



ENQUETE DE COUVERTURE POST CAMPAGNE DE LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A EN CÔTE D'IVOIRE.

Novembre 2018

TABLE DES MATIERES

I.	CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE	7
II.	OBJECTIFS DE L'EVALUATION	9
1.	Objectifs généraux	9
2.	Objectifs spécifiques	9
III.	METHODOLOGIE	10
1.	Type d'étude et population cible	10
a.	Organisation de l'étude	10
b.	Type d'étude	10
c.	Période de l'étude	10
d.	Cadre de l'étude	10
e.	Population cible de l'étude	11
2.	Echantillonnage	12
a.	Taille adéquate de l'échantillon	12
b.	Le plan d'échantillonnage (sélection des grappes et des ménages) :	13
c.	Choix des ménages à enquêter	13
3.	Elaboration du protocole et son approbation par le comité éthique	15
4.	Pré tester les cartes de grappes	15
5.	Recrutement et Formation des superviseurs et enquêteurs	15
6.	Enquête pilote ou pré test des outils de collecte	16
7.	Collecte de données sur le terrain	17
a.	Recensement des ménages et le tirage aléatoire des ménages à enquêter	17
b.	Collecte de données sur le terrain	17
8.	Utilisation de la technologie mobile pour la collecte de données	18
9.	Contrôle de la qualité de la collecte dans les ménages	18
10.	Supervision et suivi de la collecte	18
11.	Traitement et analyse des données, rédaction du rapport final	19
a.	Le formulaire de collecte	19
b.	Apurement et analyse statistique des données	19
c.	Rédaction du rapport	20
12.	Difficultés rencontrées	20
13.	Limites de l'étude	21
I.	CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES DES POPULATIONS ENQUETEES	22
1.	Caractéristiques des ménages enquêtés	22
a.	Localisation des ménages :	22
b.	Nombre moyen d'enfants cibles par ménages :	22
c.	Caractéristiques des répondants	23
2.	Caractéristiques des enfants enquêtés dans les zones SVAD	24
3.	Caractéristiques des enfants dépistés	25
I.	HABITUDES, COMPORTEMENT ET SERVICES DE SANTE	25
1.	Accès aux services de santé	25
a.	Comportement face aux soins de santé	25
b.	Utilisation des soins préventifs	26
2.	Source d'information sur les services de santé	27

II. COMMUNICATION SUR LA CAMPAGNE ET NIVEAU DE CONNAISSANCES	27
1. Stratégie de communication sur la campagne.....	27
2. Source d'information sur la campagne.....	28
3. Connaissances sur la SVA.....	28
4. Connaissances sur le déparasitage	29
III. COUVERTURE	30
1. couverture en supplémentation de la vitamine A	31
2. couverture en Déparasitant.....	31
3. couverture en Dépistage.....	31
4. Comparaison des résultats administratifs de la campagne et ceux de l'enquête.....	32
IV. LIEUX DE RECEPTION ET RAISONS DE NON RECEPTION DES PRODUITS	33
1. supplémentation de la vitamine A.....	33
a. Lieu de réception de la vitamine A.....	33
b. Raison de non réception de la vitamine A.....	33
2. Déparasitage.....	34
a. Lieu de réception du déparasitant	34
b. Raison de non réception du déparasitant	35
3. Dépistage	36
a. Lieu de dépistage	36
b. Raison de non dépistage	36
c. Taux de malnutrition aigue	37
4. Quelques déterminants de la supplémentation en vitamine A et déparasitage	38
a. Quelques déterminants de la couverture en SVA.....	38
b. Quelques déterminants de la couverture en déparasitant.....	39
V. ENQUETE AUPRES DES AGENTS DE SANTE.....	39
1. Caractéristiques des agents de santé	39
2. Formation et rôle des agents de santé dans la campagne.....	40
3. Organisation de la campagne	41
VI. ENQUETE AUPRES DES TRAVAILLEURS COMMUNAUTAIRES	42
1. Caractéristiques des travailleurs communautaires.....	42
2. Formation et rôle des agents de santé dans la campagne.....	43
3. Organisation de la campagne	43

LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES, FIGURES ET CARTES

Tableau 1 : Localisation des ménages enquêtés	22
Tableau 2 : Nombre moyen d'enfants par ménages enquêtés	23
Tableau 3 : Caractéristiques des répondants	23
Tableau 4 : Profil des enfants enquêtés dans les zones SVAD	24
Tableau 5 : Age moyen des enfants	24
Tableau 6 : Caractéristiques des enfants dépistés	25
Tableau 7 : Comportement face aux soins	25
Tableau 8 : Connaissance de la campagne	28
Tableau 9 : Connaissances sur les services de SVA	29
Tableau 10 : Connaissances sur le déparasitage	30
Tableau 11 : Taux de couverture.....	30
Tableau 12 : Taux de couverture selon le milieu et le sexe	32
Tableau 13: Comparaison résultats administratifs-résultats de la campagne	32
Tableau 14 : Description de l'échantillon	40
Tableau 15 : Rôle des agents de santé enquêtés pendant la campagne	41
Tableau 16 : Organisation de la campagne	42
Tableau 17 : Caractéristiques des travailleurs communautaires.....	42
Tableau 18: Rôle des ASC pendant la campagne.....	43
Tableau 19 : Organisation de la campagne	44
Tableau 20 : Quelques déterminants de la SVA.....	47
Tableau 21 : Quelques déterminants du déparasitage	47
Graphique 1: Utilisation des soins préventifs.....	26
Graphique 2 : Source d'information des foyers sur les services de santé.....	27
Graphique 3 : Source d'information sur la campagne	28
Graphique 4 : Lieu de réception de la vitamine	33
Graphique 5 : Raison de non réception de la vitamine A.....	34
Graphique 6: Lieu de réception du déparasitant.....	35
Graphique 7 : Raison de non réception du déparasitant	35
Graphique 8 : Lieu de dépistage.....	36
Graphique 9 : Raison de non dépistage	37
Graphique 10 : Parents informés du résultat	37
Graphique 11 : Taux de malnutrition aigüe.....	38
Graphique 12 : Formations des agents de santé	41
Graphique 13 : Formation des ASC sur la vitamine A et le déparasitant.....	43
Figure 1: Répartition des districts par strate.....	11
Figure 2: Schéma du plan d'échantillonnage	13

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AIBEF	: Association Ivoirienne pour le Bien-Etre Familial
ASC	: Agent de Santé Communautaire
CSU	: Centre de Santé Urbain
CSR	: Centre de Santé Rural
CESI	: Cabinet d'Etudes Statistiques et Informatique
DC	: Directeur Coordonnateur
DIIS	: Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire
EDS-MICS	: Enquête démographique et de santé et à Indicateurs Multiples
HKI	: Helen Keller International
IC	: Intervalle de Confiance
INS	: Institut National de la Statistique
MAP	: Medical Assistance Program
MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
ODK	: Open Data Kit
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PNN	: Programme National de Nutrition
PECS	: Post Event Coverage Survey (Enquête de couverture après campagne)
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
UNICEF	: Fonds des Nations Unies Pour l'Enfance
SAF	: Service Administratif et Financier
SIAN	: Semaine d'Intensification des Activités de Nutrition
SVAD	: Supplémentation en Vitamine A et Déparasitage
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZD	: Zone de Dénombrement

RESUME

Les carences en Micronutriments constituent un défi majeur de santé publique. L'ampleur de la problématique nutritionnelle a justifié la mise en œuvre par l'État de Côte d'Ivoire, à travers le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, des stratégies promotionnelles, préventives et curatives. Des actions visant la communauté ont été entreprises dont le dépistage en stratégie avancée, la prise en charge de la malnutrition aiguë ainsi que la supplémentation en vitamine A et le déparasitage.

En vue de maintenir les efforts accomplis dans la prise en charge de la malnutrition et améliorer la couverture par l'offre d'un paquet d'interventions de nutrition à haut impact, le Programme National de Nutrition a organisé avec l'appui de ses partenaires, pour le second passage de l'an 2018, une Semaine d'Intensification des Activités de Nutrition (SIAN 2018).

Au cours de cette SIAN 2018, le dépistage de la malnutrition aiguë a eu lieu dans 11 districts sanitaires de forte prévalence de la malnutrition au Nord du pays et la supplémentation en vitamine A dans les 57 districts sanitaires non concernés par la routine.

A la suite de cette semaine d'intensification des activités de nutrition, le Programme National de Nutrition avec l'appui financier et technique de ces partenaires (HKI, UNICEF et MAP international), a organisé à travers les services d'un consultant une enquête de couverture du 06 au 14 novembre afin d'évaluer la qualité de la mise en œuvre des activités de supplémentation en vitamine A, de déparasitage, de dépistage de la malnutrition chez les enfants dépistés malnutri et de tirer des leçons pertinentes pour des prises de décisions efficaces.

La présente étude vise à évaluer la qualité de la mise en œuvre des activités de supplémentation en vitamine couplée au déparasitage et de dépistage. Elle a été mise en œuvre suivant deux stratégies :

- Une enquête qualitative constituée d'entretiens individuels auprès des acteurs de mise en œuvre des activités de supplémentation en vitamine A, déparasitage et de dépistage sur le terrain (les agents de santé et les ASC)
- Enquête de couverture : sondage en grappe de type OMS à deux degrés.

L'enquête ciblait les ménages de la zone d'étude ayant au moins un enfant de 06 à 59 mois au moment de la SIAN du 02 au 05 novembre 2018.

Selon les résultats de cette étude, le taux de couverture en SVA s'établit à 90,62%. Le taux couverture en déparasitant obtenu lors de cette étude est 81,80%. Les résultats nous indiquent aussi un taux de couverture en dépistage de 56,34%.

INTRODUCTION

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Les carences en micronutriments sont associées à la malnutrition et prédominantes dans les pays en développement. La carence en vitamine A diminue la résistance aux infections, entraîne le retard de croissance et provoque des affections oculaires pouvant évoluer vers la cécité si rien n'est fait. Elle sévit en Côte d'Ivoire où sa prévalence est estimée à 30% chez les enfants d'âge préscolaire. Quant à la carence en fer, responsable d'anémie, elle est le plus souvent provoquée par les vers hématophages.

Les carences en vitamine A et en fer sont des problèmes majeurs de santé publique qui ont un impact négatif sur le développement socio-économique tant par les lésions oculaires et la cécité dont elle est responsable, que par son action directe ou indirecte sur la morbidité et la mortalité des enfants de 0 à 5 ans. L'ampleur du problème a justifié la mise en œuvre par l'état de Côte d'Ivoire, de plusieurs stratégies dont la supplémentation en vitamine A, le déparasitage et le dépistage de la malnutrition. Parmi les interventions issues de ces stratégies de lutte contre ces pathologies carencielles, on peut citer entre autres l'intégration de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage dans les Journées Nationales de Vaccination.

Le constat montre que la performance de la distribution de routine de vitamine A et de déparasitant a été médiocre au cours des dernières années. Selon le rapport de synthèse de l'Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples, près de six enfants de 6-59 mois sur dix (61 %) ¹ avaient reçu des suppléments de vitamine A au cours des six mois ayant précédé l'enquête. Par ailleurs l'enquête SMART 2016, révèle une couverture de 57% pour la vitamine A et 58% pour le déparasitage dans les régions sanitaires de Bounkani, du Poro-Tchologo-Bagoué, et du Sud Hors Abidjan.

L'ampleur de la problématique nutritionnelle a justifié la mise en œuvre par l'État de Côte d'Ivoire, à travers le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, des stratégies promotionnelles, préventives et curatives. Des actions visant la communauté ont été entreprises dont le dépistage en stratégie avancée, la prise en charge de la malnutrition aiguë ainsi que la supplémentation en vitamine A et le déparasitage.

La supplémentation en vitamine A et le déparasitage se déroulent chaque 6 mois lors de campagnes de masse et couplée à la vaccination contre la poliomyélite. Dans l'optique d'atteindre un plus grand nombre d'enfants de moins de 5 ans. Cependant, avec les taux de vaccination de routine, l'éradication imminente de la poliomyélite, la certification de la Côte Ivoire hors polio et le développement constant des capacités du système de santé en Côte d'Ivoire rendent peu à peu les campagnes de vaccination obsolètes.

En vue de maintenir les efforts accomplis dans la prise en charge de la malnutrition et améliorer la couverture par l'offre d'un paquet d'interventions de nutrition à haut impact, le Programme

¹ EDS-MICS 2011-2012, page 12

National de Nutrition a organisé avec l'appui de ses partenaires, pour le second passage de l'an 2018 une Semaine d'Intensification des Activités de Nutrition (SIAN 2018).

Ce paquet d'interventions prenait en compte la mobilisation communautaire et la sensibilisation pour l'adoption des Actions Essentielles en Nutrition tant par le personnel de santé que par la communauté.

Au cours de cette SIAN 2018, le dépistage de la malnutrition aigüe a eu lieu dans 11 districts sanitaires de forte prévalence de la malnutrition au Nord du pays et la supplémentation en vitamine A dans les 57 districts sanitaires non concernés par la routine.

A la suite de cette semaine d'intensification des activités de nutrition, une enquête de couverture a été effectuée afin d'évaluer la qualité de la mise en œuvre des activités de supplémentation en vitamine A, de déparasitage, de dépistage de la malnutrition chez les enfants dépistés malnutri et de tirer des leçons pertinentes pour des prises de décisions efficaces.

A cet effet, le PNN avec l'appui financier et technique de ces partenaires (HKI, UNICEF et MAP international), a organisé à travers les services d'un consultant, une enquête de couverture post SIAN de l'administration de la vitamine A, du déparasitage, de dépistage de la malnutrition et du VIH auprès des bénéficiaires du 06 au 15 novembre 2018.

II. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

1. OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Les principaux objectifs de cette étude sont :

- Évaluer la qualité de la mise en œuvre des activités d'administration de la vitamine A et du déparasitage ;
- Évaluer la qualité de la mise en œuvre des activités de dépistage de la malnutrition et du VIH ;
- Proposer, sur la base des résultats de l'évaluation, un plan d'amélioration pour les prochaines campagnes et les activités de routine.

