé et des agents de santé communautaires sur la vitamine A intégrée au paquet minimum d'activités ;
- Faire la retro-information des résultats des activités aux communautés ;

1. INTRODUCTION

Il est désormais un fait scientifique accepté que la carence en vitamine A (CVA) diminue la résistance aux infections, entraîne le retard de croissance et provoque des affections oculaires, pouvant causer la cécité, il s'agit d'un problème majeur de santé publique qui a un impact négatif sur le développement socio-économique et qui sévit dans de nombreux pays. La recherche scientifique a permis de découvrir que la lutte contre la CVA peut non seulement éviter de contracter la cécité à vie, mais aussi entraîner la réduction du taux de mortalité infantile. Selon l'OMS, la supplémentation en vitamine A présente beaucoup d'avantages sur le plan de la santé publique: 25% de la réduction de la mortalité infantile; 40% de la réduction du risque de décès dû à la diarrhée; 50% de la réduction du risque de décès dû à la rougeole.

En Côte d'Ivoire, l'Enquête de Démographie et de Santé (EDSIII) réalisée en 1996 a révélé que 30% de la population ivoirienne est carencé en vitamine A (taux de rétinol sérique inférieur à 20µg/dl). L'ampleur du problème et, et dépit de cela, le manque de ressources dédiée, a justifié la nécessité d'intégrer les différentes interventions de lutte contre la carence en vitamine A dans les activités de soins de santé primaires et l'urgence de supplémenter sur toute l'étendue du pays les populations à haut risque selon les schémas appropriés, et en particulier tous les six mois pour les enfants de 6 à 59 mois dès l'année 1996.

Pour ce faire, la Côte d'Ivoire a mis en œuvre depuis plus de 10 ans deux stratégies de supplémentation, à savoir la supplémentation de masse en vitamine A des enfants de 6-59 mois à travers des campagnes nationales, et l'intégration de la supplémentation en vitamine A dans les activités de routine des Soins de Santé Primaires. Les activités de supplémentation en vitamine A en campagne sont généralement couplées au déparasitage et à la vaccination contre la poliomyélite avec des couvertures autour de 100% en 2010 et en 2011 pour les enfants de 6-59 mois. Malgré cette bonne performance, la couverture reportée pour les enfants de 6-11 mois, le cible plus vulnérable, reste encore insuffisante (autour de 60%), avec des zones de faible accès et peu d'information sur le niveau de connaissance des populations et des agents de santé sur la vitamine A.

C'est dans ce contexte que Helen Keller International en collaboration avec le Ministère de la Santé à travers le Programme National de Nutrition a organisé une enquête de couverture de la vitamine A après la campagne de supplémentation en vitamine A intégrée à la vaccination contre la poliomyélite et le déparasitage de Mai 2012.

2. BUT ET OBJECTIFS DE L'EVALUATION

2.1. BUT

L'étude vise à évaluer la campagne de supplémentation en vitamine A intégrée à la vaccination contre la poliomyélite et le déparasitage dans une perspective d'amélioration du dispositif national d'organisation des campagnes de supplémentation de la vitamine A au bénéfice des enfants de 6 à 59 mois en Côte d'Ivoire.

2.2. OBJECTIFS GENERAUX

Trois objectifs généraux sont rattachés au but de l'étude, il s'agit :

1. Evaluer la validité des données des couvertures issues de la campagne ;
2. Identifier les populations difficiles à atteindre ;
3. Apprécier la qualité de la préparation et de la mise en œuvre de la campagne.

2.3. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer la couverture en vitamine A, de vaccination contre la poliomyélite et le déparasitage pour les enfants de 6-59 mois ;
- Comparer la couverture administrative de la campagne et celle issue de l'enquête ;
- Analyser la couverture des enfants et les facteurs déterminants ;
- Evaluer le niveau d'information des ménages sur la supplémentation en vitamine A ;
- Evaluer le niveau de connaissance , l'implication et les pratiques des acteurs communautaires (leaders communautaires, agents de santé communautaires)
- Identifier les forces, faiblesses, contraintes et leçons apprises de la campagne de supplémentation en vitamine A intégrée au déparasitage et à la vaccination contre la poliomyélite
- Faire des propositions sur des stratégies et actions à entreprendre pour l'amélioration des activités de supplémentation en vitamine A.

3. METHODOLOGIE DE L'EVALUATION

3.1. TYPES D'ETUDES ET POPULATIONS CIBLES

Il s'agit d'une étude transversale à visée analytique, quantitative et qualitative. L'étude à utilisé la méthodologie des enquêtes de couvertures (PECS) utilisé par HKI au niveau international et adaptée au contexte du pays. Il s'agit d'une méthode d'enquête rapide, standardisée et simplifiée avec saisie quotidienne des données afin d'améliorer la qualité des données en utilisant la technologie EpiSurveyor.

3.2. COUVERTURE ET POPULATIONS CIBLES

Cette étude a une couverture nationale. Les cibles visées par l'étude sont :

- Les personnes en charge des enfants de 6 à 59 mois dans les ménages ;
- Les leaders communautaires ;

- Les agents de santé communautaires ;
- Les agents de santé
- Les équipes cadres des districts

3.3. ECHANTILLONNAGE

La formule suivante a été utilisée pour déterminer la taille de l'échantillon au niveau des ménages dans chaque strate.

$N = \frac{g \times z^2 \times p \times q}{D^2}$	$N = \frac{3.3 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.065)^2} = 750 \text{ enfants}$
g = effet de grappe	g = 3.3
z = risque d'erreur	z = 1,96
p = Couverture vitamine A	p = 50%
q = 1-p	q = 1-p
d = Précision	d = 0,065

Il a été réalisé un sondage aléatoire stratifié à trois degrés. Le critère de stratification est le milieu de résidence. En effet, 3 strates sont constituées : une strate dans le district d'Abidjan, une dans les villes de l'intérieur et une strate en milieu rural. Au premier degré, 30 grappes ont été tirées de façon aléatoire dans chaque strate. Au deuxième degré, 25 ménages ont été sélectionnés selon la méthode EPI de l'OMS dans chaque grappe tirée au préalable. Au troisième degré, un enfant de 06-59 mois au moment de la campagne a été sélectionné dans le ménage en utilisant la table de KISH.

Au total, l'échantillon est composé de :

- 03 strates ;
- 30 grappes par strate, soit 90 grappes au total;
- 25 ménages par grappes, soit 750 ménages par strate et 2250 ménages au total ;
- 01 enfant de 6-59 mois par ménage, soit 2250 enfants au total.

Le tirage a été réalisé en trois étapes :

Etape 1 : Sélection des grappes

Dans cette enquête, un District de Recensement (DR) ou Zone de Dénombrement (ZD) est considéré comme une grappe. Chaque grappe contient en moyenne 1500 habitants, soit en moyenne 200 ménages.

La technique d'échantillonnage au premier degré a consisté à la détermination de la liste des grappes à enquêter par strate. Le tirage est fait de manière indépendante et proportionnellement à la taille de la population en utilisant un pas de sondage et les nombres aléatoires. La base de sondage utilisée a été constituée de la liste des DR ou ZD issus du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1998, qui est la base de sondage la plus récente. Cette base de sondage renseigne sur l'effectif de la population de chaque localité dans les localités ciblées ainsi que sur le nombre de ménages. Cette base a été actualisée par l'Institut Nationale de Statistique dans le cadre de la mise en œuvre des opérations d'enquête d'envergure nationale telle que l'EIS (Enquête à Indicateurs Sida) 2005 et l'ENV (Enquête sur le Niveau de Vie des Ménages) en 2008.

Tableau 1 : Nombre de grappes sélectionnées par strate

Strate	Nombre de DR dans la base	Nombre DR sélectionnés	PAS de sondage
ABIDJAN	3001	30	100
AUTRE URBAIN	3676	30	123
RURAL	10752	30	358
TOTAL	17429	90	-

Etape 2 : Sélection des ménages

Le ménage est défini comme « l'ensemble des membres qui partagent le même toit, qui mettent ensemble tout ou une partie de leurs ressources et qui mangent le repas préparé dans la même marmite et qui reconnaissent un membre comme chef ».

Dans chaque grappe, 25 ménages ont été sélectionnés par les enquêteurs. La sélection des ménages au second degré a été faite sur le terrain en utilisant la méthode des enquêtes de couverture vaccinale. A partir des données de la base de sondage, le pas de sondage de chaque grappe a été donné au chef d'équipe. En milieu urbain, la carte ou le croquis de chaque grappe a été utilisé. En milieu rural, le village a été considéré comme une grappe, lorsqu'il est seul. Lorsque la grappe comprend plusieurs villages, un village sera tiré avant le départ des enquêteurs. Une fois dans la grappe, la sélection des ménages à enquêter dans les grappes sélectionnées a été faite à partir de la méthode EPI suivant les étapes suivantes :

- rencontrer le chef du quartier/village pour présenter l'enquête et l'équipe.
- déterminer les limites de la grappe avec l'aide d'une carte et le chef du quartier ou son représentant.
- se rendre au centre du quartier/village accompagné du chef du quartier ou de son représentant.
- tirer une direction au hasard en lançant un crayon en l'air (« méthode du crayon tournant »).
- suivre la direction indiquée par le crayon jusqu'à la limite de la grappe.
- tirer une autre direction en lançant le crayon en l'air à la limite de la grappe. Si la direction tirée n'est pas dans la grappe à enquêter, continuer à tirer jusqu'à ce qu'une direction à l'intérieur de la grappe soit indiquée par le crayon.
- suivre cette direction jusqu'à l'autre limite de la grappe en comptant les maisons à gauche et à droite.
- à la limite de la grappe, un chiffre a été choisi au hasard avec l'aide d'une table des chiffres aléatoires. Si le chiffre identifié était entre 1 et le nombre de maisons numérotées, cette maison a été la première enquêtée. Si le chiffre identifié sur la table était supérieur au nombre de maisons numérotées, le prochain chiffre sur la table a été pris jusqu'à ce qu'un chiffre compris dans l'intervalle calculé a été identifié.
- le chiffre identifié a été le premier ménage enquêté.
- une fois terminé dans le premier ménage, l'équipe a continué à cibler les prochains ménages en continuant de prendre le prochain ménage à droite en utilisant une méthode de proche en proche. S'il n'y avait pas de ménage à droite, l'enquête a ciblé le ménage ayant la porte la plus proche au dernier enquêté.

Cette méthode a été suivie jusqu'à ce que le nombre minimum d'enfants et de femmes a été atteint. Dans le cas d'un immeuble ou d'une cours commune, le seul ménage enquêté est le premier rencontré en partant par sa droite et comportant un enfant de 6-59 mois.

Etape 3 : Sélection des enfants

Un enfant de 6-59 mois a été enquêté par ménage. Dans les ménages, tous les enfants de 06 à 59 mois au moment de la campagne ont été recensés en utilisant une fiche d'échantillonnage. Chaque enfant a été enregistré avec son âge sur la fiche de tirage. A l'aide de la table de KISH, un enfant a été sélectionné dans chaque ménage. La table de KISH a permis de présélectionner l'enfant en fonction du rang du ménage, du nombre d'enfants et du rang de l'enfant dans le ménage.

3.3.1. Procédures d'échantillonnage des leaders, agents de santé et agents de santé communautaires

Dans chaque grappe est sélectionné un leader communautaire, un agent de santé communautaire/volontaire ou agent mobilisateur et un agent de santé à enquêter. Le choix des leaders communautaires a été fait par la méthode de choix raisonné.

Les leaders communautaires sont des membres de la chefferie de village ou de quartier, les chefs de communautés, les chefs religieux, les leaders d'association de femmes, de jeunes. En effet, il s'agit des leaders communautaires impliqués dans les actions sanitaires ou sociales qui sont retenus.

Le choix des agents de santé communautaires ou les bénévoles impliqués dans la distribution de la vitamine A a été également fait de façon raisonné. En effet, il s'agit des personnes impliquées dans la supplémentation en vitamine A qui ont été désignées soit par le leader communautaire ou l'agent de santé.

Le choix de l'agent de santé a été systématique. Il s'agit de l'infirmier ou la sage-femme, ou le médecin ou l'assistant social de l'établissement sanitaire le plus proche de la grappe. La personne à enquêter est celle qui est la plus impliquée dans les activités de la campagne. S'ils sont nombreux dans ce cas, un tirage aléatoire est opéré par le chef d'équipe.

3.3.2. Procédures d'échantillonnage des districts sanitaires

Dans chaque district, un entretien approfondi a été organisé de façon systématique. Selon le plan de sondage, 47 équipes cadre des districts comportant les grappes tirées sont concernés par l'entretien. Tous les membres de l'équipe cadre de district sont éligibles pour ce entretien, avec les priorités accordées au Directeur du district lorsqu'il est disponible, ensuite le responsable CSE et le Coordonnateur PEV.

3.4. ELABORATION DU PROTOCOLE ET DES OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES

Le protocole et les outils de collecte de données utilisés dans le cadre de cette étude sont ceux élaboré par HKI et adapté au contexte de la Côte d'Ivoire. En effet, HKI a organisé un atelier de formation de l'équipe technique nationale composée des représentants du Bureau

Pays de HKI, la Direction de Coordination du Programme National de Nutrition, d'un spécialiste de la Nutrition de l'Unicef et du consultant principal. Cet atelier qui s'est déroulé du 10 au 13 avril 2012 et animé par le Conseiller du Bureau Régional Afrique pour les Micronutriments de HKI, a permis de parvenir à :

- (i) l'appropriation de la technique d'enquête par le téléphone mobile (EpiSurveyor),
- (ii) l'adaptation de la méthodologie de l'étude,
- (iii) la validation des questionnaires et
- (iv) la détermination de la taille des échantillons.

Les outils de collecte de données élaborés sont :

- Questionnaire des mères et de personnes en charge des enfants de 06-59 mois dans les ménages ;
- Questionnaire des leaders communautaires ;
- Questionnaire des Agents de santé communautaires et de bénévoles de la campagne ;
- Questionnaire des agents de santé ;
- Guide d'entretien semi-dirigé avec les équipes cadres de districts ;

3.5. RECRUTEMENT ET FORMATION DU PERSONNEL DE TERRAIN

Le personnel de terrain était constitué de 40 enquêteurs dont 10 chefs d'équipes. Ces personnes ont été sélectionnées à partir de la liste des enquêteurs ayant une expérience de collecte de données avec la DC-PNN dans le cadre des enquêtes SMART ou la participation à l'enquête d'évaluation de la campagne vaccination contre la rougeole conduite par le MSLS. Au total 42 personnes ont participé à la formation qui s'est déroulée du 9 au 11 mai 2012 dans la salle de réunion de l'OMS. La formation a été animée en utilisant des supports pédagogiques (présentation power point, manuel de l'apprenant, exercices et jeux de rôle) par le consultant principal avec l'appui de HKI, du PNN et de l'OMS.

Elle a porté essentiellement sur :

1. Concepts généraux sur la campagne
2. Objectifs et méthodologie de l'enquête
3. Echantillonnage des ménages
4. Remplissage des questionnaires
5. Utilisation d'EpiSurveyor
6. Conduite d'entretien semi structuré
7. Suivi de l'enquête sur le terrain / Contrôle de qualité
8. Gestion logistique
9. Rapport d'enquête de terrain

A l'issue de la formation dix personnes ont désignées comme chefs d'équipe sur la base de leur performance à travers le pré-test et le post-test et de leur expérience en matière d'enquête dans le domaine de la santé.

3.6. PRE-TEST ET FINALISATION DES OUTILS DE COLLECTE

Les questionnaires ont été discutés point par point, lors de la formation des agents enquêteurs. Une première validation des questionnaires par les personnes formées et l'équipe technique nationale a permis de disposer d'une version revue qui a servi lors de l'enquête pilote.

L'enquête pilote a été réalisée le 15 mai 2012 dans les ménages à Abidjan sur cinq sites non sélectionnés pour l'enquête proprement dite.

Le débriefing des équipes et l'exploitation des résultats de l'enquête pilote a permis de finaliser les instruments de collecte de données (questionnaires, guide d'enquêteur). C'est ainsi que les outils de collecte définitifs ont été reproduits et introduits dans EpiSurveyor pour la collecte de données sur le terrain.

3.7. COLLECTE DE DONNEES SUR LE TERRAIN

3.7.1. Procédures administratives et information des cibles

Un courrier a été élaboré par le Cabinet du MSLS Ministère de la Santé et transmis aux Directeurs Régionaux de la Santé pour les informer sur l'enquête. Une copie de ce courrier a été remis à chaque équipe d'enquêteur.

3.7.2. Organisation opérationnelle des équipes de collecte de données

Conformément au protocole de l'étude, dix équipes de 4 enquêteurs dont un chef d'équipe ont été constituées. Dans chaque équipe, deux couples d'enquêteurs ont été constituées de sorte qu'une personne utilise le téléphone mobile et l'autre le remplissage du questionnaire en papier. Selon la proximité des sites d'enquête et le nombre de grappes, la durée de la collecte de données varie entre 7 jours et 10 jours.

3.7.3. Collecte de données proprement dite

La collecte des données a été réalisée en deux phases. Du 17 au 19 mai 2012, toutes les équipes ont collectées les données à Abidjan sur l'ensemble des 30 grappes à raison de 3 grappes par équipe. Du 22 au 31 mai 2012, la collecte des données s'est déroulée à l'intérieur du pays sur les 60 grappes restants (30 grappes en milieu urbain et 30 grappes en milieu rural).

Il faut noter qu'une réunion de synthèse a été organisée avec les chefs d'équipe après la phase d'Abidjan afin de tirer les leçons en vue de garantir un succès à l'enquête dans les autres sites de l'intérieur du pays. Au terme de la collecte des données et après validation, le bilan ci-dessous est établi :

- le taux de collecte des données au niveau des ménages est de 100% (cf. tableau 2).
- le taux de collecte des données valides au niveau des leaders communautaire est de 96,7% (Cf. tableau 3). Ce taux est identique dans toutes les 3 strates.
- le taux de collecte des données au niveau des agents de santé communautaire ou des bénévoles est de 87,8%, soit 66,7% à Abidjan, 100% dans les villes de l'intérieur et 96,7% en milieu rural (Cf. tableau 3). Le taux de collecte est faible à Abidjan parce que les bénévoles utilisés au moment de la campagne n'habitent pas dans les quartiers qu'ils doivent couvrir pendant l'enquête.
- le taux de collecte de données au niveau des agents de santé est de 90%, soit 83,3% à Abidjan, 96,7% dans les villes de l'intérieur et 90% en milieu rural (Cf. tableau 4).
- Le taux de collecte de données au niveau des équipes cadre de district est de 100% (Cf. tableau 4).

Tableau 2 : Taux de collecte de données selon les unités échantillonnées par strate

STRATE	Nombre de grappes		Nombre de ménages		Nombre d'enfants de 6-59 mois	
	prévu	réalisé	prévu	réalisé	prévu	réalisé
ABIDJAN	30	30	750	750	750	750
VILLES INTERIEUR	30	30	750	750	750	750
RURAL	30	30	750	750	750	750
TOTAL GENERAL	90	90	2250	2250	750	750

Tableau 3 : taux de collecte de données au niveau communautaire

STRATE	Nombre de leaders communautaires		Nombre d'agents de santé communautaire ou de bénévoles	
	prévu	réalisé	prévu	réalisé
ABIDJAN	30	29	30	20
VILLES INTERIEUR	30	29	30	30
RURAL	30	29	30	29
TOTAL GENERAL	90	87	90	79

Tableau 4 : taux de collecte de données au niveau des structures de santé

STRATE	Nombre d'agents de santé		Nombre d'équipes de district	
	prévu	Réalisé	prévu	réalisé
ABIDJAN	30	25	10	10
VILLES INTERIEUR	30	29	38	38
RURAL	30	27		
TOTAL GENERAL	90	81	48	48

3.8. UTILISATION D'EPISUVEYORS

Comme cela a été dit au niveau de l'approche méthodologique et le type d'enquête, l'utilisation de la technologie mobile pour la collecte de données à l'aide de EpiSurveyor est une particularité de cette enquête. EpiSurveyor est une suite logicielle partiellement gratuite et de libre utilisation, conçue pour faciliter la collecte de données à partir d'ordinateurs de poche et de Smartphones. Il permet à tout utilisateur de créer un formulaire mobile de saisie de données, de collecter les données sur un terminal mobile pour ensuite les transférer à son ordinateur portable ou de bureau pour analyse. HKI a utilisé ce système dans d'autres pays tels que la Sierra Leone, la Tanzanie, la Zambie.

D'une manière générale, l'enquête avec le téléphone mobile est plus rapide par rapport à l'enquête par remplissage de questionnaire sur papier. Dans le cadre de cette enquête, dans chaque équipe, deux enquêteurs ont utilisé EpiSurveyor.

Tableau 5 situation collecte avec EpiSurveyor

Cible	Nombre questionnaires remplis validé	Nombre d'enregistrements EpiSurveyor	Nombre d'enregistrements non vides EpiSurveyor reçus par transfert	Nombre d'enregistrements vides EpiSurveyor reçus par transfert
Mères ou personnes en charge des enfants de 06-59 ans	2250	2247	2243	4
Leaders communautaires	87	91	91	0
Agents de santé communautaire ou bénévoles	79	78	78	0
Agents de santé	81	79	79	0

3.9. SUPERVISION DE L'ENQUETE

La supervision a été une activité importante de l'enquête, participant à l'assurance qualité de l'évaluation. Dans le cadre de cette étude, trois circuits de supervision ont été constitués. Les supervisions ont été conduites par le consultant principal, le sociologue, un représentant de la DC-PEV, un représentant de la DC-PNN et HKI. La supervision sur le terrain a permis de :

- Faciliter l'intégration des équipes de collecte dans les districts sanitaires ;
- Vérifier la couverture effective des sites de l'enquête et des cibles à enquêter ;
- Suivre la progression des équipes sur le terrain ;
- Apporter une assistance aux chefs d'équipe au plan technique et administratif en cas de besoin ;
- Contrôler le remplissage des questionnaires et l'utilisation de EpiSurveyor ;
- Assurer la coordination de la collecte de données avec l'équipe centrale HKI-PNN et le consultant principal.

3.10. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

3.10.1. Traitement des données EpiSurveyor

Au fur et à mesure que les données étaient transférées par les équipes de collecte, le spécialiste d'informatique et des nouvelles technologies de HKI vérifiait la promptitude et la complétude des données en contact avec les équipes sur le terrain avant de transmettre les données exportées sous format Excel au consultant principal après consolidation. Aussi, une analyse partielle des données était effectuée avec EpiSurveyor de sorte à observer l'évolution des variables collectées.

Le nombre d'enregistrements reçu est comparé au rapport quotidien de la progression des équipes. In fine, une base de données EpiSurveyor est constitué par cible à travers un classeur Excel pour une analyse approfondie des variables.

3.10.2. Traitement des données collectées sur papier

Dans le processus de mise en œuvre d'une enquête, l'étape de traitement et d'analyse des données est nécessaire, d'une part, pour stocker les données recueillies sur papier dans un

format électronique et assurer une intégrité des données, d'autre part, pour transformer les données brutes en indicateurs et informations utiles pour la prise de décision. Le traitement des données a concerné les données quantitatives et les données qualitatives.

Le masque de saisie a été élaboré en utilisant le logiciel EpiData. La saisie des données a été réalisée du 23 mai au 5 juin 2012 par 6 opérateurs de saisie du cabinet Synergie Expertise sur une période de 10 jours sous la supervision d'un statisticien gestionnaire de données. Le fait de démarrer la saisie avant la fin de la collecte des données a permis de réduire les délais du traitement des données.

Les données saisies ont été apurées pour avoir des données fiables pour l'élaboration des indicateurs. L'apurement des données a consisté à vérifier les cohérences et les données manquantes. Les corrections ont été faites à partir des questionnaires physiques suivant des tests de contrôle.

3.10.3. Analyse statistique des données

Un plan d'analyse des données a été élaboré pour faciliter l'analyse statistique : il s'agissait de la formulation des indicateurs à élaborer (formules de calcul), la liste de croisement des variables et la description des méthodes statistiques à utiliser. Cette analyse a concerné l'ensemble des individus enquêtés pour chaque cible.

Le logiciel SPSS sous Windows version 17.0 a été utilisé pour l'analyse statistique. Pour prendre en compte la méthode d'échantillonnage par grappe stratifié, le module « COMPLEX SAMPLE DESIGN ANALYSIS » du logiciel Epi Info a été utilisé pour déterminer l'effet de grappes et les erreurs-types des principaux indicateurs. Les techniques d'analyse descriptive et d'inférence statistique ont été utilisées. Les tests statistiques et les intervalles de confiance ont été déterminés avec le seuil d'erreur de 5%.

3.10.4. Analyse qualitative des données

Les enregistrements audio des discussions avec les équipes de district ont été retranscrits. Une grille d'analyse de contenus des interviews a été conçue à cet effet. Composée d'indicateurs clés, cette grille a permis de faire émerger les éléments qui font sens par rapport aux objectifs spécifiques de l'étude. Des extraits de récits de vie de certains acteurs éclairant d'avantage leurs motivations et les projets futurs ont été mis en exergue hors grille d'analyse.

3.11. PONDERATION DES OBSERVATIONS

La pondération des observations a été nécessaire parce que le plan de sondage est à probabilité inégale. Elle permet d'avoir des indicateurs au niveau de la population totale en tenant compte du poids de chaque unité. Conformément au plan de sondage, la pondération a été réalisée pour chaque strate.

Le poids de chaque strate a été calculé en tenant compte du nombre de grappes dans la base de sondage et du nombre de ménages effectivement enquêté.

La formulation du poids est : $w_i = \frac{N_i / \sum N_i}{n_i / \sum n_i}$

Avec w_i = le poids de la strate i

N_i = le nombre de DR (grappes) identifiées de la strate i

n_i = le nombre de DR (grappes) enquêtés dans la strate i

Tableau 6 : Poids des ménages par strate

Strate	Nombre total de grappes	Nombre de grappes enquêtés	Pas de sondage	Poids
ABIDJAN	3001	30	100	0,52
VILLES INTERIEUR	3676	30	123	0,63
RURAL	10752	30	358	1,85
TOTAL GENERAL	17429	90	-	

3.12. DIFFICULTES RENCONTREES ET SOLUTIONS APPORTEES

La mise en œuvre de l'évaluation s'est confrontée à des difficultés au moment de la collecte de données sur le terrain. Il s'agit de l'insuffisance de disponibilité des acteurs des structures sanitaires et la disponibilité des répondants à cause de leurs occupations professionnelles. Aussi, le récente réaffectation des DDS réalisé par le MSLS n'a pas permis de trouver en place certains DDS. Les CSE ou les CPEV en place ont été enquêtés en lieu et place des DDS.

