

République de Guinée
Travail – Justice – Solidarité



Ministère de la Santé



Helen Keller
INTERNATIONAL

Enquête de couverture post SSME En Guinée

Août 2018

Résumé

L'enquête d'évaluation de couverture en Vitamine A après la SSME a permis d'évaluer les couvertures effectives en vitamine A, rougeole et en penta 3 ; d'apprécier les niveaux de connaissance de la vitamine A et la vaccination chez les prestataires et chez les bénéficiaires des services de santé ; d'évaluer les procédures/processus d'administration de la vitamine A, du déparasitage et de vaccination par les agents des services de santé et les distributeurs et vaccinateurs et de déterminer l'efficacité des supports de communication et de la mobilisation sociale.

Pour y arriver, trois (3) strates ont été formées qui sont la zone de Conakry, la zone HKI composée des régions administratives de Kankan et de Faranah et la zone non HKI qui comprend les régions administratives de Boké, Kindia, Labé, Mamou et de Nzérékoré. 904, 898 et 898 enfants de 6 à 59 mois ont été enquêtés respectivement dans les strates de la zone HKI, Conakry et la zone non HKI. Ces enfants ont été répartis dans 30 grappes. En plus de la collecte des données auprès des ménages concernant les enfants de 6 à 59 mois, 37, 34 et 28 personnels de santé ont été enquêtés respectivement dans la zone non HKI, à Conakry et dans la zone HKI. 34 distributeurs ont aussi été enquêtés dans la zone non HKI, 27 à Conakry et 31 dans la zone HKI. Les données ont été collectées à travers les smartphones.

Après la collecte des données, les résultats des analyses ont montré que dans l'ensemble près de 91% des enquêtés, étaient les parents biologiques des enfants. Pour le taux de couverture en Vitamine A selon la réponse de la mère et la carte, près de 63% des enfants de 6-59 mois ont été touchés au niveau national. Ces taux sont 70,2% ; 61,4% et 43,1% respectivement dans la zone HKI, zone non HKI et la zone de Conakry. Quant à la couverture vaccinale contre la rougeole, au niveau national, 29% des enfants avaient leur statut vaccinal à jour selon la carte jaune ou le carnet de santé de l'enfant. Par strate la proportion la plus élevée a été enregistrée dans la zone de HKI avec 38,4%. Ces taux sont de 32,7% à Conakry et de 29,2% dans la zone non HKI. Pour le statut du Pentavalent 3, la proportion des enfants ayant leur carnet à jour est de 29,1% au niveau national. Ces couvertures sont de 33,8% à Conakry ; 34,8% dans la zone de HKI et 30,8% dans la zone non HKI.

L'analyse de la question sur la formation suivie sur la vitamine A avant la tenue de la SSME, a montré dans l'ensemble 76,5% du personnel de santé interviewé, l'a affirmé. Par strate, ces proportions sont de 70,3% dans la zone non HKI ; 73,5% à Conakry et 87,1% dans la zone HKI. Pour la plupart des enquêtés ayant suivi la formation 51,3% ont affirmé qu'ils l'ont suivi il y a moins de 3 mois.

La connaissance de la vitamine A par les distributeurs, peut les aider à mieux communiquer pendant les séances de sensibilisation. L'évaluation faite par rapport à cela, a révélé que dans l'ensemble près de 99% des distributeurs ont déclaré avoir entendu parler de la vitamine A. Ces proportions sont de 100% dans la zone non HKI et celle de HKI et de 96,3% dans la zone de Conakry. Les principales sources d'informations de ces distributeurs sur la vitamine A sont les agents communautaires et le personnel de santé. Par ailleurs plusieurs avantages de la vitamine A, ont été cités mentionnés par les distributeurs ayant entendu parler de la vitamine A. Les deux principaux avantages cités sont la prévention de la cécité ou l'aide à la vision et l'aide à la croissance.

Des efforts de planification et de communication devront être envisagés pour le prochain tour de campagne

Remerciements

L'enquête de couverture post campagne de la Semaine de Santé de la Mère et de l'Enfant pour évaluer les couvertures effectives en vitamine A, rougeole et en penta 3 ; d'apprécier les niveaux de connaissance de la vitamine A, le déparasitage et la vaccination chez les prestataires et chez les bénéficiaires des services de santé ; d'évaluer les procédures/processus d'administration de la vitamine A, du déparasitage et de vaccination par les agents des services de santé et les distributeurs et vaccinateurs et de déterminer l'efficacité des supports de communication et de la mobilisation sociale, a été conduite par Helen Keller International (HKI) avec l'appui financier de Givewell et en collaboration avec la Division Alimentation et Nutrition (DAN) du Ministère de la Santé Publique (MSP).

Enfin, nous remercions les autorités administratives et locales, les superviseurs, chefs d'équipe et enquêteurs qui n'ont ménagé aucun effort pour la réussite de cette enquête.

Table des matières

Résumé 2

Remerciements	3
Liste des tableaux	6
Liste des cartes et graphiques	7
ABREVIATION.....	8
1. Contexte du projet	9
Objectifs de l'enquête	9
3. Méthodologie.....	9
3.1. Type d'enquête	10
3.2. Zone de l'étude et niveau de représentativité.....	10
3.3. Taille de l'échantillon.....	10
3.4. Sélection des grappes, ménages et enfants dans les différentes strates.	11
3.5. Les outils de collecte.....	14
3.6. Recrutement et formation des enquêteurs	14
3.7. Supervision de la collecte des données et contrôle de qualité.....	16
3.8. Saisie et vérification des données	16
3.9. Analyse des données	16
3.10. Calcul des coefficients de pondération.....	16
3.11. Analyses statistiques.....	16
3.12. Dissémination des résultats de l'enquête	16
4. Résultats.....	17
4.1. Résultats administratifs.....	17
4.2. Résultats de l'enquête de couverture.....	17
4.2.2. Caractéristiques des enquêtés et des enfants	17
4.2.3. Caractéristiques des ménages enquêtés.....	18
4.2.4. Caractéristiques des répondants.....	19
4.3. Habitudes, comportements et services de santé	20
4.3.2. Connaissance sur la campagne.....	22
4.3.3. Connaissance sur la SVA.....	24
4.3.4. Couverture vaccinale	24
4.3.5. Raisons de la non prise de la vitamine A, le vaccin contre la poliomyélite et le Pentavalent 3.	27
4.3.6. Déterminants de la couverture de la vitamine A, rougeole et le pentavalent 3.	28
4.4. Enquête auprès des agents de santé	31
4.4.1. Description du personnel de santé enquêté	31
4.4.2. Participation à la campagne.....	32
4.4.3. Activités de routine.....	33

4.4.4.	Connaissance sur la vitamine A.....	35
4.5.	Enquête auprès des Distributeurs Communautaires (DC).....	36
4.5.2.	Caractéristiques des enquêtés	37
4.5.3.	Participation à la campagne	38
4.5.4.	Administration de la vitamine A et le déparasitage	40
4.5.5.	Connaissances sur la vitamine A	40
4.5.6.	Raisons d'exclusion des enfants pendant plusieurs campagnes.....	41
5.	Conclusion et recommandations	44

Liste des tableaux

Tableau 1 : Calcul de la taille de l'échantillon	11
Tableau 2 : Répartition des équipes par préfecture.....	14
Tableau 3 : Couverture administrative.....	17
Tableau 4 : Répartition des enfants enquêtés selon caractéristiques socioéconomiques des enfants et des ménages par strate	18
Tableau 5 : Répartition des enfants enquêtés selon caractéristiques socioéconomiques des enfants et des ménages par strate	18
Tableau 6 : Répartition des répondants selon les caractéristiques sociodémographiques des répondants par strate.....	19
Tableau 7 : Comportement face aux soins par strate.....	21
Tableau 8 : Proportion des enfants utilisant les services de garderie ou une moustiquaire pendant la nuit par strate.....	22
Tableau 9 : Proportion des répondants au courant de la tenue de la semaine santé de la mère et de l'enfant	23
Tableau 10 : Connaissances sur la vitamine A par strate.....	24
Tableau 11 : Fourniture des services pendant la SSME.....	26
Tableau 12 : Déterminants de la couverture de la supplémentation en vitamine A	30
Tableau 13 : Répartition du personnel de santé enquêté selon les caractéristiques sociodémographiques par strate.....	32
Tableau 14 : Répartition du personnel de santé enquêté selon sa participation à la SSME ou non par strate.....	33
Tableau 15 : Répartition du personnel de santé enquêté selon activités de routine effectuées par strate.	35
Tableau 16 : Répartition des enquêtés ayant suivi une formation ou non sur la vitamine A par strate.	36
Tableau 17 : Répartition des distributeurs communautaires selon les caractéristiques sociodémographiques par strate.....	37
Tableau 18 : Répartition des distributeurs communautaires ayant participé ou non à la SSME par strate.....	39
Tableau 19 : Répartition des distributeurs communautaires ayant participé à la distribution de la vitamine A par strate	40
Tableau 20 : Répartition des distributeurs communautaires ayant entendu parler de la vitamine A, ces avantages, groupes cibles et le déparasitage par strate.....	41
Tableau 21 : Répartition des distributeurs communautaires selon les raisons d'exclusion des enfants pendant plusieurs campagnes par strate.....	42

Liste des figures

Figure 1: Utilisation des service de routine par les enfants et par strate.....	20
Figure 2: Sources information sur les services de santé	21
Figure 3: Barrières à l'accès aux soins de santé	22
Figure 4: Sources d'information sur la tenue de la SSME.....	23
Figure 5: couverture vitamine A, rougeole et penta 3 pendant la SSME par strate	25
Figure 6: Autres services reçus pendant la SSME	26
Figure 7: Raisons de non supplémentation en vitamine A.....	27
Figure 8: Raisons de vaccination contre la rougeole	27
Figure 9: Raisons de non réception du PENTA 3.....	28
Figure 10: Sexe des répondants	31

ABREVIATION

AC	Agent Communautaire
CSCom	Centre de Santé Communautaire
DC	Distributaires Communautaires
FPPI	Femmes en Post Partum Immédiat
GPS:	Global Positionning System
HKI	Helen Keller International
INS	Institut National de la Statistique
IT Manager	Information Technology Manager
JNV	Journées Nationales de Vaccination
MCD	Médecin Chef du District
MS Excel	MicroSoft Excel
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PECS	Post Event Coverage Survey (Enquête de couverture après campagne)
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2009 actualisé
RND	Responsable Nutrition du District
SSME	Semaine de Santé de la Mère et de l'Enfant
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SVA	Supplémentation en vitamine A
USAID/SSGI	Services Santé à Grand Impact
UI	Unité International
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
ZD	Zone de Denombrement

1. Contexte du projet

Helen Keller International (HKI) est une Organisation Internationale Non Gouvernementale à but non lucratif engagée dans la prévention de la cécité et la réduction de la malnutrition. Sa mission est de sauver la vue et la vie des plus vulnérables. Elle lutte contre les causes et les conséquences de la malnutrition et la cécité en établissant des programmes basés sur des éléments de preuve et la recherche en vision, santé et nutrition.

Depuis Janvier 2018, avec l'appui financier de Givewell, HKI met en œuvre un projet de trois ans sur la supplémentation en vitamine A.

Le but du projet est d'apporter l'expertise de HKI au Ministère de la Santé pour la préparation, l'exécution, la supervision et l'évaluation des semaines de santé de l'enfant et de la mère à travers :

- ✓ Appui aux districts sanitaires pour la micro planification des activités de budgétisation des semaines de santé de la mère et de l'enfant ;
- ✓ Mobilisation sociale par l'élaboration spots audio, des émissions inter actives qui seront diffusés à l'approche des semaines de santé de la mère et de l'enfant afin de mobiliser les populations, tous les leaders d'opinion. Aussi une mobilisation par la participation des groupements de femme réunis à travers les organisations de micro crédit déjà existant ;
- ✓ Formation et prise en charge des perdiems des agents chargés de la distribution de la vitamine A ;
- ✓ Supervision des activités : Les outils de supervision conventionnellement élaborés seront retranscrits sur des tablettes de manière à ce que les informations recueillies bénéficient d'une analyse rapide via une connexion internet ;
- ✓ Supervision indépendante : L'expertise obtenue dans la mise en œuvre de nos programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées sera mise à contribution pour le monitoring de la semaine santé de l'enfant ;
- ✓ Evaluation de couverture post distribution de ces semaines de santé de la mère et de l'enfant.

2. Objectifs de l'enquête

Au terme de sa consultance le consultant devra :

- Evaluer les couvertures effectives en vitamine A, rougeole et en penta 3 ;
- Apprécier les niveaux de connaissance de la vitamine A, le déparasitage et la vaccination chez les prestataires et chez les bénéficiaires des services de santé ;
- Evaluer les procédures/processus d'administration de la vitamine A, du déparasitage et de vaccination par les agents des services de santé et les distributeurs et vaccinateurs ;
- Déterminer l'efficacité des supports de communication et de la mobilisation sociale ;
- Produire une base de données et un rapport de l'enquête.

3. Méthodologie

Cette section prend en compte, le type d'enquête à réaliser pour répondre aux objectifs de du programme, la stratification effectuée, le calcul de la taille de l'échantillon, les méthodes de sélection des grappes, des ménages et des enfants, les outils et le système de collecte utilisés. Un accent sera également mis sur le personnel impliqué dans l'enquête et les techniques d'analyse des données.

2.1. Type d'enquête

Compte tenu de la dispersion de la population et de l'absence de listes de ménages, un sondage par grappe a été effectué. Il s'agit donc d'une enquête rétrospective par grappe à plusieurs degrés.

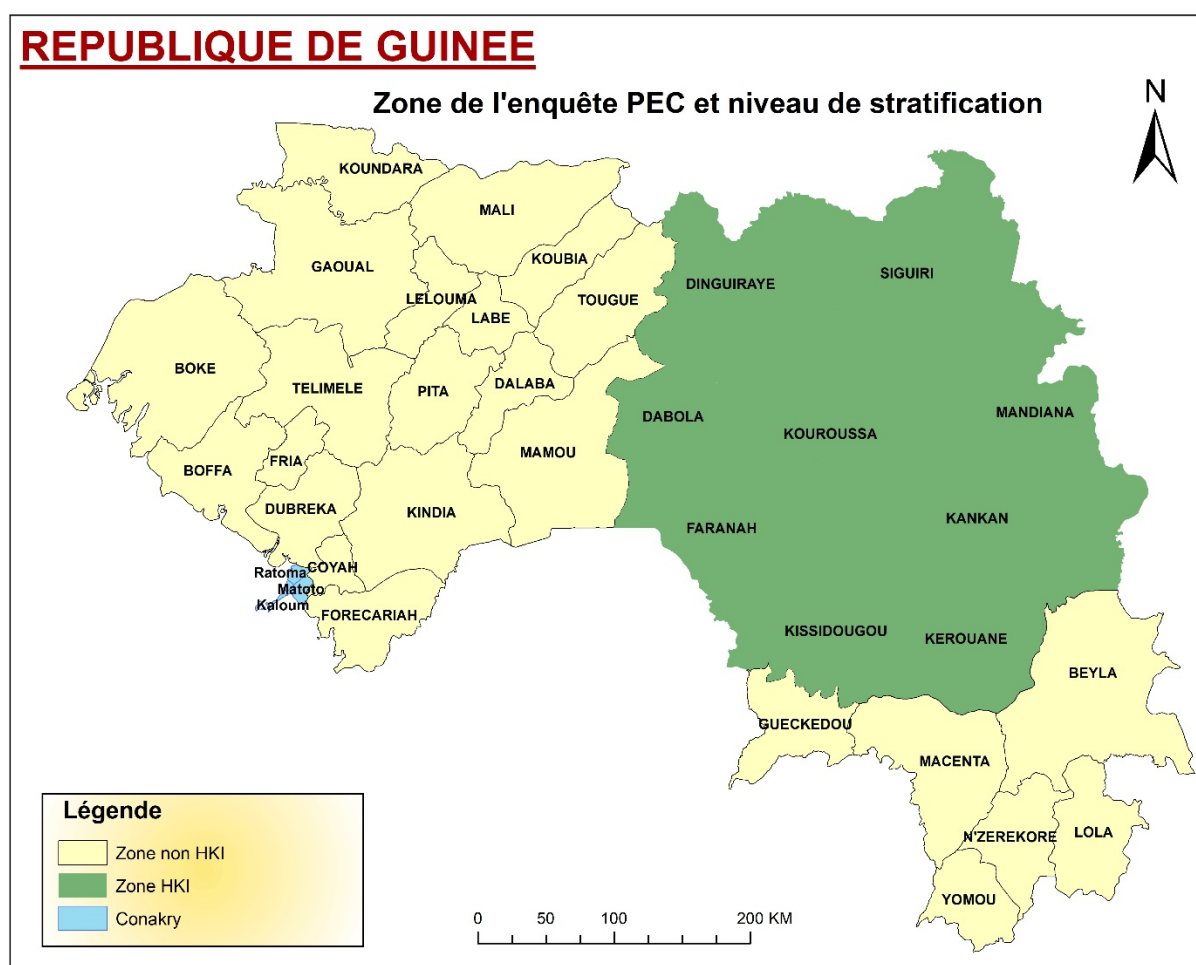
2.2. Zone de l'étude et niveau de représentativité

L'évaluation de la couverture post campagne de la supplémentation en vitamine A, du déparasitage et de la vaccination des SSME, a concerné toute l'étendue du territoire national.

