

Rapport d'étude

ENQUETE DE COUVERTURE POST CAMPAGNE DE JUILLET 2019 DE LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A DES ENFANTS DE 06-59 MOIS [GUINEE]

[Septembre 2019]

**Enquête de couverture post campagne de Juillet 2019 de la supplémentation en
vitamine A des enfants de 06-59 mois [Guinée]**

Site de recherche :	[Guinée, districts sanitaires]
Type d'étude :	[Quantitative, sondage en grappe type OMS]
Consultant :	MASSANDOUNO Lansana Ing Statisticien Démographe.
Période de l'étude :	[Juin-Septembre2019]
Bailleur :	Helen Keller International (HKI)
Commanditaire de l'étude	[Christelly Flore BADILA, Directrice par intérim HKI]
Membres du comité de coordination	<ul style="list-style-type: none"> - Dr Mohamed Lamine FOFANA, Coordinateur du Programme de Nutrition Helen Keller International - Dr Mamady DAFPE, Chef de la Division Alimentation Nutrition, Ministère de la santé - Dr Lanfia TOURE, Spécialiste Nutrition à Unicef - Dr Djenou SOMPARÉ, Chef d'immunisation au PEV - Mr Moussa DOUMBOUYA, Institut National de Statistiques

Table des matières

Liste des tableaux.....	5
Liste des graphiques.....	6
ABREVIATIONS.....	7
Résumé du protocole.....	8
II-2 Objectifs spécifiques.....	9
I- Contexte de l'étude.....	11
II- But Objectifs et résultats attendus de l'évaluation.....	12
II-1 Objectif général.....	12
II-2 Objectifs spécifiques.....	12
II-3 Résultats attendus.....	12
III- Méthodologie.....	13
III-1 Type d'étude.....	13
III-3 Cadre de l'étude.....	13
III-4 Période de l'étude.....	13
III-5 Population cible.....	13
III-6 Echantillonnage pour l'enquête ménage.....	14
IV- Préparation de l'enquête.....	18
IV-1 Note sur l'élaboration des outils de collecte de données.....	18
IV-2 Pré tester les cartes de grappes.....	18
IV-3 Recrutement et Formation des superviseurs et enquêteurs.....	19
IV-4 Enquête pilote ou pré test des outils de collecte.....	19
IV-5 Organisation de la logistique.....	20
V- Collecte de données.....	20
V-1 Recensement des ménages et le tirage aléatoire des ménages à enquêter.....	20
V-2 Collecte de données sur le terrain.....	21
V-3 Utilisation de la technologie mobile pour la collecte de données.....	21
V-4 Contrôle de la qualité de la collecte dans les ménages.....	21
V-5 Supervision de la collecte.....	22
V-6 Suivi de la collecte.....	22
VI- Traitement des données.....	22
VI-1 Le formulaire de collecte.....	22
VI-2 Apurement et analyse statistique des données.....	23
VI-3 Fusion des bases de données et calcul des variables dérivées.....	23
VII- Analyse des données.....	23
VII-1 Calcul des coefficients de pondération.....	23
VII-2 Analyses statistiques.....	24
IV- Résultats de l'enquête ménage.....	25
IV-1 Caractéristiques des populations enquêtées.....	25
IV-1-1 Caractéristiques sociodémographiques.....	26
IV-4. Couverture de l'administration de la vitamine A.....	32
IV-4-1. Couverture par strate et par milieu de résidence.....	32
IV-8. Niveau de connaissance des ménages sur le bénéfice de la supplémentation en vitamine A.....	37
Résultats de l'enquête auprès des agents de santé.....	41

V-1 Description de l'échantillon	41
V-2. Répartition des agents de santé enquêtés par sexe.....	41
V-3. Fonction dans la formation sanitaire.	42
V-5. Sources de connaissances des agents de santé sur la vitamine A.....	42
VI- Résultats de l'enquête auprès des ASBC/DC	45
VI-1 Caractéristiques des agents de santé communautaire enquêtés.....	45
V-2 Connaissances des ASBC sur la vitamine A	46
V-2-1 Formation sur la vitamine A	46
V-2-2. Indice de connaissances des ASBC sur la vitamine A.....	47
VII- DISCUSSION	48
VII- Conclusion et recommandations	50
VII-1 Conclusion	50
VII-2 Recommandations	50
Annexes :.....	52

Liste des tableaux

Tableau 1: Nombre d'enquêteurs par strate	16
Tableau 2: Répartition des ménages enquêtés par strate et milieu de résidence	25
Tableau 3: Répartition des enquêtés par classe d'âge.....	26
Tableau 4: Fréquentation des structures sanitaires en cas de maladie d'un membre du ménage.....	29
Tableau 5 : Classe d'âge des enfants par strate et par milieu de résidence.....	30
Tableau 6: Lieu de prise de la vitamine A.....	34
Tableau 7 : Connaissance du nom du produit distribué (Vitamine A)	38
Tableau 8 : Répartition des enquêtés selon l'indice de connaissances sur la vitamine A	40
Tableau 9 : Description de l'échantillon.	41
Tableau 10 : Formation sur la vitamine A et le temps écoulé depuis la dernière formation.....	42
Tableau 11 : Répartition des agents communautaires enquêtés par strate	45
Tableau 12: Caractéristiques ménages recensés et enquêtés	53
Tableau 13: Répartition des enquêtés selon le comportement face aux services de santé par strate et par milieu de résidence	54
Tableau 14: Répartition des enfants de 6 à 59 mois selon par strate et le milieu de résidence selon les caractéristiques sociodémographiques de l'enfant.	55
Tableau 15: Taux de couverture en vitamine A des enfants par strate et par milieu de résidence	56
Tableau 16: Répartition des enfants n'ayant pas pris la vitamine A selon les raisons par strate et par milieu de résidence.	56
Tableau 17: Répartition des enfants selon la prise ou non de la vitamine A par caractéristiques des enfants	57
Tableau 18: Répartition des enfants ayant pris de la vitamine A selon le lieu de prise de la vitamine A	58
Tableau 19: Stratégie de communication	58
Tableau 20: Information et attente de l'arrivée du DC	59
Tableau 21: Ce que l'agent vaccinateur a dit.....	59
Tableau 22: Connaissance des ménages sur l'âge auquel l'enfant doit recevoir la 1ère dose de la vitamine A	60
Tableau 23: Connaissance des ménages sur le nombre de fois qu'un enfant doit recevoir la dose de la vitamine A par an	61
Tableau 24: Indice de connaissances des ménages sur la vitamine A	62
Tableau 25: Tests statistiques de Khi 2	62
Tableau 26: Déterminants de la SVA.....	63

Liste des graphiques

Graphique 1: Répartition des enquêtés par sexe selon les strates et le milieu de résidence.....	26
Graphique 2: : Répartition des enquêtés selon leur niveau d'instruction	27
Graphique 3: Répartition des enquêtés selon l'activité principale	28
Graphique 4: Répartition des enquêtés selon l'indice de bien-être du ménage.....	29
Graphique 5: Services bénéficiés par les enfants dans les structures sanitaires	30
Graphique 6 : Répartition des enfants selon le sexe par strate et par milieu de résidence.	31
Graphique 7: Répartition des enfants selon le lien de parenté avec le répondant.....	32
Graphique 8: Taux de couverture en vitamine A par strate et par milieu de résidence	33
Graphique 9 : Taux de couverture en vitamine A selon le sexe et la tranche d'âge des enfants	34
Graphique 10: Raisons de non prise de la vitamine par strate.....	35
Graphique 11: Information sur la tenue de la campagne et canaux d'information	36
Graphique 12 : Information sur l'arrivée du DC et attente des ménages pour la SVA.....	36
Graphique 13 : Durée d'attente du DC par strate et par milieu de résidence.	37
Graphique 14 : Messages véhiculés par les DC après supplémentation des enfants	38
Graphique 15 : Connaissance de l'âge de prise de la première dose de la vitamine A.....	39
Graphique 16 : Connaissance de fréquence de prise de la vitamine A par an	39
Graphique 17 : Répartition des enquêtés selon le sexe	41
Graphique 18 : Répartition des enquêtés selon la fonction	42
Graphique 19 : Source de connaissance sur la vitamine A.....	43
Graphique 20 : Indice de connaissance des agents de santé sur la vitamine A	44
Graphique 21 : Sexe des distributeurs communautaires (DC) enquêtés	45
Graphique 22 : Niveau d'instruction des DC enquêtés.....	46
Graphique 23 : Formation sur la vitamine A et le temps écoulé depuis la dernière formation.....	46
Graphique 24 : Indice de connaissance des DC sur la vitamine A.....	47

ABREVIATIONS

ASC	Agent Santé Communautaire
CCG	Coefficient de Corrélation entre Grappes
DAN	Division Alimentation Nutrition
DC	Distributeur communautaire
EC	Enquête de Couverture
EPS	Effet du Plan de Sondage
GPS	Global Positioning System
HKI	Helen Keller International
IC	Intervalle de Confiance
INS	Institut National de Statistiques
JNV	Journées Nationales de Vaccination
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEC	Post Event Coverage
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PPTE	Probabilité Proportionnelle à la Taille Estimée
RC	Relais Communautaire
TEE	Taille Effective de l'Echantillonnage
Unicef	United Nations of International Children's Emergency Fund
ZD	Zones de Dénombrement

Résumé du protocole

Titre de l'étude	Enquête de couverture post campagne de Juillet 2019 de la supplémentation en vitamine A des enfants de 06-59 mois [Guinée]
Contexte	<p>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. En Guinée, bien qu'il n'y ait pas eu d'enquête nationale pour déterminer la prévalence de la carence en vitamine A, les études partielles réalisées (1995-1997), ont montré des prévalences de 24% et 63 % respectivement en Haute et Moyenne Guinée, ainsi que les estimations de l'Unicef qui indiquent que la carence en Vitamine A affecterait au moins 25% des enfants de moins de 5 ans.</p> <p>Les carences en vitamine A est un problème majeur de santé publique qui a 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.</p> <p>L'ampleur de la problématique nutritionnelle a justifié la mise en œuvre par la Guinée, à travers la Division Nutrition et Alimentation (DAN) du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, des stratégies promotionnelles, préventives et curatives. La supplémentation en vitamine A se déroule chaque 6 mois lors de campagnes de masse et couplée au déparasitage et à la vaccination contre la poliomyélite. Dans l'optique d'atteindre un plus grand nombre d'enfants de moins de 5 ans.</p> <p>Ainsi, depuis 1999, la DAN organise des campagnes de distribution de la vitamine A en couplées aux Journées Nationales de vaccination (JNV) contre la poliomyélite. Cette approche a permis d'obtenir de très bons résultats (couverture > 90%) jusqu'en 2014. Cependant, avec les taux de vaccination de routine, l'éradication imminente de la poliomyélite, la certification de la Guinée hors polio et le développement constant des capacités du système de santé rendent peu à peu les campagnes de vaccination obsolètes. Aussi, depuis l'avènement de l'épidémie à virus Ebola en 2014 qui a eu pour conséquence la non organisation des JNV en 2014 et 2015, la couverture en vitamine A a chuté en dessous de 80%.</p> <p>Actuellement la Guinée utilise différentes stratégies de distribution de la vitamine A en masse : en fixe et avancée à travers les semaines santé de la mère et de l'enfant, en porte à porte à travers les campagnes polio.</p> <p>En 2016, la Guinée a opté pour la plateforme de la semaine santé de la mère et de l'enfant qui tarde à exécuter deux tours par an par faute de financement sécurisé.</p> <p>En 2018, la Guinée a pu réaliser deux tours de supplémentation en vitamine A (une à travers la semaine santé de la mère et de l'enfant et l'autre couplée avec la campagne poliomyélite).</p> <p>En vue de maintenir les efforts accomplis dans la lutte contre la carence en vitamine A, la DAN organise avec l'appui de ses partenaires, pour le premier passage de l'an 2019 une campagne de distribution de la vitamine A couplée à la campagne contre la poliomyélite.</p> <p>Cette campagne prend en compte la mobilisation communautaire et la sensibilisation des communautés sur la nécessité de supplémenter les enfants de 6-59 mois en vitamine A de façon biannuelle. Au cours de ce premier tour de 2019, la supplémentation en vitamine A a eu lieu dans 38 districts sanitaires.</p>

	<p>A la suite de cette campagne de distribution, une enquête de couverture effectuée a permis d'évaluer la qualité de la mise en œuvre des activités de supplémentation en vitamine A et de vaccination polio des enfants de 6 à 59 mois et de tirer des leçons pertinentes pour l'amélioration des prochaines campagnes. Le présent document présente les résultats de cette enquête de couverture réalisée avec l'appui financier et technique de HKI et UNICEF à travers les services d'un consultant.</p>
Objectifs	<p>II-1 Objectif général</p> <p>L'étude vise à évaluer la qualité de la mise en œuvre du premier passage de la campagne de la supplémentation en vitamine A des enfants de moins de 6 à 5 ans.</p> <p>II-2 Objectifs spécifiques</p> <p>De façon spécifique, cette étude permettra de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesurer les taux de couverture de la supplémentation en vitamine A des enfants de 06- 59 mois lors de la campagne dans chaque strate (Conakry et le reste du pays) ; - Comparer les couvertures administratives de la campagne et celles obtenues lors de l'enquête PEC ; - Comparer les couvertures atteintes par domaines (Conakry et le reste du pays) au niveau rural et urbain ; - Déterminer les principales raisons de non administration de la vitamine A ; - Evaluer la stratégie de communication utilisée lors de la campagne ; - Décrire le niveau de connaissance des parents sur le bénéfice de la supplémentation de la vitamine A pour chacune des zones concernées ; - Décrire le niveau de connaissances des agents de santé et ASC sur la vitamine A pour chacune des zones concernées ; - Déterminer les principales raisons de la faiblesse d'information des ménages sur la supplémentation en vitamine A ; - Formuler/proposer les stratégies et actions à entreprendre pour l'amélioration des activités de supplémentation en vitamine A.
Méthodes	<p>Type de l'étude : L'étude a été mise en œuvre suivant deux stratégies :</p> <ul style="list-style-type: none"> o L'enquête qualitative auprès des agents de santé et des ASC o L'enquête de couverture post campagne par sondage en grappe de type OMS à deux degrés. <ul style="list-style-type: none"> • Cadre de l'étude : L'étude s'est déroulée dans les 2 strates réparties sur toute l'étendue du territoire national. • Population de l'étude : les ménages vivants avec au moins un enfant âgé de 6 à 59 mois au moment de la campagne d'administration de la vitamine A de Juillet 2019 et auprès des agents de santé et ASC de la zone d'étude ayant participé à la campagne et/ou impliqués dans les activités de supplémentation de la vitamine A. • Technique de collecte : Interview direct avec l'utilisation de la technologie mobile pour la collecte et la transmission des données • Taille de l'échantillon : 1540 Ménages • Période de l'étude : 35 jours
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> • Phase préparatoire de l'étude : 10 jours

	<ul style="list-style-type: none"> - Validation du protocole et des outils de collecte, - Travaux d'échantillonnage, - Recrutement et Formation des agents de collecte, - Enquête pilote (pré test des outils de collecte), - Finalisation des outils de collecte. <ul style="list-style-type: none"> • Phase de collecte : 17 jours <ul style="list-style-type: none"> - Collecte de données sur le terrain, - Supervision de la collecte. • Phase d'analyse des données et de rédaction du rapport : 11 jours <ul style="list-style-type: none"> - Apurement et traitement des données - Analyse des données, - Rédaction du rapport préliminaire, - Présentation du rapport de l'étude - Finalisation et restitution du rapport de l'étude.
Equipe de l'étude	1 Consultant, 5 Superviseurs et 39 Enquêteurs

I- Contexte de l'étude

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. En Guinée, bien qu'il n'y ait pas eu d'enquête nationale pour déterminer la prévalence de la carence en vitamine A, les études partielles réalisées (1995-1997), ont montré des prévalences de 24% et 63 % respectivement en Haute et Moyenne Guinée, ainsi que les estimations de l'Unicef qui indiquent que la carence en Vitamine A affecterait au moins 25% des enfants de moins de 5 ans.

Les carences en vitamine A est un problème majeur de santé publique qui a 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 de la problématique nutritionnelle a justifié la mise en œuvre par la Guinée, à travers la Division Nutrition et Alimentation (DAN) du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, des stratégies promotionnelles, préventives et curatives. La supplémentation en vitamine A se déroule chaque 6 mois lors de campagnes de masse et couplée au déparasitage et à la vaccination contre la poliomyélite. Dans l'optique d'atteindre un plus grand nombre d'enfants de moins de 5 ans.

Ainsi, depuis 1999, la DAN organise des campagnes de distribution de la vitamine A en couplées aux Journées Nationales de vaccination (JNV) contre la poliomyélite. Cette approche a permis d'obtenir de très bons résultats (couverture > 90%) jusqu'en 2014. Cependant, avec les taux de vaccination de routine, l'éradication imminente de la poliomyélite, la certification de la Guinée hors polio et le développement constant des capacités du système de santé rendent peu à peu les campagnes de vaccination obsolètes. Aussi, depuis l'avènement de l'épidémie à virus Ebola en 2014 qui a eu pour conséquence la non organisation des JNV en 2014 et 2015, la couverture en vitamine A a chuté en dessous de 80%.

Actuellement la Guinée utilise différentes stratégies de distribution de la vitamine A en masse : en fixe et avancée à travers les semaines santé de la mère et de l'enfant, en porte à porte à travers les campagnes polio.

En 2016, la Guinée a opté pour la plateforme de la semaine santé de la mère et de l'enfant qui tarde à exécuter deux tours par an par faute de financement sécurisé.

En 2018, la Guinée a pu réaliser deux tours de supplémentation en vitamine A (une à travers la semaine santé de la mère et de l'enfant et l'autre couplée avec la campagne poliomyélite).

En vue de maintenir les efforts accomplis dans la lutte contre la carence en vitamine A, la DAN organise avec l'appui de ses partenaires, pour le premier passage de l'an 2019 une campagne de distribution de la vitamine A couplée à la campagne contre la poliomyélite.

Cette campagne prend en compte la mobilisation communautaire et la sensibilisation des communautés sur la nécessité de compléter les enfants de 6-59 mois en vitamine A de façon biannuelle. Au cours de ce premier tour de 2019, la supplémentation en vitamine A a eu lieu dans 38 districts sanitaires.

A la suite de cette campagne de distribution, une enquête de couverture a été effectuée afin d'évaluer la qualité de la mise en œuvre des activités de supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois et de tirer des leçons pertinentes pour des prises de décisions efficaces avec l'appui financier et technique de ces partenaires (HKI, UNICEF) à travers les services d'un consultant.

II- But Objectifs et résultats attendus de l'évaluation

II-1 Objectif général

L'étude vise à évaluer la qualité de la mise en œuvre du premier passage de la campagne de la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 ans.

II-2 Objectifs spécifiques

De façon spécifique, cette étude permettra de :

- Mesurer les taux de couverture de la supplémentation en vitamine A des enfants de 06- 59 mois lors de la campagne dans chaque strate (Conakry et le reste du pays) ;
- Comparer les couvertures administratives de la campagne et celles obtenues lors de l'enquête PEC ;
- Comparer les couvertures atteintes par domaines (Conakry et le reste du pays) au niveau rural et urbain;
- Déterminer les principales raisons de non administration de la vitamine A ;
- Evaluer la stratégie de communication utilisée lors de la campagne ;
- Décrire le niveau de connaissance des parents sur le bénéfice de la supplémentation de la vitamine A pour chacune des zones concernées ;
- Décrire le niveau de connaissances des agents de santé et ASC sur la vitamine A pour chacune des zones concernées ;
- Déterminer les principales raisons de la faiblesse d'information des ménages sur la supplémentation en vitamine A ;
- Formuler/proposer les stratégies et actions à entreprendre pour l'amélioration des activités de supplémentation en vitamine A.

II-3 Résultats attendus

Au terme de l'étude, les résultats suivants sont attendus :

- Les couvertures obtenues lors de la campagne de masse en vitamine A sont estimées ;
 - Les couvertures par stratification urbain et rural de la campagne sont estimées ;
 - Les couvertures administratives de la campagne sont comparées à celles obtenues lors de l'enquête de couverture post campagne ;
 - La proportion des enfants cibles n'ayant pas reçu de vitamine A est calculée ;
 - Les principales raisons de la non administration de la vitamine A sont connues ;
 - La stratégie de communication utilisée lors de la campagne est évaluée ;
 - Le niveau de connaissance des parents sur le bénéfice de la supplémentation de la vitamine A est déterminé ;
 - Le niveau de connaissance des agents de santé et des ASC sur la vitamine A est déterminé ;
 - Les principales raisons de la faiblesse d'information des ménages sur la supplémentation en vitamine A sont connues ;
- Des stratégies et actions à entreprendre pour l'amélioration des activités de supplémentation en vitamine A sont formulées

III- Méthodologie

III-1 Type d'étude

L'étude sera 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 sur le terrain (les agents de santé et les distributeurs)
- L'enquête de couverture post campagne sera une étude transversale avec sondage en grappe à deux degrés, stratifiée de type OMS (2015). Les grappes seront tirées aléatoirement par strate conformément à la méthode de la probabilité proportionnelle à la taille estimée (PPTE) de la population en milieu urbain et rural. La strate 1 correspondant à la région de Conakry est composé uniquement des ZD urbaines. Le poids de chaque milieu de résidence se base sur les données du RGPH-3, réalisé en 2014¹.
- Cette enquête s'est déroulée en deux étapes :
 - Etape 1 : Recensement de tous les ménages éligibles de la grappe
 - Etape 2 : Collecte des données auprès des ménages éligibles échantillonnés.

