



PROTOCOLE

**ENQUETE DE COUVERTURE POST CAMPAGNE DE
DECEMBRE 2019 DE LA SUPPLEMENTATION EN
VITAMINE A AUX ENFANTS DE 06-59 MOIS
COUPLEE A L'ADMINISTRATION DU
MEBENDAZOLE AUX ENFANTS DE 12 A 59 MOIS
[GUINEE]**

Janvier 2020

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 : [Janvier-Mars 2020]

Bailleur : Helen Keller International (HKI)

Commanditaire de l'étude [Christelly Flore BADILA, Directrice par intérim HKI]

Membres du comité de coordination

- 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
- Mr Moussa DOUMBOUYA, Institut National de Statistiques

Table des matières

ABREVIATIONS	5
Résumé du protocole	6
II-1 Objectif général.....	6
II-2 Objectifs spécifiques.....	7
I- CONTEXTE DE L'ETUDE	9
II- BUT OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS DE L'EVALUATION	9
II-1 Objectif général.....	9
II-2 Objectifs spécifiques.....	10
II-3 Résultats attendus.....	10
III- METHODOLOGIE	10
III-1 Type d'étude.....	10
III-3 Cadre de l'étude.....	11
III-4 Période de l'étude.....	12
III-5 Population cible.....	12
III-6 Echantillonnage pour l'enquête ménage.....	12
IV- PREPARATION DE L'ENQUETE	17
IV-1 Note sur l'élaboration des outils de collecte de données.....	17
IV-2 Recrutement et Formation des superviseurs et enquêteurs.....	17
IV-3 Organisation de la logistique.....	17
IV-4 Pré tester les cartes de grappes.....	18
V- COLLECTE DE DONNEES	18
V-1 Recensement des ménages et le tirage aléatoire des ménages à enquêter.....	18
V-2 Collecte de données sur le terrain.....	19
V-3 Utilisation de la technologie mobile pour la collecte de données.....	19
V-4 Contrôle de la qualité de la collecte dans les ménages.....	20
V-5 Supervision de la collecte.....	20
V-6 Suivi de la collecte.....	21
VI- Traitement des données	21
VI-1 Apurement et analyse statistique des données.....	21
VI-3 Fusion des bases de données et calcul des variables dérivées.....	21
VII- ANALYSE DES DONNEES	22
VII- 1 Calcul des coefficients de pondération.....	22
VII-2 Analyses statistiques.....	22
VII- RESULTATS DES ANALYSES	23
VII-1 Caractéristiques des populations enquêtées.....	23
VII-1-1 <i>Caractéristiques sociodémographiques</i>	24
VII-1-4. Couverture de l'administration de la vitamine A et du Mebendazole.....	32
VII-1-4-1. Couverture de l'administration de la vitamine A.....	32
VII-1-4-3. Couverture de l'administration du Mebendazole.....	35
VII-1-4-5. Lieu de prise des produits.....	39
VII-1-4-6. Information des ménages sur la campagne d'administration de la vitamine A et du Mébendazole.....	39
VII-1-5-Comparaison entre les taux administratifs des JVA et ceux de l'enquête.....	42
VII-2 Résultats de l'enquête auprès des agents de santé	45

VII-2-1 Description de l'échantillon	45
VII-2-2. Répartition des agents de santé enquêtés par sexe.....	45
VII-2-3. Fonction dans la formation sanitaire.....	46
VII-2-5. Connaissances des agents de santé sur la vitamine A et le mebendazole.....	47
VII-3. - Résultats de l'enquête auprès des DC	50
VII-3-1 Caractéristiques des agents de santé communautaire enquêtés	50
VII-3-2-Connaissances des DC sur la vitamine A et le mebendazole	51
VII-3-2-1 Formation sur la vitamine A.....	51
VII-3-3. Indice de connaissances des ASBC sur la vitamine A.....	52
VIII- DISCUSSION	54
VII- Conclusion et recommandations	59
VII-1 Conclusion	59
VII-2 Recommandations	59

ABBREVIATIONS

ASC	Agent Santé Communautaire
CCG	Coefficient de Corrélation entre Grappes
DAN	Division Alimentation Nutrition
DC	Distributeur communautaire
EC	Enquête de Couverture
DPS	Direction Prefectorale de la Santé
DRS	Direction Régionale de la Santé
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	<p align="center">Enquête de couverture post campagne de Décembre 2019 de la supplémentation en vitamine A aux enfants de 06-59 mois couplée à l'administration du Mebendazole aux enfants de 12 à 59 mois en Guinée</p>
Contexte	<p>La vitamine A est l'un des principaux micronutriments indispensables pour les nourrissons et les jeunes enfants qui en ont besoin pour soutenir leur croissance rapide et les aider à combattre les infections.</p> <p>Depuis des décennies, la carence en vitamine A (CVA) a été identifiée comme la principale cause de la cécité de l'enfant. Elle est aussi un facteur important de la mortalité infantile et est à elle seule responsable de près de 6 % des décès d'enfants de moins de 5 ans en Afrique.</p> <p>En Guinée, bien qu'il n'y ait pas eu d'enquête nationale récente pour déterminer la prévalence de la carence en vitamine A (CVA), les études partielles réalisées (1995-1997), ont montré des prévalences de 24% et 63 % respectivement en Haute et Moyenne Guinée. De même, les estimations de l'Unicef indiquent que la carence en Vitamine A y affecterait au moins 25% des enfants de moins de 5 ans.</p> <p>La supplémentation en vitamine A (SVA) est une des approches privilégiées pour lutter contre la mortalité infantile dans un contexte de forte prévalence de la CVA. Depuis 1999, la Guinée organise des campagnes de distribution de la vitamine A 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. Malheureusement, depuis l'avènement de l'épidémie à virus Ebola en 2014 qui a eu pour conséquence le manque d'organisation des JNV en 2014 et 2015, a fait chuté la couverture en vitamine en dessous de 80%.</p> <p>A cela s'ajoute quelques goulots : la non maîtrise des données populationnelles, la non maîtrise des outils de planification, de gestion et de collecte des données, l'insuffisance de supervision de qualité, le retard dans la transmission des données et même dans le rapportage, le dépassement du délai minimum entre deux distributions (4-6 mois).</p> <p>Depuis 2016, la Guinée a opté pour l'organisation de semaine santé de l'enfant et de la mère. Cette plateforme livre un paquet d'interventions (la vaccination, la supplémentation en vitamine A, le déparasitage, le dépistage de la malnutrition) en faveur de la mère et de l'enfant.</p> <p>En 2018, la Guinée a pu réaliser deux tours de distribution de la vitamine A. En 2019, une première distribution de la vitamine A a eu lieu en juillet dernier, les résultats suivants ont été obtenus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 364 519 enfants de 6-11 mois supplémentés en Vitamine A 100 000 UI ; - 2 366 018 enfants de 12-59 mois supplémentés en Vitamine A 200 000 UI. <p>En vue de faire bénéficier de la deuxième dose de distribution de la vitamine A chez les enfants, que le ministère de la santé et ses partenaires techniques et financiers (Unicef et HKI) joignent les efforts pour organiser la campagne de supplémentation en vitamine A chez des enfants de 6-59 mois couplée à l'administration du mébendazole aux enfants de 12-59 mois.</p>
Objectifs	<p>II-1 Objectif général</p> <p>L'étude avait pour objectif d'évaluer la qualité de la mise en œuvre du seconde passage de la campagne de la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 ans couplée à l'administration du mébendazole aux enfants de 12 à 59 mois.</p>

	<p>II-2 Objectifs spécifiques</p> <p>De façon spécifique, cette étude a permis 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) ; - Mesurer les taux de couverture de l'administration du Mébendazole aux enfants de 12- 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 ; - Déterminer les principales raisons de non administration de la vitamine A et du Mébendazole ; - 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 et du déparasitage 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 ; - Formuler/proposer les stratégies et actions à entreprendre pour l'amélioration des activités de supplémentation en vitamine A.
<p>Méthodes</p>	<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 régions administratives de Conakry, Boké, Faranah, Kankan, Kindia et de Nzérékoré. Elles ont été réparties en 2 strates (Conakry et le reste du pays). • 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 et du Mebendazole de Décembre 2019 et auprès des agents de santé et DC 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 <p>Période de l'étude : 35 jours</p>
<p>Calendrier</p>	<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. • 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'ETUDE

La vitamine A est l'un des principaux micronutriments indispensables pour les nourrissons et les jeunes enfants qui en ont besoin pour soutenir leur croissance rapide et les aider à combattre les infections.

Depuis des décennies, la carence en vitamine A (CVA) a été identifiée comme la principale cause de la cécité de l'enfant. Elle est aussi un facteur important de la mortalité infantile et est à elle seule responsable de près de 6 % des décès d'enfants de moins de 5 ans en Afrique.

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

La supplémentation en vitamine A (SVA) est une des approches privilégiées pour lutter contre la mortalité infantile dans un contexte de forte prévalence de la CVA. Depuis 1999, la Guinée organise des campagnes de distribution de la vitamine A 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. Malheureusement, depuis l'avènement de l'épidémie à virus Ebola en 2014 qui a eu pour conséquence le manque d'organisation des JNV en 2014 et 2015, a fait chuté la couverture en vitamine en dessous de 80%.

A cela s'ajoute quelques goulots : la non maîtrise des données populationnelles, la non maîtrise des outils de planification, de gestion et de collecte des données, l'insuffisance de supervision de qualité, le retard dans la transmission des données et même dans le rapportage, le dépassement du délai minimum entre deux distributions (4-6 mois).

Depuis 2016, la Guinée a opté pour l'organisation de semaine santé de l'enfant et de la mère. Cette plateforme livre un paquet d'interventions (la vaccination, la supplémentation en vitamine A, le déparasitage, le dépistage de la malnutrition) en faveur de la mère et de l'enfant.

En 2018, la Guinée a pu réaliser deux tours de distribution de la vitamine A.

En 2019, une première distribution de la vitamine A a eu lieu en juillet dernier, les résultats suivants ont été obtenus :

- 364 519 enfants de 6-11 mois supplémentés en Vitamine A 100 000 UI ;
- 2 366 018 enfants de 12-59 mois supplémentés en Vitamine A 200 000 UI.

En vue de faire bénéficier de la deuxième dose de distribution de la vitamine A chez les enfants, que le ministère de la santé et ses partenaires techniques et financiers (Unicef et HKI) joignent les efforts pour organiser la campagne de supplémentation en vitamine A chez des enfants de 6-59 mois couplée à l'administration du mébendazole aux enfants de 12-59 mois.

II- BUT OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS DE L'EVALUATION

II-1 Objectif général

L'étude avait pour objectif d'évaluer la qualité de la mise en œuvre du seconde passage de la campagne de la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 ans couplée à l'administration du mébendazole aux enfants de 12 à 59 mois.

II-2 Objectifs spécifiques

De façon spécifique, cette étude a permis 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) ;
- Mesurer les taux de couverture de l'administration du Mébendazole aux enfants de 12- 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 ;
- Déterminer les principales raisons de non administration de la vitamine A et du Mébendazole ;
- 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 et du déparasitage pour chacune des zones concernées ;
- Décrire le niveau de connaissances des agents de santé et DC sur la vitamine A et le Mebendazole pour chacune des zones concernées ;
- Formuler/proposer les stratégies et actions à entreprendre pour l'amélioration des activités de supplémentation en vitamine A et du Mebendazole.

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 au niveau national et par strate ;
 - Les couvertures obtenues lors de la campagne de masse en déparasitage sont estimées au niveau national et par strate;
 - Les couvertures administratives de la campagne sont comparées à celles obtenues lors de l'enquête de couverture post campagne ;
 - 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- METHODOLOGIE

III-1 Type d'étude

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

- L'enquête qualitative constituée d'entretiens individuels auprès des acteurs de mise en œuvre des activités de supplémentation en vitamine A et de déparasitage sur le terrain (les agents de santé et les distributeurs) ;
- L'enquête de couverture post campagne est une étude transversale. Elle est un sondage en grappe à deux degrés, stratifiée de type OMS (2015). Les grappes sont tirées aléatoirement

III-4 Période de l'étude

Les activités de la campagne de supplémentation en vitamine A et de déparasitage au Mébendazole ont été organisées pendant 4 jours dans les 38 districts sanitaires du pays dans la période du 20 au 27 Décembre 2019 selon les régions. Après cette campagne, une étude d'évaluation post-campagne a été organisée et s'est déroulée sur une période de 35 jours (De Janvier à Mars 2020).

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 20 au 23 décembre 2019.

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) :

L'enquête qualitative a ciblé, le personnel de santé et les distributeurs communautaires de la zone d'étude ayant participé à la deuxième campagne réalisée en décembre 2019

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 $\pm 5 \%$ alors sa valeur sera de **5 %**.
- **Nombre de ménages à enquêter par ZD (m) :** pour l'enquête PECS nous avons enquêté **10 ménages par ZD**. 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 est décrite 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 $1/1,02628512 = 0,974388092$

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

- 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 10 % pour compenser pour les non-réponses
- F. $E = \text{Taux de non réponse} = \text{généralement très faible, mais peut être associé à des erreurs de saisie, 10\% peuvent donc être sûrs. Calculé comme suit : } 100 / (100\% \text{ des ménages admissibles qui refusent de répondre}) = 100 / (100-10) = 1.111111$

$m = \text{nombre moyen d'enfants à enquêter par grappe} = 11$

- 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. Nombre de ménages à visiter pour obtenir le nombre de répondants ayant complété leurs questionnaires par strate :**
 $(A \times B \times C) \times D \times E = 1530 \times 0,974388092 \times 1.111111 = 1656,458099$ 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 :** $x C / m = 306 \times 2,5 / 10 = 76,5$ 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 :

Tableau 1: Taille de l'échantillon

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 2: 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 (lj/ZD)	Durée	Nbre equipe	Nbre pers par équipe (3 pers par equipe)
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 :*

Pour cette enquête d'évaluation du taux de couverture, un sondage en grappe à deux degrés a été réalisé:

Au premier degré : tirage des grappes.

Au total **154** ZD pour l'ensemble des strates qui constituent la zone d'étude, ont été tirées de manière à garantir la représentativité des résultats dans chaque strate par l'Institut National de la Statistique (INS) en utilisant la base de sondage constituée par l'ensemble des Zones de Dénombrement (ZD) de la Guinée. Il s'agit d'un tirage proportionnel au nombre de ménages vivant dans une ZD. Le tableau suivant, donne la répartition des ZD tirées par strate

Tableau 3 : Répartition des ZD par strate et par région administrative

Localisation de la ZD	Normal		Total ZD
	Rural	Urbain	
Conakry sans Ratoma		77	77
Conakry		77	77
Interieur du pays sans Reg Mamou et Labé	47	30	77
Boké	8	6	14
Faranah	6	4	10
Kankan	13	5	18
Kindia	9	9	18
N'Zérékoré	11	6	17
Total général	47	107	154

Au deuxième degré : Tirage des ménages.

De manière aléatoire simple et indépendante, 10 ménages ayant au moins un enfant de 6 à 59 mois dans chaque ZD après le recensement de tous les ménages éligibles³ de la ZD, ont été sélectionnés à l'aide de l'application Random Number Generator.

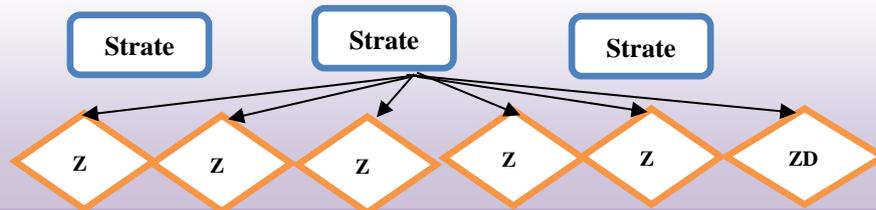
♣ *Choix des ménages à enquêter*

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, le tirage des 10 ménages, n'a concerné que les ménages éligibles. L'application **RANDOM NUMBER GENERATOR**, a ainsi été utilisée pour le tirage des 10 ménages éligibles par chaque équipe. Le numéro attribué au ménage sera inscrit à la craie sur la porte du ménage. Ce qui facilitera, la collecte de données et le contrôle de qualité effectué par les superviseurs par la suite.

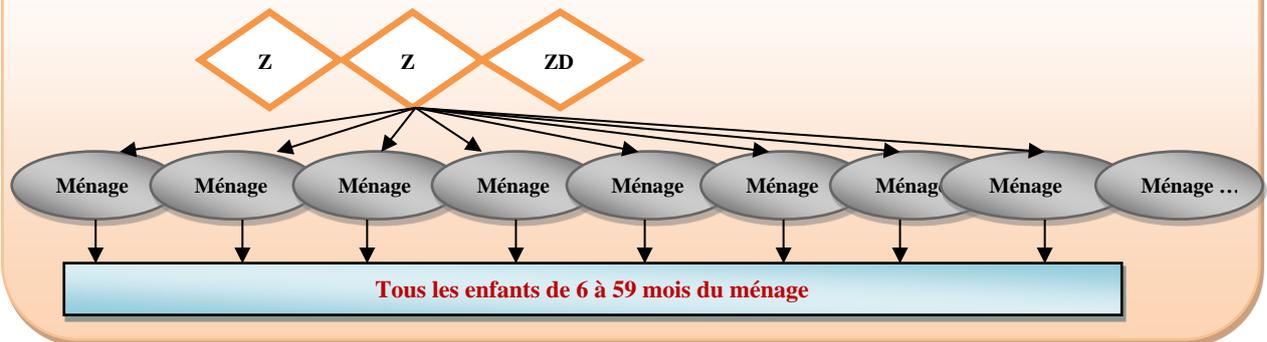
³ Un ménage éligible, est un ménage ayant au moins un enfant de 6 à 59 mois.

Schéma du plan d'échantillonnage

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



2^{ème} Degré : Sélection des ménages (10 ménages éligible par grappes), effectuée par les équipes sur le terrain à l'aide de l'application Random Number Generator



Pour l'enquête qualitative, les agents de santé et les distributeurs communautaires, ont également été sélectionnés.

♣ *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 ont été sélectionnés et enquêtés. Ainsi, au plus 154 agents de santé et 154 distributeurs communautaires ont été visés (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 est systématique. Il s'agit de l'agent PEV ou son adjoint si ce dernier a avait impliqué dans les activités de la campagne. En cas d'absence, de l'agent de santé et de son adjoint, la personne enquêtée, a été 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.

➤ **Distributeur communautaire**

Pour le choix des distributeurs communautaires dans un village ou un secteur, la sélection était basée sur la liste complète fournit par l'agent de santé. Ensuite le nom de chaque distributeur communautaire était écrit sur un bout de papier, placer ceci dans un récipient, puis demander à une personne au centre de santé d'en tirer un. Ainsi, les enquêteurs s'entretenaient 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- PREPARATION DE L'ENQUETE

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 pour intégrer les aspects liés au déparasitage 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 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 03 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 terminée par des jeux de rôles en utilisant des supports pédagogiques (présentation power point, manuel de l'enquêteur, exercices).

Pendant cette formation, des responsabilités ont été assignées. Les enquêteurs étaient chargés de collecter les données selon les instructions données et les considérations éthiques. Ils travaillaient sous la supervision et la direction des superviseurs. Les enquêteurs étaient responsables des données qu'ils collectaient.

IV -3 Organisation de la logistique

Une bonne planification et organisation sera essentielle pour le succès d'une enquête PECS. Tous les aspects de la logistique relative au travail sur le terrain seront 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 préparera 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 communiqueront 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 rendra sur le terrain, le chef d'équipe sera chargé de la gestion de la logistique et de transmettre des mises à jour quotidiennes au superviseur de l'enquête. Il l'informer si quelque chose d'inattendu se produisait.

IV-4 Pré tester les cartes de grappes

Il est important de tester la fiabilité des cartes des ZD. Avant le début de l'enquête, une équipe restreinte du comité de coordination (les superviseurs) ont effectué une mission exploratoire pour vérifier la qualité des cartes des ZD. 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.

Après les ZD, l'application développée pour la collecte, a également été testée par les enquêteurs et superviseurs avant la collecte proprement dite. Ce qui a permis d'améliorer le questionnaire et l'application développée et le mécanisme de contrôle de qualité mis en place.

V- COLLECTE DE DONNEES

La collecte a été effectuée par 13 équipes de 3 enquêteurs soit 39 enquêteurs et de 7 superviseurs. Elle s'est déroulée en deux phases:

Phase 1 : Contrairement à l'enquête d'évaluation de la campagne qui s'est tenue en juin 2019, pour cette étude, la collecte des données a commencé à dans les régions de Boké, Faranah, Kankan, Kindia et de Nzérékoré. Ces régions constituent la deuxième strate de l'enquête.

Phase 2 : Cette phase s'est déroulée dans la ville de Conakry sans la commune de Ratoma. Il s'agit de la première strate.

Dans chaque strate, les étapes suivantes étaient suivies :

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

♣ Recensement des ménages

Après la délimitation des ZD, la première étape consistait à recenser tous les ménages de chaque zone de dénombrement. La question sur le nombre d'enfants de 6 à 59 mois, permettait d'identifier les ménages éligibles parmi lesquels, 10 ménages étaient sélectionnés de manière aléatoire.

Pour chaque ménage recensé, un numéro d'identification était inscrit sur sa porte et sur le formulaire de recensement des ménages (voir annexe). Le numéro d'identification du ménage était composé :

- De lettres EC qui signifie **E**nquête de **C**ouverture ;
- 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

Image : Capture d'écran d'un tirage des 10 ménages éligibles à travers l'application RNG.