2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

De façon spécifique, cette étude permettra de :

- Valider/évaluer les taux de couverture de la supplémentation en vitamine A des enfants de 06- 59 mois et du déparasitage des enfants de 12 -59 mois lors de la campagne porte à porte dans les districts de novembre 2018 ;
- Comparer les couvertures administratives de la campagne et celles obtenues lors de l'enquête de couverture post campagne de novembre 2018 ;
- Déterminer la proportion des filles et garçons âgés de 06 à 59 mois n'ayant pas reçu de vitamine A et de déparasitant ;
- Déterminer les principales raisons de non administration de la vitamine A et de déparasitant ;
- Évaluer la stratégie de communication utilisée lors de la campagne ;
- Déterminer le niveau de connaissance des parents sur le bénéfice de la supplémentation de la vitamine A et du déparasitage ;
- Déterminer le niveau de connaissances des agents de santé et ASC sur la vitamine A et le déparasitage pour chacune des zones concernées ;
- Déterminer les principales raisons de la faiblesse d'information des ménages sur la supplémentation en vitamine A et le déparasitage ;
- Identifier les forces, faiblesses, contraintes et leçons apprises de la campagne de supplémentation en vitamine A et de déparasitage dans chaque district sanitaire ;
- Formuler/proposer les stratégies et actions à entreprendre pour l'amélioration des activités de supplémentation en vitamine A et le déparasitage
- Évaluer la couverture des activités de dépistage de la malnutrition et du VIH ;
- Évaluer la qualité de la mise en œuvre des activités de dépistage de la malnutrition et du VIH ;

III. METHODOLOGIE

1. TYPE D'ETUDE ET POPULATION CIBLE

a. Organisation de l'étude

Cette étude s'est inscrite dans un esprit participatif impliquant le consultant et le comité de pilotage composé des membres du PNN et ses partenaires techniques et financiers. Ce comité était consulté sur les grandes orientations du projet, validait toutes les étapes du processus et était régulièrement informé de l'avancement de l'étude.

b. Type d'étude

L'étude a été mise en œuvre suivant deux stratégies :

- L'enquête qualitative constituée d'entretiens individuels auprès des acteurs de mise en œuvre des activités de supplémentation en vitamine A, déparasitage et de dépistage sur le terrain (les agents de santé et les ASC)
- L'enquête de couverture post campagne, une étude transversale par sondage en grappe de type OMS à deux degrés, stratifiée selon la nature de l'activité effectuée, le partenaire d'appui et la nature des zones (50% en zones urbaines, 50% en zones rurales) se basant sur les données du RGPH 2014². Cette enquête s'est faite en deux étapes conformément au manuel de référence OMS des enquêtes de couverture par sondage en grappe³ :
 - Etape 1 : Recensement de tous les ménages éligibles de la grappe
 - Etape 2 : Collecte des données auprès des ménages échantillonnés.

c. Période de l'étude

L'étude a été réalisée sur la période d'octobre à novembre 2018 et la collecte de données a duré 10 jours allant du mardi 06 au jeudi 15 novembre 2018.

d. Cadre de l'étude

Cette étude se déroule en Côte d'Ivoire dans 65 districts sanitaires où la SIAN s'est déroulée. Il s'agit de réaliser des estimations de couverture dans 3 strates composées de districts sanitaires :

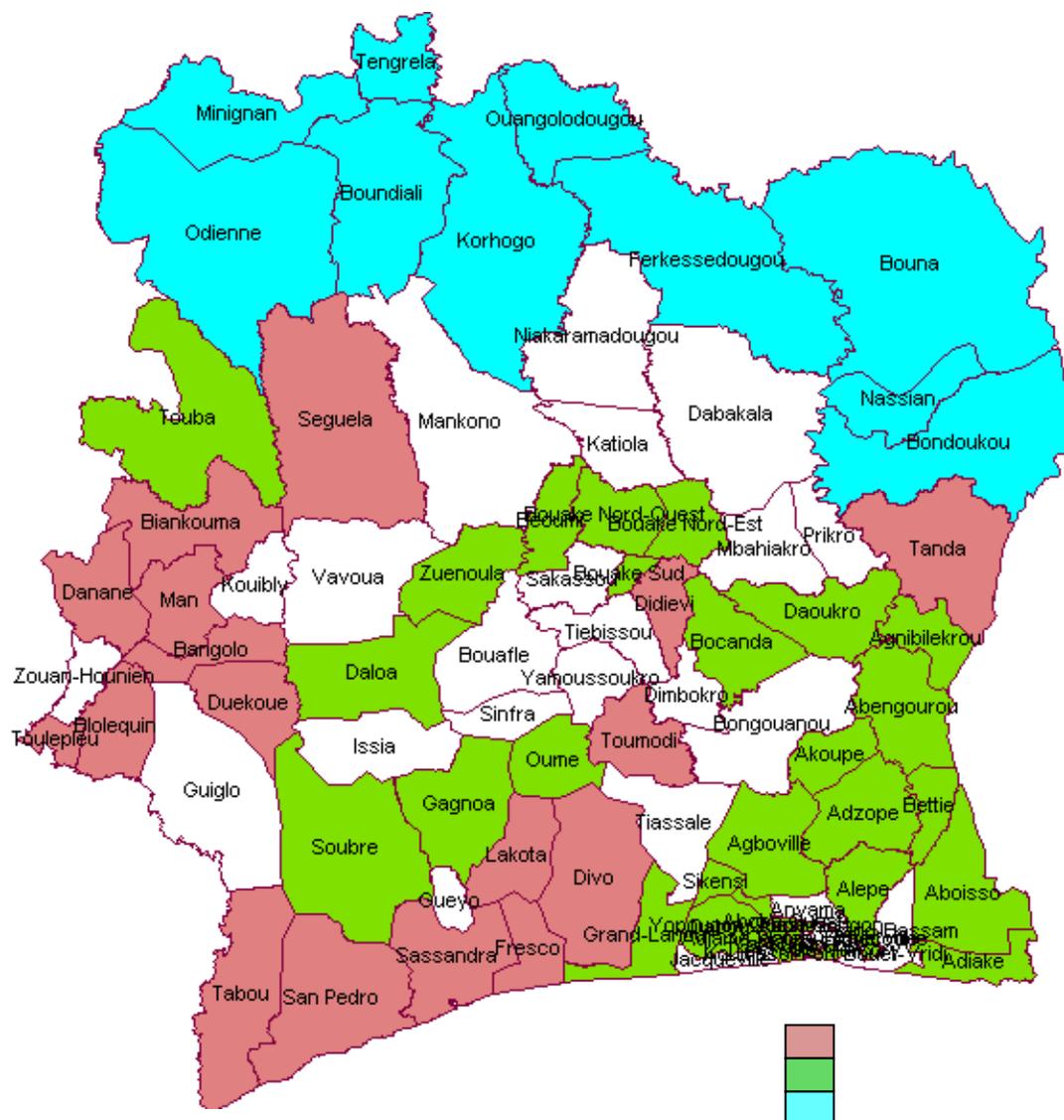
- *Strate 1* : 18 districts couverts par HKI où les activités de supplémentation en vitamine A et de déparasitage se sont déroulées ;
- *Strate 2* : 36 districts couverts par UNICEF et MAP International où se sont déroulés les activités de supplémentation en vitamine A et de déparasitage ;

² Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2014 donnait une population urbaine de 50,3% et une population rurale de 49,7%

³ http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/Vaccination_coverage_cluster_survey_FR.pdf

- *Strate 3* : 11 districts couverts par UNICEF et MAP International où a eu lieu le dépistage de la malnutrition.

Figure 1: Répartition des districts par strate



e. Population cible de l'étude

➤ Enquête de couverture (sondage par grappe) :

L'enquête ciblait les ménages de la zone d'étude ayant au moins un enfant de 06 à 59 mois au moment de la SIAN du 02 au 05 novembre 2018.

- Critère d'inclusion : Tous les ménages de la zone d'étude ayant au moins un enfant de 06 à 59 mois vivant dans le ménage au moment de la SIAN du 02 au 05 novembre 2018.

- Critère de non inclusion : Les ménages éligibles où il n'ya pas de parents adultes présents au moment de l'enquête et/ou refusant de participer à l'enquête en ne donnant pas leur consentement éclairé.

➤ Enquête qualitative (entretiens individuels) :

Elle ciblait les agents de santé et les ASC de la zone d'étude ayant participé à la campagne de masse du 02 au 05 novembre 2018 et/ou impliqués dans les activités de routine de supplémentation de la vitamine A et du déparasitage au cours des 3 derniers mois précédant l'enquête.

- Critère d'inclusion :

Tous les agents de santé et les ASC éligibles de la zone d'étude et présents au moment de la collecte.

- Critère de non inclusion :

Les agents de santé et les ASC éligibles de la zone d'étude ayant refusé de participer à l'enquête en ne donnant pas leur consentement éclairé.

2. ECHANTILLONNAGE

a. Taille adéquate de l'échantillon

Pour que les résultats de l'enquête soient suffisamment précis, la taille de l'échantillon déterminé dans la population cible doit être assez importante.

Pour calculer la taille de l'échantillon nécessaire, il faut tenir compte des facteurs suivants :

- Niveau de confiance souhaité pour les résultats de l'enquête (S) ;
- Marge d'erreur acceptable pour les résultats de l'enquête (e) ;
- Effet du plan d'échantillonnage (k) ;
- Niveaux initiaux estimés des indicateurs à mesurer (p).

Au cours de cette étude nous choisissons d'enquêter 10 ménages par grappe alors l'effet du plan de sondage (EPS) ou effet grappe sera : $EPS = 1+(m-1) \times CCI$ (voir page 128 du manuel de référence OMS 2015 pour les enquêtes de couverture vaccinales par sondage en grappe)⁴

CCI étant le coefficient de corrélation intra grappe (1/6 le versant prudent pour les enquêtes post-campagne. Ainsi donc $EPS = 1+(10-1) /6 = 2,5$

L'équation permettant de calculer la taille de l'échantillon a été utilisée :

$$n = kt^2 \frac{p(1-p)}{e^2}$$

n = taille de l'échantillon

S = 95% alors t=1,96 « étude de précision acceptable »

⁴ http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/Vaccination_coverage_cluster_survey_FR.pdf

p = la couverture attendue (50%) si pas d'information sur p
e = la marge d'erreur tolérée, plus e est petite, plus l'étude est précise soit e=5%
k = 2,5 (effet grappe)

$$\text{Alors } n = 2,5 \times 1,96^2 \frac{0,5(1-0,5)}{0,05^2} = 960$$

b. Le plan d'échantillonnage (sélection des grappes et des ménages) :

On a réalisé un sondage en grappe à deux degrés type OMS, stratifié. Les critères de stratification sont : la zone d'intervention des partenaires, type d'activités menées et la nature des zones (urbaines, rurales).

➤ **Au premier degré : Tirage des grappes**

On a tiré 259 grappes dans la zone d'étude. Ce tirage s'est fait de façon aléatoire et indépendante sans remise par l'INS en utilisant la base de sondage de l'Institut National de la Statistique (INS) constituée par l'ensemble des Zones de Dénombrement (ZD) qui constituent les grappes de la zone d'étude. Une zone de dénombrement est constituée d'environ 200 ménages. 48 grappes ont été tirées en zone urbaine et 48 en zone rurale se basant sur les données du RGPH 2014⁵.

➤ **Au deuxième degré : Tirage des ménages**

On a tiré au hasard 10 ménages ayant au moins un enfant de 6 à 59 mois dans chaque grappe après le recensement de tous les ménages éligibles de la grappe. Ce tirage a été fait par le consultant en utilisant la liste des nombres aléatoires avec la fonction "=ALEA.ENTRE.BORNES(min, max)" de Excel. 1 ménage supplémentaire était tiré dans chaque grappe pour le remplacement de ménage indisponible ou refusant de participer à l'étude.

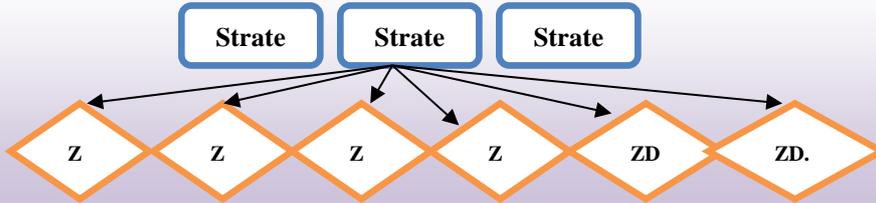
c. Choix des ménages à enquêter

Une fois la grappe identifiée, les enquêteurs procédaient au cours d'une première étape au recensement de tous les ménages éligibles de la grappe en attribuant un numéro par ménage, ensuite le consultant tirait de façon aléatoire 10 ménages par grappe qui étaient par la suite enquêtés par les enquêteurs. Le numéro attribué au ménage était inscrit à la craie sur la porte du ménage ce qui facilitait la collecte de données et le contrôle de qualité qui était effectué par les superviseurs par la suite. Cette méthode recommandée par l'OMS et figurant dans le manuel de référence 2015 ne donnait aucune possibilité à l'enquêteur de choisir le ménage à enquêter ainsi diminuait de façon considérable le biais de sélection.

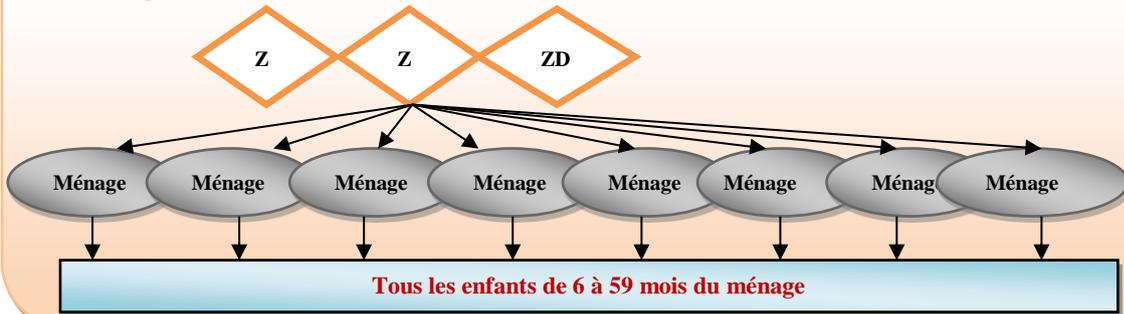
Figure 2: Schéma du plan d'échantillonnage

⁵ Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2014 donnait une population urbaine de 50,3% et une population rurale de 49,7%

1^{er} Degré : Sélection des grappes ou ZD, effectuée par l'INS



2^{ème} Degré : Sélection des ménages, effectuée par le consultant



3. ELABORATION DU PROTOCOLE ET SON APPROBATION PAR LE COMITE ETHIQUE

Le protocole est le premier document qui présente la méthodologie et les outils pour la mise en œuvre de l'étude. Le consultant a proposé un premier draft du protocole et des outils de collecte au comité de pilotage de l'étude qui au cours d'une séance de travail a apporté ses inputs qui ont été intégrés pour sa finalisation. Ce protocole ainsi validé a été soumis au Comité National d'Ethique des Sciences de la Vie et de la Santé (CNESVS) pour approbation le 25 octobre 2018 et approuvé la décision N/Réf : 157-18/MSHP/CNESVS-km du 09 novembre 2018. Les observations issues de cette soumission ont été prises en compte dans le protocole.