Pour cette étude, la Guinée a été divisée en trois (3) strates :

- La zone spéciale de Conakry ;
- La zone HKI composée des régions administratives de Kankan et de Faranah ;
- Le reste du pays composée des cinq (5) autres régions : Boké, Kindia, Labé, Mamou et de Nzérékoré comme le montre la carte ci-dessous.

Carte1 : Zone de l'enquête et niveau de stratification



2.3. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon pour une enquête basée sur la population est déterminée par trois facteurs : (i) l'estimation de la prévalence de la variable d'intérêt (ii) le niveau de confiance voulu et (iii) la marge d'erreur acceptable.

Pour simplifier la méthode d'échantillonnage PECS, le calcul de la taille de l'échantillon a déjà été fait. Comme indiqué dans l'encadré ci-dessous, le sondage d'environ 900 enfants est suffisant pour évaluer la couverture SVA/déparasitage/vaccination (OMS) avec une précision de $\pm 5\%$ pour chaque strate. Pour le calcul de la taille de l'échantillon. Pour tous les cas où l'enquête PECS doit être effectuée, ce qui suit est prévue pour le calcul de l'échantillon :

- (i.) Le taux de couverture estimé est de 50% pour avoir la taille maximale de l'échantillon ;
- (ii.) Le niveau de confiance voulu est de 95% (l'écart réduit est de 1,96);
- (iii.) La marge d'erreur est de 5%.

Par ailleurs, l'enquête PECS a utilisé une méthode d'échantillonnage en grappes (et pas un échantillonnage aléatoire simple). Il est important d'examiner l'effet du modèle d'étude (connu sous le nom d'effet du plan de sondage). Plus les observations sont considérées comme étant dues à l'effet du modèle d'étude, plus élevé sera l'effet du plan d'échantillonnage. Un échantillon aléatoire simple – c'est-à-dire dans lequel les sujets sont choisis au hasard dans l'ensemble de la population d'étude – aura un effet du plan de sondage de 1 car il y a peu ou pas de similitude systématique entre chaque sujet. En revanche, puisque l'enquête PECS choisie les participants à partir des grappes choisies, les sujets dans chaque grappe peuvent systématiquement avoir des caractéristiques communes. Cela doit donc être considéré dans la taille de l'échantillon. Pour les enquêtes PECS, l'effet du plan de sondage a été fixé à 2,3. Le tableau ci-dessous donne la taille de l'échantillon par strate.

Tableau 1 : Calcul de la taille de l'échantillon

$n = \frac{t^2 \times p(1-p) \times de}{m^2}$	$n = \frac{(1.96)^2 \times (0.5) (1-0.5) \times 2.3}{(0.05)^2}$ <p>= 883.57 qui peut être arrondi à 900</p>
<p>n = taille de l'échantillon requise t = écart réduit du niveau de confiance p = taux de couverture estimé m = marge d'erreur acceptable</p> <p>de = effet du plan de sondage (effet de grappe)</p>	<p>n = taille de l'échantillon requise t = niveau de confiance à 95% (écart réduit= 1.96) p = taux de couverture estimé(50%) m = marge d'erreur acceptable 5% (0.05) de = 2.3</p>

2.4. Sélection des grappes, ménages et enfants dans les différentes strates.

La base de sondage retenue pour cette enquête est constituée par la liste des Zones de Dénombrement (ZD) issues de la Cartographie censitaire de 2010 et mise à jour en 2016. Dans cette base, chaque ZD est identifiée par : la région, la préfecture, la sous-préfecture/commune, le district et le milieu de résidence. Pour chaque ZD, nous disposons du nombre de ménages et de la population totale correspondante issus des résultats provisoires du RGPH.

Par ailleurs, nous savons d'expérience que la couverture entre les milieux urbains et ruraux varie de manière significative, et ce même lorsque la méthode utilisée est la même dans les deux zones. Cette différence peut être due à un nombre de facteurs comme des comportements différents de la

population en face des services de santé, des différences dans la disponibilité de ces services, des activités différentes des parents entre les milieux, etc.

Des études montrent des résultats contradictoires mais dans l'ensemble elles suggèrent des couvertures plus faibles en milieu urbain.

Il faut également se rappeler que dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, la population rurale est souvent beaucoup plus importante que la population urbaine. Pour obtenir une mesure de couverture représentative à l'échelle nationale, cette différence doit être considérée en stratifiant l'échantillon de sorte que la proportion de la population dans les strates urbaines et rurales soit reflétée dans l'échantillon final. Cela évitera que l'un des milieux exerce une influence indue sur les résultats globaux.

Il est recommandé de:

- Stratifier au minimum entre les zones urbaines et rurales. Cela signifie que la proportion de grappes dans les zones urbaines et rurales reflétera la proportion de personnes vivant dans chaque milieu.
S'il y a une forte probabilité de résultats significativement différents entre les zones rurales et urbaines (différence de couverture > 10%), les deux milieux doivent être échantillonnés séparément (enquête séparée pour les zones urbaines et rurales).

Selon le niveau de représentativité mentionné ci haut :

- **Zone spéciale de Conakry** est totalement urbaine alors toutes les grappes qui seront sélectionnées dans cette zone, seront exclusivement urbaines ;
- **Zones supportées par HKI** : HKI soutient dans le cadre de ce projet, les régions de Kankan et de Faranah. Bien que nous visions à fournir une représentation nationale de la couverture de la SVA, il est nécessaire que HKI monitore sa propre performance. Cela nécessite que les zones prises en charge par HKI soient échantillonnées séparément. En pratique, il faudra donc un échantillon complet pour l'enquête sur la zone HKI ;
- **Les autres régions** : qui sont les régions de Boké, Kindia, Labé, Mamou et Nzérékoré.

La stratification entre rural et urbain devrait également être appliquée pour l'enquête couvrant la zone HKI et les autres régions administratives du pays.

Pour la sélection finale des enfants, un tirage à trois (3) degrés effectués :

2.4.1. Premier degré : Sélection des grappes

Si la décision est prise d'échantillonner séparément ou de stratifier les zones urbaines non HKI, les zones rurales non HKI et les zones soutenues par HKI, **la base de sondage doit être divisée en trois tables d'échantillonnage respectives de chaque catégorie. Dans le cas d'enquêtes distinctes, l'échantillon atteindra alors 90 grappes de 30 ménages. Cela aura un impact budgétaire important. Pour chacune des strates, les grappes ou Zones de dénombrement (ZD) seront indépendamment effectuées.**

Comme nous visons à obtenir une estimation représentative pour chaque niveau de la couverture de la SVA, nous devons obtenir une base de sondage qui couvre l'ensemble des préfectures de chaque niveau (Conakry, Zone HKI, Autres régions du pays, national) du pays : la liste des plus petites unités du pays (ZD) avec la population pour chacune. Etant donné que la proportion des

personnes ou ménages vivant en zone rurale est de **70% contre 30% en milieu urbain, 7 ZD sur 10** seront ainsi sélectionnées dans la zone rurale.

Cependant, si certaines zones connaissent des problèmes d'insécurité, elles doivent être mentionnées dans la base de sondage et exclues de l'échantillon.

Le tirage des ZD a été effectué par l'Institut National de la Statistique en garantissant la représentativité pour chaque niveau d'analyse mais pour le milieu urbain et rural.

En tenant compte de certains facteurs comme l'inaccessibilité des villages surtout pendant cette période de l'enquête, 5 ZD supplémentaires dites ZD de remplacement ont été tirées pour chaque niveau. Ainsi, au total 105 ZD ont été sélectionnées (90 ZD normales et 15 ZD de remplacement).

2.4.2. Deuxième degré : Sélection des ménages dans les ZD sélectionnées.

Dans les ZD sélectionnées, 30 ménages ont fait l'objet de l'enquête. Pour leur sélection, un pas de sondage a été calculé sachant le nombre de ménage vivant dans chaque ZD.

En tenant compte de la dispersion des ménages dans les zones de dénombrement, de l'absence de listes exhaustives de ménages et du manque de temps pour procéder à un dénombrement des ménages dans la ZD pour constituer la liste exhaustive des ménages à partir de laquelle faire le tirage, nous avons utilisé la **méthode des itinéraires basée sur le choix aléatoire systématique en appliquant un pas de sondage.**

Dans chaque ZD sélectionnée, la sélection des ménages au second degré a été faite avec la méthode aléatoire systématique en appliquant un pas de sondage (P). Les étapes de sélection sont les suivantes :

1. Calcul du pas de sondage : c'est le nombre de ménages qui séparent 2 ménages échantillonnés. Le pas de sondage de chaque ZD a été calculé en divisant le nombre de ménages (N) par le nombre de ménages à enquêter dans la ZD.
2. Chaque équipe a eu les cartes des ZD tirées qui sont à sa charge. Ainsi une fois dans la ZD, l'équipe s'est servie de la carte de cette ZD pour la délimiter à travers des repères physiques très précis. Ce travail sera fait souvent à l'aide d'un guide de la localité ayant une bonne connaissance des lieux. Cette reconnaissance des limites de la ZD, permet de rester à l'intérieur de la ZD pour pendant toute la collecte des données.
3. Sélection du premier ménage à enquêter : La sélection du premier ménage à enquêter à l'intérieur de la ZD, est une phase très importante. Tous les ménages de la ZD, doivent avoir les mêmes chances d'être tiré. Une fois que les limites sont connues et le pas est calculé, avec l'aide du guide local, l'équipe se placera au centre de la ZD et lancera un stylo. Elle suivra ensuite la direction indiquée par le stylo jusqu'à l'extrémité de la ZD.
4. Choix au hasard d'un numéro entre 1 et le PAS pour le choix du premier ménage à enquêter. L'équipe étant à l'extrémité de la ZD, elle choisira entre 1 et le PAS calculé. A partir du dernier ménage trouvé à l'extrémité de la ZD, l'équipe comptera jusqu'au K^{ième} ménage et ce ménage sera le premier ménage à enquêter. **K étant le numéro tiré entre 1 et le PAS.**

5. A partir de la carte de la ZD actualisée offerte par l'INS, les enquêteurs établiront un chemin permettant de sillonner l'ensemble de la ZD en commençant la numérotation des ménages par le ménage situé à l'extrémité indiquée à l'étape 3.
6. Après avoir enquêté le premier ménage, le choix du ménage suivant à enquêter se fera en ajoutant le pas de sondage (P) au numéro du premier ménage (a), et ainsi de suite jusqu'à épuisement des ménages à enquêter. Dans les concessions à deux ou plus de deux ménages, les enquêteurs numérotent les différents ménages de la concession dans le sens des aiguilles d'une montre.

2.4.3. Troisième degré : Sélection des enfants dans les ménages tirés des ZD sélectionnées.

Selon les principes de cette méthodologie, un enfant de 6-59 mois est à enquêter dans chaque ménage sélectionné. Dans ces ménages, une liste exhaustive des enfants éligibles sera établie. Parmi eux, un enfant sera tiré au hasard et qui fera l'objet d'enquête.

Cas particulier

1. Si l'enfant n'est pas présent lors du premier passage, l'équipe reviendra visiter le ménage à la fin de la journée afin de collecter les informations. S'il n'est toujours pas présent, un autre tirage sera effectué en tenant cette fois ci uniquement des enfants présents.
2. Si les occupants d'un ménage éligible sélectionné sont absents, les enquêteurs reviendront visiter le ménage avant la fin de la journée. Si à la fin de la journée, les occupants sont toujours absents, l'enfant âgé de 6 à 59 mois de ce ménage, sera considéré comme absent et les données lui concernant seront considérées comme manquantes.

2.5. Les outils de collecte

Les outils de collecte sont les moyens utilisés pour avoir les informations auprès des populations cibles de l'enquête. Pour cette étude, nous utiliserons :

- Le questionnaire ménage ;
- Le questionnaire Agent communautaire ;
- Le questionnaire Personnel de Santé

2.6. Recrutement et formation des enquêteurs

2.6.1. Recrutement

Le nombre de ménages à enquêter par jour et la durée de la collecte de données étant fixe, le tableau 2 montre le nombre d'équipes à constituer par préfecture.

Tableau 2: Répartition des équipes par préfecture

Strate	Zone de Conakry	Zone HKI	Zone non HKI	Total
Nombre de ménages	900	900	900	2 700
Nombre de ménages par grappe	30	30	30	
Nombre de grappes	30	30	30	90
Nombre de jours de collecte par région	15	15	15	

Nombre d'heure de travail par jour (8 heures en mn)	600	600	600	
Durée moyenne par ménage	60	60	60	
Temps de marche moyen entre deux ménages (en mn)	20	20	20	
Temps (Aller-retour) moyen par grappe	180	180	180	
Temps de travail par jour en mn	400	400	400	
Estimation du nombre de ménage par jour (60 mn d'administration du questionnaire par ménage)	7	7	7	
Nombre de jours pour un seul enquêteurs	135	135	135	
Nombre d'enquêteurs pour 2 semaines de collecte	9	9	9	27
Chef équipe	3	3	3	9
Nombre de personnes à recruter	12	12	12	36
Nombre d'équipes par région	3	3	3	9

Sur la base d'une liste de critères incluant l'âge, le niveau académique, la langue parlée et l'expérience en collecte de données avec les tablettes, 36 personnes, seront formées pour prendre part à la formation et à la sélection finale des enquêteurs.

2.6.2. Formation

La formation avait pour objectif, d'une part améliorer la compétence des personnes impliquées dans la collecte des données sur les points clefs, et d'autre part, à standardiser les méthodes de collecte des données. Au total, après la formation, 10 équipes de 4 personnes chacune, ont été constituées. La formation était accentuée essentiellement sur 3 parties : théorie, pratique et enquête pilote.

La théorie a consisté à la présentation de l'enquête, la sélection des ménages à enquêter, l'identification des enfants éligibles y compris l'utilisation du calendrier des événements, l'administration des questionnaires et l'organisation pratique de l'enquête.

Le volet pratique de la formation a été consacré à la manipulation des tablettes et au déroulement du questionnaire.

La pré-enquête a été réalisée après la formation dans certaines ZD de Conakry qui ne faisaient pas partie des grappes sélectionnées pour l'enquête réelle. Elle a permis aux enquêteurs de tester les outils de collecte selon les procédures développées pendant la formation. Une séance plénière a été organisée à la fin de la pré-enquête pour discuter des difficultés rencontrées par les enquêteurs et d'apporter les dernières améliorations aux outils de collecte avant l'enquête proprement dite.

2.6.3. Constitution et déploiement des équipes

Les 10 équipes constituées, en tenant compte du sexe des enquêteurs et des langues locales parlées ont été déployées à travers tout le pays. Chaque chef d'équipe avait la responsabilité d'une équipe avec les rôles de :

- Conduire son équipe sur le terrain ;
- Présenter les objectifs de l'enquête aux autorités locales et aux familles enquêtées ;
- Veiller au respect de la méthodologie de l'enquête (sélection des ménages à enquêter) ;
- Analyser la qualité des données collectées au quotidien, sur le terrain ;
- Retourner dans les ménages pour reprendre les données en cas de besoin ;
- Rappporter au superviseur toute difficulté rencontrée dans les opérations de collecte, de contrôle ou dans la vie quotidienne des équipes ;
- Administrer les questionnaires AC et personnel de santé.

