



Helen Keller
INTERNATIONAL

Enquête d'évaluation de couverture post campagne de supplémentation en vitamine A et de déparasitage des enfants de 6 à 59 mois

Deuxième passage national 2019

NIGER

RAPPORT PROVISOIRE

Ce rapport présente les résultats de l'enquête de couverture (méthodologie PECS-OMS) conduite entre le 16 et le 25 novembre 2019 dans les régions de Dosso et les districts sanitaires de Damagaram Takaya, Mirriah, Takieta de la région de Zinder.

En collaboration avec :



Ministère de la Santé Publique



Décembre 2019

Enquête de couverture post JNV/JNM de novembre 2019, Niger.

Enquête d'évaluation de couverture post campagne de supplémentation en vitamine A et de déparasitage des enfants de 6 à 59 mois de novembre 2019, Niger

Site de recherche: Niger, districts sanitaires

Type d'étude: Etude transversale mixte :
--quantitative, sondage en grappes type OMS
--qualitative, entretiens individuels

Principal Consultant

Investigateur :

Co-investigateurs : Helen Keller International (HKI) en collaboration avec la Direction de la Nutrition(DN), UNICEF, Direction des Immunisations (DI), Institut National de la Statistique (INS).

Période de l'étude : Novembre - Décembre 2019

Table des matières

Table des matières	ii
Liste des tableaux.....	iv
Liste des graphiques	v
Liste des abréviations ou acronymes	vi
Résumé exécutif.....	1
I- Introduction	4
II- Objectifs de l'étude	5
II-1 Objectifs généraux.....	5
II-2 Objectifs spécifiques	5
III- Méthodologie.....	6
III-1 Type d'étude et population cible	6
III-2 Echantillonnage	7
III-3 Comité éthique	7
III-4 Recrutement et Formation des superviseurs et enquêteur	8
III-5 Enquête pilote ou pré test des outils de collecte.....	8
III-6 Collecte de données sur le terrain	9
III-7 Supervision et suivi de la collecte.....	9
III-8 Gestion des données	10
III-9 Traitement et analyse des données, rédaction du rapport final	10
III-10 Difficultés rencontrées	11
IV- Résultats de l'enquête ménage	12
IV-1 Caractéristiques des populations enquêtées	12
IV-1-1 Caractéristiques sociodémographiques des ménages (N=768)	12
IV-1-2 Caractéristiques des répondants (N=768)	12
IV-1-3 Indice de bien-être économique (N=768)	13
IV-1-4 Habitudes, comportements face aux services de santé des répondants.....	14
IV-1-5 Caractéristiques des enfants enquêtés (n= 1240)	15
IV-2 Couvertures post-campagne	15
IV-2-1 Couverture de la vitamine A (87,7% ; N=1240)	15
IV-2-2 Couverture du déparasitage (Proportion=83,3% ; N=1101).....	17
IV-2-3 Couverture tous les services (83,2%, N= 1240)	18
IV-3 Administration de la vitamine A et du déparasitant (N=1240).....	19
IV-3-1 Source d'information de l'âge à l'enquête	19
IV-3-2 Coupure de la capsule.....	19
IV-3-3 Administration de la vitamine A et du déparasitant	20
IV-3-4 Lieux de supplémentation	20
IV-3-5 Marquage des concessions.....	21
IV-3-6 Raisons de non couverture	21

IV-4 Stratégie de communication de la campagne (N=1532)	23
IV-5 Niveau de connaissance des ménages (N=768)	23
IV-5-1 Informations données par les vaccinateurs.....	23
IV-5-2 Connaissance des produits	24
V- Résultats de l'enquête auprès des agents de santé	26
V-1 Description de l'échantillon	26
V-2 Formation des agents de santé sur la vitamine A et le déparasitant (N=66)	26
V-2-1 Formation et matériels de formation	26
V-2-2 Sources d'information.....	27
V-2-3 Connaissances des agents de santé.....	28
V-4 Qualité des activités de la campagne (N=66)	28
V-4-1 Participation des agents de santé.....	28
V-4-2 Ruptures d'intrants	29
VI- Résultats de l'enquête auprès des relais communautaires	32
VI-1 Caractéristiques des agents de relais communautaire enquêtés (N=66)	32
VI-2 Formation des relais communautaire sur la vitamine A et le déparasitant (N=130)	32
VI-2-1 Formation.....	32
VI-2-2 Sources d'information	33
VI-2-3 Connaissances des relais communautaires	33
VI-3 Qualité des activités de la campagne (N=130)	34
VI-3-1 Participation des relais communautaires	34
VI-3-2 Ruptures d'intrants	35
VI-3-3 Supervision des distributeurs	36
VI-3-4 Motivation non financière	36
VI-4 Propositions pour améliorer que la supplémentation en vitamine A (N=66)	37
VII- Discussion	38
Conclusion et recommandations	40
Annexes	42

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des grappes et des ménages enquêtés	7
Tableau 2: Milieu de résidence des ménages enquêtés	12
Tableau 3: Sexe, âge et niveau d'instruction des répondants	12
Tableau 4: Quintile de richesse des ménages	14
Tableau 5: Lieux souvent fréquentés pour les soins.....	14
Tableau 6: Services recherchés dans les formations sanitaires.....	14
Tableau 7: Catégorie d'âge et sexe des enfants enquêtés.....	15
Tableau 8: Couverture de la vitamine A par catégorie d'âge.....	16
Tableau 9: Couverture du déparasitage par catégorie d'âge.....	18
Tableau 10: Source d'information de l'âge et type de carnet	19
Tableau 11: Outils de coupure de la capsule.....	20
Tableau 12: Lieux de la supplémentation en Vitamine A.....	20
Tableau 13: Canaux d'information de la tenue de la campagne	23
Tableau 14: Informations données par les vaccinateurs sur le rôle de la Vitamine A et du déparasitant	24
Tableau 15: Reconnaissance des produits par les ménages (sur présentation des enquêteurs)	24
Tableau 16: Connaissances des ménages sur la vitamine A et le déparasitant	25
Tableau 17: Description de l'échantillon des agents de santé.....	26
Tableau 18: Formation des agents de santé et matériels de formation	27
Tableau 19: Sources d'information sur la vitamine A et le déparasitant.....	27
Tableau 20 : Indice de connaissance des agents de santé	28
Tableau 21: Participation et rôle joué par les agents de santé pendant la campagne	29
Tableau 22: Rupture de vitamine A constaté par les agents de santé	30
Tableau 23: Rupture de déparasitant constaté par les agents de santé	30
Tableau 24: Caractéristiques des relais communautaires	32
Tableau 25: Formation des relais communautaires sur la vitamine A et le déparasitant	33
Tableau 26: Sources d'information des relais communautaires sur la vitamine A et le déparasitage	33
Tableau 27: Participation et rôle joué par les relais communautaires pendant la campagne	34
Tableau 28: Rupture de vitamine A constaté par les relais communautaires	35
Tableau 29: Rupture de déparasitant constaté par les relais communautaires	36
Tableau 30: Motivation non financière reçue par les relais communautaires.....	36
Tableau 31: Propositions pour améliorer que la supplémentation en vitamine A	37
Tableau 32: Couverture de la vitamine A par milieu de résidence, sexe et quintile de richesse	42
Tableau 33: Couverture du déparasitage par milieu de résidence, sexe et quintile de richesse	42
Tableau 34: Marquage des maisons	42
Tableau 35: Administration de la vitamine A et du déparasitant.....	43
Tableau 36: Couverture tous les services.....	43
Tableau 37: Indice de connaissance des relais communautaires	43
Tableau 38: Raisons de non supplémentation en vitamine A et de non déparasitage par milieu.....	45
Tableau 39: Couverture administrative de la 2ème campagne 2019	46

Liste des graphiques

Graphique 1: Activité principale des répondants (%)	13
Graphique 2: Couverture de la vitamine A par milieu de résidence et par sexe (%)	16
Graphique 3: Couverture de la vitamine A par quintile de richesse (%)	17
Graphique 4: Couverture du déparasitage par milieu de résidence et par sexe (%)	17
Graphique 5: Couverture du déparasitage par par quintile de richesse (%)	18
Graphique 6: Proportion des enfants ayant reçu tous les services par milieu et par âge (%)	19
Graphique 7: Administration de la vitamine A et du déparasitant (%)	20
Graphique 8: Proportion des maisons marquées (%)	21
Graphique 9: Raisons de non supplémentation en vitamine A par milieu de résidence(%)	21
Graphique 10: Raisons de non déparasitage par milieu de résidence(%)	22
Graphique 11: Indice de connaissances des relais communautaires sur la vitamine A et le déparasitant (%)	34
Graphique 12: Proportion des relais communautaires supervisés (%)	36

Liste des abréviations ou acronymes

ASC	: Agent de Santé Communautaire
ARVA	: Aliment Riche en Vitamine A
CSI	: Centre de santé Intégré
CI	: Confidence intervalle (Intervalle de confiance)
DI	: Direction des Immunisations
DN	: Direction de la Nutrition
DRSP	: Direction Régionale de la Santé Publique
EDS	: Enquête Démographie et de Santé
PECS	: Enquêtes de Couverture Post Campagnes
HKI	: Helen Keller International
INS	: Institut National de la Statistique
JNM	: Journée Nationale Micronutriments
JNV	: Journée Nationale de Vaccination
MCD	: Médecin Chef de District
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PEV	: Programme Élargi de Vaccination
PTP	: Proportionnelle à la Taille de la Population
ReNaLoc	: Répertoire National des Localités
RGP/H	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SVA	: Supplémentation en Vitamine A
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Résumé exécutif

Titre de l'étude
Enquête d'évaluation de couverture post campagne de supplémentation en vitamine A et de déparasitage des enfants de 6 à 59 mois.
Contexte
<p>Problème majeur de santé publique, la malnutrition, connaît des taux qui dépassent les seuils d'urgences ces dernières années au Niger. Selon les résultats de l'enquête nationale SMART 2019, la prévalence de la malnutrition aiguë globale, basée sur les z-scores du poids pour taille (P/T), chez les enfants de 6-59 mois est de 10,7% au plan national avec des disparités entre les régions allant jusqu'à 13,7% dans la région de Tahoua. La malnutrition chronique ou retard de croissance chez les enfants de 0-59 mois a été estimée à 45,7% au niveau national avec également une disparité allant jusqu'à 55,4% dans la région de Maradi et 52,9% dans la région de Zinder.</p> <p>Face à cette situation, l'Etat et ses partenaires dont HKI mettent en œuvre plusieurs interventions en vue de protéger la population dont, entre autres, les campagnes de supplémentation en vitamine A.</p> <p>Pour la dernière campagne réalisée du 2 au 7 novembre 2019 lors de laquelle les deux (2) intrants à savoir la Vitamine A et le déparasitant ont été administrés aux enfants de 6-59 mois, HKI, le MSP et les autres partenaires ont décidé de conduire une enquête de couverture post campagne.</p>
Objectifs
Cette enquête vise à évaluer la qualité de la mise en œuvre de la campagne du 2 au 7 novembre 2019 au Niger, de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage des enfants de 6 à 59 mois.
Méthodologie
<p>Cette étude a concerné les régions de Zinder (districts organisant uniquement les JNM) et Dosso considéré comme une strate</p> <p>l'estimation de couverture au niveau national et dans cette strate ont été réalisées suivant deux stratégies (Une enquête qualitative constituée d'entretiens individuels auprès des acteurs de mise en œuvre des activités concernées et une enquête de couverture post campagne).</p> <p>Le sondage a été réalisé par l'Institut National de la Statistique (INS) à partir de la base de sondage issue du Recensement Général de la population et de l'Habitat de 2012 (RGP/H 2012).</p> <p>La population de l'étude est constituée des ménages ayant au moins un enfant âgé de 6 à 59 mois au moment des JNV/JNM de novembre 2019, des agents de santé et des relais communautaires/distributeurs communautaires de la zone d'étude ayant participé aux JNV/JNM et/ou impliqués dans les activités de supplémentation en vitamine A et de déparasitage.</p>

Principaux résultats

Enquête ménage (N=768)

Caractéristiques sociodémographiques

- 89,1% des ménages des enfants enquêtés vivent en milieu rural ;
- 87,6% des répondants aux différentes questions au cours de l'enquête sont des femmes ;
- Seuls 15,0% des répondants vivent dans des ménages considérés comme les plus nantis de la zone d'étude ;
- 64,5% des enfants enquêtés ont un âge compris entre 24 et 59 mois et
- 48,1% de ces enfants sont des filles.