Il était important que l'enquête soit menée conformément aux politiques nationales sur l'éthique relatives aux enquêtes.

❖ Note sur l'élaboration des outils de collecte de données :

En se basant sur l'existant, les outils de collecte de données ont été révisés par le consultant et validés par le comité de pilotage. Les outils révisés sont énumérés ci-dessous :

- 1) Questionnaire Ménage ;
- 2) Questionnaire Agent de santé
- 3) Questionnaire Agent de santé communautaire ;
- 4) Formulaire de recensement des ménages ;
- 5) Formulaire de suivi et de contrôle de qualité pour les superviseurs

4. PRE TESTER LES CARTES DE GRAPPES

Il est important de tester la fiabilité des cartes montrant les grappes et les portions (ces cartes étaient fournies par l'INS). Avant le début de l'enquête, le consultant et un superviseur ont effectué une mission exploratoire pour visiter une zone d'énumération urbaine et une rurale pour vérifier la fiabilité des cartes. Cette mission s'est déroulée le 1^{er} novembre dans le département de Bonoua (milieu urbain, quartier Koumassi de la ville de Bonoua, ZD N°00130 et le milieu rural, quartier Samo2 du village de Samo, ZD N° 60160). Toutes les difficultés relevées au cours de cette mission ont été analysées et des réponses adéquates ont été apportées. Les résultats de ce pré test ont contribué à la formation des agents de collecte.

5. RECRUTEMENT ET FORMATION DES SUPERVISEURS ET ENQUETEURS

Pour le recrutement, le Consultant a activé son réseau d'agents de collecte qui ont une expérience dans la collecte et le contrôle de la collecte de données et a sélectionné 72 enquêteurs et 12 superviseurs.

Les enquêteurs ont été recrutés en tenant compte de la maîtrise de la langue locale parlée. Cette méthode permettait de franchir les barrières linguistiques.

La formation en salle a duré 2 jours et s'est déroulée à Abidjan dans la commune de Treichville dans la salle de formation d'AIBEF du vendredi 02 au samedi 03 novembre 2018. Cette formation portait essentiellement sur :

- Les objectifs visés par l'étude,
- Les résultats attendus,
- La méthodologie adoptée,
- Le recensement des ménages,
- La procédure adoptée pour la bonne exécution de la mission,
- Les consignes de déontologie à respecter pour la bonne conduite de l'enquête,
- L'explication et le remplissage des questionnaires qui seront utilisés pour la collecte,
- Les thèmes à aborder lors des entretiens,
- La supervision et le contrôle de la qualité des données collectées à effectuer par les superviseurs via les tablettes,
- L'utilisation des appareils mobiles pour la collecte avec l'application ODK.

La formation s'achève sur des jeux rôles.

La formation a été organisée en utilisant des supports pédagogiques (présentation power point, manuel de l'enquêteur, exercices). Les sessions ont été animées par le consultant et les membres du comité de pilotage (PNN et HKI). Avant la formation, chaque enquêteur a reçu son kit d'enquête composé d'une tablette, un badge, un stylo, un cahier, une chemise à rabat, 8 tee-shirt, un ordre de mission.

6. ENQUETE PILOTE OU PRE TEST DES OUTILS DE COLLECTE

Au lendemain de la formation des agents de collecte un pré-test sera effectué auprès des ménages dans un site choisi de commun accord avec le comité de pilotage. Ce pré test se fera avec toutes les équipes de l'étude et permettra de :

- Tester le questionnaire et son aptitude à répondre aux objectifs de l'enquête ;
- Evaluer le temps moyen d'administration du questionnaire ;
- Evaluer la maîtrise des agents enquêteurs dans l'utilisation des téléphones portables pour la collecte ;
- Tester l'efficacité de l'application mobile utilisée et de la transmission des données au serveur ;
- Relever toutes les difficultés liées à l'enquête afin de les analyser et d'apporter une réponse adéquate ;
- Finaliser les outils de collecte.

Chaque enquêteur enquêtera au moins un ménage éligible. Un débriefing sera fait à la fin de ce pré test et toutes les leçons que l'on pourra tirer seront valorisées dans la finalisation des instruments de collecte de données et dans l'organisation de l'enquête.

7. COLLECTE DE DONNEES SUR LE TERRAIN

Les enquêteurs étaient chargés de collecter les données selon les instructions données et les considérations éthiques. Ils travaillaient sous la supervision et la direction des superviseurs.

La collecte a duré 10 jours allant du 06 au 15 novembre 2018, avec 36 équipes de 2 enquêteurs soit 72 enquêteurs et de 12 superviseurs. 1 superviseur pour 3 équipes. La collecte s'est déroulée en deux étapes.

a. Recensement des ménages et le tirage aléatoire des ménages à enquêter

Cette première étape consistait à recenser tous les ménages éligibles de chaque grappe. Les cartes des grappes échantillonnées ont été remises aux enquêteurs qui, une fois dans la grappe procédaient à l'identification de la grappe et au recensement de tous les ménages de la grappe. Ils inscrivaient le numéro d'identification de chaque ménage recensé sur sa porte et saisie les informations dans le formulaire de recensement des ménages dans l'application ODK. Le numéro d'identification des ménages éligibles était composé :

- Des lettres EC qui signifie Enquête de Couverture
- Du numéro de la grappe à 5 chiffres (qui était le numéro de la ZD de l'INS)
- Du numéro du ménage pour la grappe à 3 chiffres.

Ex de numéro d'identification de ménage : **EC-00130-018** il s'agit du 18^{ième} ménage éligible de la grappe ZD 00130. Les ménages non éligibles étaient marqués par EC-0 (aucun enfant de 6-59 mois dans le ménage).

Chaque soir tous les superviseurs faisaient le point des ménages recensés par grappe au consultant en précisant le nombre de ménages éligibles recensés par grappe. Un tirage aléatoire à l'aide de la fonction ALEA.ENTRE.BORNES(min ;max) de Excel fut utilisée pour le tirage des ménages à enquêter. Il suffit de rentrer comme valeur minimale 1 et valeur maximale le nombre de ménages éligibles de la grappe et ensuite tirer la fonction sur 10 cases, on a ainsi 10 nombres de ménages et se sont uniquement ces ménages qui étaient enquêtés (puisque chaque ménage de la grappe est numéroté de 1 à n). Un formulaire d'inventaire des ménages ainsi sélectionnés fut établi pour le suivi.

b. Collecte de données sur le terrain

Cette étape débutait à la suite de la première et les enquêteurs étaient tenus d'interroger uniquement les ménages échantillonnés par le consultant. Il est bon de rappeler que pour chaque 1 ménage supplémentaire était tiré en fut du remplacement de ménage indisponible ou non consentant à participer à l'étude.

8. UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE MOBILE POUR LA COLLECTE DE DONNEES

La technologie mobile pour la collecte de données fut utilisée au cours de cette étude. Elle s'est faite à l'aide de tablettes fournies par HKI.

❖ **Avantage de cette technologie**

- Les données sont immédiatement disponibles pour l'analyse après la collecte ;
- Pas d'attente pour l'entrée de données sur un ordinateur ;
- Très peu de nettoyage de données nécessaires ;
- Plus rapide que les questionnaires papier car facile à utiliser ;
- La qualité des données est améliorée (les contrôles de validité, le remplissage obligatoire des questions, ainsi que les sauts et autres fonctions sont programmées sur le questionnaire, ce qui empêche à l'enquêteur de saisir des données aberrantes) ;
- Pas de risque d'erreur de saisie du papier à l'électronique (les données sont téléchargées directement sur ordinateur).

9. CONTROLE DE LA QUALITE DE LA COLLECTE DANS LES MENAGES

- Le fait d'évoluer à deux, les enquêteurs minimisent le risque d'erreurs,
- L'utilisation des mobiles dans la collecte,
- Le superviseur vérifie les données collectées et s'assure de la qualité des données au quotidien,
- Un débriefing quotidien au consultant (investigateur principal),
- Un contrôle de qualité de 10% des données collectées par les enquêteurs était effectué par le superviseur. Ces 10% étaient sélectionnés au hasard dans les ménages par les superviseurs et utilisaient un questionnaire abrégé (les questions clés) et adapté pour une double interview afin d'évaluer la couverture des services fournis par ces ménages enquêtés,
- Les réponses des ménages de la première interview seront comparées à celles de la 2ème interview,
- Une supervision effectuée par le consultant et par 3 équipes de HKI durant toute la durée de la collecte.

10. SUPERVISION ET SUIVI DE LA COLLECTE

Durant la phase de collecte, chaque superviseur évoluait avec ses 3 équipes et disposaient d'un véhicule de type 4x4 de 7 places. Il s'agissait d'une supervision de proximité qui permettait au superviseur d'apporter des réponses aux éventuels problèmes rencontrés au cours de la collecte et d'informer le consultant de l'évolution de la collecte, d'effectuer un contrôle de qualité de 10% des données collectées par les enquêteurs, ainsi donc, dans chaque localité le superviseur

sélectionnera de façon aléatoire 1 ménage déjà enquêté et posera quelques questions essentielles du questionnaire ménage pour le contrôle de qualité. Le numéro d'identification des ménages inscrit sur leurs portes par les enquêteurs aidait le superviseur à retrouver facilement les ménages tirés pour le contrôle qualité.

En plus de la mission de cette supervision de proximité effectuée par le superviseur, des missions de suivi et de contrôle de la qualité sur le terrain ont été effectuées par le consultant et par 3 équipes de HKI. Ces missions ont également permis de régler d'éventuels problèmes sur le terrain et de vérifier si les enquêteurs respectent toutes les procédures définies.

Le suivi de l'évolution de la collecte permettait de mesurer la performance des équipes, d'apporter des solutions à d'éventuelles difficultés et de s'assurer que la progression est conforme au planning. Pour ce faire, le consultant effectuait :

- **Un débriefing journalier téléphonique avec tous les superviseurs**, à ce débriefing chaque superviseur présentait :
 - Le point des personnes enquêtées par son équipe ;
 - Les difficultés rencontrées par son équipe et les solutions apportées ;
 - L'agenda du prochain jour.
- **Un rapport journalier de la collecte** était transmis au comité de pilotage et présentait le point sur l'évolution de la collecte
- **Un atelier de débriefing avec tous les agents de collecte s'est tenu au lendemain de la fin de la collecte** c'est-à-dire le vendredi 16 novembre à Abidjan afin de faire le point global de la collecte par zone, de s'assurer que toutes les données ont été transmises au serveur ONA de HKI, de recenser toutes les difficultés rencontrées et de faire des recommandations pour l'amélioration des prochaines enquêtes. Un rapport de cet atelier a été fait et transmis au comité de pilotage avec le point global de la collecte.

11. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES, REDACTION DU RAPPORT FINAL

a. Le formulaire de collecte

Les formulaires de collecte ont été développés par le consultant en utilisant l'application ODK et furent téléchargés sur les tablettes via le serveur ONA de HKI. Ces tablettes étaient fournies et paramétrées par HKI.

b. Apurement et analyse statistique des données

Les données collectées sur le terrain étaient transmises quotidiennement sur le serveur ONA de HKI et le fichier en format Excel était récupéré quotidiennement par le consultant qui disposait d'un accès temporaire et limité au serveur. Ces fichiers qui constituaient les différentes bases de données étaient analysés à l'aide des logiciels Stata et Epi Info. On a procédé dans un premier

temps à l'apurement du fichier et au redressement des données qui consistait à relever les incohérences, les données manquantes et les erreurs liées à la saisie des données.

L'analyse quant à elle, a permis de produire la statistique descriptive suivant la distribution des variables, conformément au plan d'analyse. La signification statistique à l'issue des tests a été déterminée au seuil d'erreur d'au plus 5%. L'analyse portait sur :

- Les statistiques descriptives
- Calcul des indicateurs (couverture issue de l'enquête ...)
- La liste des tableaux (fréquence simple ; tableaux croisés)
- Production des graphiques et cartes
- Analyse bivariée (calcul de Khi deux, Odds ratio, intervalle de confiance à 95%)

c. Rédaction du rapport

Le consultant est chargé de rédiger le rapport de l'étude et de le présenter au comité de pilotage. Les observations et recommandations du comité de pilotage seront intégrées au rapport pour le finaliser.

12. DIFFICULTES RENCONTREES

- Bug de l'application mobile (GeoODK collect)+++
- Zones très éloignées +++++
- Cartographie INS non à jour +++
- Certains équipements essentiels non mentionnés sur la carte INS
- Directeurs Régionaux et Départementaux, non informés
- Grève du personnel de santé (refus des agents à participer à l'étude)
- Non paiement de la collation des agents administrateurs de la Vit A ce qui engendre une réticence de leur part à participer à l'étude,
- Ménages absents (non informés, travaux champêtres) +++++
- Voies impraticable en saison pluvieuses
- Route coupée en des endroits (dans la zone de Bouna, Lakota, Soubré)
- Problèmes linguistiques (Bouna)
- Géo localisation difficile dans certaines zones
- Villages ayant changés de nom
- Routes dégradées +++++
- Panne de véhicule +++
- Problèmes d'insécurité (Zone minière, zone d'Abobo avec la rencontre des délinquants « Microbes »)
- ZD difficile à retrouver (nom qui ne correspondait pas à la réalité)
- Cout excessif du transport en zone rurale
- Contrôle qualité pas faite dans certaines localités
- Méfiance rencontrée dans certains ménages

- Risque de morsure de chiens

13. LIMITES DE L'ETUDE

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

RESULTATS

I. CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES DES POPULATIONS ENQUETEES

La Semaine d'Intensification des Activités de Nutrition (SIAN 2018) s'est déroulée dans 65 districts sanitaires.