Le déploiement des équipes a été fait en deux temps :

- Dans un premier temps, toutes les équipes ont été déployées à Conakry. La collecte des données a commencé à Conakry. Ce qui a permis de suivre la qualité du travail des équipes et des superviseurs sur le terrain, de réviser chaque soir la qualité des données de toutes les équipes, et de corriger immédiatement les erreurs/problèmes avant le déploiement des équipes dans les préfectures ;
- Après l'étape de Conakry, les 10 équipes ont été réparties dans tout le pays. Le nombre d'équipe dans une préfecture donnée, dépendait du nombre de ZD à couvrir et des difficultés d'accès aux localités. Avant le déploiement des différentes équipes, les itinéraires ont été étudiés pour affiner l'estimation des ressources non-humaines requises.

2.7. Supervision de la collecte des données et contrôle de qualité

La supervision visait à garantir la qualité des données collectées à travers l'application de la méthodologie ainsi que de la qualité de remplissage des questionnaires (complétude, exactitude et lisibilité des questionnaires).

Le superviseur était aussi responsable du contact avec les autorités, de l'obtention de leur autorisation et de l'identification du guide local. Il a apporté un soutien logistique à l'équipe en cas de besoin.

La supervision générale a été assurée par des membres de l'équipe de coordination de la collecte de données, composée du consultant, de l'équipe HKI et des cadres de la Division Alimentation et Nutrition.

2.8. Saisie et vérification des données

D'autres modules de saisie des données ont été développés. Nous avons utilisé les smartphones pour la collecte des données complémentaires.

2.9. Analyse des données

Avant la phase des analyses, un coefficient de pondération en tenant compte du plan de sondage, a été calculé.

2.10. Calcul des coefficients de pondération

La répartition de l'échantillon parmi les strates étant non proportionnelle à celle de la population, des coefficients de pondération ont été utilisés pour pouvoir obtenir des résultats par strate et pour l'ensemble du pays. Le calcul des coefficients de pondération a permis donc de corriger le poids de chaque grappe et le poids de chaque strate pour les estimations au niveau national.

Les probabilités de sondage ont été calculées pour chaque degré de tirage et dans chaque strate.

2.11. Analyses statistiques

Pendant la collecte, des analyses légères ont été effectuées sur le site ONA.IO. Il s'agit des fréquences simples et des croisements afin de suivre l'évolution de la collecte des données.

Les analyses complémentaires ont été faites en utilisant le logiciel SPSS for Windows, version 22.0, en vue d'obtenir les prévalences (IC à 95%). Le module « *Complex sample analysis* » a été utilisé. Celui-ci a permis d'appliquer les coefficients de pondération et de calculer les couvertures et les intervalles de confiance en tenant compte du plan d'échantillonnage.

2.12. Dissémination des résultats de l'enquête

Dès que le rapport final est disponible, suite à l'atelier de restitution des résultats préliminaire de l'enquête, HKI organisera, la restitution des résultats. Des copies du rapport seront produites pour une large diffusion des résultats de l'enquête.

4. Résultats

Dans cette rubrique, l'analyse des résultats a concerné les données collectées auprès des personnes en charge des enfants de 6 à 59 mois, du personnel de santé et des agents communautaires qui se trouve dans les grappes sélectionnées pour cette étude.

4.1. Résultats administratifs

Le tableau ci-dessous indique la couverture de la SVA pour les deux tranches d'âge (6 à 11 mois et 12 à 59 mois) sur la base des « données administratives ». Les données administratives utilisent des projections démographiques pour estimer le dénominateur (c'est-à-dire le nombre total d'enfants) et les fiches de pointage qui enregistrent le nombre d'enfants ayant reçu la SVA au numérateur. Comme le montrent le tableau 3, la couverture de la SVA pour toutes les régions et tous les groupes d'âge, à l'exception des régions de Kindia et Conakry est supérieur à 80

Tableau 3: Couverture administrative

REGIONS	CIBLES		Enfants supplémentés par tranche d'âge			Taux de couverture par tranche d'âge		
	6 - 11 mois	12 - 59 mois	6 - 11 mois	12 - 59 mois	6 à 59 mois	6 - 11 mois	12 - 59 mois	6 à 59 mois
Boké	36 747	195 983	31 786	186 100	217 886	87%	95%	94%
Faranah	31 938	170 334	28 632	160 808	189 440	90%	94%	94%
Kankan	66 561	354 993	53 894	329 915	383 809	81%	93%	91%
Kindia	59 085	315 119	40 686	200 176	240 862	69%	64%	64%
Labé	33 680	179 626	27 317	156 666	183 983	81%	87%	86%
Mamou	25 978	138 551	19 961	122 275	142 236	77%	88%	86%
Nzérékoré	53 534	285 516	43 016	255 558	298 574	80%	90%	88%
Conakry	42 037	225 041	21 990	108 381	130 371	52%	48%	49%
Pays	349 560	1 865 163	267 282	1 519 879	1 787 161	76%	81%	81%

4.2. Résultats de l'enquête de couverture

4.2.2. Caractéristiques des enquêtés et des enfants

898 enfants ont été enquêtés aussi bien dans la strate Non HKI et celle de Conakry dans et 904 dans les zone HKI. Il y a en moyenne 1,84 (Intervalle de confiance (IC) a 95% : 1.78 – 1.91) dans la zone non HKI ; 1,81 (IC 95% : 1.72 – 1.89) à Conakry et 2,32 (Intervalle de confiance (IC) a 95% : 2.27 – 2.47) dans la zone de HKI enfants par ménage respectivement

Quant à la classification des enfants par classe d'âge, il ressort des analyses que la proportion des enfants de 24-59 mois est plus élevée que celle que soit la strate considérée suivis par ceux de 12-23 mois et ceux de 6-11 mois. L'âge moyen est de 30,73 (IC 95% : 28.9 – 30.9) mois dans la zone non HKI ; 27,64 (IC 95% : 26.8 – 28.6) mois à Conakry et 27,01 (IC 95% : 26.9 – 28.7) mois dans la zone HKI.

La possession d'un document de l'enfant (carnet de santé, certificat de naissance ou carte de supplémentation) permet de suivre l'enfant et d'avoir des informations fiables lui concernant (son statut vaccinal et sa date de naissance). Dans la zone de HKI 90,60% des personnes en charge de l'enfant ont déclaré avoir un des documents de l'enfant (51,0% ont été vérifiés et 38,2% basés sur

les déclarations). Ces proportions sont 88,1% à Conakry et 64,2% dans la Zone non HKI.

Tableau 4: Répartition des enfants enquêtés selon caractéristiques socioéconomiques des enfants et des ménages par strate

Caractéristiques		Strate					
		Zone non HKI		Conakry		Zone HKI	
		n	%	n	%	n	%
Nombre total d'enfants enquêtés		898		898		904	
Nombre moyen d'enfants de moins de 6-59 mois		1,84		1,80		2,37	
Classe d'âge des enfants	6-11	97	10,8%	131	14,6%	130	14,4%
	12-23	234	26,1%	275	30,6%	264	29,2%
	24-59	567	63,1%	492	54,8%	510	56,4%
Age moyen des enfants (mois)		29,92		27,74		27,81	
Sexe de l'enfant	Masculin	452	50,3%	426	47,4%	469	51,9%
	Féminin	446	49,7%	472	52,6%	435	48,1%
Possession d'un carnet de santé ou certificat de naissance ou carte supplémentation	Non	271	30,2%	110	12,2%	98	10,8%
	Oui, vérifié	397	44,2%	424	47,2%	461	51,0%
	Oui, pas vérifié	230	25,6%	364	40,5%	345	38,2%

4.2.3. Caractéristiques des ménages enquêtés

73,6% et 76,5% des ménages vivent en milieu rural respectivement dans la zone non HKI et dans la zone HKI. Il est important de mentionner que la région administrative de Conakry est 100% urbaine.

En ce qui concerne l'indicateur composite « Niveau de vie », calculé à partir des biens possédés par le ménage. Selon les résultats des analyses, les ménages appartenant au 1er quartile « Très pauvres », sont plus nombreux aussi bien dans la zone non HKI (39,5%) que dans la zone où intervient HKI (35,0 %), puis ceux du 2ème quartile « Pauvres ». Les ménages du 3ème quartile « Moyennement riche » et du 4ème quartile « Riche » sont les moins nombreux. A Conakry, les ménages « Riches » et « Moyennement riche », sont les plus nombreux comme le montre le tableau 5.

Tableau 5: Répartition des enfants enquêtés selon caractéristiques socioéconomiques des enfants et des ménages par strate

Caractéristiques		Strate					
		Zone non HKI		Conakry		Zone HKI	
		n	%	n	%	n	%
Milieu de résidence	Rural	661	73,6%	0	0,0%	692	76,5%
	Urbain	237	26,4%	898	100,0%	212	23,5%
Niveau de vie des ménages basé sur les biens possédés	1er Quartile	355	39,50%	2	0,20%	316	35,00%
	2eme Quartile	343	38,20%	74	8,20%	366	40,50%
	3eme Quartile	108	12,00%	328	36,50%	142	15,70%
	4eme Quartile	92	10,20%	494	55,00%	80	8,80%

4.2.4. Caractéristiques des répondants

Selon le tableau 6, l'âge moyen des personnes répondants est de 30,81 ans à Conakry ; 29,16 ans dans la zone non HKI et de 33,10 ans dans la zone d'intervention de HKI.

Afin de comprendre la relation entre l'enfant et la personne interviewée, la question sur leur lien de parenté avait été posée car l'attention accordée à l'enfant pourrait dépendre du type de relation qui existe entre lui et la personne qui s'occupe de lui. Ainsi, l'analyse de cette question a montré que les répondants étaient des parents directs ou parents biologiques de l'enfant. Dans les différentes strates la proportion la plus faible de parents biologiques interviewés a été observée dans la zone non HKI avec 89,5 % suivie par la région de Conakry avec 90,9%. La proportion la plus élevée a été enregistrée dans la zone HKI avec 93,5 %.

Par rapport au niveau d'instruction, la zone spéciale de Conakry a la proportion la plus faible des personnes ayant en charge un enfant de moins de 6 à 59 mois qui sont sans niveau d'instruction. Cette proportion est de 33,3 % sans niveau d'instruction et respectivement de 57,8% dans la zone non HKI et 71,2% dans la zone HKI.

En Guinée, la religion dominante est l'islam selon le rapport « Etat et Structure de la population » du RGPH de 2014. Elle est pratiquée par 89,1% de la population guinéenne et 6,8% sont des chrétiens¹. Selon les résultats de l'enquête d'évaluation 94,8% des ménages ayant un enfant de 6-59 mois, pratiquent la religion musulmane contre 5,1% de chrétiens à Conakry. Cette tendance a été enregistrée dans les deux autres strates avec une plus faible proportion de musulmans dans la zone non HKI (83,6 %) par rapport à la zone HKI (92,5%). Cela pourrait être dû à l'appartenance de la région administrative de Nzérékoré à la strate non HKI. Dans cette région 28,1% de la population est chrétienne (RGPH, 2014).

Tableau 6: Répartition des répondants selon les caractéristiques sociodémographiques des répondants par strate

Caractéristiques du répondant		Strates					
		Zone non HKI		Conakry		Zone HKI	
		N	%	N	%	N	%
Age moyen des répondants		30,81		29,16		33,10	
Relation entre la mère et le répondant	Mère	745	83,0%	777	86,5%	790	87,4%
	Père	59	6,60%	40	4,5%	55	6,1%
	Grand-mère	60	6,7%	37	4,1%	45	4,60%
	Grand-père	9	1,0%	1	0,1%	3	5,0%
	Frère / sœur	16	1,8%	33	3,7%	9	0,3%
	Autre membre de la famille	9	1,0%	10	1,1%	72	0,2%
Niveau d'instruction du répondant	Aucun	519	57,8%	299	33,3%	644	71,2%
	Ecole primaire	147	16,4%	173	19,3%	93	10,3%
	Collège	64	7,1%	139	15,5%	60	6,6%
	Lycée	33	3,7%	120	13,4%	28	3,1%
	Université	22	2,4%	93	10,4%	27	3,0%
	Ecole coranique	110	12,2%	60	6,7%	47	5,2%
	Alphabétisé/NKO	1	0,1%	3	0,3%	0	0,0%
	Autres	2	0,2%	11	1,2%	5	0,6%
Sans religion		8	0,9%	0	0,0%	0	0,00%

¹ Rapport RGPH, thème : Etat et Structure de la population, 2014, INS, Guinée.

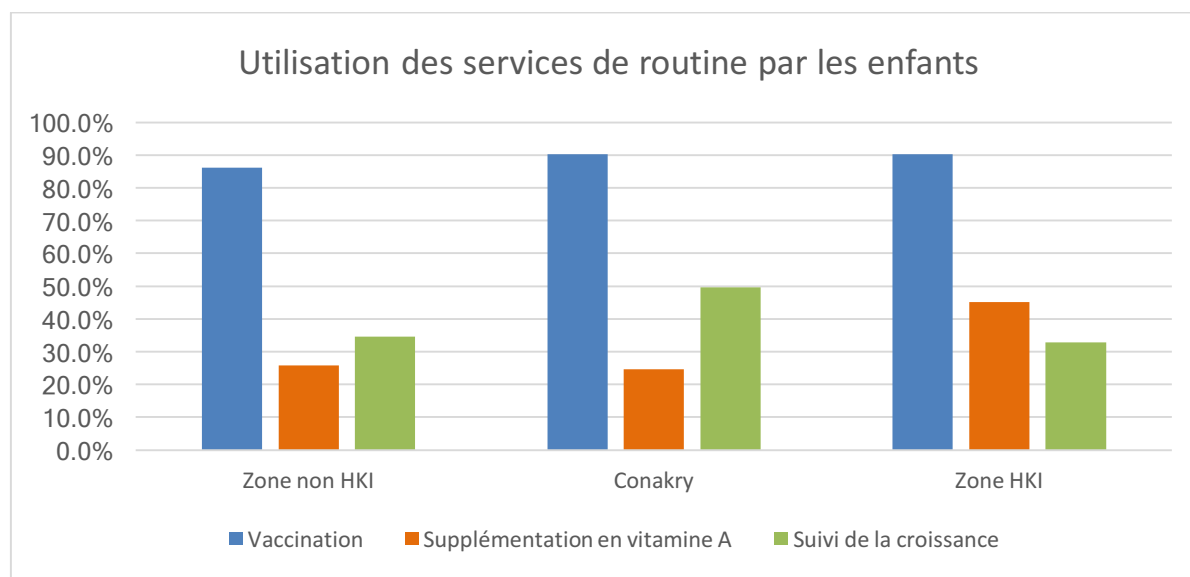
Appartenance religieuse	Chrétien	120	13,4%	46	5,1%	0	0,0%
	Musulman	751	83,6%	851	94,8%	67	7,4%
	Traditionaliste/Animiste	18	2,0%	0	0,0%	836	92,5%
	Préfère ne pas répondre à la question	1	0,1%	0	0,0%	1	,1%
	Autre	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%

4.3. Habitudes, comportements et services de santé

Les habitudes souvent liées au comportement sont des pratiques parfois qui peuvent avoir une répercussion sur les services de santé. C'est pourquoi, étudier ces facteurs afin de prendre des mesures pour les activités futures, peut aider à avoir des meilleurs résultats. Pendant cette évaluation les questions sur le comportement adopté par les parents face aux soins de santé de l'enfant, ont été posées.

Parmi les services de routine fournis dans les structures sanitaires, l'évaluation a concerné la vaccination de routine, la supplémentation en vitamine A et le suivi de la croissance. Selon la figure 1 ci-dessous, la vaccination de routine est le service le plus reçu par les enfants de 6 à 59 mois. Il est important de mentionner que la proportion des enfants vivant dans la zone d'intervention de HKI ayant bénéficié de la vaccination (90,3 %) et la supplémentation en vitamine A (45, 1 %) pendant les services de routines, est plus élevée. Le suivi de la croissance est le service le moins fourni selon les déclarations des répondants.