III-3 Cadre de l'étude

Il s'agit une enquête nationale avec une estimation des couvertures dans deux strates repartit comme suite :

- Strate 1 : La région de Conakry composée de 5 districts sanitaires ;
- Strate 2 : les 7 régions (Boké, Kindia, Mamou, Faranah, Kankan, Labé et Nzérékoré) composées de 33 districts sanitaires

III-4 Période de l'étude

Après la campagne prévue du 04 au 07 juillet, l'étude s'est déroulée sur la période de 35 jours (aout - septembre) et la collecte de données a duré 17 jours. Elle s'est tenue entre le 22 aout et le 07 septembre 2019.

III-5 Population cible

Enquête de couverture (sondage par grappe) :

L'enquête a ciblé les ménages de la zone d'étude ayant au moins un enfant de 06 à 59 mois au moment de la campagne.

Critère d'inclusion : Tous les ménages de la zone d'étude ayant au moins un enfant de 06 à 59 mois au moment de la campagne de masse du 04 au 07 juillet.

¹ Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2014 donnait 34,3% de ménages urbains et 65,7% de ménages ruraux.

Critère de non inclusion : les ménages éligibles où il n'y a 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 a ciblé les agents de santé et les distributeurs communautaires de la zone d'étude ayant participé à la campagne de masse.

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.

III-6 Echantillonnage pour l'enquête ménage

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

- **Couverture anticipée ou attendue (p)** : 50 % si pas d'information sur prévalence.
- **Le coefficient de corrélation entre grappes (CCG)** : Pour des enquêtes post-campagne la valeur haute ($1/6=0,167$) étant le versant prudent.
- **Niveau de Confiance (α)** : Il est en règle de 5 %. Les intervalles de confiance seront $(100-\alpha)$ %, en général de 95 %.
- **Demi-largeur de l'intervalle de confiance (IC)** : le $(100-\alpha)$ % de l'IC n'a pas une largeur de plus de ± 5 % alors sa valeur sera de 5 %.
- **Nombre cible de répondants par grappe (m)** : pour l'enquête PECS nous recommandons 10. En effet l'OMS demande de choisir en général pour ce facteur des valeurs comprises entre 5 et 15, qui correspondent au nombre de ménages qu'une équipe d'enquêteurs peut visiter en une journée et au nombre total de répondants prévus dans une grappe de taille moyenne, si tous les répondants ciblés sont interviewés.
- **Nombre cible de grappes par niveau** : La taille totale de l'échantillon divisé m produit le nombre cible de grappes par niveau. Il est déterminé lors de la sélection de la taille de l'échantillon, et les grappes sont choisies de façon aléatoire.
- **Facteurs en rapport avec la puissance statistique et la probabilité d'erreurs** : ces facteurs sont le nombre moyen de ménages à visiter pour trouver un enfant éligible et le facteur d'inflation pour prendre en compte les non-répondeurs. La méthode de calcul sera décrite dans ci-dessous.

Conformément au manuel OMS 2015², un processus à six étapes pour calculer la taille d'échantillons en grappe aux fins d'estimation ou de classement des couvertures :

1. Calculer le nombre de strates dans lesquelles l'enquête sera menée. Nous nous y référerons par la lettre A
2. Calculer la taille effective d'échantillon (TEE). Sera dénommé B dans les calculs ultérieurs ;
3. Calculer l'effet du plan de sondage (EPS). Sera dénommé C dans les calculs ultérieurs ;
4. Calculer le nombre moyen de ménages à visiter pour trouver un enfant éligible. Sera dénommé D ;
5. Calculer un facteur d'inflation pour prendre en compte les non-réponses dénommé E ;
6. Utiliser les valeurs colligées dans les étapes 1 à 5 pour calculer l'échantillon important pour la planification et la budgétisation de l'enquête.

A	B	C	D	E	m
2	306	2,5	0,97	1,111111	10

- A. Nombre de strate = 2
- B. Taille effective de l'échantillon = 306 (80% de couverture et 5% de précision)
- C. Considérez que vous interrogerez en moyenne m=10 répondants par grappe avec un coefficient de corrélation de 1/6 et donc un effet de grappe de 2,5
- D. Considérez que vous trouverez un enfant cible dans chaque 10% des ménages à visiter, eux-mêmes déterminés par l'estimation des ménages avec des enfants de l'âge cible.

Avec N survivant à la naissance par ménage = $((YC * BR) / (1000/HS)) * ((1000-IM) / 1000)$

- YC = nombre d'enfant éligible de la naissance à 5 ans = 4,5
- BR = taux de natalité pour 1000 habitants = 33,6 (EDSG 2016)
- HS = Taille moyenne du ménage = 7,1 (RGPH 2014)
- IM = taux de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes = 44 (MCIS 2016)

Donc N = $((4.5*33,6)/(1000/7.1))*((1000-44)/1000)=1,02628512$; donc $1/1,02628512=0,974388092$

- E. Considérez que 10 % des ménages avec un enfant éligible ne seront pas à la maison lors de la visite ou refuseront de participer à l'enquête ; il faut donc augmenter la taille de l'échantillon de 11 % pour compenser pour les non-réponses
- F. E = Taux de non réponse = généralement très faible, mais peut être associé à des erreurs de saisie, 10% peuvent donc être sûrs. Calculé comme suit : $100 / (100\% \text{ des ménages admissibles qui refusent de répondre}) = 100 / (100-10) = 1.111111$

m = nombre moyen d'enfants à enquêter par grappe = 11

1. **Nombre total estimé de répondants ayant complété leurs questionnaires par strate :**

$$A \times B \times C = 2 \times 306 \times 2,5 = 1530.$$

² https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/Vaccination_coverage_cluster_survey_FR.pdf

2. **Nombre de ménages à visiter pour obtenir le nombre de répondants ayant complété leurs questionnaires par strate :**
 $(A \times B \times C) \times D \times E = 1530 \times 0,974388092 \times 1.111111 = 1656,4580999$ arrondi à 1657
3. **Nombre de ménages à visiter dans chaque strate :**
 $B \times C \times D \times E = 306 \times 2,5 \times 0,974388092 \times 1.111111 = 829,22$ arrondi à 829
4. **Nombre de grappes par strate :** $/m = 306 \times 2,5 / 10 = 76,5$ arrondi à 77
5. **Nombre total de grappes dans l'enquête = $A \times B \times C \times m = 2 \times 77 = 154$**
6. **Nombre total de ménages à visiter = $m \times c = 154 \times 10 = 1540$**

En résumé la taille de l'échantillon est détaillée comme suit :

Nombre de strates	2
Nombre de grappe à sélectionner par strate	77
Nombre total de grappe	154
Nombre de ménages par strate	770
Nombre total de ménage de l'échantillon	1540

La taille de l'échantillon est de **154 grappes, soit 1540 ménages pour les 2 strates.**

Tableau 1: Nombre d'enquêteurs par strate

Strates	Nombre de ménages par strate	Nombre de ménages par grappe (ZD)	Nombre réel de grappes	Nombre de Grappes Urbaines	Nombre Grappes Rurales	Total jours (1j/ZD)	Durée	Nbre equipe	Nbre pers par équipe (3 pers par équipe)
Conakry	770	10	77	77	0	77	17	13	39
Autres régions administratives	770	10	77	30	47	77			
Total	1540		154	107	47	154			

♣ *Le plan d'échantillonnage :*

On a réalisé un sondage en grappe à deux degrés, stratifié :

Au premier degré : tirage des grappes.

Au total **154** ZD pour l'ensemble des strates qui constituent la zone d'étude, ont été tirées. Ce tirage s'est fait de façon aléatoire et indépendante par l'Institut National de la Statistique (INS) en utilisant la base de sondage de l'Institut National de la Statistique (INS) constituée par l'ensemble des Zones de Dénombrement (ZD) de la Guinée.

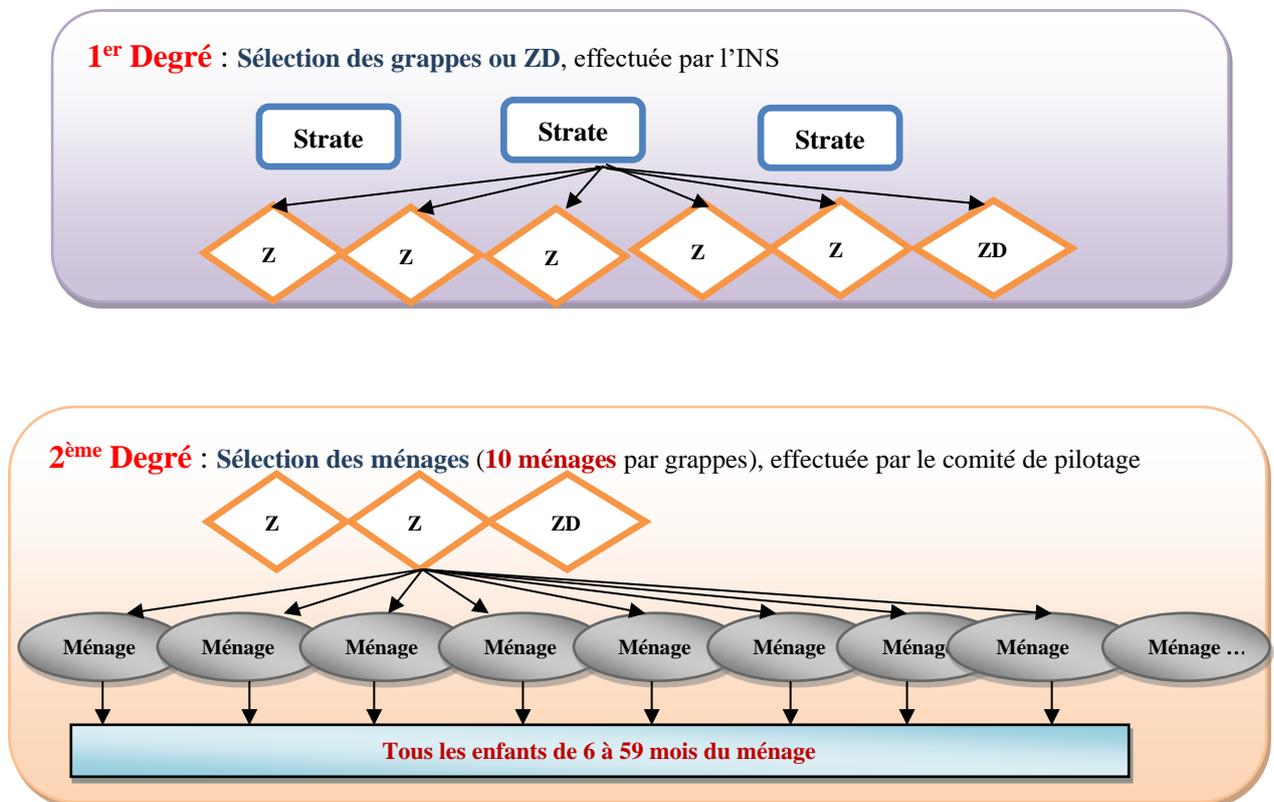
Au deuxième degré : Tirage des ménages.

De manière aléatoire et indépendante 10 ménages ayant au moins un enfant de 6 à 59 mois dans chaque ZD après le recensement de tous les ménages éligibles de la ZD.

♣ *Choix des ménages à enquêter*

Une fois la ZD identifiée et délimitée, les enquêteurs ont procédé au cours d'une première étape au recensement de tous les ménages (ménages éligibles et ménages non éligibles) de la ZD en attribuant à chacun un numéro d'identification. Après le dénombrement et la numérotation des ménages éligibles, l'application **RANDOM NUMBER GENERATOR**, a été utilisée pour le tirage des 10 ménages par chaque équipe. Le numéro attribué au ménage est inscrit à la craie sur la porte du ménage ce qui a facilité la collecte de données et le contrôle de qualité qui était effectué par les superviseurs par la suite.

Schéma du plan d'échantillonnage



♣ *Sélection des autres catégories de personnes à enquêter*

Dans chaque ZD sélectionnée, un agent de santé s'il y avait un centre de santé et un distributeur communautaire étaient à enquêter. Ainsi, au plus 154 agents de santé, 154 distributeurs communautaires avaient été visés pour cette enquête (1 agent de santé et 1 distributeur communautaire par ZD).

➤ **Prestataires de santé (Agents de santé)**

Le choix de l'agent de santé dans chaque grappe était systématique. Il s'agit l'agent de santé ou son adjoint si ce dernier a été impliqué dans les activités de la campagne. En cas d'absence, de l'agent de santé et de son adjoint, la personne à enquêter était celle qui a été la plus impliquée dans les activités de la campagne. Si la grappe compte 2 ou plusieurs centres de santé, un tirage au sort entre les centres de santé sera effectué.

➤ **Distributeur communautaire**

Pour le choix des distributeurs communautaires, demander à l'agent de santé la liste complètes des distributeurs communautaires par village ou secteur. Ensuite le nom de chaque distributeur communautaire a été écrit sur un bout de papier, placer ceci dans un récipient, puis demander à une personne au centre de santé d'en tirer un. Les enquêteurs se sont entretenus avec le distributeur communautaire dont le nom est écrit sur le bout de papier tiré. En cas d'absence de ce dernier, le même processus pour le tirage était repris.

IV- Préparation de l'enquête

IV-1 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 une équipe technique et validés par le comité de coordination. Les outils révisés sont énumérés ci-dessous et sont en annexe du protocole :

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

IV-2 Pré tester les cartes de grappes

Il est important de tester la fiabilité des cartes montrant les ZD et les portions (ces cartes et si possible les coordonnées GPS seront fournies par l'Institut en charge de la statistique). Avant le début de l'enquête, une équipe restreinte du comité de coordination (les superviseurs) a effectué une mission exploratoire pour visiter les zones d'énumération ou ZD tirées pour l'enquête pilote pour vérifier la fiabilité des cartes.

L'enquête pilote s'est tenue dans la ville de Conakry, qui est exclusivement urbaine. En général, les cartes des ZD urbaines sont souvent soumises à des mises à jour et plus difficile à lire que celles du milieu rural. Dans la zone rurale, les ZD sont constituées par un ensemble de villages qui sont limités par la forêt.

Pour l'enquête pilote, les ZD, ont été tirées après le tirage de celles de l'enquête réelle. Elle s'est donc réalisée dans une zone non concernée par l'enquête réelle.

Sa réalisation a permis d'améliorer la méthodologie, le questionnaire et l'application développée pour la collecte des données. Elle a également permis de vérifier le mécanisme de contrôle de qualité mis en place.

IV-3 Recrutement et Formation des superviseurs et enquêteurs

Les enquêteurs ont été recrutés en tenant compte d'une liste de critères incluant l'âge, le niveau académique, l'expérience dans la collecte de données avec les tablettes et de la maîtrise de la langue locale parlée. L'enquêteur devrait savoir parler la langue locale de son lieu d'affectation, cette méthode permet de franchir les barrières linguistiques et la connaissance des localités de la zone d'étude.

La formation en salle a duré 05 jours et s'est tenue à Conakry. Cette formation a porté essentiellement sur :

- Les objectifs visés par l'étude ;
- Les résultats attendus ;
- La méthodologie adoptée ;
- L'identification des grappes à partir des cartes et ou coordonnées GPS ;
- 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 ;
- L'utilisation des appareils mobiles pour la collecte et la transmission des données.

Elle s'est achevée par des jeux rôles et a été organisée en utilisant des supports pédagogiques (présentation power point, manuel de l'enquêteur, exercices). La session a été animée par les membres du le comité de coordination.

Les enquêteurs étaient chargés de collecter les données selon les instructions données et les considérations éthiques. Ils ont travaillé sous la supervision et la direction des superviseurs. Les enquêteurs étaient responsables des données qu'ils collectent et de la manière de les collecter. Pour la formation, chaque enquêteur a reçu son kit d'enquête composé d'un Smartphone, un stylo, un cahier, une chemise à rabat.

IV-4 Enquête pilote ou pré test des outils de collecte

Au lendemain de la formation des agents de collecte, un pré-test a été effectué auprès des ménages dans 13 ZD choisies de commun accord avec le comité de pilotage. Pour pouvoir faire une meilleure planification des activités de collecte, chaque équipe a évolué dans une ZD. Ces ZD de l'enquête pilote, n'ont pas concerné l'enquête proprement dite. Ce pré test s'est fait avec toutes les équipes de l'étude et a permis 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 équipe a enquêté dans une ZD. Chaque enquêteur a enquêté au moins un ménage éligible. Un débriefing s'est fait à la fin de ce pré-test et toutes les leçons tirées ont été valorisées dans la finalisation des instruments de collecte de données et dans l'organisation de l'enquête.

IV -5 Organisation de la logistique

Une bonne planification et organisation est essentielle pour le succès d'une enquête PECS. Tous les aspects de la logistique relative au travail sur le terrain sont planifiés à l'avance et précisément communiqués aux chefs d'équipe et aux enquêteurs pendant leurs sessions de formation.

Avant la formation, l'équipe de coordination de l'enquête a préparé l'itinéraire de chaque équipe d'enquête y compris les emplacements des ZD, le nombre de jour(s) à passer dans chaque lieu, et l'approximation du temps de conduite entre chaque grappe. Avant leur arrivée les superviseurs ont communiqué avec les responsables dans leurs secteurs respectifs d'enquête pour faire les arrangements nécessaires et s'informer sur la sécurité ainsi que sur les défis logistiques auxquels l'équipe d'enquête pourraient être confrontés. Lorsque l'équipe se rend sur le terrain, le chef d'équipe était chargé de la gestion de la logistique et de transmettre des mises à jour quotidiennes au superviseur de l'enquête. Il l'informait si quelque chose d'inattendu se produisait.

V- Collecte de données

La collecte a été effectuée par 13 équipes de 3 enquêteurs soit 39 enquêteurs et de 5 superviseurs (1 superviseur pour 3 équipes). La collecte s'est déroulée en deux étapes :

V-1 Recensement des ménages et le tirage aléatoire des ménages à enquêter

♣ *Recensement des ménages*

Cette première étape a consisté à recenser tous les ménages éligibles de chaque zone de dénombrement. Les cartes des ZD échantillonnées ont été remises aux enquêteurs qui, une fois dans la ZD ont procédé à sa délimitation et au recensement de tous les ménages éligibles de la grappe. Pour chaque ménage recensé, un numéro d'identification était inscrit sur sa porte et sur le formulaire de recensement des ménages (voir annexe). Leur progression était marquée sur la carte de la grappe. Le numéro d'identification du ménage était composé :

- De lettres EC qui signifie Enquête de Couverture ;
- Du numéro de la grappe à 3 chiffres (toutes les grappes seront numérotées de 001 à xxxxxx, nombre total de grappes) ;
- Du numéro de l'enquêteur à 2 chiffres ;
- Du numéro du ménage pour la grappe à 3 chiffres ;
- Ex de numéro d'identification de ménage : EC-004-02-018 il s'agit du 18ième ménage éligible recensé par l'enquêteur 04, dans la ZD 4.

Sélection de ménage

Une fois la ZD identifiée et délimitée, les enquêteurs ont procédé au cours d'une première étape au recensement de tous les ménages (ménages éligibles et ménages non éligibles) de la ZD en attribuant à chacun un numéro d'identification. Après le dénombrement et la numérotation continue des ménages éligibles, l'application **RANDOM NUMBER GENERATOR**, a été utilisée pour le tirage des 10 ménages par l'équipe même parfois en présence du superviseur. Les captures d'écran étaient effectuées pour garder les traces des tirages effectués. Le numéro attribué au ménage est inscrit à la craie sur la porte du ménage ce qui a facilité la collecte de données et le contrôle de qualité qui était effectué par les superviseurs par la suite.

V-2 Collecte de données sur le terrain

Cette étape a débuté au lendemain de l'enquête pilote, le débriefing et la répartition proprement dite des équipes et a duré 17 jours. Chaque équipe a enquêté en moyenne une ZD par jour (soit une moyenne de 10 ménages par jour par équipe de 3 enquêteurs).

V-3 Utilisation de la technologie mobile pour la collecte de données

L'approche méthodologique de ce type d'enquête exige l'utilisation des téléphones mobiles (tablettes ou Smartphones) pour la collecte de données dans le but de faciliter la collecte des informations. Les données sont ainsi analysées telles qu'elles sont recueillies. L'utilisation des appareils mobiles permet de collecter les données in-situ (à la source), de façon complète avec horodatage précis, coordonnées GPS et des photos. Le système mHealth et les plateformes conçues pour ce type de collecte comme (ONA.IO) sont généralement accessibles sur internet. Ils ont été élaborés pour faciliter la collecte de données à partir de tablette et de téléphone cellulaire Android (Smartphone). Ils permettent ainsi, à tout utilisateur de créer un formulaire électronique de saisie de données, de collecter les données sur un terminal mobile pour ensuite les transférer à son ordinateur portable ou de bureau pour analyse instantanée.

D'une manière générale l'enquête avec l'utilisation du système mHealth permet de générer les résultats plus rapidement par rapport à l'enquête par remplissage de questionnaires sous format papier (enquête classique). Dans le cadre de cette enquête, dans chaque équipe, chaque enquêteur, chaque chef d'équipe et chaque superviseur de proximité a utilisé un téléphone androïde.

V-4 Contrôle de la qualité de la collecte dans les ménages

L'assurance qualité de l'enquête a pris en compte (i) la qualité des enquêteurs, (ii) la supervision sur le terrain et le contrôle de qualité du remplissage des questionnaires, (iii) la vérification de la saisie et (iv) le suivi de l'ensemble des opérations par soumission d'un rapport à la fin de chaque journée durant la collecte. Pour avoir des données de qualité, une équipe de superviseurs a été constituée par le comité de coordination (HKI, le ministère de la santé à travers la DAN et le PEV) pour le contrôle sur le terrain au jour le jour.