Après le dénombrement et la numérotation continue des ménages éligibles, l'application **RANDOM NUMBER GENERATOR**, était utilisée pour le tirage des 10 ménages par l'équipe parfois en présence du superviseur.

Les captures d'écran étaient effectuées pour garder les traces des tirages effectués. Le numéro attribué au ménage sera inscrit à la craie sur la porte du ménage ce qui facilitera la collecte de données et le contrôle de qualité qui sera effectué par les superviseurs par la suite.

V-2 Collecte de données sur le terrain

Cette étape a débuté après le déploiement des équipes. Elle a duré pendant 2 semaines environ. Les opérations de collecte se déroulèrent ainsi, du 03 au 15 février et du 17 au 20 février. Le 16 février 2020 était le jour de vote.

Afin de rester dans les délais, chaque équipe enquêtait en moyenne une ZD par jour (soit une moyenne de 10 ménages par jour par équipe de 3 enquêteurs). La collecte des données, se déroula en deux phases :

Phase 1 : Contrairement aux enquêtes précédentes, la première phase de la collecte se déroula dans les régions de l'intérieur du pays. Ce changement de stratégie de déploiement est dû à la situation sécuritaire du pays. Il est important de rappeler que cette enquête se passe pendant une période de tension liée aux élections et à la grève des enseignants.

Phase 2 : L'enquête s'est terminée dans la zone de Conakry. Les enquêteurs étant tous recrutés à Conakry, la phase 2, a permis aux enquêteurs et superviseurs d'être tous à Conakry pour les élections qui étaient prévues, le 16 février 2020 puis reportées au 1^{er} mars 2020.

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. L'utilisation des appareils mobiles a permis 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 par 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 les contrôles de cohérence.

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% sont 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. 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 sera aussi à sa charge. Ainsi, dans chaque localité le superviseur sélectionnera de façon aléatoire 1 ménage déjà enquêté et posera quelques questions essentielles du questionnaire ménage pour le contrôle de qualité. Le numéro d'identification des ménages inscrit sur la 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, étaient également effectuées par le comité de coordination. Ces missions permettaient 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 effectuait :

- **Un débriefing journalier téléphonique avec tous les superviseurs** : pendant ce débriefing chaque superviseur faisait :
 - Le point sur le nombre total de ménages recensés dans la ZD, le nombre de ménages éligibles et le nombre d'enfants touchés par chaque équipe ;
 - Les difficultés rencontrées par chaque équipe et les solutions apportées ;
 - L'agenda du prochain jour.
- **Un rapport journalier de la collecte** était transmis au comité de coordination.
- **Un rapport final de la collecte** des données collectées par superviseur était également transmis.

VI- Traitement des données

VI-1 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 extraites pour les analyses plus approfondies.

Avant les analyses approfondies, les données collectées, ont été apurées. Il a consisté à relever les incohérences, les données manquantes et les erreurs liées à la saisie des données sur les tablettes, la codification de la modalité « Autres à préciser ».

Pour l'apurement, le comité technique a planifié 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 sont consignés dans un registre de nettoyage. Tous les changements sont effectués sur SPSS ou STATA sans changer les valeurs dans la base de données originale. 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 DONNEES

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

Afin d'extrapoler les résultats à l'ensemble des ménages éligibles par strate et pour l'ensemble de la zone de l'étude, le coefficient de pondération a ainsi été calculé. Il s'agit du coefficient de pondération ajusté par rapport au taux de réponse et normalisé par rapport à la moyenne du coefficient de pondération par strate.

VII-2 Analyses statistiques

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

Les analyses approfondies ont été faites à l'aide des logiciels SPSS version et STATA, version 15.0, en vue d'obtenir les prévalences (IC à 95%). Ce qui 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.

Elles ont permis de produire les statistiques descriptives suivant la distribution des variables, conformément au plan d'analyse. Elles porteront 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%).

Par ailleurs, pour certaines variables, la modalité « **NE SAIT PAS** », sera spécifiquement analysée. Cette analyse permettra de faire des recommandations spécifiquement, allant dans le sens de l'amélioration des couvertures.

VII- RESULTATS DES ANALYSES

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 ;
- La couverture et le niveau de connaissance de la vitamine A et ses bienfaits ;
- La couverture et le niveau de connaissance du Mebendazole et ses bienfaits
- La perception de la population sur les produits administrés pendant la dernière campagne de 2019.

Ces rubriques ont permis de répondre aux objectifs de l'enquête.

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

Ménages enquêtés (n=1540)

Pendant la collecte des données, sur les 1540 ménages prévus, 1537 ont accepté de participer à l'enquête, soit un taux de participation de 99,8%. 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. Le taux de participation étant ainsi supérieur à 90% pour chaque strate, les données collectées peuvent donc assurer le niveau de représentativité.

Pour l'ensemble des ménages éligibles enquêtés, 2367 enfants ont été recensés soit 1,54 enfants éligibles par ménage. Il est important de rappeler que pour cette étude, seuls les ménages ayant au moins un enfant de 6 à 59 mois étaient éligibles. Ils étaient sélectionnés après le dénombrement de tous les ménages de la grappe à partir des informations sur la présence ou non des enfants de moins de 5 ans dans le ménage. Par strate, le nombre moyen d'enfants par ménage est plus élevé à l'intérieur du pays qu'à Conakry (1,66 à l'intérieur du pays contre 1,41 à Conakry). Selon le milieu de résidence, le nombre moyen d'enfants éligibles par ménage est de 1,73 et de 1,45 enfants pour les ménages vivant dans les zones urbaines.

Selon le milieu de résidence, on trouve plus d'enfants de 6 à 59 mois dans les ménages ruraux (1,89 enfants par ménage) que dans les ménages urbains (1,64 enfants par ménage) (voir tableau 2).

Pour les analyses, nous avons utilisés le coefficient de pondération ajusté et normalisé. Ce qui a permis d'extrapoler les résultats au niveau de l'ensemble des ménages éligibles par strate et de la zone de l'étude.

VII-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.

L'analyse des caractéristiques des personnes interrogées a porté sur le sexe du chef de ménage, l'âge, le niveau d'instruction, l'activité économique de la personne en charge ou gardien de l'enfant, le lien de parenté avec l'enfant, et le niveau de vie du ménage.

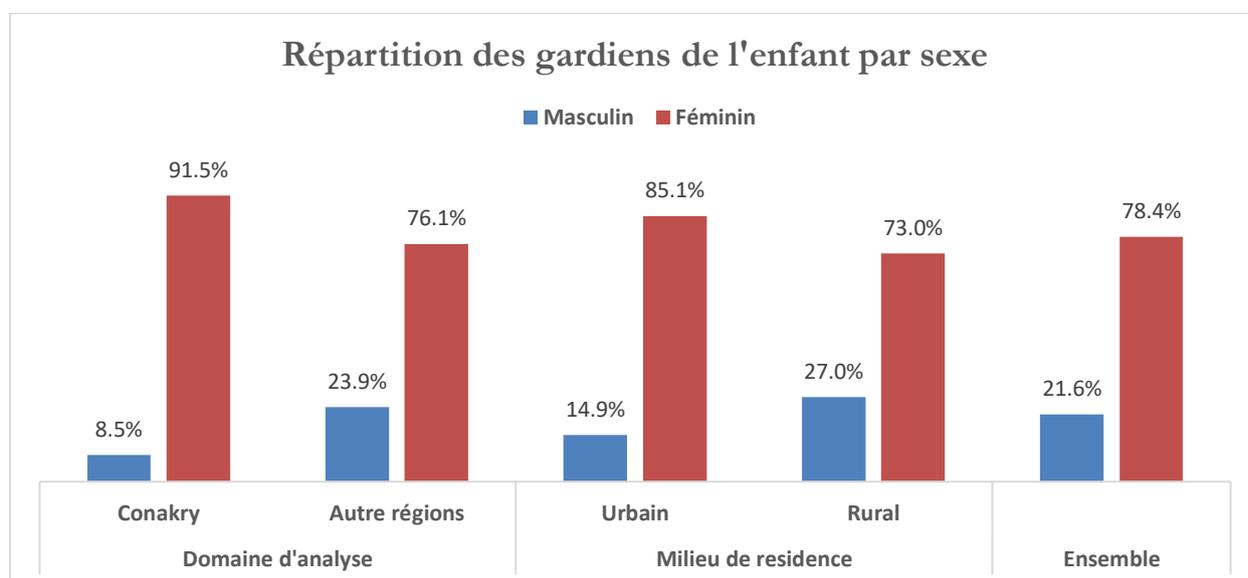
VII-1-1 Caractéristiques sociodémographiques

VII-1-1-1- Sexe de l'enquête

L'analyse de la question sur le sexe de l'enquête, a montré que dans l'ensemble, environ 78% des personnes interviewées, étaient des femmes contre 22% d'hommes. Les résultats par strate, montrent également la proportion des femmes interviewées est plus que celle des hommes. A Conakry, près de 91,5% des personnes enquêtées étaient des femmes contre 8,5% d'hommes. Dans l'ensemble des autres régions administratives, ces proportions sont 76% et 24% respectivement pour les femmes et pour les hommes.

Par milieu de résidence, les résultats du graphique montrent qu'en milieu urbain, 85% des personnes interrogées étaient des femmes contre 15% d'hommes. En milieu rural, la proportion de femmes interrogées est de 73% contre 27% de femmes.

Graphique 1 : Répartition des gardiens de l'enfant par strate et par milieu de résidence selon le sexe



VII-1-1-2-Age des enquêtés

Pendant la formation, un accent particulier a été mis sur la qualité des informations à collecter, qui pourrait être liée à l'âge du répondant. C'est pourquoi, une analyse spécifique de cette variable, s'avère importante.

Selon les résultats des analyses, la moyenne d'âge pour l'ensemble des strates est de 34,23 ans et l'âge minimum enregistré est de 19 ans. Une comparaison entre les différentes strates montre que la moyenne d'âge est plus élevée dans les autres régions (34,85 ans) qu'à Conakry (30,97 ans).

Par milieu de résidence, la moyenne d'âge est plus élevée en milieu rural (35,12 ans) qu'en milieu urbain (33,25 ans) (voir tableau 1). Ce qui montre une population des enquêtés relativement jeunes.

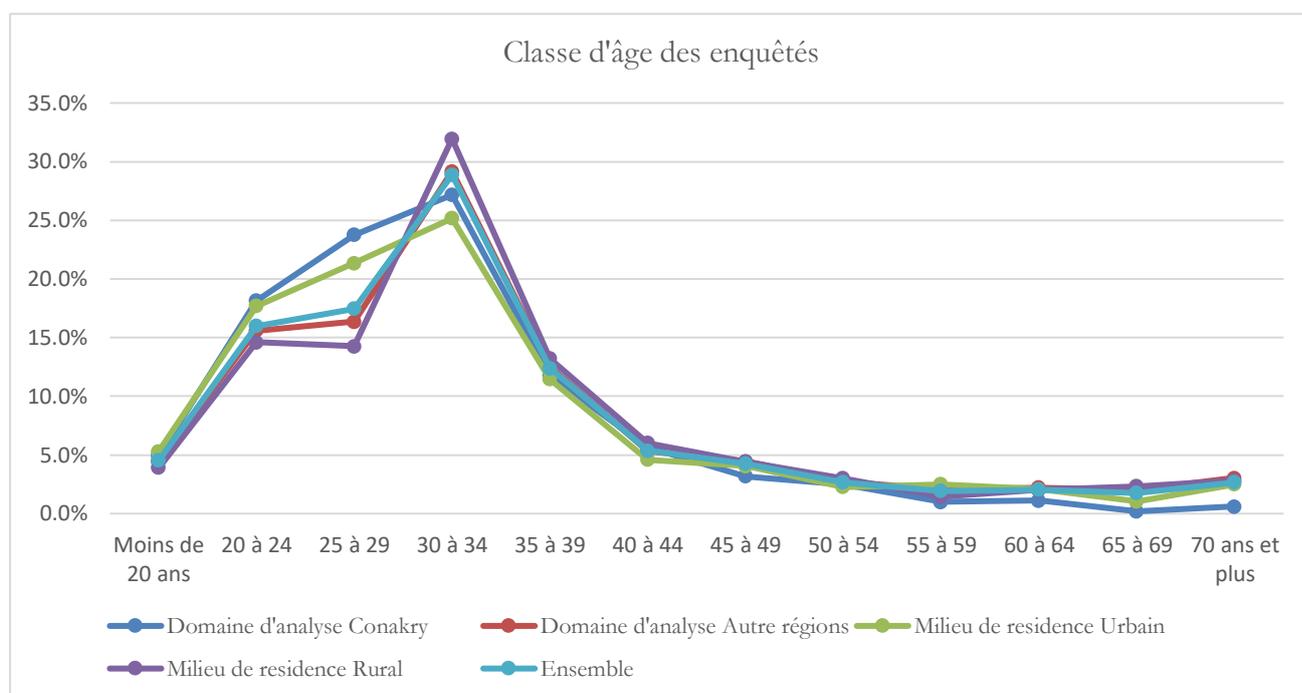
Tableau 1 : Moyenne d'âge des enquêtés par strate et par milieu de résidence.

Strate/Milieu de résidence		Age du répondant		
		Moyenne	95,0% LC inf pour Moyenne	95,0% LC sup pour Moyenne
Strate	Conakry	30,97	30,92	31,02
	Autre régions	34,85	34,81	34,88
Milieu de résidence	Urbain	33,25	33,21	33,30
	Rural	35,12	35,08	35,16
Ensemble		34,23	34,20	34,26

La moyenne étant un indicateur de tendance centrale, les classes d'âge ont été constituées pour analyser la distribution des enquêtés par classe d'âge comme le montre le graphique 2.

Selon ce graphique, quel que soit le milieu de résidence, ou la strate considérée, les proportions par classe suivent la même allure. Elles gardent une allure croissante et constante jusqu'à 30 et 34 ans avant de commencer à décroître de manière régulière également.

Graphique 2 : Répartition des enquêtés par classe d'âge quinquennale



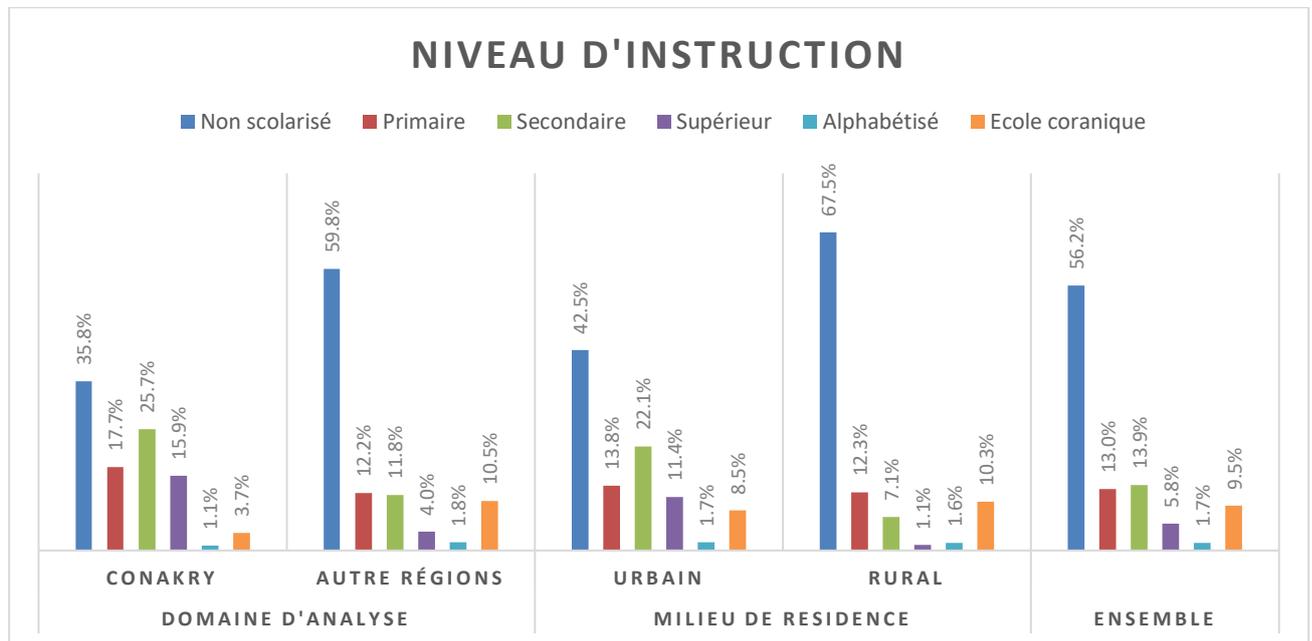
VII-1-1-3- Niveau d'instruction des personnes enquêtées.

Comme les autres caractéristiques des enquêtés, le niveau d'instruction reste un facteur très important dans l'analyse des faits sociaux. Il constitue l'un des moyens qui permettent d'améliorer les connaissances et de changer le comportement. C'est pourquoi, la question concernant le niveau d'instruction des gardiens des enfants ou du répondant, a été posée. L'analyse de cette question a montré que l'analphabétisme touche encore plus de la moitié des personnes enquêtées. Dans l'ensemble environ 56% des gardiens d'enfants, n'ont pas été scolarisés. La proportion des enquêtés n'ayant pas été scolarisés et plus élevée en milieu rural (68%) qu'en milieu urbain (43%).

Par strate, la proportion des enquêtés n'ayant aucun niveau d'instruction est de 60% contre 36% à Conakry.

Ces proportions élevées de personnes n'ayant aucun niveau d'instruction, pourraient constituer un frein à l'accessibilité aux connaissances et avantages de la supplémentation et du déparasitage.

Graphique 3 : Répartition des enquêtés par strate et par milieu de résidence selon le niveau d'instruction.



VII-1-1-4- Activité économique des enquêtés

L'activité économique qui est souvent la source de revenu, détermine le temps accordé à la vie de famille ou du ménage et son niveau de vie.

Pour l'ensemble de la zone d'enquête, selon le graphique 4, les femmes au foyer, les agriculteurs et les commerçants sont les plus nombreux parmi les personnes enquêtées. Leurs proportions sont respectivement 32%, 25% et 21%. Les personnes les moins touchées par cette étude, sont les retraitées, les sans emploi, les travailleurs du secteur public et ceux du secteur privé.

Les analyses détaillées par strate, ont montré qu'à Conakry les commerçants ont été plus touchés pour cette étude (39%), puis les femmes au foyer (29%) et les artisans (10%). La ville de Conakry étant urbaine, aucun agriculteur n'a été enquêté. Dans les régions de l'intérieur du pays, les femmes au foyer et les agriculteurs ont été les plus touchés. Ces deux catégories, constituent près de 63% (30% pour les agriculteurs et 33% pour les femmes au foyer). La proportion des commerçants est de 17% et celle des artisans est de 10%.

Par milieu de résidence, l'agriculture est l'activité dominante (44%) suivie par les femmes au foyer (34%) dans la zone rurale, alors dans le milieu urbain, le commerce est l'activité économique la plus pratiquée par les enquêtés (36%). Les femmes au foyer représentent. 33% des enquêtés (voir tableau 2).

Graphique 4 : Activité économique des enquêtés.

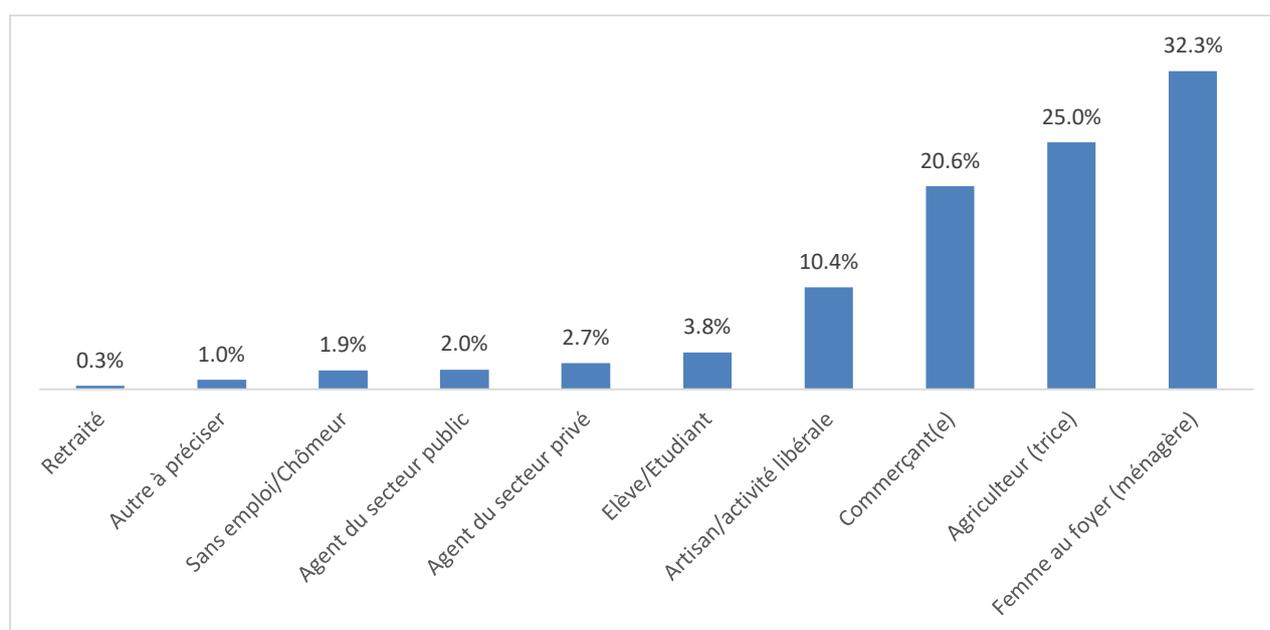


Tableau 2 : Répartition des enquêtés selon le domaine d'analyse et le milieu de résidence par Activité économique.