Figure 1: Utilisation des service de routine par les enfants et par strate



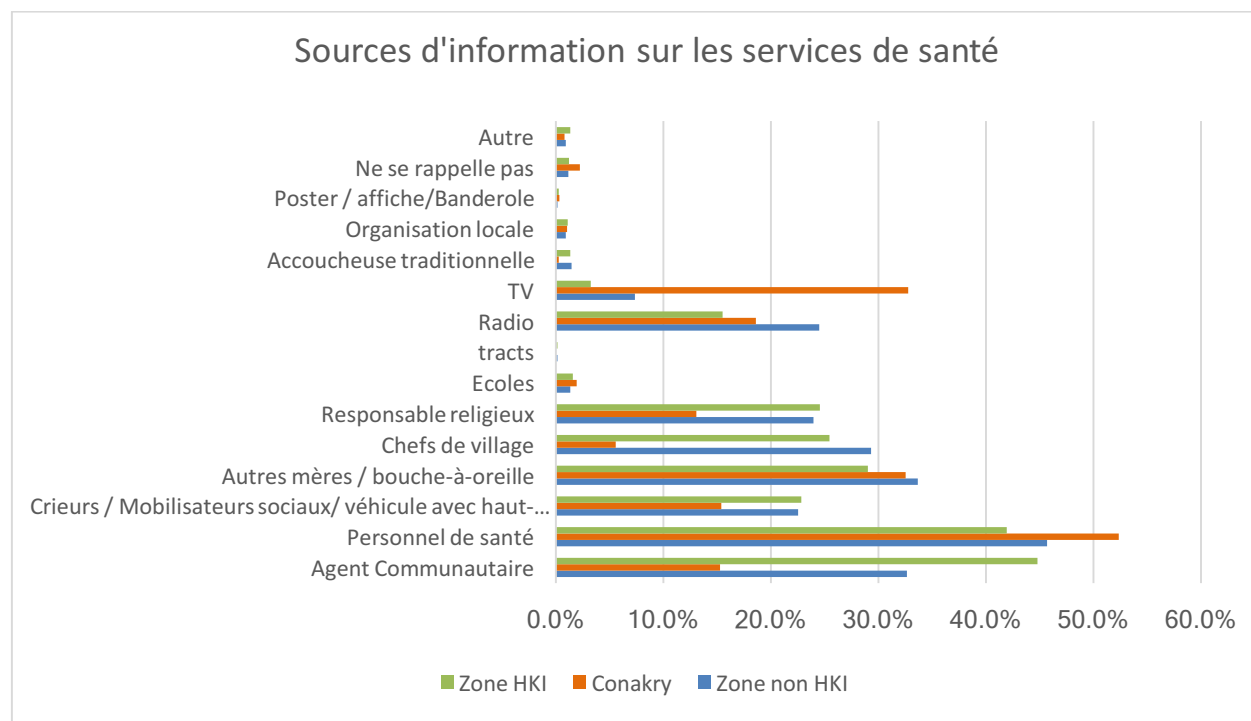
Afin de mieux cerner les comportements des populations par rapport aux services de santé, il a été demandé aux répondants s'ils utilisent ces services. L'analyse de ces questions a montré que dans les zones non HKI 94,20% des répondants vont dans les structures sanitaires pour obtenir les soins médicaux en cas de maladie de l'enfant. Cette proportion est de 97,9% à Conakry et de 84 % dans la zone de HKI. Il est cependant à noter que jusqu'à près de 5 % des répondants dans les zones non HKI et HKI font plutôt confiance aux guérisseurs traditionnels, et ne se rendent donc pas directement dans les centres de santé en cas de besoin, échappant donc probablement aux services préventifs pour les enfants.

Tableau 7: Comportement face aux soins par strate.

Comportement face aux soins		Strate					
		Zone non HKI		Conakry		Zone HKI	
		N	%	N	%	N	%
Où vous vous rendez le plus souvent pour obtenir des soins médicaux	CS/PS public	681	75,8%	535	59,6%	598	66,2%
	Centre de santé privé	56	6,2%	247	27,5%	17	1,9%
	Hôpital régional / District/ Autorité locale	110	12,2%	97	10,8%	144	15,9%
	Pharmacie	0	0,0%	10	1,1%	20	2,2%
	Guérisseur traditionnel	45	5,0%	7	0,8%	53	5,9%
	Ne sait pas	2	0,2%	0	0,0%	5	0,6%
	Autre	4	0,4%	2	0,2%	67	7,4%

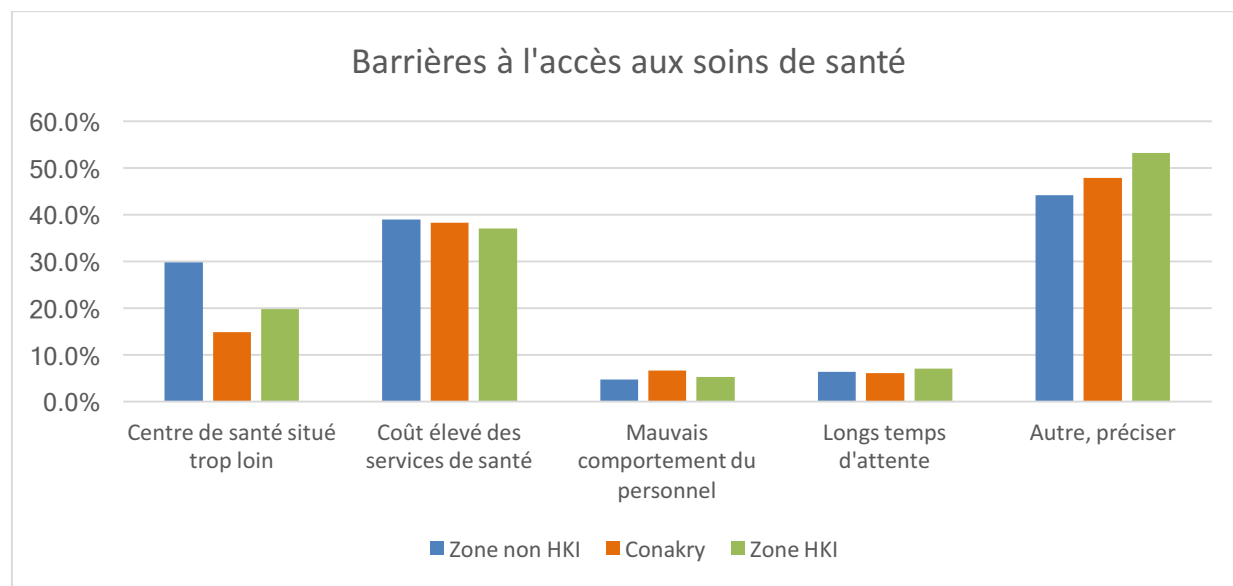
Quant aux sources d'information, dans l'ensemble la population s'informe des services de santé, principalement le personnel de santé, les agents communautaires, les autres mamans et les responsables locaux. Les proportions des mères d'enfants ou gardiens d'enfants ayant été informés par ces sources sont respectivement 18,9% ; 17,6% ; 13,9% et 12,7%. Cette tendance varie légèrement d'une strate à l'autre. A Conakry par exemple, les principales sources d'information restent le personnel de santé (52,3%), la télévision (32,7%), les autres mères (32,5%) et la radio (18,6%). Dans la zone d'intervention de HKI, les AC constituent le maillon central de la communication (44,8%) suivis du personnel de santé (41,9%) et la communication « bouche à oreille » entre parents d'enfants (29,0%). Dans la région non HKI également, les AC, le personnel de santé et les autres mères sont les principales sources d'information. Ils ont été rapportés respectivement par 32,6% ; 45,7% et 33,6% les personnes en charge des enfants.

Figure 2: Sources information sur les services de santé



En ce qui concerne les barrières empêchant les parents d'envoyer leurs enfants dans les structures sanitaires pour bénéficier des services sont essentiellement l'éloignement des structures sanitaires (Accessibilité physique) et le coût des services de santé (accessibilité financières).

Figure 3: Barrières à l'accès aux soins de santé



D'autres services visant à donner un cadre de vie sain à l'enfant avaient également été pris en compte dans cette évaluation. Il s'agit de l'utilisation d'une garderie ou crèche, ou de moustiquaire pendant la nuit.

Pour ce qui est de l'envoi dans une garderie ou crèche, les proportions d'enfants qui vont dans les garderies ou crèches est faible aussi bien à Conakry que dans les autres strates. Ces proportions sont 8,3% à Conakry ; 2,5% dans la zone non HKI et 1,8% dans la zone de HKI.

Quant à la moustiquaire, Conakry est la zone ayant le plus faible taux d'utilisation comparativement aux autres strates (voir tableau 7).

Tableau 8: Proportion des enfants utilisant les services de garderie ou une moustiquaire pendant la nuit par strate.

		Strate					
		Zone non HKI		Conakry		Zone HKI	
		N	%	N	%	N	%
Votre enfant va-t-il dans une crèche ou une garderie?	Non	868	96,7%	822	91,5%	880	97,3%
	Oui	29	3,2%	75	8,4%	22	2,4%
	Ne sais pas / ne se rappelle pas	1	0,1%	1	0,1%	2	0,2%
Est-ce que votre foyer possède une moustiquaire pour être utilisée pour la nuit?	Non	351	39,1%	386	43,0%	277	30,6%
	Oui, Utilise	491	54,7%	428	47,7%	596	65,9%
	Oui, ne l'utilise pas	54	6,0%	84	9,4%	30	3,3%
	Ne sais pas / ne se rappelle pas	2	0,2%	0	0,0%	1	0,1%

4.3.2. Connaissance sur la campagne

L'analyse comparative par strate des personnes en charge des enfants avaient été informé de la

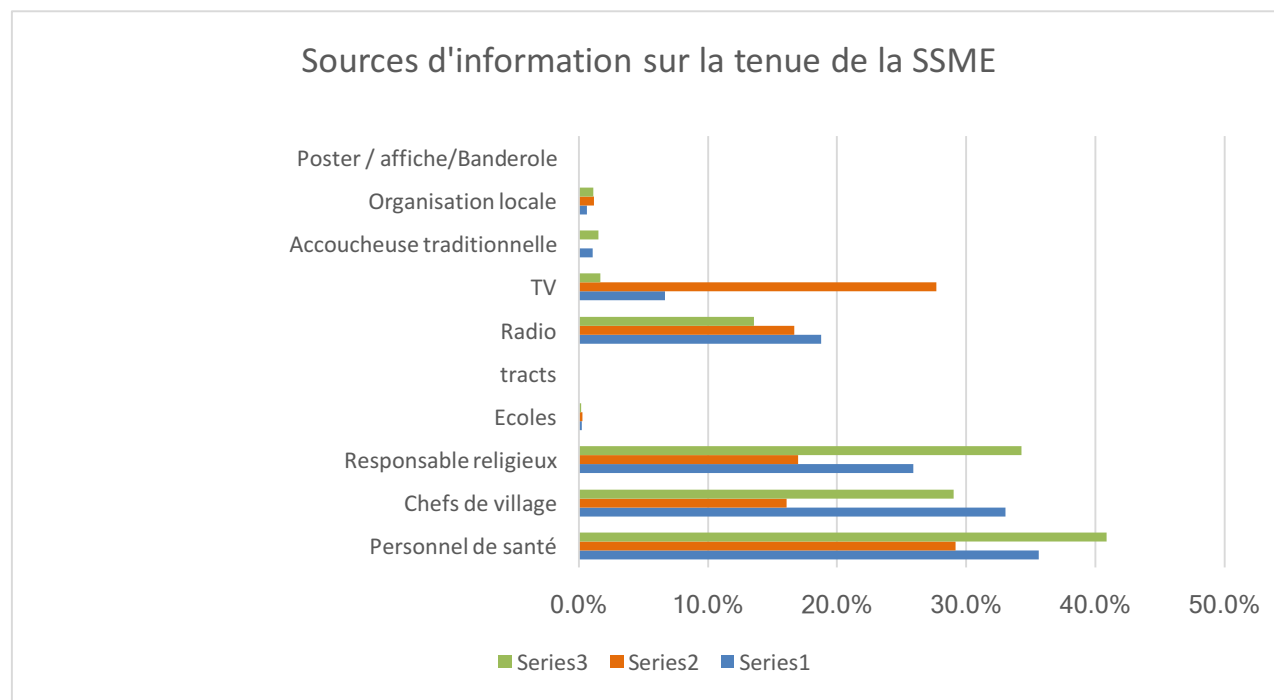
tenue de cette campagne de SSME tenue du 01 au 06 aout a révélé que c'est dans la zone de HKI qui la proportion de personnes en charge d'enfants, informées est plus élevée. Elle est de 59,2% contre 51,7% dans la zone non HKI et 37,8% à Conakry.

Tableau 9: Proportion des répondants au courant de la tenue de la semaine santé de la mère et de l'enfant

		Strate					
		Zone non HKI		Conakry		Zone HKI	
		N	%	N	%	N	%
Etiez-vous au courant de la tenue de la semaine santé de la mère et de l'enfant qui s'est tenue entre le 01 et le 06 août 2018?	Non	424	47,2%	544	60,6%	348	38,5%
	Oui	464	51,7%	339	37,8%	535	59,2%
	Ne sais pas / ne se rappelle pas	10	1,1%	15	1,7%	21	2,3%

Quant aux canaux d'information utilisés pour informer la population de la tenue de la campagne, ils varient d'une strate à l'autre. A Conakry, la communication entre les mères (bouche à oreille) est le premier canal par lequel les personnes en charge d'un enfant, ont été informées (32,1 %) suivie par le personnel de santé (29,2%) et la télévision (27,7%). Dans la zone HKI, les agents communautaires (45,8%), le personnel de santé (40,9%) et les responsables religieux (34,3%) sont les premiers canaux par lesquels la population est informée. Dans la zone non HKI, le personnel de santé (35,6%), les autres mères (35,4 %), les chefs de village (33,0 %), les crieurs (32,2%) et les agents communautaires (29,4%) constituent les principaux canaux de communication.

Figure 4: Sources d'information sur la tenue de la SSME



4.3.3. Connaissance sur la SVA

L'importance accordée parfois à un évènement, pourrait dépendre des informations à propos de ses bienfaits qu'on a de lui. C'est pourquoi, la question sur le fait d'avoir entendu parler de la vitamine A, a été posée aux personnes ayant à leur charge des enfants de 6-59 mois qui étaient la cible de cette étude.

Ainsi, selon les résultats du tableau 9, dans l'ensemble 40,1% personnes en charge d'enfants de 6-59 mois, avaient entendu parler de la vitamine A avec un plus bas niveau dans la zone HKI. Dans cette zone, cette proportion est de 37,2%. Elle est de 39,3% dans la zone non HKI et 43,9% à Conakry.

Quant aux bienfaits de la vitamine A évoqués, la protection de l'enfant contre les maladies ou l'augmentation de son immunité, a été la plus citée dans l'ensemble (48,4%). elle est de 49,6% , 47,2% et 48, 5% respectivement dans la zone non HKI à Conakry et dans la zone HKI.

Par ailleurs, il est important de remarquer qu'a la question « *A quel âge les enfants doivent-ils recevoir leur première dose de vitamine A* » seulement 28,9% des parents ont répondu a six mois dans la zone non HKI contre 27,2% à Conakry et 31, 3 % dans la zone HKI.

Seulement 30,3% des répondants savent combien de fois il faut supplémenter au cours de l'année dans la zone non HKI, 28, 9% à Conakry et 26,8% dans la zone HKI.

Tableau 10: Connaissances sur la vitamine A par strate.

Connaissance sur la vitamine A.		Strate					
		Zone non HKI		Conakry		Zone HKI	
		N	%	N	%	N	%
Avez-vous entendu parler de la vitamine A	Oui	353	39,3%	394	43,9%	336	37,2%
% des répondants qui connaissent les bienfaits de la SVA	Protège contre la maladie / Augmente l'immunité	175	49,6%	186	47,2%	163	48,5%
	Prévient la cécité / aide à la vision	38	10,8%	39	9,9%	33	9,8%
	Réduit le risque de mort	1	0,3%	9	2,3%	7	2,1%
A quel âge les enfants doivent-ils recevoir leur première dose de vitamine A	A Six mois	102	28,9%	107	27,2%	105	31,3%
Nombre de fois par an un enfant doit-il recevoir la vitamine A	Deux Fois	107	30,3%	114	28,9%	90	26,8%

4.3.4. Couverture vaccinale

Les vaccins permettent de lutter contre certaines maladies chez l'enfant en stimulant les défenses immunitaires de l'organisme contre ces maladies. Selon l'OMS les vaccinations sauvent la vie de deux millions de vie de personnes chaque année dans le monde. Le document de l'OMS intitulé « Vaccinations de routine pour les Enfants » recommande que tous les enfants soient vaccinés contre la tuberculose, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la polio, la rougeole, l'hépatite B, le

Haemophilus influenzae de type b, la pneumonie/méningite, la diarrhée (rotavirus) et la rubéole².