Deux activités ont été menées au cours de cette SIAN, il s'agit :

- De l'activité de supplémentation en vitamine A couplée au déparasitage qui s'est déroulée dans **59** districts.
- De l'activité de dépistage de la malnutrition et du VIH qui s'est déroulée dans **11 districts** (5 SVAD, 6 dépistage uniquement) du Nord.

1. CARACTERISTIQUES DES MENAGES ENQUETES

a. Localisation des ménages :

Les résultats portent sur l'ensemble des ménages enquêtés dans les 65 districts où la SIAN s'est déroulée. Le tableau N°1 ci-dessous nous renseigne sur la répartition des ménages enquêtés par zone. On note ainsi que nous avons un peu plus de ménages enquêtés en zone urbaine qu'en zone rurale (respectivement 52,71% et 47,29%).

Tableau 1 : Localisation des ménages enquêtés

Caractéristiques	Localisation du ménage	Enquête zone HKI : strate1 (en %)	Enquête zone UNICEF et MAP : strate2 (en %)	Enquête zone Autre : strate3 (en %)	Compilation : 65 districts (en %)
Localisation du ménage	Milieu rural	47,29	47,5	47,71	47,52
	Milieu urbain	52,71	52,5	52,29	52,48

Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

b. Nombre moyen d'enfants cibles par ménages :

En analysant le nombre moyen d'enfants cibles par ménages à travers le tableau N°2 (page 23), on constate que les différentes strates ont sensiblement les mêmes proportions. En effet, dans la strate1 on a, en moyenne 01,49 enfant cible (Intervalle de confiance à 95% : 1,41 – 1,57), dans la strate2 ce nombre moyen est de 01,43 (Intervalle de confiance à 95% : 1,38 – 1,48), et dans la strate3, ce sont en moyenne 01,58 enfant cible par ménages. Soulignons que sont considérés comme enfants cibles du ménage, tous les enfants dont l'âge varie entre 06 et 59 mois.

Tableau 2 : Nombre moyen d'enfants par ménages enquêtés

Caractéristiques	Enquête zone HKI : strate1	Enquête zone UNICEF et MAP : strate2	Enquête zone Autre : strate3	Compilation : 65 districts
Nombre moyen d'enfants cibles (06-59 mois)	01,49	01,43	01,58	01,49
Intervalle de confiance	[1,41 – 1,57]	[1,38 – 1,48]	[1,47 – 1,68]	[1,44 – 1,53]

Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

c. Caractéristiques des répondants

La grande majorité des répondants est constituée par les mères des enfants. Elles représentent au total près de 70% des répondants de l'ensemble des 65 districts concernés par l'étude. Notons que c'est dans les strates 2 et 3, que nous avons un taux élevé de répondants qui sont les mères des enfants cibles (respectivement 70,8% et 71,6%). Cependant, dans très peu de cas, les répondants sont les pères (près de 10% au niveau de l'ensemble des districts concernés par l'étude). Le tableau N°3 ci-dessous nous donne des informations relatives au lien entre le répondant et l'enfant cible, mais aussi des informations relatives au niveau de scolarisation dudit répondant.

Concernant le niveau de scolarisation, on constate qu'il est très faible pour la majeure partie des répondants. Dans chacune des différentes strates, plus de la moitié des répondants n'ont aucun niveau scolaire. Avec 73,08% de répondants non scolarisés, la strate 3 a le plus fort taux de personnes interrogées n'ayant aucun niveau.

Tableau 3 : Caractéristiques des répondants

Caractéristiques		Enquête zone HKI : strate1 (en %)	Enquête zone UNICEF et MAP : strate2 (en %)	Enquête zone Autre : strate3 (en %)	Compilation : 65 districts (en %)
Lien avec l'enfant	Mère	62,5	70,8	71,6	69,4
	Père	11,3	07,9	11,6	09,7
	Frère / sœur	01,9	01,5	0,7	01,3
	Autre parent	21,5	18,0	15,2	17,8
	Autre (servante, voisine ...)	02,8	01,9	0,9	01,8
Niveau d'étude des répondants	Non scolarisé	62,56	53,05	73,08	60,97
	Primaire	20,58	23,87	16,06	20,86
	Secondaire	14,45	18,05	09,33	14,71
	Supérieur	02,41	05,03	01,53	03,45

Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

2. CARACTERISTIQUES DES ENFANTS ENQUETES DANS LES ZONES SVAD

Tous les enfants rencontrés dans les ménages enquêtés, et dont l'âge varie entre 06 et 59 mois (enfants cibles) ont été inclus dans cette étude. On a deux groupes d'enfants :

- Les enfants vivant dans les ménages enquêtés où se sont déroulés l'activité de supplémentation en vitamine A couplé au déparasitage ;
- Les enfants vivant dans les ménages où le dépistage contre la malnutrition s'est déroulé.

La majeure partie des enfants cibles (06-59 mois) se situent dans la tranche d'âge de 24 à 59 mois (voir tableau N°4). Dans les strates 1 et 3, on dénote une majorité d'enfants de sexe masculin contrairement à la strate 1 où on retrouve plus de filles. Mais dans l'ensemble, il y a presque autant de garçons (51,25%) que de filles (48,75%) de 6 à 59 mois vivant dans les ménages enquêtés où l'activité de SVAD s'est déroulée. Notons que très peu d'enfants possède un carnet de santé (28% dans l'ensemble des districts de notre étude).

Tableau 4 : Profil des enfants enquêtés dans les zones SVAD

Caractéristiques		Enquête zone HKI : strate1 (en %)	Enquête zone UNICEF et MAP : strate2 (en %)	Enquête zone Autre : strate3 (en %)	Compilation : 65 districts (en %)
Tranches d'âge	6 à 11 mois	11,31	09,90	12,95	10,89
	12 à 23 mois	22,52	23,56	20,24	22,58
	24 à 59 mois	66,17	66,54	66,81	66,52
Sexe	Féminin	45,33	50,06	48,77	48,75
	Masculin	54,67	49,94	51,23	51,25
L'enfant a un carnet / carte de santé		27,42	22,72	41,56	28,00

Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

Il faut noter que les enfants faisant l'objet de notre étude sont ceux dont l'âge varie entre 06 et 59 mois. L'âge moyen des enfants dans chacune des strates oscille autour de 32 mois. Dans l'ensemble des 65 districts, l'âge moyen de ces enfants cibles est de 32,33 mois (IC95% : [31,74 – 32,93]). Pour rappel, la tranche d'âge la plus représentée parmi ces enfants cibles est celle de 24 à 59 mois. Dans le tableau N°5 suivant, sont consignées les statistiques sur l'âge moyen des enfants de notre étude par strate.

Tableau 5 : Age moyen des enfants

Caractéristiques	Enquête zone HKI : strate1 (en mois)	Enquête zone UNICEF et MAP : strate2 (en mois)	Enquête zone Autre : strate3 (en mois)	Compilation : 65 districts (en mois)
Age moyen des enfants cibles (06-59 mois)	32,06	32,60	31,94	32,33
Intervalle de confiance	[31,09 – 33,04]	[31,71 – 33,48]	[30,82 – 33,06]	[31,74 – 32,93]

Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

3. CARACTERISTIQUES DES ENFANTS DEPISTES

Les activités de dépistage se sont déroulées essentiellement dans la strate 3. Les statistiques relatives aux caractéristiques des enfants dépistés consignées dans le tableau N°6 ci-dessous se rapportent donc à cette strate. On note, à travers ce tableau, que la majorité des enfants dépistés se situent dans la tranche d'âge de 24 à 59 mois (63,31%). Cette statistique reflète la répartition des enfants enquêtés par tranche d'âge dans la strate 3 où nous avons 66,81% d'entre eux qui appartiennent à cette tranche de 24 à 59 mois. On note aussi une majorité d'enfants cibles de sexe masculin (53,42%). L'analyse du nombre d'enfants possédants un carnet de santé montre un taux de possession sensiblement égal à celui dans des enfants vivant dans les ménages enquêtés dans les zones SVAD (41,00% contre 41,56% dans les zones SVAD).

Tableau 6 : Caractéristiques des enfants dépistés

Caractéristiques		Enquête zone Autre : strate3 (en %)
Tranches d'âge	6 à 11 mois	14,71
	12 à 23 mois	21,97
	24 à 59 mois	63,31
Sexe	Féminin	46,64
	Masculin	53,42
L'enfant a un carnet / carte de santé		41,00

Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

I. HABITUDES, COMPORTEMENT ET SERVICES DE SANTE

1. ACCES AUX SERVICES DE SANTE

a. Comportement face aux soins de santé

Il s'agit ici de connaître le comportement des populations par rapport aux services de santé (voir tableau N°7, page 25). Face au besoin de soins, les parents ont une multitude de choix, entre autres : les centres de santé publiques, les centres de santé privés, les pharmacies, le recours aux tradipraticiens et d'autres possibilités. On note cependant que face à cet éventail de choix, ce sont les centres de santé publiques qui sont de loin les plus fréquentés et ce quelque soit la strate (autour de 90% de fréquentation dans chacune des strates). Les parents optent dans très peu de cas pour un recours systématique aux pharmacies et aux autres possibilités s'offrant à eux.

Tableau 7 : Comportement face aux soins

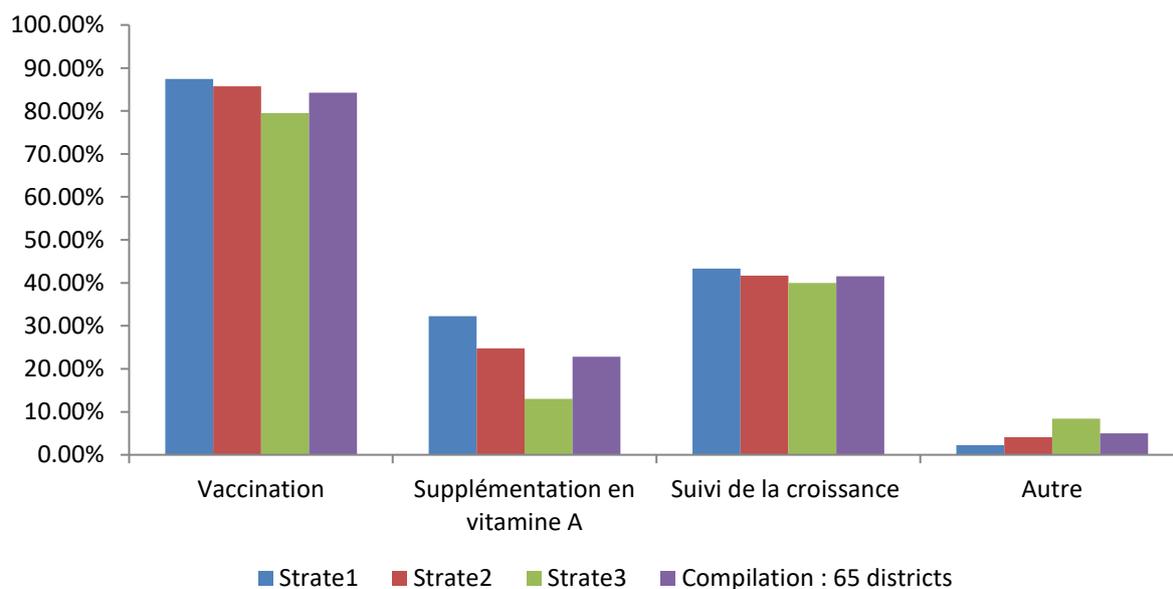
Caractéristiques		Enquête zone HKI : strate1 (en %)	Enquête zone UNICEF et MAP : strate2 (en %)	Enquête zone Autre : strate3 (en %)	Compilation : 65 districts (en %)
Où se rendent les parents pour obtenir des soins médicaux le plus souvent	Centre de santé publique	93,08	89,23	87,75	89,56
	Centre de santé privé	04,07	07,82	02,52	05,48
	Pharmacie	0,37	01,30	01,09	01,05
	Tradipraticien	02,06	0,85	08,29	03,32
	Autres	0,41	0,81	0,34	0,59

Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

b. Utilisation des soins préventifs

Le graphique N°1 (ci-dessous) illustre l'utilisation des soins de santé préventifs par les ménages enquêtés. Au regard de ce graphique, on remarque que nombre de répondants ont affirmé se rendre au centre pour la vaccination des enfants. C'est de loin le service de santé préventif le plus utilisé dans les strates de notre étude. En effet, le taux d'utilisation de ce service (vaccination des enfants) s'établit autour de 80% dans chacune des strates et dans l'ensemble des 65 districts. On note cependant un faible recours aux autres soins de santé préventifs. Dans chacune des strates, moins de 35% des répondants affirment avoir déjà envoyé leurs enfants au centre de santé pour recevoir la supplémentation en vitamine A, et moins de 45% pour le suivi de la croissance.