Activité principale du répondant	Eff pondéré des ménages éligibles	Domaine d'analyse		Milieu de résidence	
		Conakry	Autre régions	Urbain	Rural
Agent du secteur public	20108	3,7%	1,7%	3,1%	1,1%
Agent du secteur privé	26691	3,7%	2,5%	4,4%	1,2%
Commerçant(e)	206087	39,2%	17,3%	36,2%	7,7%
Agriculteur (trice)	250364	0,0%	29,5%	2,0%	44,1%
Femme au foyer (ménagère)	322768	28,5%	33,0%	30,7%	33,6%
Artisan/activité libérale	103728	10,3%	10,4%	12,5%	8,6%
Sans emploi/Chômeur	19453	6,5%	1,1%	3,5%	0,7%
Retraité	3271	0,1%	0,4%	0,4%	0,3%
Elève/Étudiant	37627	6,5%	3,3%	6,2%	1,8%
Autre à préciser	9523	1,5%	0,9%	1,0%	0,9%

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

L'indice de bien-être du ménage est un indicateur composite issu de plusieurs autres indicateurs. 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.

Mais il faut signaler que les variables utilisées pour le calcul de cet indicateur souvent, favorise le milieu urbain car la plupart des biens demandés, sont possédés par les ménages qui vivent dans les zones urbaines.

VII-1-2 Habitudes, comportements face aux services de santé

L'étude des comportements de recours aux soins s'articule autour de deux notions complexes : la notion de maladie et la notion de soins. Au regard des problèmes de santé publique, l'étude des comportements de recours aux soins en cas de maladies chez l'enfant, revêt un double intérêt. Les études de comportements de recours aux soins constituent, une source de connaissance nécessaire à l'élaboration des stratégies de lutte contre les maladies⁴. C'est pourquoi, les habitudes et comportements adoptés face aux services de santé en cas de maladies d'un membre du ménage surtout les enfants qui constituent une cible vulnérable, ont été évalués. Il s'agit de la fréquentation des services de santé pour des soins en cas de maladie ou pour bénéficier de la vaccination, de la supplémentation en vitamine A ou du suivi de la croissance.

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

La fréquentation des structures sanitaires en cas de maladie, est un phénomène largement pratiqué en Guinée. Dans l'ensemble, 97% des ménages éligibles fréquentent les structures sanitaires en cas de maladie d'un membre du ménage. Parmi les structures sanitaires, les centres de santé et poste de santé publics sont les plus fréquentés car ils constituent le dernier niveau des structures sanitaires et sont dans toutes les sous-préfectures et districts. Ils sont plus proches de la population.

La proportion des enquêtés, qui fréquentent les structures sanitaires est plus élevé en milieu urbain est de 99% contre 96% en milieu rural. Par strate, presque tous les ménages interrogés à Conakry, fréquentent les structures sanitaires, contre 97% des ménages éligibles vivant dans les régions de l'intérieur du pays.

Il est important de mentionner qu'en milieu rural, une proportion non négligeable (4%), font recours encore aux tradipraticien pour les soins de santé.

Tableau 3 : Répartition des ménages éligibles selon le lieu fréquenté pour les soins de santé par strate et par milieu de résidence.

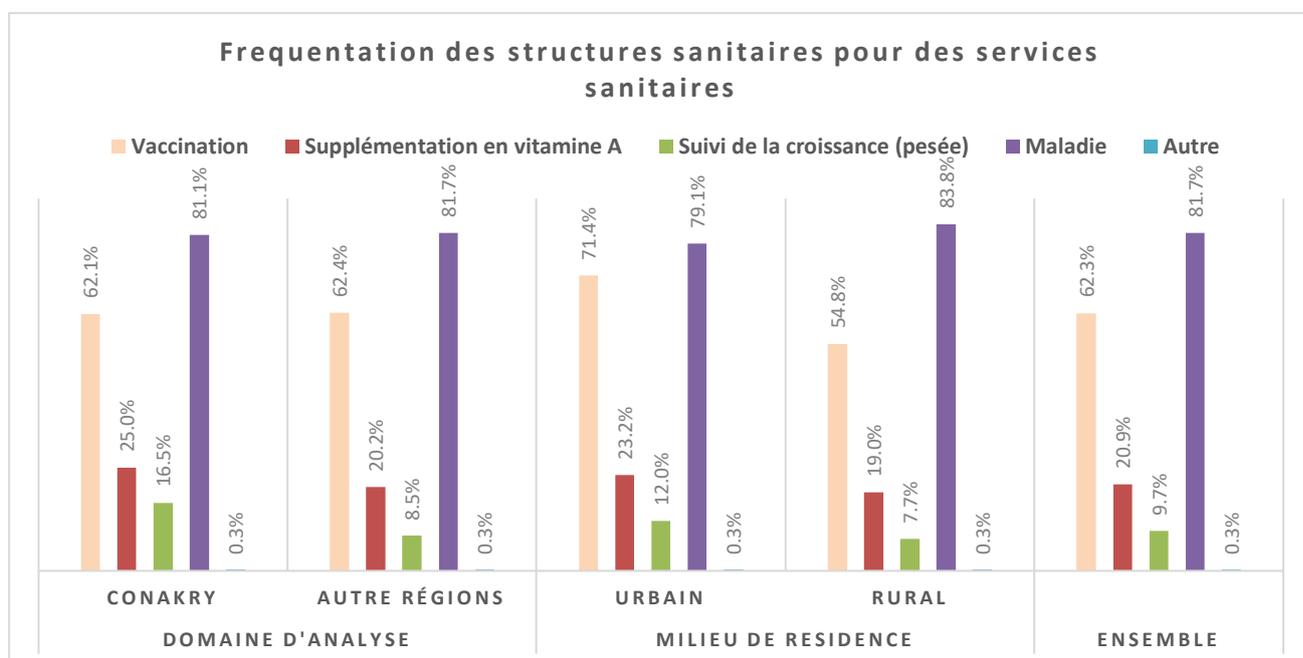
Où vous vous rendez le plus souvent pour obtenir des soins médicaux	Effectif des ménages éligibles	Domaine d'analyse		Milieu de résidence		Total
		Conakry	Autre régions	Urbain	Rural	
Hôpital/CHU	55518	18,6%	3,2%	11,7%	0,5%	5,6%

⁴Aurélien FRANCKEL «LES COMPORTEMENTS DE RECOURS AUX SOINS EN MILIEU RURAL AU SENEGAL : le cas des enfants fébriles à Niakhar », 2004 disponible sur <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00195109/document>

CMC	42967	12,1%	2,9%	7,3%	1,8%	4,3%
Centre de santé/poste de santé public	760389	43,7%	81,8%	59,1%	90,1%	76,1%
Centre de santé/poste de santé privé	62731	14,0%	4,9%	10,7%	2,6%	6,3%
Cabinet/clinique privée	50894	11,1%	4,0%	10,3%	0,8%	5,1%
STRUCTURE DE SANTE	972499	99,5%	96,9%	99,1%	95,8%	97,3%
Pharmacie	2892	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
Tradipraticien	24229	0,2%	2,8%	0,6%	3,9%	2,4%
Vendeur ambulant	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Autre	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Selon le graphique ci-dessous, c'est en cas de maladie que la plupart des ménages fréquentent les structures de santé. Il constitue la première raison de fréquentation des structures sanitaires. La seconde raison est liée à la vaccination des enfants.

Graphique 5 : Fréquentation des structures sanitaires pour des services de soins



VII-1-3. Caractéristiques des enfants enquêtés

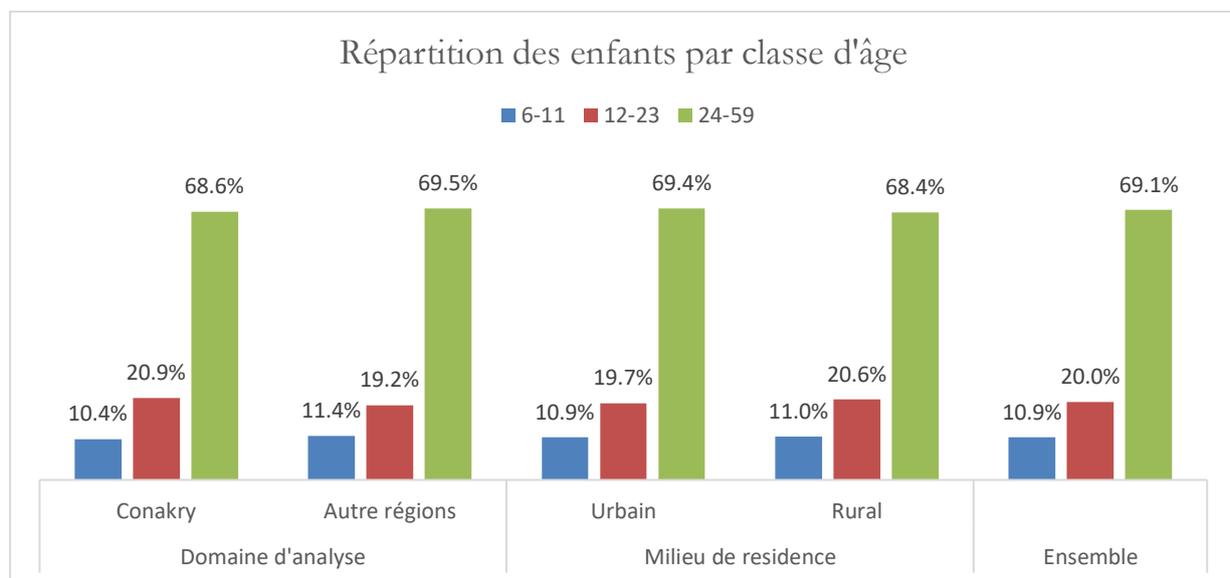
La connaissance des caractéristiques des enfants enquêtés, permet de les classer selon le sexe, la classe d'âge, le lien de parenté entre l'enfant et le répondant, etc.

VII-1-3-1. Connaissance de la date de naissance des enfants, classe d'âge des enfants

La dose de la vitamine A et la prise du déparasitage, dépendent de l'âge de l'enfant. C'est pourquoi, la question sur la connaissance de la date de naissance des enfants, a été posée et analysée. Selon les analyses de cette question, seulement 28% des personnes ayant un enfant éligible, connaissent la date de naissance réelle leur enfant. Pour les autres enfants, les âges ont été estimés. Ainsi, 3 classes d'âge, ont été créées.

Selon les résultats du graphique 6, la répartition des enfants par classe d'âge, a révélé que la proportion des enfants ayant l'âge compris entre 24 et 59 mois, est la plus élevée. Pour l'ensemble, parmi les enfants enquêtés, 69% ont l'âge compris entre 24 et 59 mois. Ceux de 12 à 23 mois, représentent 19% et la proportion de ceux de 6 à 11 mois, est de 12%. Cette tendance est observée aussi à Conakry et à l'intérieur du pays, en milieu rural et urbain.

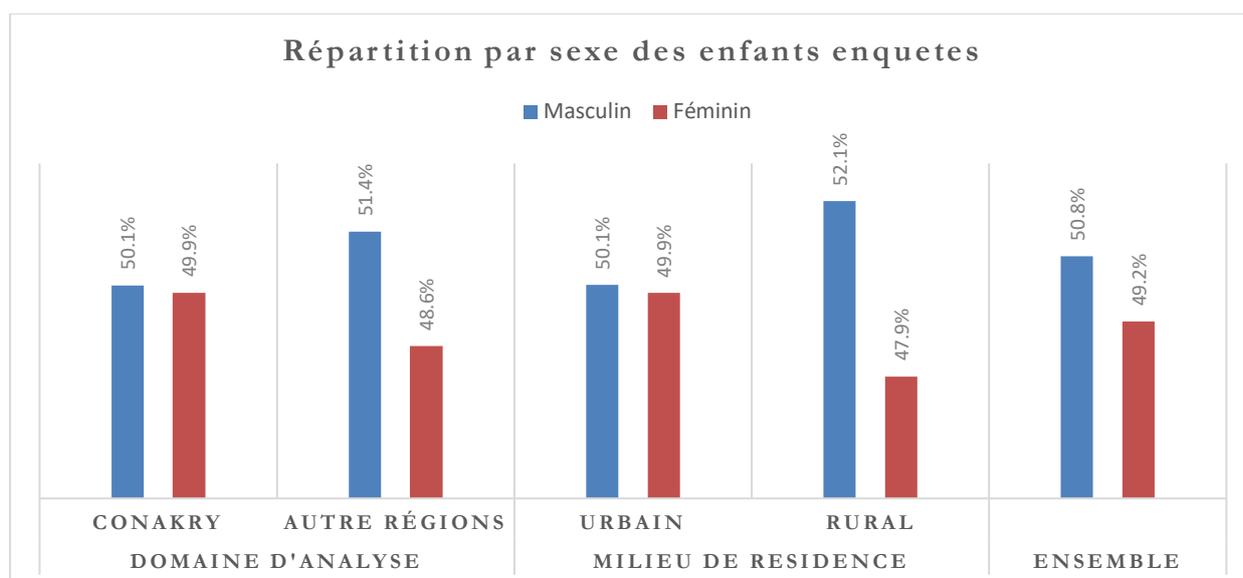
Graphique 6 : Classe d'âge des enfants par strate et par milieu de résidence.



VII-1-3-2. Répartition des enfants par sexe.

La répartition des enfants par sexe montre que la proportion des garçons est légèrement plus élevée que celle des filles (51% de garçons contre 49% de filles) pour l'ensemble des zones de l'étude. La tendance constatée pour l'ensemble de la zone d'étude, se confirme également dans les différentes strates, en zone rurale et urbaine.

Graphique 7 : Répartition des enfants selon le sexe par strate et par milieu de résidence.



VII-1-3-3. Lien de parenté avec l'enfant.

Le lien de parenté détermine la relation entre l'enfant et la personne en charge de l'enfant ou le répondant. Pour la plupart des cas, ce sont les mères des enfants qui ont été enquêtés, comme il l'avait recommandé pendant la formation. Pour l'ensemble environ 62% des enquêtés, étaient les mères des enfants contre 16% de père. Les tantes et les grand-mères représentaient respectivement 8% et 6%.

A Conakry, près de 70% des enquêtés, étaient les mères des enfants. Cette proportion est de 61% à l'intérieur du pays. Par zone de résidence, 66% en milieu urbain et 59% en milieu rural, étaient les mères des enfants concernés par l'enquête.

La proportion élevée des mères parmi les personnes interviewées, pourrait être un élément d'appréciation de la qualité des données qui sont liées à la vie de l'enfant. Car ce dernier est très souvent avec sa mère.

Tableau 4 : Répartition des enfants par strate et par milieu de résidence selon le lien de parenté

Lien de parenté avec l'enfant	Effectif total pondéré	Strate		Milieu de résidence		Ensemble
		Conakry	Autre régions	Urbain	Rural	
		%	%	%	%	
Père	254595	4,4%	17,3%	9,6%	20,2%	15,6%
Mère	1014251	69,7%	61,1%	66,2%	59,1%	62,2%
Oncle	25278	1,8%	1,5%	1,0%	2,0%	1,5%
Tante	121827	8,9%	7,3%	9,9%	5,6%	7,5%
Tuteur	5859	0,9%	0,3%	0,8%	0,0%	0,4%
Tutrice	9917	1,2%	0,5%	1,0%	0,3%	0,6%
Grand-père	40422	1,0%	2,7%	1,7%	3,1%	2,5%
Grand-Mère	95920	6,4%	5,8%	5,9%	5,8%	5,9%
Servante	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Autre	63166	5,8%	3,6%	3,9%	3,8%	3,9%

Pendant les campagnes organisées, l'objectif ultime visé, est de toucher le maximum d'enfants de la tranche éligible. Pour y arriver, plusieurs mesures dont la communication et la sensibilisation des ménages ont été prises. A ces mesures, s'ajoute également la formation des agents de santé et des distributeurs communautaires qui constituent le maillon opérationnel.

La réussite de la mise en œuvre des stratégies mises en place, se traduirait en partie à travers la proportion d'enfants ayant bénéficié des produits distribués (Vitamine A et le Mebendazole).

VII-1-4. Couverture de l'administration de la vitamine A et du Mebendazole.

Pendant cette campagne, deux produits ont été distribués. Il s'agit :

- de la vitamine A qui concernait les enfants de 6 à 59 mois ;
- et du Mébendazole pour les enfants de 12 à 59 mois.

VII-1-4-1. Couverture de l'administration de la vitamine A

Comme définit dans les documents de planification, la population cible pour la vitamine, est celle ayant l'âge compris entre 6 et 59 mois au moment de la campagne.

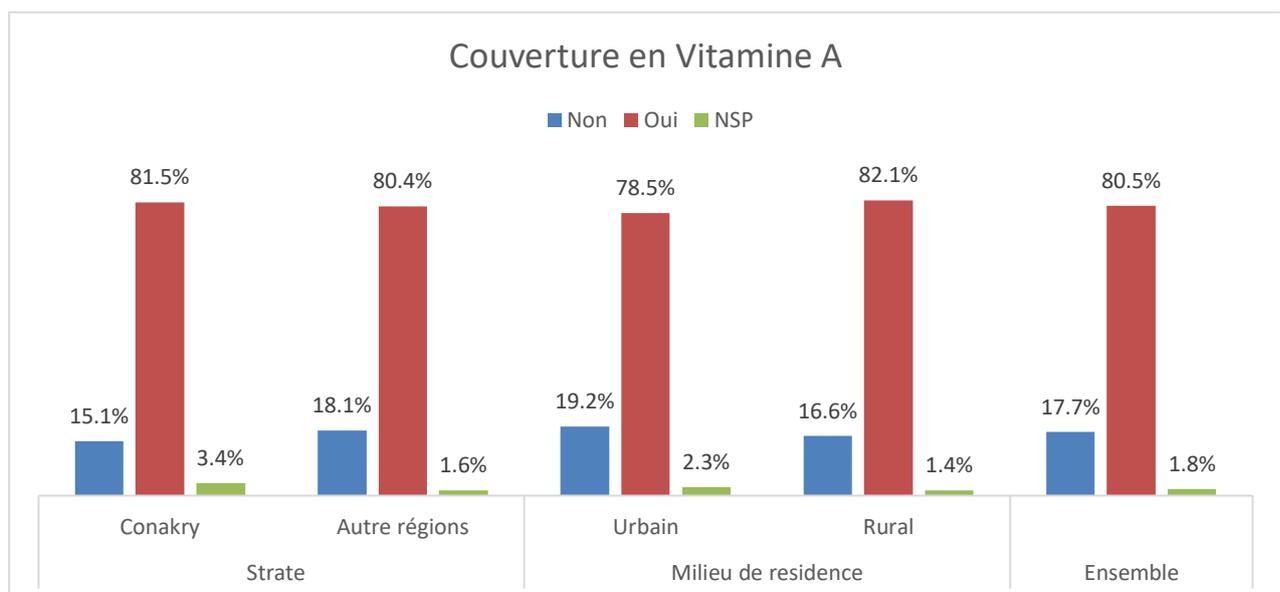
Selon les résultats des analyses, près de 81% des enfants éligibles ont reçu de la vitamine A.

Par milieu de résidence, nous constatons que la proportion des enfants vivant dans les zones urbaines ayant reçu de la vitamine A est plus faible que ceux vivant dans les zones rurales. Dans les zones urbaines, près 79% des enfants éligibles ont reçu de la vitamine alors que dans les zones rurales, cette proportion est de 82%

Par strate, la couverture à Conakry est légèrement plus élevée que celle des autres régions. Elle est de près de 82% à Conakry contre 80% pour les autres régions.

Il est important de mentionner qu'une proportion non négligeable des personnes enquêtées surtout à Conakry et dans les zones urbaines, ont déclaré ne pas savoir si l'enfant avait reçu ou non de la vitamine A. Ces proportions sont de 3% et de 2% respectivement à Conakry et dans les zones urbaines.

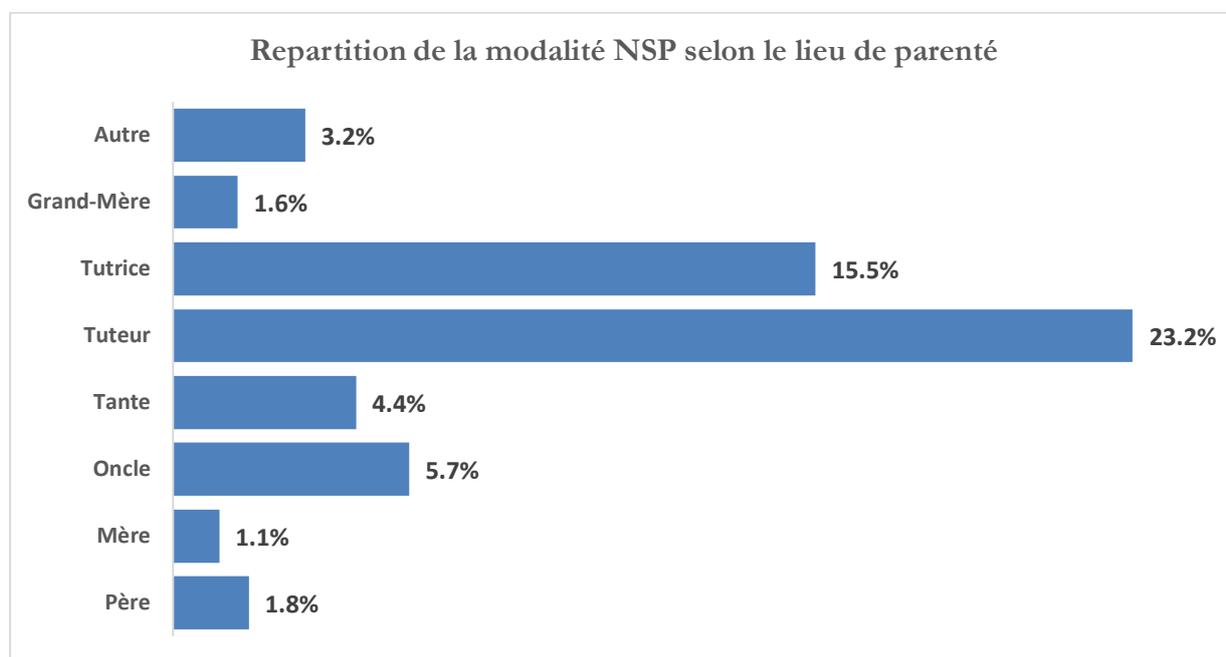
Graphique 8 : Taux de couverture en Vitamine A par strate et par milieu de résidence.