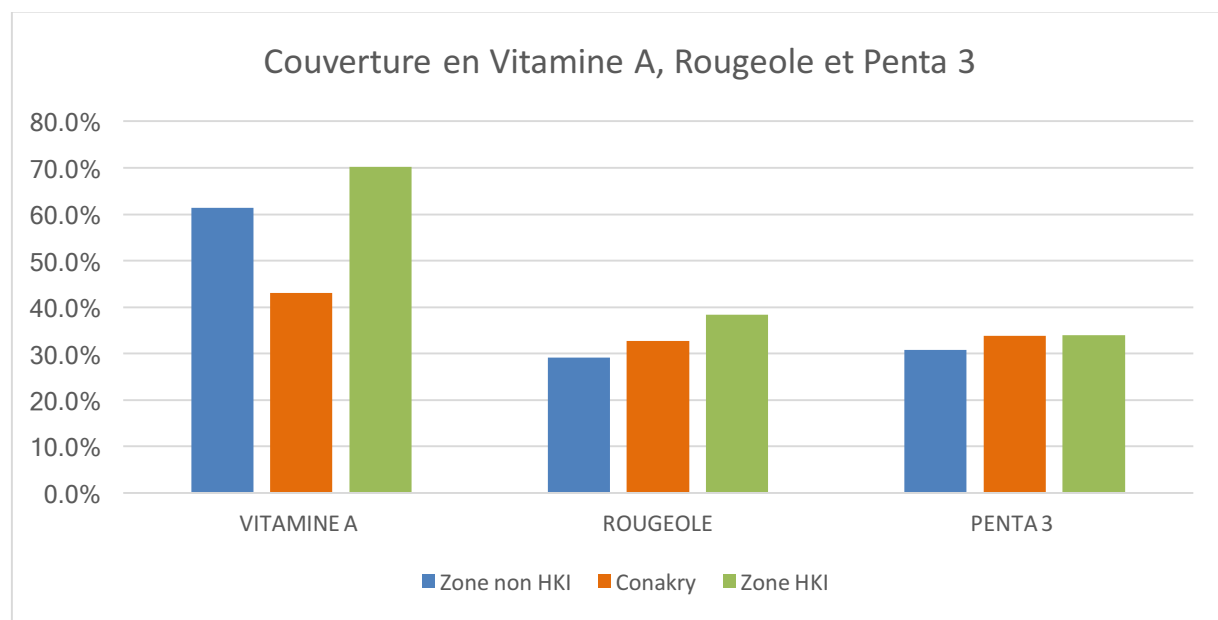
Pour Cette évaluation, nous sommes intéressés à la supplémentation en vitamine A, à la vaccination contre la rougeole et le pentavalent 3.

Pour la vitamine A, selon la réponse de la mère et la carte, la couverture est plus faible à Conakry à 43,1% (IC 95% : 39.8 – 46.3) et plus élevée dans la zone HKI 70,2% (IC 95% : 67.1 – 73.1). Dans la zone non HKI 61,4% (IC 95% : 58.1 – 64.4) des enfants éligibles ont pris de la vitamine A pendant la SSME.

La vaccination contre la rougeole, cette étude a permis d'évaluer le statut vaccinal de l'enfant. Cette vérification a concerné les enfants ayant au moins 9 mois. Les résultats par strate sur la base des cartes ou carnet de vaccination montrent que la zone de HKI a la proportion la plus élevée d'enfants ayant leur statut vaccinal contre la rougeole à jour 38,4%. (IC 95% : 34.9 – 41.8) contre 29,2% (IC 95% : 26.1 – 32.4) à Conakry et 32,7% (IC 95% : 29.5 – 36.1) dans la zone non HKI.

Le statut vaccinal concernant le pentavalent 3 avait également été vérifié. Les proportions d'enfants ayant leur statut vaccinal en Pentavalent 3 à jour selon le carnet de vaccination ou la carte sont respectivement 33,8% (IC 95% : 30.7 – 36.9) ; 34,8% (IC 95% : 30.9 – 37.1) et 30,8% (IC 95% : 27.8 – 33.8) à Conakry, dans la zone HKI et dans la zone non HKI.

Figure 5: couverture vitamine A, rougeole et penta 3 pendant la SSME par strate

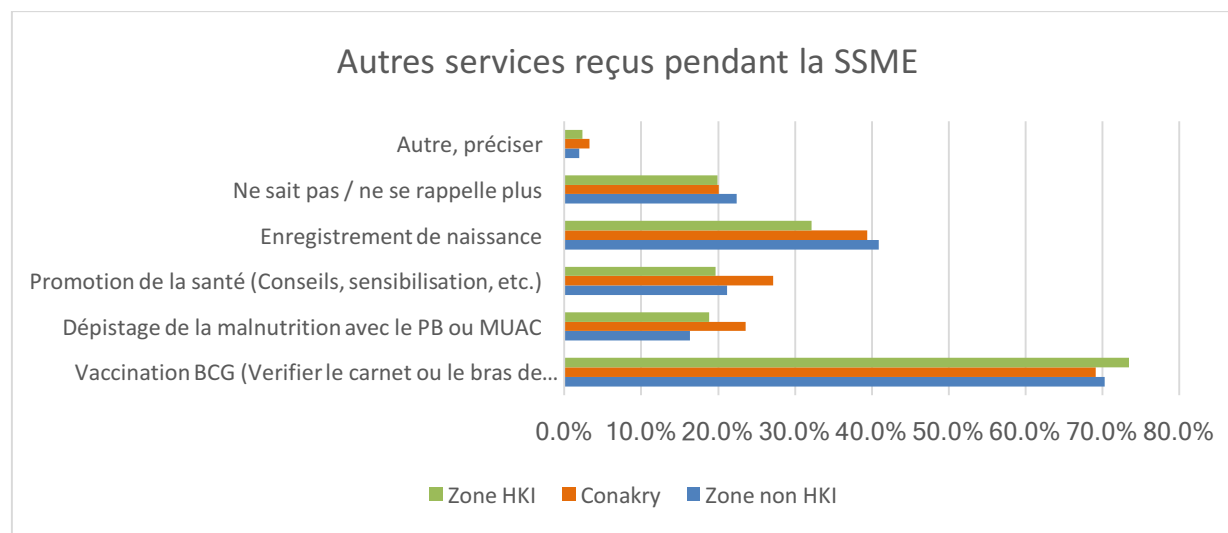


A propos des autres services reçus par l'enfant, la vaccination BCG est celle ayant été plus citée. Pour cette vaccination, deux moyens de vérification étaient utilisés. Il s'agit du carnet de l'enfant et de son bras gauche. En général, sur le bras de l'enfant, des cicatrices marquant la prise du vaccin

² <http://www.who.int/immunization/diseases/en> Le tableau 2 inclut les recommandations pour tous les enfants et les antigènes additionnels recommandés seulement pour les enfants résidant dans certaines régions du monde ou vivant dans les groupes de population à hauts risques.

BCG restent. Ce qui permet de vérifier ainsi si l'enfant avait été vacciné. Ainsi pour ce vaccin, le taux de couverture est plus élevé dans la zone de HKI (73,5%) et plus faible à Conakry (69,2%). Le niveau d'utilisation des autres services (santé ou état civil) reste relativement faible.

Figure 6: Autres services reçus pendant la SSME



Le lieu réception de ces services est principalement les structures sanitaires (centre de santé, poste de santé, hôpital). Par strate, ces proportions sont 61,0% ; 75,1% et 87,9% respectivement à Conakry, dans la zone HKI et dans la zone non HKI.

La personne qui leur fournit ces services est essentiellement le personnel de santé soit 91,1% dans la zone non HKI, 58, 8% à Conakry et 74, 6 dans la zone HKI.

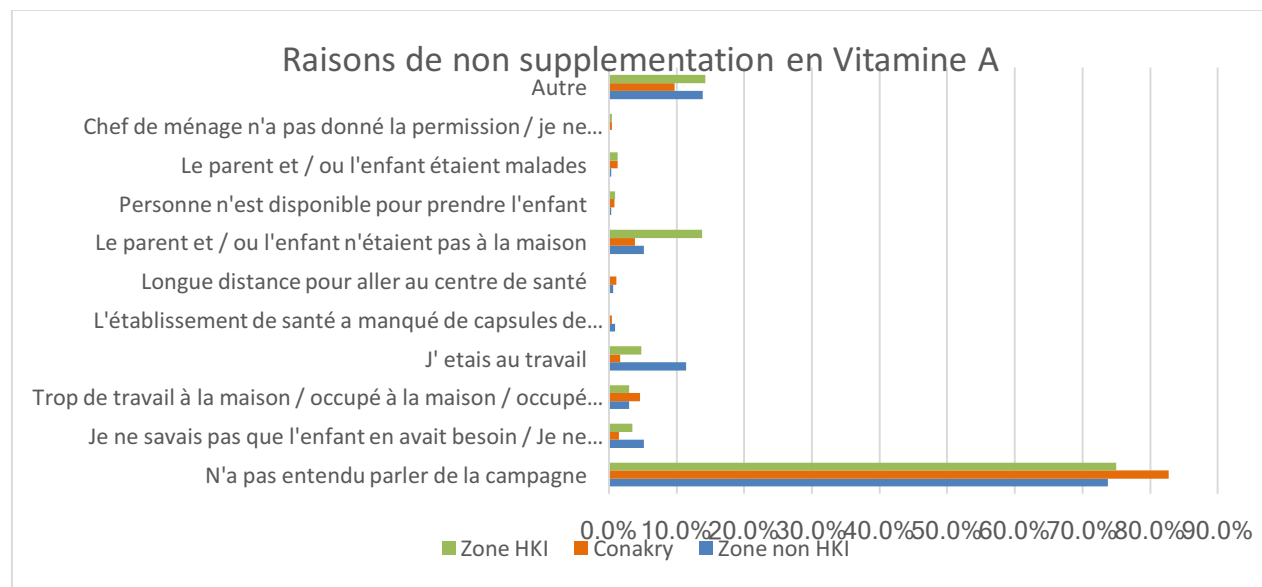
Tableau 11: Fourniture des services pendant la SSME

		Strate					
		Zone non HKI		Conakry		Zone HKI	
		N	%	N	%	N	%
Lieu de ces services	A domicile / porte à porte	8	5,6%	43	13,3%	63	8,9%
	Centre de santé / Hôpital	148	87,9%	197	61,0%	533	75,1%
	Poste de distribution avancé	8	0,9%	12	3,7%	22	3,1%
	Ecole	0	0,9%	0	0,0%	2	0,3%
	Eglise, mosquée	0	1,4%	2	0,6%	5	0,7%
	Au marché	1	0,0%	0	0,0%	1	0,1%
	Sur le bord de la route	0	0,9%	4	1,2%	6	0,8%
	Maison du chef	8	1,9%	6	1,9%	18	2,5%
	Ne sais pas	0	0,5%	1	0,3%	2	0,3%
	Autre	0	0,0%	58	18,0%	58	8,2%
Qui a fourni ces services	Personnel du centre de santé	145	91,1%	190	58,8%	530	74,6%
	Agent Communautaire	28	5,1%	125	38,7%	164	23,1%
	Accoucheuse traditionnelle	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Ne sais pas / ne se rappelle plus	0	2,8%	2	0,6%	8	1,1%
	Autre	0	0,9%	6	1,9%	8	1,1%

4.3.5. Raisons de la non prise de la vitamine A, le vaccin contre la poliomyélite et le Pentavalent 3.

En vue d'améliorer les couvertures de la supplémentation en vitamine A des semaines de santé de la mère et de l'enfant à venir, une analyse des raisons de la non prise de la vitamine A, a été effectuée. Il ressort de cette analyse que le manque d'information est la première raison évoquée comme le montrent les résultats de la figure 7. Il a été mentionné par 82,7% ; 75,0% et 73,8% respectivement à Conakry, dans la zone HKI et dans la zone non HKI. D'autres raisons comme l'occupation des parents et l'absence des parents ou les enfants à la maison pendant la distribution ont également été évoquées.

Figure 7: Raisons de non supplémentation en vitamine A



Pour la rougeole et le pentavalent 3, les trois premières raisons mentionnées dans l'ensemble sont le manque d'information, la méconnaissance de l'importance du vaccin contre la rougeole et l'occupation des parents. Dans la zone non HKI, la première raison est la méconnaissance de l'importance du vaccin contre la rougeole suivie par le manque d'information et l'éloignement des centres de santé.

Figure 8: Raisons de vaccination contre la rougeole

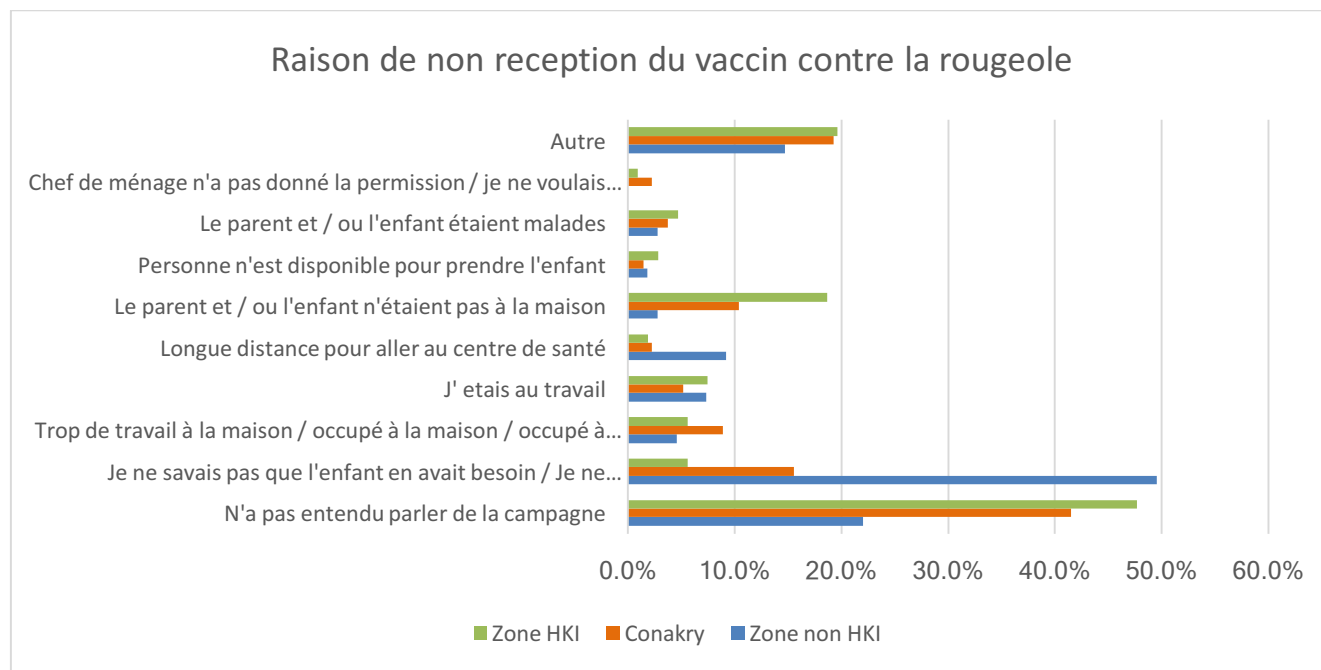
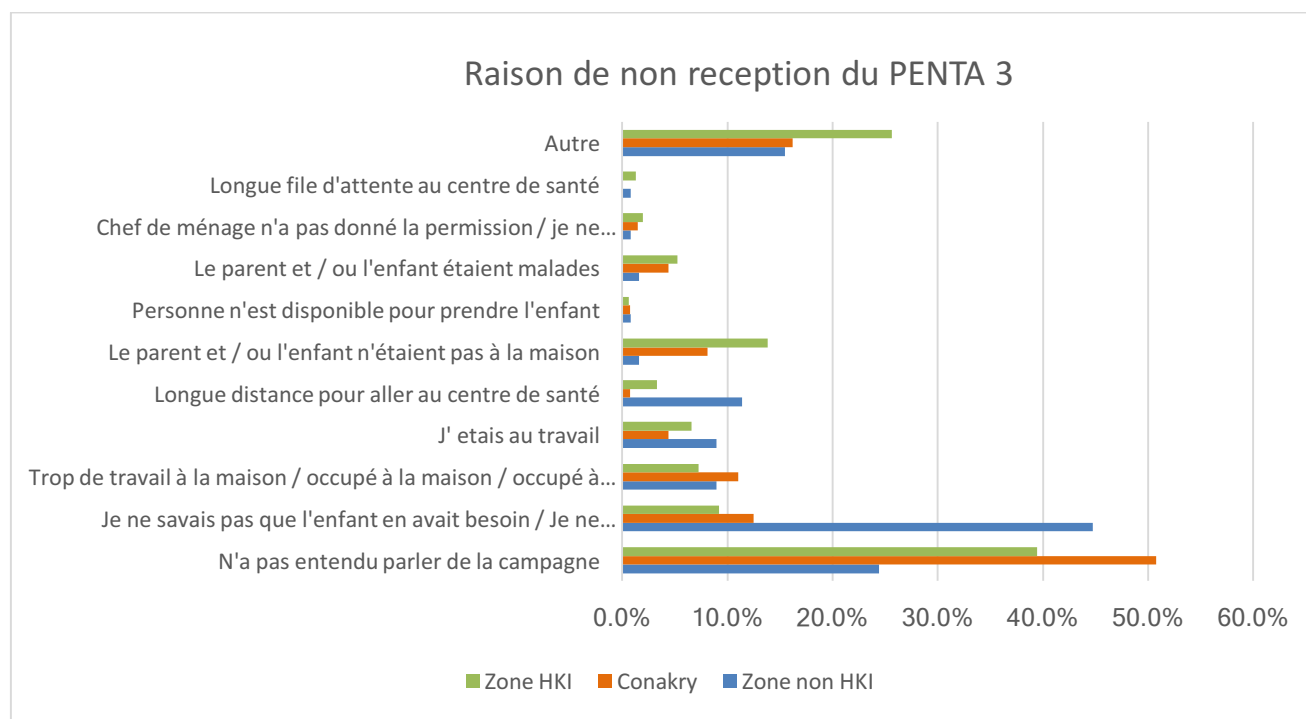