Au niveau d'EpiSurveyor, il y a eu parfois des problèmes de connexion au réseau Internet, notamment en milieu rural, mais les enquêteurs ont respecté les consignes en enregistrant les données avant de faire les transferts. Cette situation n'a donc pas affectée la qualité des de la saisie et de la transmission des données

3.13. LIMITES DE L'ETUDE

En raison des contraintes budgétaires, la taille de l'échantillon n'a pas été suffisamment grande pour avoir une estimation des indicateurs par district. Cependant, elle est suffisante pour avoir une estimation pour chacune des trois strates et le niveau national.

L'enquête a eu des limites pour estimer le taux de couverture vaccinale VPO pour la population cible de 0-6 mois, parce que la cible de l'enquête de ménage est celle de la supplémentation en vitamine A (6-59 mois).

Par conséquent, dans les enquête future, il serait préférable de prendre les dispositions méthodologiques et budgétaires nécessaires pour prendre en compte tous les enfants de moins 5 ans dans les ménages.

4. RESULTATS DE L'EVALUATION

4.1. CARACTERISTIQUES DES POPULATIONS ENQUETEES

4.1.1. Caractéristiques des populations enquêtées dans les ménages

Pendant l'enquête de couverture, 2,250 ménages ont été enquêtés, dont 33,3% à Abidjan, 33,3% dans les villes et 33,3% en milieu rural. Après l'application des pondérations liées au plan de sondage, la population des ménages enquêtés est plus ou moins conforme à la population réelle (Abidjan : 17%, autres villes : 25% et milieu rural : 58%). Les chefs de ménages sont en majorité des chrétiens (41,6%) et des musulmans (41,2%), comme dans la population générale.

Sur 10 personnes en charge des enfants de 6-59 mois enquêtés, 8 sont en majorité des mères. Cette proportion est plus élevée en milieu rural (84%) et plus faible à Abidjan (77%) malgré le fait que l'enquête se soit déroulée pendant des jours fériés. En effet, les mères en milieu urbain, notamment à Abidjan, confient souvent la charge des enfants aux servantes compte tenu de leurs activités économiques.

Les personnes en charge des enfants enquêtés ont un niveau d'étude scolaire relativement bas (48,7% ne sont pas scolarisés, 26,1% ont le niveau d'étude primaire), facteurs plus marqués notamment en milieu rural (59,5% non scolarisé et 30,1% avec niveau primaire). Cette situation peut s'expliquer par le fait que les personnes en charges des enfants sont en majorité des femmes. En effet, au niveau national le taux d'alphabétisation des femmes de plus 15 ans est relativement faible (plus 40%).

Les enfants de 6-59 ans enquêtés sont des garçons (50,7%) et des filles (49,3%), soit un sex-ratio de 103 garçons pour 100 filles. Ce qui corrobore avec les statistiques démographiques nationales chez les enfants de moins 5 ans. En effet, le sex-ratio à la naissance est estimé à 105 garçons pour 100 filles. Selon les tranches d'âge les enfants de 6-11 mois représentent 13%, et cette proportion est quasiment la même quel que soit le type de communauté. Sur 10 enfants enquêtés, environ 6 disposent d'un carnet de santé ou d'un extrait de naissance. Cette proportion est plus faible en milieu rural (52,3%) et plus élevée à Abidjan (68,5%). Ce constat confirme les données de l'enquête à indicateurs multiples organisée par l'Unicef et l'INS en 2006.

4.1.2. Caractéristiques des leaders et agents de santé communautaires

Les leaders enquêtés sont en majorité des hommes (95%) (Abidjan 93% ; autres villes 93% ; rural 100%). Ce qui est pratiquement conforme au contexte socioculturelle de la société ivoirienne. Sur 4 leaders communautaires enquêtés environ 3 ont joué un rôle dans l'organisation de la campagne notamment au niveau de la mobilisation sociale et l'information (64%). Cette situation varie selon le milieu. Les leaders ont été plus impliqués au niveau de la mobilisation sociale dans les villes de l'intérieur (86%) et en milieu rural (66%) par rapport à Abidjan (41%).

Les agents de santé communautaire ou les bénévoles enquêtés sont en majorité des hommes (73,4% ; 82,8% en milieu rural, 70% dans les villes de l'intérieur et 65% à Abidjan). On pourrait comprendre par ces données que les femmes sont moins impliquées dans les activités

de santé au niveau communautaire, alors qu'elles sont les plus impliquées au niveau des ménages. Selon le niveau d'étude, l'on constate que la majorité des agents de santé communautaires et des bénévoles ont le niveau d'étude secondaire ou plus (77,2% ; 96,6% en milieu rural, 95% à Abidjan, 76,7% dans les villes de l'intérieur). Cette situation s'explique par le fait que le niveau d'étude est un critère de sélection des bénévoles et des agents de santé communautaires. Ces personnes sont impliquées comme mobilisateurs (10%) ou volontaires (67%). Au niveau de l'expérience, la majorité des volontaires (76%) ont plus de 1 an d'expérience dans cette activité, mais en général ils ne sont pas été formés de façon officielle. En particulier, 26,6% ont déclaré n'avoir jamais été officiellement formés.

4.1.3. Populations enquêtées au niveau des structures de santé

L'enquête s'est intéressée aux personnels des formations sanitaires et des équipes cadre de districts. Au niveau des établissements sanitaires, les enquêtés sont en majorité des hommes (77,8%), des infirmier(ères) (59,3%), travaillant dans les centres de santé / dispensaire ou formation sanitaire (72,8%). La majorité des centres de santé enrôlés sont des structures publiques (88,9%). Cette situation peut être superposée au profil national des établissements sanitaires et à la démographie des personnels exerçant dans les établissements sanitaires au niveau national.

La plupart des personnels de santé enquêtés ne sont pas formés sur la vitamine A. En effet, seulement 21% des professionnels de santé enquêtés ont été formés sur la vitamine A, et 14,8% ont reçu une formation sur la vitamine A à l'occasion de la préparation de la campagne.

Au niveau des équipes cadre de district, la majorité des personnes enquêtées sont les CSE. (cf. tableau 11).

4.2. COUVERTURE DE LA CAMPAGNE

4.2.1. Validité de la couverture de la campagne

L'enquête de couverture post-campagne a pour objectif entre autres, d'apprécier la validité des données des couvertures administratives issues de la campagne. Pour ce faire, une comparaison entre les taux de couvertures administratives et les taux de couverture de l'enquête est réalisée (Cf. Figure 1 et Tableau 12).

Au niveau de la vitamine A, la couverture administrative des enfants de 6-59 mois est de 101,1% contre 90,50% (IC 88,2% - 92,9%) selon les résultats de l'enquête, soit une différence d'environ 11 points. Cette différence est statistiquement significative au seuil d'erreur de 5%.

Au niveau du déparasitage des enfants de 12 à 59 mois, la couverture administrative est de 104,3% contre 87,6% (IC : 84,7%-90,6%), soit une différence d'environ 17 points. Cette différence est statistiquement significative au seuil d'erreur de 5%.

Concernant la couverture de vaccination contre la poliomyélite, l'enquête n'a pas pris en compte les enfants de moins de 6 mois, ce qui fait que la comparaison est faite pour les

enfants de 12-59 mois. Pour cette tranche d'âge, les données administratives ont donné une couverture de 105,4% alors que l'enquête a donné une couverture de 93,8% (IC : 92,0%-95,5%) soit une différence d'environ 12 points. Dans ce cas aussi cette différence est statistiquement significative au seuil d'erreur de 5%.

D'une manière générale, les données de l'enquête de ménage ont montré que les taux de couvertures administratives communiquées sont surestimés d'une part et le seuil de performance de 95% fixé n'a pas été tout à fait atteint.

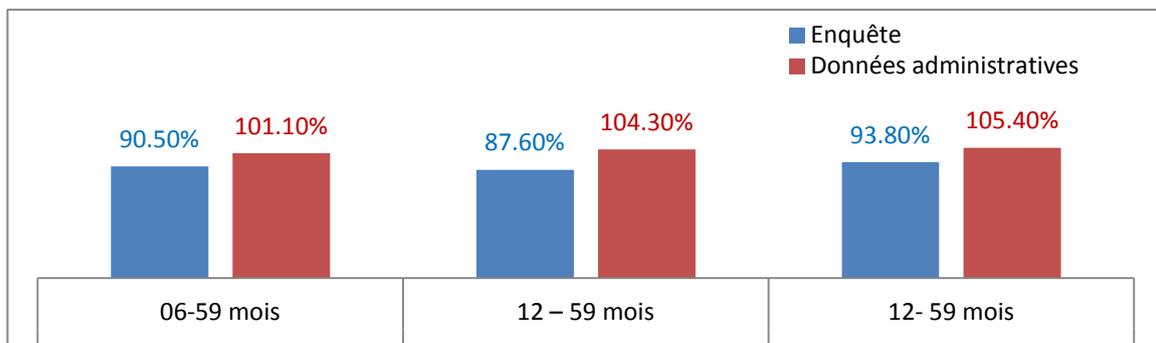


Figure 1 : Comparaison entre les taux de couverture de l'enquête et les taux de couverture des données administratives par produit de la campagne

4.2.2. Couverture de la vitamine A par types de communautés

La mise en œuvre de l'évaluation post-campagne a été faite en divisant la population en trois catégories de communautés : (i) Abidjan (pour le district d'Abidjan) ; (ii) Urbain (pour les villes de l'intérieur) et (iii) Rural (pour l'ensemble des villages). L'analyse de la couverture de la supplémentation en vitamine A des enfants de 6-59 mois montre que la couverture est plus faible à Abidjan (88,7% , IC 86,1%-91,2%), avec des taux légèrement plus élevés en le milieu rural (90,5% IC : 86,9% - 94,2%) et dans les villes de l'intérieur (92,1% IC : 88,9% - 95,4%). Les différences observées ne sont pas statistiquement significatives au seuil d'erreur de 5%.

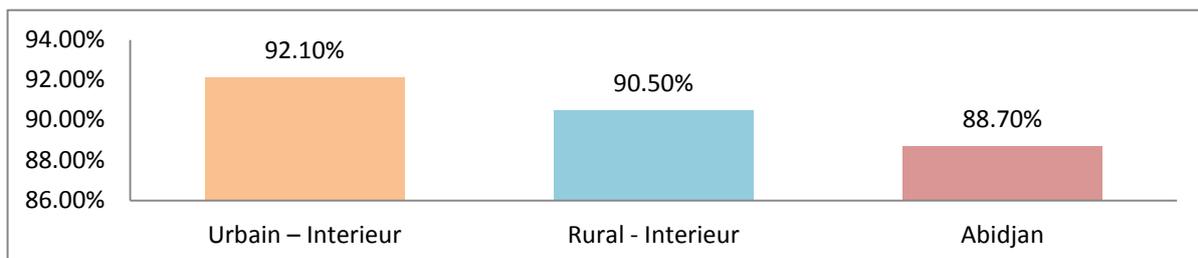


Figure 2 : Taux de couverture post-campagne de la vitamine A par type de communautés

4.2.3. Couverture de la vitamine A et incidence de la pauvreté

L'analyse de l'accessibilité de la vitamine A selon la situation géographique est présentée à travers les grands pôles de développement utilisé dans la stratégie de suivi de la pauvreté. Nous notons que les effectifs de l'échantillon d'enfants enquêtés sont relativement faibles dans certaines zones et ne permettent pas d'avoir des estimations relativement précises. Cependant nous constatons que la couverture de la supplémentation en vitamine A n'est pas

corrélée au profil de l'incidence de la pauvreté. Autrement dit, l'accès à la supplémentation en vitamine A n'a rien à avoir avec la situation économique du milieu.

4.2.4. Couverture post-campagne de la vitamine A selon les caractéristiques socioculturelles

L'analyse de la couverture de supplémentation en vitamine A selon les caractéristiques socioculturelles des ménages est nécessaire pour mieux apprécier l'influence de certains facteurs liés au ménage, à la personne ayant en charge l'enfant et à l'enfant lui-même.

Au niveau du ménage, les différences observées selon la religion ou l'appartenance à un groupe ethnique ne sont pas statistiquement significatives au seuil de 5% ; par conséquent, elles ne représentent pas un facteur discriminant de la supplémentation en vitamine A au cours de la campagne. Concernant la personne en charge de l'enfant, la couverture de la supplémentation en vitamine A ne varie pas significativement selon sa relation avec l'enfant et selon le niveau d'étude. Concernant les caractéristiques individuelles de l'enfant, il n'y a pas de différence significative du taux de couverture selon le sexe et l'âge de l'enfant.

4.2.5. Raisons de non supplémentation en vitamine A

Les raisons pour lesquelles certains enfants de 6-59 mois n'ont pas reçu la vitamine A pendant la campagne sont analysées à travers (i) les déclarations des personnes en charge des enfants non supplémentés, (ii) la perception des leaders communautaires enquêtés, (iii) la perception des agents de santé communautaires, (iv) les raisons évoquées par les professionnels de la santé et le personnel des districts sanitaire.

D'une manière générale, sur dix (10) enfants de 6-59 mois, un (1) n'a pas reçu la vitamine A pendant la campagne. Cette situation de non couverture de l'ensemble des enfants est confirmée par les leaders communautaires, quel que soit le type de communauté. En effet, sur les leaders communautaires enquêtés, un a déclaré qu'il existe des enfants qui n'ont pas été visités pendant la campagne (Cf. tableau 16). Les raisons évoquées par les leaders communautaires sont (i) l'insuffisance de l'information sur la campagne (37,9%) ; l'accès difficile de certaines zones (17,2%) et (ii) le mauvais moment de la campagne (10,3%), (iii) les autres raisons évoquées sont dominées par le refus, la négligence ou l'absence des parents.

Les agents de santé communautaires ou les bénévoles ont dans une certaine mesure confirmé ce fait. Sur six (6) ASC/bénévoles enquêtés, 1 a déclaré que tous les enfants n'ont pas reçu la vitamine A (Cf. Tableau 17). Les raisons évoquées sont entre autres (i) l'absence de l'enfant (30,8%), (ii) le refus des parents (23,7%) notamment dans les zones urbaines et à Abidjan (50,0%) ; (iii) l'accès difficile à certains campements en milieu rural (15,4%), (iv) les ruptures de stock, surtout les capsules bleues (15,4%), et (v) l'insuffisance d'information sur la campagne (15,4%).

Les professionnels de la santé qui ont été enquêtés ont également confirmé le fait que tous les enfants n'ont pas reçu la vitamine A. En effet, sur cinq (5) agents de santé enquêtés, deux (2) ont confirmé qu'il existe des enfants qui n'ont pas reçu la vitamine A pendant la campagne (Cf. tableau 18). Les raisons évoquées par les professionnels de santé sont : (i) l'accès difficile à certaines zones (31%) ; (ii) le mauvais timing de la campagne à cause de la saison

pluvieuse et les travaux champêtres au niveau rural (29%) et (iii) le refus des parents notamment à Abidjan (44%).

4.3. CONNAISSANCE DES MENAGES SUR LA CAMPAGNE ET LA VITAMINE A

4.3.1. Connaissance des ménages sur la campagne

Sur dix (10) personnes en charge des enfants de 6-59 mois enquêtées, environ six (6) ont déclaré être informé de la campagne, soit une proportion de 62,2%. Cette proportion est plus faible à l'intérieur du pays (villes : 58,5% , villages : 61,1%) par rapport à Abidjan (67,1%) (Cf. tableau 21). Plus le niveau d'étude de la personne ayant en charge l'enfant est élevé, plus elle est informée sur la campagne. En effet, 55,9% des non-scolarisés sont informés, 62,4% des niveaux primaires sont informés, 73,7% de ceux ayant le niveau secondaire sont informés et 77,2% de ceux ayant le niveau universitaire sont informés.

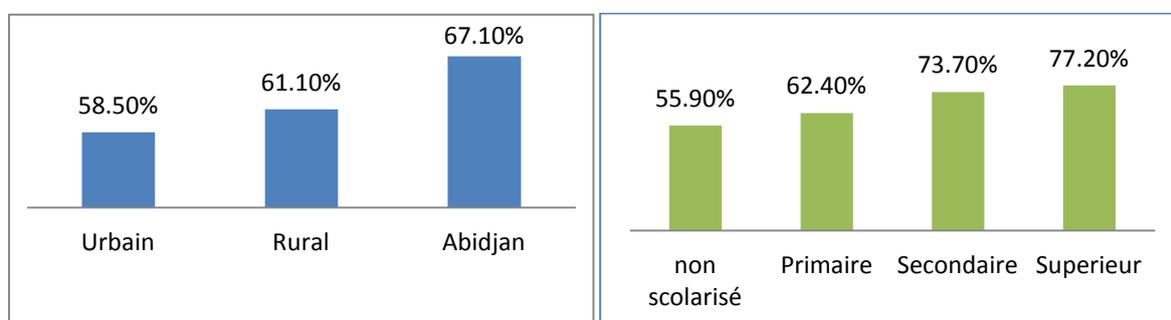


Figure 3 : Proportion des enquêtés informés de la campagne par type de communauté et niveau d'étude

Les sources d'information sur la campagne les plus citées par les enquêtées sont la télévision (25,8%), l'agent mobilisateur (14,5%), bouche à oreille (8,3%), le mégaphone (7,4%) et la radio (3,7%).

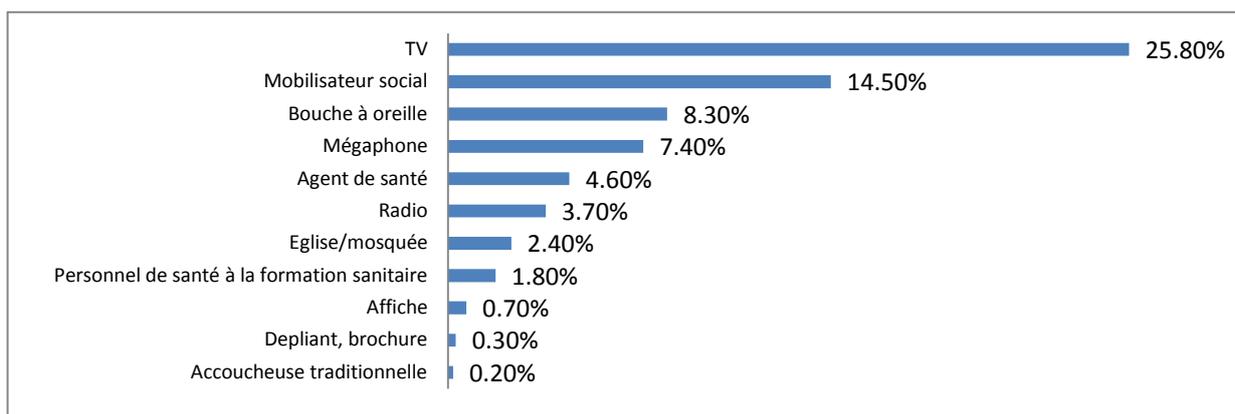


Figure 4 : Source d'information des ménages sur la campagne

Lorsqu'on considère les cibles de la campagne, seulement 8,9% des personnes enquêtées dans les ménages savent que la campagne a concerné les enfants de moins de 5 ans. Concernant les produits de la campagne, les enquêtés ont cité le vaccin polio oral (47,6%), le

déparasitage (25,0%) et la vitamine A (24,6%). Enfin, concernant la stratégie de la campagne 59,5% sont informé que la campagne sera réalisée par le porte à porte.

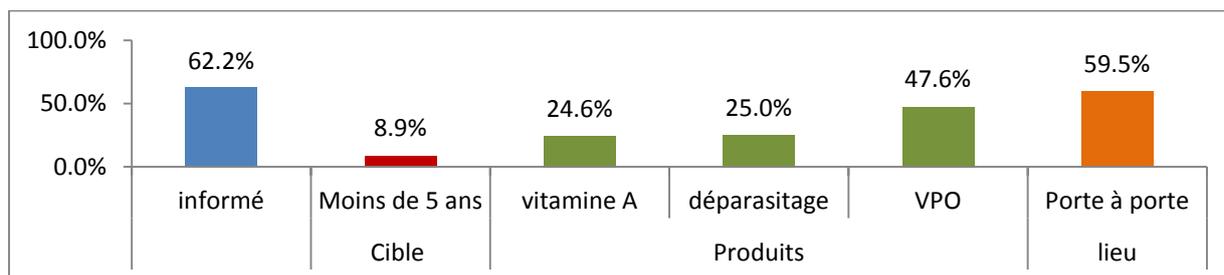


Figure 5 : Connaissance des cibles, des produits et la stratégie de la campagne

4.3.2. Connaissance des ménages sur la vitamine A

4.3.2.1. Avoir entendu parler de la vitamine A et les sources d'information

D'une manière générale, sur dix (10) personnes en charge des enfants enquêtées, quatre (04) ont déjà entendu parler de la vitamine A soit une proportion de 41,1%. Cette proportion est plus élevée à Abidjan (54,7%) par rapport aux villes de l'intérieur (37,3%) et en milieu rural (31,3%). La proportion des personnes ayant entendu parler de la vitamine A augmente avec le niveau d'étude, soit 29,3% pour les non-scolarisées, 42,2% pour le niveau d'étude primaire, 58,4% pour le niveau d'étude secondaire et 76,4% pour le niveau d'étude supérieur. Si nous considérons la relation entre la personne enquêtée et l'enfant, la proportion est plus élevée chez le père (55,9%) que la mère (39,7%). Cette différence pourrait être expliquée par l'effet du niveau d'étude, considérant que dans la société ivoirienne, les hommes ont un niveau d'étude relativement plus élevé par rapport aux femmes.

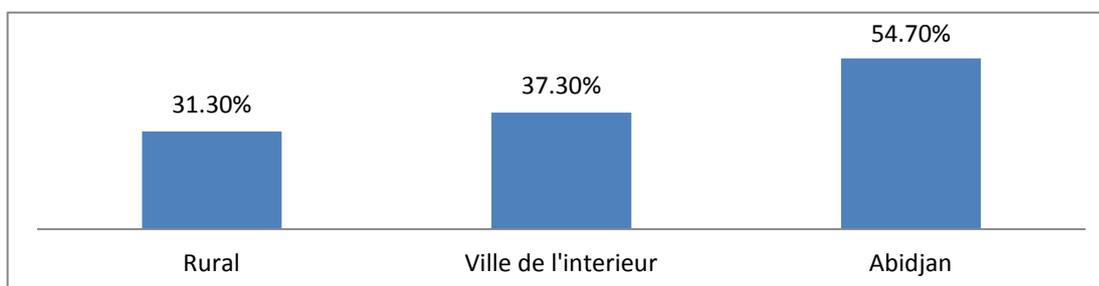


Figure 6 : Proportion des mères ou des personnes en charge des enfants de 06-59 mois qui déclarent être informés sur la vitamine A selon le type de communauté

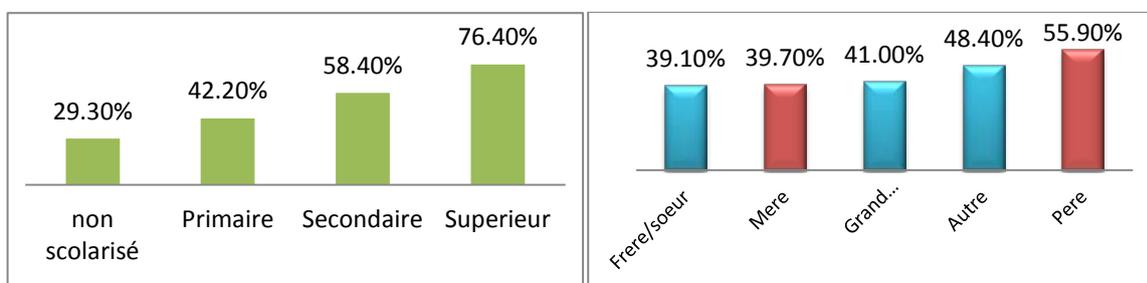


Figure 7 : Proportion des mères ou des personnes en charge des enfants de 06-59 mois qui déclarent être informés sur la vitamine A selon le niveau d'étude et la relation avec l'enfant

4.3.2.2. Sources d'information sur la vitamine A

Dans l'ensemble, la télévision a été citée comme la principale source d'information sur la vitamine A, notamment à Abidjan et dans les villes de l'intérieur. Cependant, le personnel de santé à la formation sanitaire est la première source d'information en milieu rural. La radio et les affiches ont été moins citées comme source d'information sur la vitamine A, quel que soit le type de communauté.