Les analyses croisées effectuées entre le lien de parenté entre le répondant et l'enfant et le taux de couverture, ont montré un lien significatif au seuil de 5% entre ces deux entités. En effet, la proportion

de « NE SAIT PAS » est plus élevée chez les autres parents de l'enfant que chez les parents biologiques comme le montre le graphique ci-dessous. Chez les tuteurs ou tutrices de l'enfant, les proportions de NSP sont respectivement 23% et 16%. Pour les tantes et les oncles, ces valeurs sont respectivement 4% et 6%. Ces proportions sont faibles quand il s'agit des parents biologiques de l'enfant.

Graphique 9 : Repartition de la modalité NSP selon le lieu de parenté



VII-1-4-2. Couverture selon les caractéristiques de l'enfant et ses parents.

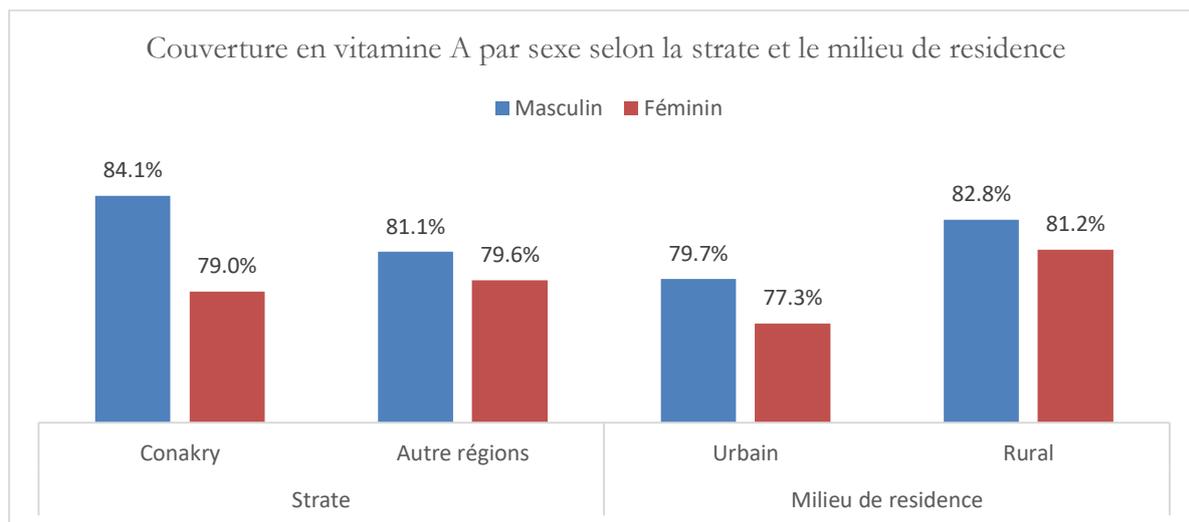
Afin de comprendre la variation des taux de couverture, les analyses selon les caractéristiques des enfants et de ses parents, ont été effectuées.

VII-1-4-2-1 Taux de couverture en vitamine A et le sexe des enfants.

Afin d'apprécier les couvertures par sexe, les analyses croisées ont été effectuées entre le sexe et la prise de la vitamine A. Les résultats de ce croisement ont montré que quel que soit le niveau d'analyse considéré, la couverture chez les garçons est plus élevée que celle observée au niveau des filles. Mais l'écart est plus important à Conakry. Dans cette région, 84% des garçons éligibles, ont reçu la vitamine A. Cette proportion est de 79% chez les filles. Dans les autres régions, environ 81% et 80% respectivement des garçons et des filles, ont reçu la vitamine A.

Par milieu de résidence, 80% chez les garçons et 77% chez les filles vivant dans la zone urbaine et 83% chez les garçons et 81% chez les filles vivant dans la zone rurale, ont reçu la vitamine A.

Graphique 10 : Couverture en vitamine A par sexe selon la strate et le milieu de résidence.



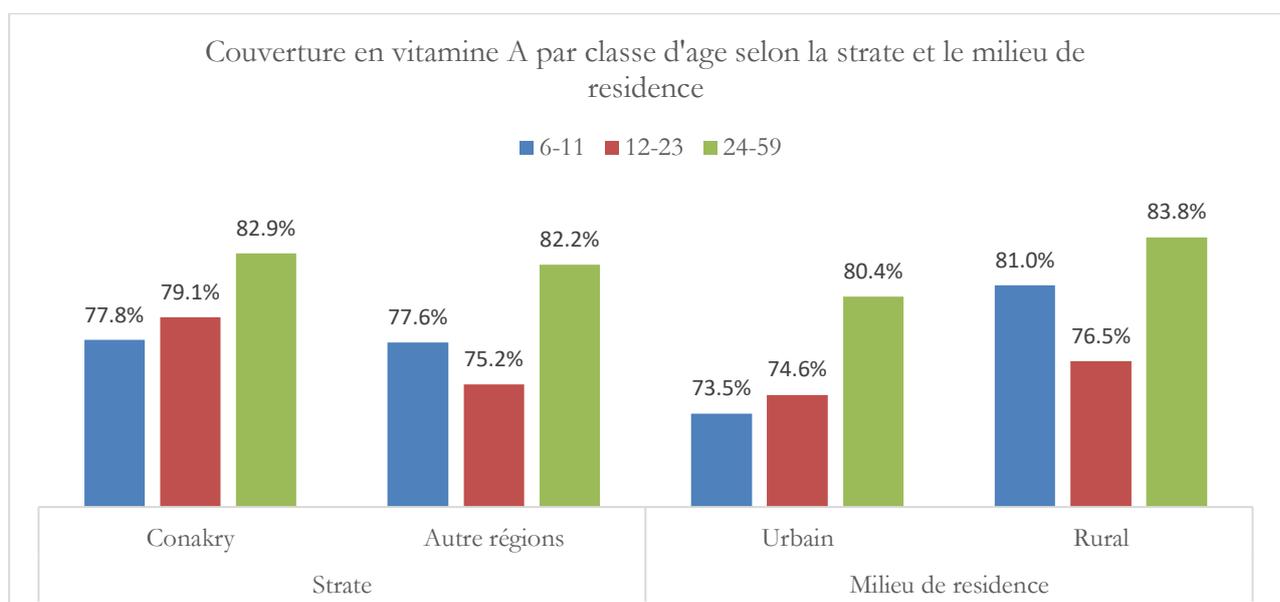
VII-1-4-2-2 Taux de couverture en vitamine A et la tranche d'âge des enfants.

Pour classer les couvertures en fonction du groupe d'âge, trois (3) classes d'âge ont été constituées. Les analyses ont montré qu'à Conakry et dans le milieu urbain, les couvertures en vitamine A augmentent avec l'âge de l'enfant. A Conakry, ces couvertures sont 79% pour les enfants de 6 à 11 mois et ceux de 12 à 23 mois et de 83% pour les enfants de 24 à 59 mois. Dans les zones urbaines, 74% ; 75% et 80% respectivement pour les enfants de 6 à 11 mois, 12 à 23 mois et 24 à 59 mois, ont pris de la vitamine A.

Il est important de préciser que les résultats du milieu urbains pourraient être influencés par ceux de la région de Conakry qui est une zone urbaine.

Dans les autres régions et en milieu rural, la couverture en vitamine A, est plus élevée chez les enfants âgés de 24 à 59 mois et plus faible chez ceux âgés de 12 à 23 mois. Dans la zone rurale, Elle est de 84% pour les premiers et de 77% pour les derniers. Pour ceux de 6 à 11 mois, la couverture en vitamine A est de 81%.

Graphique 11 : Couverture en vitamine A par classe d'âge selon la strate et le milieu de résidence



VII-1-4-2-4 Taux de couverture en vitamine A et indice de connaissance sur la santé des enfants.

Etant un indicateur composite, l'indice de connaissance sur la santé des enfants permet de mesurer le niveau de connaissance et des pratiques liées à la santé des enfants. L'amélioration de la connaissance des facteurs liés à la santé des enfants, pourrait aider à augmenter la couverture en vitamine A.

Selon les résultats du tableau 5, les plus faibles couvertures en vitamine, ont été enregistrées parmi les parents n'ayant aucune connaissance ou qui ne connaissent qu'un seul facteur sur la santé des enfants.

Bien que variable entre Conakry et les autres régions administratives, et entre les milieux urbains et ruraux, l'indice de connaissance sur la santé de l'enfant a une influence significative au seuil de 5% sur la couverture en vitamine A.

Tableau 5 : Répartition des enquêtés par strate et par milieu de résidence selon l'indice de connaissance sur la santé des enfants.

Indice de connaissances sur la santé des enfants	Strate		Milieu de résidence	
	Conakry	Autre régions	Urbain	Rural
Aucune connaissance	73,4%	67,1%	69,5%	66,9%
Connait un seul	77,9%	69,7%	67,8%	73,3%
Connait deux	83,6%	80,0%	75,2%	85,2%
Connait trois	79,1%	84,1%	82,9%	83,8%
Connait quatre	94,4%	93,9%	89,0%	97,4%
Connait Cinq	77,7%	91,0%	93,3%	87,4%
Connait Six	97,4%	93,2%	98,9%	91,9%
Connait Sept	93,2%	97,1%	98,5%	95,5%
Connait huit	100,0%	82,1%	79,6%	100,0%

VII-1-4-3. Couverture de l'administration du Mebendazole.

Pendant la deuxième campagne de l'année 2019 qui s'est déroulée en décembre, en plus de la vitamine A, le déparasitant, ont également été distribués aux enfants de 12 à 59 mois. Afin d'apprécier la couverture, cet indicateur a été évalué (voir tableau ci-dessous).

Selon les résultats du tableau ci-dessous, 71% des enfants de 12 à 59 mois, ont reçu le mebendazole pendant la seconde campagne de 2019, contre 24% qui ne l'ont pas reçu. Parmi les personnes interrogées, environ 4% ont mentionné qu'elles ne savent pas si l'enfant avait pris ou non du mebendazole.

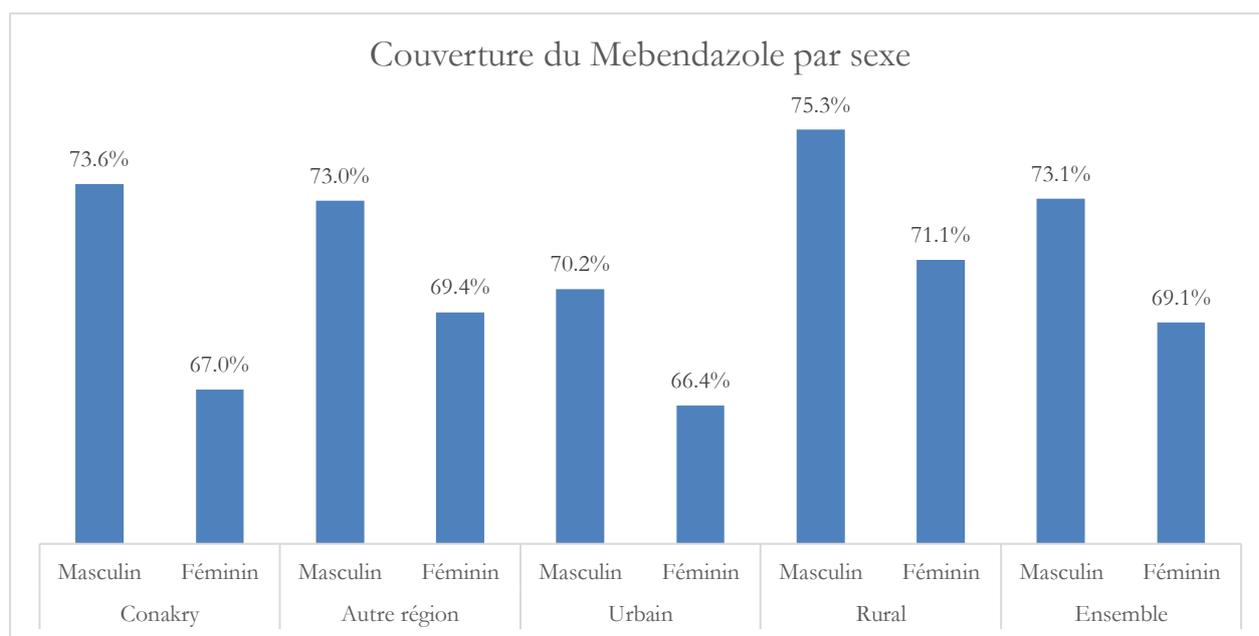
Tableau 6 : Répartition des enfants de 12 à 59 mois par strate et par milieu de résidence selon la couverture en mebendazole.

Strate et milieu de résidence		Total enfants de 12 à 59 mois	Couverture en déparasitage					
			Non		Oui		NSP	
			Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Domaine d'analyse	Conakry	187700	40168	21,4%	131948	70,3%	15585	8,3%
	Autre régions	1243827	309529	24,9%	886734	71,3%	47563	3,8%
Milieu de résidence	Urbain	617523	155252	25,1%	422205	68,4%	40066	6,5%
	Rural	814004	194445	23,9%	596478	73,3%	23081	2,8%
Ensemble		1 431 527	349697	24,4%	1018682	71,2%	63148	4,4%

VII-1-4-3-1. Couverture en Mebendazole et le sexe de l'enfant

Comme la vitamine A, les analyses entre les couvertures en Mebendazole et le sexe de l'enfant, ont été effectuées. Selon les résultats de ces analyses, d'une manière globale, les couvertures enregistrées chez les filles sont significativement plus faibles que celles des garçons (au seuil de 5%). Dans l'ensemble, 73% des enfants garçons âgés de 12 à 59 mois, ont reçu le déparasitant. Cette proportion est de 69% chez les filles.

Graphique 12 : Couverture du mebendazole par sexe



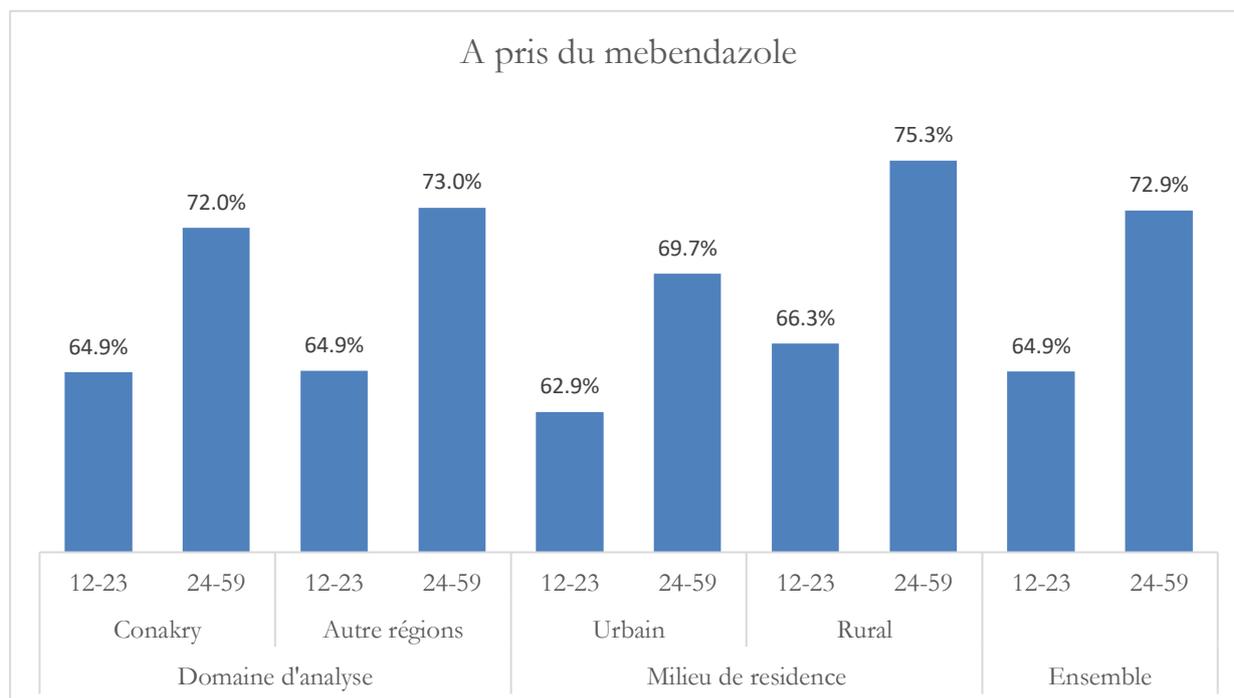
VII-1-4-3-2. Couverture en Mebendazole et l'âge de l'enfant

Pour les enfants de 12 à 59 mois, deux classes d'âge ont été créées pour des fins d'analyse. Ce qui permet de comparer les couvertures pour ces deux classes d'âge. Ainsi, nous constatons que les couvertures sont plus élevées chez les enfants de 24 à 59 mois quel que soit le milieu de résidence ou la strate. Cette différence constatée est significative au seuil de 5%.

Pour l'ensemble, près de 73% des enfants de 24 à 59 mois ont reçu la vitamine A, alors que ceux de 12 à 23 mois, la couverture était de 65%. L'écart entre ces deux classes d'âge est plus important en milieu rural et plus faible en milieu urbain. Dans la zone rurale, la couverture chez les enfants de 24 à 59 mois

est de 75% contre 66% pour les enfants de 12 à 23 mois. Dans la zone urbaine, la couverture est de 70% pour les enfants de 24 à 59 mois et de 63% pour les enfants de 12 à 23 mois.

Graphique 13 : Couverture du mebendazole par classe d'âge.



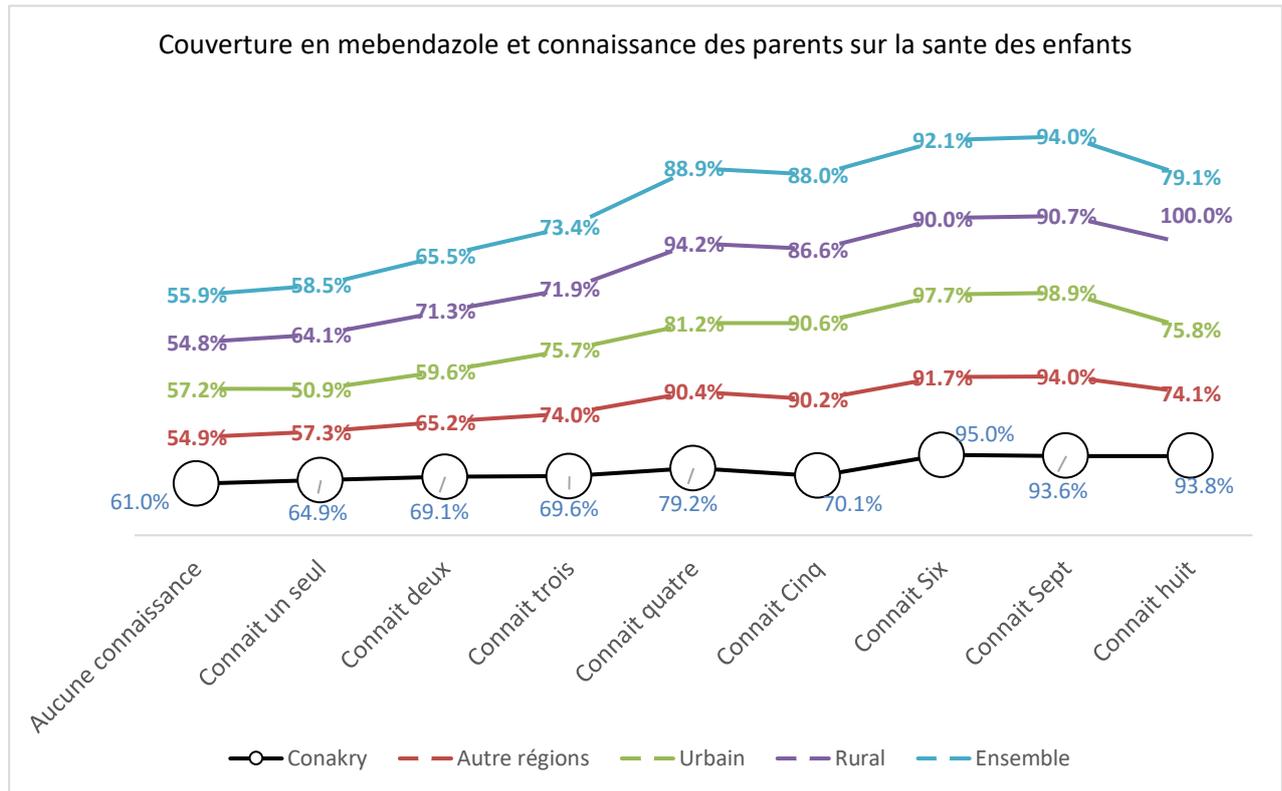
VII-1-4-3-3. Couverture en Mebendazole et l'indice de connaissance des parents sur la santé des enfants.