Figure 9: Raisons de non réception du PENTA 3



4.3.6. Déterminants de la couverture de la supplémentation en vitamine A

Lorsque l'on analyse les taux de couverture de la SVA en fonction du milieu de vie dans les zones HKI et non HKI (tableau 12), il apparait que pour la zone HKI, la couverture est de 71, 7% (IC 95% : 68.1 – 74.9) en milieu rural contre 65, 6% (IC 95% : 58.9 – 71.7) en milieu urbain. Pour la zone non HKI, la couverture est de 65, 4% (IC 95% : 61.6 – 68.9) en milieu rural contre 50, 2% (IC 95% : 43.8 – 56.5) en milieu urbain. Cette différence n'est pas significative au seul alpha de 5% pour la région HKI (Odds ratio 0.86, p= 0. 387), cependant pour les régions non HKI, un enfant a plus de chance d'être SVA en milieu rural qu'en urbain (Odds ration 0.55, p= 0. 000).

Concernant l'analyse des couvertures de SVA et le lien de parenté avec l'enfant, il n'y a aucune association au seuil alpha de 5% entre la réception de la vitamine A et le lien de parenté avec l'enfant (parent biologique vs. Autres) dans les trois strates (voir tableau 12) .

La couverture en SVA des enfants de sexe masculin est plus élevée que ceux de sexe féminin (45.5% vs. 40.9%) à Conakry et dans la zone HKI (71.9% vs. 68.5%) alors que dans la zone non HKI les filles sont plus SVA que les garçons (62.3% vs. 60.4%). Cette différence n'est pas significative au seuil alpha = 5% dans ces trois strates (Conakry Odds ration 0.85, p= 0. 226 ; Autres régions Odds ration 1.07, p= 0. 591. Régions HKI Odds ration 0.87, p= 0. 371).

Pour ce qui est des tranche d'âge des enfants recevant la SVA, les couvertures sont pratiquement similaires entre les trois tranches d'âges (6-11mois ; 12-23mois et 24-59 mois) et ne montrent pas de différence significative à Conakry (Odds ratio 1.05, p= 0. 534), dans la zone non HKI (Odds ratio 1.14, p= 0. 164) et dans la zone HKI (Odds ratio 1.13, p= 0. 202).

Dans la zone non HKI, les enfants ayant les parents non scolarisés ont plus de chance de recevoir la vitamine A (64.7% vs. 51.5%) que ceux ayant les parents scolarisés (Odds ration 0.73, p= 0.000). A Conakry, la couverture des enfants SVA dont les parents sont scolarisés est de 40.5% et de 46.1% pour les enfants ayant les parents non scolarisés. Il y a une association entre la réception de la vitamine A et le niveau d'étude des parents (Odds ration 1.14, p= 0.0387) ainsi que la zone HKI il n'y pas d'association entre la réception de la vitamine A (70.2% vs. 70.4%) et le niveau d'étude des parents (Odds ration 1.01, p= 0.866).

Il n'y a pas d'association entre la fréquentation des services de santé par les parents et la SVA a Conakry (Odds ration 0.61, p= 0.070) et dans les régions HKI (Odds ration 1.05, p= 0.348). Cependant un lien existe entre la SVA des enfants et la fréquentation des centres de santé dans les régions non HKI (Odds ration 0.73, p= 0.000).

La probabilité d'être couvert est plus élevée pour les enfants des parents ayant déjà emmené leur enfant au centre de santé juste pour recevoir la vitamine A. En effet la couverture en SVA lors de la SSME est 79.74% vs. 54.95 % dans la strate des régions non HKI (Odds ration 2.94, p= 0.000), de 67.42% vs. 35.16% à Conakry (Odds ration 3.36, p= 0.000) et de 77.94% vs. 63.91% régions HKI (Odds ration 2.04, p= 0.000).

Tableau 12 : Déterminants de la couverture de la supplémentation en vitamine A

Association entre la couverture en SVA et	Autres régions				Conakry				Régions HKI			
	Odds Ratio	z	P> z	IC	Odds Ratio	z	P> z	IC	Odds Ratio	z	P> z	IC
Localisation du ménage	0,56	-3,80	0,00	0,41 0,75					0,86	-0,86	0,38	0,62 1,21
Lien de parenté avec l'enfant	0.97	-0.51	0.61	0.87 1.08	1.08	1.38	0.167	0.96 1.21	0.74	-1.76	0.079	0.53 1.03
Tranche d'âge	1.14	1.39	0.164	0.94 1.39	1.05	0.62	0.534	0.88 1.26	1.13	1.28	0.202	0.93 1.38
Sexe de l'enfant	1.07	0.54	0.591	0.82 1.41	0.85	-1.21	0.226	0.65 1.10	0.87	-0.89	0.371	0.65 1.17
Scolarisation du répondant	0.53	-3.99	0.000	0.39 0.72	1.32	2.07	0.038	1.01 1.72	2.51	0.17	0.866	0.70 1.50
Où se rendent les parents pour obtenir des soins médicaux	0.73	-4.02	0.000	0.64 0.85	0.61	-1.81	0.070	0.37 1.04	1.05	0.94	0.348	0.94 1.17
Avez déjà emmené leur enfant au centre de santé juste pour recevoir la SVA	2.94	5.96	0.000	2.06 4.19	3.36	7.39	0.000	2.44 4.64	2.04	4.64	0.000	1.51 2.77

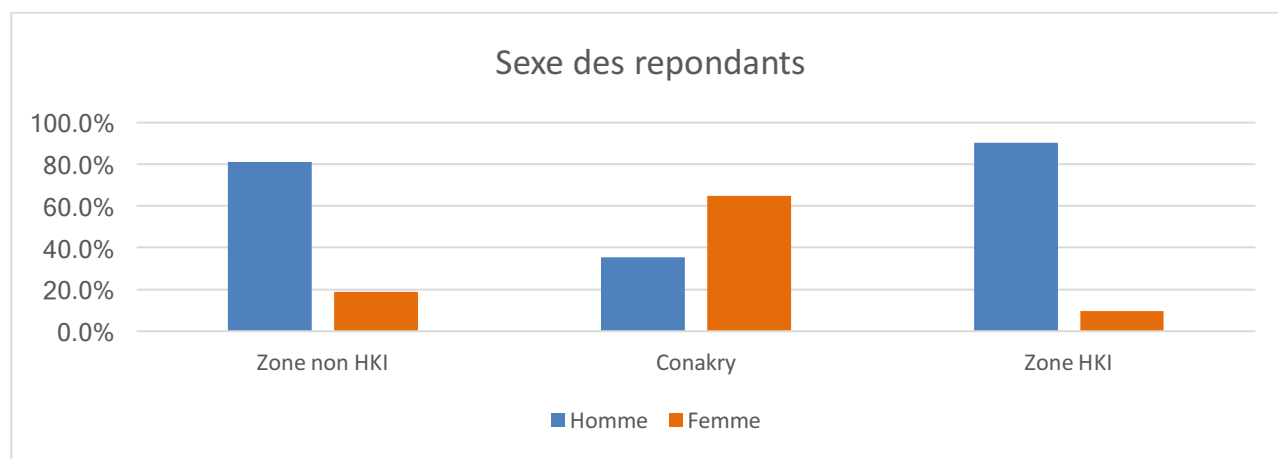
4.4. Enquête auprès des agents de santé

Dans l'organisation de la SSME, l'implication du personnel de santé reste primordiale. C'est pourquoi cette rubrique fait la description du personnel interviewé et traite également les questions d'organisation de la SSME, l'implication du personnel de santé, l'évaluation de leurs connaissances sur la vitamine A, les services de routines fournis, les difficultés rencontrées pendant la SSME.

4.4.1. Description du personnel de santé enquêté

La répartition par sexe du personnel de santé interviewé montre que dans la zone non et celle de HKI, la proportion d'hommes est plus élevée que celle des femmes. Elle est de 81,1% d'hommes contre 18,9% de femmes dans la zone non HKI et de 90,3% d'hommes dans la zone HKI contre 9,7% de femmes. A Conakry, contrairement aux autres strates, les femmes représentent 64,7% de personnel de santé interviewé contre 35,3% d'hommes comme le montre la figure 10 .

Figure 10: Sexe des répondants



Pour ce qui est du type d'établissements de santé, la plupart des enquêtés travaillent dans les centres de santé. Dans la zone HKI 83,9% des enquêtés travaillent dans un centre de santé. Ces proportions sont 82,4% à Conakry et 70,3% dans la zone non HKI. Ce qui montre une implication plus élevée des centres de santé par rapport aux autres structures du système de santé guinéen.

Parlant de leur fonction, une tendance commune ne peut pas être définie pour l'ensemble des strates. Dans la zone non HKI par exemple 29,7% étaient des infirmiers ou sages-femmes ; 24,3% étaient des agents PEV ; 18,9% étaient des ATS et 18,9% de médecins. Dans la zone HKI, les ATS étaient les plus nombreux avec 35,5% contre 25,8% d'infirmiers ou sages-femmes et 22,6% de médecins. A Conakry, parmi les personnes interviewées, les médecins et les agents PEV étaient les plus nombreux. Ils occupent 35,3% chacun. Les ATS et les infirmiers ou sages-femmes présentaient 14,7% chacun.

Par ailleurs, l'analyse de la question sur le nombre d'années d'expérience dans la santé en général montre que la moyenne la plus élevée a été enregistrée à Conakry avec 17,35 ans ; 15,97 ans dans la zone HKI et 13,59 ans dans la zone non HKI. Quant à leur nombre d'années d'expérience dans la structure sanitaire actuelle, la plus moyenne la plus élevée a été enregistrée également à Conakry (9,76 ans) ; 5,3 ans dans la zone non HKI et 4,58 ans dans la zone HKI.

Tableau 13: Répartition du personnel de santé enquêté selon les caractéristiques sociodémographiques par strate.

		Strate					
		Zone non HKI		Conakry		Zone HKI	
		N	%	N	%	N	%
Type d'établissement de santé	Poste de santé	4	10,8%	0	0,0%	4	12,9%
	Centre de Santé	26	70,3%	28	82,4%	26	83,9%
	Centre de Santé Amélioré	7	18,9%	0	0,0%	0	0,0%
	Hôpital préfectoral/Centre médical communal	0	0,0%	4	11,8%	1	3,2%
	Hôpital régional	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Centre de Santé confessionnel	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Autre précisez	0	0,0%	2	5,9%	0	0,0%
Rôle	Agent Technique de Santé (ATS)	7	18,9%	5	14,7%	11	35,5%
	Infirmière/Infirmier sage-femme	11	29,7%	5	14,7%	8	25,8%
	Agent PEV	9	24,3%	12	35,3%	3	9,7%
	Agent de Santé Communautaire	1	2,7%	0	0,0%	1	3,2%
	Nutritionniste	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Médecin	7	18,9%	12	35,3%	7	22,6%
	Autre	2	5,4%	0	0,0%	1	3,2%
Nombre d'années d'expérience de travail avez-vous dans la santé en général			13,59		17,35		15,97
Nombre d'années d'expérience de travail avez-vous dans cette structure sanitaire			5,30		9,76		4,58

4.4.2. Participation à la campagne

Avant la campagne de la SSME, des messages d'information ont été envoyés au personnel des structures sanitaires en vue de leur implication dans l'organisation de ladite semaine. Par rapport à cette implication, dans l'ensemble 94,1% des répondants avaient participé à l'organisation de la SSME. Ils avaient été informés à environ une semaine avant la date de la campagne. L'implication du personnel de santé interviewé est plus élevée dans la zone d'intervention de HKI (96,8%) et dans la zone non HKI (94,6%). La proportion la plus faible des répondants ayant participé à la SSME a été enregistrée à Conakry avec 91,2% alors qu'ils ont reçu l'information plus d'une semaine avant (10,40 jours).

La participation efficace à la SSME passerait par la participation aux différentes réunions de planification des activités avant le démarrage. Ainsi, dans l'ensemble, parmi ceux qui ont participé à la SSME 84,4% ont affirmé avoir pris part à une réunion de planification. Ces proportions sont 90% ; 83,9% et 80% respectivement dans la zone HKI, à Conakry et dans la zone non HKI. Les activités de la Semaine de Santé de la Mère et de l'Enfant, n'ont été planifiées pendant 3,26 jours en moyenne. Le nombre moyen de jours de planification des activités est de 2,42 jours dans la zone non HKI ; 2,9 jours dans la zone HKI et de 4,81 jours à Conakry.

Pour une durée moyenne de 6 jours, la stratégie utilisée pendant la dernière campagne de la SSME,

a été la stratégie **fixe** dans un rayon de 5 km et la stratégie **avancée** au-delà de 5 km, chez le chef de quartier, dans la cour de l'église, mosquée, contrairement à certaines campagnes qui utilisent la stratégie « porte à porte » qui est la plus fréquente. Pendant cette campagne, le service essentiellement fourni était la supplémentation en Vitamine A des enfants de 6-59 mois comme le montre le tableau 12.

Tableau 14: Répartition du personnel de santé enquêté selon sa participation à la SSME ou non par strate.

		Strate					
		Zone non HKI		Conakry		Zone HKI	
		N	%	N	%	N	%
Avez-vous participé à la semaine santé de la mère et de l'enfant qui vient de s'achever		35	94,6%	31	91,2%	30	96,8%
Nombre moyen de jour informé de la tenue de la campagne avant la SSME		6,26		10,40		6,77	
Avez-vous participé à une réunion de planification de la SSME avant son démarrage		28	80,0%	26	83,9%	27	90,0%
Nombre moyen de jours avant le début de la SSME avez-vous commencé à planifier pour cette semaine		2,42		4,81		2,90	
Les stratégies utilisées pendant la SSME	Maisons / Porte à porte	4	11,4%	7	22,6%	9	30,0%
	Fixe (CS, dans un rayon de 5km)	32	91,4%	22	71,0%	26	86,7%
	Avancée (Au-delà de 5 km, chez le chef de quartier, dans la cour de l'église, mosquée, etc.)	33	94,3%	17	54,8%	26	86,7%
	Autre précisez)	0	0,0%	3	9,7%	1	3,3%
Nombre moyen de jours la SSME a-t-elle durée		6,03		6,26		5,97	
Nombre moyen de jours avez-vous participé à la SSME		6,03		6,06		5,83	
Les services fournis pendant la SSME	Supplémentation en vitamine A	33	94,3%	28	90,3%	27	90,0%
	Déparasitage	9	25,7%	3	9,7%	11	36,7%
	MILD / moustiquaires	3	8,6%	4	12,9%	3	10,0%
	Vaccination	23	65,7%	20	64,5%	24	80,0%
	Conseil en planification familiale	5	14,3%	3	9,7%	3	10,0%
	Suivi de la croissance	5	14,3%	3	9,7%	4	13,3%
	Sels de réhydratation orale (ORASEL)	0	0,0%	1	3,2%	2	6,7%
	MUAC/Dépistage de la malnutrition	4	11,4%	5	16,1%	6	20,0%
	Autre	3	8,6%	4	12,9%	10	33,3%
	Ne me souvient pas / Je ne sais pas	0	0,0%	2	6,5%	0	0,0%

4.4.3. Activités de routine

En dehors des périodes de campagne, les activités de routine des structures sont services qui

rentrent dans leur fonctionnement quotidien. Parmi ces activités de routine, la supplémentation en vitamine A fait partie des activités essentielles comme le révèle le tableau 13. Selon ce tableau, d'une manière globale près de 66% du personnel de santé enquêté, a confirmé fournir de la supplémentation en vitamine A de manière routinière aux enfants de 6-59 mois. Le niveau de fourniture de ce service est plus faible dans la zone HKI que dans les autres strates. Cette zone, la proportion des enquêtés ayant déclaré que leur structure sanitaire fourni la supplémentation en vitamine A est de 48,4%. Elle est de 67,6% dans la zone non HKI et de 79,4% à Conakry. Ce service est principalement fourni aux enfants de 6 à 11 mois et ceux de 12 à 59 mois.