Avant de commencer la collecte des données, le personnel a examiné méticuleusement le formulaire de collecte électronique et s'est assuré que tous les enchaînements sont corrects. A l'aide d'outils de collecte de données sur téléphones mobiles, il est possible d'afficher les données pendant qu'elles sont recueillies et suivre les progrès sur les indicateurs clés par région géographique. La visualisation de ces données à l'aide des indicateurs limités aux gestionnaires a été utilisée pour s'assurer que les questions sont comprises comme prévu et que les données sur chaque indicateur arrivent comme voulu.

De même le contrôle qualité a été assuré par les superviseurs, en contrôlant les 10% des données collectées par les enquêteurs. Ces 10% étaient sélectionnés au hasard parmi les 10 ménages de chaque ZD envoyés quotidiennement dans la base de données sur ONA. A cet effet, un questionnaire abrégé (les questions clés) et adapté pour une double interview afin d'évaluer la couverture des services fournis par ces ménages enquêtés, a été utilisé. Les réponses des ménages de la première interview seront comparées à celles de la 2ème interview.

V-5 Supervision de la collecte

Durant la phase de collecte, chaque superviseur effectuait régulièrement des visites de terrain pour s'assurer d'une part, de la présence effective de ses enquêteurs sur les sites, de la qualité des réponses obtenues et du travail de son équipe. D'autre part, il s'agissait pour le superviseur d'apporter des réponses aux éventuels problèmes rencontrés au cours de la collecte et d'informer le coordonnateur de l'évolution de la collecte. Un contrôle de qualité de 10% des données collectées par les enquêteurs était aussi à sa charge. Ainsi, dans chaque localité le superviseur sélectionnait de façon aléatoire 1 ménage déjà enquêté et posait quelques questions essentielles du questionnaire ménage pour le contrôle de qualité. Le numéro d'identification des ménages inscrit sur leur porte par les enquêteurs aidait le superviseur à retrouver facilement les ménages tirés. En plus de la mission de supervision de proximité effectuée par le superviseur, des missions de suivi et de contrôle de la qualité sur le terrain, ont également été effectuées par le comité de coordination. Ces missions ont permis également de régler d'éventuels problèmes sur le terrain et de vérifier si les enquêteurs respectent toutes les procédures définies.

V-6 Suivi de la collecte

Le suivi de l'évolution de la collecte a permis 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 comité technique restreint a effectué :

- **Un débriefing journalier téléphonique avec tous les superviseurs**, à ce débriefing chaque superviseur faisait :
 - 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 coordination et présentait le point sur l'évolution de la collecte
- **Un rapport final de la collecte** des données collectées par superviseur a également été transmis.

VI- Traitement des données

VI-1 Le formulaire de collecte

Le formulaire de collecte a été développé par le comité technique restreint en utilisant l'application ONA et a été téléchargé dans les téléphones mobiles qui ont été utilisés pour la collecte. Ces téléphones ont été fournis et paramétrés par HKI.

VI-2 Apurement et analyse statistique des données

Au cours de la collecte de données, les équipes transféraient de façon systématique les données collectées lorsqu'elles en avaient la possibilité à travers le réseau d'une compagnie de téléphonie mobile. Ces données étaient systématiquement contrôlées avec l'appui du comité de coordination. À la fin de la collecte, les données reçues sur ONA ont été vérifiées et extraites pour l'analyse des données. On a procédé dans un premier temps à l'apurement du fichier et au redressement des données. Il a consisté à relever les incohérences, les données manquantes et les erreurs liées à la saisie des données sur les tablettes. Cette opération s'est appliquée à tous les paramètres et à tous les dossiers. Le logiciel SPSS et STATA ont permis de vérifier chaque paramètre et chaque dossier et les contradictions résolues avant la fusion des données et leur analyse.

Le gestionnaire de données planifiait les réponses à apporter à chaque type d'erreur et les appliquer. Si l'équipe de gestion des données change des valeurs dans la base de données, ces changements étaient consignés dans un registre de nettoyage. Tous les changements ont été effectués sur SPSS ou STATA sans changer les valeurs dans la base de données originale. Cette pratique rend les changements reproductibles et réversibles le cas échéant. Ce logiciel va inclure des commentaires et des paramètres dans les fichiers syntaxes ou les do.files permettant de comprendre les raisons du changement de la valeur.

VI-3 Fusion des bases de données et calcul des variables dérivées

Une fois les données entrées, nettoyées et vérifiées toutes les bases de données (Base de données ménages, enfants, base pondération) ont été fusionnées pour effectuer des analyses pondérées.

VII- Analyse des données

Avant la phase des analyses, des coefficients de pondération en tenant compte du plan de sondage ont été calculés.

VII- 1 Calcul des coefficients de pondération

La répartition de l'échantillon parmi les domaines étant non proportionnelle à celle de la population, des coefficients de pondération ont été ainsi utilisés pour pouvoir obtenir des résultats par domaine et pour l'ensemble du pays. Le calcul des coefficients de pondération a permis donc de corriger le poids de chaque ZD et le poids de chaque domaine pour les estimations au niveau national. Les probabilités de sondage seront calculées pour chaque degré de tirage et dans chaque strate.

♣ Pondération d'échantillonnage

La première pondération est la pondération d'échantillonnage, qui représente la probabilité que le répondant soit sélectionné pour participer à l'enquête : Elle est l'inverse de la probabilité de sélection. Dans le cadre de la PECS avec un échantillon à deux degrés, le poids d'échantillonnage prend en compte la probabilité que la grappe soit sélectionnée et la probabilité que le ménage soit sélectionné, sachant que la grappe a été sélectionnée. Ainsi, les probabilités originales de sélection de la zone de dénombrement (grappe) à partir de l'échantillon PPTE ou de tout autre méthode employée et la probabilité de sélection des ménages seront utilisées pour calculer le coefficient de pondération par grappe.

Pondération d'échantillonnage pour le répondant $i = 1 / (\text{Probabilité que la grappe ait été sélectionné}) \times (\text{Probabilité que le ménage ait été sélectionné})$

- Probabilité que la grappe ait été sélectionné = nombre de grappe sélectionné dans la strate / nombre total de grappe dans la strate
- Probabilité que le ménage ait été sélectionné = nombre de ménage éligible sélectionné dans la grappe / nombre total de ménage éligible dans la grappe

VII-2 Analyses statistiques

Pendant la collecte, des analyses légères étaient 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 proprement ont faites à l'aide des logiciels SPSS version et STATA, version 15.0, en vue d'obtenir les prévalences (IC à 95%). Ce 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.

L'analyse quant à elle, a permis de produire les statistiques descriptives suivant la distribution des variables, conformément au plan d'analyse. Elle a porté sur :

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

IV- Résultats de l'enquête ménage

Pendant la collecte, les informations ont été collectées auprès des ménages ayant au moins un enfant de 6 à 59 mois. Ces informations ont concerné les volets suivants :

- Les caractéristiques des gardiens de l'enfant ;
- Les caractéristiques du ménage ;
- L'accessibilité aux services de santé ;
- La stratégie de communication lors des campagnes de vaccinations ;
- Le niveau de connaissance de la vitamine A et bienfaits ;
- L'administration de la vitamine A ;
- La perception de la population sur la vitamine

Pour les analyses, une variable de pondération permettant d'extrapoler les résultats par domaine, a été calculé conformément au plan de sondage développé. Ainsi, les résultats (proportions, moyennes, etc) ont été pondérés.

Ménages enquêtés (n=1531)

Pendant la collecte des données, sur les 1540 ménages prévus, 1531 ont accepté de participer à l'enquête, soit un taux de participation de 99,98%. Généralement en Guinée, le taux de refus de participer à l'enquête, est faible. Néanmoins, pour cette étude, un taux de refus de 10% avait été prévu. Le taux de participation étant ainsi supérieur à 90% pour chaque strate, les données collectées peuvent donc assurer le niveau de représentativité. A travers le tableau 2 qui donne la répartition des ménages par strate et milieu de résidence, on se rend compte que les strates 1 et 2 sont en milieu urbain et la strate 3 en milieu rural. On a au total 65,5% des ménages de notre base en milieu rural et 34,5% en milieu urbain.

Tableau 2: Répartition des ménages enquêtés par strate et milieu de résidence

Milieu	Conakry		Autres régions		Total	
	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)
Rural	0	0	450	78,2	450	65,5
Urbain	762	100	319	21,8	1081	34,5
Total	762	100	769	100	1531	100,00

IV-1 Caractéristiques des populations enquêtées

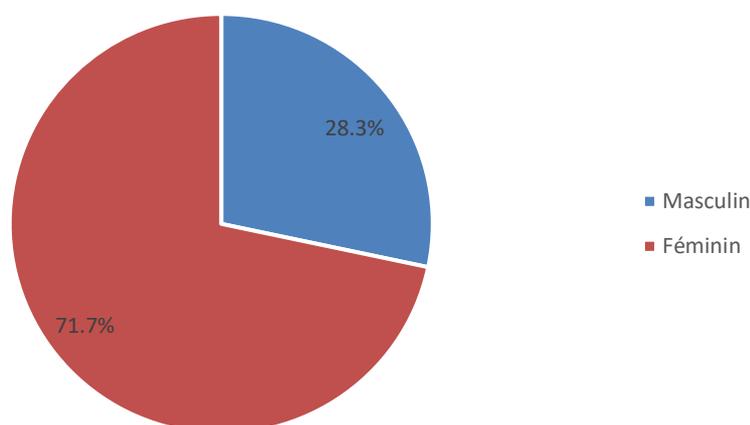
L'analyse des caractéristiques des personnes interviewées, permet de connaître leur profil, et le lier à la vie des enfants qui sont les cibles de cette étude. Leurs caractéristiques sociales, démographiques, économiques, etc, peuvent avoir une influence sur la prise ou non de la vitamine A pendant les campagnes de distribution.

IV-1-1 Caractéristiques sociodémographiques

IV-1-1-1- Sexe de l'enquête

Dans notre étude, 71,7% ([68,4 – 74,8]) des personnes interrogées sont des femmes contre 28,3% ([25,2 – 31,6]) des hommes. L'analyse au niveau des strates et au niveau du milieu de résidence, a également montré qu'il y a eu plus de femmes interviewées que d'hommes.

Graphique 1: Répartition des enquêtés par sexe selon les strates et le milieu de résidence.



IV-1-1-2- Age des enquêtés

Les répondants à cette enquête ont été réparti en tranches d'âge. On constate que, dans la zone d'étude, la grande majorité des répondants sont des personnes âgées de plus 24 ans. En effet, la plupart d'entre eux se situe dans les tranches d'âge de 25 à 34 ans et de plus de 35 ans (respectivement 36,7% et 40,9%). Ces résultats varient selon les strates. La proportion des répondants de la strate 1 âgés de 25 à 34 ans par exemple est de 44,4%, ce sont les plus nombreux de cette strate. Dans la strate 3 on dénombre 46,5% de répondants dans la tranche d'âge des plus de 35 ans.

Tableau 3: Répartition des enquêtés par classe d'âge

Tranche d'âge	Conakry		Autres régions		Zone d'étude	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
15-24 ans	189	26,1	159	21,6	348	22,4
25-34 ans	320	44,4	238	35,0	558	36,7
Plus de 35ans	215	29,5	266	43,4	481	40,9
Total	724	100	663	100	1387	100

IV-1-1-3- Niveau d'instruction des enquêtés.

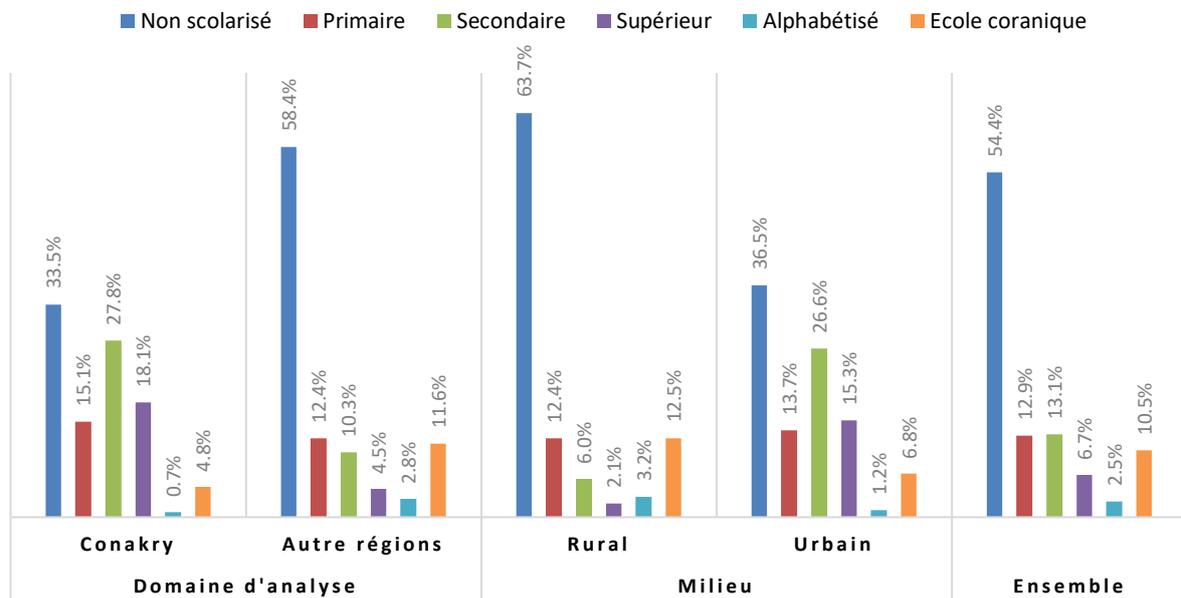
Les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH), réalisé en 2014, ont montré qu'à l'échelle du pays, la grande majorité de la population ayant 25 ans ou plus n'a aucun niveau d'instruction (75,5%). Ces résultats traduisent le fait qu'on a une forte proportion de personnes n'ayant niveau d'instruction en Guinée.

Aussi, les résultats de notre étude montrent que 54,6% ([52,1 – 57,1]) des personnes interrogées n’ont aucun niveau d’instruction, 13,3% ([11,6 – 15,1]) ont le niveau primaire et secondaire chacun et 8% ont le niveau supérieur. Quant aux personnes ayant suivi des cours d’alphabétisation ou ayant fréquenté les écoles coraniques, leurs proportions sont respectivement 3% ([2,1 – 3,9]) et 11% ([9,4 – 12,8]).

L’analyse par strate a révélé un écart important entre Conakry et les autres régions du pays. A Conakry, la proportion des personnes enquêtées n’ayant aucun niveau d’instruction est de 34% contre 58% pour les autres régions. Cette différence entre Conakry et les autres régions administratives, est significative au seuil de 5% (p-value=0,000).

En milieu rural, près de 64% des enquêtés ont affirmé n’avoir aucun niveau d’instruction contre 37% pour ceux qui vivent en milieu urbain. Cette différence entre les deux milieux, est également significative au seuil de 5% (p-value=0,000).

Graphique 2 : Répartition des enquêtés selon leur niveau d’instruction

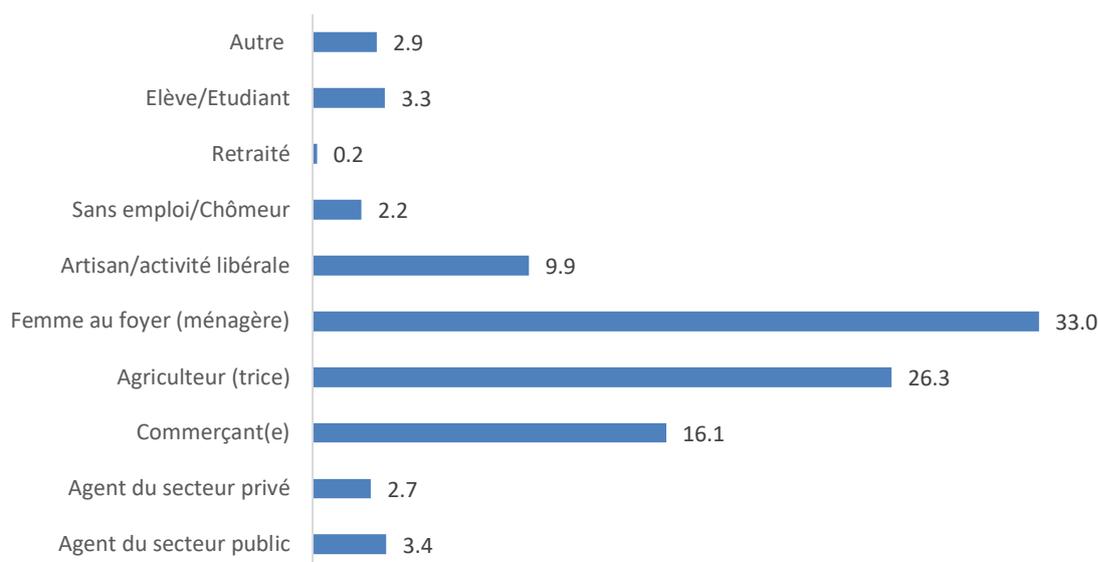


IV-1-1-4- Activité économique des enquêtés

Le graphique 3 (page 28) présente la répartition des répondants en fonction de leur activité économique. Selon les résultats des analyses effectuées, dans l’ensemble 33% ([30,0 – 36,3]) des enquêtés étaient des femmes au foyer, 26% ([23,2 – 29,7]) étaient des agriculteurs et 16 étaient des commerçants. La proportion la plus faible était des retraités.

Le fait d’avoir pour la plupart des enquêtés, des femmes au foyer s’explique par le fait que la population cible de préférence pour une étude concernant les enfants de 6 à 59 est la mère ou gardienne de l’enfant.

Graphique 3: Répartition des enquêtés selon l'activité principale



Caractéristiques des enfants enquêtés

Pour l'ensemble des ménages enquêtés, 2526 enfants ont été recensés. Il est important de rappeler que pour cette étude, seuls les ménages ayant au moins un enfant de 6 à 59 mois étaient éligibles.

IV-1-1-5- Indice de bien-être du ménage ou l'indice de richesse.

L'indice de bien-être du ménage est un indicateur qui traduit le niveau de vie du ménage. Pour sa création, les variables suivantes ont été utilisées :

- Le type de toilette utilisé par le ménage ;
- Le type de combustible utilisé pour la cuisson ;
- Les biens possédés par le ménage ;
- La qualité d'eau de boisson consommée dans le ménage ;
- Le confort du logement (nature des murs, du sol, de la toiture, etc).

Il a permis de classer les ménages enquêtés en quatre (4) classes :

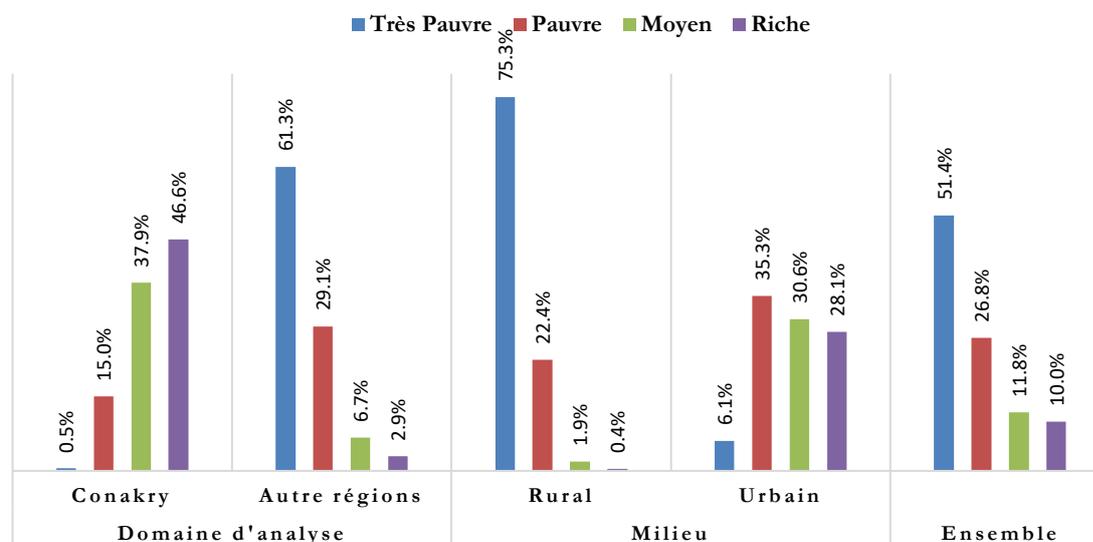
- Les ménages très pauvres ;
- Les ménages pauvres ;
- Les ménages moyens ;
- Et les ménages riches.

L'analyse de cet indice a révélé que dans l'ensemble, il y a de nombreux ménages qui sont dans la catégorie des ménages très pauvres. En effet, 51,4% ([48,1 – 54,7]) des ménages des enfants enquêtés sont considérés comme des ménages très pauvres.

Une analyse de l'indice de bien-être du ménage par milieu de résidence, a montré qu'en zone urbaine, on a très peu de ménages dans la catégorie des très pauvres (6,1% [4,4 – 8,3]). Par contre, la grande majorité des ménages de la zone rurale, précisément 75,3% ([70,9 – 79,2]) d'entre eux se retrouve dans cette catégorie des très pauvres. On observe une différence dans la répartition des ménages par milieu de résidence en fonction de cet indice et cette différence est significative au seuil de 5% (p-value=0,000). L'analyse comparative entre Conakry et les autres régions du pays a montré qu'à Conakry, moins de 1% (0,5% [0,2 – 1,5]) des ménages interviewés sont très pauvres et 46,6% ([42,7 – 50,4]) sont riches. Pour l'ensemble des autres régions administratives du pays, la proportion des

ménages très pauvres est plus élevée (61,3% [57,5 – 64,9]). Cette différence entre Conakry et les autres régions administratives, est significative au seuil de 5% (p-value=0,000).