L'indice de connaissance sur la santé de l'enfant également semble avoir une influence significative sur la prise du déparasitant par les enfants, au seuil de 5%. Car pour le calcul de l'indice, les connaissances sur le déparasitage sont également évaluées. La couverture en mebendazole croit d'une manière générale avec l'indice de connaissance sur la santé de l'enfant comme le montre le graphique ci-dessous.

Dans l'ensemble, ces couvertures vont de 55,9% pour les enfants des parents n'ayant aucune connaissance sur la santé de l'enfant à 94% pour les enfants de ceux qui connaissent les sept (7) paramètres avant de décroître à 79% pour les enfants de ceux qui ont une connaissance parfaite.

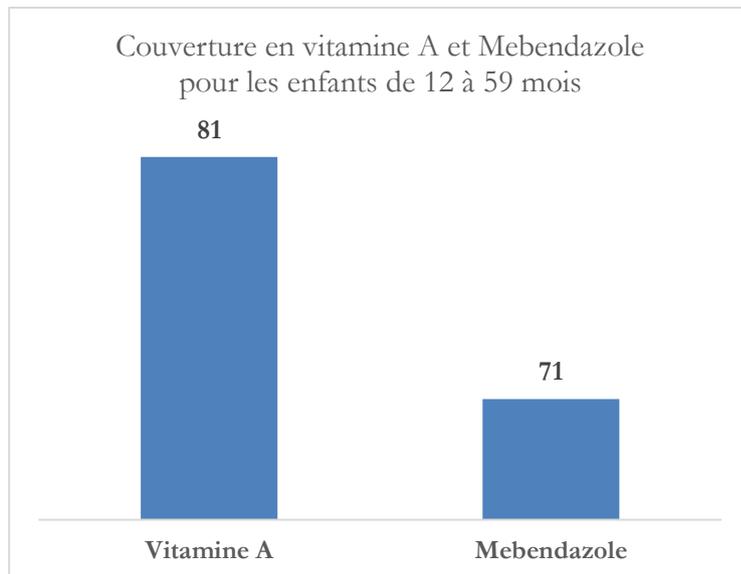
En faisant une comparaison entre les parents qui n'ont aucune connaissance sur la santé de l'enfant, la proportion des enfants ayant pris du mebendazole, est plus faible dans les régions de l'intérieur et en milieu rural (près de 55%).

Graphique 14 : Couverture en Mebendazole en fonction de la connaissance des parents sur la santé des enfants.



VII-1-4-4. COUVERTURE EN VITAMINE A ET MEBENDAZOLE.

Graphique 15 : Comparaison entre les couvertures en Vitamine A et en Mebendazole pour les enfants de 12 à 59 mois.



Pendant cette campagne, les enfants de 12 à 59 mois, devaient recevoir la dose de la vitamine A et celle du Mebendazole à la fois. Ce qui donnerait, les mêmes taux de couverture. Mais selon le graphique ci-dessous, la couverture en Vitamine A (81%) est significativement plus élevée que celle du Mebendazole (71%) pour le même groupe d'âge.

Ceci pourrait s'expliquer par :

- la rupture du Mebendazole ;
- les problèmes liés à l'estimation de l'âge de l'enfant.

VII-1-4-5. Lieu de prise des produits

La question sur le lieu de prise des médicaments, avait été posée aux parents des enfants ayant pris au moins un des médicaments distribués. Comme définit dans la stratégie, pour cette campagne, la distribution porte à porte avait été retenue. Cette stratégie a été utilisée dans une large mesure dans les zones de l'étude. Dans l'ensemble, 79% des enfants ayant reçu les produits, les ont pris à la maison. Par ailleurs, malgré ces efforts fournis et ces recommandations, des points de distributions ont également été mis en place. Selon les informations du tableau 7 ; 7% et 6% respectivement ont pris des médicaments dans les centres de santé et d'autres endroits du village ou du quartier.

L'analyse par milieu de résidence et par strate, a également montré qu'en plus de la stratégie porte à porte, des points de distribution ont été mis place.

Tableau 7 : Répartition des enfants ayant pris de Mebendazole par strate et par milieu de résidence selon le lieu de prise des produits.

Lieu de prise des produits	Strate				Milieu de résidence				Ensemble	
	Conakry		Autre régions		Urbain		Rural			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Ici à la maison	161283	93,8%	876992	77,2%	489680	88,8%	548595	72,6%	1038274	79,4%
A la maison du RC/DC	0	0,0%	9616	0,8%	4244	0,8%	5372	0,7%	9616	0,7%
Centre de santé du village	3057	1,8%	89804	7,9%	10458	1,9%	82403	10,9%	92861	7,1%
Au centre de santé hors du village	339	0,2%	5593	0,5%	949	0,2%	4983	0,7%	5932	0,5%
Ecole/ mosquée/ église	1845	1,1%	34699	3,1%	17005	3,1%	19539	2,6%	36544	2,8%
Rue/marché	180	0,1%	9342	0,8%	1930	0,4%	7592	1,0%	9522	0,7%
Autre endroit au village/quartier	2834	1,6%	77046	6,8%	16040	2,9%	63840	8,4%	79880	6,1%
Autre endroit hors du village	154	0,1%	7062	0,6%	5627	1,0%	1589	0,2%	7216	0,6%
Ne sait pas	296	0,2%	0	0,0%	296	0,1%	0	0,0%	296	0,0%
Autre, préciser	1941	1,1%	25411	2,2%	5117	0,9%	22235	2,9%	27352	2,1%
Total	171928	100,0%	1135565	100,0%	551345	100,0%	756148	100,0%	1307493	100,0%

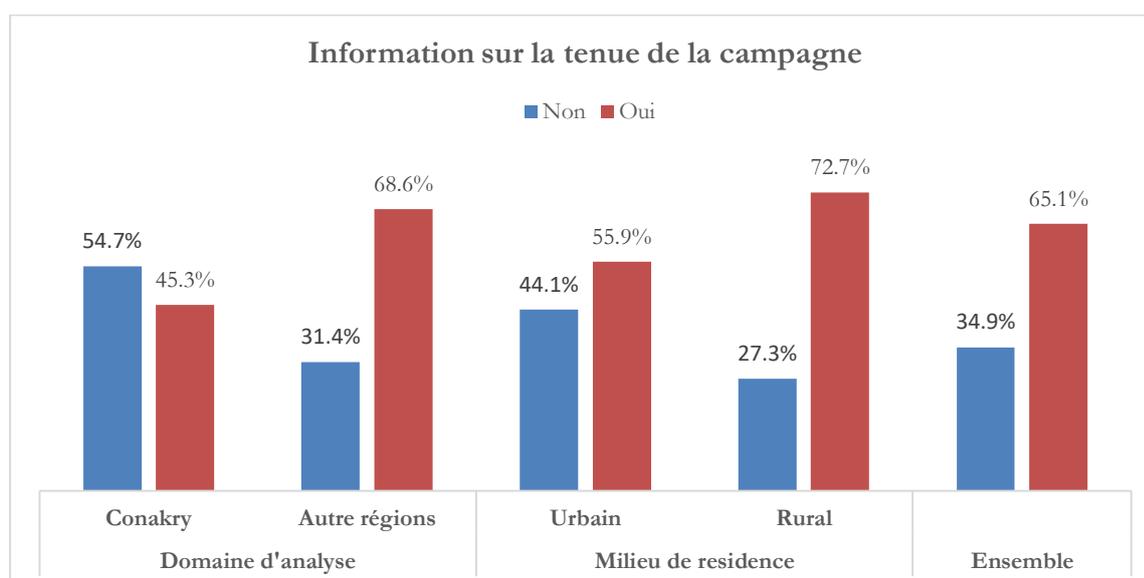
VII-1-4-6. Information des ménages sur la campagne d'administration de la vitamine A et du Mébendazole.

Pendant la phase de planification de la campagne, le comité technique a élaboré un message, qui a été transformé en spots d'information en français et en langues nationales.

Ces spots TV et radio ont été diffusés à travers les radios et télévisions avant et pendant la campagne. Ils ont permis d'informer les populations sur la tenue et les différentes prestations offertes. La diffusion de ces spots a été appuyée par le travail des crieurs publics, des COSAH, des leaders communautaires et religieux dans les communautés (rapport synthèse de la campagne).

La communication, sensibilisation et l'information sur la tenue d'un évènement, est un facteur très important de sa réussite. La mesure de la portée de l'accessibilité à l'information, a été évaluée comme le montre le graphique ci-dessous. Selon ce graphique, 65% des personnes interrogées, avaient été informées de la tenue de cette campagne. Par strate, environ 45% et 69% des enquêtés respectivement à Conakry et à l'intérieur du pays, ont affirmé avoir été informés de la tenue de la campagne. Ces proportions sont de 73% en milieu rural et de 56% en milieu urbain.

Graphique 8 : Information sur la tenue de la campagne



Pour cette campagne, plusieurs canaux d'information ont servi de moyen de communication. Parmi ces sources, les cinq sources les plus citées varient en fonction des zones. Dans l'ensemble, les agents de santé constituent la première source d'information. Ils sont suivis par les crieurs publics, les mobilisateurs, les ASC et les radios.

A Conakry par exemple, les cinq premières sources par ordre d'importance sont la télévision, les radios, les agents de santé, par le canal d'une autre personne déjà informée et les mobilisateurs sociaux. Dans les autres régions, les agents de santé constituent le principal canal par lequel les parents ont été informés de la tenue de la campagne. Ils sont suivis par les crieurs publics, les mobilisateurs sociaux, les ASC et les radios.

Par zone de résidence, les agents de santé constituent la première source d'information par laquelle, la population est informée de la tenue de la campagne aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. La deuxième source d'information est la radio en milieu urbain tandis qu'en milieu rural, les crieurs publics constituent la deuxième source d'information.

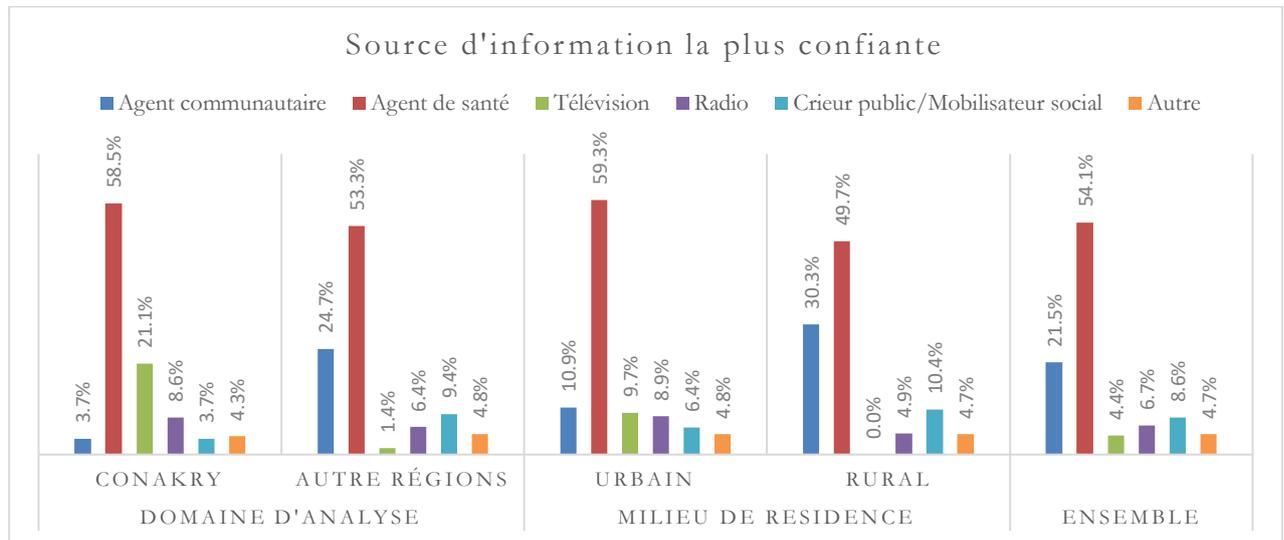
Tableau 8 : Répartition des enquêtés informés de la tenue de la campagne par strate et par milieu de résidence par moyens de communication.

	Domaine d'analyse		Milieu de résidence		Ensemble
	Conakry	Autre régions	Urbain	Rural	
Crieurs publics	5,7%	32,3%	15,1%	38,7%	29,5%
Mobilisateurs	16,7%	26,2%	28,1%	23,3%	25,2%
Agents de santé	30,9%	39,8%	37,6%	39,7%	38,9%
ASC	8,1%	25,1%	12,2%	30,4%	23,3%
Volontaire	1,4%	1,7%	0,8%	2,2%	1,6%
Par une autre personne	28,8%	14,6%	23,9%	11,2%	16,1%
Radios	39,6%	19,1%	33,5%	13,4%	21,2%
Télévision	55,1%	2,5%	19,4%	0,7%	8,0%
Affiches	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,1%
Leaders d'opinions	5,1%	10,9%	8,7%	11,3%	10,3%
Autres	0,3%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%

Parmi ces canaux, la plus confiante concernant la santé des enfants, selon les parents interrogés, les agents de santé constituent la source d'information la plus confiante quel que soit le niveau d'analyse

considéré. La deuxième la plus confiante à Conakry est la télévision. Dans les autres régions, dans la zone urbaine et rurale, les agents communautaires constituent la deuxième source d'information la plus confiante. Il est important de préciser ces agents de santé et les agents communautaires, sont en contact direct avec la population qui bénéficie les services de santé. Ce qui crée un climat de confiance.

Graphique 9 : Source d'information la plus confiante

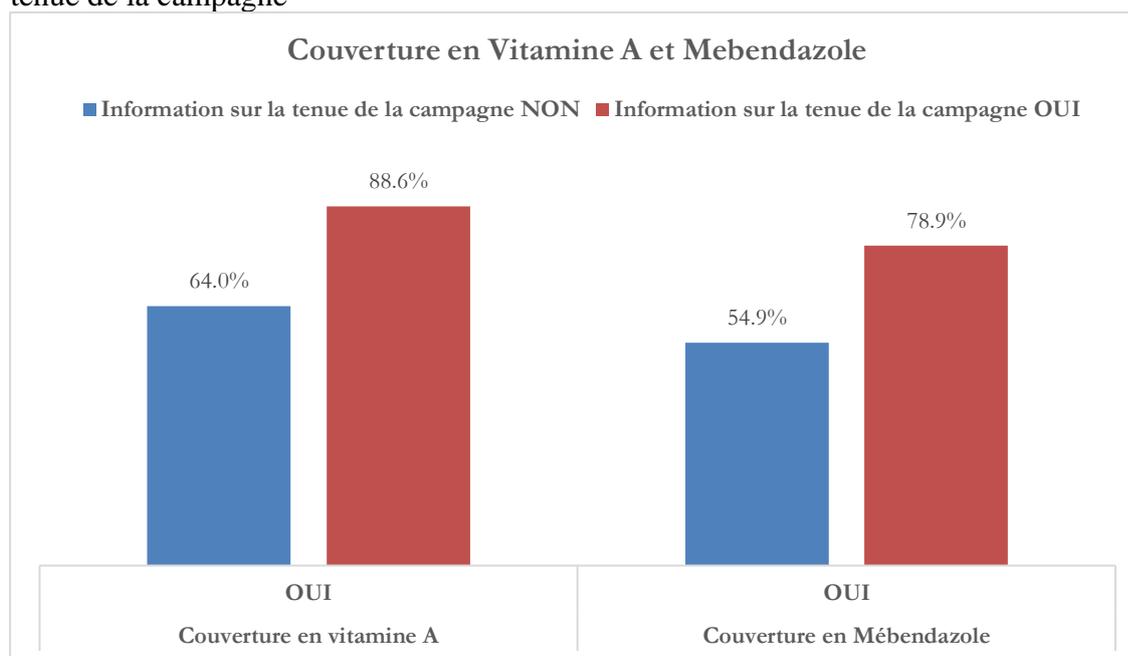


VII-1-4-7. Information sur la tenue de la campagne et couverture en Vitamine A et Mebendazole.

La mise en place d'une stratégie de communication avant et pendant les campagnes de distribution, a pour objectif d'informer le maximum de ménages pour toucher le maximum d'enfants éligibles. C'est pourquoi des tests de significativité ont été effectués pour déduire si la communication a une influence significative sur la prise de la vitamine A ou du mebendazole. Selon ce test, la différence de couverture entre les enfants des parents ayant été informés de la tenue de la campagne et ceux dont les parents n'avaient pas eu l'information, est bien significative au seuil de 5% quel que soit le produit considéré.

Selon le graphique 9, près de 89% des enfants ayant pris la vitamine A ont des parents qui avaient été informés de la tenue de la campagne, contre 64% pour les enfants dont les parents n'avaient pas été informés. Pour le mebendazole, ces couvertures sont de 79% des enfants dont les parents étaient informés de la tenue de la campagne, contre 55% pour les enfants dont les parents n'avaient pas été informés.

Graphique 9 : Couverture en Vitamine A et Mebendazole et accessibilité à l'information sur la tenue de la campagne



VII-1-5-Comparaison entre les taux administratifs des JVA et ceux de l'enquête

Après la campagne, les statistiques sont produites par l'administration sanitaire pour mesurer les indicateurs de couvertures par district sanitaire et pour tout le pays. Ce qui lui permet de prendre des mesures pour les campagnes futures.

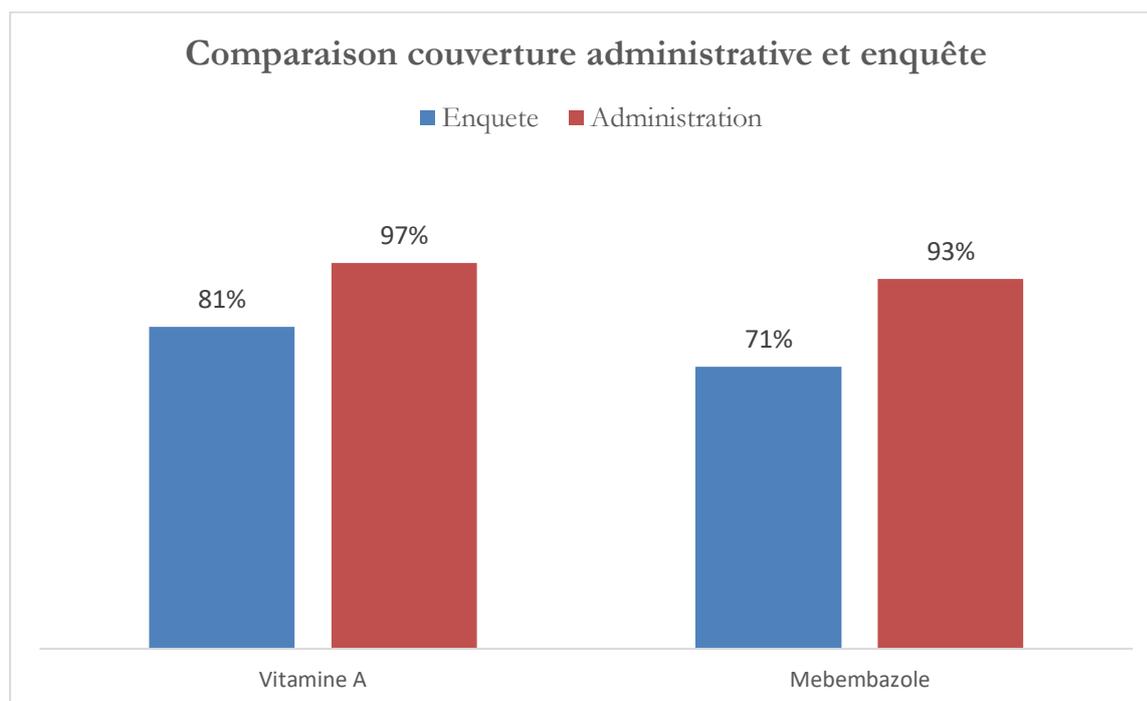
Selon les résultats fournis par l'administration sanitaire, en considérant toutes les régions administrations de la Guinée, 97% des enfants ont été supplémentés et 95% des enfants de 12 à 59 mois, ont reçu du Mebendazole.

Il est important de rappeler que pour cette étude, les régions de Labé et de Mamou avaient été exclues à cause des manifestations du FNDC et de l'insécurité qui prévalaient dans ces régions. La couverture nationale administrative sans ces deux régions reste presque la même. Elle est de 97% pour la vitamine A et de 93% pour le Mebendazole (voir graphique 10).

A Conakry, la couverture administration pour la vitamine A est de 91%. L'enquête PEC effectuée avait montré que près de 82% des enfants de 6 à 59 mois avaient été supplémentés. Quant au déparasitage, sa couverture est de 95% selon l'administration sanitaire et de 70% selon l'enquête PEC.

En tenant compte des intervalles de confiance produit à 95%, les couvertures administratives sont en dehors de ces valeurs. Ce qui montre qu'elles sont significativement différentes des couvertures obtenues après l'enquête.

Graphique 10 : Comparaison taux de couverture administrative et d'enquête.