Supplémentation en vitamine A et déparasitage

- La couverture de la supplémentation en vitamine A est de 87,7% dans la zone d'étude, elle est un peu plus élevée en milieu rural (88,8%) qu'en milieu urbain (76,7%) ;
- La couverture du déparasitage est d'environ 83,3% dans la zone d'étude ; elle est de 84,5% en milieu rural et 73,1% en milieu urbain.

Stratégie de communication

- La population vivant en milieu rural est mieux informée de la campagne avant son démarrage. En effet, 56,9% des ménages vivant en milieu rural ont été informés de la tenue de la campagne contre 46,9% en milieu urbain ;
- Les mobilisateurs/vaccinateurs (41,6%) et les crieurs publics (37,7%) ont été les principaux canaux de communication lors des campagnes ;

Connaissances et pratique des ménages

- Près de la moitié (45,2%) des ménages de la zone d'étude ont affirmé que l'agent vaccinateur n'a rien dit sur le rôle de la vitamine A ;
- 35,6% des ménages de la zone d'étude ont affirmé que le distributeur n'a rien dit sur le déparasitant ;
- 60% des ménages de la zone d'étude connaissent la vitamine A et 64,8% connaissent le déparasitant.
- 19,6% des ménages de la zone d'étude savent que c'est à 6 mois que la première dose de vitamine A devrait être donnée ;
- seuls 19,0% des ménages de la zone d'étude savent que c'est à 12 mois que la première dose de déparasitant devrait être donnée.

Principaux résultats

Enquête auprès des agents de santé (N=66)

- 56,1% de ces agents de santé travaillent dans les CSI Type 1 et 43,9% les CSI Type 2.
- L'enquête a touché 68,2% agents de santé de sexe masculin et 31,8% agents de sexe féminin ;
- Les proportions des agents de santé qui ont reçu une formation sont 87,9% sur la vitamine A et 86,4% sur le déparasitant ;
- La grande majorité (77,3%) des agents de santé enquêtés ont participé à la campagne 4 jours ;
- 7,5% des agents de santé ont déclaré avoir connus des ruptures en vitamine A ;
- 53% des agents de santé ont une bonne connaissance (plus de 75 points sur 100) ;
- Au cours de la campagne, les agents de santé enquêtés étaient plus dans la coordination (51,5%) et la supervision (45,5%).

Enquête auprès des Relais Communautaires (N=66)

- L'enquête auprès des relais communautaires a concerné au total 66 agents dont 54 hommes et 12 femmes ;
- 51,5% de ces relais communautaires ont un niveau d'instruction secondaire premier cycle et 30,3% ont un niveau primaire ;
- Les proportions des relais communautaires qui ont reçu une formation en vitamine A et déparasitage sont respectivement 90,9% et 86,4%
- 4,5% des relais communautaires enquêtés ont une bonne connaissance (plus de 75 points sur 100) sur la vitamine A et le déparasitant ;
- La grande majorité (78,8%) des relais communautaires enquêtés ont participé à la campagne 4 jours ;
- 6,1% des distributeurs enquêtés ont déclaré avoir connu des ruptures en vitamine A ;
- 4,6% relais communautaires ont déclaré avoir connus des ruptures de déparasitant ;
- La proportion des relais communautaires supervisé est de 90,9%.

I- Introduction

La malnutrition constitue au Niger un problème majeur de santé publique avec des taux qui dépassent les seuils d'urgence fixés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Selon les résultats de l'enquête nationale SMART 2019 réalisée par l'Institut national de la Statistique du Niger (INS), la prévalence de la malnutrition aiguë globale, basée sur les z-scores du poids pour taille (P/T), chez les enfants de 6-59 mois est de 10,7% au plan national, avec des disparités entre les régions allant 13,7% dans la région de Tahoua. La malnutrition chronique ou retard de croissance chez les enfants de 0 à 59 mois a été estimée par la même enquête à 45,7% au niveau national avec également une disparité allant jusqu'à 55,4% dans la région de Maradi et 52,9% dans la région de Zinder.

Ces différentes formes de malnutrition persistent et résultent de la conjonction de nombreux facteurs socio-économiques, alimentaires, sanitaires et culturels.

Au nombre de ces déficits nutritionnels, il faut noter l'insuffisance globale d'apports alimentaires, les déficits spécifiques en micronutriments dont les plus importants sont la carence en vitamine A (VA), l'anémie par carence en fer. La carence en VA est connue depuis longtemps au Niger avec des termes dans toutes les langues nationales pour décrire la cécité nocturne qui est l'un des signes de cette carence.

L'Enquête Démographique et Santé au Niger réalisée en 2012 (EDSN2012) ressort que seules 37 % des mères des enfants de 6-23 mois ont déclaré que leurs enfants avaient consommé des aliments riches en vitamine A au cours des 24 heures ayant précédé l'interview, ce qui signifie une consommation insuffisante d'aliments riches en Vitamine A au sein de cette population. Face à la problématique de la carence en Vitamine A au Niger, l'Etat et ses partenaires dont HKI mettent en œuvre plusieurs interventions en vue de protéger la population dont entre autres les campagnes de supplémentation en vitamine A

Malgré les efforts consentis par l'Etat, cet objectif est loin d'être atteint au Niger. C'est pourquoi, plusieurs partenaires d'aide au développement dont HKI apportent leur soutien aux populations afin d'éradiquer ces fléaux. Ce soutien se traduit par la mise en œuvre de plusieurs interventions dont les campagnes de supplémentation en vitamine A.

Pour mesurer la performance de la mise en œuvre des JNM et disposer de taux de couverture fiables, HKI s'est engagée depuis 2011 au Niger à conduire des enquêtes de couverture post campagnes (PECS) au moins une fois par an au niveau national ou localisé.

Pour la campagne réalisée du 2 au 7 novembre 2019 lors de laquelle la Vitamine A et le déparasitant ont été administrés aux enfants de 6-59 mois, HKI, le MSP et les partenaires ont conduit une enquête de couverture post campagne en collaboration avec une équipe de consultants, l'Institut National de la Statistique et la Direction de la Nutrition du Ministère de la santé. Ce rapport présente les résultats de cette enquête.

II- Objectifs de l'étude

II-1 Objectifs généraux

Cette étude vise à évaluer la qualité de la mise en œuvre de la campagne du 2 au 7 novembre 2019 au Niger, de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage des enfants de 6 à 59 mois.

II-2 Objectifs spécifiques

De façon spécifique, cette enquête permet de :

- Mesurer les taux de couverture de la supplémentation en vitamine A des enfants de 6-59 mois lors de la campagne d'Octobre 2019 dans les régions de Zinder (districts organisant uniquement les JNM) et Dosso ;
- Mesurer les taux de couverture du déparasitage des enfants de 12 -59 mois lors de la campagne d'Octobre 2019 dans les régions de Zinder (districts organisant uniquement les JNM) et Dosso ;
- Comparer les couvertures administratives de la campagne d'Octobre 2019 et celles obtenues lors de l'enquête de couverture post campagne d'Octobre-Novembre 2019 ;
- Comparer les couvertures atteintes au niveau rural et urbain dans la zone de l'enquête ;
- Déterminer les principales raisons de non-administration de la vitamine A, du déparasitant ;
- Evaluer la stratégie de communication utilisée lors de la campagne d'Octobre 2019 ;
- Décrire le niveau de connaissances des parents sur le bénéfice de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage ;
- Décrire le niveau de connaissances des agents de santé et des relais communautaires sur la vitamine A et le déparasitage pour la zone concernée ;
- Déterminer les principales raisons de l'éventuelle faiblesse d'information des ménages sur la supplémentation en vitamine A et le déparasitage ;
- Formuler/proposer les stratégies et actions à entreprendre pour l'amélioration les activités de supplémentation en vitamine A et le déparasitage.

III- Méthodologie

III-1 Type d'étude et population cible

Type d'étude

L'enquête a été mise en œuvre suivant deux méthodologies:

- Une enquête qualitative auprès des agents de santé et des relais communautaires/distributeurs communautaires ;
- L'enquête de couverture post campagne, une étude transversale avec sondage en grappes de type OMS à deux (2) degrés.

Les grappes ont été tirées aléatoirement conformément à la méthode de la probabilité proportionnelle à la taille estimée (PPTE) de la population.

Période de l'étude

La période prévue pour la réalisation de l'étude est de Novembre- Décembre 2019. La collecte des données sur le terrain a eu lieu du 16 au 25 novembre 2019.

Cadre de l'étude

Cette étude s'est déroulée au Niger. Il s'agira de réaliser des estimations de couverture au niveau national et dans une strate réparti composé comme suit :

- **Strate de Zinder et Dosso** : Districts Sanitaires de Damagaram Takaya, Mirriah, Takieta pour la région de Zinder et Boboye, Dioundiou, Dogon Doutchi, Dosso, Falmey, Gaya, Loga, Tibiri pour la région de Dosso.

Population cible de l'étude

Enquête de couverture (sondage par grappe) :

L'enquête a ciblé les ménages de la zone d'étude ayant au moins un enfant de 6 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 6 à 59 mois au moment de la campagne de juin 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) :

Cette enquête a ciblé les agents de santé et les relais communautaires/ distributeurs ayant participé à la campagne de novembre 2019.

- **Critère d'inclusion** : Tous les agents de santé et les relais communautaires/ distributeurs ayant participé à la campagne de la zone d'étude et présents au moment de la collecte.
- **Critère de non inclusion** : Les agents de santé et les relais communautaires/ distributeurs éligibles de la zone d'étude absents et/ou ayant refusé de participer à l'enquête en ne donnant pas leur consentement éclairé.

III-2 Echantillonnage

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

- **Au premier degré : Tirage des grappes ;**
- **Au deuxième degré : Tirage des ménages.**

Choix des ménages à enquêter

Tableau 1 : Répartition des grappes et des ménages enquêtés

Strate	Nombre de grappes	Nombre de grappes		Nombre ménages prévus	Nombre ménages enquêtés	Taux de réalisation
		Zone urbaine	Zone rurale			
Zone d'étude	77	14	63	770	768	99,7%

III-3 Comité éthique

Avant le démarrage de l'enquête, l'équipe technique a présenté l'opération devant le Comité nationale d'éthique afin d'obtenir le visa de réaliser l'étude. Cette présentation a été faite le 31 octobre 2019 dans la salle de réunion du Ministère de la santé publique par le consultant en présence de la responsable de l'étude de HKI. Elle a porté sur la méthodologie de l'étude, les outils à utiliser pour collecter les données et la diffusion des résultats.