Graphique 1: Utilisation des soins préventifs

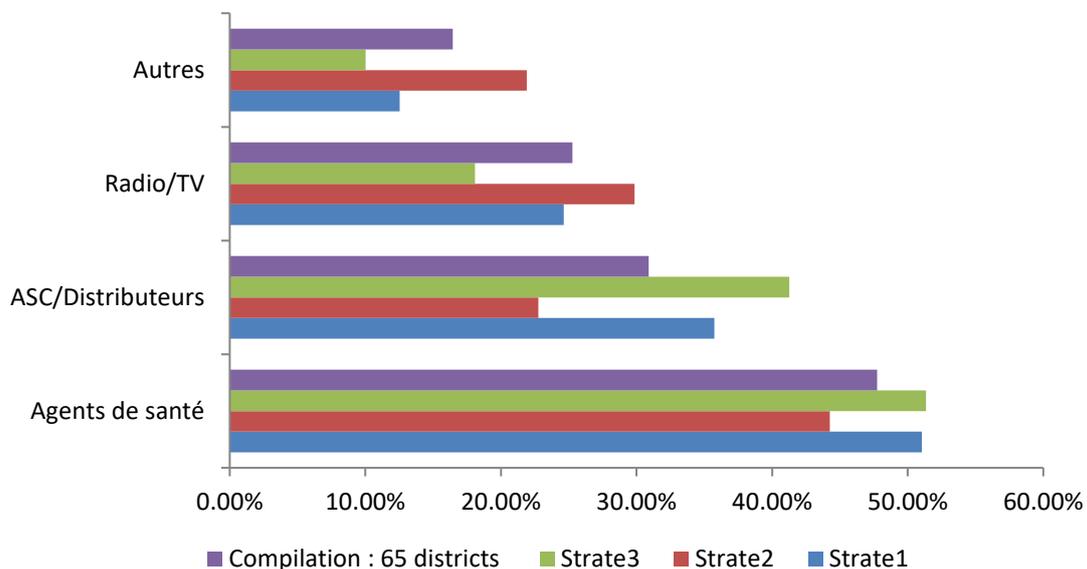


Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

2. SOURCE D'INFORMATION SUR LES SERVICES DE SANTE

L'information est une donnée importante pour avoir accès aux services de santé. Les principales sources d'informations des ménages sur les services de santé proviennent des agents de santé et des agents de santé communautaires (ASC) dans la majorité des strates. Dans les strates 1 et 3, plus de la moitié des répondants affirment recevoir les informations sur les services de santé de la part des agents de santé, et plus de 35% par les ASC. Dans la strate 2 par contre, les sources d'informations les plus fréquentes sont les agents de santé (44,26%) et les médias (Radio/TV, 29,85%). Le graphique N°2 ci-dessous nous donne les informations sur les sources d'informations des ménages relativement aux services de santé.

Graphique 2 : Source d'information des foyers sur les services de santé



Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

II. COMMUNICATION SUR LA CAMPAGNE ET NIVEAU DE CONNAISSANCES

1. STRATEGIE DE COMMUNICATION SUR LA CAMPAGNE

Une campagne de masse s'est tenue du 02 au 05 novembre 2018. Plus de la moitié des répondants des strates 1 et 3 (respectivement 61,36% et 57,50%) ont affirmé avoir été tenu informé avant le démarrage de celle-ci. Par contre dans la strate 2, seuls 42,90 des répondants de cette strate ont reçu l'information avant le démarrage de la campagne (voir tableau N°8, page 28).

Tableau 8 : Connaissance de la campagne

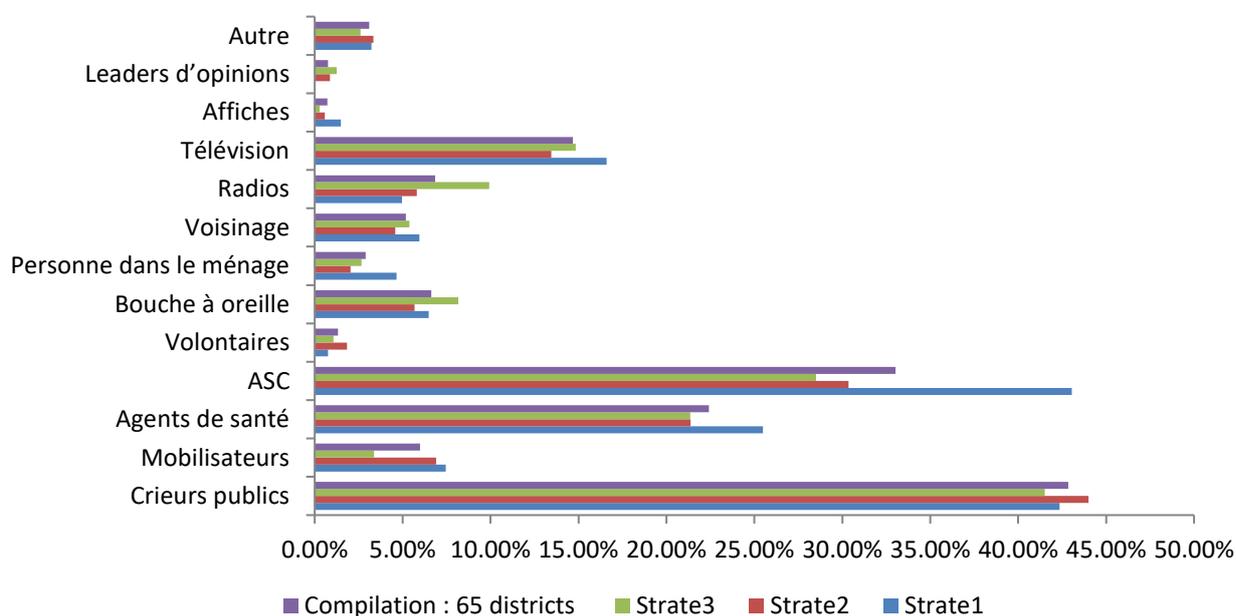
Connaissances	Enquête zone HKI : strate1 (en %)	Enquête zone UNICEF et MAP : strate2 (en %)	Enquête zone Autre : strate3 (en %)	Compilation : 65 districts (en %)
Enquêtés étant informé de la tenue de la campagne de masse (02-05/11/2018) avant son démarrage	61,36	42,90	57,50	50,20

Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

2. SOURCE D'INFORMATION SUR LA CAMPAGNE

Dans l'ensemble des 65 districts, un peu plus de la moitié des répondants (50,20%), ont reçu l'information de la tenue de cette campagne. Pour rappel, les agents de santé et des agents de santé communautaires (ASC) représentent les principales sources d'informations des ménages relativement aux services de santé. Mais dans le cas de la campagne de masse, ce sont les crieurs publics et les ASC qui sont les principaux vecteurs de l'information relative à cet événement. Le graphique N°3 (ci-dessous), nous donne une répartition des sources d'informations relatives à la campagne de masse qui s'est tenue du 02 au 05 novembre 2018.

Graphique 3 : Source d'information sur la campagne



Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

3. CONNAISSANCES SUR LA SVA

La supplémentation en vitamine A (SVA) est très bénéfique pour les enfants de 06 à 59 mois. Il apparaît donc important pour leurs parents d'avoir des connaissances à ce sujet. Le tableau N°9 (page 29) nous donne des informations sur le niveau de connaissances des répondants sur

les services de SVA. A l'analyse de ce tableau, on se rend compte que dans l'ensemble des 65 districts, il n'y a pas assez de répondants qui connaissent la SVA (32,95%). Le constat est plus criard dans la strate 3 où l'on note que plus de 80% des répondants affirment ne pas connaître la SVA. La strate 3 est essentiellement composée de régions se situant au nord du pays. La strate 1 quant à elle renferme le taux le plus élevé des répondants qui ont déclaré connaître la SVA (41,89%). Tandis que 32,95% de répondants des 65 districts disent connaître la SVA, seuls 21,03% affirment en connaître les bienfaits. Rappelons que pour l'ensemble des 65 districts, 22,82% des répondants ont révélé avoir déjà envoyé leurs enfants au centre de santé pour recevoir la supplémentation en vitamine A. Dans ce cas également, c'est dans la strate 1 qu'on retrouve le plus de répondants ayant connaissance des bienfaits de la SVA (29,15%). Avoir des connaissances sur la SVA c'est aussi connaître l'âge de la première dose de SVA et le dosage annuel. A ce niveau aussi, la situation n'est pas reluisante. Très peu de répondants (moins de 15% pour l'ensemble des 65 districts) ne connaissent pas l'âge de la première dose de SVA et plus de 90% ignore le nombre de doses de SVA par an. Notons que c'est dans la strate 1 que le niveau de connaissance de la SVA par les répondants est le plus élevé.

Tableau 9 : Connaissances sur les services de SVA

Connaissances	Enquête zone HKI : strate1 (en %)	Enquête zone UNICEF et MAP : strate2 (en %)	Enquête zone Autre : strate3 (en %)	Compilation : 65 districts (en %)
Répondants qui connaissent la SVA	41,89	37,35	19,50	32,95
Répondants qui connaissent les bienfaits de la SVA	29,15	23,62	11,29	21,03
Répondants qui connaissent l'âge de la première dose de SVA	16,03	10,94	06,17	10,55
Répondants qui savent le nombre de doses de SVA par an	12,05	10,90	05,35	09,48

Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

4. CONNAISSANCES SUR LE DEPARASITAGE

Tout comme la supplémentation en vitamine A, le déparasitage est très important pour la santé des enfants. Le tableau N°10 (page 30), nous renseigne sur les connaissances des répondants relativement au déparasitage. A travers ce tableau, on se rend compte que moins de la moitié des répondants connaissent le déparasitage dans l'ensemble des districts enquêtés (46,48%). Ce taux en deçà de la moyenne est du fait des répondants de la strate 3 dont pratiquement 70% ne connaissent pas le déparasitage. Alors que dans les autres strates (1 et 2), on a un peu plus de la moitié des répondants qui estiment avoir connaissance du déparasitage.

Le tableau N°12 nous indique aussi que, dans l'ensemble de la zone de notre étude, un peu de la moitié des répondants (47,30% précisément) connaissent les bienfaits du déparasitage. Dans la strate 3, ils ne représentent qu'environ le quart des répondants (25,58%).

Lorsque se penche sur l'âge de la première réception de déparasitant, on a un très faible taux de réponses correctes. En effet, plus de 85% des répondants de notre étude ignorent l'âge de la première prise de déparasitant. Le constat est le même lorsque l'on se réfère à la connaissance du dosage annuel, moins de 10% ont une idée exacte du nombre de doses par an dans l'ensemble des districts de notre étude.

Tableau 10 : Connaissances sur le déparasitage

Connaissances	Enquête zone HKI : strate1 (en %)	Enquête zone UNICEF et MAP : strate2 (en %)	Enquête zone Autre : strate3 (en %)	Compilation : 65 districts (en %)
Répondants qui connaissent le déparasitage	50,41	54,44	30,05	46,48
Répondants qui connaissent les bienfaits du déparasitage	48,90	57,89	25,58	47,30
Répondants qui connaissent l'âge de la première réception de déparasitant	13,99	17,53	08,87	14,24
Répondants qui savent le nombre de doses du déparasitage par an	10,52	10,84	06,92	09,61

Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

Les statistiques sur les connaissances des répondants relativement à la SVA et au déparasitage montre que c'est dans la strate 3 que ces produits sont les moins connus. Les faibles taux de la strate 3 ont un impact négatif sur les résultats de notre étude. La strate 3 est constituée de trois (03) régions toutes situées au nord du pays. En se référant aux résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2014 (RGPH 2014), on note que le niveau de l'analphabétisme est très élevé dans les régions du nord du pays avec un taux plus de 70 %.⁶

III. COUVERTURE

Il s'agit ici de capter les taux de couverture de la supplémentation en vitamine A, du déparasitage et du dépistage. Le tableau N° 11 ci-dessous sont consignées les informations relatives à ces taux de couverture.

Tableau 11 : Taux de couverture

Taux de couvertures	Enquête zone HKI : strate1 (en %)	Enquête zone UNICEF et MAP : strate2 (en %)	Enquête zone Autre : strate3 (en %)	Compilation : 65 districts (en %)
SVA	92,45	91,79	85,98	90,62
Déparasitage	84,52	83,25	75,60	81,80
Dépistage	-	56,34	-	56,34

Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

⁶ Source : Institut National de la statistique (www.ins.ci), Principaux résultats du RGPH 2014

1. COUVERTURE EN SUPPLEMENTATION DE LA VITAMINE A

La supplémentation en vitamine A est une activité qui se déroule tous les 6 mois. Pendant la SIAN 2018, les activités de supplémentation en vitamine A se sont déroulées dans 57 districts sanitaires. A l'issue de cette campagne, on dénombre un taux de couverture en SVA de 90,62% dans la zone d'étude. La strate 3 est la zone la moins couverte en SVA avec un taux de 85,98% (voir tableau N°11, page 30). L'analyse de la couverture en SVA selon le milieu de résidence nous montre que le taux de couverture en milieu rural est plus élevé que celui en milieu urbain dans notre zone d'étude. En effet, 92,45% des enfants cibles en milieu rural ont été supplémenté. Ce taux est de 88,86% en milieu urbain. L'analyse selon le sexe nous montre que le taux de couverture en SVA est sensiblement le même chez les enfants cibles de sexe masculin que ceux de sexe féminin (respectivement 90,99% et 90,23%). Nous retrouvons dans le tableau N°12 (page 32) la répartition de la couverture en SVA selon le milieu de résidence et selon le sexe.

2. COUVERTURE EN DEPARASITANT

A l'instar de la supplémentation en vitamine A, le déparasitage est aussi une activité qui se déroule deux (02) fois par an, soit tous les 6 mois. La couverture générale du déparasitage obtenue lors de cette étude est 81,80%. Le tableau N°12 (page 32) nous indique que les taux de couvertures en zone rurale et en zone urbaine sont sensiblement les mêmes (respectivement 81,67% et 81,92%). Au niveau de la couverture en déparasitant par sexe, nous avons un taux de couverture légèrement supérieur chez les individus de sexe masculin relativement à ceux de sexe féminin (82,78% de couverture chez les enfants cibles de sexe masculin contre 80,76% chez ceux de sexe féminin).

3. COUVERTURE EN DEPISTAGE

Au cours de cette SIAN 2018, le dépistage de la malnutrition aigüe a eu lieu dans 11 districts sanitaires de forte prévalence de la malnutrition au Nord du pays. Le dépistage a donc été effectué exclusivement dans la strate 3, avec un taux de couverture de 56,34% (voir tableau N°11, page 30). En zone rurale on dénombre seulement 52,12% de dépistage contre 60,50% en zone urbaine. On note aussi que 54,48% des filles ont été dépisté contre 57,95% des garçons (voir tableau N°12 ,page 32).

Tableau 12 : Taux de couverture selon le milieu et le sexe

Taux de couvertures		Enquête zone HKI : strate1 (en %)	Enquête zone UNICEF et MAP : strate2 (en %)	Enquête zone Autre : strate3 (en %)	Compilation : 65 districts (en %)	
SVA	Milieu	Rural	94,67	93,77	86,87	92,45
		Urbain	90,26	89,86	85,15	88,86
	Sexe	Masculin	92,45	92,29	86,36	90,99
		Féminin	92,45	91,29	85,58	90,23
Déparasitage	Milieu	Rural	84,54	83,60	73,93	81,67
		Urbain	84,50	82,91	77,14	81,92
	Sexe	Masculin	84,99	84,39	76,67	82,78
		Féminin	83,96	82,12	74,47	80,76
Dépistage	Milieu	Rural			52,12	52,12
		Urbain			60,50	60,50
	Sexe	Masculin			57,95	57,95
		Féminin			54,48	54,48

Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

4. COMPARAISON DES RESULTATS ADMINISTRATIFS DE LA CAMPAGNE ET CEUX DE L'ENQUETE

Le tableau N°13 (ci-dessous) est un comparatif des résultats administratifs et des résultats de l'enquête relatifs aux couvertures en vitamine A, déparasitant et dépistage.