VII-1-6- Raison de non prise des produits pendant la campagne

La non prise des produits pendant la campagne peut être liée à plusieurs raisons. Même si la stratégie porte à porte a été suivie par endroit, le manque de passage des agents distributeurs dans les ménages, est la première raison citée. Il a été mentionné par près de 37% des ménages ayant au moins un enfant éligible. La deuxième raison est l'absence des enfants à la maison pendant le passage des DC (20%). Ces deux raisons, ont été les plus évoquées aussi bien à Conakry, dans les autres régions administratives, en milieu rural que dans le milieu urbain.

D'autres raisons comme le manque d'information sur la campagne et le refus de donner des produits aux enfants ont également été citées.

Pour le cas spécifiques des refus, malgré les campagnes de sensibilisation, le refus reste encore une des raisons les plus évoquées par les ménages éligibles. Selon le graphique 30, la proportion des cas de refus est plus élevée à Conakry (près de 11%) que dans les autres régions administratives (6%).

Tableau 9 : Répartition des enquêtés informés de la tenue de la campagne par strate et par milieu de résidence par moyens de communication.

Raison de non prise des médicaments	Conakry	Autres régions	Urbain	Rural	Ensemble
L'enfant n'était pas dans le ménage pendant la campagne	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
L'enfant était absent	23,2%	20,1%	19,1%	21,5%	20,4%
Les agents ne sont pas passés	26,7%	38,2%	36,1%	37,5%	36,9%
Les agents ne sont plus repassés	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Non informé	6,4%	4,7%	6,4%	3,7%	4,9%
L'enfant était malade	0,4%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Refus,	10,9%	6,4%	10,4%	4,2%	7,0%
Manque de produits	7,1%	8,6%	6,1%	10,3%	8,4%
Ne sait pas/ne se rappelle plus	21,1%	15,8%	14,6%	17,8%	16,4%
Autre, préciser	4,1%	6,1%	7,0%	5,0%	5,9%

L'enquête auprès des ménages a permis d'une part, d'obtenir des taux de couverture en vitamine A et en Mébendazole par strate et par milieu de résidence. Elle a également permis de désagréger ces couvertures selon les caractéristiques des enfants et des ménages dans lesquels ils habitent et d'identifier les raisons de la non prise des produits distribués pendant la campagne.

Après la campagne, l'administration sanitaire a produit des statistiques, pour évaluer la couverture. Ces couvertures ont été comparées aux couvertures obtenues après l'enquête d'évaluation de couverture.

D'autre part, elle a également permis d'évaluer les stratégies de communication utilisées pendant la campagne et le niveau de connaissance des parents sur le bénéfice de la supplémentation de la vitamine A et du Mebendazole.

Par ailleurs, pour garantir la qualité des services rendus pendant les campagnes de masses, l'évaluation des agents de santé et des distributeurs communautaires s'avère nécessaire car ils constituent le maillon important dans la mise en œuvre des stratégies mises en place. C'est pourquoi, en plus de l'enquête effectuée auprès des ménages, une collecte de données a également été menée auprès des agents de santé et les distributeurs communautaires.

VII-2 Résultats de l'enquête auprès des agents de santé

VII-2-1 Description de l'échantillon

Pour rappel, dans chaque ZD sélectionnée, un agent de santé s'il y avait un centre de santé était à enquêter. Ainsi, au plus 154 agents de santé, avaient été visés pour cette enquête (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 sera effectué.

Après l'enquête, au total 82 agents de santé sur 154, ont été enquêtés soit une couverture de 53% dans l'ensemble comme le montre le tableau 2.1.

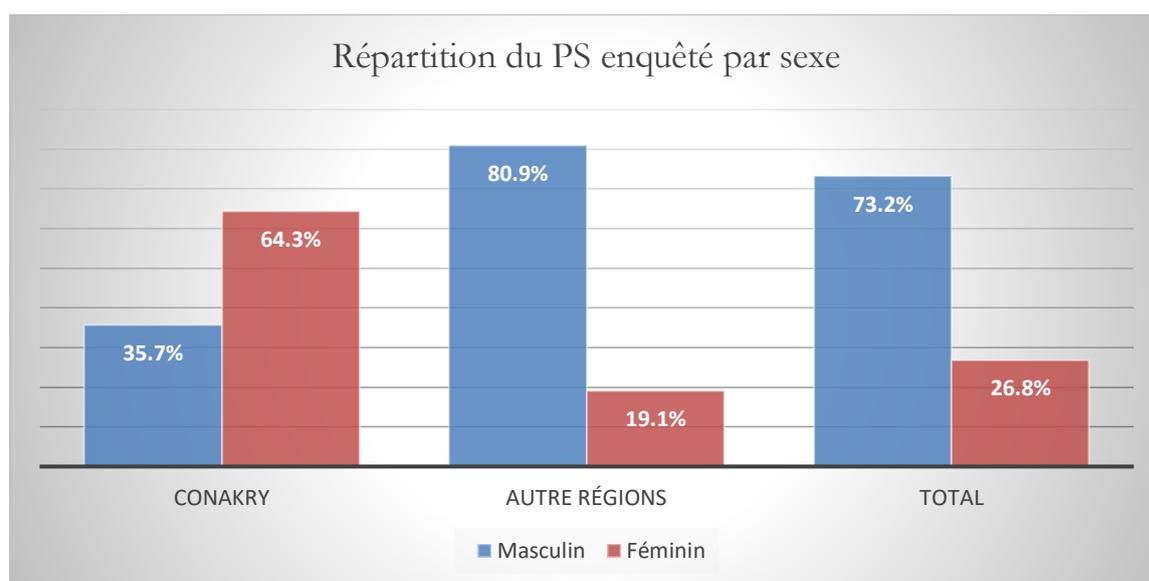
Tableau PS1 : Description de l'échantillon.

Strate	Nombre PS prévus	Nombre de PS enquêtés	Couverture
Conakry	77	14	18,18%
Autres régions	77	68	88,31%
Total	154	82	53,25%

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

Parmi les agents de santé enquêtés, dans l'ensemble, près de 27% étaient des femmes contre 73% d'hommes. Mais à Conakry, la proportion d'hommes interviewés est plus élevée que celle des femmes (64% contre 36%). En revanche, dans les régions de l'intérieur, 19% des enquêtés, étaient des hommes contre 81% de femmes.

Graphique PS1 : Répartition des enquêtés selon le sexe par strate

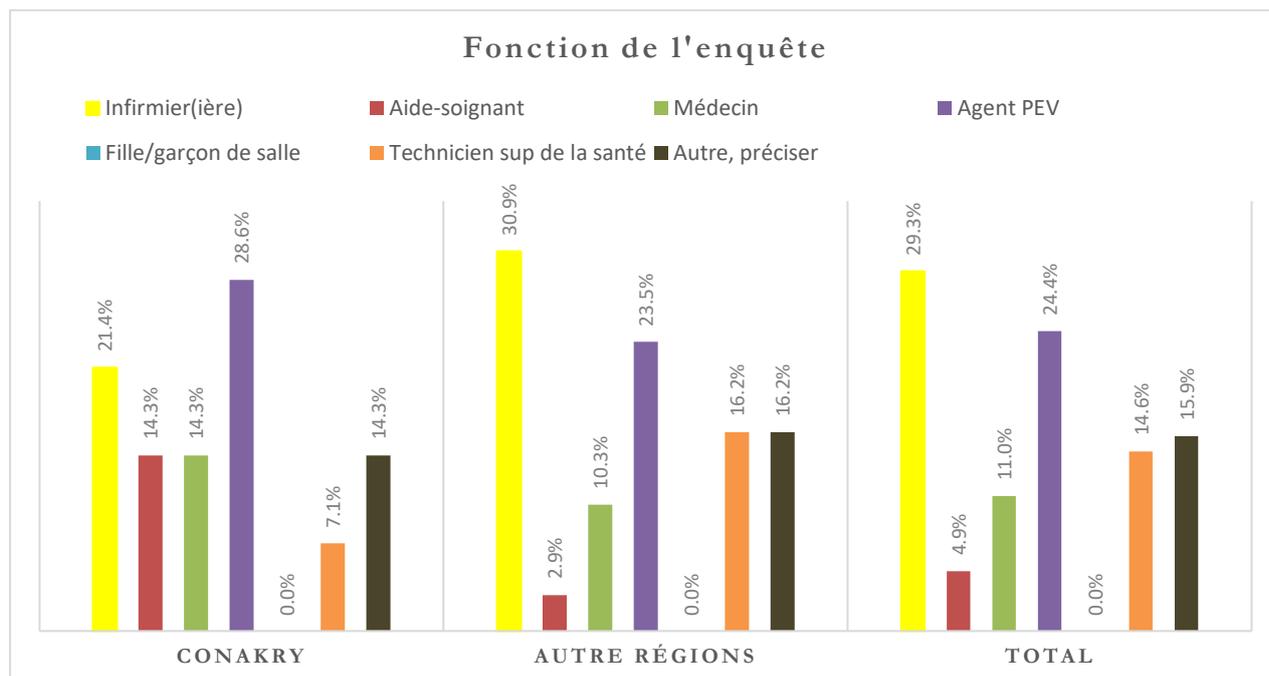


VII-2-3. Fonction dans la formation sanitaire.

Selon les résultats du graphique ci-dessous, dans l'ensemble la plupart des enquêtés étaient des infirmiers et des agents PEV. A Conakry, ce sont les agents PEV qui ont été plus enquêtés. Leur proportion est de 29% contre 21% pour les infirmiers. Dans les autres régions, les infirmiers ont été les plus interviewés (31%) suivis par les agents PEV (24%).

Quant au nombre d'années d'expérience dans le domaine médical, nous constatons que dans l'ensemble la moyenne est de 12 ans avec une moyenne plus élevée à Conakry (15 ans) contre 11 ans pour les agents qui sont à l'intérieur du pays.

Graphique PS2 : Répartition des enquêtés selon la fonction par strate.



VII-2-4. Formation reçue sur la vitamine A et le déparasitage.

Selon le rapport synthèse de la campagne, une fiche technique a été mise à la disposition des districts sanitaire pour la formation des superviseurs et des distributeurs à raison d'un jour par catégorie avant la campagne.

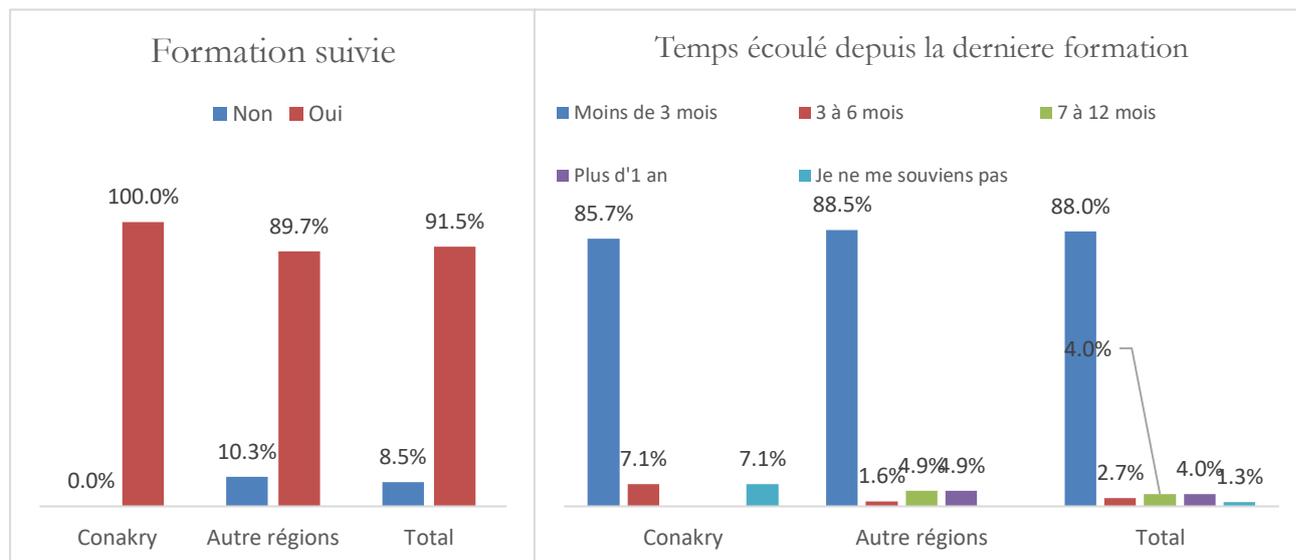
Cette formation a été faite en cascade :

- ✓ Les superviseurs régionaux et des districts ont formé les chefs de centres ;
- ✓ Les équipes de distribution ont été formées par les chefs de centres sous la supervision des équipes de district, des superviseurs centraux et des partenaires.

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 dans l'ensemble, près 92% des agents de santé interrogés, ont affirmé avoir une formation sur la vitamine A et de déparasitage contre 8% qui n'ont pas suivi de formation. A Conakry, tous les agents de santé interrogés, ont affirmé avoir suivi une formation sur la vitamine A et/ou sur le déparasitage. Cette proportion est de 90% à l'intérieur du pays.

Parmi ceux qui ont suivi la formation, 88% ont affirmé que le temps écoulé depuis cette formation est de moins de 3 mois. Ces proportions sont 86% et 89% respectivement à Conakry et à l'intérieur du pays.

Graphique PS4 : Formation sur la vitamine A et le temps écoulé depuis la dernière formation

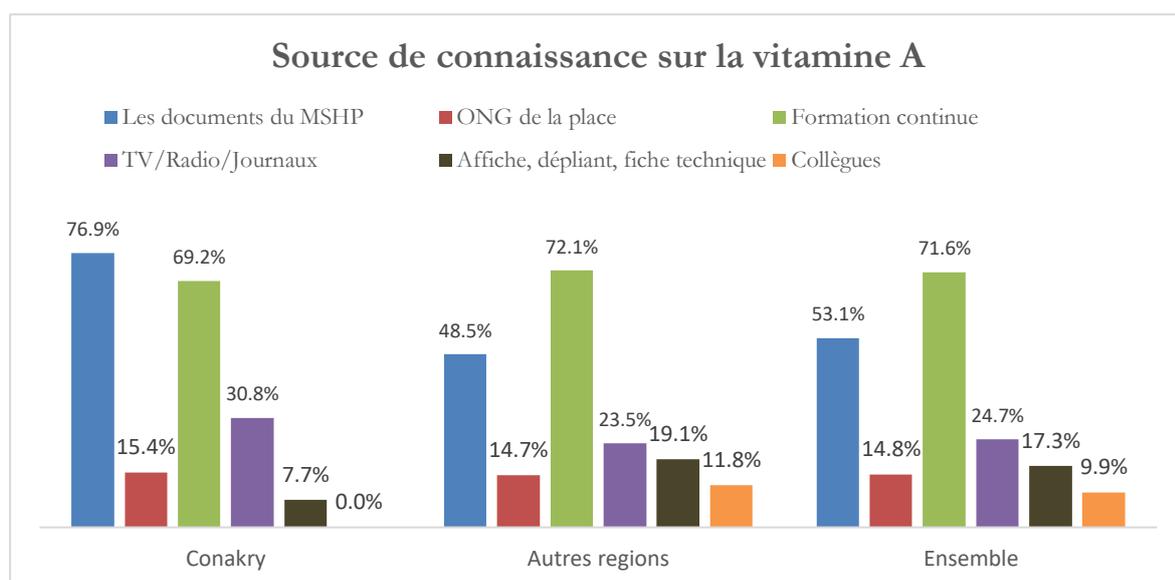


VII-2-5. Connaissances des agents de santé sur la vitamine A et le mebendazole

Afin de continuer à informer les agents de santé sur la vitamine A, plusieurs sources d'information sont utilisées par le ministère de la santé et ses partenaires. Selon les agents de santé interviewés, les principales sources d'information sont les documents du Ministère de la santé et la formation continue. Pour l'intérieur du pays, la formation continue est la première source d'information sur la vitamine A (72%) et les documents du MSHP, la deuxième source d'information (49%).

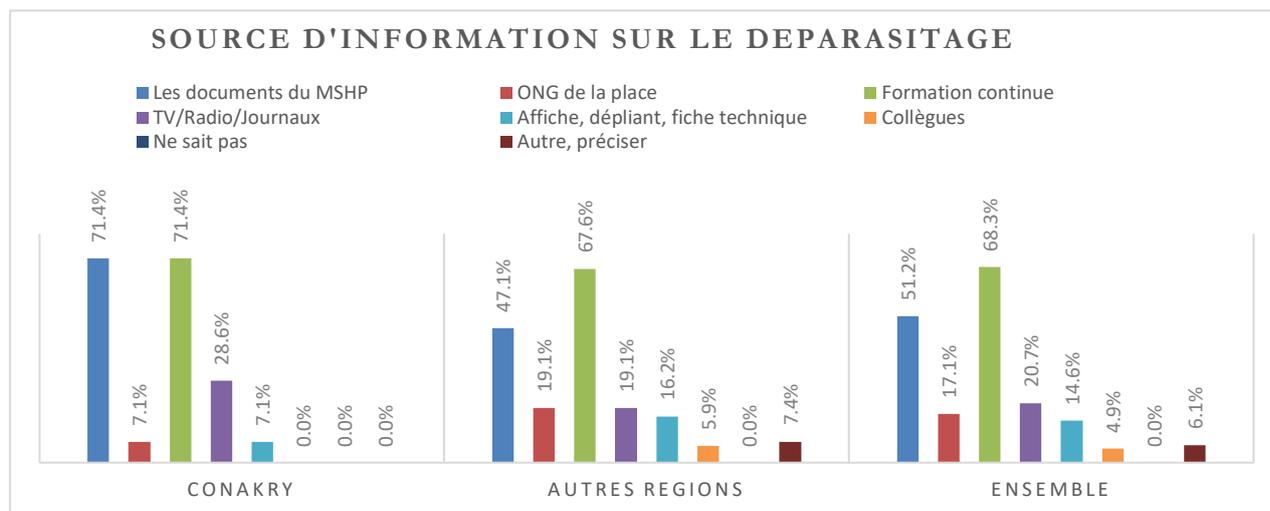
A Conakry, les documents du MSHP constituent la première source d'information (75%) et la formation continue est la deuxième source d'information (69%).

Graphique PS3 : Source de connaissance sur la vitamine A



Pour le mebendazole également les deux principales d'information restent la formation continue et les documents distribués par le MSHP quel que soit le niveau d'analyse des résultats considérés comme le montre le graphique PS4.

Graphique PS4 : Source de connaissance sur la vitamine A



VII-2-6. Indice de connaissances des agents de santé sur la vitamine A et le mebendazole

Pour la création de l'indice de connaissance des agents de santé sur la vitamine et le mebendazole, huit (8) questions ont été utilisées :

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 fautive
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 fautive réponse
5. Savez-vous comment on appelle ce produit, en lui montrant le produit (comprimé de déparasitant) ? 12.5 points pour la bonne réponse et 0 point pour la mauvaise réponse
6. Savez-vous à quoi sert ce produit (déparasitant) ? (Prévention / traitement de la diarrhée / des maladies intestinales ou liées à l'eau) 12.5 points pour une bonne réponse trouvée
7. A quel âge les enfants doivent-ils recevoir ce produit ? 12.5 points pour la bonne réponse (12 mois) et 0 pour une réponse fautive
8. Combien de fois par an un enfant doit-il recevoir le déparasitant ? 12.5 points pour la bonne réponse (2 fois) et 0 pour fautive réponse.

Pour chaque bonne réponse un score de 12.5 lui est attribué. Ce qui permet de classer les agents de santé interrogés en fonction du nombre de bonnes réponses données.

Les analyses effectuées à partir de cet indice, ont montré que la connaissance des agents de santé sur la vitamine A et le mebendazole, est partielle. Dans l'ensemble, parmi ceux qui ont été interviewés, près de 90% connaissent cinq aspects concernant la vitamine A et mebendazole. Seulement, 6% ont pu citer donner quatre réponses correctes concernant la vitamine A et le mebendazole.

Les connaissances sont encore plus améliorées dans la région Conakry que dans les régions de l'intérieur. A Conakry, tous les agents de santé interrogés ont pu citer cinq ou plus aspects concernant la vitamine A et le mebendazole. Cette proportion est de 88% pour les agents de l'intérieur du pays. Il est important de signaler qu'aucun agent n'a pu donner les réponses correctes concernant les 8 questions qui leur avaient posés.

Tableau PS2 : Répartition des agents de santé interrogés selon l'indice de connaissance des agents de santé sur la vitamine A et le mebendazole par strate.

Indice de connaissances des agents de santé sur la vitamine A et le mebendazole	Conakry	Autres régions	Ensemble
Aucune connaissance	0,0%	0,0%	0,0%
Connait un seul	0,0%	2,9%	2,4%
Connait deux	0,0%	1,5%	1,2%
Connait trois	0,0%	0,0%	0,0%
Connait quatre	0,0%	7,4%	6,1%
Connait Cinq	57,1%	35,3%	39,0%
Connait Six	21,4%	23,5%	23,2%
Connait Sept	21,4%	29,4%	28,0%
Connait huit	0,0%	0,0%	0,0%

D'une manière générale, moins d'agents de santé que prévu ont été enquêtés. Le faible nombre d'agents de santé trouvés par rapport à la valeur prévue est dû au fait qu'une structure sanitaire pourrait être partagée par les habitants de plusieurs zones de dénombrement (ZD). Ainsi, le nombre de ZD étant largement supérieur au nombre de structures sanitaires, le nombre d'agents de santé enquêtés serait donc inférieur au nombre de ZD. Pour rappel, pendant la formation, il avait été recommandé aux chefs d'équipe, de prendre 1 agent, de préférence, l'agent PEV par structure sanitaire.