Dans le cadre de la supplémentation routinière en vitamine A, l'analyse de la question concernant les ruptures, a montré que la proportion des enquêtés ayant déclaré avoir connu la rupture ces derniers temps est plus élevée dans la zone HKI. Elle est de 53,3% contre 24% dans la zone non HKI et de 14,80% à Conakry. Cette rupture peut avoir un impact négatif sur les taux de couverture et pourrait s'aggraver en fonction de la durée de la rupture.

Après la supplémentation en vitamine A, le déparasitage fait également partie des activités de routines des structures sanitaires. Selon le tableau 13, près de 48% des répondants ont déclaré que le déparasitage routinier est pratique dans leur structure de santé. D'une manière spécifique 56,80% ; 51,6% et 35,3% du personnel de santé interviewé a confirmé que le déparasitage se tient dans leur structure sanitaire dans le cadre des activités de routine. Ce déparasitage concerne plus les enfants de 12 à 59 mois que ceux de 6 à 11 mois. Comme la vitamine A, les produits utilisés pour le déparasitage des enfants, a également connu une rupture. Ces ruptures sont plus fréquentes que celles de la vitamine A. Selon le tableau 13, dans l'ensemble 38,8% des enquêtés ont affirmé avoir connu une rupture en déparasitant. Ces proportions sont 42,9% dans la zone non HKI, 37,5% dans la zone HKI et 33,3% à Conakry.

Les vaccins ou les déparasitantes fournis sont ceux recommandés par le Programme Elargi de Vaccination (PEV) pour la plupart des cas.

Concernant les sorties réalisées en stratégies avancées pendant le mois de juillet avant la campagne de la SSME, le nombre moyen réalisé est de 6,39. Ce nombre est de 8,97 dans la zone HKI ; 7,32 dans la zone non HKI et de 3,09 à Conakry (voir tableau 13).

Tableau 15 : Répartition du personnel de santé enquêté selon activités de routine effectuées par strate.

		Strate					
		Zone non HKI		Conakry		Zone HKI	
		N	%	N	%	N	%
Fournissez-vous la supplémentation en vitamine A de manière routinière dans votre formation sanitaire		25	67,6%	27	79,4%	15	48,4%
Population cible de la vitamine A pendant la routine	6 à 11 mois	22	88,0%	24	88,9%	15	100,0%
	12 à 59 mois	21	84,0%	25	92,6%	12	80,0%
	Aux femmes enceintes et allaitantes	3	12,0%	3	11,1%	0	0,0%
	Autres	0	0,0%	0	0,0%	1	6,7%
	Ne sais pas / ne se rappelle pas	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
La fourniture de la vitamine A connaît-elle des ruptures de stock?		6	24,0%	4	14,8%	8	53,3%
Fournissez-vous du déparasitant de manière routinière dans votre formation sanitaire?	Non	16	43,2%	22	64,7%	14	45,2%
	Oui	21	56,8%	12	35,3%	16	51,6%
	Ne sais pas / ne se rappelle pas	0	0,0%	0	0,0%	1	3,2%
Population cible pour le déparasitage : Enfants de	6 à 11 mois	6	28,6%	5	41,7%	14	87,5%
	12 à 59 mois	20	95,2%	12	100,0%	16	100,0%
	aux femmes enceintes et allaitantes	4	19,0%	1	8,3%	3	18,8%
	Autres	0	0,0%	0	0,0%	1	6,3%
	Ne sais pas / ne se rappelle pas	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
La fourniture de déparasitant connaît-elle des ruptures de stock?		9	42,9%	4	33,3%	6	37,5%
Fournissez-vous les vaccinations de routine recommandées par le programme élargi de vaccination dans votre formation sanitaire?		33	89,2%	33	97,1%	31	100,0%
La fourniture de vaccination connaît-elle des ruptures de stock?		9	27,3%	5	15,2%	6	19,4%
La vaccination est-elle aussi organisée en stratégies avancées?		31	93,9%	29	87,9%	31	100,0%
Nombre moyen de sorties en stratégies avancées avez-vous organisé au cours du mois qui a précédé la campagne (c'est-à-dire en JUILLET)		7,32		3,09		8,97	

4.4.4. Connaissance sur la vitamine A

La connaissance de la vitamine A, la population cible et ces bienfaits passent par la formation. Elle est un élément fondamental pour véhiculer les connaissances. Ainsi, l'analyse de la question sur la

formation suivie sur la vitamine A avant la tenue de la SSME, a montré dans l'ensemble 76,5% du personnel de santé interviewé, l'a affirmé. Par strate, ces proportions sont de 70,3% dans la zone non HKI ; 73,5% à Conakry et 87,1% dans la zone HKI. Pour la plupart des enquêtés ayant suivi la formation 51,3% ont affirmé qu'ils l'ont suivi il y a moins de 3 mois. La proportion de ceux qui ont déclaré qu'il y a de cela moins de 3 mois qu'ils ont suivi la formation est plus élevée dans la zone non HKI (61,5%) contre 37% dans la zone HKI. La proportion de ceux qui ont déclaré avoir suivi la formation sur la vitamine A, il y a plus d'une année est de 28,2%.

Ces formations ne durent pas longtemps comme le montre le tableau 14. Selon ceux qui ont suivi cette formation, 53,8% ; 19,2% et 17,9% ont affirmé qu'elle n'a duré respectivement une journée, deux jours ou plus de deux jours.

Pendant cette formation, les principaux thèmes abordés étaient les directives de la supplémentation en vitamine A, la gestion des intrants (outils de gestion de la vitamine A et du déparasitant) et les directives de la SSME. Dans la zone HKI, en plus de ces thèmes, un accent particulier a été mis sur la mobilisation sociale.

Tableau 16: Répartition des enquêtés ayant suivi une formation ou non sur la vitamine A par strate.

		Strate					
		Zone non HKI		Conakry		Zone HKI	
		n	%	n	%	n	%
Avez-vous déjà suivi une formation sur la vitamine A et la vaccination avant la SSME?		26	70,3%	25	73,5%	27	87,1%
Cela fait combien de temps que cette formation a eu lieu?	Moins de 3 mois	16	61,5%	14	56,0%	10	37,0%
	3 - 6 mois	1	3,8%	1	4,0%	6	22,2%
	7-12 mois	2	7,7%	2	8,0%	4	14,8%
	Plus d'un an	7	26,9%	8	32,0%	7	25,9%
Temps cette formation sur la vitamine A	Une demi-journée	1	3,8%	2	8,0%	1	3,7%
	Une journée	16	61,5%	14	56,0%	12	44,4%
	deux jours	5	19,2%	3	12,0%	7	25,9%
	plus de deux jours	4	15,4%	3	12,0%	7	25,9%
	Je ne sais pas / Je ne me souviens pas	0	0,0%	3	12,0%	0	0,0%
Thèmes abordés lors de la formation	Directives de supplémentation en vitamine A	23	88,5%	22	88,0%	20	74,1%
	supervision de la supplémentation en vitamine A	12	46,2%	16	64,0%	24	88,9%
	Gestion des intrants (Outils de gestion, vitamine A et déparasitant)	14	53,8%	13	52,0%	19	70,4%
	Mobilisation sociale	9	34,6%	9	36,0%	18	66,7%
	Directive de la SSME (Stratégie, Cible, Objectif, etc)	17	65,4%	12	48,0%	22	81,5%
	Autre (préciser)	1	3,8%	3	12,0%	3	11,1%

4.5. Enquête auprès des Distributeurs Communautaires (DC)

Dans le cadre de la réalisation des campagnes de vaccinations, de supplémentation de la vitamine

A, des traitements de masse ou d'autres activités dans les communautés, les Distributeurs Communautaires constituent un élément indispensable. C'est pourquoi, connaître leurs caractéristiques sociodémographiques, mesurer leur implication dans l'organisation de la SSME, l'administration de la vitamine A et les activités de mobilisation, d'information et de sensibilisation menées, ont été évalués.

4.5.2. Caractéristiques des enquêtés

Selon le tableau 15, parmi les Distributeurs Communautaires interviewés, dans l'ensemble 63% étaient des hommes contre 37% de femmes. Cette proportion est élevée des hommes par rapport aux femmes est confirmée dans la zone non HKI et celle de HKI. A Conakry, les femmes étaient les plus nombreuses. Elles constituaient 70,4% des distributeurs communautaires interviewés.

Parmi ces distributeurs, la proportion des AC et des agents PEV ou vaccinateurs est de 39% chacun. Ils étaient les plus nombreux, viennent ensuite les infirmiers (14%). Une analyse détaillée par strate montre une légère variation. Dans la zone non HKI par exemple, les distributeurs interviewés sont plus agents PEV ou des vaccinateurs alors dans la zone HKI, les Agents communautaires étaient les plus nombreux (41,9%). A Conakry, les agents communautaires et les agents EPI ou vaccinateurs étaient les plus nombreux. Ils étaient chacun 40,7% des distributeurs enquêtés.

Dans toutes les strates, la principale activité menée par ces distributeurs est la vaccination de routine. La mobilisation sociale et la campagne (VAS, MILDA) sont respectivement la deuxième et la troisième activité menée.

Quant à leur nombre moyen d'années d'expérience de travail dans la communauté, dans l'ensemble il est de 6,26 ans. Cette moyenne est de 7,29 ans dans la zone HKI ; 6,35 ans dans la zone non HKI et de 4,96 ans à Conakry. Par rapport au nombre d'années d'expérience dans la santé, la durée moyenne effectuée par les distributeurs est de 6,83 ans dans l'ensemble. Cette moyenne est plus élevée dans la zone HKI qui est de 7,42 ans et plus faible à Conakry qui est de 6,3 ans. Dans la zone non HKI, elle est de 6,71 ans (voir tableau 15).

Tableau 17: Répartition des distributeurs communautaires selon les caractéristiques sociodémographiques par strate

Caractéristiques des enquêtés		Strate					
		Zone non HKI		Conakry		Zone HKI	
		N	%	N	%	N	%
Sexe de l'enquêté	Homme	28	82,4%	8	29,6%	22	71,0%
	Femme	6	17,6%	19	70,4%	9	29,0%
Rôle dans la communauté	Agent communautaire	12	35,3%	11	40,7%	13	41,9%
	accoucheuse villageoise	0	0,0%	0	0,0%	1	3,2%
	membre d'ONG local	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	chef de village/leader communautaire	0	0,0%	1	3,7%	0	0,0%
	Agent EPI / Vaccinateur	15	44,1%	11	40,7%	10	32,3%
	Aide-soignant	0	0,0%	0	0,0%	1	3,2%
	CHA / SECHN (Assistant de Santé)	5	14,7%	2	7,4%	6	19,4%

	Communautaire / Infirmier de Santé Communautaire Inscrit)						
	TBA (Assistant de naissance traditionnel)	2	5,9%	2	7,4%	0	0,0%
	secouriste	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Autre	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Principales activités menées dans la communauté	Vaccination de routine	20	58,8%	21	77,8%	16	51,6%
	campagne (VAS, MILDA, etc)	5	14,7%	3	11,1%	3	9,7%
	mobilisation sociale	8	23,5%	3	11,1%	5	16,1%
	IEC/CCSC	0	0,0%	0	0,0%	1	3,2%
	enquêtes	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	accoucheuse traditionnelle	1	2,9%	0	0,0%	2	6,5%
	secouriste	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Autre	0	0,0%	0	0,0%	4	12,9%
Nombre moyen d'années d'expérience de travail avez-vous dans la communauté		6,35		4,96		7,29	
Nombre moyen d'années d'expérience de travail avez-vous dans la santé en général		6,71		6,30		7,42	

4.5.3. Participation à la campagne

Selon le tableau 18, pour l'ensemble des strates près de 95% des distributeurs avaient participé à la SSME tenue du 01 au 06 aout 2018. La proportion la plus faible des distributeurs ayant participé à la SSME, a été enregistré dans la zone HKI (93,5%) et la proportion la plus élevée a été enregistrée à Conakry (96,3%). Pour ceux qui ont participé à la SSME, la planification des activités, ne s'est effectuée que pendant 3,05 jours en moyenne. Le nombre moyen de jours de planification avant le début des activités est de 2,14 jours dans la zone non HKI ; 2,76 jours dans la zone HKI et de 4,38 jours. Leur participation à la SSME a durée en moyenne pendant toute la campagne qui était de 6 jours.

Malgré le faible nombre moyen de jours de leur implication dans les planifications avant le début de la SSME, une proportion importante parmi eux, a participé à la mobilisation sociale. Sur toute l'étendue du territoire national, 75% des distributeurs enquêtés ont participé à la mobilisation. Dans les différentes strates 71% ; 74,1% et 79,4% ont affirmé avoir participé à la mobilisation sociale. Cette mobilisation sociale a concerné les chefs de villages et quartiers, les responsables religieux, les leaders communautaires (Président des jeunes ou Présidente des femmes).

Les principaux lieux de mobilisation sociale pendant la SSME passée ont été les marchés, les ménages, les lieux de cultes (Eglises et mosquées), les lieux de regroupement des mères ou des jeunes. Cette stratégie visait à toucher le maximum de personnes. Pendant la mobilisation sociale, les messages clés véhiculés étaient essentiellement basés sur la période de la campagne, le lieu de distribution pendant la campagne, l'emplacement des sites de diffusion pour la campagne, les différents services offerts, l'importance de VAS et du déparasitage.

Tableau 18: Répartition des distributeurs communautaires ayant participé ou non à la SSME par strate

		Strate					
		Zone non HKI		Conakry		Zone HKI	
		N	%	N	%	N	%
Participation à la SSME		32	94,1%	26	96,3%	29	93,5%
Nombre moyen de jours avant le début de la SSME avez-vous commencé à planifier pour cette SSME.		2,14		4,38		2,76	
Participation à la réunion de planification de la SSME avant son démarrage		25	78,1%	23	88,5%	21	72,4%
Nombre moyen de jours avant le début de la SSME avez-vous commencé à planifier pour cette SSME		2,14		4,38		2,76	
Nombre moyen de jours la SSME a-t-elle durée		5,91		6,12		5,90	
Participation à la mobilisation sociale		27	79,4%	20	74,1%	22	71,0%
Autorités sensibilisées pour la SSME	Chef de village	26	89,7%	3	13,0%	13	59,1%
	Leaders religieux	22	75,9%	12	52,2%	19	86,4%
	Chef / assistant chef	12	41,4%	6	26,1%	12	54,5%
	Président du groupe des hommes	10	34,5%	4	17,4%	8	36,4%
	Président du groupe de femmes	12	41,4%	9	39,1%	11	50,0%
	Président du conseil de comité / maire	11	37,9%	8	34,8%	10	45,5%
	Ne me souviens pas	0	0,0%	2	8,7%	0	0,0%
	Autre précisez)	0	0,0%	3	13,0%	0	0,0%
Lieu de la mobilisation pour informer la communauté de la tenue de la SSME	Marchés	12	41,4%	7	30,4%	11	50,0%
	Écoles	0	0,0%	2	8,7%	5	22,7%
	Ménages	13	44,8%	8	34,8%	13	59,1%
	Église / mosquée	20	69,0%	11	47,8%	16	72,7%
	Groupes de soutien pour les mères	8	27,6%	7	30,4%	9	40,9%
	Groupes de soutien pour les jeunes	10	34,5%	11	47,8%	10	45,5%
	Funérailles	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Ne me souviens pas	0	0,0%	3	13,0%	0	0,0%
	Autre précisez)	1	3,4%	4	17,4%	1	4,5%

4.5.4. Administration de la vitamine A et le déparasitage

Pendant la SSME, l'activité phare était la distribution de la vitamine A comme le montre le tableau 17. Selon ce tableau environ 90% des distributeurs, ont administré de la vitamine A aux enfants de 6-59 mois comme le stipulait le document de formation. Par strate, 87,1% ; 88,2% et 96,3% des distributeurs ont confirmé avoir administré de la vitamine A pendant la SSME respectivement dans la zone HKI, dans la zone non HKI et à Conakry.