En effet, les outils de collecte ont été élaborés par HKI et amendés par les autres partenaires et le consultant. Il a été question d'adapter principalement les modalités qui s'appliquent dans le contexte nigérien. Les outils sont :

- Formulaire de recensement des ménages qui permet la mise à jour des ménages dans la ZD et permet d'identifier les ménages éligibles ;
- Formulaire ODK permettant le tirage aléatoire des ménages échantillons ;
- Questionnaire Ménage permettant de disposer des informations sociodémographiques des ménages ; l'accès au service de santé, le niveau de connaissance sur la vitamine

A, du déparasitant et la communication en rapport avec les agents chargés de conduire les différentes activités sur le terrain.

- Questionnaire enfant qui informe sur la supplémentation en vitamine A, le temps associé au service, le déparasitage et la consommation des snacks
- Questionnaire Agent de santé qui permet d'appréhender le niveau de connaissance de l'agent sur la vitamine A, la supplémentation en vitamine A et le dépistage et sur sa formation en rapport avec la vitamine A, donne des éléments d'appréciation de la campagne ;
- Questionnaire Relais communautaire/vaccinateur, qui collecte les mêmes informations que celles collectées auprès des agents de santé ;
- Formulaire de suivi et de contrôle de qualité pour les superviseurs qui capte quelques informations sur un échantillon d'enfants déjà enquêté afin de mieux apprécier la qualité des données collectées en particulier l'exhaustivité.
- Demande du consentement éclairé : préalable à la collecte des données et permet d'informer le répondant sur la nature de l'enquête et demande son avis par rapport à sa participation à l'enquête.

III-4 Recrutement et Formation des superviseurs et enquêteur

Trente-quatre (34) enquêteurs ont été recrutés et formés, en tenant compte d'une liste de critères incluant le niveau académique moyen, la langue parlée et l'expérience en matière de collecte de données avec les tablettes. Les superviseurs étaient des experts représentants de la Direction de Nutrition (DN), de la Direction de l'Immunisation (DI) et de l'Institut National de la Statistique (INS).

L'objectif général de la formation était de renforcer les capacités des superviseurs et des enquêteurs sur les méthodes et outils de l'enquête. Cette formation était à la fois théorique et pratique et a duré quatre (4) jours dont trois (3) jours de formation théorique et un (1) jour de prétest. Elle était dispensée par le Comité de coordination (l'équipe de programme VAS de HKI, l'équipe des consultants, l'Agent Régional du programme VAS de HKI) du 4 au 7 novembre.

III-5 Enquête pilote ou pré test des outils de collecte

Le jeudi 7 novembre, un pré-test a été effectué auprès des ménages dans les localités de Hamdalaye et Barkiawal pour tester le dispositif de l'enquête. Toutes les étapes de l'enquête ont été mises en œuvre notamment la présentation de l'enquête, le recensement des ménages et l'administration des différents questionnaires. Les formateurs et les superviseurs ont assuré l'encadrement des enquêteurs sur le terrain pour le test des outils.

De retour du prétest, un débriefing a été fait pour en tirer les leçons. Les insuffisances dans la programmation des formulaires, les faiblesses de formulation des questions en langue et d'autres différences de compréhension ont été relevées. Toutes ces observations ont été prises en compte et les formulaires ont été révisés avant la phase de collecte proprement dite.

III-6 Collecte de données sur le terrain

La collecte des données sur le terrain a eu lieu du 16 au 25 novembre 2019. Pendant cette activité, toutes les 77 grappes prévues ont été enquêtées. Les 10 équipes, chacune constituée d'un chef d'équipe, de trois (3) enquêteurs et d'un (1) chauffeur, prévues ont été réparties pour couvrir la strate en 10 jours conformément au calendrier prévisionnel.

Pendant cette période, tous les agents (enquêteurs et chefs d'équipe) se sont attelés à l'administration des questionnaires de collecte suivant la répartition des tâches préalablement faite par l'équipe technique.

A l'instar de la coordination et management de l'équipe, les chefs d'équipe ont assuré l'administration des questionnaires aux relais communautaires et aux agents de santé. Ils ont assuré également le premier contrôle qualité des données.

Les enquêteurs étaient chargés du remplissage des questionnaires recensement et ménages.

Pour assurer la qualité des données, une plateforme regroupant tous les enquêteurs, les superviseurs et l'équipe technique a été créée sur l'application Android WhatsApp. Cette plateforme a permis à l'ensemble des acteurs d'être en contact permanent durant toute la durée de la collecte. Toutes les questions et leurs réponses passent par ce canal. Ce qui a permis aux équipes de capitaliser les préoccupations vécues par les autres. Tous les chefs d'équipe étaient tenus de suivre les informations partagées et de les partager avec leurs coéquipiers.

III-7 Supervision et suivi de la collecte

L'objectif général des missions de supervision est d'assurer la qualité de données collectées lors de l'enquête post campagne JNV/JNM qui s'est déroulée du 16 au 22 novembre 2019.

La mission de supervision assurée par l'équipe de consultants, l'équipe VAS, les représentants de la DN, les représentants de la DI et le représentant de l'INS était organisée en cinq (5) axes pour une période de huit (8) jours. Les équipes de supervision étaient constituées de deux (2) superviseurs et un (1) chauffeur.

Ces missions de supervision ont couvert toutes les dix (10) équipes. Elles avaient comme mission le partage des informations sur l'évaluation en accentuant sur les objectifs de l'enquête et l'utilisation qui sera faite des résultats et a demandé à la Direction Régionale de la

Santé Publique (DRSP) d'exhorter les Districts à apporter tout l'appui nécessaire aux équipes de collecte notamment en leur facilitant l'accès aux formations sanitaires sélectionnées.

Partout où elles sont passées, les missions ont d'abord observé les équipes à l'œuvre en participant aux entretiens. Ensuite, les missions ont tenu des réunions de synthèses avec les équipes de collecte pour faire le point sur l'état d'avancement de la collecte ; relever les insuffisances des uns et des autres suites à l'observation des entretiens ; fournir des explications détaillées sur les manquements constatés pour que les enquêteurs aient une même et bonne compréhension des questions afin de collecter et d'améliorer la qualité des données.

Ces différentes réunions ont aussi porté sur les informations partagées sur la plateforme. Un accent particulier a été mis sur l'envoi des données. Les données envoyées sont utilisées à temps réel par les consultants pour produire un tableau de bord de suivi de la qualité des données. Ce tableau de bord donne la synthèse des travaux accomplis et les erreurs commises par équipe et par enquêteur.

A toutes les insuffisances relevées, des éclaircissements/consignes ont été fournis aux enquêteurs et aux chefs d'équipe par les superviseurs afin que les formulaires soient désormais remplis correctement.

III-8 Gestion des données

Les tablettes ont été utilisées pour faciliter la collecte et assurer la qualité des données. Les formulaires, une fois vérifiés et validés par les chefs d'équipe, sont envoyés vers le serveur ONA de HKI. Ces données, au fur et à mesure concaténées, ont fait l'objet de vérifications par l'équipe des consultants. Les consultants produisaient quotidiennement un tableau de bord de suivi de la qualité de données partagé avec les superviseurs qui à leur tour le partageaient avec leurs équipes respectives. Cela a permis de corriger les incohérences constatées pendant que les équipes étaient encore sur le terrain et de rédiger en même temps le programme d'apurement.

III-9 Traitement et analyse des données, rédaction du rapport final

Après la collecte des données sur le terrain et leur envoi sur le serveur, les données ont été concaténées et des bases avaient été obtenues en version STATA.

Ces bases ont ensuite fait l'objet d'apurement. Il s'agit principalement au cours de cette étape de faire des vérifications de la cohérence des informations collectées.

Il est aussi à noter qu'à cette phase, les coefficients de pondération ont été calculés.

Cette pondération a été calculée de la manière suivante :

Pondération d'échantillonnage pour le répondant $i = 1/$ (Probabilité que la grappe ait été sélectionné x Probabilité que le ménage ait été sélectionné)

- Probabilité d'inclusion de la grappe = nombre de grappes sélectionnées dans la strate/ nombre total de grappes dans la strate ;
- Probabilité d'inclusion d'un ménage = nombre de ménages éligibles sélectionnés dans la grappe/ nombre total de ménages éligibles dans la grappe.

Après cette étape de traitement, les bases obtenues ont été utilisées pour la tabulation et la production du rapport.

III-10 Difficultés rencontrées

Les principales difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre cette collecte sont :

- Indisponibilité des ménages occupés par les travaux de récolte ;
- Faible couverture du réseau internet ou absence pour envoyer les données en temps réel ;
- Faiblesse dans l'utilisation du calendrier des événements par les agents enquêteurs pour la détermination de l'âge ;
- Distance importante à parcourir entre les localités d'une seule grappe ;
- Non disponibilités des chefs CSI dans le district de Gaya qui étaient en formation ;
- Non disponibilité/Non renseignement des carnets de santé pour la plupart des enfants.

IV- Résultats de l'enquête ménage

IV-1 Caractéristiques des populations enquêtées

IV-1-1 Caractéristiques sociodémographiques des ménages (N=768)

Dans l'ensemble, neuf (9) ménages sur dix (10) de la population de la zone d'étude vivent en milieu rural.

Tableau 2: Milieu de résidence des ménages enquêtés

Milieu de résidence	Effectif	Proportion (%)
Rural	689	89,7
Urbain	79	10,3
Total	768	100

IV-1-2 Caractéristiques des répondants (N=768)

L'analyse des résultats de l'enquête fait ressortir une prédominance des femmes au niveau des répondants. En effet, plus de 87,6% des répondants aux différentes questions posées par les enquêteurs au cours de l'enquête sont des femmes.

L'âge des répondants fait ressortir qu'ils sont dans leur grande majorité des personnes âgées de plus de 24 ans. En effet, environ 40,8% des répondants de la zone d'étude ont un âge compris entre 25 et 34 ans et 33,8% ont plus de 34 ans.