Parmi les agents de santé ayant été interviewés, les deux-tiers étaient des hommes et pour la plupart des infirmiers ou des agents PEV.

Pour leur renforcement de capacité, des formations sont souvent organisées. Ces formations et les documents fournis par le MSHP, constituent les principales sources d'information sur la vitamine A et le mebendazole.

Concernant l'indice de connaissances des agents de santé sur la vitamine A et le mebendazole, 9 agents de santé sur 10, connaissent cinq à sept aspects sur la vitamine A et mebendazole sur les 8 aspects. Malgré ces formations, l'indice de connaissance des agents de santé sur la vitamine A, montre que des efforts restent encore à fournir car aucun d'eux n'a la connaissance complète sur les produits (Vitamine A et Mebendazole) distribués pendant la dernière campagne de l'année 2019.

VII-3. - Résultats de l'enquête auprès des DC

Pour rappel, pour le choix des distributeurs communautaires, leur liste exhaustive par village ou secteur, était fournie par l'agent de santé. Ainsi, à partir de cette liste, un choix aléatoire était effectué. Ce qui garantissait une égalité de chance de tous les DC ayant participé à la campagne.

VII-3-1 Caractéristiques des agents de santé communautaire enquêtés

VII-3-1-1. Répartition des agents communautaires enquêtés.

Après l'enquête, au total 109 agents communautaires sur 154, ont été enquêtés soit une couverture de près de 71% dans l'ensemble comme le montre le tableau VI-1. Dans la région de Conakry, sur les 77 agents communautaires prévus, 41 ont été enquêtés (soit 53%). Dans les autres régions, cette proportion est de 88%.

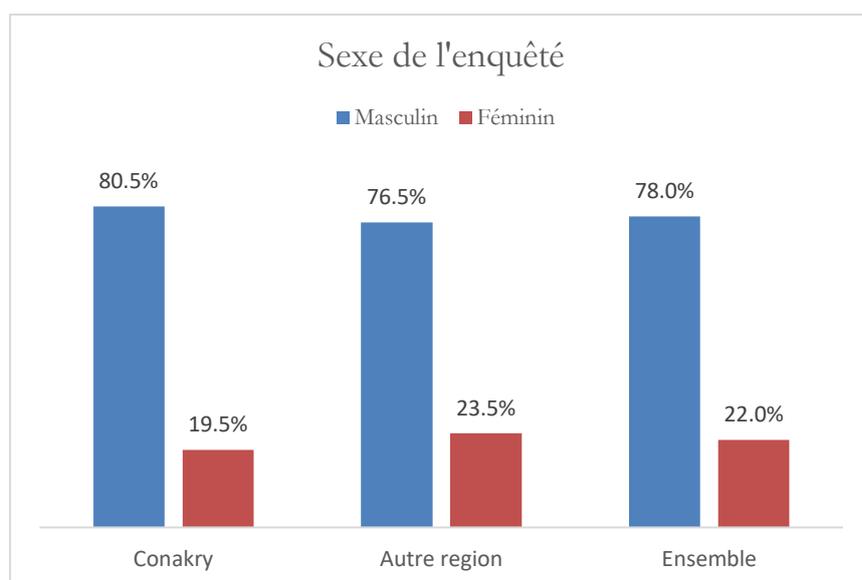
Tableau VI-1 : Répartition des agents communautaires enquêtés par strate.

Strate	Nombre DC prévus	Nombre de DC enquêtés	Couverture
Conakry	77	41	53,25%
Autres régions	77	68	88,31%
Total	154	109	70,78%

VII-3-1-2. Répartition par sexe des DC enquêtés.

Selon la répartition par sexe des DC, dans l'ensemble, près de 78% sont des hommes contre 22% de femmes. Cette analyse par sexe montre une proportion plus élevée des hommes (plus de 75%) que de femmes quelle que soit la strate considérée.

Graphique DC-1 : Sexe des distributeurs communautaires (DC) enquêtés.

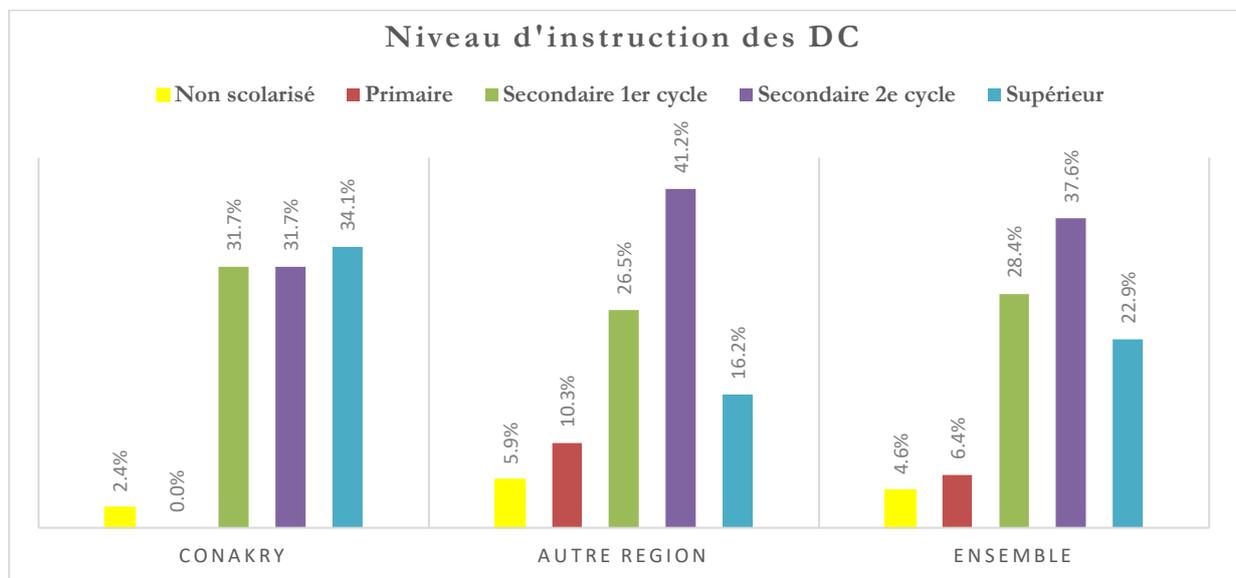


VII-3-1-3. Répartition par niveau d'instruction des DC enquêtés.

Selon les résultats du graphique VI-2, dans l'ensemble, peu de distributeurs communautaires sont non scolarisés. Dans l'ensemble, leur proportion est de 5% et 6% se sont limités au niveau primaire. Environ, 91% parmi eux, ont au moins un niveau d'instruction secondaire 1^{er} cycle, qui correspond au niveau collège.

A Conakry, la proportion des DC ayant au moins un niveau d'étude secondaire du 1^{er} cycle est de 98% contre 84% dans les autres régions du pays.

Graphique DC-2 : Niveau d'instruction des DC enquêtés.



VII-3-2-Connaissances des DC sur la vitamine A et le mebendazole

VII-3-2-1 Formation sur la vitamine A

Comme pour les agents de santé, les distributeurs communautaires également suivent des formations sur les produits distribués pendant les campagnes. Ce qui leur permet d'être à jour en cas d'adoption de nouvelle stratégie. Ainsi, cette enquête a permis d'évaluer la proportion des DC ayant suivi une formation sur la vitamine A ou le déparasitage.

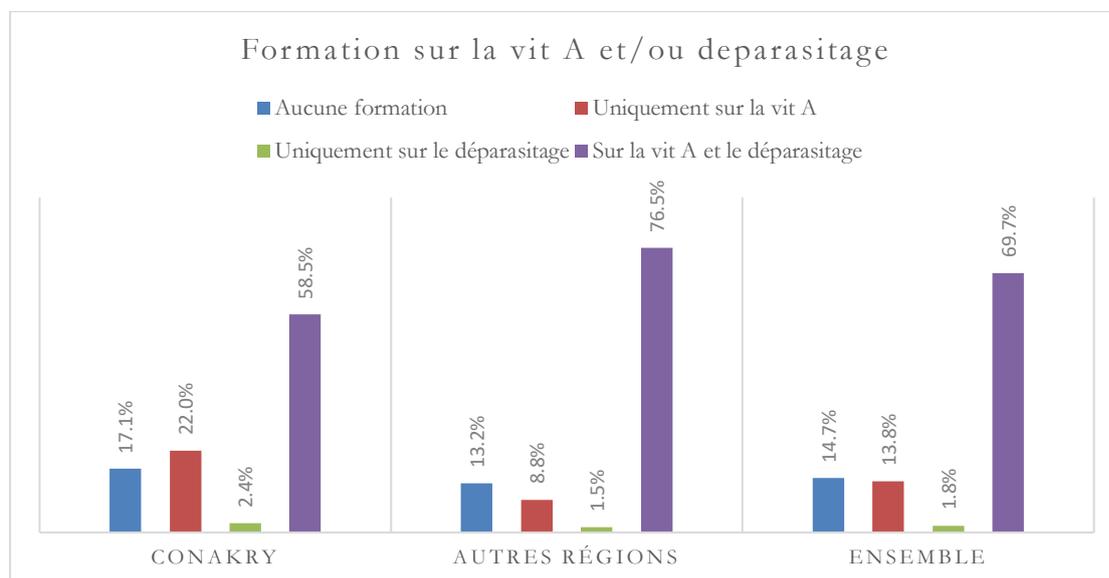
Selon les résultats du graphique VI-3, près de 15% des DC enquêtés, n'ont reçu aucune formation sur la vitamine A ou le déparasitage. En revanche, 85% (14% Uniquement sur la vit A, 2% Uniquement sur le déparasitage et 70% Sur la vit A et le déparasitage)⁵ ont suivi une formation concernant au moins l'un des produits distribués pendant la campagne tenue en décembre 2019.

L'analyse par strate a montré qu'à Conakry, 83% des DC ont été formés sur au moins l'un des deux produits qui avaient été distribués. A l'intérieur du pays, cette proportion est de 87%.

⁵ A cause des arrondis la somme est de 101%

Pour ceux ayant suivi la formation sur la vitamine A et/ou du déparasitage, la question sur le temps mis depuis la dernière formation leur a été posée. La plupart de ces formations se sont déroulées, il y a moins de 3 mois, selon les résultats des analyses de cette question, plus de 80% des DC interviewés.

Graphique DC-3 : Formation sur la vitamine A.



VII-3-3. Indice de connaissances des ASBC sur la vitamine A

Pour la création de l'indice de connaissance des agents de santé sur la vitamine et le mebendazole, huit (8) questions ont été utilisées :

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 fautive
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 fautive réponse
5. Savez-vous comment on appelle ce produit, en lui montrant le produit (comprimé de déparasitant) ? 12.5 points pour la bonne réponse et 0 point pour la mauvaise réponse
6. Savez-vous à quoi sert ce produit (déparasitant) ? (Prévention / traitement de la diarrhée / des maladies intestinales ou liées à l'eau) 12.5 points pour une bonne réponse trouvée
7. A quel âge les enfants doivent-ils recevoir ce produit ? 12.5 points pour la bonne réponse (12 mois) et 0 pour une réponse fautive
8. Combien de fois par an un enfant doit-il recevoir le déparasitant ? 12.5 points pour la bonne réponse (2 fois) et 0 pour fautive réponse.

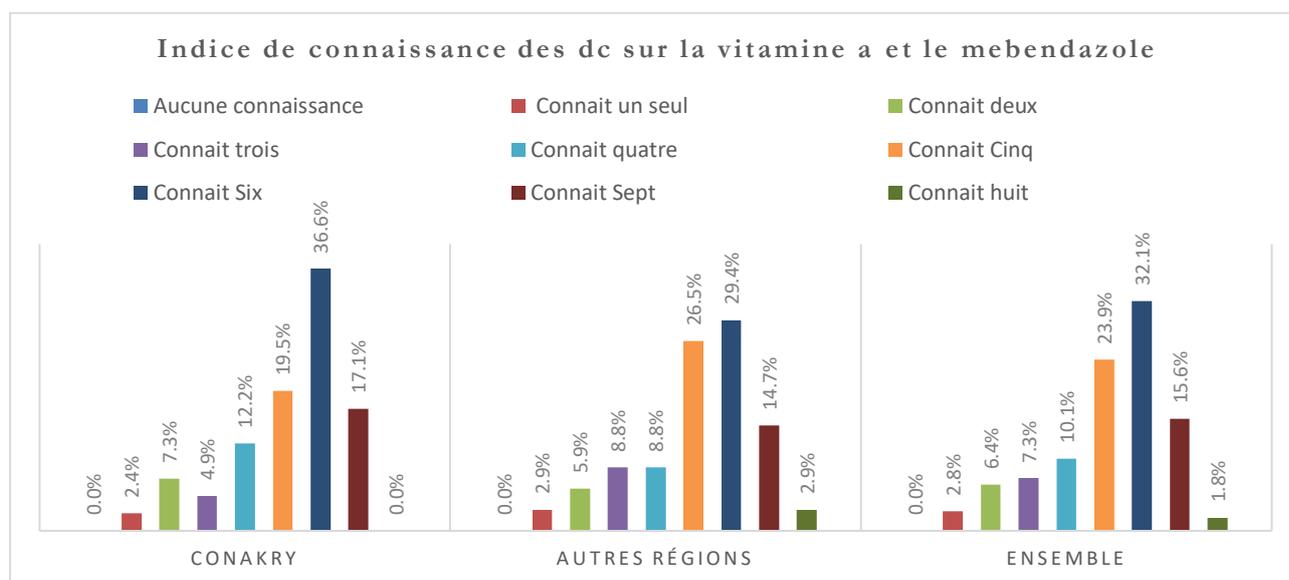
Pour chaque bonne réponse un score de 12.5 lui est attribué. Ce qui permet de classer les agents de santé interrogés en fonction du nombre de bonnes réponses données.

Les formations dispensés aux DC avant les campagnes, permettant d'améliorer leurs connaissances et pratiques sur la vitamine A et le déparasitage, pourrait se traduit à partir de l'indice de connaissance des DC sur la vitamine A et le déparasitage.

Selon cet indice, sur une moyenne de 8 questions, plus de 80 des DC interrogés, ont pu correctement répondre à au moins 5 questions. Malgré ces formations, seulement 2% pour l'ensemble des DC, ont pu correctement répondre à toutes les questions. Cette proportion est de 3% dans les régions de l'intérieur du pays. A Conakry, aucun DC n'a pu répondre à toutes les questions.

Malgré la proportion des DC ayant au moins un niveau du secondaire, des efforts doivent être encore fournis dans le cadre de renforcement de capacité des DC de manière continue.

Graphique DC-4 : Indice de connaissance des DC sur la vitamine A et le mebendazole



D'une manière générale, plus de distributeurs communautaires que prévu, ont été interviewés à Conakry alors que les autres régions, moins de distributeurs communautaires ont été enquêtés.

Ayant pour la plupart le niveau d'instruction secondaire ou supérieur et ayant suivi des formations sur la vitamine A au cours des trois derniers mois, la connaissance des DC sur la vitamine A reste encore un facteur à améliorer. Parmi les DC interviewés, très peu ont une connaissance des cinq aspects de l'indice de connaissance sur la vitamine A.

VIII- DISCUSSION

Pour évaluer la qualité de la mise en œuvre de la campagne de la supplémentation en vitamine A et du mebendazole, tenue en décembre 2019, une enquête post-campagne avait été organisée. Elle a concerné les districts sanitaires des régions de Boké, Conakry, Faranah, Kankan, Kindia et de Nzérékoré, qui ont été répartis en deux strates (Conakry, et les autres régions administratives du pays). Au total, sur les 1540 ménages prévus, 1537 ont accepté participer à l'enquête et 2367 enfants de 6 à 59 mois, ont été touchés.

Quant aux agents de santé et des distributeurs communautaires, un entretien individuel avec eux, a permis de collecter les informations sur plusieurs aspects de la campagne dont leur connaissance sur la vitamine A et le mebendazole.

Ainsi, au vu des résultats précédents et pour chacun des objectifs spécifiques de notre enquête, il ressort que :

Objectif spécifique1 : Mesurer les taux de couverture de la supplémentation en vitamine A pour les enfants de 6 à 59 mois et du Mebendazole pour les enfants de 12- 59 mois lors de la campagne dans chaque strate (Conakry et le reste du pays), par milieu de résidence et selon les caractéristiques des ménages et des enfants.

D'après les résultats de l'enquête d'évaluation, le taux de couverture pour l'ensemble du pays, est de 81%. L'analyse par strate a révélé que le taux de couverture est plus élevé à Conakry (près de 82%) contre 80% pour les enfants vivant dans les autres régions administratives.

Selon le milieu de résidence, le taux de couverture est significativement plus élevé dans le milieu rural avec 82%. En revanche, elle est de 79% dans la zone urbaine. Et cet écart est bien significatif au seuil de 5% avec un p-value égal à 0,000.

Une comparaison entre les filles et les garçons a montré que le taux de couverture est plus élevé chez les garçons (83%) contre 81% chez les filles. La différence de couverture observée entre les filles et les garçons, semble être significativement différente au seuil de 5% (p-value=0,000).

Les analyses selon les classes d'âge des enfants, a montré que la couverture en vitamine A est plus faible chez les enfants âgés de 6 à 11 mois dans la région de Conakry et dans les zones urbaines. Dans les autres régions et dans les zones rurales, la couverture la plus faible a été enregistrée chez les enfants de 12 à 23 mois. Ces couvertures observées auprès des différentes classes d'âge des enfants, semble être significative au seuil de 5% (p-value=0,000).

Selon le rapport synthèse de la campagne, une couverture de 80% avait été planifiée. Ce qui signifie que les résultats planifiés avaient été atteints. Mais des efforts restent encore à faire car les analyses selon les caractéristiques des enfants et des parents, montrent que des couvertures de moins 80%, ont été enregistrées dans certains cas.

Pour ce qui est du Mébendazole auprès des enfants de 12 à 59 mois, sa couverture globale est de 71% avec une différence significative entre les enfants qui vivent dans les zones rurales et ceux des zones urbaines (68% en milieu urbain contre 73% en zone rurale). A Conakry, la couverture est de 70% contre 71% dans les autres régions du pays.

Comme pour la vitamine A, la couverture en Mebendazole est significativement plus faible chez les filles que chez les garçons.

Par rapport à l'âge, deux classes ont été constituées pour pouvoir faire une comparaison. Ce qui a permis de conclure que les couvertures, quel que soit le niveau d'analyse considéré, les enfants de 12 à 23 mois, ont les couvertures les plus faibles. Donc ils sont plus exposés aux maladies liées au manque de déparasitage.

Pendant la planification des activités de la campagne, une couverture de 80% pour le Mebendazole, avait été visé selon le rapport synthèse de la campagne. En comparant cette couverture à la couverture trouvée après l'enquête d'évaluation de la couverture, qui est de 71%, nous remarquons l'objectif visé n'a pas été atteint.

Par ailleurs, pour comparer les couvertures de la vitamine A et du Mebendazole, la couverture de la vitamine A, a été recalculée pour les enfants de 12 à 59 mois. Selon ces résultats, la couverture est de 81% pour les enfants de 12 à 59 mois alors que pour le Mebendazole, elle est de 71% pour la même tranche d'âge. Cette différence pourrait se traduire principalement par la rupture en Mebendazole pendant la campagne.

Quant aux caractéristiques des parents, l'indice de connaissance des parents sur la santé des enfants est le plus pertinent car il permet d'évaluer plusieurs autres facteurs. Un meilleur indice de connaissance suppose que les parents, ont un niveau d'instruction leur permettant de comprendre les messages véhiculés, ils sont informés de la tenue de la campagne et des produits distribués. Selon cet indicateur, l'amélioration de la couverture aussi bien pour la vitamine A que pour le Mébendazole, passerait aussi par l'amélioration du niveau de connaissance des parents de ces produits.

L'approche stratégique porte à porte comme définie dans les documents de planification et dispensée pendant la formation, a été largement suivie surtout à Conakry.

Objectif spécifique 2: Comparer les couvertures administratives de la campagne et celles obtenues lors de l'enquête PEC

Selon les résultats de l'enquête, près de 81% des enfants de 6 à 59 mois, ont été supplémentés et 71% des enfants de 12 à 59 mois, ont été déparasités dans l'ensemble. A Conakry, près de 82% des enfants de 6 à 59 mois, ont été supplémentés et 70% des enfants de 12 à 59 mois, ont été déparasités. Dans les autres régions administratives du pays, près de 80% des enfants de 6 à 59 mois, ont été supplémentés et 71% des enfants de 12 à 59 mois, ont été déparasités

Après la campagne, les statistiques sont également produites par l'administration sanitaire pour mesurer les indicateurs de couvertures par district sanitaire et pour tout le pays. Ces statistiques permettent à l'administration sanitaire d'évaluer les résultats attendus, tels que planifiés. Ce qui lui permet de prendre des mesures pour les campagnes futures.

Selon les résultats fournis par l'administration sanitaire, en considérant toutes les régions administrations de la Guinée, 97% des enfants ont été supplémentés et 95% des enfants de 12 à 59 mois, ont reçu du Mebendazole.

Il est important de rappeler que pour cette étude, les régions de Labé et de Mamou avaient été exclues à cause des manifestations du FNDC et de l'insécurité qui prévalaient dans ces régions. La couverture nationale administrative sans ces deux régions reste presque la même. Elle est de 97% pour la vitamine A et de 93% pour le Mebendazole (voir graphique 10).

A Conakry, la couverture administration pour la vitamine A est de 91%. L'enquête PEC effectuée avait montré que près de 82% des enfants de 6 à 59 mois avaient été supplémentés. Quant au déparasitage, sa couverture est de 95% selon l'administration sanitaire et de 70% selon l'enquête PEC.