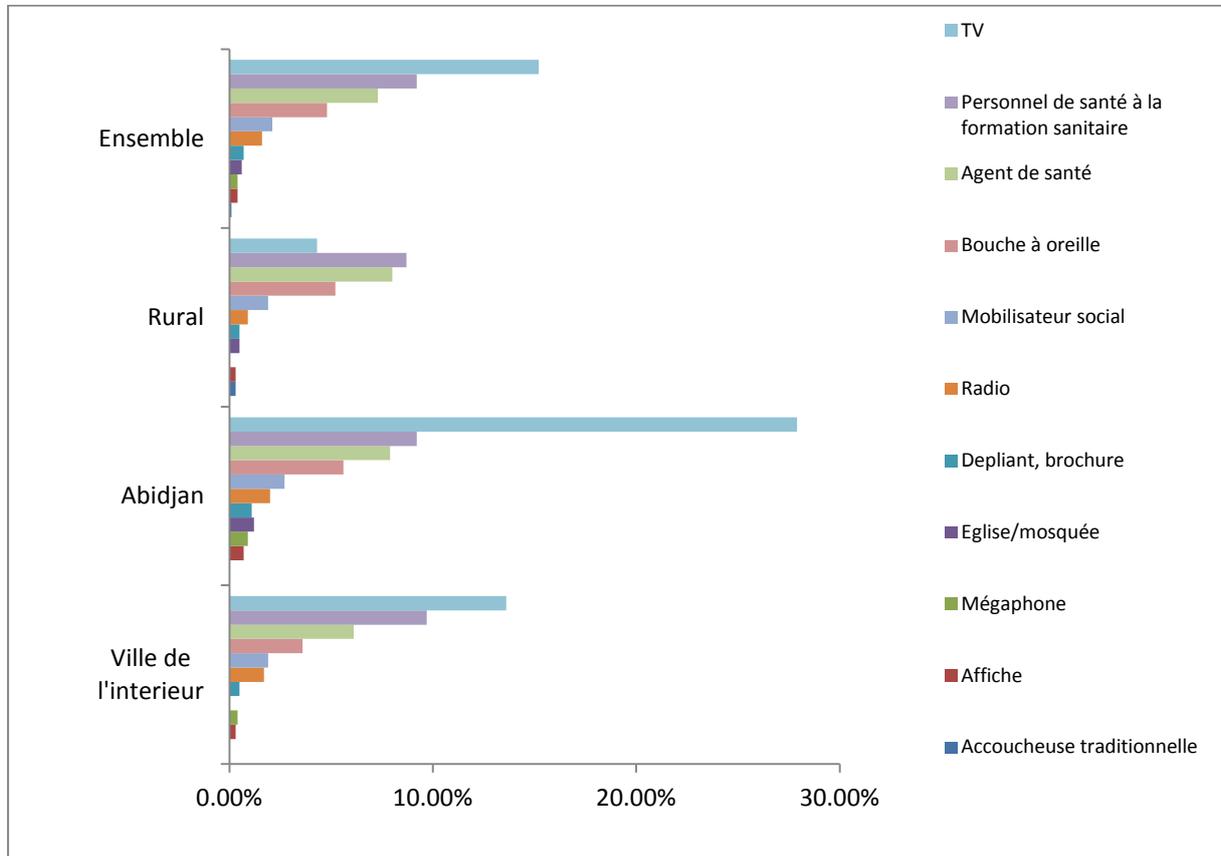


Figure 8 : Source d'information des ménages sur la vitamine A selon le type de communauté

Lorsqu'on compare le profil des sources d'information sur la vitamine A et le profil des sources d'information sur la santé en général (Cf. Figure 09), l'on constate des écarts significatifs au niveau des agents de santé et des mobilisateurs. En effet, 37,30% des enquêtés ont cité le personnel de santé à la formation sanitaire, 28,7% ont cité l'agent de santé et 6,20% ont cité l'agent mobilisateur ou ASC comme source d'information sur la santé en général alors que les proportions concernant la vitamine A sont respectivement de 9,2% pour le personnel de santé à la formation sanitaire, 7,3% pour l'agent de santé et 2,1% pour l'ASC ou le mobilisateur comme source d'information. Ces écarts montrent que les professionnels de la santé et les agents de santé communautaires ne communiquent pas suffisamment sur la vitamine A alors que la nutrition est une composante fondamentale du Paquet Minimum d'Activité (PMA) au niveau des centres de santé. Il serait pour ce faire intéressant d'évaluer le niveau de connaissance et mise en œuvre du Paquet Minimum d'Activité par les agents de santé.

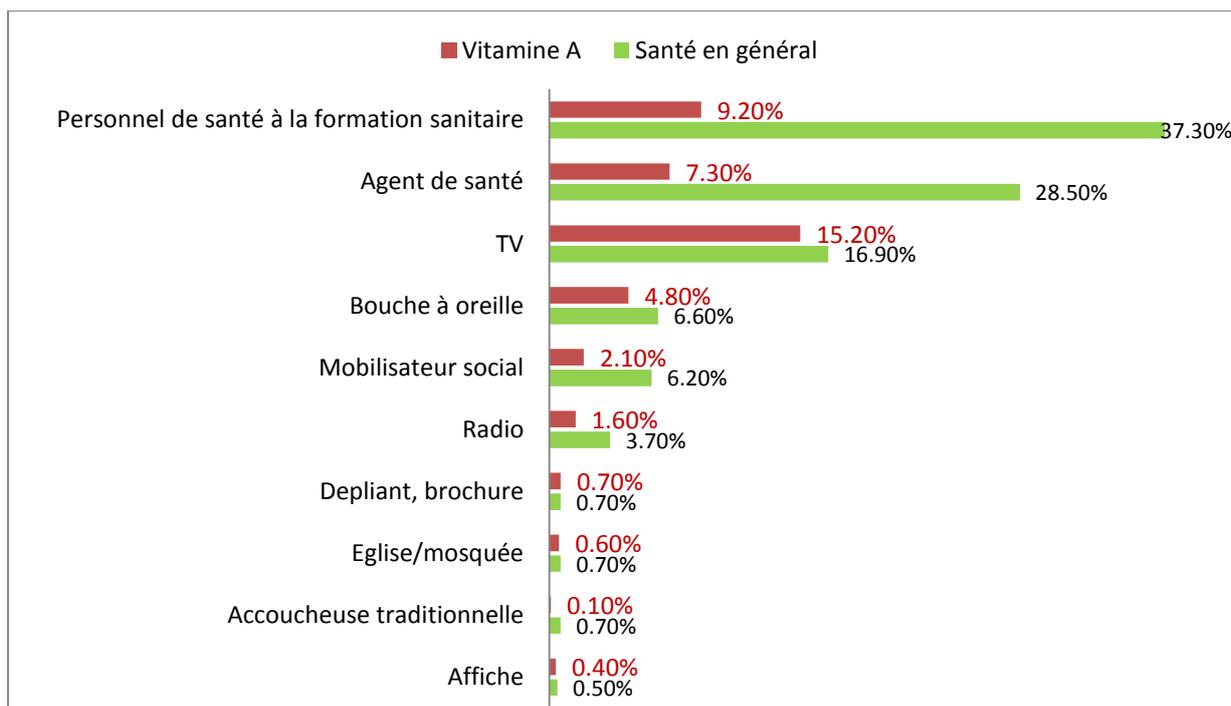


Figure 9 : Comparaison entre les sources d'information des ménages sur la vitamine A et les sources d'information sur la santé en général

4.3.2.3. Connaissance des bienfaits de la vitamine A

La vitamine A peut prévenir des affections cécitantes, améliore la prévention contre les maladies des enfants, favorise la croissance de l'enfant et réduit le taux de mortalité infantile. Au cours de l'enquête, lorsqu'une personne déclare avoir entendu parler de la vitamine A, l'on a recherché systématiquement la connaissance des bienfaits. Il ressort du tableau 22 que la plupart des enquêtés ne connaissent pas suffisamment les bienfaits de la vitamine A et ce quelque soit le niveau socio-économique et culturel. En effet, 15,5% des personnes en charge des enfants de moins de 5 ans ont affirmé que la vitamine A favorise la croissance, 12,8% ont déclaré qu'elle améliore l'immunité contre les maladies de l'enfant ; 2,3% ont fait allusion à la prévention de la cécité et seulement 0,5% savent que la vitamine A réduit le risque de décès des enfants.

Comme la connaissance générale de la vitamine A, le niveau d'étude élevé augmente le niveau de connaissance des bienfaits de la vitamine A.

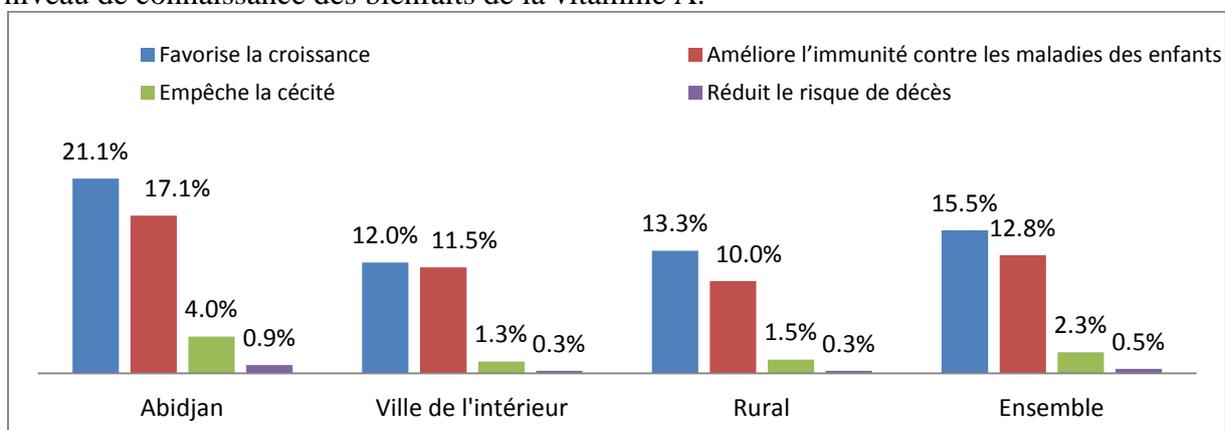


Figure 10 : Connaissance des bienfaits de la vitamine A par les ménages selon le type de communauté

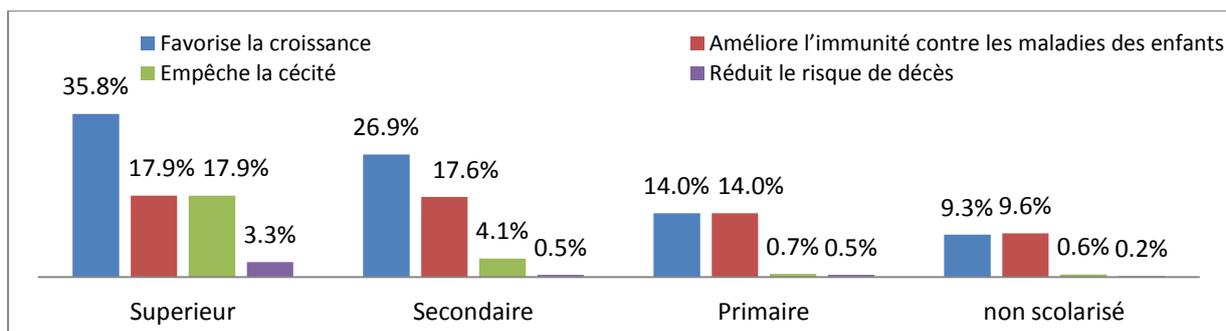


Figure 11 : Connaissance des bienfaits de la vitamine A par les ménages selon le niveau d'étude de la personne en charge de l'enfant

4.3.2.4. Connaissance des sources alimentaires de la vitamine A

Il existe plusieurs sources alimentaires de la vitamine A. Pendant l'enquête, lorsqu'une personne a déclaré avoir entendu parler de la vitamine A, l'on a également recherché systématiquement les sources alimentaire qu'elle connaît. Il ressort du tableau 23 que la plupart des enquêtés ne connaissent pas suffisamment les sources alimentaires de la vitamine A, et ce quelque soit le niveau socio-économique et culturel. Les sources alimentaires de la vitamine A les plus citées par les mères et les personnes en charge des enfants de moins sont le poisson (9,7%), les fruits oranges (mangues, papaye, néré) (5,9%) ; les produits laitiers (lait, yaourt) (4,7%), les légumes à feuilles vertes (4,7%) et le jeune d'œuf (4,6%). Le foie (0,2%), l'huile de palme rouge (0,8%), les aliments fortifiés (2,5%) et les légumes orange (carotte, patate douce) (3%) ne sont pas très connus, malgré ils représentent les sources les plus efficaces.

Comme pour la connaissance générale de la vitamine A, le niveau de connaissance des sources alimentaires de la vitamine A augmente avec le niveau d'étude.

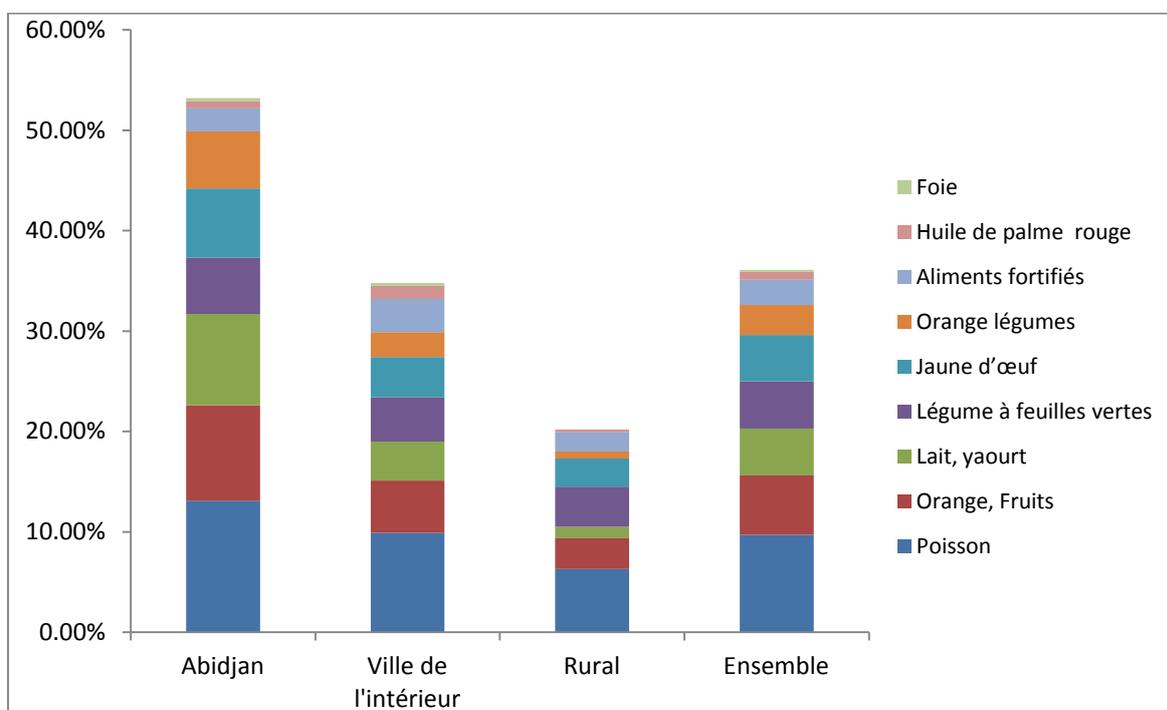


Figure 12 : Connaissance des sources alimentaires de vitamine A par les ménages par type de communauté

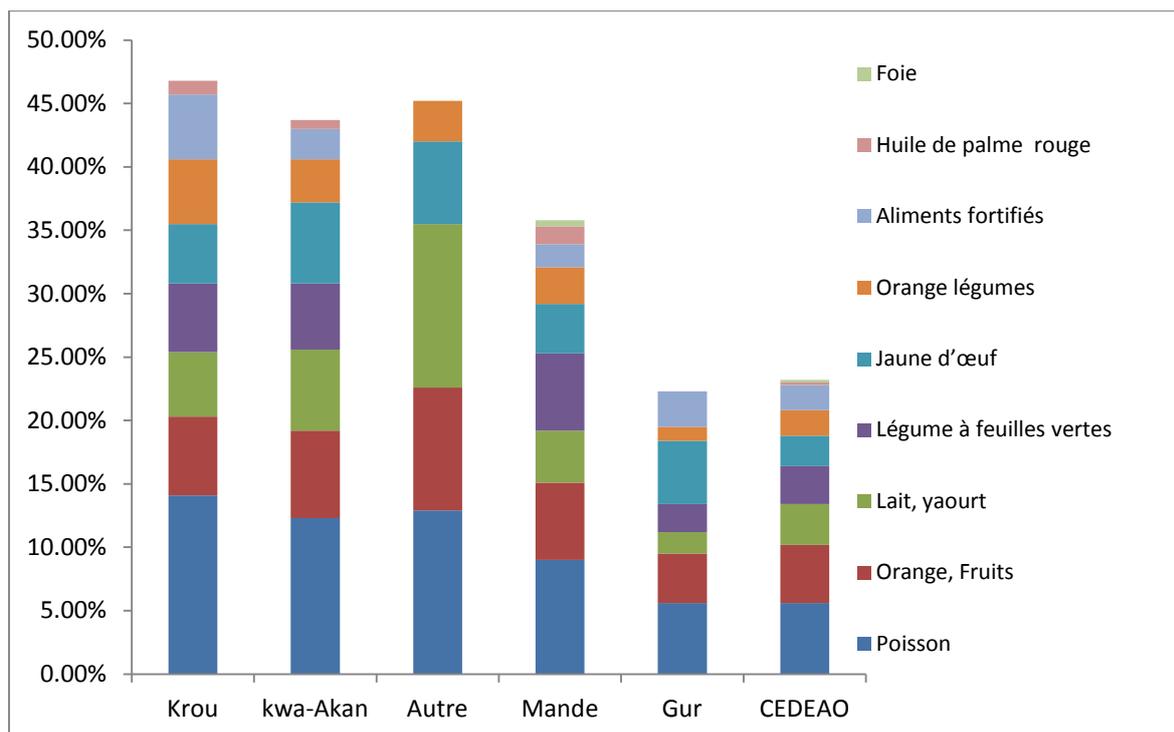


Figure 13 : Connaissance des sources alimentaires de la vitamine A par les ménages selon le groupe ethnique ou la nationalité de la personne en charge de l'enfant

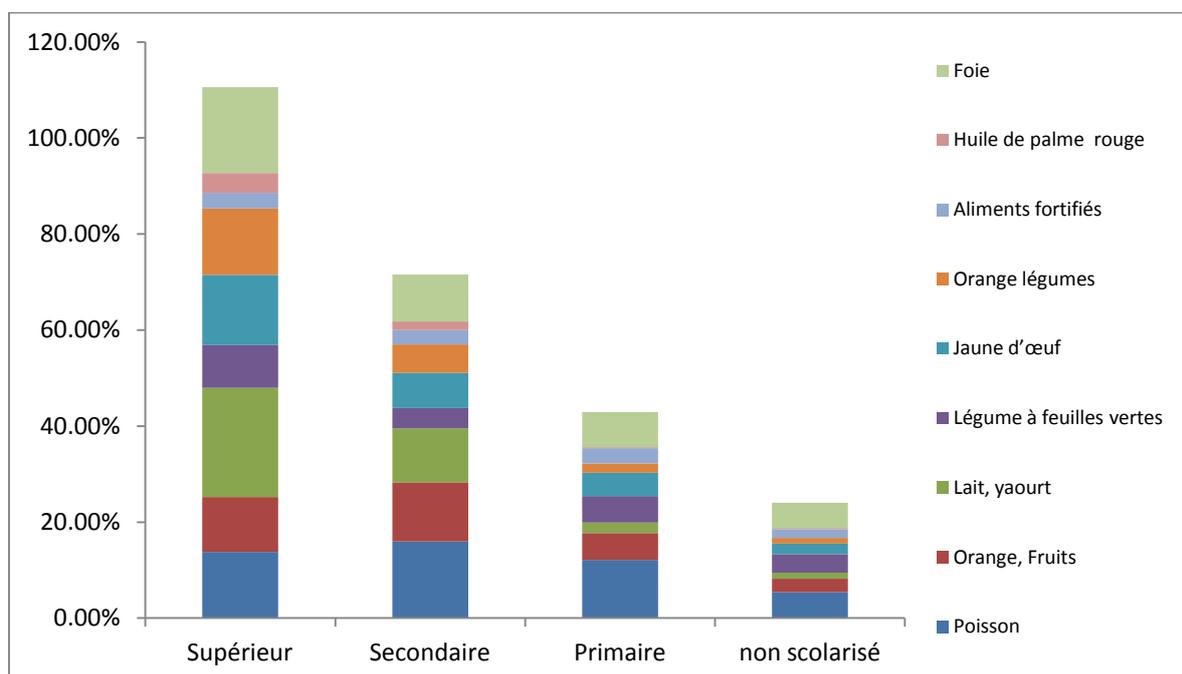


Figure 14 : Connaissance des sources alimentaires de la vitamine A par les ménages selon le niveau d'étude de la personne en charge de l'enfant

4.3.2.5. Connaissance des directives de supplémentation en vitamine A

La supplémentation en vitamine A est faite lorsque l'enfant a six mois et se fait avec une fréquence de 6 mois, soit deux fois par an. Les mères et les personnes en charge des enfants de 6-59 mois ne connaissent pas suffisamment l'âge et la fréquence de la supplémentation en

vitamine A dans l'ensemble. En effet, sur dix (10) personnes enquêtées, seulement six (06) savent qu'il faut supplémenter l'enfant en vitamine A dès l'âge de 6 mois et trois (03) savent que la supplémentation des enfants doit se faire tous les 6 mois. Cette faible connaissance de la supplémentation montre que les agents de santé et les agents mobilisateurs ne communiquent pas suffisamment avec les mères ou les personnes en charge pendant la campagne de distribution. La connaissance de la supplémentation en vitamine A est encore plus faible en milieu rural et chez les non-scolarisés.

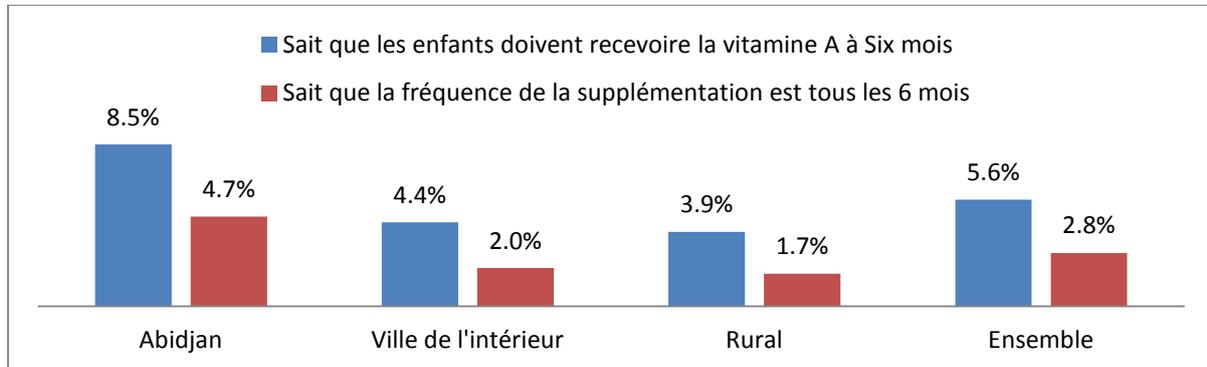


Figure 15 : Connaissance de l'âge et la fréquence de la supplémentation en vitamine A par la personne en charge de l'enfant selon le type de communauté

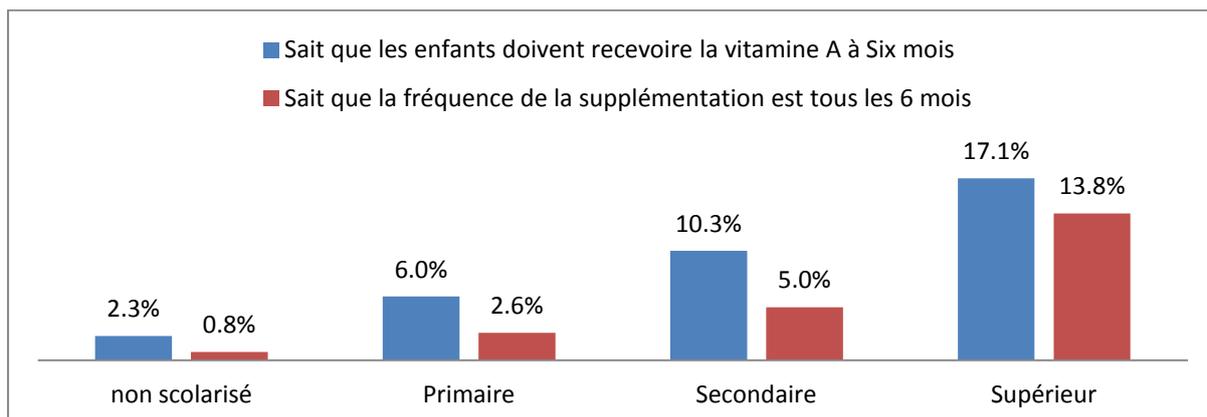


Figure 16 : Connaissance de l'âge et la fréquence de la supplémentation en vitamine A par la personne en charge de l'enfant selon le niveau d'étude

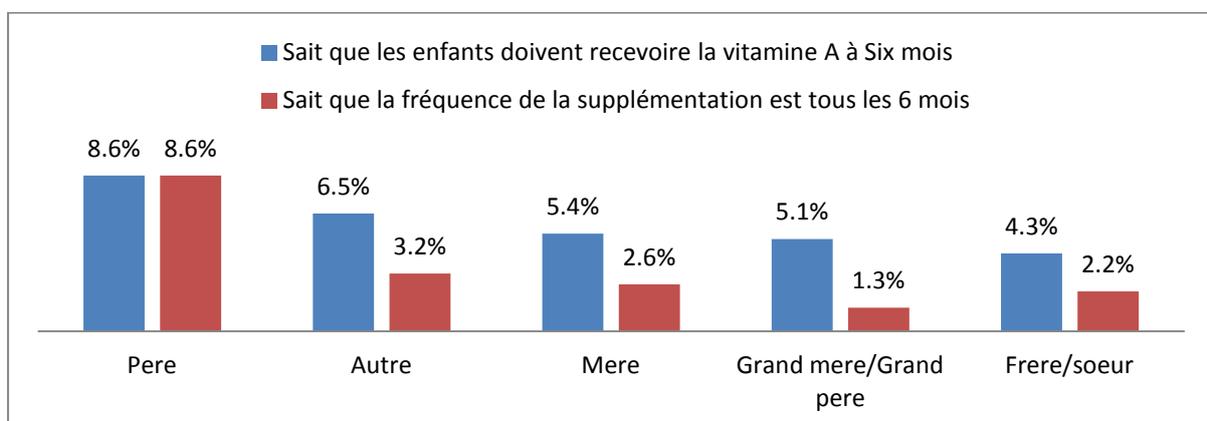


Figure 17 : Connaissance de l'âge et la fréquence de la supplémentation en vitamine A par la personne en charge de l'enfant selon sa relation avec l'enfant

4.4. CONNAISSANCE SUR LA VITAMINE A PAR LES LEADERS COMMUNAUTAIRES ET LES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

4.4.1. Connaissance des leaders communautaires sur la vitamine A

4.4.1.1. Sources d'information des leaders communautaire sur la vitamine A

Les principales sources d'information des leaders communautaires sur la vitamine A sont les professionnels de santé (35,6%) , le bouche à oreille (35,6%) et la télévision (20,7%). Les leaders communautaires des villages sont plus informés par les agents de santé (65,5%), et ceux d'Abidjan par la télévision (34,5%). Cette situation montre que les leaders communautaires du milieu rural sont plus impliqués dans la gestion des établissements sanitaires par rapport à ceux qui sont au niveau des villes. Les ONG ne contribuent pas suffisamment à l'information sur la vitamine A (1,1%), surtout en dehors d'Abidjan.