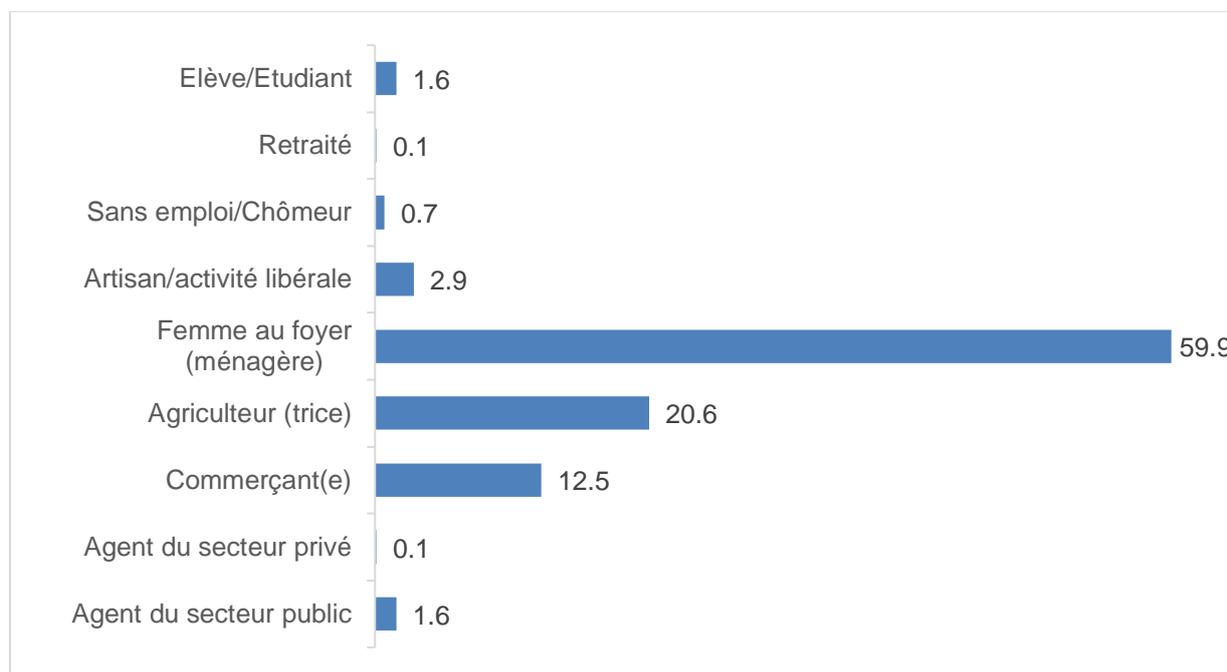
En ce qui concerne le niveau d'instruction des répondants, c'est environs 3 répondants sur 4 (76,1%) qui sont non scolarisés dans l'ensemble de la zone d'étude. Seuls 0,7% des répondants ont un niveau supérieur.

Tableau 3: Sexe, âge et niveau d'instruction des répondants

	Effectif	Proportion (%)
Sexe		
Masculin	95	12,4
Féminin	673	87,6
Total	768	100
Catégorie d'âge		
Moins de 15 ans	1	0,2
15-24 ans	183	25,2
25-34 ans	297	40,8
35ans et plus	246	33,8
Total	727	100
Niveau d'instruction		
Non scolarisé	584	76,1
Primaire	109	14,2
Secondaire	69	9,0
Supérieur	6	0,7
Total	768	100

S'agissant de la principale activité exercée par les répondants, près de six (6) sur dix (10) sont des femmes au foyer et 20,6% exercent leur activité principale dans l'agriculture.

Graphique 1: Activité principale des répondants (%)



IV-1-3 Indice de bien-être économique (N=768)

L'indice de bien-être économique du ménage est construit à partir des données sur les biens des ménages et en utilisant l'analyse en composantes principales. Les informations sur les biens des ménages concernent la possession par les ménages de certains biens de consommation tels que la télévision, la radio ou la voiture. Ces informations ont également porté sur certaines caractéristiques du logement comme la disponibilité de l'électricité, le type d'approvisionnement en eau, le type de toilettes principalement utilisées, le matériau de revêtement du sol et le combustible utilisé pour cuisiner.

Les ménages sont regroupés en quintile de niveau de vie, chaque quintile correspondant à un niveau allant de 1 (le plus bas) à 5 (le plus élevé).

Les résultats montrent que c'est dans le milieu urbain qu'est concentrée la population la plus riche puisque 81,9% des ménages sont classés dans le quintile le plus élevé. À l'opposé, en milieu rural, cette proportion n'est que de seulement 7,3%. On note des écarts entre régions. En effet, dans la région de Dosso, 21% des ménages sont classés dans le quintile le plus élevé alors que cette proportion n'est que de 4,5% dans la région Zinder.

Tableau 4: Quintile de richesse des ménages

	Quintile de richesse					Total	Effectif
	Le plus bas	Second	Moyen	Quatrième	Le plus élevé		
Milieu de résidence							
Rural	20,1	18,0	31,7	22,9	7,3	100	689
Urbain	1,6	0,0	6,8	9,7	81,9	100	79
Région							
Dosso	16,1	16,5	26,0	20,4	21,0	100	488
Zinder	21,9	15,6	34,6	23,5	4,5	100	280
Ensemble	18,2	16,1	29,1	21,5	15	100	768

IV-1-4 Habitudes, comportements face aux services de santé des répondants

Il ressort des résultats de l'enquête que les centres de santé publique sont essentiellement les lieux où les ménages se rendent le plus souvent pour obtenir des soins médicaux selon la quasi-totalité (99,9%) des répondants.

Tableau 5: Lieux souvent fréquentés pour les soins

Lieux fréquentés	Zone d'étude	
	Effectif	Proportion (%)
Centre de santé publique	767	99,9
Centre de santé privé	1	0,1
Pharmacie	0	0,0
Tradipraticien	0	0,0
Total	768	100

La vaccination des enfants (92,2%) est le service dominant qui a conduit les répondants à amener leurs enfants dans les centres de santé. la seconde raison est le suivi de la croissance des enfants (81,5%). Il est important de relever qu'une faible proportion des ménages se sont rendus aux centre de santé pour la supplémentation (24,2%) ou le déparasitage (14,2%) de leurs enfants.

Tableau 6: Services recherchés dans les formations sanitaires

Services recherchés	Zone d'étude	
	Effectif	Proportion (%)
Vaccination	708	92,2
Supplémentation en vitamine A	186	24,2
Suivi de la croissance (pesée)	626	81,5
Déparasitage	117	15,2
Aucun service	30	3,9

IV-1-5 Caractéristiques des enfants enquêtés (n= 1240)

La répartition des enfants enquêtés fait ressortir que plus de la moitié (65,4%) ont un âge compris entre 24 et 59 mois.

Par rapport au sexe des enfants enquêtés, on constate une répartition presque égale des enfants dans la zone d'étude (51,8% de garçons et 48,1% des filles). Le ratio garçon-fille de ces enfants est de 1,08.

Tableau 7: Catégorie d'âge et sexe des enfants enquêtés

	Effectif	Proportion (%)
Catégorie d'âge		
6 - 11 mois	149	12,0
12 - 23 mois	280	22,6
24 - 59 mois	811	65,4
Total	1 240	100
Sexe		
Garçons	644	51,9
Filles	596	48,1
Total	1 240	100

IV-2 Couvertures post-campagne

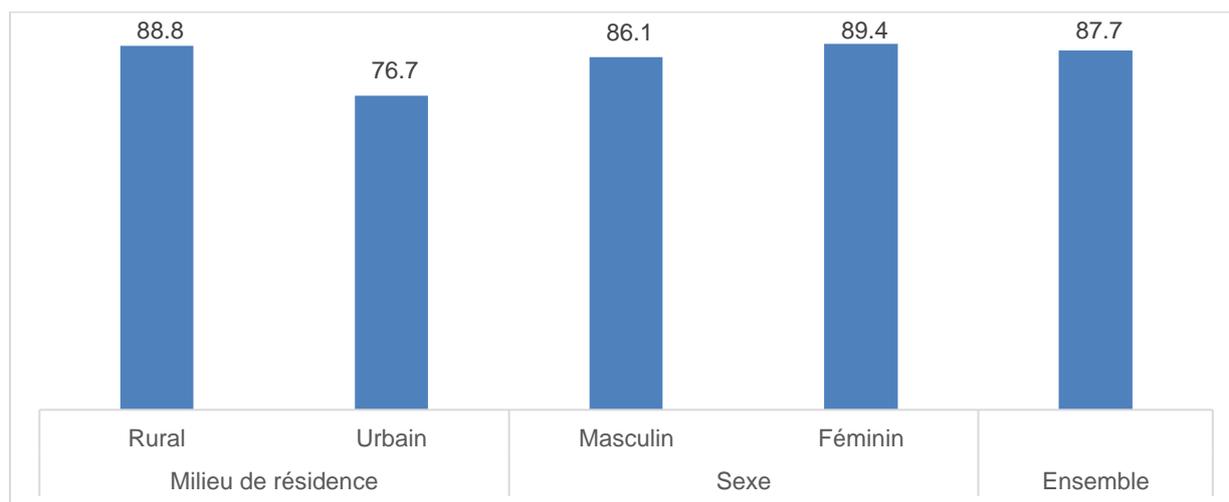
IV-2-1 Couverture de la vitamine A (87,7% ; N=1240)

IC (95%)= [87,56% ; 87,75%]

La couverture générale de la Vitamine A dans la zone d'étude est de 87,7%. Selon le milieu de résidence, la couverture est plus élevée en milieu rural (88,8%) qu'en milieu urbain (76,7%). Cette différence est significative au seuil de 5% du test d'indépendance de Khi2 (P-value=0,000).

La couverture en supplémentation en Vitamine A chez les enfants, par sexe, est légèrement plus élevée chez les filles (89,4%). Cette différence n'est pas statistiquement significative car la P-value=0,170 est supérieur à 0,05.

Graphique 2: Couverture de la vitamine A par milieu de résidence et par sexe (%)



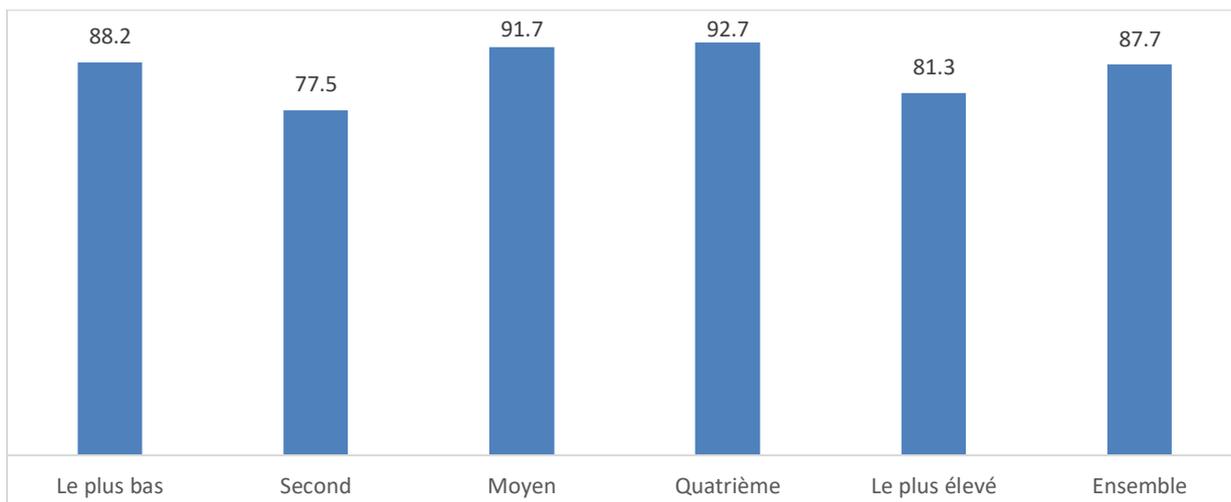
L'analyse selon les tranches d'âge des enfants montre que la couverture de la supplémentation en vitamine A est plus élevée chez les enfants âgés de 24 à 59 mois (89,4%). Mais cette relation n'est pas statistiquement significative (P-value=0,05).