Graphique 4: Répartition des enquêtés selon l'indice de bien-être du ménage



V-2 Habitudes, comportements face aux services de santé des répondants

Les habitudes et le comportement par rapport aux services de santé peuvent être déterminants pour la prise ou non de la vitamine A pendant les campagnes ou journées nationales de vaccination.

IV-2-1. Fréquentation des structures sanitaires en cas de maladies

Selon les résultats du tableau 4, pour l'ensemble de la zone d'étude, 70,8% ([68,0 – 73,5]) des personnes interrogées ont recours aux structures sanitaires publiques pour les soins des enfants. A Conakry, les centres de santé publics sont certes les plus fréquentés avec un taux de 30,1% ([28,6 – 33,7]), mais on constate que bon nombre de répondants ont aussi et souvent recours à d'autres centres de santé tels que les CMC (20,2% [17,1 – 23,7]), les Hôpitaux/CHU (15,9% [13,3 – 18,9]) et les cabinets/cliniques privées (15,2% [12,8 – 18,0]). Par contre, dans les autres régions, les structures sanitaires publiques sont de loin les plus prisées pour les soins des enfants (78,7% [75,5 – 81,6]).

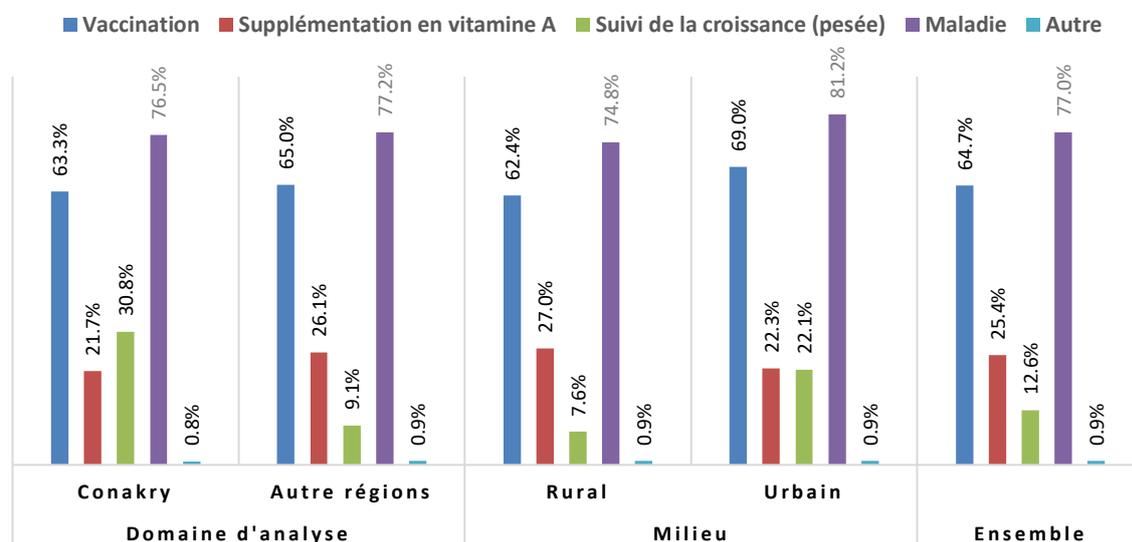
Tableau 4: Fréquentation des structures sanitaires en cas de maladie d'un membre du ménage

Lieux pour les soins	Conakry		Autres régions		Zone d'étude	
	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)
Hôpital/CHU	122	15,9	67	4,6	189	6,5
CMC	146	20,2	9	0,9	155	4,0
Centre de santé/poste de santé publique	236	30,1	560	78,7	796	70,8
Centre de santé/poste de santé privé	132	17,7	51	6,5	183	8,3
Pharmacie	5	0,8	6	0,5	11	0,5
Tradipraticien	0	0,0	17	2,3	17	2,0
Vendeur ambulant	0	0,0	1	0,2	1	0,1
Cabinet/clinique privée	121	15,2	57	6,2	178	7,7
Autre	0	0	1	0,1	1	0,1
Total	762	100	769	100	1531	0,0

IV-2-2. Fréquentation des structures sanitaires pour les services liés à la santé de l'enfant.

Selon les résultats du graphique 5 ci-dessous, les ménages emmènent leurs enfants au centre de santé pour diverses raisons. Dans la zone d'étude, les principales raisons pour lesquelles les ménages y conduisent leurs enfants sont lorsque l'enfant est malade (77,0% [74,0 – 79,8]) et pour la vaccination (64,7% [61,4 – 67,9]).

Graphique 5: Services bénéficiés par les enfants dans les structures sanitaires



IV-3. Caractéristiques des enfants enquêtés dans les strates (n=2526)

Cette rubrique permet de catégoriser les enfants selon leurs caractéristiques (Sexe, âge, lien de parenté).

IV-3-1. Classe d'âge des enfants

La répartition des enfants par classe d'âge, à travers le tableau 5, a révélé que la proportion des enfants ayant l'âge compris entre 24 et 59 mois, est la plus élevée. En effet, parmi les enfants enquêtés, 69,2% ([66,8 – 71,5]) ont l'âge compris entre 24 et 59 mois. Cette tendance dominante des enfants de 24 à 59 mois dans l'effectif total des enfants enquêtés est observée aussi bien à Conakry qu'à l'intérieur du pays.

Tableau 5 : Classe d'âge des enfants par strate et par milieu de résidence

Catégorie d'âge	Conakry		Autres régions		Zone d'étude	
	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)
[6-11 mois]	150	13,1	154	10,1	304	10,5
[12-23 mois]	206	17,9	284	20,7	490	20,3
[24-59 mois]	756	69,1	976	69,2	1732	69,2

IV-3-2. Connaissance de la date de naissance de l'enfant et source d'information

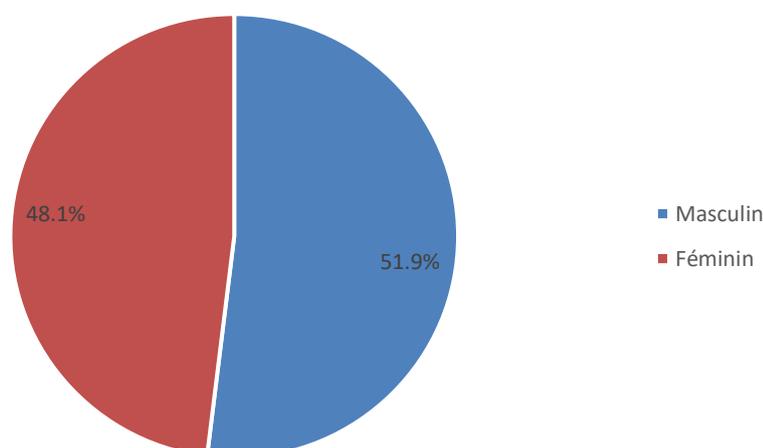
La connaissance de la date exacte de naissance de l'enfant, permet de contrôler sa situation sanitaire (la prise des vaccins, le suivi de la croissance) en fonction de son âge.

L'analyse de cette question a montré que dans l'ensemble, la principale source d'obtention de l'âge des enfants ce sont les parents. En effet, très peu d'enfants possèdent un acte de naissance (4,5% [3,2 - 6,3]). Les déclarations des parents sont, dans la majorité des cas (59,4% [55,2 - 63,5]), le moyen de connaître l'âge des enfants (voir tableau en annexe).

IV-3-3. Répartition des enfants par sexe.

La répartition des enfants par sexe montre que la proportion des garçons est plus élevée que celle des filles dans notre zone d'étude. On a 51,9% ([49,4 – 54,5]) de garçons contre 48,1% ([45,5 – 50,6]) de filles pour l'ensemble des zones de l'étude.

Graphique 6 : Répartition des enfants selon le sexe par strate et par milieu de résidence.



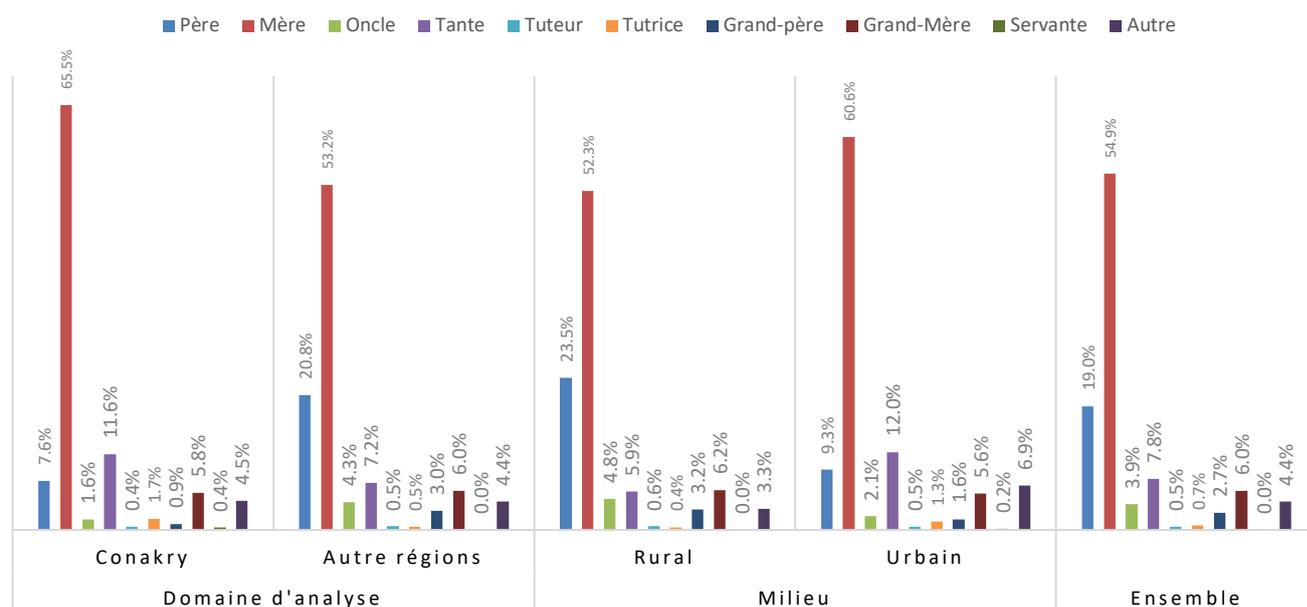
IV-3-4. Lien de parenté avec l'enfant.

D'une manière générale, pour les études concernant les enfants de moins de 5 ans, il est recommandé de poser les questions qui concernent les enfants à leur maman ou à la personne qui s'occupe directement de l'enfant (gardienne de l'enfant) qui sont des personnes mieux renseignées sur la vie de l'enfant comme le montre le graphique ci-dessous.

Selon les résultats du graphique 7 (page 32), près de 55% des personnes interrogées sont les mères des enfants et 19% les pères dans notre zone d'étude.

Cette proportion élevée de mères pourrait s'expliquer non seulement par le respect des recommandations de l'étude (interviewer les mères des enfants) mais aussi par leur disponibilité à la maison et à répondre aux questions, et aussi la connaissance, qu'elles ont de la vie de l'enfant.

Graphique 7: Répartition des enfants selon le lien de parenté avec le répondant



IV-4. Couverture de l'administration de la vitamine A.

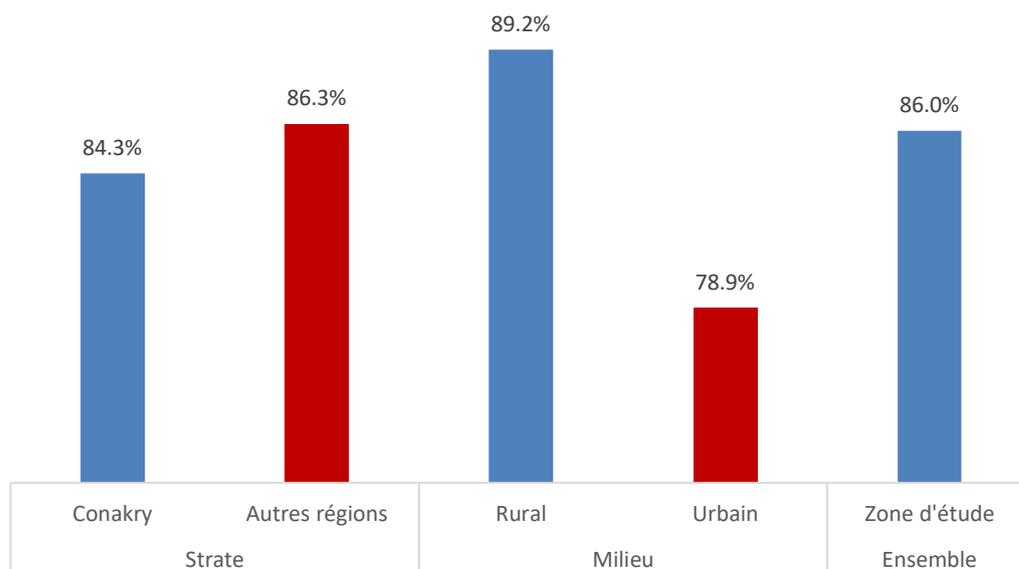
Après les campagnes d'administration de la vitamine A aux enfants de 6 à 59 mois, une évaluation du taux de couverture s'est avérée nécessaire. Elle a permis de mesurer les taux de couverture de la supplémentation en vitamine A des enfants de 06-59 mois lors de la campagne, de déterminer les principales raisons de non administration de la vitamine A et d'évaluer la stratégie de communication utilisée lors de la campagne.

IV-4-1. Couverture par strate et par milieu de résidence

D'après les résultats de l'enquête d'évaluation (Graphique 8, page 33), le taux de couverture pour l'ensemble de la zone de l'étude est de 86% ([84,3 – 87,6]). L'analyse par strate a révélé que le taux de couverture est de 84,3% ([81,9 – 86,4]) à Conakry et 86,3% ([84,3 – 88,0]) dans les autres régions administratives.

L'analyse selon le milieu de résidence montre que le taux de couverture est plus élevé dans le milieu rural avec 89,2% ([86,9 – 91,2]), contre 78,9% ([76,6 – 81,2]) la zone urbaine. Selon le test de khi-deux, la différence entre Conakry et les autres régions, n'est pas significative au seuil de 5% (p-value= 0,992) alors qu'entre la zone urbaine et rurale, la différence est significative (p-value=0,000).

Graphique 8: Taux de couverture en vitamine A par strate et par milieu de résidence



IV-4-1. Couverture selon les caractéristiques de l'enfant

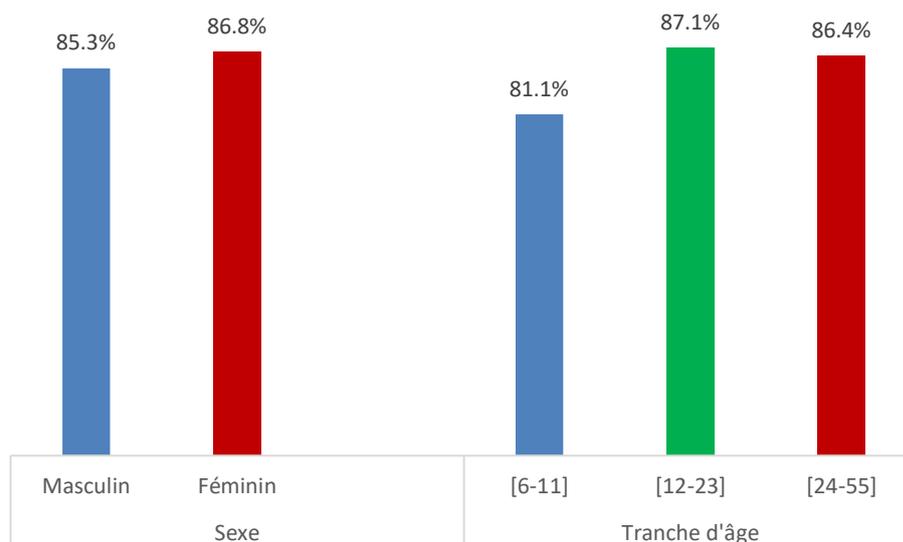
IV-4-1-1. Taux de couverture en vitamine A et le sexe des enfants

Le graphique 9 (page 34) présente la couverture de la supplémentation en vitamine A selon le sexe et la tranche d'âge des enfants de 6-59 mois. L'analyse des résultats de la supplémentation en vitamine A selon le sexe indiquent que le taux de couverture en SVA chez les filles (86,8% [80,8% - 85,0%]) est légèrement plus élevé que celui chez les enfants cibles de sexe masculin (85,3% [79,9% - 84,1%]).

IV-4-1-2. Taux de couverture en vitamine A et l'âge des enfants.

Les résultats présentés dans le graphique 9 (page 34) ont montré que la couverture en vitamine A est plus faible chez les enfants âgés de 6 à 11 mois, 81% ([74,9% - 86,0%]). Elle est de 87,1% ([83,3% - 90,2%]) chez les enfants de 12 à 23 mois et de 86,4% ([84,4% - 88,3%]) chez les enfants de 24 à 59 mois. Cette différence observée au seuil de 5% entre les différentes classes d'âge relativement à couverture en SVA n'est pas significative selon le test de khi-deux ($p\text{-value} = 0,344$).

Graphique 9 : Taux de couverture en vitamine A selon le sexe et la tranche d'âge des enfants



IV-5. Lieu de réception de la vitamine A

Pour une campagne, une stratégie (fixe, avancée, porte à porte, etc) de distribution est définie. Pour cette campagne, la stratégie porte à porte était celle qui avait été recommandée. Cette stratégie a été suivie. En effet, selon le tableau 6 ci-dessous, 89,2% ([87,3% - 90,0%]) des enfants ayant reçu la vitamine A l'ont reçu à la maison. Une analyse par strate a montré que la proportion des enfants ayant pris la vitamine A à la maison est aussi bien élevée (93,2% [91,1% - 94,9%]) à Conakry que dans les autres régions administrations (90,5% [74,9% - 90,5%]).

Tableau 6: Lieu de prise de la vitamine A

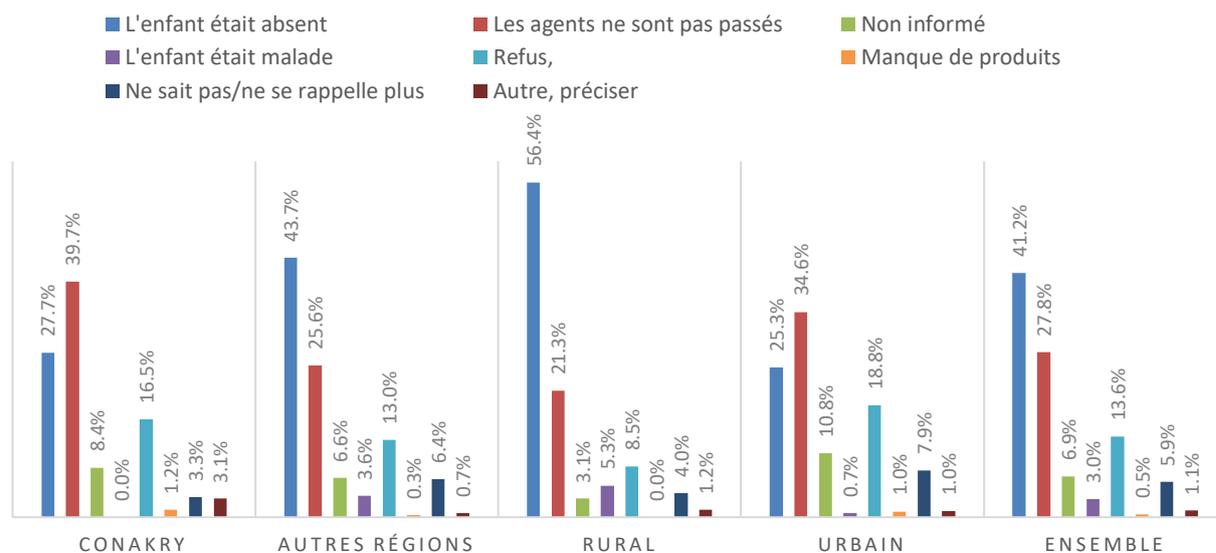
Lieu de réception	Régions		Milieu de résidence		Zone d'étude
	Conakry	Autres régions	Rural	Urbain	
Ici à la maison	93,2%	88,6%	88,0%	92,3%	89,2%
A la maison du Relais	0,5%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%
Centre de santé du village	2,6%	3,3%	3,7%	1,8%	3,2%
Au centre de santé hors du village	0,1%	0,8%	0,8%	0,5%	0,7%
Ecole/église/mosquée	0,5%	0,5%	0,4%	0,7%	0,5%
Rue/marché	1,3%	0,8%	0,6%	1,5%	0,9%
Autre endroit au village	1,0%	4,6%	5,0%	1,9%	4,1%
Autre endroit hors du village	0,1%	1,2%	1,3%	0,5%	1,0%
Ne sait pas	0,2%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Autre	0,4%	0,0%	0,0%	0,3%	0,1%

IV-6. Raisons de non réception de la vitamine A

Pendant les distributions de masse, plusieurs raisons peuvent expliquer la non supplémentation en vitamine A. Pour cette campagne, deux principales raisons ont été évoquées.