En tenant compte des intervalles de confiance produit à 95%, les couvertures administratives sont en dehors de ces valeurs. Ce qui montre qu'elles sont significativement différentes des couvertures obtenues après l'enquête.

Objectif spécifique 3: Déterminer les principales raisons de non administration de la vitamine A et du Mebendazole

Plusieurs raisons peuvent empêcher la prise des produits pendant les campagnes. Pour cette campagne :

- La première raison évoquée est le manque de couverture géographique provoqué dû au non-respect de la stratégie porte à porte, par les distributeurs communautaires. Dans certains secteurs, quartiers les distributeurs ne sont pas passés dans la localité ;
- La deuxième raison était l'absence des enfants à la maison. Pour les enfants absents dans le ménage pendant le premier passage des distributeurs, ces derniers devaient revenir dans ces ménages pour les visiter à nouveau afin de rattraper ces enfants absents pendant le premier passage.
- Une autre raison citée et non négligeable est le refus des parents de faire supplémenter ou de donner du déparasitant à leur enfant. Ce refus pourrait être dû aux fausses nouvelles propagées sur les conséquences de des produits distribués gratuitement.

Les deux premières raisons pourraient être dues au manque d'application de la stratégie de supplémentation de la vitamine A. Elles peuvent être corrigées par une supervision rapprochée. L'application correcte de la stratégie et l'augmentation de la fréquence de passage des messages de sensibilisation dans les médias et moyens de communication mis en place, pourrait considérablement améliorer le taux de couverture.

Parmi les raisons évoquées, le refus semble être la raison la plus difficile à traiter car elle demande l'implication de plusieurs personnes dans la chaîne de sensibilisation et la mise d'une stratégie spécifique à chaque cause du refus.

Objectif spécifique 4: Evaluer la stratégie de communication utilisée lors de la campagne

L'information des ménages de la tenue de la campagne fait partie des stratégies mises en place pendant les phases de planification des activités de la campagne. Selon le rapport synthèse, au moins 95% des parents d'enfants sur l'importance des services proposés. Mais les résultats de l'évaluation ont montré que, 65% des personnes interrogées, avaient été informées de la tenue de cette campagne. Par strate, environ 45% et 69% des enquêtés respectivement à Conakry et à l'intérieur du pays, ont affirmé avoir été informés de la tenue de la campagne. Ces proportions sont de 73% en milieu rural et de 56% en milieu urbain.

Le manque d'information sur la tenue de la campagne, est l'une des raisons de la non prise des produits distribués.

Pour cette campagne, plusieurs canaux d'information ont servi de moyen de communication. Parmi ces sources, les cinq sources les plus citées varient en fonction des zones. Dans l'ensemble, les agents de santé constituent la première source d'information. Ils sont suivis par les crieurs publics, les mobilisateurs, les ASC et les radios.

A Conakry par exemple, les cinq premières sources par ordre d'importance sont la télévision, les radios, les agents de santé, par le canal d'une autre personne déjà informée et les mobilisateurs sociaux. Dans les autres régions, les agents de santé constituent le principal canal par lequel les parents ont été informés de la tenue de la campagne. Ils sont suivis par les crieurs publics, les mobilisateurs sociaux, les ASC et les radios.

Par zone de résidence, les agents de santé constituent la première source d'information par laquelle, la population est informée de la tenue de la campagne aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. La deuxième source d'information est la radio en milieu urbain tandis qu'en milieu rural, les crieurs publics constituent la deuxième source d'information.

Objectif spécifique 5: Décrire le niveau de connaissance des parents sur le bénéfice de la supplémentation en vitamine A dans chaque strate.

L'appréciation du niveau connaissance des parents sur les bénéfices de la supplémentation en vitamine A et le Mebendazole, a été effectuée à partir d'une variable composite (indice de connaissance) créée à partir des questions liées :

- A la connaissance du nom des produits distribués ;
- Age de prise de la première dose ;
- La fréquence de prise des produits par an.

Pour les parents d'enfants éligibles, près d'une personne sur trois, n'a pu répondre correctement à une de ces questions. Seulement 20%, des parents ayant des enfants éligibles, ont pu donner au moins cinq bonnes réponses sur les huit facteurs. Ce qui signifie que les 80%, sont en dessous de la connaissance moyenne des facteurs liés à la santé des enfants.

Le faible niveau d'indice de connaissance de la santé des enfants, a une implication significative sur la prise de la vitamine A ou du mebendazole. D'une manière générale, cet indice a montré que des efforts restent encore à fournir pour améliorer les connaissances de la population sur le nom du produit distribué (vitamine A et Mebendazole), ses bienfaits, l'âge de prise de sa première dose et sa fréquence de prise dans l'année.

Objectif spécifique 6: Décrire le niveau de connaissances des agents de santé et DC sur la vitamine A pour chacune des zones concernées.

L'indice de connaissance des agents de santé et des DC sur la vitamine A et du Mebendazole est un indicateur calculé à partir de la connaissance :

- Des bénéfices de la prise de la vitamine A et du Mebendazole;
- De l'âge de prise de la première dose de la vitamine A et du Mebendazole;
- De la fréquence de prise de la vitamine A et du Mebendazole par an ;
- Du dosage de la vitamine A pour les enfants de 6 à 11 mois ;
- Du dosage de la vitamine A et du Mebendazole pour les enfants de 12 à 59 mois.

Les analyses effectuées à partir de cet indice créé, ont montré que la connaissance des agents de santé sur la vitamine et le Mebendazole est plus améliorée que celle des DC.

Sur la base des huit questions posées, pour l'ensemble, environ 90% des agents de santé ont pu donner cinq bonnes réponses, contre 84% chez les Distributeurs communautaires.

Etant directement impliqué dans les activités de distribution pendant la campagne, il est important de continuer les formations continues afin d'améliorer leur connaissance sur la vitamine A et du Mebendazole car elles constituent la première source d'information.

VII- Conclusion et recommandations

VII-1 Conclusion

D'une manière générale, l'enquête de couverture a permis d'évaluer le taux de couverture rapporté par l'administration sanitaire 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, 78% sont des femmes. Pour avoir les meilleures informations sur l'enfant, il avait été recommandé, d'interroger la gardienne de l'enfant. 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 administrative, sont significativement différents des taux de couverture obtenus à partir de l'enquête d'évaluation post-campagne. Car les couvertures administratives sont en dehors des intervalles de confiance calculés au seuil de 95% à partir des données de l'enquête. La différence constatée entre ces taux de couverture pourrait être due, aux données sur les enfants cibles obtenus à partir des données du recensement qui sont susceptibles aux mouvements de population.

Par ailleurs, au cours de la même évaluation, des entretiens individuels ont été effectués auprès des agents de santé et des distributeurs communautaires. Tout comme pour les ménages, ces entretiens ont permis de mesurer leur niveau de connaissance de la vitamine A et du Mebendazole. Selon cet indicateur (Indice de connaissance des agents de santé/DC de la vitamine A et du Mebendazole),

VII-2 Recommandations

Pour améliorer la qualité du service rendu pendant les campagnes de vaccination ou d'administration de la vitamine A et du Mebendazole, pour les campagnes à venir, les analyses effectuées à partir des données collectées effectuées auprès des ménages éligibles, des agents de santé, des distributeurs communautaires et des responsables administratifs du système sanitaire, ont permis de formuler des recommandations. **Certaines de ces recommandations faites dans les rapports précédents, reviennent régulièrement à cause de leur non application.**

Au ministère de la santé/Partenaires techniques et financiers.

- ✓ Selon les informations recueillies auprès des responsables du système sanitaire (DRS, DPS, chefs des centres de sante et de poste de santé, etc), le manque d'information sur la tenue de l'enquête, ne leur permet pas d'informer la population à l'avance. Pour les enquêtes futures, il est important d'informer les autorités locales et sanitaires.
- ✓ Organiser des ateliers de restitution des résultats de l'enquête dans les districts sanitaires ayant fait l'objet de cette étude pour partager les résultats de l'enquête et surtout discuter des recommandations et des mesures à prendre, pour une meilleure gestion de la prochaine campagne ;

Au DPS/DRS

- ✓ Le manque d'utilisation correcte de la stratégie porte à porte pendant la campagne étant cité comme une raison de la non prise des produits, il faut renforcer les supervisions de terrain pendant la campagne et procéder à une interview légère dans certains ménages des localités déjà couvertes pour s'assurer de l'application correcte de la stratégie;
- ✓ 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). Ceci permettra à l'administration sanitaire 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. Ce qui pourrait réduire le taux de refus des parents.
- ✓ 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 et le Mebendazole ;
- ✓ 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 et le Mebendazole, 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 et le Mebendazole ;
- ✓ 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

- ✓ Une proportion non négligeable, reste encore avec une connaissance partielle de la vitamine A et du Mebendazole. Pour pallier à cela, il faut 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 ;

ANNEXE

Répartition des ZD par strate, région administrative, préfecture et par sous préfecture.

Localisation de la ZD	Répartition des ZD						Total général
	Normal		Total Normal	Reserve		Total Reserve	
	Rural	Urbain		Rural	Urbain		
Conakry sans Ratoma		77	77		8	8	85
Conakry		77	77		8	8	85
Dixinn		12	12				12
Kaloum		4	4		2	2	6
Matam		10	10		2	2	12
Matoto		51	51		4	4	55
Interieur du pays sans Reg Mamou et Labé	47	30	77	5	4	9	86
Boké	8	6	14	1		1	15
BOFFA	2	1	3				3
BOFFA-Centre	1	1	2				2
KOBA-TATEMA	1		1				1
BOKE	3	3	6				6
Bintimodiya	1		1				1
Boke-Centre		1	1				1
Kamsar		1	1				1
Kanfarande	1		1				1
Sangaredi	1	1	2				2
FRIA		2	2	1		1	3
Banguingny				1		1	1
Fria-Centre		2	2				2
GAOUAL	2		2				2
Koumbia	1		1				1
Touba	1		1				1
KOUNDARA	1		1				1
Sambailo	1		1				1
Faranah	6	4	10	2		2	12
DABOLA	1	1	2	1		1	3
Banko	1		1				1
Dabola-centre		1	1				1
Kindoye				1		1	1
DINGUIRAYE	1		1	1		1	2
Diatifere				1		1	1
Lansanya	1		1				1
FARANAH	2	1	3				3
Faranah-centre		1	1				1
Heremakonon	1		1				1
Songoyah	1		1				1
KISSIDOUYOU	2	2	4				4
Fermesadou	1		1				1
kissidougou Centre		2	2				2
Sangardo	1		1				1
Kankan	13	5	18		1	1	19
KANKAN	2	2	4		1	1	5
Boula	1		1				1
Kankan-centre		2	2		1	1	3
Sabadou-Baranama	1		1				1
KEROUANE	2		2				2
Banankoro	1		1				1
Kounsankoro	1		1				1
KOUROUSSA	2	1	3				3
Baro	1		1				1

Komola-Koura	1		1				1
Kouroussa centre		1	1				1
MANDIANA	3		3				3
Dialakoro	1		1				1
Kondianakoro	1		1				1
Sansando	1		1				1
SIGUIRI	4	2	6				6
Kiniebakoura	1		1				1
Kintinian	1		1				1
Norassoba	1		1				1
Siguiri-centre		2	2				2
Siguirini	1		1				1
Kindia	9	9	18	2	2	4	22
COYAH		4	4				4
Coyah centre		1	1				1
Maneah		3	3				3
DUBREKA	2	3	5		1	1	6
Dubreka-centre		3	3		1	1	4
Khorira	1		1				1
Tondon	1		1				1
FORECARIAH	1		1	1		1	2
Farmoriah	1		1				1
Maferenya				1		1	1
KINDIA	4	2	6		1	1	7
Bangouyah	1		1				1
Kindia centre	1	2	3		1	1	4
Mambiya	1		1				1
Sougueta	1		1				1
TELIMELE	2		2	1		1	3
Gougoudje				1		1	1
Missira	1		1				1
Sogolon	1		1				1
N'Zérékoré	11	6	17		1	1	18
BEYLA	3	1	4				4
Beyla centre	1	1	2				2
Boola	1		1				1
karala	1		1				1
GUECKEDOU	3	1	4				4
Guéckédou centre		1	1				1
Guéndembou	1		1				1
Nongoa	1		1				1
Terméssadou Djibo	1		1				1
LOLA	2		2				2
Guéassou	1		1				1
N'Zoo	1		1				1
MACENTA	3	1	4				4
Daro	1		1				1
Macenta centre	1	1	2				2
Vasérédou	1		1				1
NZEREKORE		3	3		1	1	4
N'Zérékoré centre		3	3		1	1	4
Total général	47	107	154	5	12	17	171

Caractéristiques sociodémographiques du gardien de l'enfant		Domaine d'analyse				Milieu de résidence				Ensemble	
		Conakry		Autre régions		Urbain		Rural			
		Eff pondérés menag éligibles	%								
Sexe du répondant	Masculin	12724	8,5%	202771	23,9%	67708	14,9%	147787	27,0%	215495	21,6%
	Féminin	137726	91,5%	646399	76,1%	385230	85,1%	398896	73,0%	784125	78,4%
Classe d'âge	Moins de 20 ans	7484	5,0%	38063	4,5%	24064	5,3%	21482	3,9%	45546	4,5%
	20 à 24	27324	18,1%	132905	15,6%	80210	17,7%	80019	14,6%	160229	16,0%
	25 à 29	35790	23,8%	139260	16,4%	96904	21,4%	78146	14,3%	175050	17,5%
	30 à 34	40903	27,2%	248438	29,2%	114148	25,2%	175193	31,9%	289341	28,9%
	35 à 39	17658	11,7%	106665	12,5%	51920	11,4%	72402	13,2%	124323	12,4%
	40 à 44	8500	5,6%	45361	5,3%	20892	4,6%	32969	6,0%	53861	5,4%
	45 à 49	4773	3,2%	37869	4,4%	18362	4,0%	24280	4,4%	42642	4,3%
	50 à 54	3729	2,5%	23041	2,7%	10278	2,3%	16493	3,0%	26770	2,7%
	55 à 59	1524	1,0%	17754	2,1%	11329	2,5%	7948	1,4%	19277	1,9%
	60 à 64	1666	1,1%	18929	2,2%	9464	2,1%	11131	2,0%	20595	2,1%
65 à 69	299	0,2%	17292	2,0%	4737	1,0%	12853	2,3%	17591	1,8%	
70 ans et plus	912	0,6%	25888	3,0%	11349	2,5%	15451	2,8%	26800	2,7%	
Niveau d'éducation scolaire du répondant	Non scolarisé	53899	35,8%	507515	59,8%	192378	42,5%	369036	67,5%	561414	56,2%
	Primaire	26701	17,7%	103304	12,2%	62531	13,8%	67474	12,3%	130005	13,0%
	Secondaire	38685	25,7%	100500	11,8%	100127	22,1%	39059	7,1%	139186	13,9%
	Supérieur	23899	15,9%	33718	4,0%	51471	11,4%	6145	1,1%	57617	5,8%
	Alphabétisé	1634	1,1%	14889	1,8%	7811	1,7%	8712	1,6%	16523	1,7%
	Ecole coranique	5632	3,7%	89243	10,5%	38619	8,5%	56257	10,3%	94876	9,5%
Activité principale du répondant	Agent du secteur	5512	3,7%	14596	1,7%	14103	3,1%	6005	1,1%	20108	2,0%
	Agent du secteur privé	5560	3,7%	21131	2,5%	19933	4,4%	6758	1,2%	26691	2,7%
	Commerçant(e)	58939	39,2%	147147	17,3%	164065	36,2%	42022	7,7%	206087	20,6%
	Agriculteur (trice)	0	0,0%	250364	29,5%	9096	2,0%	241269	44,1%	250364	25,0%
	Femme au foyer	42948	28,5%	279820	33,0%	139244	30,7%	183525	33,6%	322768	32,3%
	Artisan/activité libérale	15510	10,3%	88218	10,4%	56599	12,5%	47129	8,6%	103728	10,4%
	Sans emploi/Chômeur	9764	6,5%	9689	1,1%	15794	3,5%	3659	0,7%	19453	1,9%
	Retraité	206	0,1%	3065	0,4%	1652	0,4%	1619	0,3%	3271	0,3%
	Elève/Étudiant	9795	6,5%	27833	3,3%	27870	6,2%	9758	1,8%	37627	3,8%
Autre à préciser	2216	1,5%	7307	0,9%	4583	1,0%	4940	0,9%	9523	1,0%	
Niveau de richesse	Très Pauvre	0	0,0%	391998	46,2%	20698	4,6%	371301	67,9%	391998	39,2%
	Pauvre	181	0,1%	242892	28,6%	83876	18,5%	159197	29,1%	243073	24,3%
	Moyen	4071	2,7%	45602	5,4%	41420	9,1%	8252	1,5%	49673	5,0%
	Riche	146199	97,2%	168678	19,9%	306943	67,8%	7933	1,5%	314877	31,5%

Caractéristiques de l'enfant		Domaine d'analyse						Milieu de résidence				Total	
		Conakry		Autre régions		Total		Urbain		Rural			
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Classe d'âge des enfants (en mois)	6-11	113	10,4%	145	11,4%	258	10,9%	169	10,9%	89	11,0%	258	10,9%
	12-23	227	20,9%	245	19,2%	472	20,0%	306	19,7%	166	20,6%	472	20,0%
	24-59	744	68,6%	887	69,5%	1631	69,1%	1079	69,4%	552	68,4%	1631	69,1%
	Total	1084	100,0%	1277	100,0%	2361	100,0%	1554	100,0%	807	100,0%	2361	100,0%
Sexe de l'enfant	Masculin	545	50,1%	659	51,4%	1204	50,8%	781	50,1%	423	52,1%	1204	50,8%
	Féminin	543	49,9%	624	48,6%	1167	49,2%	778	49,9%	389	47,9%	1167	49,2%
Connaissance de la date de naissance de l'enfant	Non	774	71,1%	912	71,1%	1686	71,1%	1107	71,0%	579	71,3%	1686	71,1%
	Oui	314	28,9%	371	28,9%	685	28,9%	452	29,0%	233	28,7%	685	28,9%
Source d'information de la date de naissance	Carnet de santé	91	29,0%	157	42,3%	248	36,2%	153	33,8%	95	40,8%	248	36,2%
	Acte de naissance	31	9,9%	34	9,2%	65	9,5%	39	8,6%	26	11,2%	65	9,5%
	Calendrier des événements	1	0,3%	13	3,5%	14	2,0%	1	0,2%	13	5,6%	14	2,0%
	Parent de l'enfant	190	60,5%	167	45,0%	357	52,1%	258	57,1%	99	42,5%	357	52,1%
	Autre à préciser	1	0,3%	0	0,0%	1	0,1%	1	0,2%	0	0,0%	1	0,1%
Lien de parenté avec l'enfant	Père	56	5,1%	216	16,8%	272	11,5%	115	7,4%	157	19,3%	272	11,5%
	Mère	748	68,8%	789	61,5%	1537	64,8%	1051	67,4%	486	59,9%	1537	64,8%
	Oncle	17	1,6%	28	2,2%	45	1,9%	22	1,4%	23	2,8%	45	1,9%
	Tante	99	9,1%	92	7,2%	191	8,1%	144	9,2%	47	5,8%	191	8,1%
	Tuteur	9	0,8%	5	0,4%	14	0,6%	13	0,8%	1	0,1%	14	0,6%
	Tutrice	12	1,1%	14	1,1%	26	1,1%	19	1,2%	7	0,9%	26	1,1%
	Grand-père	12	1,1%	30	2,3%	42	1,8%	23	1,5%	19	2,3%	42	1,8%
	Grand-Mère	74	6,8%	68	5,3%	142	6,0%	97	6,2%	45	5,5%	142	6,0%
	Servante	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Autre	61	5,6%	41	3,2%	102	4,3%	75	4,8%	27	3,3%	102	4,3%

Tableau// : Répartition des enfants par strate et par milieu de résidence selon la couverture en vitamine A.

Strate et Milieu de résidence			A reçu la vitamine A		
			Non	Oui	NSP
Strate	Conakry	Effectif	31792	171928	7199
		%	15,1%	81,5%	3,4%
		95,0% LC inf	14,9%	81,3%	3,3%
		95,0% LC sup	15,2%	81,7%	3,5%
		Erreur standard	0,1%	0,1%	0,0%
	Autre régions	Effectif	255400	1135565	21919
		%	18,1%	80,4%	1,6%
		95,0% LC inf	18,0%	80,3%	1,5%
		95,0% LC sup	18,1%	80,4%	1,6%
		Erreur standard	0,0%	0,0%	0,0%
Milieu de résidence	Urbain	Effectif	134570	551345	16373
		%	19,2%	78,5%	2,3%
		95,0% LC inf	19,1%	78,4%	2,3%
		95,0% LC sup	19,3%	78,6%	2,4%
		Erreur standard	0,0%	0,0%	0,0%
	Rural	Effectif	152622	756148	12746
		%	16,6%	82,1%	1,4%
		95,0% LC inf	16,5%	82,0%	1,4%
		95,0% LC sup	16,6%	82,1%	1,4%
		Erreur standard	0,0%	0,0%	0,0%
Ensemble	Effectif	287192	1307493	29118	
	%	17,7%	80,5%	1,8%	
	95,0% LC inf	17,6%	80,5%	1,8%	
	95,0% LC sup	17,7%	80,6%	1,8%	
	Erreur standard	0,0%	0,0%	0,0%	