Tableau 8: Couverture de la vitamine A par catégorie d'âge

Catégorie d'âge	Nombre d'enfants	Réception vitamine A			Total	p-value du test de Khi2
		Non	Oui	Ne sait pas		
6 - 11 mois	149	13,8	85,2	1	100	0,000
12 - 23 mois	281	15,4	84,1	0,5	100	
24 - 59 mois	811	9,3	89,4	1,4	100	
Ensemble	1 240	11,2	87,7	1,1	100	

L'examen de la couverture en vitamine A par quintile de richesse montre qu'elles sont plus élevées dans les classes moyennes (91,7%) et Quatrième quintile (92,7%). La répartition des quintiles de richesses par milieu nous a montré que ces dernières classes sont essentiellement en milieu rural. Le test d'indépendance de Khi2 confirme que la couverture de la supplémentation en vitamine A est liée au quintile de richesse (P-value=0,000). Ainsi, elle est faible chez les enfants des ménages démunis du milieu rural.

Graphique 3: Couverture de la vitamine A par quintile de richesse (%)



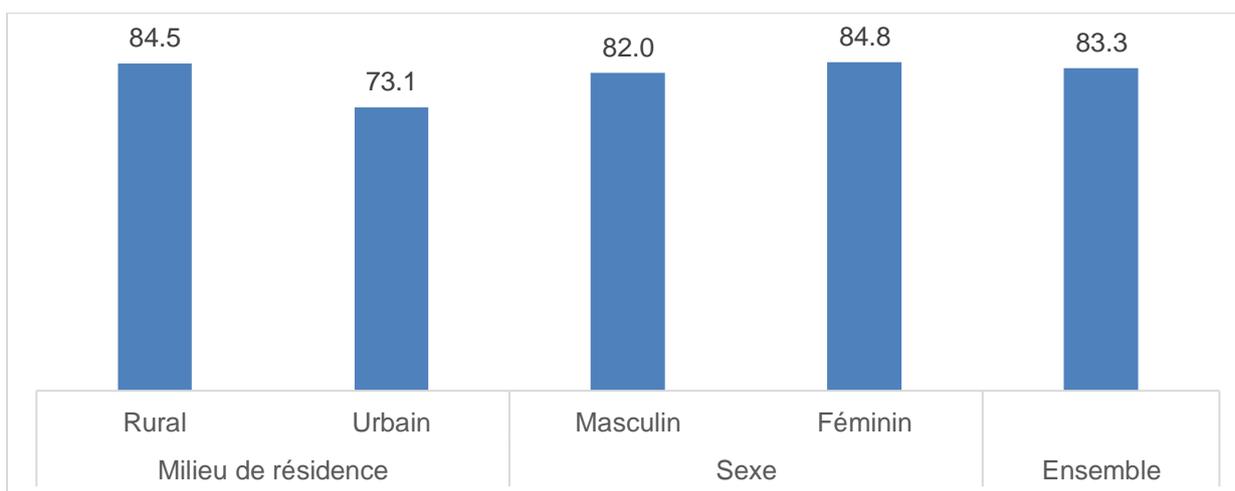
IV-2-2 Couverture du déparasitage (Proportion=83,3% ; N=1101)

IC (95%)= [83,22% ; 83,46%]

Dans l'ensemble, la couverture du déparasitage est de 83,3%. Selon le milieu de résidence, la couverture est plus élevée en milieu rural (88,8%) qu'en milieu urbain (76, 7%). Cette différence est significative au seuil de 5% au regard du test d'indépendance de Khi2 (P-value=0,002).

La couverture en déparasitage selon le sexe montre que ce taux est sensiblement le même chez les garçons (82,0%) que chez les filles (84,8%).

Graphique 4: Couverture du déparasitage par milieu de résidence et par sexe (%)



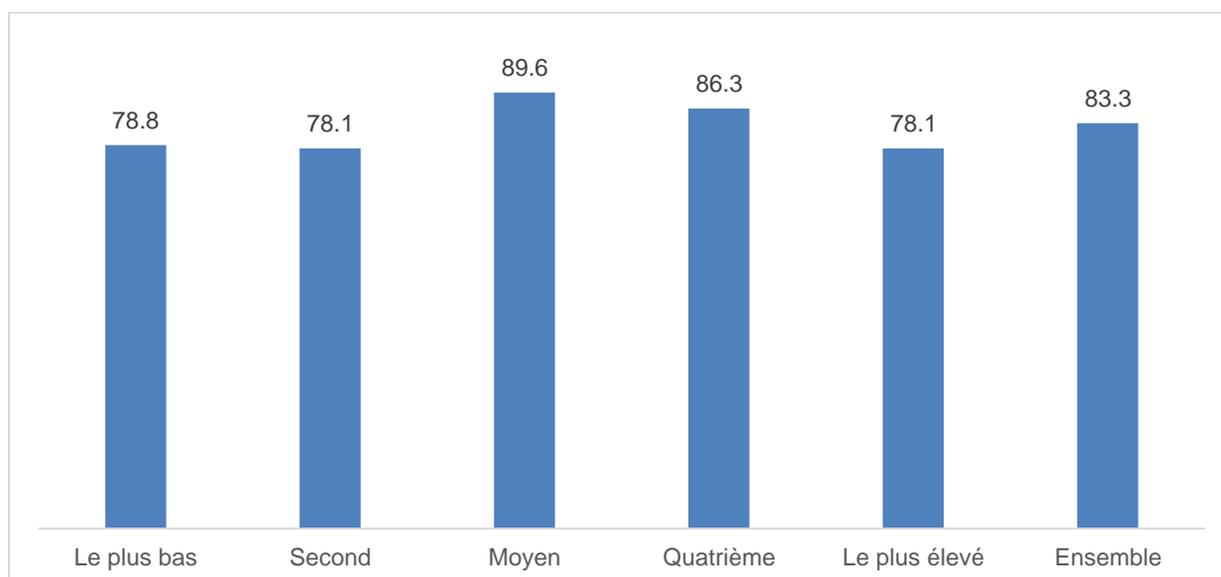
Selon les tranches d'âges, les enfants de la tranche d'âge 12-23 mois ont relativement été moins couverts. La proportion des enfants déparasités de cette tranche d'âge est de 76,3%. Aussi, le test d'indépendance de Khi2 montre une relation statistiquement significative entre les tranches d'âges des enfants et la couverture du déparasitage.

Tableau 9: Couverture du déparasitage par catégorie d'âge

Catégorie d'âge	Nombre d'enfants	Réception du déparasitant			Total	p-value du test de Khi2
		Non	Oui	Ne sait pas		
12 - 23 mois	283	21,4	76,3	2,3	100	
24 - 59 mois	818	11,8	85,8	2,4	100	0,000
Ensemble	1101	14,3	83,3	2,4	100	

L'examen de la couverture du déparasitage par quintile de richesse montre qu'elles sont plus faibles dans les classes extrêmes à savoir le plus bas (78,8%), le second (78,1%) et le plus élevé (78,1%). Le test d'indépendance de Khi2 confirme que la couverture de la supplémentation en vitamine A est liée du quintile de richesse (P-value=0,018). Ainsi, elle est faible chez les enfants des ménages démunis et les plus nantis

Graphique 5: Couverture du déparasitage par par quintile de richesse (%)

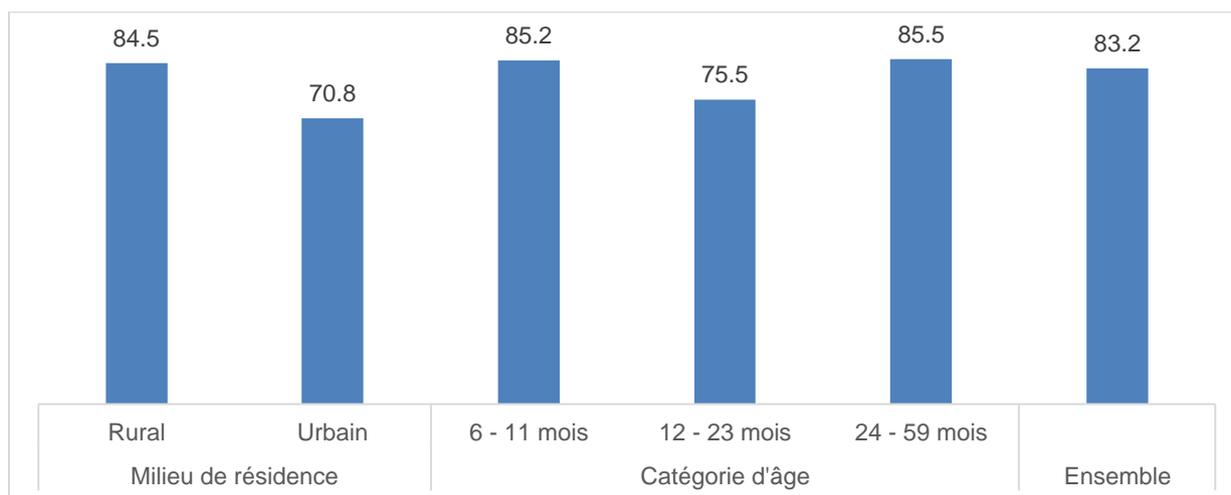


IV-2-3 Couverture pour tous les services (83,2%, N= 1240)

L'indicateur est calculé selon l'éligibilité des enfants aux différents services. Pour les enfants ayant un âge compris entre 6 et 11 mois seule la supplémentation en vitamine A a été prise en compte alors que pour les enfants âgés de 12 à 59 mois, tous les intrants (vitamine A et déparasitant) ont été pris en compte.

Dans l'ensemble, la proportion des enfants ayant reçu tous les services est de 83,2%. Cette proportion varie selon le milieu de résidence et les catégories d'âge des enfants. Elle est plus faible en milieu urbain et chez les enfants âgés de 12 à 23 mois.

Graphique 6: Proportion des enfants ayant reçu tous les services par milieu et par âge (%)



IV-3 Administration de la vitamine A et du déparasitant (N=1240)

IV-3-1 Source d'information de l'âge à l'enquête

Au cours de l'enquête, des informations sur l'âge des enfants ont été collectées. Pour la majorité des enfants (52,8%), l'âge a été estimé à partir du calendrier des événements par manque de pièce d'état civil ou de carnet de santé de la mère et de l'enfant.

Un intérêt particulier a été accordé au carnet type de santé de la mère de l'enfant. Il ressort que l'ancien carnet vert (79,8%) est le dominant. « Le nouveau carnet avec 10 contact pour la supplémentation en vitamine A » (13,8%) est le deuxième par ordre d'importance.

Tableau 10: Source d'information de l'âge et type de carnet

	Effectif	Proportion (%)
Source de cette information de l'âge		
Carnet de santé	504	40,6
Acte de naissance	82	6,6
Calendrier des événements	654	52,8
Total	1240	100
Type de carnet de santé de la mère et de l'enfant		
Nouveau carnet avec 10 contact pour la supplémentation en vitamine A	90	13,8
Ancien carnet vert	524	79,8
Cahier	9	1,4
Autre carnet	33	5
Total	656	100

IV-3-2 Coupure de la capsule

Lors de la supplémentation en vitamine A, les distributeurs sont équipés de ciseaux pour couper les capsules. On note quand même l'utilisation de méthodes de coupure non conformes aux règles telle que la coupure à l'ongle (8,3%), aux dents (8,2%), à la lame (2,1%) et au couteau (0,5%).