Comme l'ont spécifié le personnel de santé interviewé, pour cette campagne, la stratégie utilisée était fixe ou avancée selon l'étendue la zone à couvrir. Selon les distributeurs également, les principaux sites de distribution ont été les établissements sanitaires et les postes de sensibilisation.

Par rapport au cas de rupture, un seul distributeur a mentionné, le problème d'approvisionnement de la vitamine A. Il s'agissait de l'insuffisance des capsules de 200.000 UI dans la zone non HKI.

Tableau 19: Repartition des distributeurs communautaires ayant participé à la distribution de la vitamine A par strate

Administration de la vitamine A		Strate					
		Zone non HKI		Conakry		Zone HKI	
		N	%	N	%	N	%
Administration de la vitamine A pendant la SSME		30	88,2%	26	96,3%	27	87,1%
Sites de distribution de la Vit A pendant la SSME	Maisons / Porte à porte	12	35,3%	3	11,1%	5	16,1%
	Établissement de santé / hôpital	17	50,0%	13	48,1%	14	45,2%
	Poste de sensibilisation	14	41,2%	13	48,1%	18	58,1%
	École	4	11,8%	4	14,8%	4	12,9%
	Eglise / Mosquée	4	11,8%	1	3,7%	4	12,9%
	Place du marché	5	14,7%	7	25,9%	12	38,7%
	À la rue / Route	1	2,9%	3	11,1%	7	22,6%
	Autre précisez)	4	11,8%	5	18,5%	5	16,1%
Problèmes d'approvisionnement de la vit A pendant la SSME	Fourniture insuffisante en capsules de 100 000 UI	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Fourniture insuffisante de capsules de 200 000 UI	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Ne me souviens pas	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Autre	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

4.5.5. Connaissances sur la vitamine A

La connaissance de la vitamine A par les distributeurs peut les aider à mieux communiquer pendant les séances de sensibilisation. L'évaluation faite par rapport à leur connaissance de la vitamine A a révélé que dans l'ensemble près de 99% des distributeurs ont déclaré qu'ils ont entendu parler de la vitamine A. Ces proportions sont de 100% dans la zone non HKI et celle de HKI et de 96,3% dans la zone de Conakry. Par ailleurs plusieurs avantages de la vitamine A, ont été cités mentionnés par les distributeurs ayant entendu parler de la vitamine A. Les deux principaux avantages cités sont la prévention de la cécité ou l'aide à la vision et l'aide à la croissance.

Quant aux groupes cibles, 97,8% des répondants ont mentionné que ce sont les enfants de 6-59 mois. Ces proportions sont respectivement 93,5% dans la zone HKI et 100% dans les deux autres strates. Les autres groupes ont été légèrement mentionnés.

Tableau 20: Répartition des distributeurs communautaires ayant entendu parler de la vitamine A, ces avantages, groupes cibles et le déparasitage par strate

		Strate					
		Zone non HKI		Conakry		Zone HKI	
		n	%	n	%	n	%
Avez-vous déjà entendu parler de la vitamine A		34	100,0 %	26	96,3%	31	100,0%
Avantages de la vit A	Protège contre la maladie / Augmente l'immunité	10	29,4%	6	23,1%	8	25,8%
	Améliore la santé des enfants	10	29,4%	8	30,8%	7	22,6%
	Prévient la cécité / aide à la vision	28	82,4%	23	88,5%	29	93,5%
	Aide à la croissance	18	52,9%	11	42,3%	12	38,7%
	Stimule l'appétit	2	5,9%	4	15,4%	2	6,5%
	Donne de la force / de l'énergie à l'enfant	4	11,8%	2	7,7%	5	16,1%
	Protège de l'anémie	5	14,7%	4	15,4%	2	6,5%
	Réduit le risque de mort	1	2,9%	1	3,8%	1	3,2%
	Je ne sais pas / Je ne me souviens pas	1	2,9%	1	3,8%	0	0,0%
	Autre	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Groupes pour la supplémentation en vit A	Enfants de 6 à 59 mois	34	100,0 %	26	100,0 %	29	93,5%
	Enfants atteints de maladies infectieuses telles que la diarrhée, la rougeole, les infections des voies respiratoires inférieures	0	0,0%	1	3,8%	1	3,2%
	Enfants souffrant de malnutrition	5	14,7%	1	3,8%	2	6,5%
	Toutes les femmes enceintes	4	11,8%	1	3,8%	3	9,7%
	Les femmes enceintes atteintes de cécité nocturne	4	11,8%	3	11,5%	9	29,0%
	Femmes post-partum dans le mois suivant la naissance	4	11,8%	3	11,5%	9	29,0%
	Femmes post-partum dans les 8 semaines suivant l'accouchement	3	8,8%	4	15,4%	1	3,2%
	Ne sait pas	0	0,0%	0	0,0%	1	3,2%
Autre précisez	0	0,0%	0	0,0%	1	3,2%	

4.5.6. Raisons d'exclusion des enfants pendant plusieurs campagnes

Selon les distributeurs enquêtés les principales raisons sont les mouvements migratoires, les croyances religieuses, le manque d'information, l'occupation ou l'indisponibilité des parents, la réticence des parents et l'absence des enfants à la maison pendant le passage des distributeurs. L'ordre d'importance de ces raisons, varie d'une strate à l'autre. Dans la zone non HKI par exemple les raisons par ordre d'importance sont les mouvements migratoires (présence de population nomade), l'occupation des mères, le refus des parents et l'indisponibilité des enfants à la maison. A Conakry, la méconnaissance de l'importance de la vitamine A, les croyances religieuses et le manque d'information sur la période de la campagne. Dans les régions d'intervention de HKI, les principales raisons évoquées sont la présence des populations nomades, l'occupation des mères et le mauvais choix du moment de la campagne.

Pour atteindre ces enfants, les suggestions formulées par les distributeurs sont les suivantes :

- Sensibilisation des hommes et des décideurs du ménage
- Motivation des agents de santé communautaires
- Campagnes de médias de masse
- Formation régulière des agents de santé
- Motivation des travailleurs de la santé
- Assurer un approvisionnement suffisant en vitamine A
- Fourniture de moyens de transport
- Augmenter la main-d'œuvre / capacité de dotation / nombre d'équipes de distribution
- Formation régulière des agents de santé communautaires
- Améliorer la planification de la logistique
- Meilleure coordination entre les agents communautaires et de santé
- Augmenter le nombre de programmes de sensibilisation

Tableau 21 : Répartition des distributeurs communautaires selon les raisons d'exclusion des enfants pendant plusieurs campagnes par strate

		Strate					
		Zone non HKI		Conakry		Zone HKI	
		n	%	n	%	n	%
Raisons d'exclusion des enfants pour plusieurs campagnes	Ils sont nomades ou Très transitoire	4	66,7%	1	8,3%	3	33,3%
	Ils sont trop loin pour venir	1	16,7%	0	0,0%	1	11,1%
	Différences de langage / barrière	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Barrières culturelles / tribales	1	16,7%	0	0,0%	0	0,0%
	Croyances religieuses / barrières	1	16,7%	2	16,7%	0	0,0%
	Ils ne reçoivent pas d'informations sur les campagnes	1	16,7%	2	16,7%	2	22,2%
	Ils ne comprennent pas l'importance de la SVA pour la santé de l'enfant	0	0,0%	5	41,7%	1	11,1%
	Ils ne font pas confiance aux services de santé ou aux programmes gouvernementaux/ la peur	0	0,0%	1	8,3%	0	0,0%
	Ils ne croient pas en prendre des suppléments ou de la médecine occidentale	0	0,0%	1	8,3%	0	0,0%
	Les mères des enfants sont au travail	3	50,0%	0	0,0%	2	22,2%
	Les fournisseurs sont négligents	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Très mauvaise accessibilité	0	0,0%	0	0,0%	1	11,1%
	Moyens insuffisants (financiers)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Mauvais moment pour la distribution (ex.Saison de saison, saison des récoltes)	0	0,0%	0	0,0%	2	22,2%
	Parents Refus (Général, aucune raison de refus)	2	33,3%	1	8,3%	1	11,1%
	Enfant absent	2	33,3%	0	0,0%	1	11,1%
Offre insuffisante de Vit A / pénurie supplémentaire	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Raisons politiques	0	0,0%	1	8,3%	0	0,0%	

	Ne sait pas	0	0,0%	1	8,3%	0	0,0%
	Autre précisez)	0	0,0%	1	8,3%	2	22,2%
Suggestions pour améliorer les prochaines campagnes	Campagnes de médias de masse	10	29,4%	11	40,7%	12	38,7%
	Sensibilisation des hommes et des décideurs du ménage	23	67,6%	18	66,7%	14	45,2%
	Meilleure coordination entre les agents communautaires et de santé	8	23,5%	5	18,5%	5	16,1%
	Assurer un approvisionnement suffisant en vit A	12	35,3%	9	33,3%	6	19,4%
	Formation régulière des agents de santé	13	38,2%	11	40,7%	9	29,0%
	Motivation des travailleurs de la santé	12	35,3%	11	40,7%	10	32,3%
	Motivation des agents de santé communautaires	13	38,2%	14	51,9%	9	29,0%
	Augmenter la main-d'œuvre / capacité de dotation / nombre d'équipes de distribution	12	35,3%	2	7,4%	12	38,7%
	Formation régulière des agents de santé communautaires	9	26,5%	8	29,6%	8	25,8%
	Organiser des campagnes isolées	2	5,9%	1	3,7%	1	3,2%
	Distribution de VAS associée avec d'autres interventions	3	8,8%	0	0,0%	1	3,2%
	Augmenter le nombre de ciseaux disponibles	2	5,9%	1	3,7%	0	0,0%
	Augmenter le nombre de programmes de sensibilisation	3	8,8%	7	25,9%	8	25,8%
	Rendez les systèmes de routine plus efficaces.	3	8,8%	3	11,1%	1	3,2%
	Étendre la longueur de la campagne VAS	0	0,0%	1	3,7%	2	6,5%
	Accroître la notoriété des leaders communautaires	2	5,9%	1	3,7%	1	3,2%
	Fourniture de moyens de transport	10	29,4%	1	3,7%	16	51,6%
	Améliorer la planification de la logistique	7	20,6%	3	11,1%	13	41,9%
	Ne sait pas	0	0,0%	1	3,7%	0	0,0%
	Autre	6	17,6%	1	3,7%	1	3,2%

5. Conclusion et recommandations

D'une manière générale, l'enquête de couverture post-campagne, a permis d'évaluer le taux de couverture de la vitamine A et vérifier les statuts vaccinaux de la rougeole et du pentavalent 3. Elle a également permis de classer selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques les enfants et les répondants, de mener des analyses sur les services de routines, les connaissances sur la tenue de la campagne, les différents canaux de communication pour information la population, la connaissance de la vitamine A, ses bienfaits.

A l'issue des analyses effectuées, les résultats ont montré que la couverture la plus faible a été enregistrée à Conakry avec 42,8% et plus élevée dans la zone HKI (67,7%). Dans la zone non HKI 64,4% des enfants éligibles ont pris de la vitamine A pendant la SSME.

Pour ce qui est du statut vaccinal de la vaccination contre la rougeole, après la vérification de leur carnet, 29% avaient leur statut vaccinal contre la rougeole à jour pour l'ensemble des strates. Les résultats par strate montrent que la zone de HKI a la proportion la plus élevée d'enfants ayant leur statut vaccinal contre la rougeole à jour (37%) contre 32,6% à Conakry et 25,4% dans la zone non HKI. Ce faible taux d'enfants ayant le statut vaccinal à jour pourrait être dû à la non disponibilité des carnets car dans l'ensemble, près de 52% des mères ou gardiennes d'enfants, ont déclaré que le carnet de l'enfant n'était pas disponible. Ces proportions sont respectivement 38,1% ; 41,8% et 58,7% dans la zone HKI, à Conakry et dans la zone non HKI. Le statut vaccinal concernant le pentavalent 3 avait également été vérifié. A ce niveau également 29,10% seulement des enfants éligibles avaient leur statut vaccinal à jour. Les proportions d'enfants ayant leur statut vaccinal en Pentavalent 3 à jour sont respectivement 33,6% ; 32,2% et 27,1% à Conakry, dans la zone HKI et dans la zone non HKI.

Pour améliorer les couvertures des SSME à venir et surtout avec le changement de stratégie, des analyses ont été menées pour identifier les variables significativement associées aux couvertures au seuil de 5%.

Par ailleurs, des données avaient également été collectées auprès du personnel de santé et les agents communautaires des différentes grappes sélectionnées pour l'enquête auprès des ménages. Elle a également permis d'évaluation leur participation à la SSME, leurs connaissances sur la vitamine A, le déparasitage et leur administration.

Les analyses effectuées à partir des données collectées auprès de ces cibles ont révélé qu'existence d'un canal de circulation de l'information. Etant directement impliqués dans la distribution, les questions spécifiques ont été posées aux distributeurs. Il s'agit des raisons de l'exclusion de certains groupes d'enfants pendant plusieurs campagnes et des suggestions formulées afin de les atteindre.

En prenant ainsi en compte des facteurs identifiés pouvant influencer l'atteinte des objectifs du programme et pour l'amélioration de la couverture programmatique des prochaines campagnes, les analyses effectuées à partir des données collectées effectuées auprès des agents de santé et les distributeurs, nous formulons les recommandations globales car les constats effectués sont quasiment les mêmes dans toutes les strates :

- ✓ Organiser une restitution des résultats de l'enquête dans les districts sanitaires ayant fait l'objet de cette étude pour partager les résultats de l'enquête et surtout discuter des conclusions et des mesures à prendre basées sur les faiblesses constatées, pour une

meilleure gestion de la prochaine campagne en présence des chefs des centres et postes de santé ;

- ✓ Tenir régulièrement des séances de formation sur la vitamine A, les déparasitages et la vaccination auxquelles prendront part les agents de santé, les agents communautaires et/ou les distributeurs car selon le circuit de l'information, ces derniers font partie des principaux canaux de communication ;
- ✓ Commencer des campagnes de communications (IEC) des semaines avant et pendant la campagne tout en mettant un accent particulier sur la période de la campagne, les bienfaits de la vitamine A, car le manque d'information est la première raison de la non prise de la vitamine A, évoquée. D'autres raisons comme l'occupation des parents et l'absence des parents ou les enfants à la maison pendant la distribution ont également été évoquées ;
- ✓ Pour assurer une couverture totale géographique de l'ensemble des localités, choisir une période de la SSME qui pourrait être une période de faible pluie ;
- ✓ Pour diminuer la zone à couvrir par distributeur, augmenter le nombre d'agents distributeurs par localité ;
- ✓ Afin de pouvoir administrer la vitamine A aux enfants absents pendant le premier passage des distributeurs, les équipes doivent organiser plusieurs passages par jour dans les ménages malgré l'organisation des journées de ratissage ;
- ✓ Afin de vaincre les considérations religieuses, impliquer les leaders religieux dans les campagnes de sensibilisation à travers les messages véhiculés dans les lieux de culte (Mosquées, Eglises) surtout dans les régions administratives dans lesquelles, n'intervient pas HKI. Dans cette zone, une proportion non négligeable des parents refuse de faire supplémenter leurs enfants à cause des considérations religieuses ;
- ✓ Intensifier les campagnes d'information et de sensibilisation sur le changement de stratégie de supplémentation de la vitamine A, du déparasitage et de la vaccination pendant la SSME. Un changement de stratégie peut avoir des conséquences sur les couvertures ;
- ✓ A partir des facteurs significativement associés aux taux de couvertures, mener des activités concrètes basées sur les facteurs les plus pertinents qui peuvent avoir un effet direct sur les couvertures.