La première raison est l'absence des enfants à la maison. Cette raison a été relevée par 41,2% ([34,8% - 47,9%]) des enquêtés comme principale raison de la non supplémentation en vitamine A des enfants. La deuxième raison est le manque de couverture géographique par les agents distributeurs. En effet, le fait que ceux-ci ne soient pas passés dans certains ménages explique, pour 27,8% ([22,5% - 33,5%]) des enquêtés, la non supplémentation en vitamine A.

Graphique 10: Raisons de non prise de la vitamine par strate



IV-7. Stratégie de communication des JVA +

La stratégie de communication a pour objectif d'informer la population sur la tenue de la campagne. Ainsi, l'évaluation de cette stratégie permet de mesurer sa portée et son impact sur la campagne et de trouver de nouvelles orientations si nécessaire pour les campagnes à venir.

IV-7-1. Information sur la tenue de la campagne et moyens de communication.

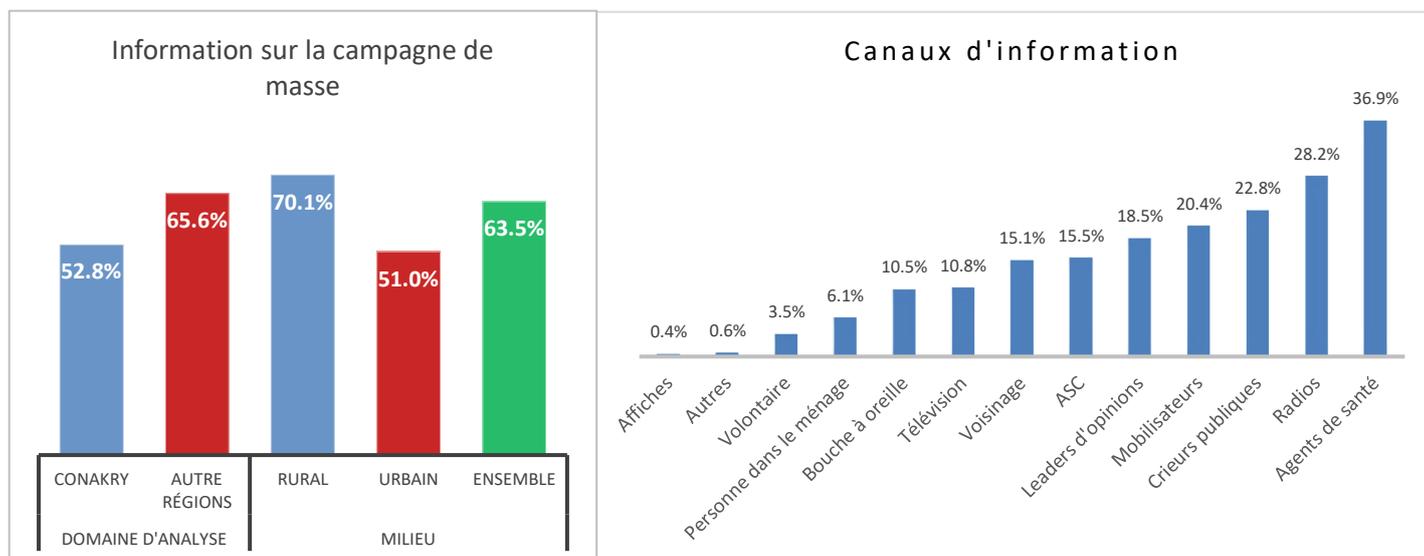
Avant la campagne de masse, plusieurs canaux de communication ont été utilisés en fonction des localités pour informer la population de la tenue de la campagne. Dans l'ensemble, 63,5% ([60,4%-66,6%]) des personnes enquêtées ont affirmé avoir été informée de la tenue de la campagne avant son démarrage. Selon le test de khi-deux ($p\text{-value} = 0,000$), la différence entre les ménages informés de la campagne et ceux qui ne sont pas informés est significative au seuil de 5%.

En milieu rural, ce sont 70,1% des ménages qui ont eu l'information de la tenue de la campagne contre 51% dans la zone urbaine.

Par strate, environ 66% des ménages vivant dans les autres régions administratives de la Guinée ont soutenu qu'elles avaient été informées de la tenue de campagne contre près de 53% à Conakry.

Ces ménages qui ont reçu l'information de la tenue de la campagne, ont reçu l'information principalement par les canaux suivants : les agents de santé (39,6%), les radios (28,2%), les crieurs publics (22,8%), les mobilisateurs sociaux (20,4%).

Graphique 11: Information sur la tenue de la campagne et canaux d'information

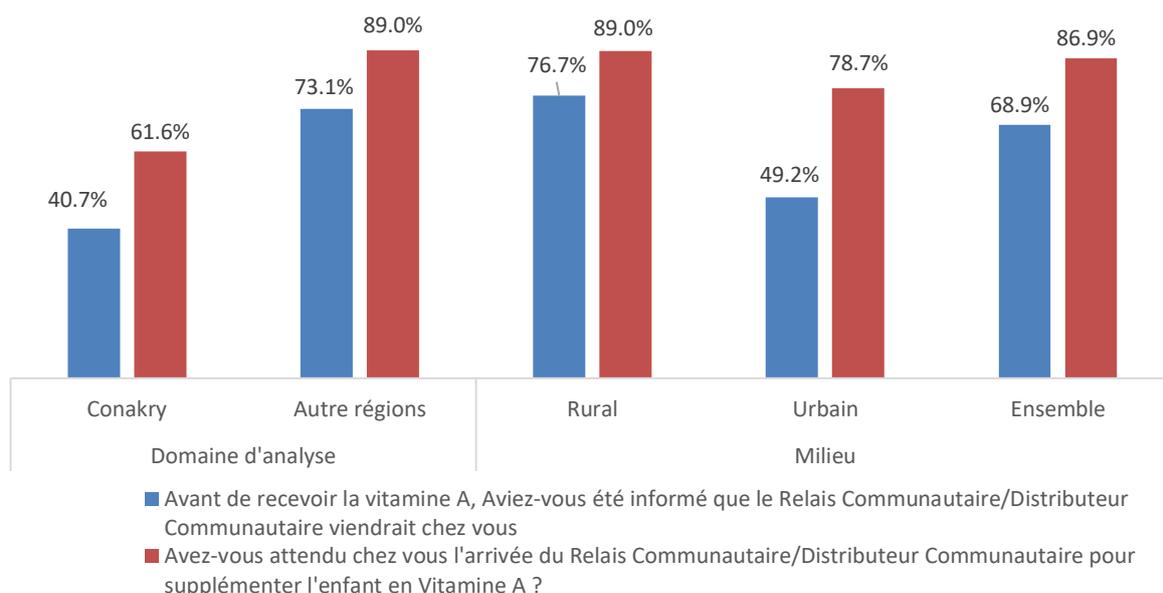


V-7-2. Information avant l'arrivée du DC et temps d'attente pour faire supplémenter les enfants

Les questions sur l'arrivée du DC avant de supplémenter les enfants et le temps d'attente, ont été posées aux ménages ayant accepté de faire supplémenter au moins un enfant éligible du ménage.

Parmi ces ménages, 68,9% ([66,5%-71,2%]) ont affirmé qu'ils avaient été informés de l'arrivée du DC. Et 86,9% ([84,6%-88,9%]) d'entre eux ont attendu l'arrivée du DC.

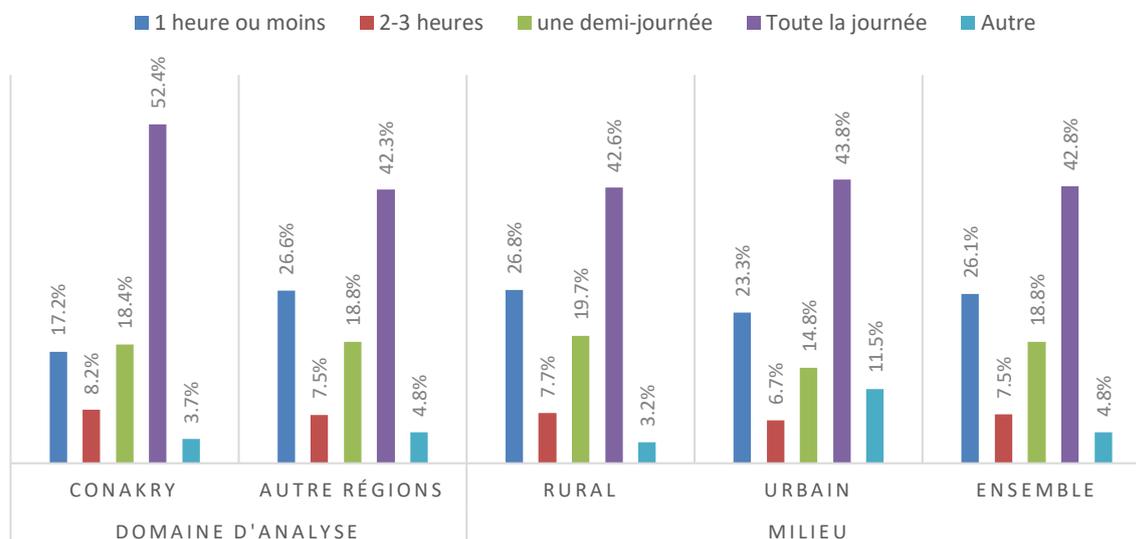
Graphique 12 : Information sur l'arrivée du DC et attente des ménages pour la SVA



IV-7-3. Temps d'attente du DC pour la supplémentation en vitamine A.

Dans l'ensemble, 42,8% ([39,2%-46,6%]) des ménages ont attendu pendant toute la journée. 26,1% ([23,0%-29,5%]) des ménages ont fait supplémenter leurs enfants après une heure de temps au maximum d'attente, 18,8% ([15,9%-22,0%]) ont attendu pendant une demi-journée, et 7,5% ([5,8%-9,7%]) entre 2 et 3 heures de temps.

Graphique 13 : Durée d'attente du DC par strate et par milieu de résidence.



IV-8. Niveau de connaissance des ménages sur le bénéfice de la supplémentation en vitamine A

L'appréciation du niveau de connaissance des ménages sur les bénéfices de la SVA a été faite à partir des questions suivantes :

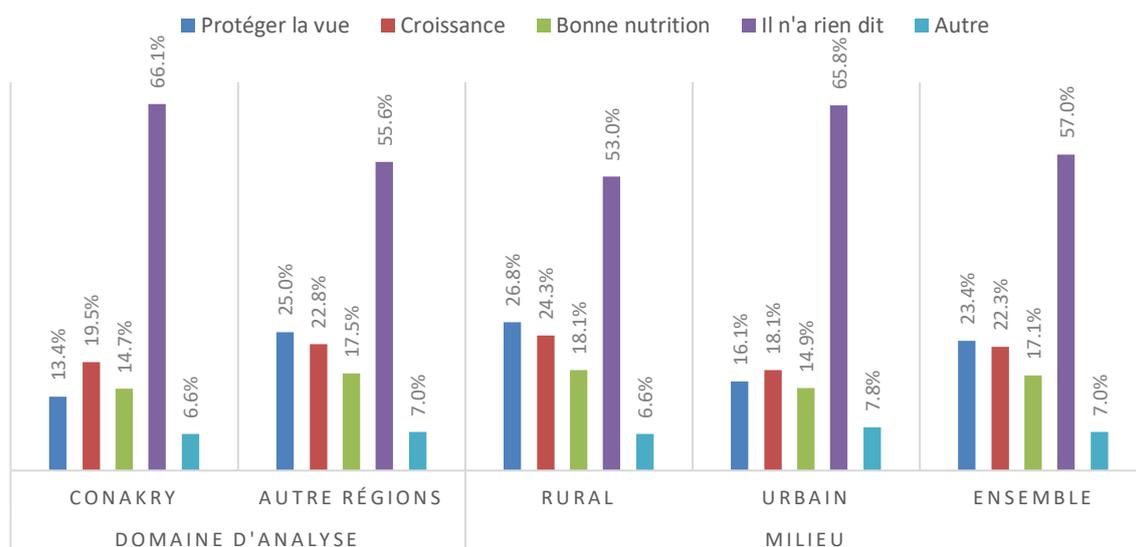
- Qu'est-ce que l'agent administrateur vous a dit sur la vitamine A qu'il a donné à vos enfants ?
- Savez-vous comment on appelle ce produit ? (Montrer le produit) ;
- A quel âge les enfants doivent-ils recevoir leur première dose de vitamine A ?
- Combien de fois un enfant doit-il recevoir la vitamine A par an ?

IV-8-1. Messages véhiculés par les distributeurs après la supplémentation des enfants en vitamine A

Pendant la campagne, les distributeurs ont été chargés de faire passer des messages aux parents, sur l'importance de la vitamine A. Ceci permet de sensibiliser les parents sur les bienfaits de la vitamine A et de les préparer à accepter de faire supplémenter les enfants lors des campagnes à venir.

Au niveau national, 57% ([54,5%-59,5%]) des personnes interrogées ont mentionné que les DC ne leur ont rien dit sur la vitamine A après avoir supplémenté les enfants. Ces proportions sont plus importantes à Conakry (66,1%) et en milieu urbain (65,8%).

Graphique 14 : Messages véhiculés par les DC après supplémentation des enfants



IV-8-2. Connaissance du nom de la vitamine A.

Pendant l'enquête, des capsules rouges et bleues ont été montrées aux personnes interviewées. Ce qui a permis de savoir si le répondant pouvait reconnaître le produit concerné (vitamine A). L'analyse du graphique 15, qui présente les résultats sur la reconnaissance du produit par les répondants, révèle que, dans l'ensemble 43,7% des personnes interrogées ([41,2%-46,3%]) ont affirmé connaître le nom du produit (vitamine A). En milieu rural, le pourcentage de personnes interrogées qui ont reconnu la vitamine A est plus important qu'en milieu urbain (46,7% contre 37%).

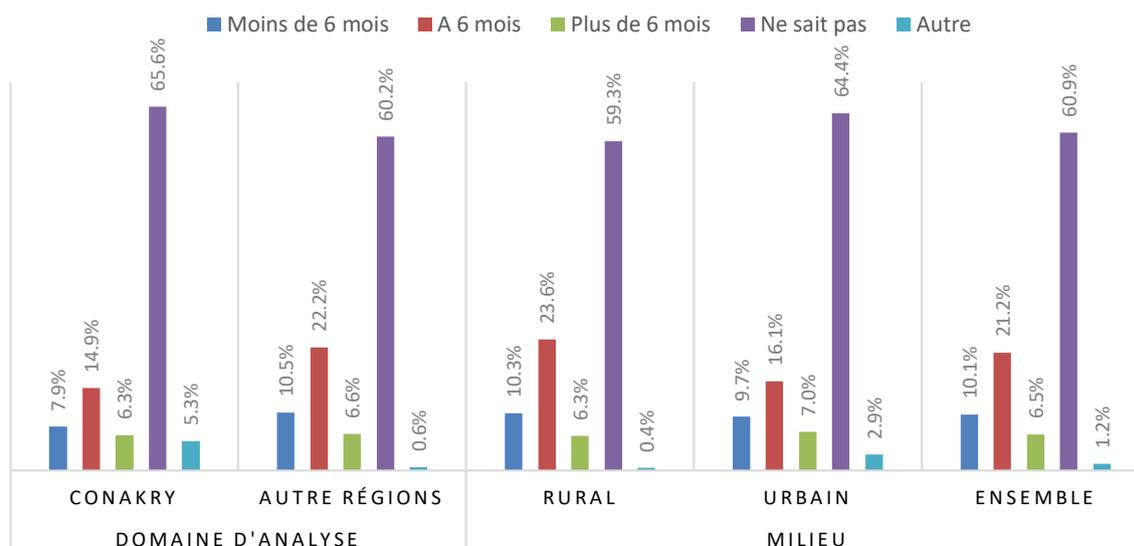
Tableau 7 : Connaissance du nom du produit distribué (Vitamine A)

Caractéristiques		Proportion	Std Err	Intervalle de confiance 95%	
Strate	Conakry	33,8	1,6	30,7	36,9
	Autres régions	45,2	1,5	42,4	48,1
Milieu	Rural	46,7	1,8	43,3	50,2
	Urbain	37,0	1,4	34,4	39,7
Zone d'étude		43,7	1,3	41,2	46,3

V-8-3. Age de prise de la première dose de la vitamine A

La connaissance de l'âge de prise de la première dose de la vitamine A et l'âge de l'enfant, permet de surveiller le calendrier vaccinal de l'enfant. Mais les résultats du graphique 25, ont montré que dans l'ensemble, seulement 21,2% ([19,1%-23,5%]) des enquêtés savent que c'est à 6 mois que l'enfant doit prendre sa première dose de vitamine A. On remarque qu'il n'y a pas assez de ménages qui connaissent l'âge d'administration de la première dose de la vitamine A, comme le montre le graphique 15 (page 39).

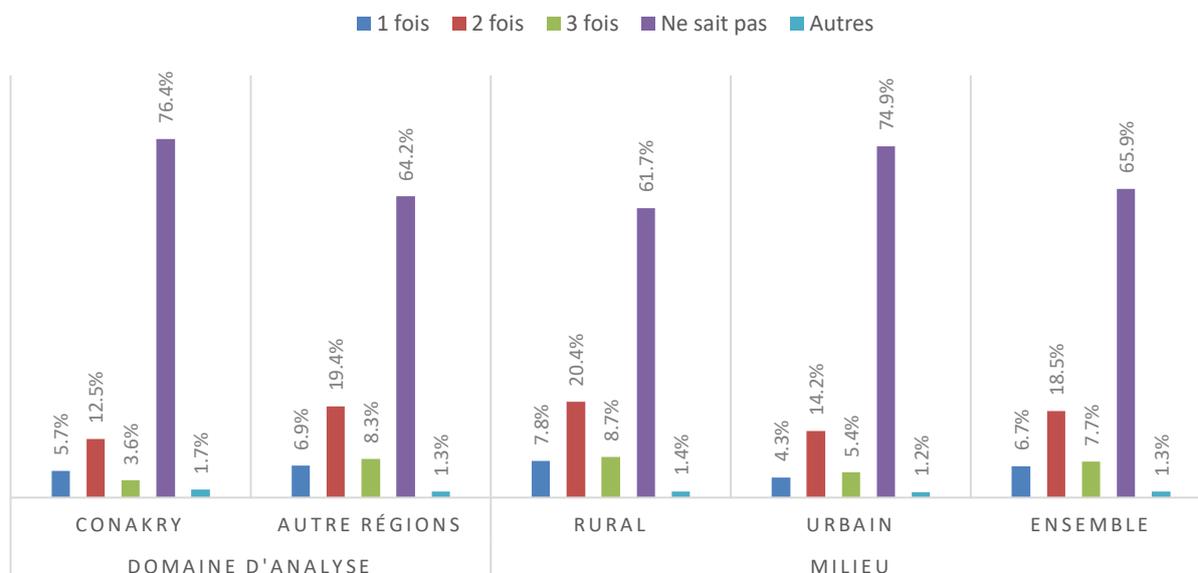
Graphique 15 : Connaissance de l'âge de prise de la première dose de la vitamine A



IV-8-4. Fréquence de prise de la vitamine A par an

La connaissance de la fréquence annuelle de prise de la vitamine A permet également de suivre le calendrier vaccinal de l'enfant. Mais ici également, il y a très peu de répondants qui ont connaissance de la fréquence annuelle d'administration de la vitamine A. En effet, seulement 18,5% ([16,5%-20,6%]) des enquêtés savent que l'enfant éligible doit prendre 2 fois la vitamine A par an. A Conakry, on a une faible proportion de répondants (12,5%) qui ont affirmé que la prise de vitamine A se fait 2 fois dans l'année.

Graphique 16 : Connaissance de fréquence de prise de la vitamine A par an



IV-8-5. Indice de connaissances sur la vitamine A

L'indice de connaissance sur la vitamine A, est un indicateur qui a été créé à partir des questions suivantes :

1. Savez-vous comment on appelle ce produit, en lui montrant le produit (capsule de vitamine A) ? 12.5 points pour la bonne réponse et 0 point pour la mauvaise réponse ;
2. Savez-vous à quoi sert ce produit (vitamine A) ? (Renforcement du système immunitaire, prévention de la cécité crépusculaire) 12.5 points pour une bonne réponse trouvée ;
3. A quel âge les enfants doivent-ils recevoir leur première dose de vitamine A ? 12.5 points pour la bonne réponse (6 mois) et 0 pour une réponse fausse ;
4. Combien de fois par an un enfant doit-il recevoir la vitamine A par an ? 12.5 points pour la bonne réponse (2 fois) et 0 pour fausse réponse.

Le tableau 8 ci-dessous renseigne sur l'indice de connaissance des ménages sur la vitamine A. Selon les résultats de ce tableau, dans l'ensemble, 36,5% ([34,2%-38,9%]) des personnes interviewées n'ont aucune connaissance sur la santé des enfants. Cette statistique est le reflet du résultat des connaissances des ménages sur l'âge et la fréquence annuelle d'administration de la vitamine A. Cet indice est donc le reflet des questions qui le compose. Il interpelle sur le fait que des efforts restent encore à fournir pour améliorer les connaissances de la population sur la vitamine A.