Tableau 13: Comparaison résultats administratifs-résultats de la campagne

Caractéristiques		Administrative	Enquête post-campagne	Ecart (adm-enq)
Vitamine A	Couverture en Vit. A Enfants 6-59 mois	97,76%	90,62%	7,14%
	Couverture en Vit. A Enfants 6-11 mois	97,72%	90,52%	7,20%
	Couverture en Vit. A Enfants 12-59 mois	97,76%	90,62%	7,14%
Déparasitant	Enfants 12-59 mois	97,40%	81,80%	15,6%
Dépistage	Couverture enfants 6-59 mois dépistés	98,81%	56,34%	42,47%

Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

Les données administratives utilisent des projections démographiques. Ces estimations de la population sont parfois approximatives et peuvent donc surestimer ou sous-estimer la couverture réelle de la SVA, du déparasitage et du dépistage. Ce qui pourrait expliquer les écarts entre les données administratives et les résultats de l'enquête. L'écart le plus important se situe au niveau de la couverture en dépistage (42,47%).

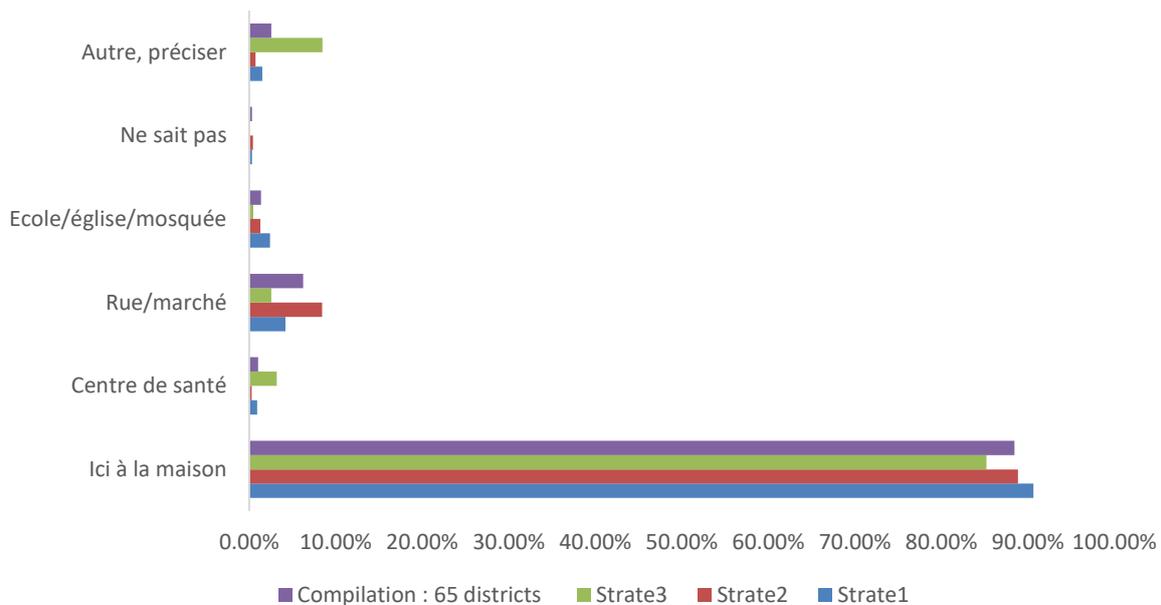
IV. LIEUX DE RECEPTION ET RAISONS DE NON RECEPTION DES PRODUITS

1. SUPPLEMENTATION DE LA VITAMINE A

a. Lieu de réception de la vitamine A

Différents lieux de réception de la vitamine A ont été répertoriés. Mais selon le graphique N°4 qui renseigne sur les lieux de réception de la vitamine A, dans près de 9 cas sur 10 les enfants ont reçu les produits à la maison.

Graphique 4 : Lieu de réception de la vitamine

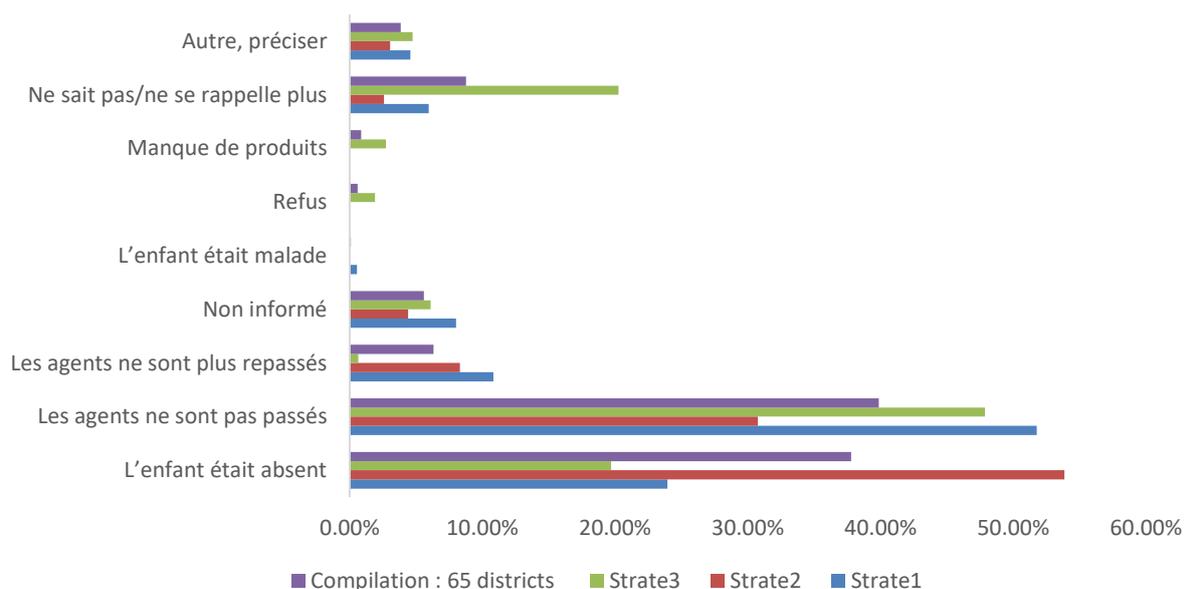


Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

b. Raison de non réception de la vitamine A

La couverture en vitamine A n'étant pas de 100%, elle n'est donc pas totale. Ce ne sont pas tous les enfants cibles qui ont reçu la vitamine A. Les principales raisons de non couverture de ces enfants ont été données par les parents interrogés. "Les agents ne sont pas passés" et "l'enfant était absent" sont les principales raisons évoquées par les parents pour expliquer la non réception de vitamine A (voir graphique N°5, page 34).

Graphique 5 : Raison de non réception de la vitamine A



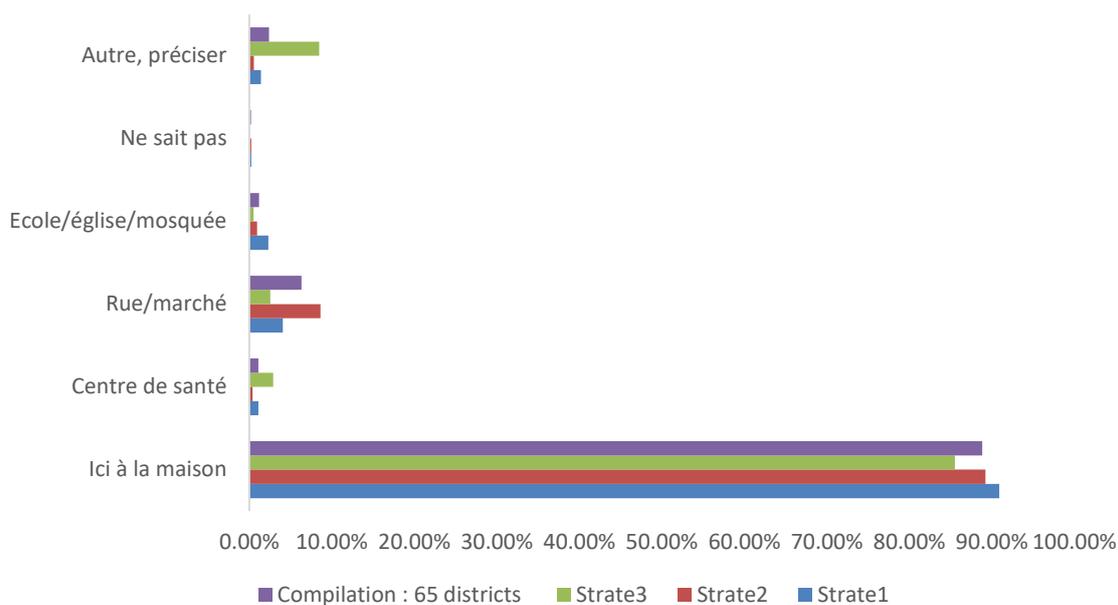
Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

2. DEPARASITAGE

a. Lieu de réception du déparasitant

Dans le cas du déparasitant, différents lieux de réception ont été répertoriés comme ce fut le cas de la vitamine A. Ces lieux sont listés à travers le graphique N°4. On note que, tout comme dans le cas de la SVA, dans près de 9 cas sur 10 les enfants ont reçu les produits à la maison. On s'aperçoit, à travers les graphiques N°4 (page 33) et N°6 (page 35), que les principaux lieux de réception des produits (vitamine A et déparasitant) sont les domiciles des enfants cibles. Cette statistique peut trouver une explication dans le fait que le porte à porte était la méthode retenue pour pouvoir toucher un maximum d'enfants cibles.

Graphique 6: Lieu de réception du déparasitant

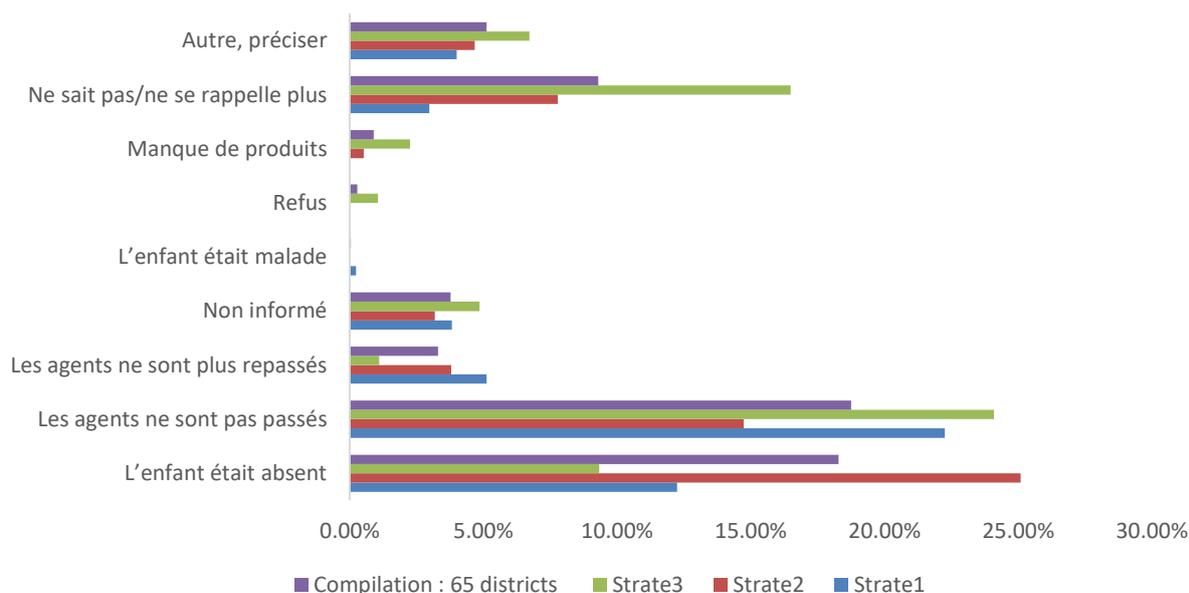


Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

b. Raison de non réception du déparasitant

Pour les enfants n'ayant pas reçu de déparasitant, les principales raisons de non couverture en déparasitage données par les parents interrogés sont : "Les agents ne sont pas passés" et "l'enfant était absent" (voir graphique 7). Ce sont les mêmes tendances que celles observées dans la supplémentation en vitamine A.

Graphique 7 : Raison de non réception du déparasitant



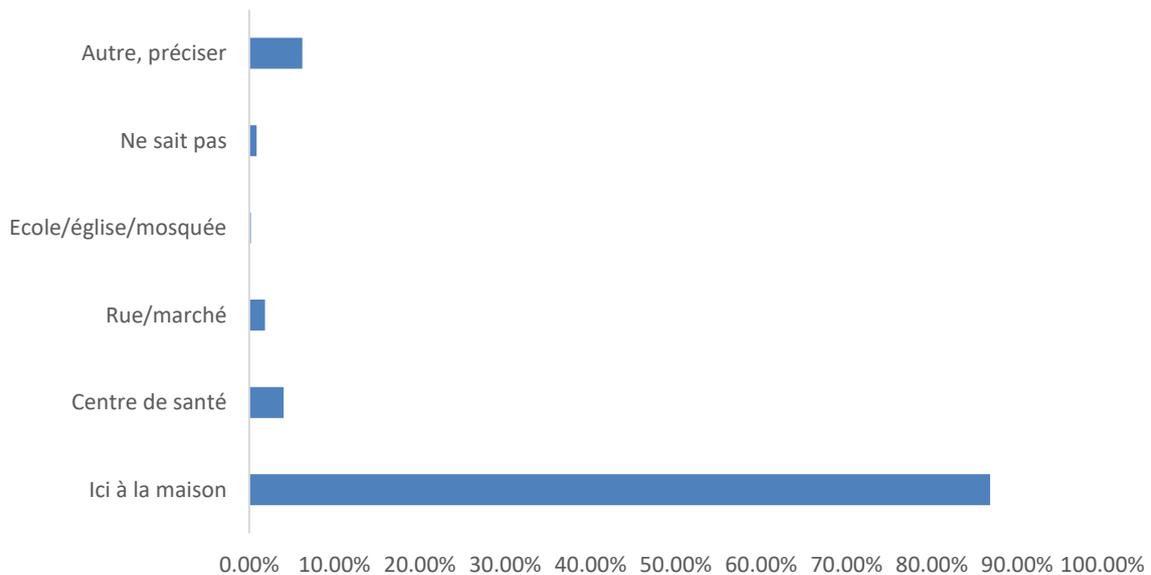
Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

3. DEPISTAGE

a. Lieu de dépistage

Le graphique N°8 nous renseigne sur les différents lieux de dépistage des enfants cibles. Les résultats que nous observons à travers ce graphique sont similaires à ceux relatifs à la SVA et au déparasitage. En effet, tout comme pour la SVA et le déparasitage, le domicile est le principal lieu de dépistage (près de 9 cas sur 10).