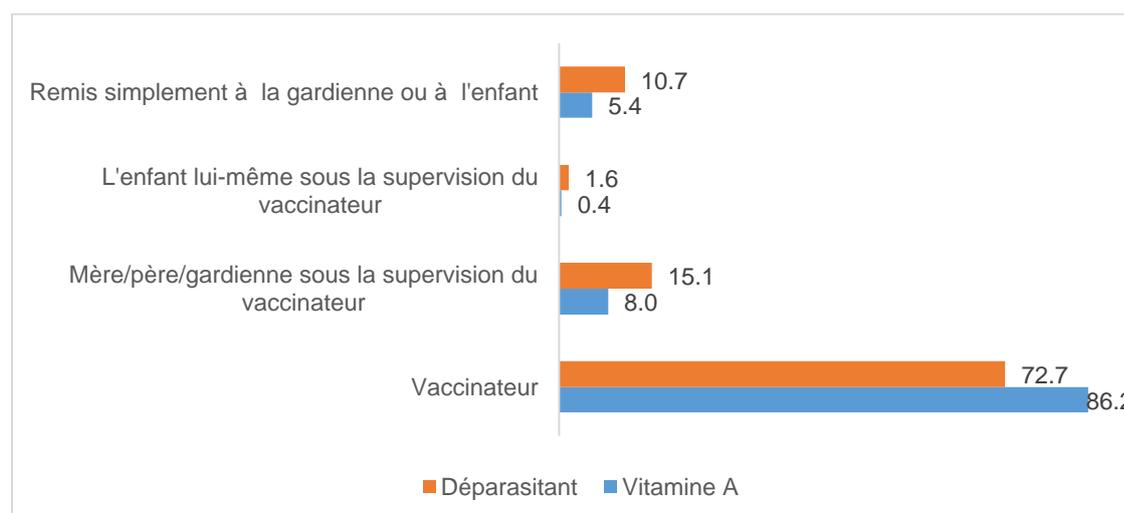
Tableau 11: Outils de coupure de la capsule

	Effectif	Proportion (%)
Ciseaux	716	66,3
Lame	22	2,1
Dents	88	8,2
Ongle	89	8,3
Couteau	6	0,5
N'a pas coupé la capsule	38	3,5
Ne sait pas/ N'a pas vu	120	11,1
Total	1080	100

IV-3-3 Administration de la vitamine A et du déparasitant

Les distributeurs doivent donner eux-mêmes la capsule de vitamine A et le déparasitant ou superviser la prise. Paradoxalement, il y a des cas où les distributeurs ont simplement remis à la mère ou la gardienne de l'enfant sans superviser la prise. Cette mauvaise pratique est de 5,4% pour la vitamine A et 10,7% pour le déparasitant.

Graphique 7: Administration de la vitamine A et du déparasitant (%)



IV-3-4 Lieux de supplémentation

La stratégie porte à porte est celle indiquée pendant la campagne pour une couverture maximale des cibles. En général, la supplémentation en vitamine A (83,6%) et l'administration du déparasitant (83,3%) ont été faites au sein des ménages. En marge de cette pratique idoine, on note le service de la supplémentation à d'autres endroits du village/quartier avec une proportion de 12,1% pour tous les intrants.

Tableau 12: Lieux de la supplémentation en Vitamine A

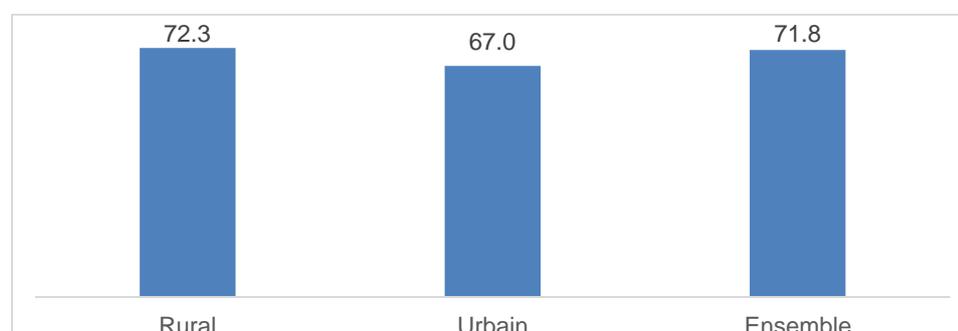
	Vitamine A		Déparasitant	
	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)

Ici à la maison	805	83,6	767	83,3
Centre de santé du village	4	0,4	3	0,3
Au centre de santé d'un autre village	1	0,1	6	0,6
Ecole/église/mosquée	10	1	10	1,1
Rue/marché	22	2,3	20	2,2
Autre endroit au village/quartier	117	12,1	112	12,1
Autre endroit hors du village	3	0,3	1	0,1
Ne sait pas	2	0,2	2	0,2
Total	963	100	920	100

IV-3-5 Marquage des concessions

Au cours de l'enquête, la vérification du marquage des maisons a été faite pour les enfants supplémentés à domicile. Les résultats montrent que la proportion des maisons marquées est de 71,8%. Cette proportion est un peu moins élevée en milieu urbain (67%)

Graphique 8: Proportion des maisons marquées (%)



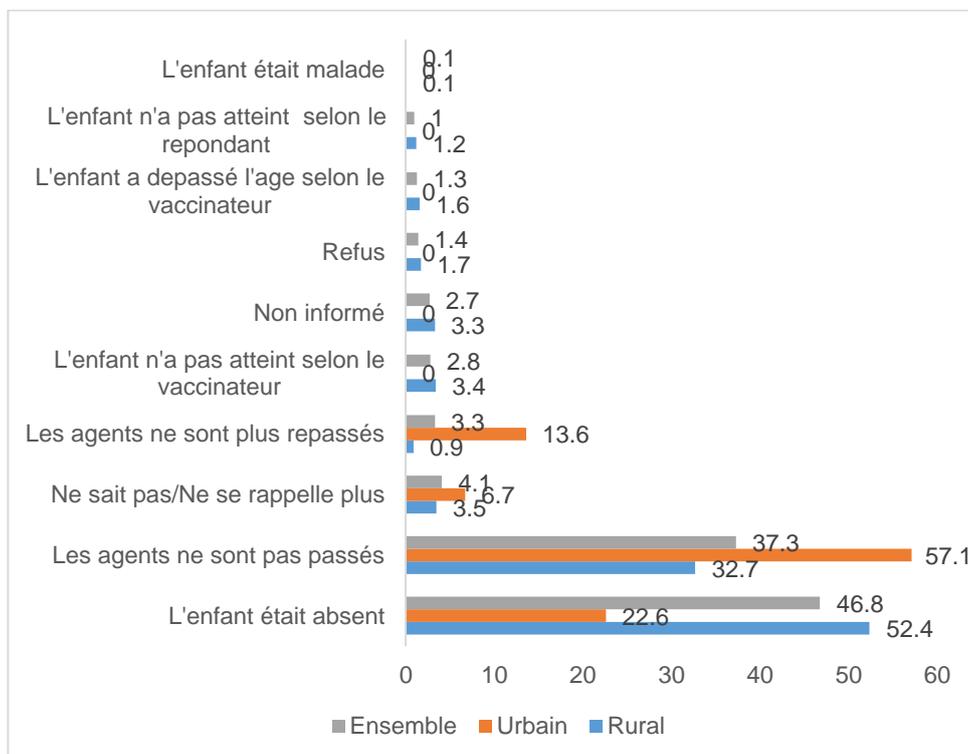
IV-3-6 Raisons de non couverture

Il y a des enfants qui n'ont pas reçu la vitamine A au cours de la campagne. Plusieurs raisons qui expliquent la non supplémentation en vitamine A ont été évoquées par les répondants lors de cette enquête.

Globalement, l'absence de l'enfant (46,8%) est la raison la plus citée suivie du non passage des distributeurs (37,3%). Des cas de refus ont été constatés en milieu rural (1,7%). Bien que la proportion des cas de refus au niveau de la zone d'étude est faible (1,4%), elle n'est pas à négliger.

Les raisons de non supplémentation varient selon le milieu de résidence. En effet, l'absence de l'enfant (52,4%) est la principale raison de non supplémentation en milieu rural alors qu'en milieu urbain c'est le non passage des distributeurs (57,1%).

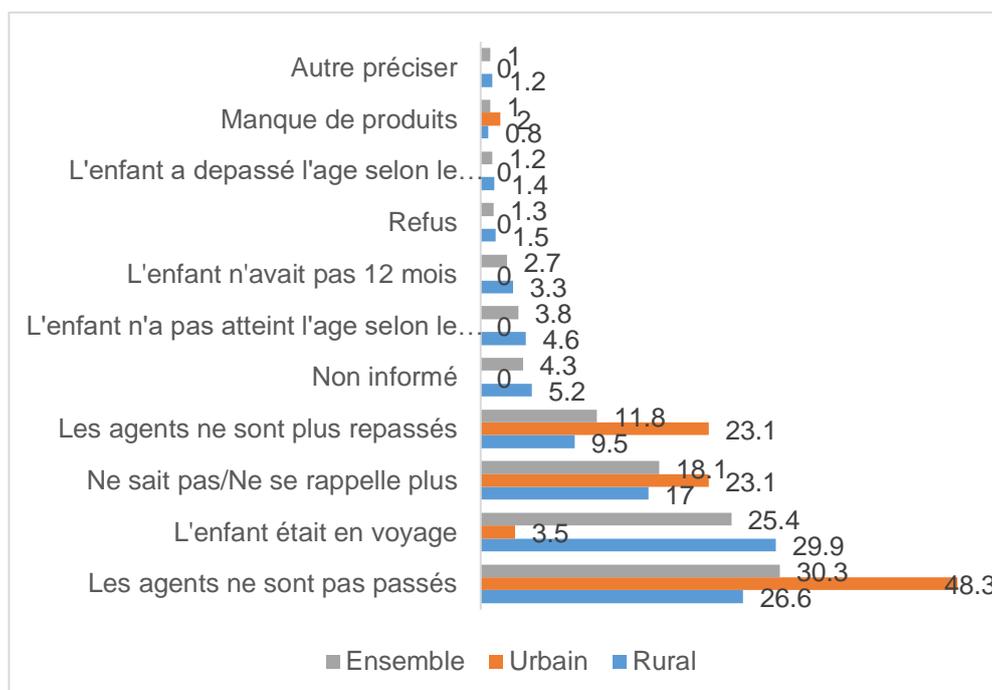
Graphique 9: Raisons de non supplémentation en vitamine A par milieu de résidence(%)



On note aussi des enfants qui n'ont pas été déparasités au cours de la campagne. La principale raison de non déparasitage est le non passage des distributeurs (30,3%). Cette raison est plus citée en milieu urbain (48,3%).

Les enfants étaient en voyage (25,4%) est la deuxième raison de non supplémentation la plus importante. Cette raison est plus citée en milieu rural (29,9%).

Graphique 10: Raisons de non déparasitage par milieu de résidence(%)



IV-4 Stratégie de communication de la campagne (N=1532)

Dans l'ensemble, la proportion des ménages qui ont reçu l'information sur la tenue de la campagne du 02 au 05 Novembre 2019 avant son démarrage est de 55,8%. Cette proportion est plus élevée en milieu rural. En effet, 56,9% des ménages vivant en milieu rural ont été informés de la tenue de la campagne contre 46,9% en milieu urbain.

S'agissant des canaux de communication à travers lesquels la population a été informée de la tenue de la campagne, les mobilisateurs/vaccinateurs (41,6%) et les crieurs publics (37,7%) sont les principaux. Ces deux (2) canaux demeurent les principaux quel que soit le milieu de résidence. Aussi, on note qu'en milieu rural la télévision (19,5%) et la radio (11,8%) ont été des canaux utiles pour véhiculer l'information.