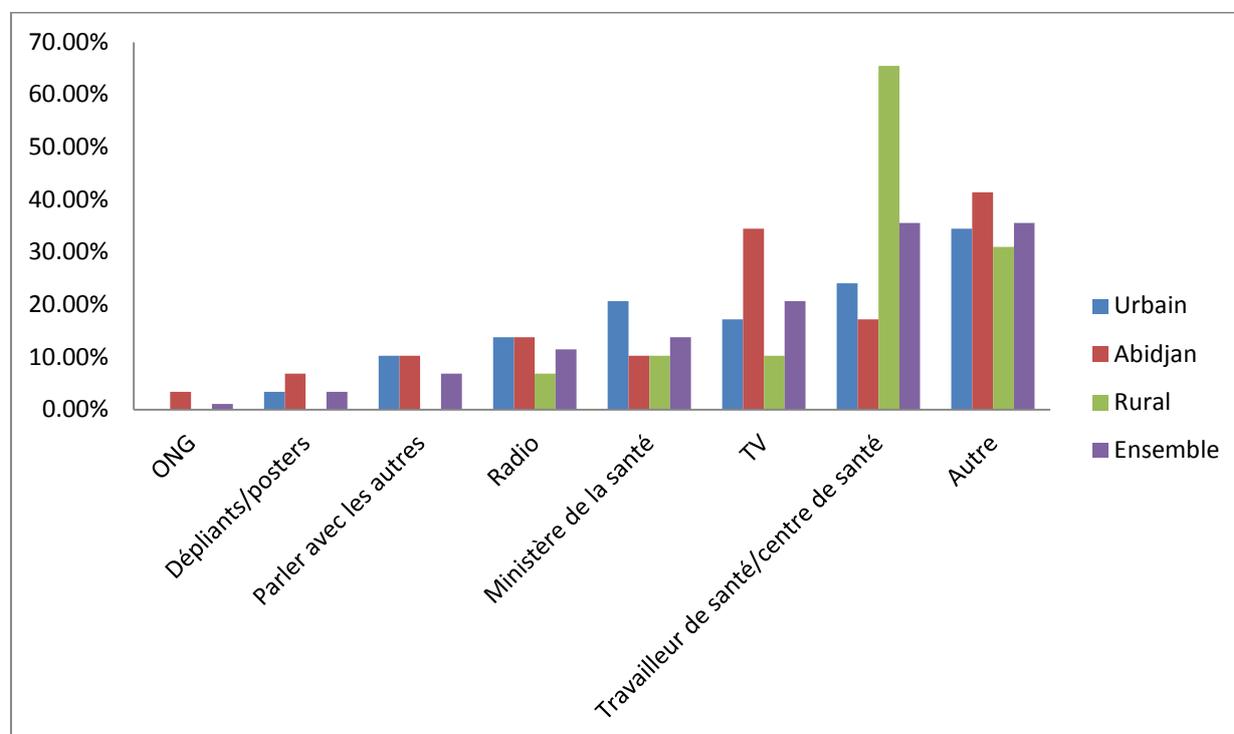


Figure 18 : Source d'information des leaders communautaires sur la vitamine A selon le type de communauté

4.4.1.2. Connaissance des bienfaits de la vitamine A par les leaders communautaires

Sur dix (10) leaders communautaires enquêtés, trois (03) connaissent les bienfaits de la vitamine A (69%). Cette proportion est plus faible à Abidjan (62,1%) par rapport aux villes de l'intérieur (75,9%) et le milieu rural (69%). D'une manière générale, (i) 52,9% des leaders communautaires savent que la vitamine A améliore la santé de l'enfant, soit 62,1% dans les villes de l'intérieur, et 48,3% à Abidjan et au milieu rural ; (ii) 19,5% savent que la vitamine A prévient la maladie chez l'enfant, (24,1% dans les villes de l'intérieur, 20,7% à Abidjan et 13,8% en milieu rural). La prévention de la cécité par la vitamine A n'est pas très connue par les leaders communautaires (6,9%). La réduction du risque de décès n'est pas vraiment connue, spécialement en milieu rural, avec seulement 2,3% en moyenne au niveau national.

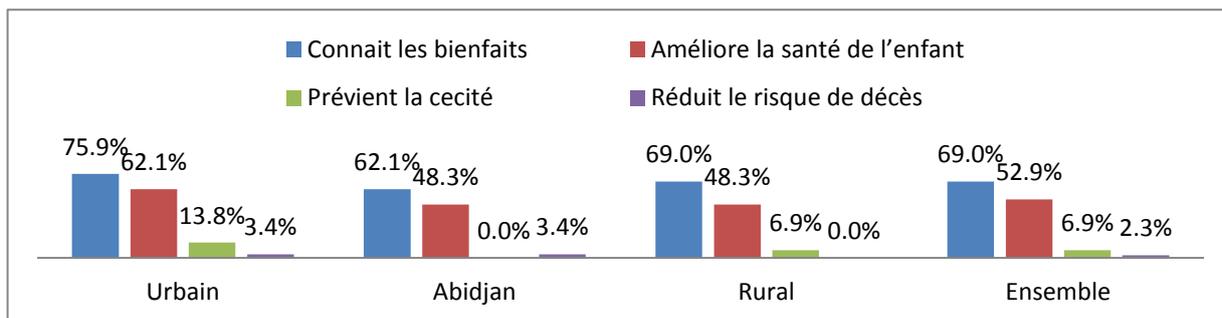


Figure 19 : Connaissance des leaders communautaires sur les bienfaits de la vitamine A selon le type de communauté

4.4.1.3. Connaissance des sources alimentaires de la vitamine A par les leaders communautaires

Sur dix (10) leaders communautaires enquêtés, six (06) connaissent au moins une source alimentaire de la vitamine A (59,8%). Cette proportion varie de 51,7% (milieu rural) à 65,5% (villes de l'intérieur).



Figure 20 : proportion des leaders communautaires connaissant au moins une source alimentaire de la vitamine A selon le type de communauté

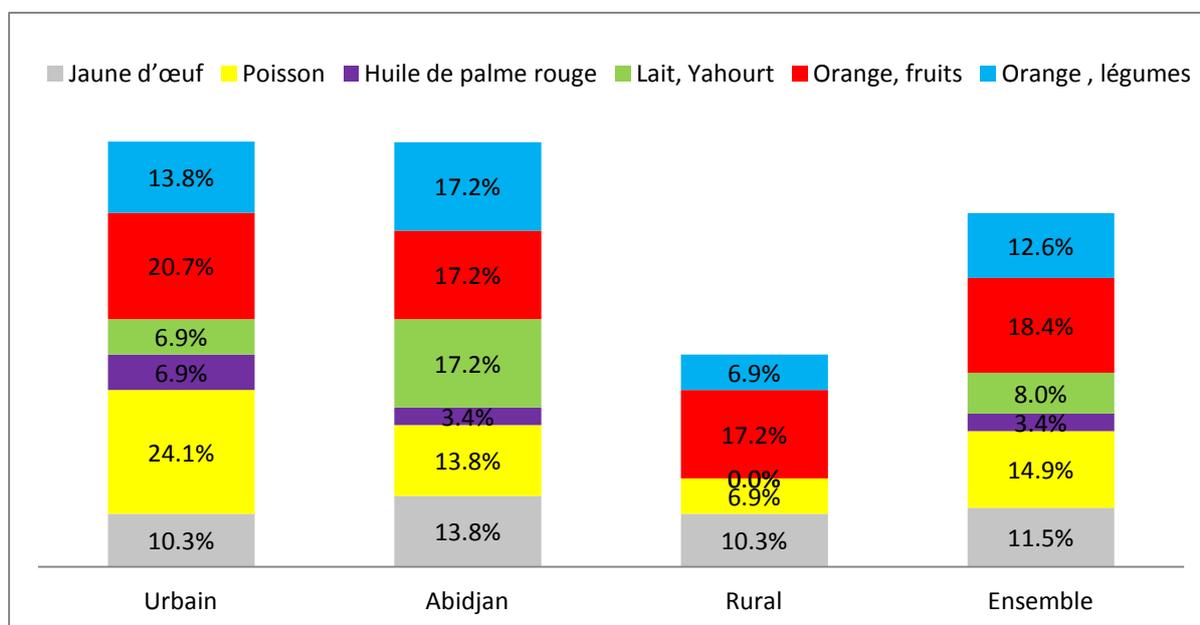


Figure 21 : Connaissance des sources alimentaire de la vitamine A par les leaders communautaires selon le type de communauté

4.4.1.4. Connaissance des groupes cibles pour la supplémentation en vitamine A

Les leaders communautaires n'ont pas une bonne connaissance des groupes cible de la supplémentation en vitamine A, seulement 21,8% ont cité les enfants de 06-59 mois.

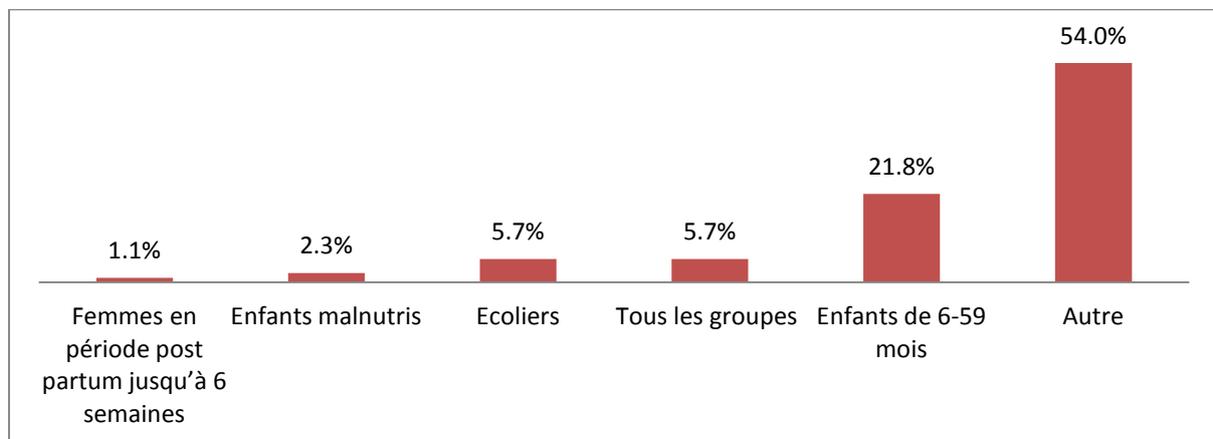


Figure 22 : Connaissance des populations cibles de la supplémentation en vitamine A

4.4.2. Connaissance des agents de santé communautaires ou des bénévoles sur la vitamine A

D'une manière générale, 50,6% des ASC / bénévoles savent que la vitamine A favorise la croissance et le développement de l'enfant ; 49,4% savent que la vitamine A empêche la cécité, 43% savent que la vitamine A prévient les maladies. Seulement 2,5% pensent que la vitamine A permet de réduire le risque de décès des enfants. Les ASC n'ont pas une bonne connaissance du rythme de la supplémentation en vitamine A. En effet, sur trois ASC enquêtés, un seul sait que la supplémentation en vitamine A est faite tous les 6 mois. Pour améliorer l'apport en vitamine A, les ASC pensent qu'il faut promouvoir la consommation des aliments riches en vitamine A (43%), faire la supplémentation en vitamine A (26,6%), réaliser la fortification des aliments (5,1%) et promouvoir l'allaitement maternel (3,8%).

Les données ci-dessus montrent que les ASC ou les bénévoles n'ont pas une bonne connaissance sur la vitamine A.

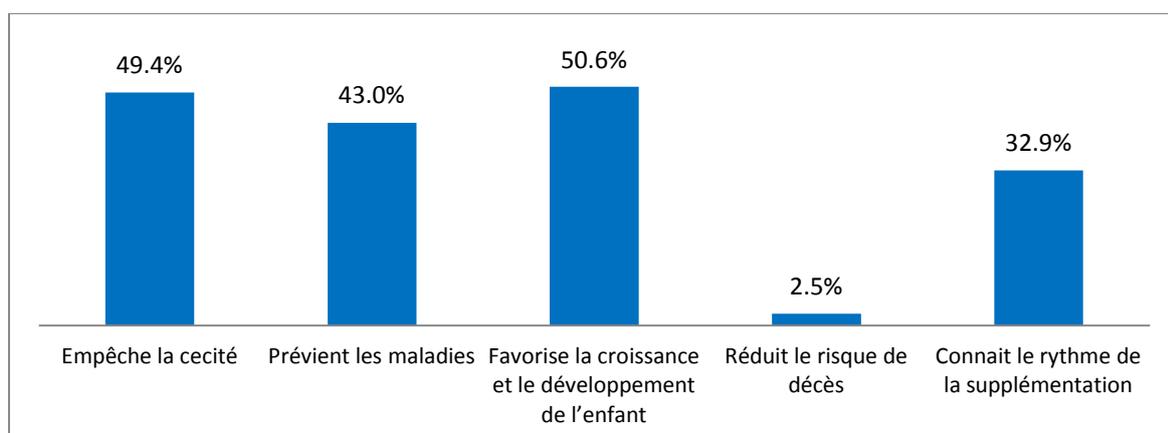


Figure 23 : Connaissance des bienfaits de la vitamine A et le rythme de la supplémentation des enfants par les agents de santé communautaires/bénévoles

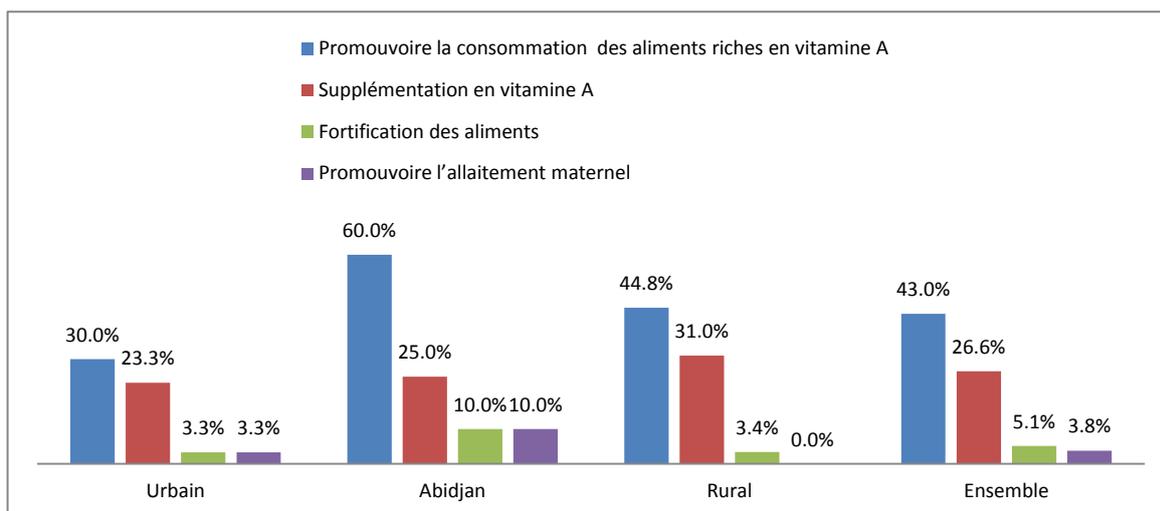


Figure 24 : Connaissance des stratégies pour améliorer l'apport en vitamine A selon les ASC ou bénévoles au niveau communautaire par type de communauté

4.5. CONNAISSANCE SUR LA VITAMINE A PAR LES PERSONNELS DE SANTÉ

La connaissance des professionnels de la santé a été prise en compte dans l'enquête. Il s'agissait d'évaluer leur connaissance sur les bienfaits de la vitamine A, les sources alimentaires de la vitamine A, l'âge de la première dose de la vitamine A, la fréquence d'administration par an, les groupes cibles de la supplémentation en vitamine A, le dosage de la vitamine A pour les 6-11 mois et celui des 12-59 mois et le dosage de la vitamine A pour les femmes en période post-partum. Le tableau ci-dessous présente les principaux résultats par type de communauté.

4.5.1. Connaissance des bienfaits et des sources alimentaires de la vitamine A par les professionnels de la santé

D'une manière générale la quasi-totalité (97,2%) des professionnels de la santé enquêtés connaît au moins un bienfait de la vitamine A. Cette proportion est de 100% pour les agents de santé qui exercent en milieu rural, 96,6% pour ceux qui exercent dans les villes de l'intérieur et 96% pour ceux qui exercent à Abidjan. Les bienfaits de la vitamine A les plus cités par les professionnels de la santé relèvent la prévention de la cécité (80,2%), l'amélioration de la croissance et le développement de l'enfant (60,5%) la prévention des maladies (42,0%). La grande majorité des professionnels de la santé ne connaissent pas que la vitamine A réduit le risque de façon très significative le risque de décès chez les enfants (2,5%).

Au total, 90,1% des professionnels de la santé connaît au moins une source alimentaire de la vitamine A (93,1% au niveau des villes de l'intérieur, 88,9% en milieu rural et 88% à Abidjan). Les sources alimentaires les plus citées sont les légumes orange (50,6%), les fruits orange (37%), le jaune d'œuf (23,5%), les produits laitiers (18,5%), l'huile de palme rouge (18,5%) et le poisson (14,8%). Le foie a été cité que par seulement 6,2% de professionnels de la santé.

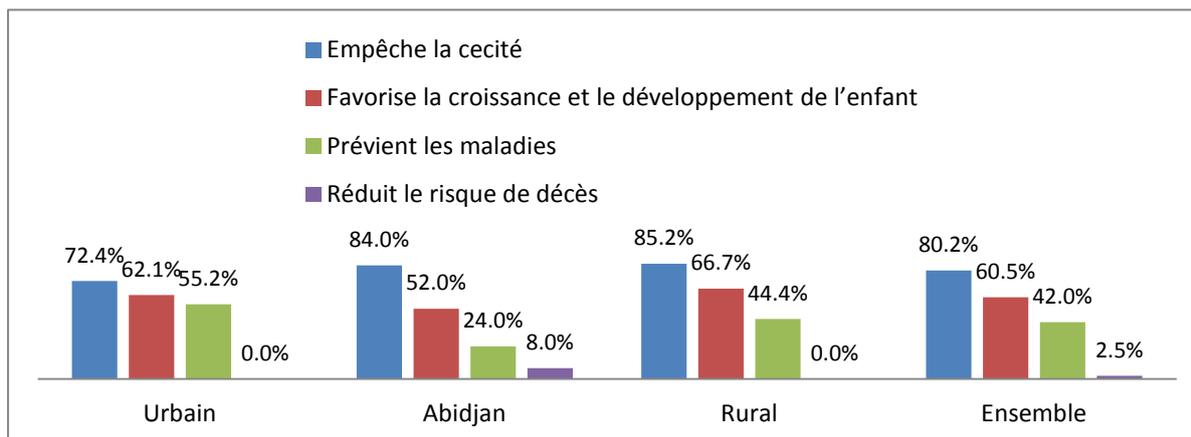


Figure 25 : Connaissance des bienfaits de la vitamine A par les professionnels de la santé selon le type de communauté où ils exercent

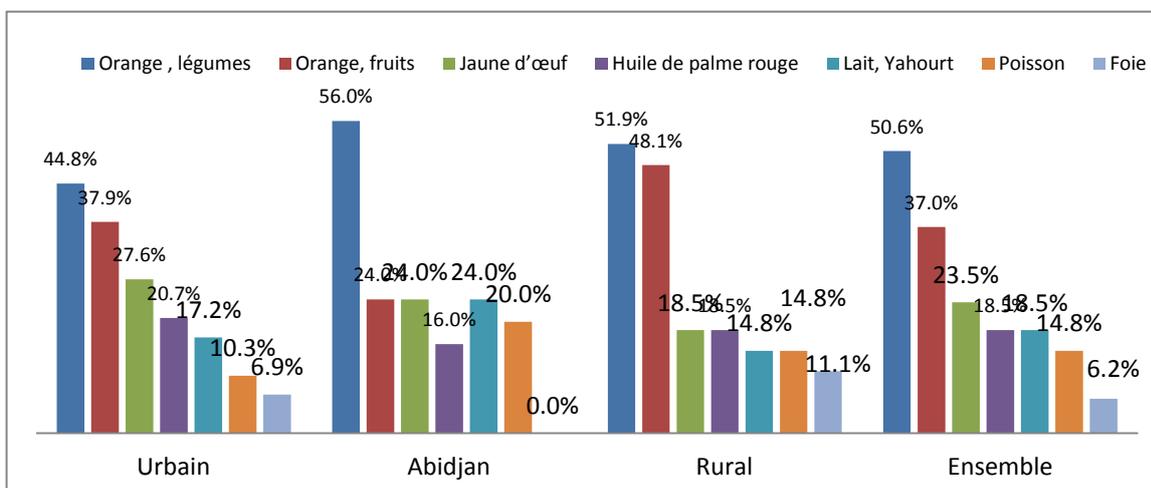


Figure 26 : Connaissance des sources alimentaires de la vitamine A par les professionnels de la santé selon le type de communauté où ils exercent

4.5.2. Connaissance des professionnels de la santé sur les directives de la supplémentation en vitamine A

D'une manière générale, 85,2% des professionnels de la santé savent que la supplémentation en vitamine A concerne les enfants de 6-59 mois (3% pour ceux qui exercent en milieu rural, 89,7% dans les villes de l'intérieur et 68,0% à Abidjan).

Concernant l'âge de début de la supplémentation, 77,8% des professionnels de la santé enquêtés savent que la supplémentation en vitamine A se fait à l'âge de 6 mois. Cette proportion est de 100% au niveau rural, 79,3% dans les villes de l'intérieur, mais seulement 52% au niveau d'Abidjan.

Au niveau de la fréquence d'administration annuelle de la vitamine A pour les enfants de 6-59 mois, 74,1% des professionnels de la santé savent qu'il est de deux fois /an, (88,9% en milieu rural, 75% dans les villes de l'intérieur et 56% à Abidjan). Concernant le dosage de la vitamine A, 87,7% des professionnels de la santé savent le dosage de 6-11 mois est de 100 000 UI (Rural : 100%, Urbain : 93,1%, Abidjan : 68%) et 86,4% savent que le dosage pour les 12-59 mois est de 200 000 UI (rural : 100%, Urbain : 89,7%, Abidjan : 68%). Les

écarts observés font-ils penser que les centres de santé ruraux ont une meilleure connaissance de la supplémentation en vitamine A ?

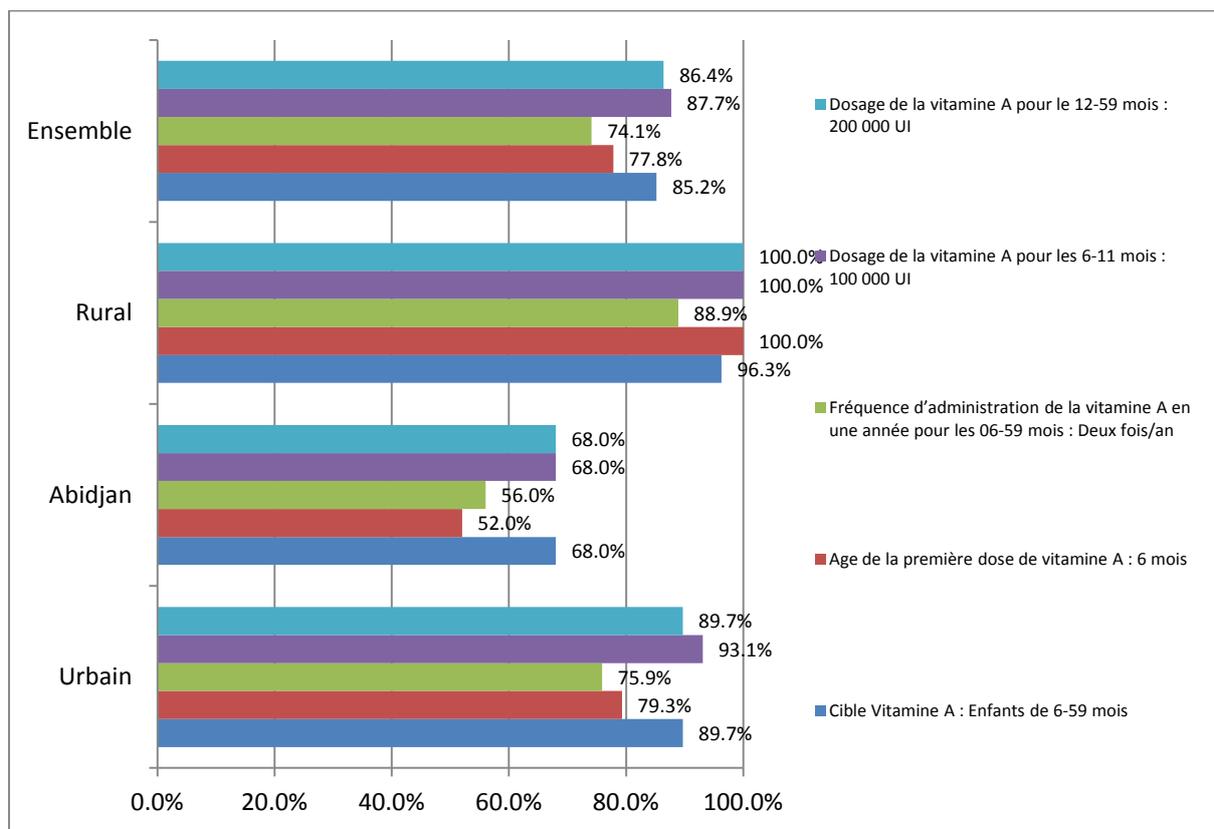


Figure 27 : Connaissance de la supplémentation en vitamine A par les professionnels de la santé

4.6. PREPARATION ET DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA CAMPAGNE

4.6.1. Planification de la campagne

La planification de la campagne a été réalisée en suivant le guide de l'OMS/AFRO adapté au contexte de la Côte d'Ivoire. C'est ainsi qu'un plan national a été élaboré. Au niveau opérationnel, chaque district sanitaire a élaboré son micro-plan comportant le nom des localités, villages, campements, des distances, des données démographiques, les quantités de vaccins et matériel de vaccination, les quantités de capsules de vitamine A, les déparasitant,

Verbatim 1 : (District Adjamé-Plateau)

« Il n'y a pas de micro-planification spéciale pour la vitamine A. Ceux qui font la campagne pour les déparasitant et la polio font aussi pour la vitamine A. »

Verbatim 2 : (District Dimbokro)

« Les micro-plans de la campagne a été élaboré avec tous les infirmiers des aires sanitaires, le Directeur départemental et une équipe qui est venue de la DCPEV. »

les stratégies de vaccination, le personnel, les coûts opérationnels et le carburant. Autrement dit, il s'agit des micro-plan intégrés. Si le personnel de santé est habitué à l'estimation des doses de VPO, il a été parfois difficile de faire les estimations de besoins en ce qui concerne la vitamine A parce que certains

centres de santé ne font pas la supplémentation de routine. Selon le tableau ci-dessous, les estimations sont faites au niveau du district sur la base des populations à couvrir (72,8%).