Graphique 8 : Lieu de dépistage

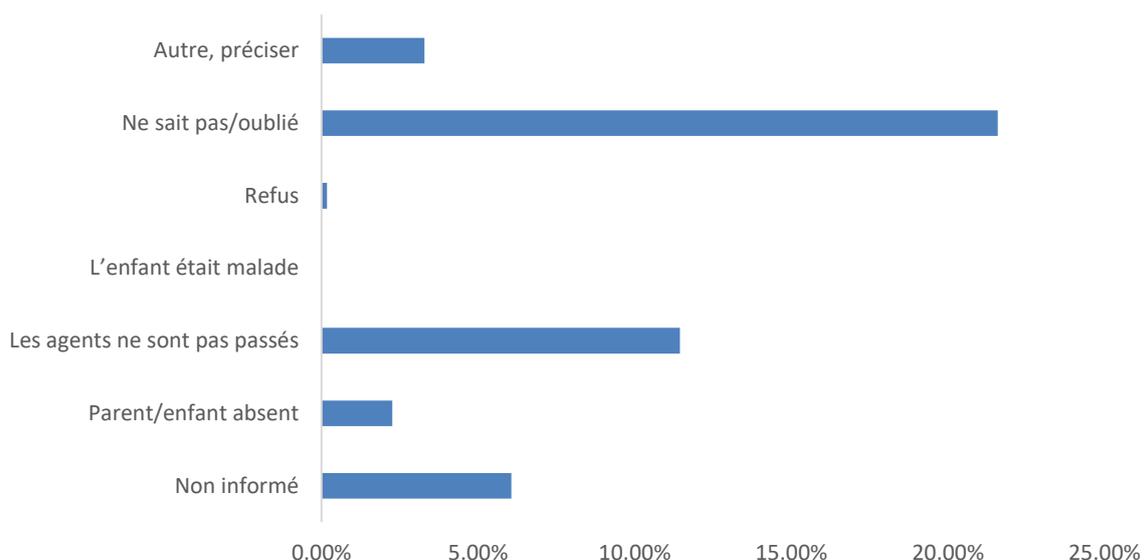


Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

b. Raison de non dépistage

Dans la plupart des cas, les parents ont ne se rappellent plus de la raison pour laquelle leurs enfants n'ont pas été dépistés. Le fait que « les agents ne sont pas passés » représentent une des causes majeures du non dépistage de ces enfants (voir graphique N°9, page 37)..

Graphique 9 : Raison de non dépistage

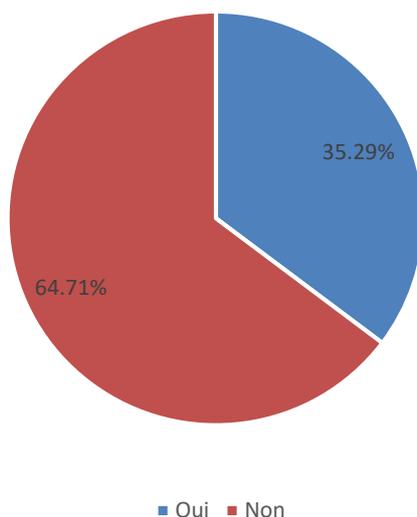


Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

c. Taux de malnutrition aigue

Le dépistage s'est essentiellement déroulé dans la strate 3, avec un taux de 56,34%. Parmi les parents dont les enfants ont été dépistés, seulement 35,29% ont été informés du résultat du dépistage (voir graphique N°10).

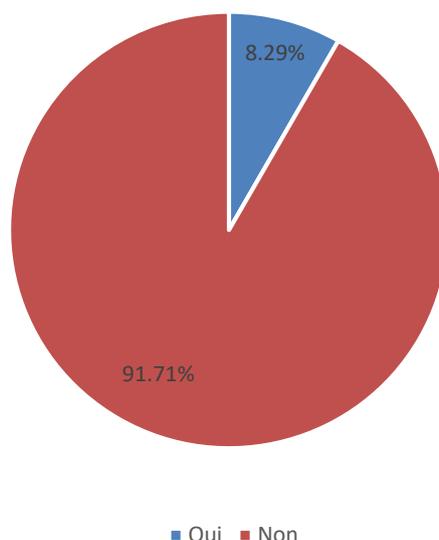
Graphique 10 : Parents informés du résultat



Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

Parmi les parents qui ont reçu les résultats du dépistage de leurs enfants, on note que dans 08,29% de ces cas, les enfants ont été dépistés malnutris (voir graphique N°11, page 38).

Graphique 11 : Taux de malnutrition aigüe



Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

4. QUELQUES DETERMINANTS DE LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A ET DEPARASITAGE

Il s'agit ici d'estimer une relation fonctionnelle entre la supplémentation en vitamine et quelques variables explicatives par le biais d'une régression logistique. On en fera de même pour le déparasitage. Les différentes régressions de notre modèle sont en annexes dans les tableaux N°20 (page 46) et N°21 (page 47).

a. Quelques déterminants de la couverture en SVA

Les résultats de la régression sur la couverture en SVA consignés dans ces tableaux N°20 (page 46) montrent des associations entre l'information sur tenue de la campagne et la couverture en SVA d'une part, et entre la strate et la couverture en SVA d'autre part.

➤ Strate et couverture en SVA :

Notre étude s'est déroulée dans trois (03) strates. L'appartenance à une strate influence la couverture en SVA. En effet, la probabilité d'être couvert est plus faible pour les enfants appartenant à un ménage se trouvant dans la strate 3 que ceux des ménages de la strate 1 (Odds ratio : 0,50). Pour rappel, la strate 3 a le taux de couverture en SVA le plus bas de l'étude.

➤ Information sur la tenue de la campagne et couverture en SVA :

La campagne de masse s'est déroulée du 02 au 05 novembre 2018. Le fait que les parents aient reçu l'information de la tenue de la campagne avant son démarrage influe fortement sur la couverture en vitamine A. Ainsi, les enfants dont les parents n'ont pas été informés de la tenue de la campagne de masse avant son démarrage ont moins de chance d'être couverts que ceux dont les parents ont pas reçu cette information (Odds ratio : 0,27).

b. Quelques déterminants de la couverture en déparasitant

Les résultats de la régression sur la couverture en déparasitage sont consignés dans le tableau N°21 (page 47). Ce tableau nous indique des relations entre la couverture en déparasitant et la strate, le milieu de résidence et l'information sur la campagne.

➤ Strate et couverture en déparasitant :

A l'instar de la SVA, l'appartenance à une strate a aussi une influence sur la couverture en déparasitant. La probabilité d'être couvert est plus faible pour les enfants appartenant à un ménage se trouvant dans la strate 3 que ceux des ménages de la strate 1 (Odds ratio : 0,57). Notons aussi que la strate 3 a le taux de couverture en déparasitant le plus bas de l'étude.

➤ Milieu de résidence et couverture en déparasitant :

Le milieu de résidence (urbain ou rural) a un impact sur la couverture en déparasitant. Selon les résultats de notre étude la couverture en déparasitant est fonction du milieu de résidence. Comme l'indique le tableau 21 (page), un enfant vivant en milieu urbain à 1,28 fois plus de chance d'être couvert qu'un autre vivant en milieu rural.

➤ Information sur la tenue de la campagne et couverture en déparasitant :

L'information de la tenue de la campagne avant son démarrage a un impact également sur la couverture en déparasitant. En effet, les enfants dont les parents n'ont pas été informés de la tenue de la campagne de masse avant son démarrage sont moins enclins à recevoir le déparasitant que ceux dont les parents ont pas reçu cette information (Odds ratio : 0,43).

V. ENQUETE AUPRES DES AGENTS DE SANTE

1. CARACTERISTIQUES DES AGENTS DE SANTE

54 agents de santé ont été interrogés afin d'apprécier la qualité de la mise en œuvre des activités de la SIAN et leur connaissance de la vitamine A et du déparasitant. Ces agents travaillent tous dans des structures sanitaires publiques et sont en majorité des hommes (90,7%). Les infirmiers sont les plus nombreux parmi ceux-ci (75,9%). Le tableau N°14 (page 40) est un récapitulatif des caractéristiques des agents de santé enquêtés.

Tableau 14 : Description de l'échantillon

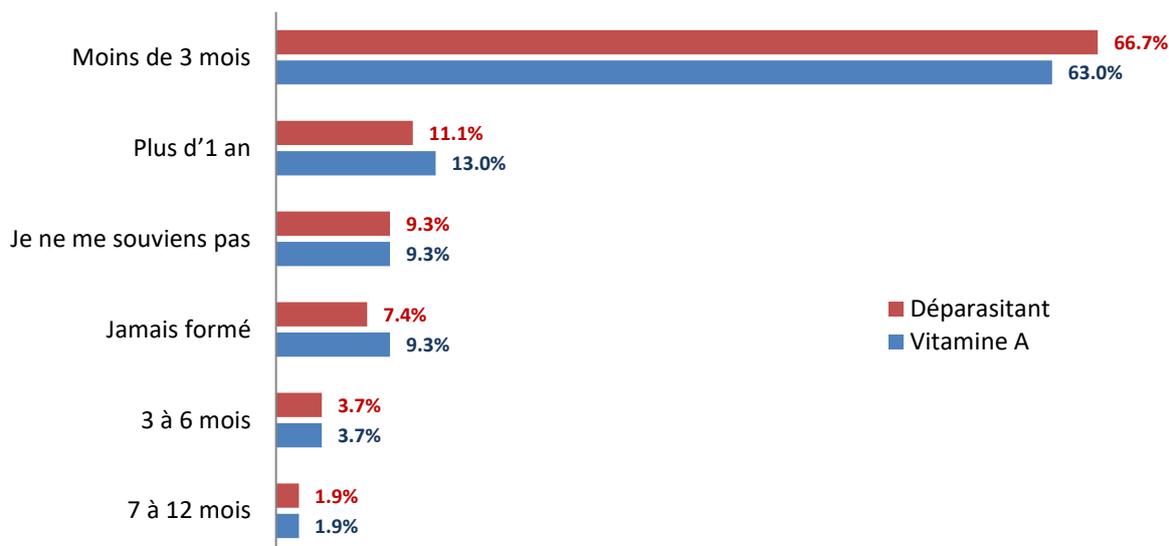
Caractéristiques		Enquête zone HKI (strate1)		Enquête zone UNICEF et MAP (strate2)		Enquête zone Autre (strate3)		Compilation (65 districts)	
		effectif	pourcentage	effectif	pourcentage	effectif	pourcentage	effectif	pourcentage
Type de structure	District	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	1	1,9%
	CSR	6	66,7%	2	15,4%	6	18,8%	14	25,9%
	CSU	2	22,2%	4	30,8%	13	40,6%	19	35,2%
	Dispensaire	0	0,0%	5	38,5%	5	15,6%	10	18,5%
	Hôpital Général	1	11,1%	0	0,0%	5	15,6%	6	11,1%
	PMI	0	0,0%	1	7,7%	3	9,4%	4	7,4%
	Total	9	100%	13	100%	32	100%	54	100%
Sexe des répondants	Féminin	0	0,0%	0	0,0%	5	15,6%	5	9,3%
	Masculin	9	100%	13	100%	27	84,4%	49	90,7%
	Total	9	100%	13	100%	32	100%	54	100%
Fonction dans la formation sanitaire	Infirmier(ière)	8	88,9%	10	76,9%	23	71,9%	41	75,9%
	Aide-soignant(e)	0	0,0%	0	0,0%	1	3,1%	1	1,9%
	Médecin	0	0,0%	1	7,7%	8	25,0%	9	16,7%
	Technicien supérieur de la santé	1	11,1%	1	7,7%	0	0,0%	2	3,7%
	Autre	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	1	1,9%
	Total	9	100%	13	100%	32	100%	54	100%

Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

2. FORMATION ET ROLE DES AGENTS DE SANTE DANS LA CAMPAGNE

2 tiers des agents enquêtés ont eu une formation sur la vitamine A et le déparasitant qui date de moins de trois mois et seulement moins de 10% des agents déclarent n'avoir jamais été formés sur ces produits (voir graphique N°12, page 41).

Graphique 12 : Formations des agents de santé



Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

Ces agents enquêtés ont joué différents rôles pendant la campagne. La grande majorité d'entre eux étaient des superviseurs pendant la campagne comme le stipule le tableau N° 15 qui donne la répartition des rôles de ceux-ci.

Tableau 15 : Rôle des agents de santé enquêtés pendant la campagne

Caractéristiques		effectif	pourcentage
Quel rôle avez-vous joué pendant la campagne ?	Mobilisation social	3	5,6%
	Distribution de la Vit A/Déparasitant	5	9,3%
	Enregistrement	2	3,7%
	Superviseur	44	81,5%
	Compilation des données	2	3,7%
	Dépistage de la malnutrition	5	9,3%
	Logisticien	1	1,9%
	Autre	6	11,1%

Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

3. ORGANISATION DE LA CAMPAGNE

Les parents ont évoqué le fait que "les agents ne sont pas passés" et "l'enfant était absent" comme principales raisons pour expliquer la non réception. Les agents de santé, quant à eux, ont révélé qu'il y a eu des groupes d'enfants cibles qui ont été exclus pendant cette campagne. Ils étaient 83,3% (voir tableau N°16, page 42) à relever ce problème. Le fait qu'il y ait des groupes d'enfants cibles exclus rejoint l'une des raisons évoquées par les parents à savoir "les agents ne sont pas passés". Cette exclusion de groupes d'enfants cibles pourrait avoir un impact sur le taux de couverture. On note aussi que, dans peu de cas, ils ont signalé un problème d'approvisionnement en vitamine A (17,6%) et en déparasitant (07,8%).