Tableau 13: Canaux d'information de la tenue de la campagne

	Rural		Urbain		Ensemble	
	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)
Avez-vous été informé de la tenue de la campagne de masse avant son démarrage?						
Non	297	43,1	42	53,1	339	44,2
Oui	392	56,9	37	46,9	429	55,8
Total	689	100	79	100	768	100
Canaux d'information de la tenue de la campagne						
Crieurs publics	150	38,9	9	24,3	159	37,7
Mobilisateurs/Vaccinateurs	161	41,7	15	39,6	176	41,6
Agents de santé	33	8,6	3	7,7	36	8,6
Bouche à oreille	33	8,6	6	17,1	40	9,4
Personne dans le ménage	5	1,2	0	0,6	5	1,2
Voisinage	11	2,8	2	4,7	13	3
Radios	18	4,5	7	19,5	25	5,8
Télévision	1	0,3	4	11,8	5	1,3
Affiches	-	0	0	0	0	0
Leaders d'opinions (Chefs coutumiers)	27	6,9	0	0	27	6,3
Leaders religieux (Mosquée / Eglise)	40	10,3	0	0	40	9,4

IV-5 Niveau de connaissance des ménages (N=768)

IV-5-1 Informations données par les vaccinateurs

En ce qui concerne le rôle de la vitamine, près de la moitié des répondants (45,2%) de la zone d'étude ont affirmé que l'agent vaccinateur n'a rien dit sur la vitamine A. Cette proportion est plus élevée en milieu rural (45,6%) qu'en milieu urbain (41,3%). Il y a donc lieu d'informer les ménages bénéficiaires sur l'intérêt de la vitamine A administrée aux enfants.

S'agissant du rôle du déparasitant, environ 54,4% des répondants de la zone d'étude ont affirmé que l'agent vaccinateur a dit qu'il élimine les vers. Selon le milieu de résidence, ces résultats varient peu. Il est important de relever que 35,6% des répondants ont dit relevé que les vaccinateurs n'ont rien dit sur l'importance du déparasitant.

Tableau 14: Informations données par les vaccinateurs sur le rôle de la Vitamine A et du déparasitant

	Milieu rural		Milieu urbain		Ensemble	
	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)
Informations données sur la vitamine A						
Protéger la vue	181	33,4	18	31,5	199	33,2
Croissance	99	18,3	13	23,6	113	18,8
Bonne nutrition	66	12,2	9	16,1	76	12,6
Il n'a rien dit	247	45,6	23	41,3	271	45,2
Autres	5	0,9	0	0	5	0,8
Information données sur le déparasitant						
Elimine les vers	297	54,6	29	51,7	326	54,4
Lutte contre l'anémie	29	5,3	1	1,9	30	5
Bonne nutrition	23	4,1	3	5,3	26	4,3
Il n'a rien dit	195	35,9	18	32,3	213	35,6
Autres	3	0,5	0	0	3	0,5

IV-5-2 Connaissance des produits

Lors de l'enquête, il a été demandé aux enquêteurs de montrer aux répondants les produits qui sont la vitamine A et le déparasitant (Albendazole) et de leur demander s'ils connaissent ces produits. Ainsi, les résultats font ressortir que 60% des répondants de la zone d'étude connaissent la vitamine A et 64,8% connaissent le déparasitant. On relève aussi une meilleure connaissance des produits en milieu urbain

Tableau 15: Reconnaissance des produits par les ménages (sur présentation des enquêteurs)

Les produits	Milieu rural		Milieu urbain		Zone d'étude	
	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)
Vitamine	406	59,0	54	68,4	461	60,0
Déparasitant	437	63,4	61	77,1	498	64,8

Par rapport à la connaissance sur l'âge auquel un enfant doit recevoir la première dose de vitamine A, seuls 19,6% des répondants de la zone d'étude savent que c'est à 6 mois que la vitamine A devrait être donnée. Cette proportion varie peu selon le milieu.

Quant aux nombre de doses de vitamine A qu'un enfant doit recevoir par an, très peu de répondants (19,1%) le connaissent. La proportion des répondants qui connaissent le nombre de doses est plus élevée en milieu urbain (22,4%).

S'agissant de l'âge auquel un enfant doit recevoir la première dose déparasitant, seuls 19,0% des répondants de la zone d'étude savent que c'est à 12 mois. Cette proportion est plus élevée en milieu urbain (25,4%).

Tableau 16: Connaissances des ménages sur la vitamine A et le déparasitant

	Milieu rural		Milieu urbain		Zone d'étude	
	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)
Age de réception la dose 1ere de la vitamine A						
Mauvaise réponse ou NSP	555	80,7	62	78,2	618	80,4
Bonne réponse (A 6 mois)	133	19,3	17	21,8	151	19,6
Total	689	100	79	100	768	100
Combien de fois par an un enfant doit-il recevoir la vitamine A ?						
Mauvaise réponse ou NSP	560	81,3	62	77,6	622	80,9
Bonne réponse (2 fois)	129	18,7	18	22,4	146	19,1
Total	689	100	79	100	768	100
Age de réception la dose 1ere du déparasitant						
Mauvaise réponse ou NSP	561	81,5	61	76,8	622	81,0
Bonne réponse (A 12 mois)	128	18,5	18	23,2	146	19,0
Total	689	100	79	100	768	100
Combien de fois par an un enfant doit-il recevoir le déparasitant ?						
Mauvaise réponse ou NSP	564	81,9	59	74,6	623	81,2
Bonne réponse (2 fois)	125	18,1	20	25,4	145	18,8
Total	689	100	79	100	768	100

V- Résultats de l'enquête auprès des agents de santé

V-1 Description de l'échantillon

L'enquête auprès des agents de santé a concerné au total 66 agents de santé. La majorité (56,1%) de ces agents de santé travaille dans les CSI de Type 1. Les résultats de l'enquête montrent que 68,2% sont des hommes. En ce qui concerne leur fonction dans les formations sanitaires, environ 90,9% sont des Agents de Santé de Base et des Techniciens Supérieur en Soins Infirmier.

Tableau 17: Description de l'échantillon des agents de santé

Caractéristiques de l'échantillon	Effectif	Proportion (%)
Type de formation sanitaire		
CSI Type 1	37	56,1
CSI Type 2	29	43,9
Total	66	100
Sexe		
Masculin	45	68,2
Féminin	21	31,8
Total	66	100
Fonction		
Médecin	1	1,5
Agent de Santé de Base et Technicien Supérieur en Soins Infirmier	60	90,9
Sage-femme/Technicien Supérieur en Soins Obstétricaux	3	4,5
Agent de Santé Communautaire	1	1,5
Laborantin	1	1,5
Total	66	100

V-2 Formation des agents de santé sur la vitamine A et le déparasitant (N=66)

V-2-1 Formation et matériels de formation

Les proportions des agents de santé qui ont reçu une formation sont 87,9% sur la vitamine A et 86,4% sur le déparasitant.

L'enquête s'est intéressée à l'existence du matériel (IEC) de formation pour les deux intrants. Il ressort que 62,1% des structures disposent de support de formation sur la vitamine A. Par contre, les supports de formation sur le déparasitant ne sont disponibles que dans moins de la moitié des formations sanitaires (45,5%).

S'agissant du type de matériel (IEC), les pagi voltes sont les plus répandus aussi pour la vitamine A (58,5%) que le déparasitant (56,7%). Les images issues du module de formation et

les affiches sur les intrants (vitamine et déparasitant) sont aussi disponibles dans au moins 30% des formations sanitaires.

Tableau 18: Formation des agents de santé et matériels de formation

	Vitamine A		Déparasitant	
	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)
Avez-vous reçu une formation ?				
Non	8	12,1	9	13,6
Oui	58	87,9	57	86,4
Total	66	100	66	100
Avez-vous du matériel (IEC) qui parle de l'intrant?				
Non	25	37,9	36	54,5
Oui	41	62,1	30	45,5
Total	66	100	66	100
Type de matériel (IEC)				
Boite à images	4	9,8		3,3
Pagi volte	24	58,5	17	56,7
Images issues du Module de formation	16	39	14	46,7
Affiche sur l'intrant	16	39	9	30
Fiche technique (Aide-mémoire)	6	14,6	3	10
Carte conseil	0	0	0	0
Autre précisé	0	0	0	0

V-2-2 Sources d'information

Au cours de cette enquête, des questions ont été posées aux agents de santé sur leurs sources d'informations sur la vitamine A et le déparasitant. Les résultats montrent que la formation continue est la source d'information dominante pour les deux intrants. Elle est suivie des connaissances apprises à l'école lors du cursus scolaire et des documents du Ministère de la Santé Publique. Les mêmes tendances de source d'information s'observent pour les deux intrants.

Tableau 19: Sources d'information sur la vitamine A et le déparasitant

	Vitamine A		Déparasitant	
	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)
Les documents du MSP	27	40,9	20	30,3
ONG de la place	3	4,5	1	1,5
Formation continue	46	69,7	45	68,2
Télévision/Radio/Journaux	4	6,1	3	4,5
Affiche dépliant fiche technique	8	12,1	9	13,6
Internet	1	1,5	1	1,5
Collègues	10	15,2	10	15,2
A l'école	42	63,6	41	62,1
Ne sait pas	0	0	0	0
Autre préciser	0	0	0	0

V-2-3 Connaissances des agents de santé

L'indice de connaissance sur la vitamine A et le déparasitant des agents de santé est un indicateur calculé à partir de plusieurs variables portant sur le les rôles des produits, les dosages, les fréquences de prise des produits etc. L'indice capitalise une valeur globale de 100 points. Une valeur proche de 100 obtenue par un agent de santé traduit une bonne connaissance par ce dernier de la vitamine A et du déparasitant.

Dans l'ensemble, 53% des agents de santé ont une bonne connaissance (plus de 75 points sur 100). Les résultats sont similaires selon le milieu de résidence.

Selon le type formation sanitaire, ceux qui travaillent dans les CSI de Type 2 (62,1%) ont une plus grande proportion des agents avec bonne connaissance de la vitamine A et du déparasitant que ceux de Type 1 (45,9%).

Tableau 20 : Indice de connaissance des agents de santé

	Nombre d'agents	Indice de connaissance des agents de santé			Total
		Inférieur ou égal à 50	Entre 50 et 75	Plus de 75	
Milieu de résidence					
rural	57	5,3	42,1	52,6	100
urbain	9	0	44,4	55,6	100
Ensemble	66	4,5	42,4	53,0	100
Type de formation sanitaire					
CSI Type 1	37	5,4	48,6	45,9	100
CSI Type 2	29	3,4	34,5	62,1	100
Ensemble	66	4,5	42,4	53,0	100

V-4 Qualité des activités de la campagne (N=66)

V-4-1 Participation des agents de santé

La grande majorité (77,3%) des agents de santé enquêtés ont participé à la campagne pendant 4 jours. On note qu'il y a 18,2% qui ont fait plus des 4 jours prévus.

Quant à la durée de participation journalière, 90,9% des agents de santé enquêtés ont consacré toutes les journées aux activités de vaccination.

S'agissant des rôles joués, les agents de santé enquêtés étaient plus dans la coordination (51,5%) et la supervision (45,5%).