Tableau 7 : Méthodes d'estimation des besoins en capsules de vitamine A par les professionnels de santé

Méthode	Urbain (n =29)	Abidjan (n =25)	Rural (n=27)	Ensemble (n=81)
Estimation au niveau national à partir du RGPH	3,4%	16,0%	3,7%	7,4%
Estimation au niveau du district en tenant compte des populations cibles à couvrir	82,8%	48,0%	85,2%	72,8%
Notre propre estimation transmise au district	6,9%	20,0%	11,1%	12,3%

4.6.2. Communication et mobilisation sociale

Les bonnes pratiques recommandées en matière de mobilisation sociale sont : (i) l'implication des chefs de village et leaders communautaires (religieux, coutumiers, associations, enseignants) dans l'organisation et la mise en œuvre des campagnes, (ii) l'implication des élèves pour la mobilisation des enfants à vacciner (information des parents) dans les districts sanitaires et (iii) l'implication des ONG pour la sensibilisation et l'information des parents dans les districts sanitaires. Autrement dit, la mobilisation sociale réussie nécessite la mise en œuvre de la multisectorialité par l'implication d'autres secteurs de développement tels que le personnel de l'Agence Nationale de Développement Rural (ANADER) et les autorités de l'éducation nationale à travers les Directions régionales de l'Education National (DREN).

Verbatim 3 : (District Séguéla)

« Nous mobilisons par le biais des chefs communautaires, des chefs religieux et des associations des femmes car, ici, il n'y a pas de radio locale. »

La stratégie de mobilisation communautaire a consisté en une implication active des autorités administratives et communautaires à travers des réunions d'information de proximité, une collaboration avec les animateurs en langues nationales et les animateurs des radios de proximité à travers des émissions spéciales, une collaboration avec les ONG santé dans certains districts. Les supports utilisés sont des imprimés (affiches murales, dépliants) et audiovisuels (spots radio et télé).

Verbatim 4 : (District San Pédro)

« Nous avons un point focal qui a un plan média au niveau de la radio et qui fait des interventions de mobilisation dans nos langues. »

L'enquête a montré que 77% des leaders communautaires rencontrés ont été impliqués à l'organisation de la campagne (Abidjan : 44,8% ; Rural : 89,7% ; Autres urbain : 96,6%) avec une plus faible proportion à Abidjan. Concernant les agents de santé communautaires ou les bénévoles, 57% ont été impliqués à la sensibilisation de la population (Abidjan : 40% , Autres villes : 50%, Rural : 75,9%).

4.6.3. Gestion de la logistique

La qualité de la gestion logistique est évaluée à travers les difficultés d'approvisionnement et les ruptures de stock de capsules de vitamine A. Selon les ASC/bénévoles, le conditionnement pour le transport des capsules de vitamine A est fait en utilisant des boites de reconditionnement (83,5%), les sachets (6,3%) et autres (10,1%). Dans 19% des cas, les ASC/bénévoles ont déclaré certains problèmes d'approvisionnements. Il s'agit de l'insuffisance de capsules bleues (8,9%) et de capsules rouges (6,3%). 29,1% des ASC ont déclaré des ruptures de stocks (Rural : 31% ; Abidjan : 20% ; Autres villes : 33,3%). La sous-estimation des besoins en capsules de vitamine A (7,6%) est la principale

Verbatim 5 : (District Anyama)

« Les déparasitant et la vitamine A étaient insuffisants ; concernant la logistique, il n'y avait pas de T-shirt et les badges ont été mal faits parce qu'on identifiait difficilement les personnes là-dessus. »

raison de rupture de stocks.

Selon 12,3% des professionnels de la santé, il y a eu des problèmes d'approvisionnement en vitamine A. Il s'agit de l'insuffisance de capsules bleues (6,2%), l'insuffisance de capsules rouges (4,9%), livraison tardive des capsules (2,5%) et le manque de boîte de reconditionnement (1,2%). Les ruptures de stocks ont été reportées par 30,9% des agents de santé.

4.6.4. Pratique de la distribution des capsules de vitamine A

L'évaluation des bonnes pratiques de la distribution de la vitamine A est faite à travers la méthode d'évaluation de l'âge de l'enfant, la méthode d'administration de la vitamine A, l'attitude des agents en cas de rupture de stocks et le mode d'utilisation des 200 000 UI pour les enfants de 6-11 mois en cas de rupture des capsules bleues.

Pour l'évaluation de l'âge de l'enfant, 34,6% des agents de santé ont recours à l'acte de naissance ou le carnet de l'enfant, 7,4% des agents de santé se réfèrent au développement psychomoteur de l'enfant et 69,1% se réfèrent aux dires de la mère ou la personne en charge de l'enfant. La non disponibilité de carnet de santé pour nombreux enfants pourrait être un facteur de biais dans l'évaluation de l'âge. Concernant l'administration de la vitamine A, 76,5% des professionnels de la santé ont une bonne connaissance de la méthode, c'est-à-dire *découper la capsule avec des ciseaux et la presser dans la bouche de l'enfant* (Rural : 92,6% ; Urbain : 82,8% ; Abidjan : 52,0%). En cas de rupture des capsules de 100 000UI, seulement 22,8% des ASC/bénévoles savent qu'il faut donner 3 gouttes des capsules bleues de 200 000UI.

4.6.5. Supervision, monitoring et évaluation de la campagne

La supervision et le monitoring rapide ont permis de cibler les difficultés rencontrées par les équipes sur le terrain et de trouver les solutions lors des réunions de synthèse tenues chaque soir. Les entretiens organisés auprès des équipes de districts ont montré que ces derniers ont souvent rencontré des difficultés dans la mise en œuvre de la supervision. Les difficultés liées à la supervision sont (i) d'ordre logistique, à savoir un manque de motos et de véhicules ; (ii) l'état des routes impraticables notamment pendant la saison des pluies. Concernant l'évaluation de la campagne, nous notons que les leaders communautaires sont moins impliqués. En effet, parmi les leaders enquêtés, 77% ont participé à la campagne mais c'est seulement 8% qui ont reçu les résultats officiels de la campagne de leur zone d'intervention (17,2% en milieu rural, 6,9% dans les villes et 0% à Abidjan). Aussi, les résultats de la campagne ne sont pas souvent disponibles dans les établissements sanitaires. En effet, le rapport de la campagne est disponible et vu par les enquêteurs dans 25,9% des centres de santé visités (Rural : 40,7% ; villes intérieur : 27,6% ; Abidjan : 8,0%).

Verbatim 6 : (District Gagnoa)

« Après chaque journée de supervision on fait une synthèse qui nous permet de déceler les problèmes. Chaque matin, avant que les vaccinateurs n'aillent sur le terrain, les superviseurs de proximité doivent faire un briefing pour améliorer. Au niveau de la ville, il y a eu des aménagements pour couvrir tous les quartiers, pour atteindre tous les enfants. »

4.6.6. Perception de l'efficacité de la campagne par les leaders communautaires et les bénévoles

Les leaders communautaires ont des avis partagés sur la question de l'efficacité de la campagne de vaccination. 77% parmi eux ont été satisfaits de l'organisation de la campagne

(Abidjan : 51,7%, villes de l'intérieur : 89,7% ; rural : 93,1%). Cette perception est en corrélation avec le degré d'implication. Plus les leaders sont impliqués dans l'organisation, plus ils sont satisfaits du déroulement. Une partie des leaders communautaires (23%) ne sont pas satisfaits de l'organisation de la campagne, et généralement il s'agit de ceux qui n'ont pas été sollicités lors de la campagne. Dans ce groupe, on note en majorité les leaders communautaires à Abidjan qui reprochent aux responsables de districts de recruter des jeunes hors des quartiers pour venir faire la mobilisation et la distribution des produits de la campagne, ce qui fait que certains parents refusent l'accès aux ménages. Pour mieux réussir la campagne, les leaders communautaires souhaitent la sensibilisation et l'implication des leaders des quartiers et l'utilisation des volontaires originaires des quartiers. Aussi pour les ASC et les volontaires, il faut améliorer la sensibilisation des chefs de communautés et de ménages (32,9%), assurer un approvisionnement adéquat en capsules (22,8%) et renforcer la campagne de sensibilisation médiatique (15,2%).

4.6.7. Perception de l'efficacité de la campagne par les agents de santé

Sur dix (10) agents de santé enquêtés, sept (7) sont satisfaits de l'organisation de la campagne parce qu'elle s'est déroulée conformément à la planification du district. Ce taux de satisfaction est plus élevé en milieu rural (85,2%) qu'en milieu urbain (75,9%), et très faible à Abidjan (48,0%). Le faible taux d'Abidjan est lié au fait que les établissements sanitaires n'ont pas été fortement impliqués comme dans les autres régions. Pour améliorer l'efficacité des prochaines campagnes, les agents de santé souhaitent :

- (i) l'approvisionnement suffisant et prompt en vitamine A,
- (ii) l'organisation de formation régulière des agents de santé sur la supplémentation en vitamine A,
- (iii) l'amélioration de la coordination entre la communauté et les personnels de santé,
- (iv) l'amélioration des motivations des bénévoles.

4.6.8. Perception de l'efficacité de la campagne par les équipes cadres des districts

Invités à se prononcer sur l'atteinte des résultats, les équipes cadres de districts ont des avis partagés sur la combinaison de la distribution de la vitamine A et la vaccination contre la

Verbatim 7 : (District Gagnoa)

« Cette intégration apparaît aussi comme atout parce que les gens ont tendance à refuser le vaccin de la polio à cause de sa fréquence. Alors, le fait d'ajouter un nouvel élément cela motive les parents. »

poliomyélite. Un premier groupe pense que l'intégration permet d'avoir une campagne plus efficace parce que le coût par enfant supplémenté ou vacciné est réduit et donc permet de faire des économies d'échelle. Aussi, le fait d'ajouter d'autres produits (déparasitants et vitamine A) motive plus les parents parce que certains se sentent de plus en plus lassés par les campagnes répétitives contre la poliomyélite. Un autre groupe de districts pense que l'intégration ne permet pas aux équipes de terrain d'avancer correctement. Cette situation s'explique par le fait qu'il existe des équipes où une seule personne fait plusieurs tâches. Selon les agents de santé les agents de santé interrogés les équipes de vaccinateurs n'auraient pas eu toutes la même composition (« trois personnes » ou « quatre personnes »).

4.7. CONDUITE DE LA SUPPLÉMENTATION DE ROUTINE EN VITAMINE A PAR LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES

La conduite des activités de supplémentation de routine est effective dans l'ensemble des établissements sanitaires de premiers contacts. L'enquête auprès des agents de santé a montré

qu'environ la moitié mène cette activité (Rural : 55,6% ; villes de l'intérieur : 44,8%, Abidjan : 64%). Les entretiens avec les équipes de district ont confirmé cette situation. Par contre, dans certains districts la supplémentation en routine a été abandonnée au profit des campagnes parce qu'ils ne sont pas approvisionnés en capsules de vitamine A en dehors des campagnes. Ceux qui le font ont exprimé des difficultés sur la dotation des dose de 100 000 UI.

Verbatim 8 : (District Gagnoa)

Les activités de supplémentation de routine en vitamine A sont menées dans le district. Mais malheureusement tous les centres de sante n'ont pas intégré véritablement cette activité »

Si les activités de supplémentation en vitamine A sont menées en routine, nous notons une insuffisance au niveau de la collecte des données, qui n'est pas systématique. A entendre les responsables CSE des districts, il semble qu'il n'existe pas de directives claires en matière de collecte, de gestion et d'analyse des données sur la vitamine A. Les districts ont également reconnu que les données de la campagne devrait être une opportunité pour réaliser des micro-plans pour la vitamine A parce qu'elles permettront de faire une bonne évaluation des besoins en capsules de vitamine A. Par ailleurs, les informations données aux mères sur la vitamine A sont dominées par (i) la protection de l'enfant contre la cécité (60,5%), (ii) l'amélioration de l'immunité (54,3%), la croissance de l'enfant (51,9%), avec une faible allusion au rôle de la vitamine A dans la réduction de la mortalité de l'enfant (3,7%).

4.8. EFFET DE L'UTILISATION D'EPISUVEYORS POUR LA COLLECTE DES DONNEES SUR LES INDICATEURS

Conformément à la méthodologie de l'enquête, les données ont été collectées en utilisant le téléphone mobile par le biais d'EpiSurveyor. Quelle serait le niveau des indicateurs si les données avaient été collectées exclusivement par cette méthode ? Y a-t-il une adéquation entre les données collectées par remplissage des fiches et celles d'EpiSurveyor ?

Il ressort du tableau 42 que les erreurs observées par l'utilisation d'EpiSurveyor concernent l'enregistrement des dates de naissances de l'enfant (11 cas avec un taux de 0,49%), les erreurs d'enregistrement du numéro de la grappe (75 cas avec un taux de 3,34%) et les erreurs d'enregistrement sur le numéro des strates (48 cas avec un taux de 2,14%). Concernant les erreurs d'enregistrement de la date de naissance, dès le début de l'enquête certains utilisateurs d'EpiSurveyor ont enregistré la date de l'enquête en lieu et place de la date de naissance, et quelques erreurs de saisie de dates sur l'année était aussi présent (par exemple la saisie de 2014 comme année de naissance), ce qui pouvait être évitées si le programme avait mis des balises. Concernant les erreurs sur l'enregistrement du numéro de la grappe, certaines équipes ont continué avec le même numéro de grappe alors que le lieu de l'enquête a changé, et une équipe a interverti les numéros de grappes. Ce genre d'erreur peut être facilement corrigé puisque ces équipes ont enregistré correctement le lieu de l'enquête.

Concernant le numéro de la strate, certaines équipes ont commis des erreurs en confondant la strate *Abidjan* avec *Urbain* dès le début de l'enquête. Cette catégorie d'erreur peut être facilement corrigée en utilisant le numéro de la grappe. En effet les numéros des grappes sont séquentiels et uniques.

Tableau 8 : Erreurs d'enregistrement dans la base des ménages

Type d'erreurs	Fréquence	Taux (n= 2243)
Enregistrement de la date de naissance de l'enfant	11	0,49%
Enregistrement du numéro de la grappes	75	3,34%
Enregistrement des strates (type de communauté)	48	2,14%

Le tableau 9 montre que le niveau des indicateurs si l'on utilisait exclusivement la méthode EpiSurveyor dans la collecte de données. Au niveau de la taille effective de l'échantillon on aurait 2,243 enregistrements en lieu et place de 2,250, soit 7 enregistrements manquants avec un taux de perte de 0,31%. Au niveau des taux de couverture, le taux de vaccination contre la poliomyélite chez les 12-59 mois serait de 93,9% au lieu de 93,8%, soit un écart de +0.10%. Au niveau du déparasitage, le taux serait 87,7% au lieu de 87,6%, soit un écart de +0.10%. Au niveau de la vitamine A, le taux de couverture serait resté inchangé au niveau des 6-59 mois (90,5%), mais avec un écart de + 1,0% pour le 6-11 mois (89,0% au lieu de 88,0%) et de +0,1% pour les 12-59 mois (90,8% au lieu de 90,9%). Il faut souligner que les différences observées sont en effet la conséquence des données manquantes.

Tableau 9 : Comparaison des taux de couverture selon la technique de collecte de données

Caractéristiques		Collecte de données par remplissage des fiches N = 2250	Collecte de données avec téléphone mobile : EpiSurveyor N = 2243	Ecart
Vitamine A	06-59 mois	90,5%	90,5%	0
	06-11 mois	88,0%	89,0%	+ 1,0%
	12-59 mois	90,9%	90,8%	- 0,1%
Déparasitant	12-59 mois	87,6%	87,7%	+ 0,1%
VPO	12-59 mois	93,8%	93,9%	+ 0,1%

En définitif, il convient donc de noter que les données EpiSurveyor ne sont pas différentes des données de collecte par remplissage des questionnaires. Par conséquent, EpiSurveyor ou des technologies similaires pourraient valablement remplacer les questionnaires papiers lors des prochaines évaluations.

4.9. GAIN DE TEMPS INDUIT PAR L'UTILISATION DE LA METHODE EPISUVEYOR

D'une manière générale l'utilisation de la méthode EpiSurveyor permet un gain de 21% du temps de mise en œuvre de l'enquête par rapport à la méthode traditionnelle de collecte de données (remplissage des fiches).

Tableau 10 : Gain de temps lié à la méthode EpiSurveyor par rapport à la méthode d'enquête traditionnelle selon les étapes de l'enquête

Catégorie	Unité	Méthode traditionnelle	Méthode EpiSurveyor	Ecart relatif
Formation	Jours	3	3,5	17%
Collecte de données	Personnes-jours	180	180	0%
Traitement des données	Personnes-jours	65	13	-80%
Total		248	196,5	-21%

Ce gain de temps est lié au traitement des données, estimé à un gain de 80%. En principe, l'utilisation du téléphone mobile permet de réduire le temps d'interview d'au moins 30% (relevé au moment du pré-test). Néanmoins, ce gain n'a pas pu être pris en considération pendant l'enquête, car au moment de l'enquête l'enquêteur qui utilisait EpiSurveyor devait synchroniser son rythme avec l'enquêteur chargé de remplir le questionnaire en papier.

Au niveau de la formation, l'introduction d'EpiSurveyor a nécessité une formation complémentaire d'environ 3-4 heures, soit une ½ journée.

4.10. LECONS APPRISES

Les leçons apprises suivantes ont pu être identifiées.

- i. Les chiffres de populations utilisés pour la planification des campagnes sont une actualisation des chiffres du recensement de 1998, avec pour conséquence des difficultés d'estimation des populations cibles, notamment pour les 6-11 mois, à la base très souvent d'une sous-estimation ou d'une surestimation des couvertures administratives.
- ii. Tous les ménages ont bénéficié de la campagne de vaccination de façon équitable, car le taux de couverture post-campagne de la supplémentation en vitamine A n'est pas influencé par les caractéristiques économiques ou socioculturelles des ménages ;
- iii. Les acteurs communautaires sont plus impliqués dans la campagne dans les villes et villages de l'intérieur du pays, contrairement à Abidjan, où les bénévoles et agents mobilisateurs ne sont pas recrutés dans les communautés en collaboration avec les leaders communautaires. Cela résulte en une implication plus faible et une collaboration moins efficace ;
- iv. Les populations en général ont une faible connaissance de la vitamine A, de même que les agents de santé et les agents de santé communautaires, qui ont souhaité bénéficier de plus de formation sur la lutte contre la carence en vitamine A au-delà l'intervention de supplémentation elle-même ;
- v. Selon les agents de santé et agents de santé communautaires, l'intégration de la vitamine A dans la campagne a suscité l'engouement des ménages pour la campagne contre la poliomyélite ; néanmoins, les principales difficultés relevées lors de la campagne ont concerné les ruptures de stocks de capsules de vitamine A, qui ont été plus observées pour le dosage 100 000 UI ;
- vi. Pour la routine, les activités de supplémentation en vitamine A ne sont pas réalisées dans tous les districts et tous les établissements sanitaires. Aussi, pour les structures qui les pratiquent, des difficultés sont observées au niveau de la collecte et la gestion des données sur la supplémentation en vitamine A ;
- vii. L'utilisation de la technologie des téléphones mobiles s'est révélée plus avantageuse que la méthode d'enquête traditionnelle. En effet, dans des estimations conservatrices, elle permet un gain de 21% du temps consacré à l'étude, ce qui permet une rapidité dans la réalisation des études et un meilleur rapport coût-efficace par rapport au système d'enquête traditionnelle.

5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

5.1. CONCLUSION

L'évaluation de la couverture post-campagne de la supplémentation en vitamine A intégrée au déparasitage et à la vaccination contre la poliomyélite a été organisée par Helen Keller International en collaboration avec le Ministère de la Santé à travers le Programme National

de Nutrition du 19 au 31 mai 2012 au niveau national. Cette étude a permis d'expérimenter la collecte de données avec l'utilisation du téléphone mobile par le biais d'EpiSurveyor. Les populations cible de l'évaluation sont les enfants de 06-59 mois dans les ménages (2 250), les leaders communautaires (87), les agents de santé communautaire ou les bénévoles (79), les agents de santé (81) et 47 personnels des équipes cadres de districts sanitaires.

Les résultats de l'évaluation a montré que :

- i. La couverture de la vitamine A est de 90,5%, la couverture de VPO pour les 12-59 mois est de 93,8% et la couverture du déparasitage est de 87,6%. ; ces taux de couverture sont inférieurs au seuil de performance fixé à 95%. Cependant, les données de couvertures administratives de la campagne sont surestimées au regard des taux de couverture déterminés à travers l'enquête avec les écarts de 11% pour la vitamine A, 12% pour le VPO et 16% pour le déparasitage.
- ii. La couverture de la supplémentation en vitamine A est plus élevée chez les enfants âgés de 12-59 mois (90,9%) par rapport aux 06-11 mois (88,0%), mais la différence n'est pas statistiquement significative. Les principales raisons de non supplémentation sont le manque d'information sur la campagne, l'absence des enfants, le non-accès des ménages par les agents, le refus des parents notamment à Abidjan.
- iii. Les principales sources d'information des ménages sur la campagne sont la télévision, les agents de santé et les agents mobilisateurs. Cependant, les populations ont une mauvaise connaissance sur les cibles de la campagne et les produits. Cela s'explique par l'absence de communication des agents dans les ménages.
- iv. Les populations ainsi que les leaders communautaires et les agents bénévoles sont moins informés sur les bienfaits et les sources alimentaires de la vitamine A. Même les agents de santé n'ont pas une connaissance parfaite de la vitamine A.
- v. Concernant l'organisation de la campagne, les entretiens avec les membres des équipes de district a montré que les micro-plans intégrés ont été réalisés pour la campagne. Cependant, certains agents de santé et des districts ont eu des difficultés pour évaluer les besoins en capsules de vitamine A, notamment la dose de 100 000 UI.
- vi. D'une manière générale, les responsables des districts rencontrés ont indiqué que l'intégration de la vitamine A à la campagne a suscité plus d'engouement au niveau des populations.
- vii. Les leaders communautaires sont plus impliqués dans la mobilisation sociale dans les zones rurales plus qu'en ville et plus insuffisant à Abidjan.
- viii. La conduite des activités de supplémentation de routine n'est pas effective dans l'ensemble des établissements sanitaires de premiers contacts. Selon certains districts la supplémentation en routine a été abandonnée au profit des campagnes

parce qu'ils ne sont pas approvisionnés en capsules de vitamine A en dehors des campagnes. Ceux qui le font ont exprimé des difficultés sur la dotation des doses de 100 000 UI. Si les activités de supplémentation en vitamine A sont menés en routine, nous notons une insuffisance au niveau de la collecte des données.

- ix. La comparaison des données collectées par le remplissage des questionnaires et celles collectées avec EpiSurveyor a montré moins de différences. En effet, les écarts observés au niveau des principaux indicateurs sont d'ordre de 0,1%.

5.2. RECOMMANDATIONS

De façon générale, l'analyse des résultats et commentaires de l'étude révèle la possibilité d'améliorer de façon significative la qualité de la supplémentation en vitamine A tant en campagne que dans la routine à travers des actions qui ciblent les aspects suivants :

- (i) Renforcement des connaissances des agents de santé pendant leur cursus et sur le terrain :

Les résultats de l'enquête concernant les connaissances du personnel de santé sur la vitamine A posent des questions très sérieuses sur la formation académique ou post-académique relativement à une des actions clés de survie de l'enfant. Seulement moins de 3% des agents de santé interviewés ont confirmé d'être au courant du rôle fondamental de la vitamine A dans la survie de l'enfant ; néanmoins, c'est exactement ce rôle reconnu internationalement qui fait si que la supplémentation en vitamine A soit constamment et assidument financée par les bailleurs au développement depuis plus de 20 ans. Il serait important de définir les solutions à apporter pour rééquilibrer les connaissances sur les liens entre nutrition, micronutriments, immunité et survie de l'enfant, et peut-être amorcer une discussion plus approfondie entre techniciens et politiques de la santé sur comment mieux informer les prestataires sur l'importance capitale de cette intervention.

- (ii) Renforcement des activités de suivi et contrôle de qualité :

L'ampleur des écarts entre les données administratifs et ceux de cette enquête de couverture (d'ailleurs similaires aux données de l'OMS) fait redouter que les différences ne pourraient pas être justifiées seulement par des questions des dénominateurs. Un rôle significatif dans les écarts pourrait être du à une défaillance dans les actions de suivi et évaluation durant la mise en œuvre de la campagne et au manque de fiabilité des données reçues des sites de vaccination. La nécessité d'avoir des données à jour sur les cibles doit être donc comblée par une implication plus importante et mieux financée du MSLS et ses superviseurs dans le suivi, l'évaluation et le contrôle de qualité (du processus et des données), afin de limiter les biais et éviter de baser les stratégies futures sur des données qui ne sont pas sûres.

- (iii) Planification participative et intégrée des activités avec un focus sur les activités de routine :

Malgré certaines défaillances, et le fait que les taux couverture cibles officiels ne soient pas atteints, la campagne intégrée a achevé des taux assez élevés. En revanche, la supplémentation en vitamine A de routine montre les mêmes contraintes et insuffisances typiques d'autres services du paquet minimum

d'activités : rupture de stocks ; problèmes de collecte de données et reporting, planification. De plus, la vitamine A a récemment bénéficié d'opportunités de mise en œuvre conjointe avec d'autres interventions, spécialement la vaccination contre la poliomyélite. Il se pose la question de quelles stratégies soutenables il faudrait adopter pour garantir des taux de couverture de la supplémentation en vitamine A (et d'autres interventions essentielles) une fois que les campagnes ne sont plus justifiées par le contexte épidémiologique. Il semble nécessaire de focaliser les ressources et financements de plus en plus vers la promotion en routine d'un PMA efficace (qui inclut la supplémentation en vitamine A) pour pérenniser les acquis et rapprocher les interventions aux communautés.

- (iv) Renforcement de la sensibilisation et de la mobilisation sociale à travers l'usage des canaux de communication les plus efficaces :

Une des surprises principales de l'enquête est le rôle minimal joué par la radio et la mobilisation sociale comme instruments de sensibilisation et mobilisation sur la campagne, quand traditionnellement beaucoup des moyens financiers sont dédiés à ces media. Il faut évaluer quelle conséquence ce résultat peut avoir sur les stratégies de communication, et il serait peut-être envisageable de mettre en œuvre des recherches formatives sur les aspect de communication pour voir dans quel mesure mieux cibler les canaux d'information communautaire.