Tableau 8 : Répartition des enquêtés selon l'indice de connaissances sur la vitamine A

Indice de connaissances sur la santé des enfants	Domaine d'analyse		Milieu		Ensemble
	Conakry	Autre régions	Rural	Urbain	
	%	%	%	%	%
Aucune connaissance	44,7	35,3	33,2	43,8	36,5
Connait un seul	28,1	23,3	23,3	25,4	24,0
Connait deux	13,7	19,7	20,1	16,3	18,9
Connait trois	6,8	13,0	15,2	5,4	12,2
Connait quatre	6,7	8,7	8,1	9,1	8,4

Résultats de l'enquête auprès des agents de santé

V-1 Description de l'échantillon

Pour rappel 154 agents de santé avaient été visés pour cette enquête, soit 1 agent de santé par ZD. Le choix de l'agent de santé dans chaque grappe était systématique. Il s'agit l'agent de santé ou son adjoint si ce dernier a été impliqué dans les activités de la campagne. En cas d'absence, de l'agent de santé et de son adjoint, la personne à enquêter était celle qui a été la plus impliquée dans les activités de la campagne. Si la grappe compte 2 ou plusieurs centres de santé, un tirage au sort entre les centres de santé était effectué.

Après l'enquête, au total 97 agents de santé sur 154, ont été enquêtés soit une couverture de 63% dans l'ensemble comme le montre le tableau 9 ci-dessous.

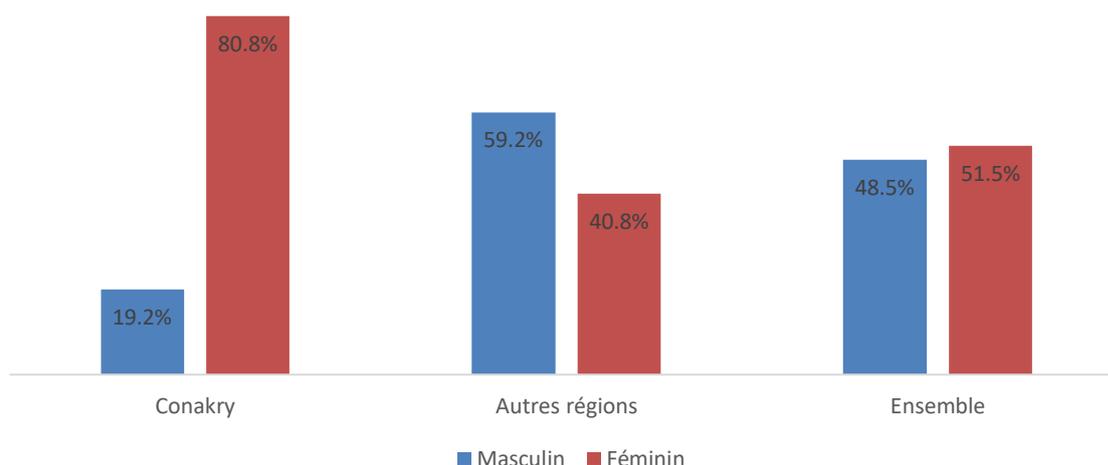
Tableau 9 : Description de l'échantillon.

Strate	Nombre PS prévus	Nombre de PS enquêtés	Couverture
Conakry	77	26	33,77%
Autres régions	77	71	92,21%
Total	154	97	62,99%

V-2. Répartition des agents de santé enquêtés par sexe

Parmi les agents de santé enquêtés, près de 52% étaient des femmes contre 48% d'hommes. Au niveau de Conakry l'écart est plus important entre les deux sexes (80,8% de femmes contre 19,2% d'hommes).

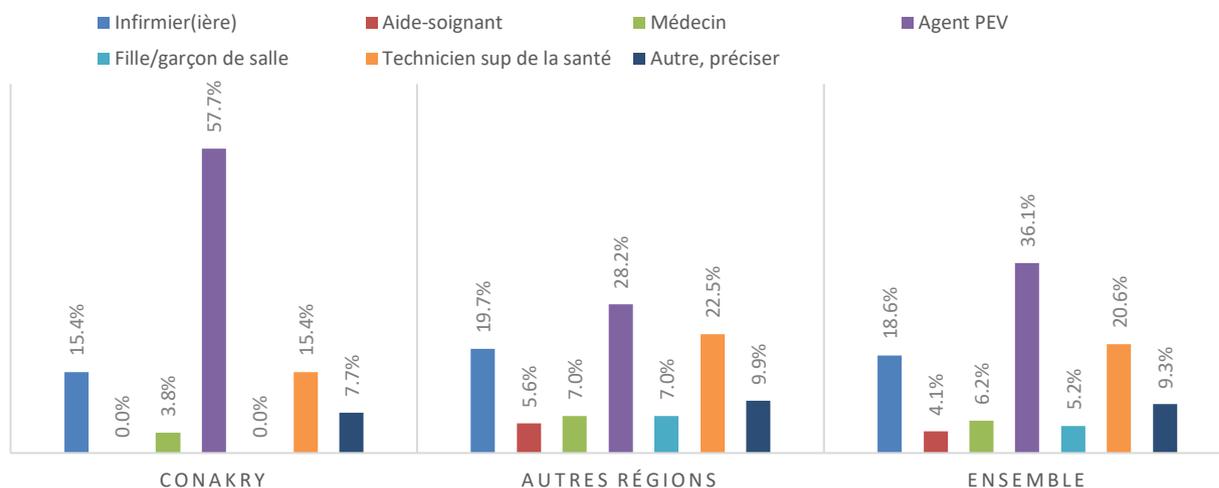
Graphique 17 : Répartition des enquêtés selon le sexe



V-3. Fonction dans la formation sanitaire.

Selon les résultats du graphique 18 ci-dessous, dans l'ensemble, la plupart des enquêtés étaient agents PEV aussi bien à Conakry que dans les autres régions, comme le recommandait la méthodologie de l'étude, car ils sont les plus impliqués dans les activités de vaccination. Leur proportion était de 36,1% dans l'ensemble avec un écart important à Conakry (57,7%) et 28,2% à dans les autres régions.

Graphique 18 : Répartition des enquêtés selon la fonction



V-4. Formation sur la vitamine A

Avant la tenue d'une campagne, les formations sont organisées pour un renforcement de capacité des personnes impliquées. C'est pourquoi, les questions sur la formation suivie et le temps écoulé depuis cette formation, ont été posées. Et l'analyse de ces questions, a montré que près de 90% des agents de santé interrogés ont affirmé avoir eu une formation sur la vitamine A. Parmi ceux qui ont suivi la formation, 89,7% ont affirmé que le temps écoulé depuis cette formation est de moins de 3 mois.

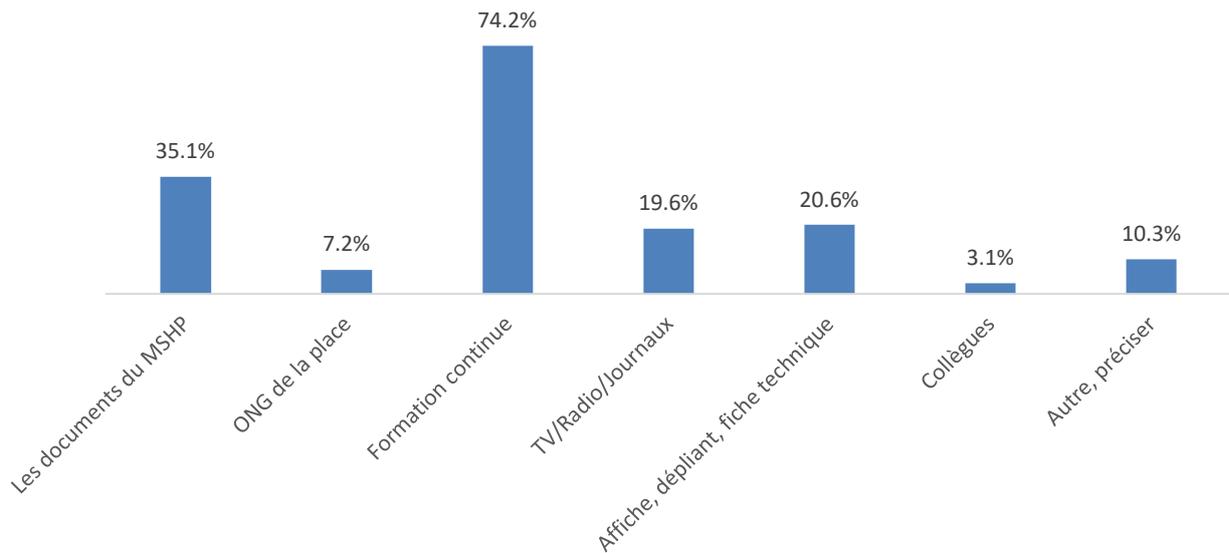
Tableau 10 : Formation sur la vitamine A et le temps écoulé depuis la dernière formation

Caractéristiques	Conakry		Autres régions		Zone d'étude	
	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)
Formation reçue	24	92,3	63	88,8	87	89,7
Temps écoulé depuis la dernière formation						
Moins de 3 mois	22	91,67	56	88,89	78	89,66
3 à 6 mois	0	0	3	4,8	3	3,5
7 à 12 mois	0	0	2	3,2	2	2,3
Plus d'un an	2	8,3	2	3,2	4	4,6

V-5. Sources de connaissances des agents de santé sur la vitamine A

Selon les agents de santé interviewés, leur principale source d'information sur la vitamine A est la formation continue. Cette source a été citée par 74,2% des agents interrogés. Elle est suivie par les documents du ministère de la santé (35,1%), les affiches, dépliants ou les fiches techniques (20,6%). La source la moins utilisée est la communication entre collègues (3,1%).

Graphique 19 : Source de connaissance sur la vitamine A



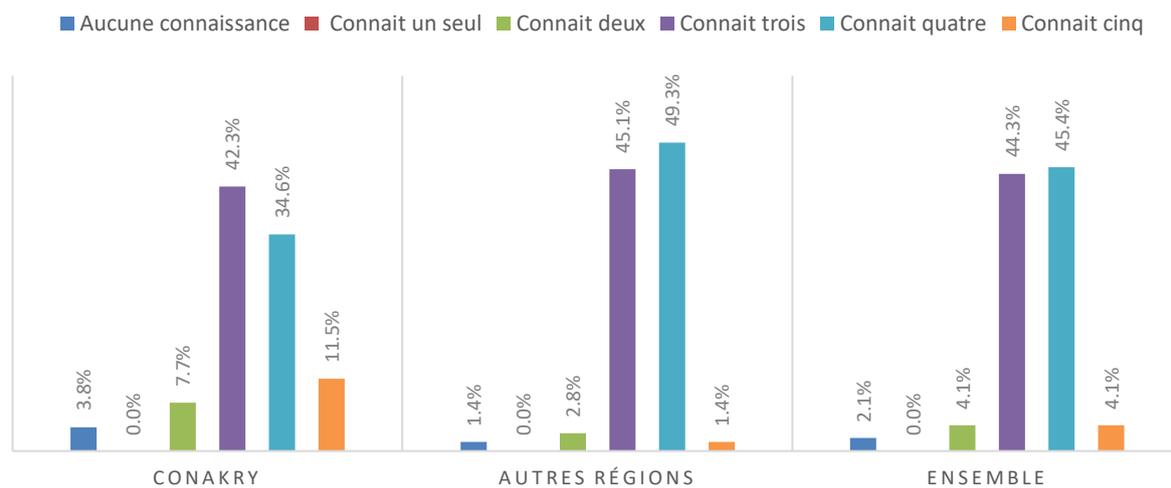
V-6. Indice de connaissances des agents de santé sur la vitamine A

Pour la création de l'indice de connaissance des agents de santé sur la vitamine, cinq (5) questions ont été utilisées :

1. Savez-vous à quoi sert ce produit (vitamine A) ? (Renforcement du système immunitaire, prévention de la cécité crépusculaire) 12.5 points pour une bonne réponse trouvée ;
2. A quel âge les enfants doivent-ils recevoir leur première dose de vitamine A ? 12.5 points pour la bonne réponse (6 mois) et 0 pour une réponse fautive ;
3. Combien de fois par an un enfant doit-il recevoir la vitamine A par an ? 12.5 points pour la bonne réponse (2 fois ou tous les 6 mois) et 0 pour fautive réponse ;
4. Quel est le dosage de la vitamine A pour les enfants 6 à 11 mois ? 12.5 points pour la bonne réponse (1 capsule bleue 100.000 UI) ;
5. Quel est le dosage de la vitamine A pour les enfants 12 à 59 mois ? 12.5 points pour la bonne réponse (1 capsule rouge 200.000 UI).

Les analyses effectuées à partir de cet indice ont montré que, dans l'ensemble, parmi ceux qui ont été interviewés, près de 90% connaissent trois ou quatre aspects concernant la vitamine A. Seulement, 4,1% ont une connaissance de tous les aspects concernant la vitamine A. Les connaissances sont encore plus améliorées dans la région Conakry où près de 12% des agents de santé interviewés, connaissant tous les aspects de la vitamine contre 2% dans les autres régions administratives.

Graphique 20 : Indice de connaissance des agents de santé sur la vitamine A



VI- Résultats de l'enquête auprès des ASBC/DC

VI-1 Caractéristiques des agents de santé communautaire enquêtés

VI-1-1. Répartition des agents communautaires enquêtés.

Ce sont, au total 152 agents communautaires sur 154 initialement prévus qui ont été enquêtés, soit une couverture de près de 99%. Dans la région de Conakry, sur les 77 agents communautaires prévus, 78 ont été enquêtés (soit 101%). Dans les autres régions, cette proportion est de 96,1%.

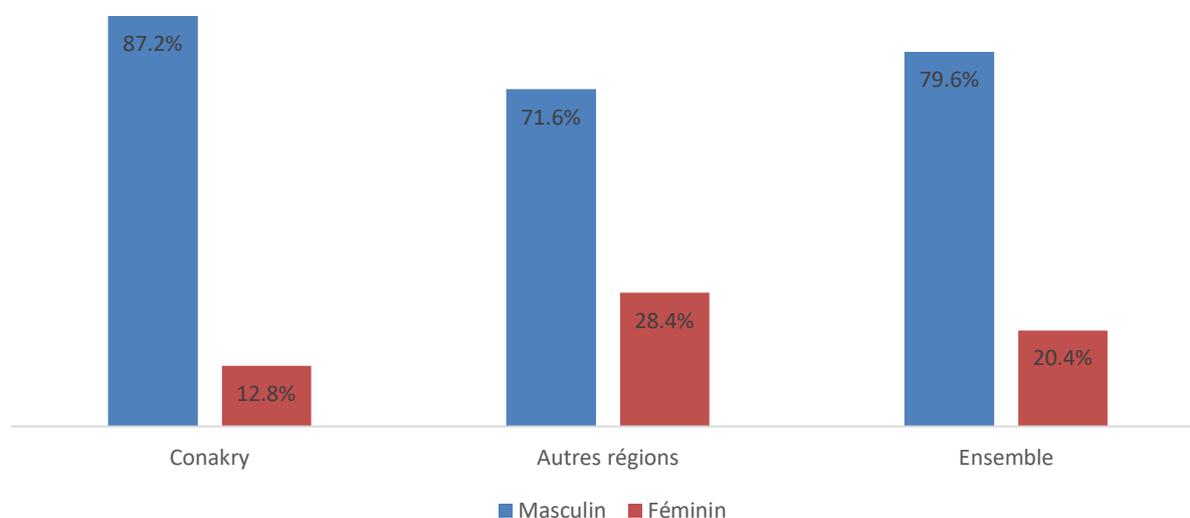
Tableau 11 : Répartition des agents communautaires enquêtés par strate

Strate	Nombre DC prévus	Nombre de DC enquêtés	Couverture
Conakry	77	78	101,30%
Autres régions	77	74	96,10%
Total	154	152	98,70%

VI-1-2. Répartition par sexe des DC enquêtés

Selon la répartition par sexe des DC, près de 80% sont des hommes contre 20,4% de femmes. L'écart est plus important à Conakry entre hommes et femmes, environ 87% d'hommes contre près de 13% de femmes. Pour les autres régions, près de 72% sont des hommes contre 28,4% de femmes.

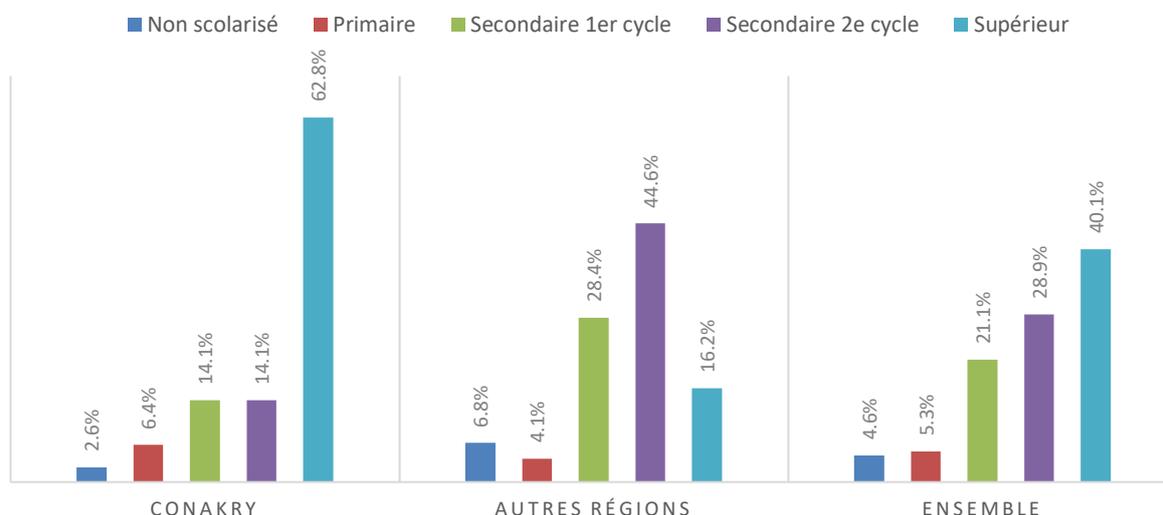
Graphique 21 : Sexe des distributeurs communautaires (DC) enquêtés



VI-1-3. Répartition par niveau d'instruction des DC enquêtés.

Selon les résultats du graphique 22, on a 40,1% des distributeurs communautaires enquêtés ont le niveau supérieur, 50% ont étudié jusqu'au secondaire (1er ou 2ème cycle), 5,3% se sont limités au primaire et 4,6% n'ont aucun niveau. A Conakry, plus de la moitié des distributeurs communautaires (62,8%), ont le niveau d'instruction supérieur alors qu'à l'intérieur du pays, cette proportion est de 16,2%.

Graphique 22 : Niveau d'instruction des DC enquêtés.

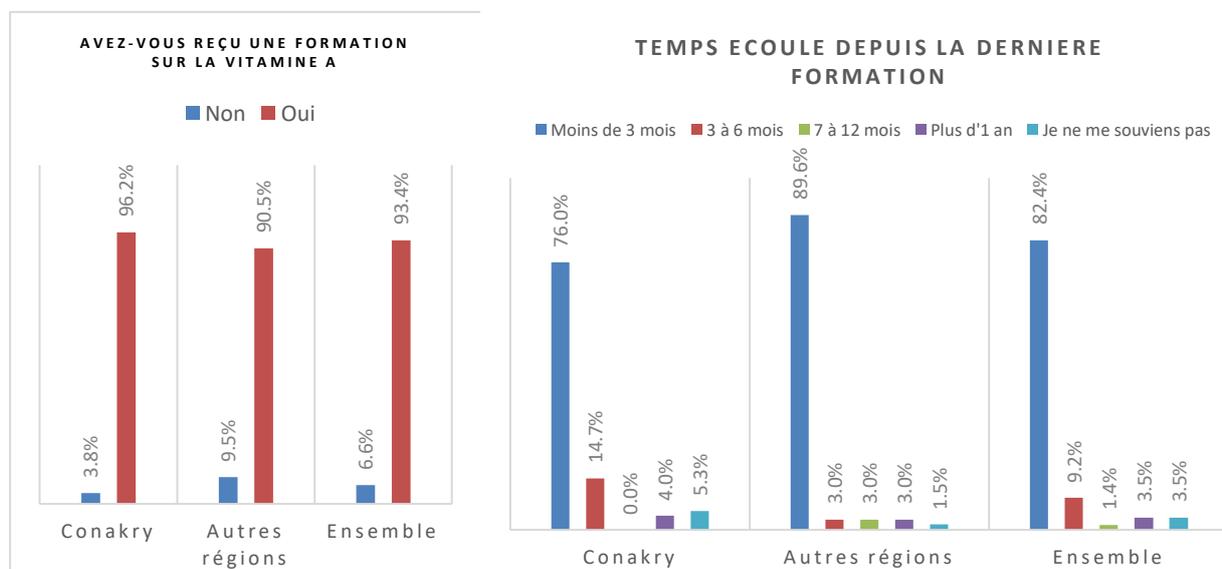


V-2 Connaissances des ASBC sur la vitamine A

V-2-1 Formation sur la vitamine A

Comme les agents de santé, les distributeurs communautaires également suivent des formations sur la vitamine A. Selon les résultats du graphique 23, un peu plus de 93% des enquêtés, ont déclaré avoir suivi une formation sur la vitamine A. 82,4% des DC ayant suivi la formation, l'ont suivi il y'a moins de 3 mois.