Tableau 16 : Organisation de la campagne

Caractéristiques		effectif	pourcentage
Y a-t-il eu des problèmes avec l'approvisionnement en vitamine A pendant la campagne ?	Oui	9	17.6%
	Non	42	82.4%
	Total	51	100%
Y a-t-il eu des problèmes avec l'approvisionnement en déparasitant pendant la campagne ?	Oui	4	7.8%
	Non	47	92.2%
	Total	51	100%
Y a-t-il des groupes d'enfants cibles dans votre aire qui ont été exclus pendant cette campagne ?	Oui	7	13.0%
	Non	45	83.3%
	Ne sait pas	2	3.7%
	Total	54	100%

Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

VI. ENQUETE AUPRES DES TRAVAILLEURS COMMUNAUTAIRES

1. CARACTERISTIQUES DES TRAVAILLEURS COMMUNAUTAIRES

Dans cette étude, ce sont les interviews de 87 Agents de Santé Communautaire (ASC) qui ont été pris en compte. Les informations collectées auprès de ces ASC permettent d'apprécier la qualité de la mise en œuvre de la campagne.

Les ASC interrogés (voir tableau N° 17) sont en grande majorité des hommes (90,8%). Le niveau d'études qu'on retrouve le plus chez ces ASC est le secondaire 1er cycle (43,7%).

Tableau 17 : Caractéristiques des travailleurs communautaires

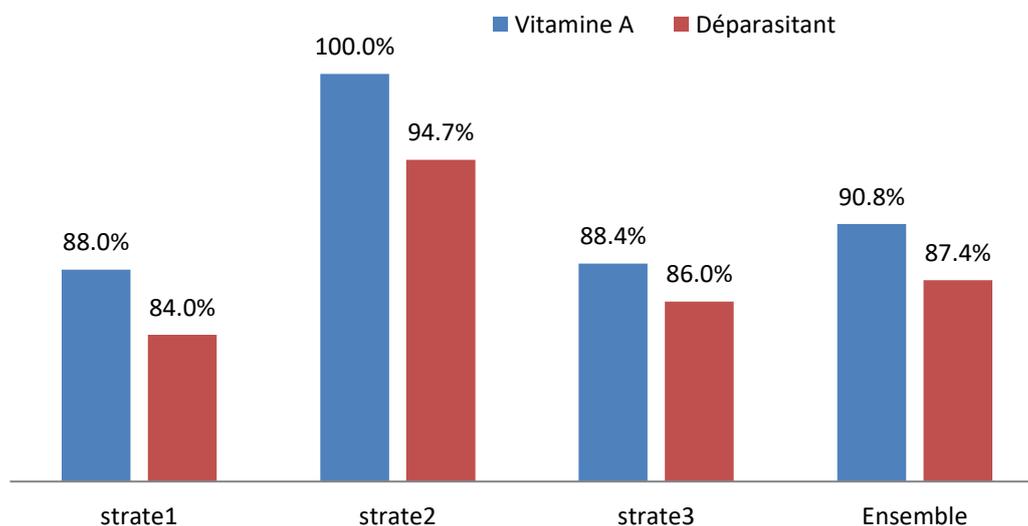
Caractéristiques		Enquête zone HKI (strate1)		Enquête zone UNICEF et MAP (strate2)		Enquête zone Autre (strate3)		Compilation (65 districts)	
		effectif	pourcentage	effectif	pourcentage	effectif	pourcentage	effectif	pourcentage
Sexe des répondants	Féminin	4	16,0%	0	0,0%	4	9,3%	8	9,2%
	Masculin	21	84%	19	100%	39	90,7%	79	90,8%
	Total	25	100%	19	100%	43	100%	87	100%
Niveau d'études	Non scolarisé	0	0,0%	0	0,0%	3	7,0%	3	3,4%
	Primaire	6	24,0%	4	21,1%	19	44,2%	29	33,3%
	Secondaire 1er cycle	12	48,0%	12	63,2%	14	32,6%	38	43,7%
	Secondaire 2e cycle	6	24,0%	2	10,5%	6	14,0%	14	16,1%
	Supérieur	1	4,0%	1	5,3%	1	2,3%	3	3,4%
	Total	25	100%	19	100%	43	100%	87	100%

Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

2. FORMATION ET ROLE DES AGENTS DE SANTE DANS LA CAMPAGNE

La majorité des ASC a reçu une formation sur la vitamine A et sur le déparasitant. En effet, 9 ASC enquêtés sur 10 ont été formés sur la vitamine A et le déparasitant. Dans la strate 2, tous les ASC ont reçu une formation sur la vitamine A (voir graphique N°13).

Graphique 13 : Formation des ASC sur la vitamine A et le déparasitant



Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

Si la plupart des agents de santé avait un rôle de superviseurs pendant la campagne, les ASC, quant à eux, avaient majoritairement (63,2%) pour rôle la distribution de la SVAD (voir tableau N°18).

Tableau 18: Rôle des ASC pendant la campagne

Caractéristiques		effectif	pourcentage
Quel rôle avez-vous joué pendant la campagne ?	Mobilisation social	24	27,6%
	Distribution de la SVAD	55	63,2%
	Enregistrement	14	16,1%
	Superviseur	3	3,4%
	Compilation des données	1	1,1%
	Dépistage de la malnutrition	17	19,5%
	Logisticien	2	2,3%

Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

3. ORGANISATION DE LA CAMPAGNE

Certains problèmes relatifs à la campagne ont été évoqués par les ASC, et consignés dans le tableau N°19 (page 44). Selon ce tableau, 16,1% des enquêtés ont signalé un problème d'approvisionnement en vitamine A pendant la campagne (contre 17,6% pour les agents de

santé). On note aussi que 14,9% de problèmes d’approvisionnement signalés pour le déparasitant (contre 07,8% pour les agents de santé). Cependant, contrairement aux agents de santé qui sont 83,3% à affirmer qu’il y a eu des groupes d'enfants cibles qui ont été exclus pendant cette campagne, ils ne sont que 20,7% des ASC enquêtés à abonder dans ce sens.

Tableau 19 : Organisation de la campagne

Caractéristiques		effectif	pourcentage
Y a-t-il eu des problèmes avec l'approvisionnement en vitamine A pendant la campagne ?	Oui	14	16,1%
	Non	73	83,9%
	Total	87	100%
Y a-t-il eu des problèmes avec l'approvisionnement en déparasitant pendant la campagne ?	Oui	13	14,9%
	Non	74	85,1%
	Total	87	100%
Y a-t-il des groupes d'enfants cibles dans votre aire qui ont été exclus pendant cette campagne ?	Oui	18	20,7%
	Non	61	70,1%
	Ne sait pas	8	9,2%
	Total	87	100%

Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

CONCLUSION

L'évaluation de la couverture post-campagne de la supplémentation en vitamine A couplée au déparasitage et au dépistage de la malnutrition a été organisée par Helen Keller International en collaboration avec le Ministère de la Santé à travers le Programme National de Nutrition du 06 au 15 novembre 2018 au niveau national. Cette étude a permis d'expérimenter la méthodologie OMS 2015 pour les enquêtes de couverture par sondage en grappes. Le tirage des grappes a été effectué de façon aléatoire par l'INS et un recensement préalable des ménages éligibles à d'abord été fait afin de disposer d'une base de données fiable avant le tirage et la collecte de données proprement dite. Cette méthodologie rigoureusement appliquée a permis d'obtenir des résultats fiables avec très peu de biais de sélection. Les résultats de l'évaluation ont donné une couverture de 90,62% pour la vitamine A, 81,80% pour le déparasitant et 56,34% pour le dépistage de la malnutrition. Les principales raisons des faibles couvertures évoquées par les personnes en charge des enfants sont que les agents ne sont pas passés dans leurs ménages conformément à la stratégie de porte à porte utilisée au cours de cette campagne, les enfants étaient absents dans certains ménages au moment du passage des agents administrateurs qui ne sont plus repassés, plus de la moitié des ménages n'était pas informée de la tenue de la campagne avant son démarrage (50,20%). D'autres éléments apportés par cette enquête sont que la formation des acteurs de terrain doit être plus approfondie et une supervision de proximité doit être faite de façon systématique, la communication doit être plus accrue et adaptée au type de population car les personnes n'ayant pas eu l'information étaient plus à risque de ne pas être atteintes par la campagne. Afin d'améliorer les campagnes avenir quelques recommandations sont formulées à l'attention des acteurs de mise en œuvre, du Ministère et des partenaires.

RECOMMANDATIONS

1. Au niveau des Districts Sanitaires

- ❖ Bien former les agents administrateurs, les mobilisateurs et tous les intervenants de la campagne ;
- ❖ Veiller au respect des directives techniques par les agents administrateurs, à savoir la stratégie de porte à porte, renseigner les fiches de revisites ;
- ❖ Effectuer toutes les revisites avant de quitter la zone ;
- ❖ Renforcer la supervision de proximité ;
- ❖ Renforcer la sensibilisation des populations sur la connaissance et l'intérêt de la vitamine A et du déparasitant chez les enfants (les agents administrateurs doivent s'y impliquer lors de leur passage dans les ménages) ;
- ❖ Améliorer la communication interpersonnelle et de masse lors des campagnes en impliquant davantage les leaders communautaires (chefs de villages, chefs de communautés, chefs religieux, etc.) et les ASC dans les informations à diffuser aux populations (calendrier de passage des agents dans les localités, importance de la vitamine A et du déparasitant pour les filles et garçons de moins de 05 ans, etc.) ;
- ❖ Conduire des activités communautaires dans les localités afin d'expliquer aux populations l'importance du déparasitant et de la vitamine A incluant la notion du genre ;

2. Au niveau du PNN

- ❖ Renforcer le plan de communication ;
- ❖ Adapter les stratégies de communication en fonction des districts et des zones ;
- ❖ Renforcer/Accentuer les supervisions pendant les campagnes ;
- ❖ Améliorer la sensibilisation des populations sur la connaissance et l'intérêt de la vitamine A et du déparasitant au cours de la formation des agents ;
- ❖ Participer à toutes les formations des agents du niveau district lors des campagnes (les superviseurs nationaux doivent aller un peu plutôt avant le démarrage de la campagne) ;
- ❖ Renforcer la formation des équipes de districts en nutrition et en supplémentation en vitamine A et déparasitage
- ❖ Diffuser les résultats de l'enquête de couverture au niveau national, régional et district ;
- ❖ Continuer la mise en œuvre des activités de supplémentation en vitamine A et de déparasitage ;
- ❖ Pérenniser les enquêtes de couverture post campagne (le fait de savoir que son travail sera évalué incite à mieux faire).
- ❖ Payer les acteurs de terrain à temps (au plus tard le dernier jour de la campagne)

3. Au niveau des Partenaires

- ❖ Soutenir la mise en œuvre des activités de supplémentation en vitamine A et déparasitage
- ❖ Soutenir toujours les enquêtes de couverture post campagne

ANNEXES

Tableau 20 : Quelques déterminants de la SVA

Caractéristiques		Compilation (65 districts)				
		Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	Intervalle de confiance a 95%
Strate	Strate 1					
	Strate 2	1,17	0,19	0,98	0,327	0,85 - 1,61
	Strate 3	0,50	0,08	-4,45	0,000	0,37 - 0,68
Localisation	Rural					
	Urbain	0,87	0,12	-1,01	0,315	0,65 - 1,15
Age	6 à 11 mois					
	12 à 23 mois	0,82	0,20	-0,84	0,399	0,51 - 1,31
	24 à 59 mois	0,99	0,22	0,02	0,981	0,65 - 1,53
Sexe	Masculin					
	Féminin	0,91	0,12	-0,66	0,510	0,70 - 1,19
Education	Non scolarisé					
	Primaire	0,98	0,18	-0,10	0,922	0,69 - 1,40
	Secondaire	0,80	0,16	-1,13	0,257	0,54 - 1,18
	Supérieur	0,85	0,31	-0,43	0,664	0,41 - 1,76
Ou se rendent les parents pour obtenir des soins médicaux	Centre de santé publique					
	Centre de santé privé	0,75	0,21	-1,01	0,313	0,44 - 1,30
	Pharmacie	0,89	0,62	-0,17	0,865	0,23 - 3,49
	Tradipraticien	0,72	0,36	-0,66	0,506	0,27 - 1,91
	Autres	1,05	1,10	0,04	0,966	0,13 - 8,29
Avez-vous été informé de la tenue de la campagne de masse avant son démarrage	Oui					
	Non	0,27	0,04	-8,18	0,000	0,20 - 0,37

Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs

Tableau 21 : Quelques déterminants du déparasitage

Caractéristiques		Compilation (65 districts)				
		Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	Intervalle de confiance a 95%
Strate	Strate 1					
	Strate 2	1,08	0,13	0,66	0,509	0,86 - 1,36
	Strate 3	0,57	0,07	-4,61	0,000	0,45 - 0,73
Localisation	Rural					
	Urbain	1,28	0,14	2,27	0,023	1,03 - 1,57
Sexe	Masculin					
	Féminin	0,89	0,09	-1,20	0,231	0,73 - 1,08
Education	Non scolarisé					
	Primaire	1,12	0,15	0,86	0,391	0,86 - 1,46
	Secondaire	0,79	0,12	-1,55	0,122	0,56 - 1,06
	Supérieur	1,00	0,31	0,00	0,998	0,55 - 1,83
Ou se rendent les parents pour obtenir des soins médicaux	Centre de santé publique					
	Centre de santé privé	0,73	0,16	-1,44	0,151	0,48 - 1,12
	Pharmacie	1,67	1,14	0,75	0,454	0,44 - 6,36
	Tradipraticien	1,31	0,58	0,62	0,538	0,55 - 3,13
	Autres	1,07	0,88	0,09	0,930	0,22 - 5,33
Avez-vous été informé de la tenue de la campagne de masse avant son démarrage	Oui					
	Non	0,43	0,05	-8,01	0,000	0,35 - 0,53

Source : « Enquête PECS, Novembre 2018 », Nos calculs