- (v) Utilisation des nouvelles technologies dans la gestion des données

L'utilisation de la technologie Smartphone et du logiciel EpiSurveyor a résulté en une réduction net du temps de collecte, saisie et analyse (qui pourrait approcher le 50% de gain de temps dans un phase de mise en échelle) et en un meilleur rapport coût-efficacité (moins d'agents de saisie nécessaires et pour moins de temps, vu qu'il s'agit plutôt de la vérification de la saisie de terrain plutôt que d'une vraie saisie à partir des questionnaires en papier). Il semble clair que cette méthode pourrait être utilisée de façon systématique pour avoir des enquêtes de couverture après de chaque campagne. De plus, il faudrait étudier quelle autre utilisation future pourrait être envisagée pour cette technologie, dès la promotion à la santé au suivi des données de routine.

De façon spécifique, les recommandations suivantes peuvent être faite :

Au Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida

- ❖ Evaluer les données de population cible utilisées pour les campagnes et assurer un suivi plus structuré du processus de mise en œuvre de la campagne pour minimiser les écarts dans les taux de couverture.
- ❖ Prendre les dispositions pour le développement de la multisectorialité en matière de mobilisation sociale (campagnes et vaccination de routine) ;
- ❖ S'approprier l'utilisation de la technologie mobile pour le monitoring des campagnes et le suivi et évaluation des activités de routine.

Direction de Coordination du Programme National de Nutrition

- ❖ Mettre à la disposition des districts des directives pour l'évaluation des besoins en capsules de vitamine A ;

- ❖ Renforcer le système de notification et suivi des activités de supplémentation en vitamine A ;
- ❖ Elaborer des micro-plans spécifiques pour la vitamine A intégrés à celui du PEV ;
- ❖ Assurer un approvisionnement continu en vitamine A pour éviter les ruptures lors des activités de routine ;
- ❖ Renforcer la formation des équipes de districts en nutrition et en supplémentation en vitamine A ;
- ❖ Renforcer la communication et le plaidoyer autour de la vitamine A au niveau national.

Directions Départementales de la Santé

- ❖ Conduire systématiquement des enquêtes de couverture après les campagnes de vaccination et de supplémentation en vitamine A ;
- ❖ Elaborer des micro-plans spécifiques de la vitamine A de routine en prenant en compte les résultats de la campagne ;
- ❖ Sensibiliser d'avantage les populations sur la supplémentation en vitamine A ;
- ❖ Renforcer le rôle des relais communautaires au niveau de l'information et la sensibilisation de proximité des populations en matière de supplémentation en vitamine A ;
- ❖ Organiser des formation des agents de santé et des agents de santé communautaires sur la vitamine A ;
- ❖ Faire la retro-information des résultats des activités aux communautés ;

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

- ❖ Mettre à jour, en collaboration avec le MSLS, les curricula universitaires enfin de mieux définir l'importance de la vitamine A en santé publique et améliorer « à la source » les connaissances des professionnels de la santé sur le rôle, les modalités d'administration, et l'impact de cette intervention.

ANNEXES 1 : TABLEAUX STATISTIQUES

TABLEAUX SUR LES CARACTÉRISTIQUES DES POPULATIONS CIBLES

Tableau 11 : caractéristiques des populations enquêtées dans les ménages

Caractéristiques		Abidjan (n=750)	Intérieur Urbain (n=750)	Intérieur Rural (n=750)	Ensemble (n=2250)
Chef de ménage					
Religion	Animiste	1,2%	3,9%	15,7%	6,9%
	Musulman	47,1%	43,2%	33,2%	41,2%
	Chrétien	46,9%	42,0%	36,0%	41,6%
	Sans religion	4,5%	10,1%	14,7%	9,8%
	Autre religion	0,3%	0,8%	0,4%	0,5%
	Indéterminé	1,2%	3,9%	15,7%	6,9%
Groupe Ethnique	Gur	4,0%	4,4%	15,6%	8,0%
	Mandé	24,8%	32,9%	16,5%	24,8%
	Kwa-Akan	34,4%	28,8%	30,9%	31,4%
	Krou	10,3%	14,1%	12,4%	12,3%
	CEDEAO	25,2%	18,9%	22,1%	22,1%
	Autres	1,3%	0,8%	2,4%	1,5%
	Non précisée	4,0%	4,4%	15,6%	8,0%
Toilette utilisée dans le ménage	Pas de toilette	1,2%	4,1%	42,1%	15,8%
	WC avec chasse	43,2%	22,5%	1,3%	22,4%
	Latrine à fosse	54,9%	73,1%	54,8%	60,9%
	Autre	0,7%	0,3%	1,7%	0,9%
Personne en charge des enfants					
Relation avec l'enfant	Mère	76,8%	78,8%	84,3%	80,0%
	Père	4,7%	3,7%	4,0%	4,1%
	Frère/Sœur	2,5%	2,5%	1,1%	2,0%
	Grande Mère/père	7,2%	8,1%	5,6%	7,0%
	Autre	8,8%	6,8%	5,1%	6,9%
	Non déterminé	76,8%	78,8%	84,3%	80,0%
Niveau d'étude	Non scolarisé	40,8%	45,7%	59,5%	48,7%
	Primaire	22,3%	25,9%	30,1%	26,1%
	Secondaire	24,4%	24,4%	9,6%	19,5%
	Supérieur	11,7%	3,9%	0,7%	5,4%
	Non déterminé	0,8%	0,1%	0,1%	0,4%
Enfants de 06-59 mois					
Sexe	Fille	48,7%	50,5%	48,8%	49,3%
	Garçon	51,3%	49,5%	51,2%	50,7%
Tranche d'âge	06-11 mois	12,4%	13,9%	12,9%	13,1%
	12-59 mois	87,6%	86,1%	87,1%	86,9%
Disponibilité de carnet de santé ou extrait de naissance		68,5%	58,8%	52,3%	59,9%

Tableau 12 : caractéristiques des leaders communautaires enquêtés

Caractéristique		Autres urbains (n=29)	Abidjan (n=29)	Rural (n=29)	Ensemble (n=87)
sexe	Masculin	93%	93%	100%	95%
	Féminin	7%	7%	0%	5%
Rôle dans la campagne	Aucun rôle	3%	55%	10%	23%
	Conseiller les autorités locales sur le protocole pour la diffusion des informations a la communauté sur la vitamine A	3%	3%	21%	9%
	Informier et mobiliser la communauté	86%	41%	66%	64%
	Administrer la VA	3%	0%	0%	1%
	Autres	3%	0%	3%	2%

Tableau 13 : caractéristiques des agents de santé communautaires enquêtés

Caractéristique		Autres urbains	Abidjan	Rural	Ensemble
Sexe	Féminin	30,0%	35,0%	17,2%	26,6%
	Masculin	70,0%	65,0%	82,8%	73,4%
Niveau d'étude	Non scolarisé	3,3%	0,0%	3,4%	2,5%
	Primaire	10,0%	5,0%	41,4%	20,3%
	Secondaire	66,7%	85,0%	55,2%	67,1%
	Supérieur	20,0%	10,0%	0,0%	10,1%
Rôle dans la communauté	Volontaire communautaire	73,3%	75,0%	82,8%	77,2%
	Mobilisateur communautaire	16,7%	5,0%	10,3%	11,4%
	Chef de village/Leader communautaire	0,0%	5,0%	0,0%	1,3%
	Membre ONG locale	3,3%	5,0%	0,0%	2,5%
	Autre	6,7%	10,0%	6,9%	7,6%
Ancienneté	< 6 mois	23,3%	5,0%	10,3%	13,9%
	6-12 mois	6,7%	20,0%	6,9%	10,1%
	plus d'un an	70,0%	75,0%	82,8%	75,9%
Formation en vitamine A	Formé (moins de 6 mois)	63,3%	45,0%	37,9%	49,4%
	Formé (6 à 12 mois)	0,0%	10,0%	3,4%	3,8%
	Formé (plus d'un an)	0,0%	5,0%	0,0%	1,3%
	Formé (plus d'un an)	6,7%	10,0%	10,3%	8,9%
	Formé (ne sait pas la date)	13,3%	10,0%	6,9%	10,1%
	Jamais formé	16,7%	20,0%	41,4%	26,6%

Tableau 14 : caractéristiques des agents de santé enquêtés

Caractéristique		Autres urbains (n = 29)	Abidjan (n=25)	Rural (n=27)	Ensemble (n=81)
Sexe	Féminin	17,2%	40,0%	11,1%	22,2%
	Masculin	82,8%	60,0%	88,9%	77,8%
Titre/poste	Médecin	13,8%	24,0%	14,8%	17,3%
	Infirmier (ère)	65,5%	44,0%	66,7%	59,3%
	Sage-femme	10,3%	12,0%	3,7%	8,6%
	Autre	10,3%	20,0%	14,8%	14,8%
Type de structure sanitaire	Centre de sante/dispensaire/FSU	48,3%	76,0%	96,3%	72,8%
	Hôpital General	34,5%	16,0%	0,0%	17,3%
	Centre hospitalier régional	13,8%	0,0%	0,0%	4,9%
	Autre type	3,4%	8,0%	3,7%	4,9%
Mode de gestion de la structure sanitaire	Etat	96,6%	68,0%	100,0%	88,9%
	Privé	3,4%	0,0%	0,0%	1,2%
	ONG/Volontaire	0,0%	8,0%	0,0%	2,5%
	Communauté	0,0%	24,0%	0,0%	7,4%
Formation	A déjà reçu une formation sur la vitamine A	34,5%	12,0%	14,8%	21,0%
	A reçu une formation pendant la campagne	31,0%	4,0%	7,4%	14,8%

Tableau 15 : caractéristiques des personnes enquêtées au district

Fonction	Effectif	Pourcentage
Directeur de District	13	26%
CPEV	12	24%
CSE	23	46%
AUTRES (DR)	2	4%
Total	50	100%

TABLEAUX SUR LES TAUX DE COUVERTURE

Tableau 16 : Ecart entre les couvertures administratives et les couvertures de l'enquête

Caractéristiques		Enquête	Données administratives ¹	Ecart	Signification statistique
Vitamine A	06-59 mois	90,5% (88,2%-92,9%)	101,1 %	+10,6%	Différence significative
	06-11 mois	88,0% (82,8%-93,1%)	72,8%	-15,2%	Différence significative
	12-59 mois	90,9% (88,5%-93,3%)	105,1%	+14,2%	Différence significative
Déparasitant	12-59 mois	87,6% (84,7%-90,6%)	104,3%	+16,7%	Différence significative
VPO	0-59 mois	NA	100,4%	NA	NA
	12-59 mois	93,8% (92,0-95,5%)	105,4%	+11,6%	Différence significative

1. MSLS/DCPEV/Données de couverture, campagne de Vaccination Poliomyélite, Vitamine A, déparasitage, 2012

Tableau 17 : Couverture post-campagne de la vitamine A des enfants de 06-59 mois selon les 11 pôles économiques de la Côte d'Ivoire

Zone	N. d'enfants enquêtés	Couverture de la SVA	Intervalle de confiance à 95%	Incidence de la pauvreté en 20082
ABIDJAN-VILLE	675	88,6%	86,2%-91,0%	21,0%
CENTRE	225	82,1%	77,1%-87,1%	56,0%
CENTRE-NORD	150	98,0%	95,8%-100%	57,0%
CENTRE-OUEST	300	95,4%	93,0%-97,8%	62,9%
CNTRE-EST	50	87,0%	77,7%-96,3%	53,7%
NORD	100	85,6%	78,7%-92,5%	77,3%
NORD-EST	25	100,0%	-	54,7%
NORD-OUEST	50	74,0%	61,8%-86,2%	57,9%
OUEST	225	93,7%	90,5%-96,9%	63,2%
SUD	325	92,7%	89,9%-95,5%	44,5%
SUD-OUEST	125	94,7%	90,8%-98,6%	45,5%
Total général	2 250	90,5%	88,2% -92,9%	48,9%

Tableau 18 : Couverture de la supplémentation en vitamine A selon les caractéristiques socioculturelles

Caractéristiques		Nombre d'enfants enquêtés	Couverture de la SVA	Intervalle de confiance à 95%
Type de communauté	Abidjan	750	88,7%	86,1%-91,2%
	Urbain – Intérieur	750	92,1%	88,9% - 95,4%
	Rural - Intérieur	750	90,5%	86,9% - 94,2%
Caractéristique des ménages				
Religion du chef de ménage	Animiste	153	92,8%	88,7% - 97,0%
	Musulman	926	89,4%	85,1%-93,8%
	Chrétien	937	90,5%	87,9%-93,1%
	Sans religion	211	91,9%	87,3%-96,4%
	Autre religion	11	93,9%	82,0% - 100%
Groupe Ethnique du chef de ménage	Gur	180	88,9%	75,6%-100%
	Mandé	557	90,2%	86,7%-93,7%
	Kwa-Akan	706	89,9%	87,0%-92,7%
	Krou	276	94,0%	89,1%-99,0%
	CEDEAO	497	92,5%	89,4%-95,5%
	Autres	31	69,2%	58,1%-80,3%
Caractéristique des personnes en charge des enfants de 06-59 mois				
Relation avec l'enfant	Mère	1799	90,8%	88,2%-93,4%
	Père	93	89,8%	82,7% -96,9%
	Frère/Sœur	46	88,4%	77,3%-99,5%
	Grande Mère/père	157	87,6%	81,7%-93,5%
	Autre	155	91,0%	85,4%-96,6%
Niveau d'étude	Non scolarisé	1095	90,0%	86,7%-93,3%
	Primaire	587	92,1%	89,1%-95,1%
	Secondaire	438	90,9%	87,6%-94,1%
	Supérieur	122	85,0%	77,0%-92,9%
Caractéristiques des enfants de 06-59 mois				
Sexe	Fille	1110	90,9%	88,4%-93,4%
	Garçon	1140	90,2%	87,5%-92,9%
Tranche d'âge	06-11 mois	294	88,0%	82,8%-93,1%
	12-59 mois	1956	90,9%	88,5%-93,3%
Disponibilité de carnet de santé ou extrait de naissance	Carnet ou extrait disponible	1347	91,4%	89,1%-93,7%
	Pas de carnet ou extrait de naissance	869	89,4%	85,9%-93,0%
Ensemble		2250	90,5%	88,2% -92,9%

2 INS, Enquête sur le niveau de Vie des ménages, 2008 (ENV2008)

TABLEAUX SUR LES RAISONS DE NON-SUPPLEMENTATION

Tableau 19 : Fréquence des raisons de non-supplémentation des enfants selon la personne enquêtée au niveau des ménages

Raison de non supplémentation en vitamine A	Abidjan (n=85)	Autres urbains (n=59)	Rural (n=71)	Ensemble (n=215)
Pas informé sur la campagne	4,7%	1,7%	5,6%	4,2%
Refus par ignorance des avantages de la vitamine A	1,2%	0,0%	0,0%	0,5%
Ne veut pas que l'enfant prenne des médicaments	0,0%	1,7%	0,0%	0,5%
Enfant absent	11,8%	20,3%	28,2%	19,5%
Pas d'autorisation du chef de ménage	3,5%	0,0%	0,0%	1,4%
Personne n'est venu à la maison	25,9%	5,1%	9,9%	14,9%
Ne sait pas	29,4%	45,8%	40,8%	31,2%
Autre	23,5%	25,4%	15,5%	21,4%

Tableau 20 : Fréquence des raisons de non-supplémentation des enfants selon les leaders communautaire

Raison de non supplémentation en vitamine A	Autres urbains (n=29)	Abidjan (n=29)	Rural (n=29)	Ensemble (n=87)
Il existe des enfants qui n'ont pas été visités pendant la campagne	31,0%	41,4%	27,6%	33,3%
Les zones difficiles d'accès	22,2%	25,0%	0,0%	17,2%
Les populations sont nomades	0,0%	0,0%	12,5%	3,4%
Les populations sont trop loin	33,3%	0,0%	0,0%	10,3%
Les gens n'ont pas reçu l'information sur la campagne de vitamine A	11,1%	50,0%	50,0%	37,9%
Mauvais moment pour la distribution	11,1%	16,7%	0,0%	10,3%
Autres (refus, déplacement des parents, temps court, négligence des parents)	55,6%	50,0%	62,5%	55,2%

Tableau 21 : Fréquence des raisons de non-supplémentation des enfants selon les ASC

Raison de non supplémentation en vitamine A	Autres urbains (n=30)	Abidjan (n=20)	Rural (n=29)	Ensemble (n=79)
Il existe des enfants qui n'ont pas été touchés par la campagne	13,3%	10,0%	24,1%	16,5%
Absence de l'enfant	50,0%	50,0%	14,3%	30,8%
Refus des parents	25,0%	0,0%	28,6%	23,1%
Pas information sur la campagne	0,0%	50,0%	14,3%	15,4%
Rupture de stock, surtout les capsules bleues	25,0%	0,0%	14,3%	15,4%
Accès difficile/trop de campements cachés	0,0%	0,0%	28,6%	15,4%

Tableau 22 : Fréquence des raison de non-supplémentation des enfants selon les agents de santé

Raison de non supplémentation en vitamine A	Autres urbains (n=29)	Abidjan (n=25)	Rural (n=27)	Ensemble (n=81)
Il existe des enfants qui n'ont pas été visités pendant la campagne	41,4%	28,0%	59,3%	43,2%
Les zones difficiles d'accès	58,3%	14,3%	18,8%	31,4%
Les populations sont nomades	25,0%	14,3%	18,8%	20,0%
Les populations sont trop loin	8,3%	0,0%	0,0%	2,9%
Les populations n'ont pas reçu l'information sur la campagne de vitamine A	8,3%	28,6%	0,0%	8,6%
Mauvais moment pour la distribution	25,0%	14,3%	25,0%	22,9%
Autres (refus d'accès aux maisons, refus pour cause religieuse, refus des enfants, déplacement des parents, travaux champêtres, mauvaise supervision, rupture de stocks)	48,3%	44,0%	40,7%	44,4%

TABLEAUX SUR LA CONNAISSANCE SUR LA CAMPAGNE ET DE LA VITAMINE A

Tableau 23 : Source d'information sur la campagne selon les caractéristiques des ménages

Caractéristiques		Agent de santé	Affiche	TV	Radio	Dépliant, brochure	Mobilisateur social	Personnel de santé à la formation sanitaire	Accoucheuse traditionnelle	Eglise/mosquée	Mégaphone	Bouche à oreille	N'a pas entendue parler de la distribution
Type de communauté	Ville de l'intérieur	2,1%	0,5%	26,4%	5,9%	0,1%	13,1%	1,3%	0,1%	3,9%	6,1%	8,9%	41,5%
	Abidjan	1,5%	0,9%	46,9%	2,9%	0,4%	6,4%	0,8%	0,1%	2,0%	4,4%	8,7%	32,9%
	Rural	10,1%	0,5%	4,1%	2,3%	0,4%	24,0%	3,3%	0,3%	1,3%	11,7%	7,2%	38,9%
Religion du chef de ménage	Animiste	5,8%	0,6%	11,6%	3,2%	0,6%	21,9%	1,9%	0,6%	1,3%	17,4%	8,4%	36,1%
	Musulman	4,1%	0,4%	25,0%	2,4%	0,4%	11,8%	2,0%	0,2%	2,9%	5,8%	8,5%	42,2%
	Chrétien	4,8%	0,9%	31,7%	5,2%	0,1%	14,6%	1,4%	0,1%	2,6%	6,4%	8,1%	33,2%
	Sans religion	4,7%	0,5%	14,2%	2,8%	0,5%	21,3%	2,8%	0,0%	0,0%	11,8%	7,6%	39,8%
	Autre religion	9,1%	9,1%	27,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	9,1%	18,2%	18,2%
Groupe ethnique du chef de ménage	Gur	12,8%	0,6%	18,9%	5,6%	0,6%	12,8%	6,1%	0,0%	2,2%	8,3%	7,2%	31,1%
	Mande	1,6%	0,2%	27,8%	3,1%	0,4%	14,0%	1,8%	0,0%	2,5%	9,3%	8,6%	37,2%
	Kwa-Akan	4,7%	0,7%	32,0%	4,4%	0,4%	16,0%	1,7%	0,3%	2,1%	5,4%	8,1%	34,3%
	Krou	5,4%	1,8%	19,9%	4,0%	0,0%	14,5%	1,1%	0,0%	1,4%	8,0%	10,5%	38,0%
	CEDEAO	3,2%	0,6%	21,3%	2,2%	0,2%	11,8%	0,8%	0,4%	3,4%	8,0%	7,4%	45,8%
	Autre	22,6%	0,0%	19,4%	9,7%	0,0%	35,5%	3,2%	0,0%	0,0%	0,0%	6,5%	32,3%
Type de Toilette	Aucun	9,3%	0,6%	3,9%	3,4%	0,8%	27,6%	4,2%	0,3%	1,4%	12,7%	6,8%	37,5%
	WC avec chasse	3,4%	1,2%	48,6%	6,2%	0,6%	6,3%	1,0%	0,0%	3,2%	4,6%	6,9%	30,6%
	Latrine a fosse	3,9%	0,5%	23,3%	2,9%	0,1%	14,0%	1,5%	0,2%	2,4%	6,9%	9,2%	40,5%
Relation de la PEC avec l'enfant	Mère	4,7%	0,6%	25,0%	2,7%	0,3%	14,5%	2,1%	0,2%	2,1%	6,6%	9,2%	37,8%
	Père	6,5%	4,3%	26,9%	14,0%	1,1%	17,2%	1,1%	0,0%	8,6%	8,6%	5,4%	28,0%
	Frère/sœur	6,5%	0,0%	32,6%	2,2%	0,0%	13,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,5%	6,5%	45,7%
	Grand mère/Grand père	2,6%	0,6%	22,4%	7,7%	0,0%	15,4%	1,3%	0,0%	3,2%	12,8%	5,8%	41,7%
	Autre	3,9%	0,0%	36,8%	5,2%	0,6%	11,6%	0,6%	0,6%	1,9%	11,0%	2,6%	37,4%
Niveau d'étude de la Personne En Charge	Non scolarisé	4,8%	0,2%	17,6%	2,6%	0,2%	15,2%	2,4%	0,3%	2,1%	8,1%	8,1%	44,1%
	Primaire	4,6%	0,5%	22,8%	3,6%	0,3%	15,3%	1,5%	0,2%	2,6%	7,7%	9,9%	37,6%
	Secondaire	3,7%	1,8%	41,6%	6,8%	0,2%	13,5%	1,1%	0,0%	1,8%	6,6%	7,5%	26,3%
	Supérieur	5,7%	1,6%	56,9%	2,4%	1,6%	8,1%	0,8%	0,0%	5,7%	3,3%	4,9%	22,8%
Ensemble		4,6%	0,7%	25,8%	3,7%	0,3%	14,5%	1,8%	0,2%	2,4%	7,4%	8,3%	37,8%

Tableau 24 : Source d'information sur la vitamine A selon les caractéristiques des ménages

Caractéristiques		Agent de santé	Affiche	TV	Radio	Dépliant, brochure	Mobilisateur social	Personnel de santé à la formation sanitaire	Accoucheuse traditionnelle	Eglise/mosquée	Mégaphone	Bouche à oreille	N'a pas entendue parler de la distribution
Type de communauté	Ville de l'intérieur	6,1%	0,3%	13,6%	1,7%	0,5%	1,9%	9,7%	0,0%	0,0%	0,4%	3,6%	62,7%
	Abidjan	7,9%	0,7%	27,9%	2,0%	1,1%	2,7%	9,2%	0,0%	1,2%	0,9%	5,6%	45,3%
	Rural	8,0%	0,3%	4,3%	0,9%	0,5%	1,9%	8,7%	0,3%	0,5%	0,0%	5,2%	68,7%
Religion du chef de ménage	Animiste	3,9%	0,0%	9,7%	1,3%	0,6%	0,0%	14,8%	0,0%	0,0%	1,3%	5,2%	64,5%
	Musulman	5,7%	0,5%	14,7%	1,2%	0,4%	1,8%	5,6%	0,2%	0,9%	0,2%	5,1%	64,6%
	Chrétien	10,3%	0,3%	18,0%	2,1%	1,1%	2,2%	11,0%	0,0%	0,5%	0,5%	4,3%	51,5%
	Sans religion	4,3%	0,0%	9,5%	0,9%	0,5%	4,7%	12,8%	0,0%	0,0%	0,5%	5,7%	63,0%
	Autre religion	0,0%	9,1%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	18,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Groupe ethnique du chef de ménage	Gur	12,2%	0,6%	11,7%	2,8%	0,0%	3,3%	5,6%	0,0%	1,1%	0,0%	3,3%	62,2%
	Mande	3,2%	0,2%	14,9%	1,4%	0,5%	2,2%	10,8%	0,0%	0,4%	0,4%	4,3%	63,0%
	Kwa-Akan	9,2%	0,4%	19,4%	2,1%	1,1%	2,8%	11,0%	0,0%	0,1%	0,1%	5,5%	49,9%
	Krou	10,5%	0,7%	12,3%	0,0%	0,4%	0,7%	12,0%	0,0%	0,4%	1,1%	4,3%	55,4%
	CEDEAO	5,4%	0,4%	13,3%	1,4%	0,2%	1,6%	4,0%	0,2%	1,4%	0,8%	4,8%	69,1%
	Autre	12,9%	0,0%	6,5%	0,0%	9,7%	0,0%	19,4%	3,2%	0,0%	0,0%	3,2%	41,9%
Type de Toilette	Aucun	7,6%	0,3%	4,8%	1,1%	0,3%	3,4%	11,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,9%	68,2%
	WC avec chasse	11,1%	0,8%	26,0%	2,2%	1,8%	2,0%	10,1%	0,0%	1,0%	0,8%	4,2%	41,3%
	Latrine a fosse	6,0%	0,3%	14,1%	1,4%	0,4%	1,9%	8,5%	0,1%	0,6%	0,4%	5,0%	62,9%
Relation de la PEC avec l'enfant	Mère	7,1%	0,2%	14,9%	0,0%	0,6%	2,0%	9,4%	0,1%	0,4%	0,4%	4,9%	60,3%
	Père	10,8%	2,2%	19,4%	0,0%	3,2%	3,2%	7,5%	0,0%	3,2%	0,0%	6,5%	44,1%
	Frère/sœur	2,2%	0,0%	15,2%	0,0%	0,0%	2,2%	6,5%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	60,9%
	Grand mère/Grand père	8,3%	1,3%	12,8%	0,0%	1,9%	2,6%	12,2%	0,0%	0,6%	0,0%	3,8%	59,0%
	Autre	9,0%	1,3%	18,7%	0,0%	0,0%	2,6%	5,8%	0,6%	0,6%	1,3%	3,2%	51,6%
Niveau d'étude de la PEC	Non scolarisé	0,0%	0,1%	11,2%	1,2%	0,0%	2,1%	5,8%	0,2%	0,6%	0,1%	4,9%	70,7%
	Primaire	0,0%	0,2%	16,0%	1,4%	0,9%	1,9%	12,4%	0,0%	0,2%	0,5%	6,1%	57,8%
	Secondaire	0,0%	1,4%	18,7%	2,5%	1,6%	2,3%	12,6%	0,0%	0,5%	1,1%	3,2%	41,6%
	Supérieur	0,0%	0,8%	33,3%	1,6%	3,3%	2,4%	12,2%	0,0%	2,4%	0,8%	2,4%	23,6%
Ensemble		7,3%	0,4%	15,2%	1,6%	0,7%	2,1%	9,2%	0,1%	0,6%	0,4%	4,8%	58,9%