Graphique 23 : Formation sur la vitamine A et le temps écoulé depuis la dernière formation



V-2-2. Indice de connaissances des ASBC sur la vitamine A

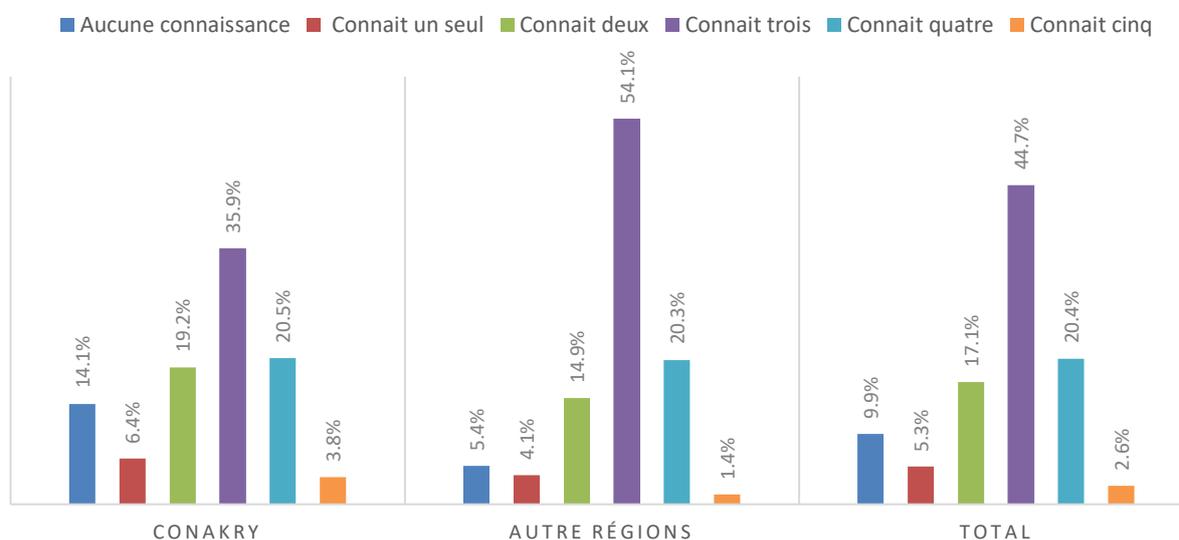
Comme pour les agents de santé, l'indice de connaissance des DC sur la vitamine, a été calculé à partir des questions suivantes :

1. Savez-vous à quoi sert ce produit (vitamine A) ? (Renforcement du système immunitaire, prévention de la cécité crépusculaire) 12.5 points pour une bonne réponse trouvée ;
2. A quel âge les enfants doivent-ils recevoir leur première dose de vitamine A ? 12.5 points pour la bonne réponse (6 mois) et 0 pour une réponse fautive ;
3. Combien de fois par an un enfant doit-il recevoir la vitamine A par an ? 12.5 points pour la bonne réponse (2 fois ou tous les 6 mois) et 0 pour fautive réponse ;
4. Quel est le dosage de la vitamine A pour les enfants 6 à 11 mois ? 12.5 points pour la bonne réponse (1 capsule bleue 100.000 UI) ;
5. Quel est le dosage de la vitamine A pour les enfants 12 à 59 mois ? 12.5 points pour la bonne réponse (1 capsule rouge 200.000 UI).

Selon cet indice, près de 45% des DC enquêtés, n'ont donné que trois bonnes réponses concernant la vitamine A, 20,4% ont cité quatre bonnes réponses et 2,6% ont pu donner toutes les bonnes réponses.

A Conakry, l'indice de connaissance sur la vitamine A est moins élevé que dans les autres régions administratives. En effet, sur les cinq questions utilisées pour l'évaluation du niveau de connaissance globale des DC, 76% ont pu répondre correctement à au moins trois questions dans les autres régions contre 60% à Conakry.

Graphique 24 : Indice de connaissance des DC sur la vitamine A



VII- DISCUSSION

Pour évaluer la qualité de la mise en œuvre du premier passage de la campagne de la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 ans, une enquête post-campagne a été organisée. Elle a concerné tous les districts sanitaires, qui ont été répartis en deux strates (Conakry, et les autres régions administratives du pays). Au total, sur les 1540 ménages prévus, 1531 ont accepté participer à l'enquête et 2526 enfants de 6 à 59 mois, ont été touchés.

Pour l'enquête auprès des agents de santé et des distributeurs communautaires, un entretien individuel avec eux, a permis de collecter les informations sur les aspects concernant leur connaissance sur la vitamine et le déroulement général de la campagne.

Couverture de la supplémentation en Vitamine A

D'après les résultats de l'enquête d'évaluation, le taux de couverture pour l'ensemble du pays, est de 86% avec un intervalle de confiance à 95% compris entre 84,3% et 87,6%. Notons que ce taux se situe au-delà du taux souhaité (80%).

Couverture de la supplémentation en Vitamine A selon la strate

L'analyse par strate a révélé que le taux de couverture est de 84,3% ([81,9 – 86,4]) à Conakry. Ce taux est plus bas que dans les autres régions administratives où il se situe à 86,3% ([84,3 – 88,0]). Il faut noter que la différence observée au niveau des strates n'est pas statistiquement significative (Pr=0,992).

Couverture de la supplémentation en Vitamine A selon le milieu de résidence

Le taux de couverture en SVA varie selon le milieu de résidence. Il est plus élevé dans le milieu rural avec 89,2% ([86,9 – 91,2]) de couverture contre 78,9% ([76,6 – 81,2]) la zone urbaine. Et cet écart est bien significatif au seuil de 5% (p-value=0,000). Le calcul des odds ratios permet de confirmer ce lien entre la couverture en SVA et le milieu de résidence. Selon les odds ratios, un enfant cible vivant en milieu urbain a moins de chance d'être supplémené qu'un enfant cible vivant en milieu rural (Odds ratio 0,65 ; p=0,044).

Couverture de la supplémentation en Vitamine A selon le sexe des enfants

Une comparaison entre les filles et les garçons a montré que le taux de couverture est plus élevé chez les filles (86,8% [80,8% - 85,0%]) que chez les garçons (85,3% [79,9% - 84,1%]).

Couverture de la supplémentation en Vitamine A selon la classe d'âge de l'enfant

Les analyses selon les classes d'âge des enfants a montré que c'est dans la tranche d'âge de de 6 à 11 mois que la couverture en vitamine A est la plus faible (81% [74,9% - 86,0%]). La couverture la plus élevée est celle des 12 à 23 mois avec un taux de 87,1% ([83,3% - 90,2%]). La différence observée entre les classes d'âge des enfants associée à la couverture de la vitamine A n'est pas statistiquement significativement au seuil de 5% (p-value=0,344).

Stratégie de communication des campagnes et utilisation des soins préventifs

Ménages informé de la campagne avant son démarrage

Selon les résultats des analyses, 63,5% ([60,4%-66,6%]) ont été informés de la tenue campagne avant son démarrage. Statistiquement, il y a une relation entre le fait que le ménage soit tenu informé de la campagne et la supplémentation en SVA. En effet, la différence entre les proportions de ménages informés de la tenue de la campagne avant son démarrage selon le milieu de résidence relativement à la couverture en SVA est significative ($P=0,000$). Les odds ratio calculés montrent qu'un enfant issu d'un ménage ayant été informé de la tenue de la campagne avant son démarrage a près de 3 fois (2,91) plus de chance d'être couvert qu'un enfant dont le ménage n'a pas reçu l'information ($p=0,000$). Il convient donc de mettre un accent particulier sur la communication avant le démarrage de la campagne pour obtenir des résultats meilleurs.

Fréquentation des structures sanitaires en cas de maladies de l'enfant

Dans notre étude, très peu de ménages se rendent chez les tradipraticiens pour les soins des enfants en cas de maladie. L'analyse économétrique, à travers les odds ratios, montre qu'un enfant dont les parents ont recours aux tradipraticiens en cas de maladie de celui-ci a moins de chance de recevoir la SVA que celui qui reçoit ses soins dans un Hôpital/CHU (Odds ratio 0,14 ; $p=0,000$).

Fréquentation des structures sanitaires pour la supplémentation en vitamine A

Le calcul des odds ratios permet d'affirmer qu'un enfant qui a déjà fréquenté une structure sanitaire pour la supplémentation en vitamine a beaucoup plus de chance (2,62 fois) de recevoir la SVA au cours de la campagne que celui que ne l'a pas encore fait ($p=0,000$).

VII- Conclusion et recommandations

VII-1 Conclusion

D'une manière générale, l'enquête de couverture a permis d'évaluer le taux de couverture globale de la supplémentation en vitamine A et de faire des analyses désagrégées par strate et par milieu de résidence et aussi selon les caractéristiques des parents et des enfants.

L'analyse des caractéristiques des enquêtés, a montré qu'environ 72% sont des femmes. Ce qui a été un aspect recommandé pendant la formation des enquêteurs. Car, d'une manière générale, les femmes sont mieux informées sur la situation des enfants dans les ménages. Ce qui garanti ainsi les informations collectées sur les enfants éligibles à l'enquête.

A l'issue des analyses, les résultats obtenus ont montré que les taux de couverture en SVA est satisfaisant car il se situe au-delà du taux souhaité.

VII-2 Recommandations

Pour améliorer la qualité du service rendu pendant les campagnes de vaccination ou d'administration de la vitamine A et pour dépasser la couverture obtenue pendant cette campagne lors des prochaines campagnes, les analyses effectuées à partir des données collectées effectuées auprès des ménages éligibles, des agents de santé et des distributeurs communautaires, nous formulons les recommandations suivantes :

Au ministère de la santé/Partenaires techniques et financiers

- ✓ Souvent après les évaluations indépendantes, les districts sanitaires ne sont pas informés des résultats obtenus et des recommandations formulées à l'issue des analyses des résultats. Il est important alors d'organiser une restitution des résultats de l'enquête dans ces districts sanitaires ayant fait l'objet de cette étude pour partager les résultats de l'enquête et surtout discuter des recommandations et des mesures à prendre, pour une meilleure gestion de la prochaine campagne ;
- ✓ Pour assurer une couverture totale géographique de l'ensemble des localités, organiser les campagnes pendant les saisons sèches car pendant la période des grandes pluies, certaines localités sont inaccessibles ;
- ✓ La différence entre les taux de couverture administratifs et ceux obtenus après l'enquête, étant due à la non maîtrise des chiffres de population, organiser un recensement général de la population cible afin d'améliorer ;

Au DPS/DRS

- ✓ Renforcer les supervisions de terrain pendant la campagne et procéder à une interview légère dans certains ménages, dans les localités déjà visitées couvertes pour s'assurer du passage des DC dans ces localités. Ces supervisions permettront de vérifier à l'application des stratégies mises en place et développées quant au retour des DC dans les ménages ayant des enfants éligibles absents ;

- ✓ Organiser des séances de rattrapage dans les zones identifiées comme zone de faible couverture à partir du monitoring indépendant effectué pendant la campagne après le passage des DC ;
- ✓ Afin de diminuer le temps d'attente de l'arrivée des DC dans les ménages, mettre en place un planning rigoureux de déplacement des DC des équipes pendant la campagne, pour chaque localité (village, secteur). Ce qui permettra aussi de suivre les équipes pour une évaluation de la couverture géographique.
- ✓ Mettre en place une stratégie de communication adaptée à chaque zone (district sanitaire, milieu de résidence) et en utilisant plus les sources d'information les plus crédibles afin de toucher le maximum de personnes.
- ✓ Impliquer davantage les leaders religieux dans les campagnes de sensibilisation à travers les messages véhiculés dans les lieux de culte (Mosquées, Eglises) surtout dans les zones urbaines, où une proportion non négligeable des parents qui refusent de faire supplémenter leurs enfants à cause des considérations religieuses ou des mauvaises informations sur la vitamine A ;
- ✓ Intensifier les campagnes d'information et de sensibilisation sur la campagne plusieurs semaines avant le début de la campagne de supplémentation de la vitamine A en mettant un accent sur les bienfaits de la vitamine A, l'âge de prise de sa première dose et sa fréquence de prise dans l'année afin d'améliorer l'indice de connaissance des ménages sur la vitamine A ;
- ✓ Pendant la campagne, procéder au recrutement et au déploiement local des Distributeurs communautaires. C'est-à-dire que les distributeurs doivent être recrutés et déployés dans leur localité.

Pour ce qui est des agents de santé et des distributeurs communautaires

- ✓ Tenir régulièrement des séances de formation sur la vitamine A auxquelles prendront part les agents de santé, les distributeurs communautaires car selon l'indice de connaissance sur la vitamine A, des efforts sont encore à fournir pour améliorer leur connaissance sur la vitamine A ;
- ✓ Renforcer la capacité des agents de santé et distributeurs communautaires, dans la sensibilisation des ménages à travers les messages à faire passer après la supplémentation des enfants ;

Annexes :

Tableau 12: Caractéristiques ménages recensés et enquêtés

Caractéristiques des enquêtés		Domaine d'analyse																Total			
		Conakry				Autres régions				Rural				Milieu Urbain				Effectif	%	Lim inf	Lim sup
		Effectif	%	Lim inf	Lim sup	Effectif	%	Lim inf	Lim sup	Effectif	%	Lim inf	Lim sup	Effectif	%	Lim inf	Lim sup				
Sexe	Masculin	110	13,9	11,5	16,7	206	31,1	27,5	34,9	155	35,2	30,8	39,9	161	15,1	12,8	17,8	316	28,3	25,2	31,6
	Féminin	652	86,1	83,3	88,5	563	68,9	65,1	72,5	295	64,8	60,1	69,2	920	84,9	82,2	87,2	1215	71,7	68,4	74,8
Classe d'âge	15 à 24 ans	189	26,1	22,8	29,7	159	21,6	18,4	25,2	68	18,8	15,0	23,2	280	28,4	25,3	31,8	348	22,4	19,6	25,4
	25 à 34 ans	320	44,4	40,5	48,3	238	35,0	31,1	39,2	128	34,7	29,9	39,9	430	39,9	36,5	43,4	558	36,7	33,3	40,2
	35 ans et plus	215	29,5	26,0	33,3	266	43,4	39,2	47,7	168	46,5	41,2	51,8	313	31,7	28,4	35,1	481	40,9	37,4	44,5
Niveau d'éducation scolaire	Non scolarisé	252	33,5	30,0	37,3	418	58,4	54,5	62,2	292	63,7	59,0	68,2	378	36,5	33,2	39,9	670	54,4	51,0	57,6
	Primaire	113	15,1	12,5	18,0	94	12,4	10,1	15,3	55	12,4	9,6	15,9	152	13,7	11,5	16,2	207	12,9	10,8	15,2
	Secondaire	213	27,8	24,5	31,4	108	10,3	8,3	12,6	28	6,0	4,1	8,7	293	26,6	23,6	29,7	321	13,1	11,3	15,1
	Supérieur	140	18,1	15,3	21,2	50	4,5	3,2	6,1	9	2,1	1,1	4,1	181	15,3	13,0	17,8	190	6,7	5,5	8,1
	Alphabétisé	6	0,8	0,3	1,7	18	2,8	1,7	4,6	13	3,2	1,9	5,5	11	1,2	0,6	2,2	24	2,5	1,6	4,0
	Ecole coranique	38	4,8	3,4	6,6	81	11,6	9,2	14,6	53	12,5	9,5	16,1	66	6,8	5,2	8,9	119	10,5	8,5	13,0
Activité principale	Agent du secteur public	49	6,6	4,9	8,8	28	2,7	1,8	4,2	6	1,6	0,7	3,5	71	6,8	5,2	8,8	77	3,4	2,5	4,6
	Agent du secteur privé	45	5,5	4,0	7,5	19	2,1	1,2	3,6	6	1,6	0,7	3,6	58	4,7	3,5	6,4	64	2,7	1,8	3,9
	Commerçant(e)	225	30,4	26,9	34,1	124	13,1	11,0	16,0	44	9,9	7,4	13,2	305	27,8	24,8	31,0	349	16,1	14,0	18,4
	Agriculteur (trice)	1	0,1	0,0	0,8	185	31,4	27,8	35,3	177	39,5	34,9	44,2	9	1,4	0,7	2,7	186	26,3	23,2	29,7
	Femme au foyer	218	28,5	25,2	32,1	263	33,9	30,3	37,7	157	34,1	29,7	38,7	324	31,1	27,8	34,4	481	33,1	30,0	36,3
	Artisan/activité libérale	100	13,0	10,6	15,7	84	9,3	7,3	11,7	34	7,6	5,4	10,6	150	14,1	11,9	16,7	184	9,9	08,1	11,9
	Sans emploi/Chômeur	50	6,3	4,7	8,2	17	1,5	0,9	2,4	4	0,7	0,3	1,9	63	5,1	3,9	6,8	67	2,2	1,6	3,0
	Retraité	4	0,6	0,2	1,8	2	0,1	0,0	0,5	0	0,0			6	0,6	0,3	1,5	6	0,2	0,1	0,5
	Elève/Étudiant	59	7,6	5,8	9,9	28	2,5	1,6	3,7	6	1,3	0,6	2,8	81	7,2	5,6	9,2	87	3,3	2,5	4,4
Autre à préciser	11	1,5	0,8	2,8	19	3,2	2,0	5,1	16	3,8	2,3	6,2	14	1,2	0,7	2,2	30	2,9	1,9	4,5	
Niveau de richesse	Très Pauvre	4	0,5	0,2	1,5	378	61,3	57,5	64,9	344	75,3	70,9	79,2	38	6,1	4,4	8,3	382	51,4	48,1	54,7
	Pauvre	115	15,0	12,5	17,9	271	29,1	25,8	32,7	97	22,4	18,6	26,7	289	35,3	31,9	38,8	386	26,8	24,0	29,9
	Moyen	298	37,9	34,3	41,7	83	6,7	5,3	8,5	7	1,9	0,9	4,0	374	30,6	27,6	33,8	381	11,8	10,29	13,46
	Riche	345	46,6	42,7	50,4	37	2,9	2,1	4,0	2	0,4	0,1	1,8	380	28,1	25,3	31,1	382	10,0	8,8	11,3

Tableau 13: Répartition des enquêtés selon le comportement face aux services de santé par strate et par milieu de résidence

<i>Habitudes, comportements face aux services de santé</i>		Domaine d'analyse																Milieu							
		Conakry				Autres régions				Total				Rural				Urbain				Total			
		Effectif	%	Lim inf	Lim sup	Effectif	%	Lim inf	Lim sup	Effectif	%	Lim inf	Lim sup	Effectif	%	Lim inf	Lim sup	Effectif	%	Lim inf	Lim sup	Effectif	%	Lim inf	Lim sup
Ou se rendent les parents pour obtenir des soins médicaux	Hôpital/CHU	122	15,9	13,3	18,9	67	4,6	3,6	5,9	189	6,5	5,4	7,7	3	0,6	0,2	1,7	186	17,7	15,2	20,5	189	6,5	5,4	7,7
	CMC	146	20,2	17,1	23,7	9	0,9	0,4	1,8	155	4,0	3,3	4,9	3	0,6	0,2	1,8	152	10,5	8,8	12,5	155	4,0	3,3	4,9
	CS/PS pub ³	236	30,1	26,8	33,7	560	78,7	75,5	81,6	796	70,8	68,0	73,5	381	84,7	80,8	87,8	415	44,5	41,0	48,0	796	70,8	68,0	73,5
	CS/PS privé ⁴	132	17,7	14,9	21,0	51	6,5	4,8	8,8	183	8,3	6,7	10,2	30	6,7	4,7	9,6	153	11,4	9,5	13,5	183	8,3	6,7	10,2
	Pharmacie	5	0,8	0,3	1,9	6	0,5	0,2	1,2	11	0,5	0,3	1,1	1	0,2	0,0	1,4	10	1,2	0,6	2,4	11	0,5	0,3	1,1
	Tradipraticien	0	0,0			17	2,3	1,4	3,8	17	2,0	1,2	3,2	12	2,5	1,4	4,5	5	0,9	0,4	2,1	17	2,0	1,2	3,2
	Vendeur ambulant	0	0,0			1	0,2	0,0	1,1	1	0,1	0,0	0,9	1	0,2	0,0	1,4	0	0,0			1	0,1	0,0	0,9
	Cabinet/clinique privée	121	15,2	12,8	18,0	57	6,2	4,6	8,3	178	7,7	6,2	9,4	18	4,4	2,8	7,1	160	13,9	11,7	16,4	178	7,7	6,2	9,4
	Autre	0	0,0			1	0,1	0,0	0,7	1	0,1	0,0	0,6	1	0,1	0,0	0,9	0	0,0			1	0,1	0,0	0,6
% des ménages ayant déjà emmené leurs enfants au centre de santé juste pour recevoir un des services suivants																									
Vaccination	Oui	481	63,3	59,5	66,9	523	65,0	61,1	68,7	1004	64,7	61,4	67,9	286	62,4	57,7	66,9	718	69,0	65,8	72,1	1004	64,7	61,4	67,9
Supplémentation en vitamine A	Oui	163	21,7	18,7	25,1	193	26,1	22,7	29,7	356	25,4	22,5	28,5	117	27,0	22,9	31,5	239	22,3	19,6	25,3	356	25,4	22,5	28,5
Suivi de la croissance (pesée)	Oui	236	30,8	27,4	34,4	75	9,1	7,1	11,6	311	12,6	10,7	14,8	30	7,6	5,4	10,8	281	22,1	19,5	24,9	311	12,6	10,7	14,8
Maladie	Oui	581	76,5	73,1	79,5	611	77,2	73,6	80,4	1192	77,0	74,0	79,8	341	74,8	70,4	78,8	851	81,2	78,6	83,7	1192	77,0	74,0	79,8
Autre	Oui	5	0,8	0,3	2,0	6	0,9	0,4	2,2	11	0,9	0,4	1,9	3	0,9	0,3	2,6	8	0,9	0,4	1,9	11	0,9	0,4	1,9

³ Centre de santé/poste de santé publique

⁴ Centre de santé/poste de santé privé

Tableau 14: Répartition des enfants de 6 à 59 mois selon par strate et le milieu de résidence selon les caractéristiques sociodémographiques de l'enfant.