Tableau 25 : Source d'information des ménages sur la santé en général

Caractéristiques		Agent de santé	Affiche	TV	Radio	Dépliant, brochure	Mobilisateur social	Personnel de santé à la formation sanitaire	Eglise/mosquée	Bouche à oreille	Accoucheuse traditionnelle
Type de communauté	Ville de l'intérieur	24,3%	0,1%	20,1%	6,1%	0,3%	6,9%	38,1%	1,1%	6,9%	0,5%
	Abidjan	33,5%	1,3%	28,0%	3,3%	1,3%	3,9%	35,2%	0,4%	8,9%	0,1%
	Rural	27,7%	0,1%	2,7%	1,7%	0,4%	7,7%	38,7%	0,5%	3,9%	1,5%
Religion du chef de ménage	Animiste	31,6%	0,0%	5,8%	3,9%	1,3%	4,5%	44,5%	0,0%	5,8%	0,6%
	Musulman	26,3%	0,2%	17,9%	2,9%	0,2%	5,5%	36,2%	1,1%	6,9%	1,0%
	Chrétien	32,5%	0,9%	19,5%	4,5%	1,1%	5,8%	35,4%	0,4%	6,5%	0,1%
	Sans religion	17,5%	0,5%	10,0%	2,8%	0,0%	11,8%	46,9%	0,0%	6,2%	2,4%
	Autre religion	27,3%	9,1%	18,2%	9,1%	0,0%	9,1%	18,2%	9,1%	9,1%	0,0%
Groupe ethnique du chef de ménage	Gur	43,3%	0,0%	10,0%	4,4%	0,6%	7,2%	19,4%	0,6%	1,1%	1,7%
	Mande	21,9%	0,5%	18,7%	2,0%	0,5%	6,5%	45,4%	0,4%	6,3%	1,1%
	Kwa-Akan	31,3%	0,4%	19,1%	4,5%	0,7%	6,7%	32,2%	0,4%	8,2%	0,3%
	Krou	29,7%	1,8%	13,8%	5,1%	1,4%	4,3%	54,3%	0,0%	3,6%	0,7%
	CEDEAO	26,9%	0,2%	16,7%	3,4%	0,0%	5,4%	31,5%	1,8%	8,2%	0,6%
	Autre	12,9%	0,0%	12,9%	6,5%	6,5%	9,7%	51,6%	0,0%	6,5%	0,0%
Type de Toilette	Aucun	23,1%	0,3%	4,2%	3,9%	0,3%	9,3%	37,2%	0,0%	6,5%	1,4%
	WC avec chasse	35,9%	1,6%	28,0%	5,8%	2,0%	3,4%	34,7%	0,4%	7,3%	0,2%
	Latrine a fosse	27,4%	0,2%	16,3%	3,0%	0,2%	6,2%	38,0%	0,9%	6,3%	0,7%
Relation de la PEC avec l'enfant	Mère	28,3%	0,2%	15,7%	3,2%	0,6%	5,9%	38,3%	0,7%	5,9%	0,8%
	Père	26,9%	4,3%	21,5%	7,5%	2,2%	6,5%	39,8%	3,2%	8,6%	1,1%
	Frère/sœur	26,1%	2,2%	30,4%	4,3%	0,0%	13,0%	21,7%	0,0%	13,0%	0,0%
	Grand mère/Grand père	26,3%	0,6%	18,6%	7,1%	1,3%	5,8%	35,9%	0,0%	7,7%	0,0%
	Autre	34,8%	1,3%	23,9%	4,5%	0,0%	6,5%	31,0%	0,0%	9,7%	0,0%
	Niveau d'étude de la PEC	Non scolarisé	25,5%	0,0%	13,0%	2,2%	0,2%	7,5%	33,4%	0,9%	8,2%
Primaire	28,4%	0,5%	17,5%	0,9%	0,2%	6,3%	41,7%	0,3%	4,6%	0,3%	
Secondaire	30,8%	1,4%	22,4%	0,2%	0,7%	3,9%	42,5%	0,2%	4,3%	0,2%	
Supérieur	49,6%	2,4%	28,5%	3,3%	6,5%	1,6%	33,3%	0,8%	9,8%	0,8%	
Ensemble		28,5%	0,5%	16,9%	3,7%	0,7%	6,2%	37,3%	0,7%	6,6%	0,7%

Tableau 26 : Connaissance sur la campagne selon les caractéristiques socioculturelle

Caractéristiques		Informé de la campagne	Cible		Produits		Lieu
			Moins de 5 ans	Vitamine A	Déparasitage	PVO	Porte à porte
Type de communauté	Ville de l'intérieur	58,5%	9,2%	24,7%	25,5%	44,7%	63,3%
	Abidjan	67,1%	7,2%	31,2%	30,5%	53,7%	58,0%
	Rural	61,1%	10,4%	18,0%	19,1%	44,3%	57,1%
Religion du chef de ménage	Animiste	63,9%	7,7%	21,3%	22,6%	43,9%	63,2%
	Musulman	57,8%	9,7%	18,6%	19,4%	40,8%	51,1%
	Chrétien	66,8%	8,6%	32,5%	32,5%	56,4%	67,4%
	Sans religion	60,2%	8,1%	19,0%	19,0%	41,7%	58,8%
	Autre religion	81,8%	9,1%	18,2%	9,1%	36,4%	36,4%
Groupe ethnique du chef de ménage	Gur	68,9%	11,1%	18,9%	21,7%	49,4%	58,3%
	Mande	62,8%	10,8%	24,6%	25,0%	44,7%	54,9%
	Kwa-Akan	65,7%	4,8%	29,9%	28,6%	53,7%	66,9%
	Krou	62,0%	12,0%	28,6%	33,0%	53,3%	68,1%
	CEDEAO	54,2%	10,6%	17,7%	17,5%	38,6%	50,0%
	Autre	67,7%	3,2%	19,4%	19,4%	45,2%	58,1%
Type de Toilette	Aucun	62,5%	9,9%	15,2%	15,8%	42,5%	59,4%
	WC avec chasse	69,4%	6,7%	39,9%	38,5%	58,1%	67,1%
	Latrine a fosse	59,5%	9,5%	21,6%	22,6%	45,1%	56,5%
Relation de la PEC avec l'enfant	Mère	62,2%	9,7%	24,7%	25,6%	48,2%	58,9%
	Père	72,0%	5,4%	30,1%	24,7%	61,3%	65,6%
	Frère/sœur	54,3%	8,7%	21,7%	19,6%	37,0%	56,5%
	Grand-mère/-père	58,3%	7,1%	22,4%	25,0%	42,9%	60,3%
	Autre	62,6%	3,9%	23,9%	20,6%	40,0%	62,6%
Niveau d'étude de la PEC	Non scolarisé	55,9%	9,2%	16,5%	16,7%	36,3%	50,7%
	Primaire	62,4%	11,2%	25,9%	28,1%	52,6%	64,7%
	Secondaire	73,7%	6,4%	37,2%	36,1%	62,3%	71,2%
	Supérieur	77,2%	4,9%	47,2%	46,3%	73,2%	70,7%
Ensemble		62,2%	8,9%	24,6%	25,0%	47,6%	59,5%

Tableau 27 : Connaissance des bienfaits de la vitamine A selon les caractéristiques socioculturelle

Caractéristiques		Entendu parlé de la vitamine A	Les bienfaits			
			Empêche la cécité	Améliore l'immunité contre les maladies des enfants	Favorise la croissance	Réduit le risque de décès
Type de communauté	Ville de l'intérieur	37,3%	1,3%	11,5%	12,0%	0,3%
	Abidjan	54,7%	4,0%	17,1%	21,1%	0,9%
	Rural	31,3%	1,5%	10,0%	13,3%	0,3%
Religion du chef de ménage	Animiste	35,5%	2,6%	11,0%	16,8%	0,0%
	Musulman	35,4%	1,0%	12,3%	10,7%	0,4%
	Chrétien	48,5%	3,9%	13,9%	19,7%	0,7%
	Sans religion	37,0%	0,5%	11,8%	16,6%	0,0%
	Autre religion	45,5%	0,0%	9,1%	18,2%	0,0%
Groupe ethnique du chef de ménage	Gur	37,8%	2,2%	10,0%	11,7%	0,6%
	Mande	37,0%	2,7%	14,2%	12,2%	0,2%
	Kwa-Akan	50,1%	3,3%	13,3%	22,2%	0,4%
	Krou	44,6%	2,5%	12,7%	17,8%	0,7%
	CEDEAO	30,9%	0,2%	10,2%	8,4%	0,4%
	Autre	58,1%	3,2%	32,3%	32,3%	3,2%
Type de Toilette	Aucun	31,8%	1,4%	13,5%	13,2%	0,3%
	WC avec chasse	58,7%	6,7%	15,3%	22,0%	1,2%
	Latrine a fosse	37,1%	0,9%	11,9%	13,6%	0,3%
Relation de la PEC avec l'enfant	Mère	39,7%	2,0%	12,6%	14,0%	0,4%
	Père	55,9%	8,6%	15,1%	29,0%	1,1%
	Frère/sœur	39,1%	0,0%	8,7%	13,0%	0,0%
	Grand-mère/-père	41,0%	1,3%	16,7%	19,2%	0,6%
	Autre	48,4%	3,2%	11,0%	20,0%	0,6%
Niveau d'étude de la PEC	Non scolarisé	29,3%	0,6%	9,6%	9,3%	0,2%
	Primaire	42,2%	0,7%	14,0%	14,0%	0,5%
	Secondaire	58,4%	4,1%	17,6%	26,9%	0,5%
	Supérieur	76,4%	17,9%	17,9%	35,8%	3,3%
Ensemble		41,1%	2,3%	12,8%	15,5%	0,5%

Tableau 28 : Connaissance des sources alimentaires la vitamine A selon les caractéristiques socioculturelles des ménages

Caractéristiques		Jaune d'œuf	Foie	Poisson (petit, entier)	Huile de palme rouge	Lait, yaourt	Orange, Fruits (mangue, papaye, néré)	Orange légumes (carotte, courge, patate douce)	Légume à feuilles vertes	Aliments fortifiés (huile, farine infantile)
Type de communauté	Ville de l'intérieur	4,0%	0,3%	9,9%	1,3%	3,9%	5,2%	2,5%	4,4%	3,3%
	Abidjan	6,9%	0,3%	13,1%	0,7%	9,1%	9,5%	5,7%	5,6%	2,3%
	Rural	2,8%	0,0%	6,3%	0,3%	1,1%	3,1%	0,7%	4,0%	1,9%
Religion du chef de ménage	Animiste	2,6%	0,0%	4,5%	0,6%	2,6%	3,2%	0,0%	4,5%	2,6%
	Musulman	2,9%	0,3%	6,8%	0,6%	4,0%	5,1%	2,6%	3,5%	1,6%
	Chrétien	5,8%	0,1%	13,4%	1,1%	6,3%	7,9%	4,1%	5,5%	3,3%
	Sans religion	8,1%	0,0%	10,0%	0,0%	2,4%	3,3%	1,9%	6,6%	2,4%
	Autre religion	9,1%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%
Groupe ethnique du chef de ménage	Gur	5,0%	0,0%	5,6%	0,0%	1,7%	3,9%	1,1%	2,2%	2,8%
	Mande	3,9%	0,5%	9,0%	1,4%	4,1%	6,1%	2,9%	6,1%	1,8%
	Kwa-Akan	6,4%	0,0%	12,3%	0,7%	6,4%	6,9%	3,4%	5,2%	2,4%
	Krou	4,7%	0,0%	14,1%	1,1%	5,1%	6,2%	5,1%	5,4%	5,1%
	CEDEAO	2,4%	0,2%	5,6%	0,2%	3,2%	4,6%	2,0%	3,0%	2,0%
	Autre	6,5%	0,0%	12,9%	0,0%	12,9%	9,7%	3,2%	0,0%	0,0%
Type de Toilette	Aucun	3,1%	0,0%	5,4%	0,3%	0,6%	3,9%	0,3%	4,2%	1,4%
	WC avec chasse	6,9%	0,4%	13,9%	1,4%	12,5%	10,1%	6,3%	4,8%	3,4%
	Latrine a fosse	4,1%	0,1%	9,3%	0,7%	2,9%	5,0%	2,5%	4,8%	2,4%
Relation de la PEC avec l'enfant	Mère	4,3%	0,1%	10,0%	0,7%	4,3%	5,3%	2,8%	4,2%	2,6%
	Père	7,5%	2,2%	12,9%	3,2%	7,5%	8,6%	7,5%	5,4%	2,2%
	Frère/sœur	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%	4,3%	0,0%	0,0%	2,2%
	Grand-mère/-père	3,2%	0,0%	7,7%	0,6%	1,3%	8,3%	1,9%	8,3%	1,9%
	Autre	7,7%	0,6%	8,4%	0,6%	10,3%	9,7%	3,9%	7,1%	1,9%
Niveau d'étude de la PEC	Non scolarisé	2,2%	5,2%	5,4%	0,3%	1,3%	2,8%	1,2%	3,8%	1,8%
	Primaire	4,9%	7,3%	12,1%	0,2%	2,2%	5,6%	1,9%	5,5%	3,2%
	Secondaire	7,3%	9,8%	16,0%	1,8%	11,2%	12,3%	5,9%	4,3%	3,0%
	Supérieur	14,6%	17,9%	13,8%	4,1%	22,8%	11,4%	13,8%	8,9%	3,3%
Ensemble		4,6%	0,2%	9,7%	0,8%	4,7%	5,9%	3,0%	4,7%	2,5%

Tableau 29 : Connaissance des sources alimentaires la vitamine A selon les caractéristiques socioculturelles des ménages

Caractéristiques		Informé que la vitamine A fait partie de la dernière campagne de vaccination	A déjà entendu parlé de la vitamine A	Enfant supplémenté en vitamine A pendant la campagne	Sait que les enfants doivent recevoir la vitamine A à Six mois	Sait que la fréquence de la supplémentation est tous les 6 mois
Type de communauté	Ville de l'intérieur	24,7%	37,3%	88,7%	4,4%	2,0%
	Abidjan	31,2%	54,7%	92,1%	8,5%	4,7%
	Rural	18,0%	31,3%	90,5%	3,9%	1,7%
Religion du chef de ménage	Animiste	21,3%	35,5%	92,8%	4,5%	1,9%
	Musulman	18,6%	35,4%	89,4%	4,3%	2,3%
	Chrétien	32,5%	48,5%	90,5%	7,8%	3,8%
	Sans religion	19,0%	37,0%	91,9%	2,8%	1,4%
	Autre religion	18,2%	45,5%	93,9%	0,0%	0,0%
Groupe ethnique du chef de ménage	Gur	18,9%	37,8%	88,9%	5,6%	2,8%
	Mande	24,6%	37,0%	90,2%	6,3%	2,2%
	Kwa-Akan	29,9%	50,1%	89,9%	7,6%	3,7%
	Krou	28,6%	44,6%	94,0%	2,9%	3,3%
	CEDEAO	17,7%	30,9%	92,5%	2,6%	2,0%
	Autre	19,4%	58,1%	69,2%	19,4%	3,2%
Type de Toilette	Aucun	15,2%	31,8%	88,8%	4,5%	2,3%
	WC avec chasse	39,9%	58,7%	89,1%	10,7%	6,0%
	Latrine a fosse	21,6%	37,1%	91,6%	4,1%	1,8%
Relation de la PEC avec l'enfant	Mère	24,7%	39,7%	90,8%	5,4%	2,6%
	Père	30,1%	55,9%	89,8%	8,6%	8,6%
	Frère/sœur	21,7%	39,1%	88,4%	4,3%	2,2%
	Grand-mère/-père	22,4%	41,0%	87,6%	5,1%	1,3%
	Autre	23,9%	48,4%	91,0%	6,5%	3,2%
Niveau d'étude de la PEC	Non scolarisé	16,5%	29,3%	90,0%	2,3%	0,8%
	Primaire	25,9%	42,2%	92,1%	6,0%	2,6%
	Secondaire	37,2%	58,4%	90,9%	10,3%	5,0%
	Supérieur	47,2%	76,4%	85,0%	17,1%	13,8%
Ensemble		24,6%	41,1%	90,5%	5,6%	2,8%

Tableau 30 : Recours aux soins lorsque l'enfant est malade selon les caractéristiques socioculturelles des ménages

Caractéristiques		Structure sanitaire	Guérisseur traditionnel	Agent de santé communautaire	Automédication
Type de communauté	Ville de l'intérieur	83,7%	3,3%	0,1%	12,8%
	Abidjan	83,7%	1,3%	0,0%	14,9%
	Rural	85,7%	4,9%	0,1%	9,2%
Religion du chef de ménage	Animiste	89,0%	6,5%	0,0%	4,5%
	Musulman	84,1%	3,3%	0,1%	12,4%
	Chrétien	82,8%	2,5%	0,0%	14,7%
	Sans religion	89,6%	3,8%	0,5%	6,2%
	Autre religion	63,6%	9,1%	0,0%	27,3%
Groupe ethnique du chef de ménage	Gur	78,9%	3,3%	0,0%	17,8%
	Mande	87,6%	3,4%	0,4%	8,6%
	Kwa-Akan	83,3%	3,0%	0,0%	13,7%
	Krou	83,0%	4,0%	0,0%	13,0%
	CEDEAO	86,1%	2,8%	0,0%	11,0%
	Autre	64,5%	6,5%	0,0%	29,0%
Type de Toilette	Aucun	88,7%	4,5%	0,0%	6,8%
	WC avec chasse	77,6%	0,6%	0,0%	21,8%
	Latrine a fosse	85,7%	3,9%	0,1%	10,2%
Relation de la PEC avec l'enfant	Mère	85,3%	3,3%	0,1%	11,3%
	Père	77,4%	1,1%	0,0%	21,5%
	Frère/sœur	80,4%	4,3%	0,0%	15,2%
	Grand-mère/-père	87,2%	3,8%	0,0%	9,0%
	Autre	75,5%	3,2%	0,6%	20,6%
Niveau d'étude de la PEC	Non scolarisé	85,5%	3,9%	0,1%	10,5%
	Primaire	86,7%	3,2%	0,0%	10,1%
	Secondaire	81,7%	2,3%	0,2%	15,8%
	Supérieur	72,4%	0,8%	0,0%	26,8%
Ensemble		84,4%	3,2%	0,1%	12,3%

Tableau 31 : Connaissance des leaders communautaires sur la vitamine A

Caractéristiques		Urbain	Abidjan	Rural	Ensemble
Bienfaits de la vitamine A	Prévient la maladie	24,1%	20,7%	13,8%	19,5%
	Améliore la santé de l'enfant	62,1%	48,3%	48,3%	52,9%
	Prévient la cécité	13,8%	0,0%	6,9%	6,9%
	Réduit le risque de décès	3,4%	3,4%	0,0%	2,3%
	Ne sait pas	24,1%	37,9%	31,0%	31,0%
	Autre	3,4%	13,8%	13,8%	10,3%
Sources alimentaires de la vitamine A	Jaune d'œuf	10,3%	13,8%	10,3%	11,5%
	Poisson	24,1%	13,8%	6,9%	14,9%
	Huile de palme rouge	6,9%	3,4%	0,0%	3,4%
	Lait, Yaourt	6,9%	17,2%	0,0%	8,0%
	Orange, fruits	20,7%	17,2%	17,2%	18,4%
	Orange, légumes	13,8%	17,2%	6,9%	12,6%
	Ne sait pas	34,5%	37,9%	48,3%	40,2%
	Autres	20,7%	27,6%	27,6%	25,3%
Source d'information sur la vitamine A	Ministère de la santé	20,7%	10,3%	10,3%	13,8%
	ONG	0,0%	3,4%	0,0%	1,1%
	Radio	13,8%	13,8%	6,9%	11,5%
	TV	17,2%	34,5%	10,3%	20,7%
	Dépliants/posters	3,4%	6,9%	0,0%	3,4%
	Parler avec les autres	10,3%	10,3%	0,0%	6,9%
	Travailleur de santé/centre de santé	24,1%	17,2%	65,5%	35,6%
	Autre	34,5%	41,4%	31,0%	35,6%
Groupes cibles pour la supplémentation en vitamine A	Enfants de 6-59 mois	31,0%	17,2%	17,2%	21,8%
	Enfants malnutris	0,0%	3,4%	3,4%	2,3%
	Femmes en période post-partum jusqu'à 6 semaines	0,0%	3,4%	0,0%	1,1%
	Ecoliers	6,9%	10,3%	0,0%	5,7%
	Tous les groupes ci-dessus	6,9%	10,3%	0,0%	5,7%
	Autre	37,9%	51,7%	72,4%	54,0%

Tableau 32 : Connaissance des agents de santé communautaire sur la vitamine A

Caractéristiques		Urbain	Abidjan	Rural	Ensemble
Bienfaits de la vitamine A	Empêche la cécité	46,7%	65,0%	41,4%	49,4%
	Prévient les maladies	50,0%	35,0%	41,4%	43,0%
	Favorise la croissance et le développement de l'enfant	43,3%	55,0%	55,2%	50,6%
	Réduit le risque de décès	0,0%	10,0%	0,0%	2,5%
	Ne sait pas	3,3%	0,0%	0,0%	1,3%
	Autre	13,3%	30,0%	17,2%	19,0%
Le rythme de l'administration de la vitamine A	Tous les 6 mois	30,0%	50,0%	24,1%	32,9%
	Tous les ans	10,0%	10,0%	6,9%	8,9%
	Ne sait pas	36,7%	20,0%	41,4%	34,2%
	Autre	23,3%	20,0%	27,6%	24,1%
Stratégie pour améliorer l'apport en vitamine A	Promouvoir la consommation des aliments riches en vitamine A	30,0%	60,0%	44,8%	43,0%
	Supplémentation en vitamine A	23,3%	25,0%	31,0%	26,6%
	Fortification des aliments	3,3%	10,0%	3,4%	5,1%
	Promouvoir l'allaitement maternel	3,3%	10,0%	0,0%	3,8%
	Ne sait pas	10,0%	15,0%	20,7%	15,2%
	Autres	43,3%	20,0%	13,8%	26,6%

Tableau 33 : Connaissance des agents de santé sur la vitamine A

Caractéristiques		Urbain (n =29)	Abidjan (n =25)	Rural (n=27)	Ensemble (n=81)
Bienfaits de la vitamine A	Empêche la cécité	72,4%	84,0%	85,2%	80,2%
	Prévient les maladies	55,2%	24,0%	44,4%	42,0%
	Favorise la croissance et le développement de l'enfant	62,1%	52,0%	66,7%	60,5%
	Réduit le risque de décès	0,0%	8,0%	0,0%	2,5%
	Ne sait pas	3,4%	4,0%	0,0%	2,5%
	Autre	3,4%	16,0%	3,7%	7,4%
Age de la première dose de vitamine A	A la naissance	10,3%	12,0%	0,0%	7,4%
	Six mois	79,3%	52,0%	100,0%	77,8%
	Neuf mois	0,0%	12,0%	0,0%	3,7%
	Ne sait pas	0,0%	16,0%	0,0%	4,9%
	Autre	10,3%	8,0%	0,0%	6,2%
Sources alimentaires de la vitamine A	Jaune d'œuf	27,6%	24,0%	18,5%	23,5%
	Foie	6,9%	0,0%	11,1%	6,2%
	Poisson	10,3%	20,0%	14,8%	14,8%
	Huile de palme rouge	20,7%	16,0%	18,5%	18,5%
	Lait, Yaourt	17,2%	24,0%	14,8%	18,5%
	Orange, fruits	37,9%	24,0%	48,1%	37,0%
	Orange , légumes	44,8%	56,0%	51,9%	50,6%
	Ne sait pas	6,9%	12,0%	11,1%	9,9%
	Autres	27,6%	16,0%	11,1%	18,5%
Groupes cibles pour la supplémentation en vitamine A	Enfants de 6-59 mois	89,7%	68,0%	96,3%	85,2%
	Enfant ayant une maladie infectieuse	0,0%	4,0%	3,7%	2,5%
	Enfants malnutris	0,0%	4,0%	0,0%	1,2%
	Femmes en période post-partum jusqu'à 6 semaines	13,8%	36,0%	22,2%	23,5%
	Ne sait pas	0,0%	4,0%	0,0%	1,2%
	Autre	20,7%	32,0%	7,4%	19,8%
Dosage de la vitamine A pour les 6-11 mois	100 000 UI	93,1%	68,0%	100,0%	87,7%
	200 000 UI	0,0%	8,0%	0,0%	2,5%
	Ne sait pas	6,9%	20,0%	0,0%	8,6%
Dosage de la vitamine A pour le 12-59 mois	100 000 UI	0,0%	12,0%	0,0%	3,7%
	200 000 UI	89,7%	68,0%	100,0%	86,4%
	Ne sait pas	10,3%	20,0%	0,0%	9,9%
Fréquence d'administration de la vitamine A en une année pour les 06-59 mois	Deux fois/an	75,9%	56,0%	88,9%	74,1%
	Une fois/an	6,9%	8,0%	3,7%	6,2%
	Ne sait pas	6,9%	28,0%	0,0%	11,1%
	Autres	10,3%	8,0%	7,4%	8,6%
Dosage de vitamine A pour les femmes en période post-partum	100 000 UI	82,8%	60,0%	88,9%	77,8%
	200 000 UI	3,4%	12,0%	0,0%	4,9%
	Ne sait pas	13,8%	28,0%	7,4%	16,0%
	Autres	0,0%	0,0%	3,7%	1,2%

TABLEAUX SUR LA PLANIFICATION ET LA MISE EN ŒUVRE DE LA CAMPAGNE

Tableau 34 : Méthodes d'estimation des besoins en capsules de vitamine A par les professionnels de la santé