Caractéristiques de l'enfant	Domaine d'analyse								Milieu								Total				
	Conakry				Autres régions				Rural				Urbain								
	Eff	%	IC inf	IC sup	Eff	%	IC inf	IC sup	Eff	%	IC inf	IC sup	Eff	%	IC inf	IC sup	Eff	%	IC inf	IC sup	
Classe d'âge des enfants (en mois)	6-11 mois	150	13,1	11,1	15,3	154	10,1	8,5	11,9	78	9,2	7,4	11,5	226	13,2	11,5	15,2	304	10,5	9,1	13,3
	12-23 mois	206	17,9	15,6	20,4	284	20,7	18,5	23,1	185	21,5	18,8	24,4	305	17,8	15,8	20,0	490	20,3	18,3	21,0
	24-59 mois	756	69,1	66,1	71,9	976	69,2	66,5	71,8	587	69,3	66,0	72,4	1145	69,0	66,4	71,4	1732	69,2	66,8	70,4
Sexe de l'enfant	Masculin	549	48,7	45,5	51,9	743	52,5	49,6	55,3	453	52,9	49,4	56,3	839	49,8	47,1	52,6	1292	51,9	49,4	54,5
	Féminin	563	51,3	48,1	54,5	671	47,5	44,7	50,4	397	47,1	43,7	50,6	837	50,2	47,4	52,9	1234	48,1	45,5	50,6
Source de cette information	Carnet de santé	120	23,0	19,3	27,3	168	36,9	32,9	41,9	114	38,5	32,9	44,6	174	26,6	22,9	30,6	288	34,4	30,5	38,6
	Acte de naissance	40	8,1	5,9	11,0	19	3,7	1,7	6,0	10	3,3	1,7	6,1	49	6,8	4,9	9,2	59	4,5	3,2	6,3
	Calendrier des Événements	10	2,4	1,1	4,9	4	1,0	0,3	3,1	2	1,0	0,3	4,0	12	1,6	0,8	2,9	14	1,2	0,5	2,7
	Parent de l'enfant	365	65,1	60,5	69,4	277	58,2	53,2	63,1	157	57,2	51,1	63,0	485	63,8	59,5	67,8	642	59,4	55,2	63,5
	Autre à préciser	6	1,4	0,5	3,4	3	0,3	0,1	0,8	0	0,0			9	1,4	0,7	2,8	9	0,5	0,2	1,0
Lien de parenté	Père	88	7,6	6,1	9,4	259	20,8	18,5	23,3	199	23,5	20,6	26,3	148	9,3	7,8	11,1	347	13,7	12,4	15,1
	Mère	732	65,5	62,4	68,5	754	53,2	50,3	56,1	435	52,3	48,8	54,5	1051	60,6	57,8	63,2	1486	58,8	56,9	60,7
	Oncle	20	1,6	1,0	2,5	54	4,3	3,3	5,7	40	4,8	3,5	6,3	34	2,1	1,4	3,1	74	2,9	2,3	3,6
	Tante	125	11,6	9,6	14,0	129	7,2	6,0	8,7	58	5,9	4,6	8,7	196	12,0	10,3	14,0	254	10,1	8,9	11,3
	Tuteur	6	0,4	0,2	1,0	7	0,5	0,2	1,3	4	0,6	0,2	1,1	9	1,3	0,8	2,0	13	0,5	0,3	0,9
	Tutrice	18	1,7	1,0	2,9	10	0,5	0,3	1,0	4	0,4	0,2	1,1	24	1,6	1,0	2,7	28	1,1	0,8	1,6
	Grand-père	9	0,9	0,4	1,8	38	3,0	2,1	4,1	27	3,2	2,2	4,5	20	1,6	1,0	2,7	47	1,9	1,4	2,4
	Grand-Mère	63	5,8	4,4	7,4	87	6,0	4,8	7,5	57	6,2	4,8	8,5	93	5,6	4,5	7,0	150	5,9	5,1	6,9
	Servante	2	0,4	0,1	1,7	0	0,0			0	0,0			2	0,2	0,0	0,7	2	0,1	0,0	0,3
	Autre	49	4,5	3,3	6,0	76	4,4	3,4	5,6	26	3,3	2,2	4,4	99	6,9	5,6	8,5	125	4,9	4,2	5,8

Tableau 15: Taux de couverture en vitamine A des enfants par strate et par milieu de résidence

Caractéristiques	Enfant a reçu la vitamine A		
	Non	Oui	
Strates	Eff	187	925
	%	15,7%	84,3%
	Conakry	13,6%	81,9%
	IC inf	18,1%	86,4%
	IC sup	1,1%	1,1%
	Err stand	238	1176
	%	13,7%	86,3%
	Autres régions	12,0%	84,3%
	IC inf	15,7%	88,0%
	IC sup	0,9%	1,0%
Milieu de résidence	Err stand	99	751
	Eff	10,8%	89,2%
	%	8,8%	86,9%
	Rural	13,1%	91,2%
	IC inf	1,1%	1,1%
	IC sup	326	1350
	Err stand	21,1%	78,9%
	%	18,8%	76,6%
	Urbain	23,4%	81,2%
	IC inf	1,2%	1,2%
Ensemble	IC sup	425	2101
	Err stand	14,0%	86,0%
	Eff	12,4%	84,3%
	%	15,7%	87,6%
	IC inf	0,8%	0,8%

Tableau 16: Répartition des enfants n'ayant pas pris la vitamine A selon les raisons par strate et par milieu de résidence.

Raisons de non réception de la vitamine A

Rapport de l'enquête de couverture post campagne de la supplémentation en vitamine A de la vaccination contre la Polio, [Juin-Septembre 2019]

		L'enfant était absent	Les agents ne sont pas passés	Non informé	L'enfant était malade	Refus	Manque de produits	Ne sait pas/ne se rappelle plus	Autre, préciser	
Domaine d'analyse	Conakry	Eff	48	72	11	0	26	2	6	6
		%	27,7%	39,7%	8,4%	0,0%	16,5%	1,2%	3,3%	3,3%
		IC inf	21,0%	32,3%	4,3%		11,1%	0,9%	1,5%	1,5%
		IC sup	35,6%	47,7%	15,7%		23,8%	0,3%	7,3%	7,3%
		Err stand	3,7%	3,9%	2,8%		3,2%	4,8%	1,4%	1,4%
	Autre régions	Eff	80	59	18	5	31	1	16	1
		%	43,7%	25,6%	6,6%	3,6%	13,0%	0,3%	6,4%	0,7%
		IC inf	36,3%	19,6%	4,0%	1,4%	8,7%	0,1%	3,7%	0,1%
		IC sup	51,4%	32,7%	10,8%	8,7%	19,0%	2,4%	10,9%	5,2%
		Err stand	3,9%	3,3%	1,7%	1,6%	2,6%	0,3%	1,8%	0,7%
Milieu	Rural	Eff	49	18	3	4	6	0	3	1
		%	56,4%	21,3%	3,1%	5,3%	8,5%	0,0%	4,0%	1,2%
		IC inf	44,9%	13,4%	0,9%	1,9%	3,6%		1,2%	1,2%
		IC sup	67,3%	32,3%	10,5%	13,8%	18,8%		12,4%	0,2%
		Err stand	5,7%	4,8%	2,0%	2,6%	3,6%		2,4%	8,6%
	Urbain	Eff	79	113	26	1	51	3	19	6
		%	25,3%	34,6%	10,8%	0,7%	18,8%	1,0%	7,9%	1,0%
		IC inf	20,1%	28,8%	7,2%	0,1%	14,1%	0,6%	4,9%	0,4%
		IC sup	31,3%	40,9%	15,8%	4,5%	24,6%	0,3%	12,5%	4,9%
		Err stand	2,9%	3,1%	2,2%	0,7%	2,6%	3,5%	1,9%	12,5%
Ensemble	Eff	128	131	29	5	57	3	22	7	
	%	41,2%	27,8%	6,9%	3,0%	13,6%	0,5%	5,9%	1,1%	
	IC inf	34,8%	22,5%	4,5%	1,2%	9,7%	0,1%	3,6%	0,7%	
	IC sup	47,9%	33,8%	10,4%	7,4%	18,6%	1,7%	9,7%	0,3%	
	Err stand	3,3%	2,9%	1,5%	1,4%	2,2%	0,3%	1,5%	3,5%	

Tableau 17: Répartition des enfants selon la prise ou non de la vitamine A par caractéristiques des enfants

Caractéristiques de l'enfant		Enfant a reçu la vitamine A									
		Non					Oui				
		Eff	%	IC inf	IC sup	Err stand	Eff	%	IC inf	IC sup	Err stand
Sexe de l'enfant	Masculin	228	14,7%	12,6%	17,2%	1,2%	1064	85,3%	82,8%	87,4%	1,2%
	Féminin	197	13,2%	11,1%	15,7%	1,2%	1037	86,8%	84,3%	88,9%	1,2%
Classe d'âge des enfants (en mois)	6-11	60	18,9%	14,0%	25,1%	2,8%	244	81,1%	79,9%	86,0%	2,8%
	12-23	82	12,9%	9,8%	16,7%	1,8%	408	87,1%	83,3%	90,2%	1,8%
	24-59	283	13,6%	11,7%	15,6%	1,0%	1449	86,4%	84,4%	88,3%	1,0%

Tableau 18: Répartition des enfants ayant pris de la vitamine A selon le lieu de prise de la vitamine A

			Ici à la maison	A la maison du RC/DC	Centre de santé du village	Au centre de santé hors du village	Où l'enfant a reçu la vitamine A Ecole/ mosquée/ église	Rue/ marché	Autre endroit au village/ quartier	Autre endroit hors du village	Ne sait pas	Autre, préciser
Domaine d'analyse	Conakry	Eff	864	4	26	1	7	7	9	1	2	4
		%	93,2%	0,5%	2,6%	0,1%	0,5%	1,3%	1,0%	0,1%	0,2%	0,4%
		IC inf	91,1%	0,2%	1,7%	0,0%	0,3%	0,3%	0,5%	0,0%	0,1%	0,1%
		IC sup	94,9%	1,3%	3,8%	0,5%	1,2%	3,1%	2,2%	0,7%	0,9%	0,9%
		Err stand	0,9%	0,2%	0,5%	0,1%	0,2%	0,6%	0,4%	0,1%	0,2%	0,2%
	Autre régions	Eff	1046	2	37	12	8	11	49	10	0	1
		%	88,6%	0,2%	3,3%	0,8%	0,5%	0,8%	4,6%	1,2%	0,0%	0,1%
		IC inf	86,5%	0,0%	2,3%	0,4%	0,2%	0,4%	3,4%	0,6%	0,0%	0,0%
		IC sup	90,5%	0,8%	4,5%	1,6%	1,1%	1,6%	6,1%	2,3%	0,2%	0,2%
		Err stand	1,0%	0,1%	0,6%	0,3%	0,2%	0,3%	0,7%	0,4%	0,1%	0,1%
Milieu	Rural	Eff	657	1	32	7	4	4	39	7	0	0
		%	88,0%	0,2%	3,7%	0,8%	0,4%	0,6%	5,0%	1,3%	0,0%	0,0%
		IC inf	85,4%	0,0%	2,6%	0,4%	0,2%	0,2%	3,7%	0,6%		
		IC sup	90,2%	1,1%	5,3%	1,7%	1,1%	1,6%	6,9%	2,7%		
		Err stand	1,2%	0,2%	0,7%	0,4%	0,2%	0,3%	0,8%	0,5%		
	Urbain	Eff	1253	5	31	6	11	14	19	4	2	5
		%	92,3%	0,3%	1,8%	0,5%	0,7%	1,5%	1,9%	0,5%	0,1%	0,3%
		IC inf	90,4%	0,1%	1,2%	0,2%	0,4%	0,9%	1,2%	0,2%	0,0%	0,1%
		IC sup	93,8%	0,8%	2,7%	1,3%	1,5%	2,7%	3,1%	1,2%	0,4%	0,7%
		Err stand	0,9%	0,2%	0,4%	0,2%	0,3%	0,4%	0,5%	0,2%	0,1%	0,1%
Total	Eff	1910	6	63	13	15	18	58	11	2	5	
	%	89,2%	0,2%	3,2%	0,7%	0,5%	0,9%	4,1%	1,0%	0,1%	0,1%	
	IC inf	87,3%	0,1%	2,3%	0,4%	0,3%	0,5%	3,1%	0,5%	0,0%	0,0%	
	IC sup	90,9%	0,7%	4,3%	1,3%	1,0%	1,5%	5,5%	2,0%	0,1%	0,2%	
	Err stand	0,2%	0,1%	0,5%	0,2%	0,2%	0,3%	0,6%	0,4%	0,0%	0,0%	

Tableau 19: Stratégie de communication

Caractéristiques		Proportion	Std Err	Intervalle de confiance 95%	
Ménages informés		63,5	1,6	60,4	66,6
Canaux d'information	Crieurs publics	22,8	1,9	19,2	26,8
	Mobilisateurs	20,4	1,8	17,2	24,1
	Agent de santé	36,9	2,2	32,8	41,3
	ASC	15,5	1,7	12,4	19,1
	Volontaire	3,5	0,9	2,2	5,7
	Bouche à oreille	10,5	1,4	8,1	13,6
	Personne dans le ménage	6,1	1,0	4,3	8,5
	Voisinage	15,1	1,7	12,1	18,7
	Radios	28,2	2,0	24,4	32,4
	Télévision	10,8	1,0	8,9	12,9
	Affiches	0,4	0,1	0,2	0,8
	Leaders d'opinions	18,5	1,9	15,0	22,6
	Autres	0,6	0,3	0,2	1,6

Tableau 20: Information et attente de l'arrivée du DC

Caractéristiques	Proportion	Std Err	Intervalle de confiance 95%	
Ménages information de l'arrivée du DC	68,9	1,2	66,5	71,2
Ménages ayant attendu l'arrivée du DC	86,9	1,1	84,6	88,9
Temps d'attente	1 heure ou moins	26,1	23,0	29,5
	2-3 heures	7,5	5,8	9,7
	Une demi-journée	18,8	15,9	22,0
	Toute la journée	42,8	39,2	46,6
	Autre	4,8	3,4	6,5

Tableau 21: Ce que l'agent vaccinateur a dit

Ce que l'agent vaccinateur a dit	Proportion	Std Err	Intervalle de confiance 95%	
Protège la vue	23,4	1,1	21,3	25,8
Favorise la croissance	22,3	1,1	20,2	24,6
Bonne nutrition	17,1	1,0	15,2	19,2
Il n'a rien dit	57,0	1,3	54,5	59,5
Autre	7,0	0,6	5,8	8,3

Tableau 22: Connaissance des ménages sur l'âge auquel l'enfant doit recevoir la 1ère dose de la vitamine A

Caractéristiques		Proportion	Std Err	Intervalle de confiance 95%	
Conakry	Moins de 6 mois	7,9	0,9	6,2	9,9
	A 6 mois	14,9	1,1	12,8	17,3
	Plus de 6 mois	6,3	0,8	5,0	8,0
	Ne sait pas	65,6	1,6	62,4	68,6
	Autre	5,3	0,9	3,8	7,3
Autres régions	Moins de 6 mois	10,5	0,9	8,8	12,3
	A 6 mois	22,2	1,3	19,8	24,8
	Plus de 6 mois	6,6	0,8	5,2	8,2
	Ne sait pas	60,2	1,5	57,3	63,0
	Autre	0,6	0,2	0,3	1,1
Rural	Moins de 6 mois	10,3	1,1	8,4	12,6
	A 6 mois	23,6	1,6	20,7	26,8
	Plus de 6 mois	6,3	0,9	4,7	8,3
	Ne sait pas	59,3	1,8	55,8	62,7
	Autre	0,4	0,2	0,2	1,2
Urbain	Moins de 6 mois	9,7	0,9	8,1	11,5
	A 6 mois	16,1	1,0	14,2	18,1
	Plus de 6 mois	7,0	0,7	5,8	8,5
	Ne sait pas	64,4	1,3	61,7	67,0
	Autre	2,9	0,4	2,1	3,9
Zone d'étude	Moins de 6 mois	10,1	0,8	8,7	11,7
	A 6 mois	21,2	1,1	19,1	23,5
	Plus de 6 mois	6,5	0,7	5,3	7,9
	Ne sait pas	60,9	1,3	58,4	63,4
	Autre	1,2	0,2	0,9	1,7

Tableau 23: Connaissance des ménages sur le nombre de fois qu'un enfant doit recevoir la dose de la vitamine A par an

Caractéristiques	Proportion	Std Err	Intervalle de confiance 95%		
Conakry	1 fois	5,7	0,7	4,4	7,3
	2 fois	12,5	1,0	10,6	14,7
	3 fois	3,6	0,6	2,7	5,0
	Ne sait pas	76,4	1,3	73,7	79,0
	Autres	1,7	0,4	1,1	2,7
Autres régions	1 fois	6,9	0,7	5,5	8,5
	2 fois	19,4	1,2	17,2	21,9
	3 fois	8,3	0,8	6,8	10,1
	Ne sait pas	64,2	1,4	61,4	67,0
	Autres	1,3	0,4	0,7	2,2
Rural	1 fois	7,8	0,9	6,2	9,8
	2 fois	20,4	1,5	17,7	23,5
	3 fois	8,7	1,0	6,9	10,9
	Ne sait pas	61,7	1,7	58,3	65,1
	Autres	1,4	0,5	0,7	2,6
Urbain	1 fois	4,3	0,5	3,4	5,5
	2 fois	14,2	1,0	12,4	16,2
	3 fois	5,4	0,7	4,2	6,8
	Ne sait pas	74,9	1,2	72,5	77,2
	Autres	1,2	0,3	0,8	1,8
Zone d'étude	1 fois	6,7	0,6	5,5	8,1
	2 fois	18,5	1,1	16,5	20,6
	3 fois	7,7	0,7	6,3	9,2
	Ne sait pas	65,9	1,3	63,3	68,3
	Autres	1,3	0,3	0,8	2,1

Tableau 24: Indice de connaissances des ménages sur la vitamine A

Caractéristiques		Proportion	Std Err	Intervalle de confiance 95%	
Conakry	Aucune connaissance	44,7	1,6	41,5	47,9
	12.5	28,1	1,5	25,3	31,2
	Connait deux	13,7	1,1	11,6	16,1
	37.5	6,8	0,8	5,3	8,6
	Connait quatre	6,7	0,7	5,4	8,3
Autres régions	Aucune connaissance	35,3	1,4	32,6	38,0
	12.5	23,3	1,2	21,0	25,8
	Connait deux	19,7	1,2	17,6	22,1
	37.5	13,0	1,1	11,0	15,3
	Connait quatre	8,7	0,8	7,1	10,5
Rural	Aucune connaissance	33,2	1,6	30,1	36,5
	12.5	23,3	1,5	20,5	26,4
	Connait deux	20,1	1,4	17,5	23,0
	37.5	15,2	1,4	12,8	18,1
	Connait quatre	8,1	1,0	6,3	10,3
Urbain	Aucune connaissance	43,8	1,4	41,1	46,6
	12.5	25,4	1,2	23,0	27,8
	Connait deux	16,3	1,1	14,4	18,5
	37.5	5,4	0,6	4,4	6,8
	Connait quatre	9,1	0,8	7,6	10,8
Zone d'étude	Aucune connaissance	36,5	1,2	34,2	38,9
	12.5	24,0	1,1	21,9	26,2
	Connait deux	18,9	1,0	17,0	21,0
	37.5	12,2	1,0	10,4	14,2
	Connait quatre	8,4	0,7	7,1	10,0

Tableau 25: Tests statistiques de Khi 2

Variable 1	Variable 2	Pr	Résultat
Niveau d'instruction	strate	0.000	Différence significative
Niveau d'instruction	Milieu de résidence	0.000	Différence significative
Indice de richesse	Milieu de résidence	0.000	Différence significative
Indice de richesse	strate	0.000	Différence significative
strate	Couverture SVA	0.992	Différence non significative
Milieu de résidence	Couverture SVA	0.000	Différence significative
Classe d'âge de l'enfant	Couverture SVA	0.344	Différence non significative
Ménages informés de la campagne	Couverture SVA	0.000	Différence significative

Tableau 26: Déterminants de la SVA

Caractéristiques		Odds Ratio	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf.Interval]	
Milieu de résidence	Rural						
	Urbain	0,65	0,14	-2,01	0,044	0,43	0,99
Classe d'âge des enfants	6 à 11 mois						
	12 à 13 mois	1,47	0,39	1,45	0,147	0,87	2,48
	24 à 59 mois	1,44	0,32	1,62	0,106	0,93	2,23
Sexe des enfants	Masculin						
	Féminin	1,12	0,16	0,8	0,425	0,84	1,50
Niveau de vie du ménage	Très Pauvre						
	Pauvre	0,55	0,12	-2,64	0,008	0,35	0,86
	Moyen	0,81	0,20	-0,83	0,407	0,50	1,33
	Riche	1,19	0,30	0,69	0,492	0,72	1,96
Fréquentation des structures sanitaires en cas de maladies de l'enfant	Hôpital/CHU						
	CMC	1,22	0,40	0,61	0,544	0,64	2,30
	Centre de santé/poste de santé publique	1,05	0,22	0,25	0,801	0,70	1,59
	Centre de santé/poste de santé privé	0,92	0,26	-0,29	0,772	0,52	1,61
	Pharmacie	0,36	0,20	-1,82	0,068	0,12	1,08
	Tradipraticien	0,14	0,06	-4,55	0,000	0,06	0,33
	Cabinet/clinique privée	0,70	0,17	-1,44	0,15	0,43	1,14
Parents informés de la tenue de la campagne	Non						
	Oui	2,91	0,45	6,93	0,000	2,15	3,94
Supplémentation en vitamine A	Non						
	Oui	2,62	0,58	4,37	0,000	1,70	4,03
	_cons	2,90	0,94	3,29	0,001	1,54	5,48