Méthode	Urbain (n =29)	Abidjan (n =25)	Rural (n=27)	Ensemble (n=81)
Estimation au niveau national à partir du RGPH	3,4%	16,0%	3,7%	7,4%
Estimation au niveau du district en tenant compte des populations cibles à couvrir	82,8%	48,0%	85,2%	72,8%
Notre propre estimation transmise au district	6,9%	20,0%	11,1%	12,3%

Tableau 35 : Stratégies utilisées pour la mobilisation sociale selon les leaders communautaires

Stratégies de mobilisation	Autres urbains (n=29)	Abidjan (n=29)	Rural (n=29)	Ensemble (n=87)
Leaders impliqués dans la campagne	96,6%	44,8%	89,7%	77,0%
Distribution de prospectus/brochure/dépliant	6,9%	3,4%	0,0%	3,4%
Sensibilisation à travers le mégaphone	41,4%	20,7%	41,4%	34,5%
Visite à domicile	13,8%	10,3%	13,8%	12,6%
Rencontre des groupes	48,3%	17,2%	27,6%	31,0%
Porte à porte	13,8%	10,3%	13,8%	12,6%
Utilisation radio	6,9%	17,2%	0,0%	8,0%
Utilisation de la TV	0,0%	17,2%	0,0%	5,7%
Autre	24,1%	41,4%	27,6%	31,0%

Tableau 36 : stratégies utilisées pour la mobilisation sociale selon les agents de santé communautaire

Stratégie de mobilisation sociale utilisée	Autres urbains (n=29)	Abidjan (n=29)	Rural (n=29)	Ensemble (n=87)
ASC/Bénévoles impliqués dans la sensibilisation de la population	50,0%	40,0%	75,9%	57,0%
Distribution de prospectus/brochure/dépliant	0,0%	12,5%	0,0%	2,2%
Sensibilisation à travers le mégaphone	13,3%	12,5%	27,3%	20,0%
Visite à domicile	46,7%	62,5%	45,5%	48,9%
Rencontre des groupes	13,3%	0,0%	4,5%	6,7%
Porte à porte	26,7%	12,5%	18,2%	20,0%
Autre	6,7%	0,0%	4,5%	4,4%

Tableau 37 : Problème d'approvisionnement en vitamine A selon les déclaration des ASC/bénévoles

Gestion logistique	Autres urbains (n=30)	Abidjan (n=20)	Rural (n=29)	Ensemble (n=79)
Conditionnement pour le transport des capsules de vitamine A				
Boite de reconditionnement	86,7%	90,0%	75,9%	83,5%
Sachets	6,7%	5,0%	6,9%	6,3%
Autre	6,7%	5,0%	17,2%	10,1%
Problème d'approvisionnement en vitamine A et en déparasitants				
Pas de problèmes	73,3%	85,0%	86,2%	81,0%
Manque de capsules bleues (100 000 UI)	13,3%	5,0%	6,9%	8,9%
Manque de capsules rouges (200 000 UI)	13,3%	0,0%	3,4%	6,3%
Ne sait pas	3,3%	5,0%	3,4%	3,8%
Autres	3,3%	5,0%	0,0%	2,5%
Raisons des ruptures de stock				
Pas de rupture de stock	66,7%	80,0%	69,0%	70,9%
Sous estimation des besoins en intrants par les responsables	13,3%	0,0%	6,9%	7,6%
Autres	10,0%	5,0%	17,2%	11,4%

Tableau 38 : Problème d'approvisionnement et raisons des ruptures en en vitamine A selon les déclarations des agents de santé

Problème d'approvisionnement et rupture	Urbain (n =29)	Abidjan (n =25)	Rural (n=27)	Ensemble (n=81)
Existence de problèmes d'approvisionnement	13,8%	4,0%	18,5%	12,3%
Manque de capsules bleues (100 000 UI)	10,3%	4,0%	3,7%	6,2%
Manque de capsules rouges (200 000 UI)	6,9%	0,0%	7,4%	4,9%
Livraison tardive des capsules	3,4%	0,0%	3,7%	2,5%
Manque de boite de reconditionnement	0,0%	0,0%	3,7%	1,2%
Raisons des ruptures de stock				
Pas de rupture de stock	69,0%	80,0%	59,3%	69,1%
Retard de l'approvisionnement des formations sanitaires par le district	0,0%	4,0%	0,0%	1,2%
Retard de l'approvisionnement des distributeurs par les formations sanitaires	0,0%	0,0%	3,7%	1,2%
Sous estimation des besoins en intrants par les responsables	10,3%	0,0%	18,5%	9,9%

Tableau 39 : méthode d'évaluation de l'âge de l'enfant et mode d'administration de la vitamine A selon par les professionnels de la santé

Méthode d'évaluation de l'âge et mode d'administration de la vitamine A	Urbain (n =29)	Abidjan (n =25)	Rural (n=27)	Ensemble (n=81)
Méthode d'évaluation de l'âge de l'enfant				
Demander la mère /personne en charge	65,5%	52,0%	88,9%	69,1%
Regarder dans l'acte de naissance ou dans la carnet de santé	24,1%	32,0%	48,1%	34,6%
Regarder les dents de l'enfants	6,9%	8,0%	7,4%	7,4%
Regarder pour voir si l'enfant marche	13,8%	0,0%	7,4%	7,4%
Autres	31,0%	48,0%	7,4%	28,4%
Méthode d'administration de la vitamine A				
Découper la capsule avec des ciseaux et la presser dans la bouche de l'enfant	82,8%	52,0%	92,6%	76,5%
Ne sait pas (pas participé)	17,2%	48,0%	7,4%	23,5%

Tableau 40 : Attitude et pratique des ASC/Bénévoles distributeurs en cas de rupture des capsules

Pratique en cas de rupture	Autres urbains (n=30)	Abidjan (n=20)	Rural (n=29)	Ensemble (n=79)
Attitude en cas de ruptures de stock en capsules 100 000 UI pendant la campagne				
Pas de rupture	16,7%	25,0%	13,8%	17,7%
Données des gouttes de capsule 200 000 UI	53,3%	65,0%	48,3%	54,4%
Renvoyé, pas dit de revenir	6,7%	0,0%	3,4%	3,8%
Renvoyé, demandé de revenir plus tard	0,0%	0,0%	6,9%	2,5%
Référer vers une formation sanitaire plus proche	0,0%	5,0%	13,8%	6,3%
Ne sait pas	0,0%	0,0%	3,4%	1,3%
Autres	20,0%	5,0%	10,3%	12,7%
Mode d'utilisation des capsules de 200 000 UI pour les enfants de 6-11 mois (nombre de gouttes)				
Une goutte	13,3%	30,0%	10,3%	16,5%
Trois gouttes	26,7%	20,0%	20,7%	22,8%
Quatre gouttes	3,3%	5,0%	10,3%	6,3%
Tout le capsule	3,3%	0,0%	0,0%	1,3%
Autre/ne sait pas	53,3%	40,0%	58,6%	51,9%

Tableau 41 : Disponibilité des taux de couverture de la campagne dans le centre de santé

Disponibilité des taux au centre de santé	Urbain (n =29)	Abidjan (n =25)	Rural (n=27)	Ensemble (n=81)
Non disponible	41,4%	36,0%	22,2%	33,3%
Disponible et vu	27,6%	8,0%	40,7%	25,9%
Disponible mais non vu	20,7%	32,0%	33,3%	28,4%
Ne sait pas	10,3%	20,0%	3,7%	11,1%

Tableau 42 : Evaluation de la campagne par les leaders communautaire

Raison de non supplémentation en vitamine A	Autres urbains (n=29)	Abidjan (n=29)	Rural (n=29)	Ensemble (n=87)
Leaders ayant participé à l'organisation de la campagne	96,6%	44,8%	89,7%	77,0%
Leaders ayant reçu le résultat officiel de la campagne	6,9%	0,0%	17,2%	8,0%
Leaders satisfaits de l'organisation de la campagne	89,7%	51,7%	93,1%	78,2%
Suggestions pour améliorer la couverture pour les prochaines campagne				
Sensibiliser les leaders communautaires	24,1%	58,6%	24,1%	35,6%
Utiliser les volontaires communautaires	24,1%	58,6%	24,1%	35,6%
Former/recycler les travailleurs de la santé	3,4%	20,7%	17,2%	13,8%
Augmenter de la disponibilité de la vitamine A	0,0%	3,4%	3,4%	2,3%
Utiliser l'approche des semaines de la santé de l'enfant	10,3%	6,9%	13,8%	10,3%
Utiliser des campagnes de sensibilisation	13,8%	31,0%	13,8%	19,5%

Tableau 43 : Suggestion des ASC/bénévoles

Suggestions	Autres urbains (n=30)	Abidjan (n=20)	Rural (n=29)	Ensemble (n=79)
Avoir des campagnes médiatiques pour améliorer la sensibilisation	10,0%	30,0%	10,3%	15,2%
Sensibilisation des hommes et des chefs de ménage	13,3%	40,0%	48,3%	32,9%
Améliorer la coordination entre la communauté et les personnels de santé	3,3%	20,0%	3,4%	7,6%
Assurer un approvisionnement suffisant et prompt en vitamine A	26,7%	20,0%	20,7%	22,8%
Assurer une formation régulière des agents/personnel de santé	3,3%	15,0%	10,3%	8,9%
Avoir une motivation des bénévoles/relais communautaire	10,0%	10,0%	3,4%	7,6%
Autres (sensibiliser tout le monde, donner plus de moyens aux bénévoles)	30,0%	50,0%	20,7%	31,6%

Tableau 44 : Evaluation de la campagne par les agents de santé

Evaluation et suggestions	Urbain (n =29)	Abidjan (n =25)	Rural (n=27)	Ensemble (n=81)
Les agents de santé qui pensent que la campagne s'est conduite conformément à la planification du district	75,9%	48,0%	85,2%	70,4%
Suggestions pour améliorer la couverture pour les prochaines campagne				
Avoir des campagnes médiatiques pour améliorer la sensibilisation	13,8%	40,0%	0,0%	17,3%
Sensibilisation des hommes et des chefs de ménage	17,2%	28,0%	11,1%	18,5%
Améliorer la coordination entre la communauté et les personnels de santé	10,3%	16,0%	14,8%	13,6%
Assurer un approvisionnement suffisant et prompt en vitamine A	62,1%	16,0%	66,7%	49,4%
Assurer une formation régulière des agents/personnel de santé	13,8%	40,0%	22,2%	24,7%
Avoir une motivation des agents de santé	10,3%	8,0%	11,1%	9,9%
Avoir une motivation des bénévoles/relais communautaire	13,8%	8,0%	11,1%	11,1%
Ne sait pas	3,4%	0,0%	0,0%	1,2%
Autres (appuis financiers, campagne de proximité, stratégie avancée, suivi régulier du PNN,...)	20,7%	28,0%	33,3%	27,2%

Tableau 45 : Supplémentation de la vitamine A en routine

Supplémentation de routine	Urbain (n =29)	Abidjan (n =25)	Rural (n=27)	Ensemble (n=81)
La vitamine A est donnée pendant les contacts sanitaires de routine	44,8%	64,0%	55,6%	54,3%
Mode d'enregistrement de la supplémentation en vitamine A pendant les contacts sanitaires de routine				
Carnet de santé	38,5%	33,3%	33,3%	34,1%
Registre	7,7%	33,3%	13,3%	18,2%
Rapport SIG	15,4%	6,7%	6,7%	9,1%
Existence d'un stock de vitamine A pour la routine	31,0%	60,0%	29,6%	39,5%
Source d'approvisionnement de la vitamine A pour la routine				
Campagne	31,0%	60,0%	29,6%	39,5%
District	6,9%	4,0%	3,7%	4,9%
Programme national (PNN)	24,1%	48,0%	51,9%	40,7%
Ne sait pas	3,4%	4,0%	0,0%	2,5%
Autre	3,4%	8,0%	3,7%	4,9%
La vitamine A est donnée aux enfants malades	58,6%	40,0%	59,3%	53,1%
Mode d'enregistrement de la supplémentation en vitamine A quand un enfant est malade				
Carnet de santé	47,1%	50,0%	31,3%	41,9%
Registre	23,5%	30,0%	6,3%	18,6%
Rapport SIG	5,9%	0,0%	6,3%	4,7%
Fiche de pointage	17,6%	20,0%	25,0%	20,9%
Informations données à la mère au sujet de la vitamine A				
Protège votre enfant de la cécité	51,7%	60,0%	70,4%	60,5%
Améliore l'immunité contre les maladies infectieuses	65,5%	44,0%	51,9%	54,3%
Votre enfant va croître et se développer mieux	51,7%	40,0%	63,0%	51,9%
Donner la vitamine A tous les mois à l'enfant	0,0%	24,0%	7,4%	9,9%
Réduction de la mortalité	0,0%	8,0%	3,7%	3,7%
Aucune information n'est donnée	10,3%	12,0%	3,7%	8,6%

ANNEXES 2 : RESSOURCHES HUMAINES

EQUIPE DE CONSULTANTS

Nom et Prénoms	Poste
SEKA Monney Firmin	Consultant principal
ADJA Raymond	Spécialiste Santé publique
DAGO Maurice André	Sociologue
DAHAPKOIN Berenger	Informaticien
BAKARI Soro	Statisticien

EQUIPE D'APPUI NATIONAL

Nom et Prénoms	Service	Fonction
Dr. ETIEGNE MIAN Stanislas	HKI	Coordonnateur des Programmes
Dr. GNAKRI Charles	HKI	Chargé des Projets Nutrition
Mr. MOSSAN Huberson	HKI	Informaticien (IT)
Mme NOMEL Victoire	HKI	Comptable
Mme DIABATE Mariam	HKI	Assistante Administrative
Dr. OUTTARA Sanga Mamadou	DC- PNN	Chargé d'étude
Mr. ANGAMA Ehouman	DC-PEV	Responsable Communication

EQUIPE DE COLLECTE DE DONNEES

CHEFS D'EQUIPE

N°	Nom et Prénoms	Poste	Equipe
01	SOMIAN Jean Marc	Chef d'équipe	Equipe 01
02	MAMADOU Dosso	Chef d'équipe	Equipe 02
03	MEYIBO Arsène	Chef d'équipe	Equipe 03
04	KONE Songui	Chef d'équipe	Equipe 04
05	DIBY Clément	Chef d'équipe	Equipe 05
06	MAMA Djima	Chef d'équipe	Equipe 06
07	DAPRE Huges Michel	Chef d'équipe	Equipe 07
08	NIABA Valery	Chef d'équipe	Equipe 08
09	COULIBALY Solange	Chef d'équipe	Equipe 09
10	Agnimel Anne Alice	Chef d'équipe	Equipe 10

AGENTS ENQUETEURS

N°	NOM ET PRENOMS	Statut	Equipe
01	DIAKALE Stéphanie	Enquêteur	Equipe 01
02	N'ZOUÉ Amino Natalie	Enquêteur	Equipe 01
03	LOKPO Leopold Florent Madou	Enquêteur	Equipe 01
04	ADOU Marc	Enquêteur	Equipe 02
05	GNEZE Hacinthe	Enquêteur	Equipe 02
06	SEKA Apollinaire	Enquêteur	Equipe 02
07	ADOPO Paule Corine	Enquêteur	Equipe 03
08	ELLOH Bobo Franck	Enquêteur	Equipe 03
09	KORAH I Huguette	Enquêteur	Equipe 03
10	BOHOUSSOU Christelle	Enquêteur	Equipe 04
11	KOUASSI Kouakou Firmin	Enquêteur	Equipe 04
12	TA Lou Irie Celine	Enquêteur	Equipe 04
13	BROU Aka Jeanne	Enquêteur	Equipe 05
14	KOFFI Kramo Thierry	Enquêteur	Equipe 05
15	KOUASSI Emmanuella	Enquêteur	Equipe 05
16	DALO Blé Joseph	Enquêteur	Equipe 06
17	KOUADIO Kouamé Innocent	Enquêteur	Equipe 06
18	ZOMAN Sery Pierre	Enquêteur	Equipe 06
19	ZOH Gonshay Didier	Enquêteur	Equipe 07
20	KOUADIO Boli Roger	Enquêteur	Equipe 07
21	KPANDE Sahi Eugene	Enquêteur	Equipe 07
22	AMANTCHO Elodie	Enquêteur	Equipe 08
23	BOHOUSSOU Amanda	Enquêteur	Equipe 08
24	OSSEY Christian Landry	Enquêteur	Equipe 08
25	DIEZOU Yao Igor	Enquêteur	Equipe 09
26	AGO LOBA Arthur	Enquêteur	Equipe 07
27	N'ZOUÉ Aya Eliane	Enquêteur	Equipe 09
28	KOUASSI Kouassi Germain	Enquêteur	Equipe 10
29	SEBIME Adou Bénédicte	Enquêteur	Equipe 10
30	YAPO Franck	Enquêteur	Equipe 10

OPERATEURS DE SAISIE

N°	NOM ET PRENOMS	Statut
01	YAO Gones Janvier	Agent de saisie
02	COULIBALY Gninkita	Agent de saisie
03	LEGBO Alain	Agent de saisie
04	KONAN Akissi Roseline	Agent de saisie
05	YAYI Sylvie	Agent de saisie
06	BECHIO	Agent de saisie

ANNEXES 3 : SITES D'ENQUETE

SITES D'ABIDJAN

N°	Numero grappe	Lib_strate	commune	DR	Quartier
01	Grappe_01	ABIDJAN	ABOBO	1066	SAGBE-SUD
02	Grappe_02	ABIDJAN	ABOBO	1170	AGNISSANKOI AVOCATIER
03	Grappe_03	ABIDJAN	ABOBO	1270	ABOBO CENTRE
04	Grappe_04	ABIDJAN	ABOBO	1372	CENT DOUZE HECTARE
05	Grappe_05	ABIDJAN	ABOBO	1472	CLOCHA KENNEDY
06	Grappe_06	ABIDJAN	ADJAME	1025	ADJAME VILLAGE
07	Grappe_07	ABIDJAN	ADJAME	1125	EBRIE
08	Grappe_08	ABIDJAN	ADJAME	1225	WILLAMSVILLE I
09	Grappe_09	ABIDJAN	ATTECOUBE	1091	CITE FRAIMONT
10	Grappe_10	ABIDJAN	COCODY	1003	7IEME TRANCHE
11	Grappe_11	ABIDJAN	COCODY	1103	CITE DES ARTS
12	Grappe_12	ABIDJAN	COCODY	1203	ANGRE
13	Grappe_13	ABIDJAN	KOUMASSI	1066	MAIRIE
14	Grappe_14	ABIDJAN	KOUMASSI	1168	REMBLAI
15	Grappe_15	ABIDJAN	KOUMASSI	1271	NORD EST II
16	Grappe_16	ABIDJAN	MARCORY	1013	CHANPROUX
17	Grappe_17	ABIDJAN	MARCORY	1113	ALLIODAN
18	Grappe_18	ABIDJAN	PLATEAU	1007	STADE/RAN GARAGE
19	Grappe_19	ABIDJAN	PORT-BOUET	1093	ABATTOIR
20	Grappe_20	ABIDJAN	PORT-BOUET	1194	JEAN FOLLY
21	Grappe_21	ABIDJAN	TREICHVILLE	1038	TANOH BLAISE
22	Grappe_22	ABIDJAN	YOPOUGON	1003	ANDOKOI
23	Grappe_23	ABIDJAN	YOPOUGON	1103	NOUVEAU QUARTIER
24	Grappe_24	ABIDJAN	YOPOUGON	1205	MAIRIE
25	Grappe_25	ABIDJAN	YOPOUGON	1305	SIDECI-SICOGI LOCATION VENTE
26	Grappe_26	ABIDJAN	YOPOUGON	1407	PORT BOUET 2
27	Grappe_27	ABIDJAN	YOPOUGON	1507 /501	CAMP MILLITAIRE
28	Grappe_28	ABIDJAN	ANYAMA	1026	GARE
29	Grappe_29	ABIDJAN	ANYAMA	3049	
30	Grappe_30	ABIDJAN	SONGON	3023	

SITES URBAINS INTERIEUR DU PAYS

N°	N° GRAPPES	DR	STRATE	DEPARTEMENT	LOCALITES	QUARTIER DE LA VILLE
01	Grappe_31	1001	URBAIN	ABENGOUROU	ABENGOUROU	
02	Grappe_32	1010	URBAIN	ADIAKE	ADIAKE	AGNI
03	Grappe_33	1035	URBAIN	AGBOVILLE	AGBOVILLE	ADAHOU, RAN
04	Grappe_34	1026	URBAIN	BONGOUANOU	ARRAH	KOKO
05	Grappe_35	2008	URBAIN	DANANE	BIN-HOUYE	
06	Grappe_36	1018	URBAIN	BOUAFLE	BONON	FREFREDOU
07	Grappe_37	1021	URBAIN	BOUAKE	BOUAKE	SOKOURA
08	Grappe_38	1143	URBAIN	BOUAKE	BOUAKE	NIMBO
09	Grappe_39	1268	URBAIN	BOUAKE	BOUAKE	ZONE INDUSTRIELLE
10	Grappe_40	1393	URBAIN	BOUAKE	BOUAKE	BELLE VILLE
11	Grappe_41	1010	URBAIN	SOUBRE	BUYO	BUYO PLATEAU
12	Grappe_42	1052	URBAIN	DALOA	DALOA	DIOULABOUGOU
13	Grappe_43	1015	URBAIN	DANANE	DANANE	BLEYALEU
14	Grappe_44	1005	URBAIN	DIMBOKRO	DIMBOKRO	
15	Grappe_45	1077	URBAIN	DIVO	DIVO	KONANKRO EST/COMMERCE
16	Grappe_46	1045	URBAIN	FERKESSEDOUGOU	FERKESSEDOUGOU	BRAMAKOTE
17	Grappe_47	1089	URBAIN	GAGNOA	GAGNOA	DAR ES SALEM
18	Grappe_48	1002	URBAIN	GAGNOA	GUIBEROUA	COLLEGE
19	Grappe_49	1011	URBAIN	JACQUEVILLE	JACQUEVILLE	CPTS
20	Grappe_50	1057	URBAIN	KORHOGO	KORHOGO	ZONE INDUSTRIELLE
21	Grappe_51	1027	URBAIN	LAKOTA	LAKOTA	LOUI -ZEGA
22	Grappe_52	1102	URBAIN	MAN	MAN	DIOULABOUGOU
23	Grappe_53	2003	URBAIN	KATIOLA	NIAKARAMADOUGOU	
24	Grappe_54	2006	URBAIN	GAGNOA	OURAGAHIO	NOUVEAU QUARTIER +CPTS
25	Grappe_55	1064	URBAIN	SAN-PEDRO	SAN-PEDRO	BARDO
26	Grappe_56	1009	URBAIN	SIKENSI	SIKENSI	
27	Grappe_57	1051	URBAIN	SOUBRE	SOUBRE	
28	Grappe_58	2003	URBAIN	TIASSALE	TIASSALE	TIASSALEKRO/ BELLE VILLE
29	Grappe_59	1018	URBAIN	TOUMODI	TOUMODI	AKLOMIOBLA
30	Grappe_60	1078	URBAIN	YAMOOUSSOUKRO	YAMOOUSSOUKRO	KOKRENOU

SITES RURAUX

N°	N° GRAPPES	DR	STRATE	DEPARTEMENT	SOUS-PREF	LOCALITES
01	Grappe_61	3133	RURAL	ABENGOUROU	ABENGOUROU	AMELEKIA
02	Grappe_62	3164	RURAL	AGBOVILLE	AGBOVILLE	ABOUDE MANDEKE
03	Grappe_63	3028	RURAL	BONGOUANOU	ARRAH	ASSOUAKRO
04	Grappe_64	3053	RURAL	DALOA	BEDIALA	GONATE
05	Grappe_65	3073	RURAL	GUIGLO	BLOLEQUIN	DIBOKE
06	Grappe_66	3014	RURAL	M'BAHIKRO	BONGUERA	ANZANDOUGOU ,TOTODOUGOU
07	Grappe_67	3028	RURAL	BOUAKE	BOUAKE	BENDE KOUASSIKRO
08	Grappe_68	3026	RURAL	DABOU	DABOU	NOUVEL OUSROU
09	Grappe_69	3085	RURAL	VAVOUA	DANIA	VAOU
10	Grappe_70	3033	RURAL	DIMBOKRO	DIMBOKRO	KOUAKOU LEKIKRO
11	Grappe_71	3049	RURAL	DUEKOUÉ	DUEKOUÉ	BAHE-BLAON
12	Grappe_72	3038	RURAL	GAGNOA	GAGNOA	WANÉWA
13	Grappe_73	3046	RURAL	TABOU	GRABO	NIGRE
14	Grappe_74	3004	RURAL	DUEKOUÉ	GUEZON	TOBLY-BANGOLO
15	Grappe_75	3097	RURAL	DIVO	GUITRY	AWALEZO
16	Grappe_76	3017	RURAL	BOUNDIALI	KASSERE	LAFI
17	Grappe_77	3004	RURAL	BOCANDA	KOUASSI-KOUASSIKRO	GBANAN-N GATTAKRO
18	Grappe_78	3041	RURAL	MAN	LOGOUALE	GONGOUINE II
19	Grappe_79	3028	RURAL	M'BAHIKRO	M'BAHIKRO	ADI YAPIKRO
20	Grappe_80	3025	RURAL	KORHOGO	NAPIELEDOUNGOU	KIEMOU
21	Grappe_81	3060	RURAL	OUME	OUME	SAKAHO
22	Grappe_82	3060	RURAL	ISSIA	SAIOUA	SDAHIRA
23	Grappe_83	3147	RURAL	SAN-PEDRO	SAN-PEDRO	GLIGBEUADJE
24	Grappe_84	3022	RURAL	VAVOUA	SEITIFLA	PROZI I ET/ DOUFLA
25	Grappe_85	3005	RURAL	BIANKOUMA	SIPLOU	GLAN
26	Grappe_86	3105	RURAL	TIASSALE	TAABO	AHONDO
27	Grappe_87	3016	RURAL	BONDOUKOU	TAOUDI	BILIKEHI
28	Grappe_88	3037	RURAL	MANKONO	TIENINGBOUE	BAGAO / TIEFINIDOUNGOU / NIANGOURALOU-KOUMAGATE
29	Grappe_89	3007	RURAL	SEGUELA	WOROFILA	DOUGOUGBE / KOGNIMASSO / YANFISSA
30	Grappe_90	3077	RURAL	DANANE	ZOUAN-HOUNIEN	DEAGBANGOMPLEU