Tableau 21: Participation et rôle joué par les agents de santé pendant la campagne

	Effectif	Proportion (%)
Nombre de jours de participation		
Moins de 4 jours	3	4,5
4 jours	51	77,3
5 à 7 jours	12	18,2
Total	66	100
Durée journalière de participation		
2-3 heures	1	1,5
Une demi-journée	5	7,6
Toute la journée	60	90,9
Total	66	100
Rôles joués		
Mobilisation sociale	1	1,5
Distribution de la Vit A/ Déparasitant	5	7,6
Enregistrement	0	0
Superviseur	30	45,5
Compilation des données	6	9,1
Dépistage de la malnutrition	1	1,5
Logisticien	5	7,6
Coordination	34	51,5
Autre préciser	0	0

V-4-2 Ruptures d'intrants

Au cours de cette campagne, des ruptures en vitamine A et en déparasitant ont été observées par les agents de santé. Ainsi, 7,5% des agents de santé ont déclaré avoir connu des ruptures en vitamine A.

A propos du type de problème observé, les deux types de capsules (100 000 UI Et 200 000 UI) étaient en quantité insuffisante.

En ce qui concerne les problèmes rencontrés lors de la campagne, ils ont été résolus chez 4 agents de santé sur 5. La résolution des problèmes a été prompte car la solution a été apportée au plus tard en moins d'une journée.

Tableau 22: Rupture de vitamine A constaté par les agents de santé

	Effectif	Proportion (%)
Y avait-il des problèmes avec l'approvisionnement (ou rupture de stock) en vitamine A ?		
Non	61	92,4
Oui	5	7,6
Total	66	100
Type de problème d'approvisionnement		
Quantités insuffisantes de capsules 100 000 UI	2	40
Quantités insuffisantes de capsules 200 000 UI	5	100
Retard dans l'approvisionnement des formations sanitaires de la part du District	0	0
Problème de répartition au niveau des équipes ou des CSI	0	0
Ces problèmes ont-ils été résolus ?		
Non	1	20
Oui	4	80
Total	5	100
Après combien de temps le problème de rupture de stock avait été résolu		
1 heure	1	25
2-3 heures	2	50
Une demi-journée	1	25
Total	4	100

Des ruptures d'albendazole ont été également observées par les agents de santé. Ainsi, 10,6% des agents de santé ont déclaré avoir connus des ruptures de déparasitant.

Concernant le type de problème observé, on retient principalement l'insuffisance de quantité de comprimé d'albendazole. On note également un problème de répartition entre les CSI. Ces problèmes d'approvisionnement ont été résolus dans la plupart des cas (5 cas sur 7). La résolution de ces problèmes n'a pas été systématique car la réponse a pris au moins une journée chez 2 agents de santé sur 5.

Tableau 23: Rupture de déparasitant constaté par les agents de santé

	Effectif	Proportion (%)
Y avait-il des problèmes avec l'approvisionnement (ou rupture de stock) en albendazole ?		
Non	59	89,4
Oui	7	10,6
Total	66	100
Type de problème d'approvisionnement		
Quantités insuffisantes de comprimés d'albendazole?	7	100
Retard dans l'approvisionnement des formations sanitaires de la part du district	0	0
Problème de répartition au niveau des équipes ou des CSI	1	14,3
Ces problèmes d'approvisionnement en déparasitant ont-ils été résolus ?		
Non	2	28,6
Oui	5	71,4
Total	7	100
Après combien de temps le problème de rupture de stock a été résolu ?		
30 minutes ou moins	2	40,0
2-3 heures	1	20,0
Une demi-journée	1	20,0

1 jour après	1	20,0
Total	5	100

VI- Résultats de l'enquête auprès des relais communautaires

VI-1 Caractéristiques des agents de relais communautaire enquêtés (N=66)

L'enquête auprès des relais communautaires a concerné au total 66 agents dont 54 hommes et 12 femmes. Il ressort des résultats que 51,5% de ces relais communautaires ont un niveau d'instruction secondaire premier cycle et 30,3% ont un niveau primaire.

S'agissant du nombre d'années dans le métier de relai communautaire, tous les relais ont au moins 1 an d'expérience. Les moins expérimentés (1 à 3 ans) représentent 24,2% des relais.

Tableau 24: Caractéristiques des relais communautaires

Caractéristiques	Zone d'étude	
	Effectif	Proportion (%)
sexe		
Hommes	54	81,8
Femmes	12	18,2
Total	66	100
Niveau d'instruction		
Non scolarisé	9	13,6
Primaire	20	30,3
Secondaire 1er cycle	34	51,5
Secondaire 2e cycle	2	3,0
Supérieur	1	1,5
Total	66	100
Nombre d'années dans le métier		
1 à 3 ans	16	24,2
4 à 6 ans	12	18,2
7 à 9 ans	19	28,8
10 à 20 ans	19	28,8
Total	66	100

VI-2 Formation des relais communautaire sur la vitamine A et le déparasitant (N=130)

VI-2-1 Formation

La plupart des relais qui ont participé à la campagne ont déjà été formés sur les deux intrants. En effet, les proportions des relais communautaires qui ont reçu une formation en vitamine A et déparasitage sont respectivement 90,9% et 86,4%.

Les formations reçues, pour tous les 2 intrants, sont récentes car environ 90% de relais communautaires en ont bénéficié il y a moins de 3 mois.

Tableau 25: Formation des relais communautaires sur la vitamine A et le déparasitant

	Vitamine A		Déparasitant	
	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)
Avez-vous reçu une formation sur l'intrant ?				
Oui	60	90,9	57	86,4
Non	6	9,1	9	13,6
Total	66	100	66	100
Depuis combien de temps vous avez reçu la dernière formation su l'intrant?				
Moins de 3 mois	55	91,7	50	87,7
3 à 6 mois	3	5	3	5,3
7 à 12 mois	0	0,0	1	1,8
Plus d'1 an	0	0,0	2	3,5
Plus d'1 an	2	3,3	1	1,8
Total	60	100	57	100

VI-2-2 Sources d'information

Les relais communautaires s'informent principalement sur la vitamine A (86,4%) et le déparasitage (84,8%) dans la formation sanitaire ou auprès des agents de santé. La deuxième source d'information la plus importante est la formation continue.

Tableau 26: Sources d'information des relais communautaires sur la vitamine A et le déparasitage

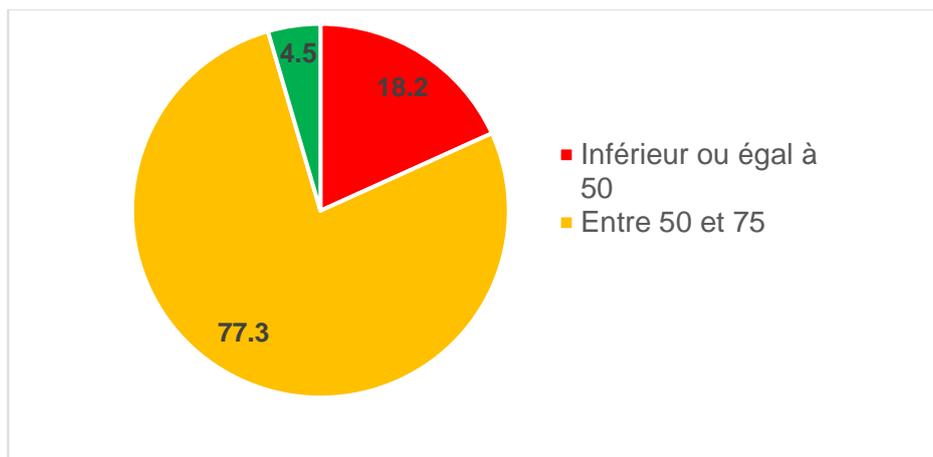
Sources d'information	Vitamine A		Déparasitant	
	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)
Les documents du MSP	4	6,1	5	7,6
ONG de la place	0	0,0	0	0,0
Formation continue	18	27,3	22	33,3
Télévision/Radio/Journaux	7	10,6	7	10,6
Affiche dépliant fiche technique	4	6,1	3	4,5
Internet	0	0,0	0	0,0
Collègues	2	3,0	1	1,5
CSI/Formation sanitaire/Agent de santé	57	86,4	56	84,8

VI-2-3 Connaissances des relais communautaires

L'indice de connaissance des relais communautaires est déterminé de la même manière que l'indice de connaissance des agents de santé sur la vitamine A et le déparasitage.

Les résultats montrent que seuls 4,5% des relais communautaires enquêtés ont une bonne connaissance (plus de 75 points sur 100) sur la vitamine A et le déparasitant.

Graphique 11: Indice de connaissances des relais communautaires sur la vitamine A et le déparasitant (%)



VI-3 Qualité des activités de la campagne (N=130)

VI-3-1 Participation des relais communautaires

La grande majorité (78,8%) des relais communautaires enquêtés ont participé à la campagne pendant 4 jours. On note qu'il y a 10,6% qui ont fait plus des 4 jours prévus.

Quant à la durée de participation journalière, 93,9% des relais communautaires enquêtés ont consacré toutes les journées aux activités de vaccination.

Les relais communautaires ont joué plusieurs rôles. Les plus importants des rôles sont la distribution des produits (78,5%) et la mobilisation sociale (30,8%).

Tableau 27: Participation et rôle joué par les relais communautaires pendant la campagne

	Effectif	Proportion (%)
Nombre de jours de participation		
Moins de 4 jours	7	10,6
4 jours	52	78,8
5 à 7 jours	7	10,6
Total	66	100
Durée journalière de participation		
2-3 heures	1	1,5
Une demi-journée	3	4,5
Toute la journée	62	93,9
Total	66	100
Rôles joués		
Mobilisation social	23	34,8
Distribution des produits	52	78,8
Superviseur	1	1,5

VI-3-2 Ruptures d'intrants

Tout comme chez les agents de santé, quelques distributeurs ont évoqué des ruptures en vitamine A et en déparasitant lors de la campagne. Ainsi, 6,1% des distributeurs enquêtés ont déclaré avoir connu des ruptures en vitamine A.

A propos du type de problème observé, les deux types de capsules (100 000 UI Et 200 000 UI) étaient en quantité insuffisante.

Ce problème a été résolu chez 3 relais communautaires sur 4. La résolution de ce problème a été prompte car la solution a été apportée au plus tard en 3 heures de temps.

Tableau 28: Rupture de vitamine A constaté par les relais communautaires

	Effectif	Proportion (%)
Y avait-t-il des problèmes avec l'approvisionnement (ou rupture de stock) en vitamine A ?		
Oui	4	6,1
Non	62	93,9
Total	66	100
Type de problème d'approvisionnement		
Quantités insuffisantes de capsules 100 000 UI	3	75
Quantités insuffisantes de capsules 200 000 UI	1	25
Retard dans l'approvisionnement aux distributeurs de la part des formations	0	0
Problème de répartition au niveau des équipes ou des CSI	0	0
Ces problèmes ont-ils été résolus ?		
Oui	3	75
Non	1	25
Total	4	100
Après combien de temps le problème de rupture de stock a été résolu ?		
30 minutes ou moins	1	33,3
1 heure	1	33,3
2-3 heures	1	33,3
Total	3	100

Des ruptures d'albendazole ont été également observées par les relais communautaires. Ainsi, 4,6% relais communautaires ont déclaré avoir connus des ruptures de déparasitant.

Concernant le type de problème observé, on retient l'insuffisante de quantité de comprimé d'albendazole. Ces problèmes d'approvisionnement ont été résolus chez 1 relai sur 3. La résolution de ce problème a été prompte car la solution a été apportée au plus tard en 3 heures de temps.

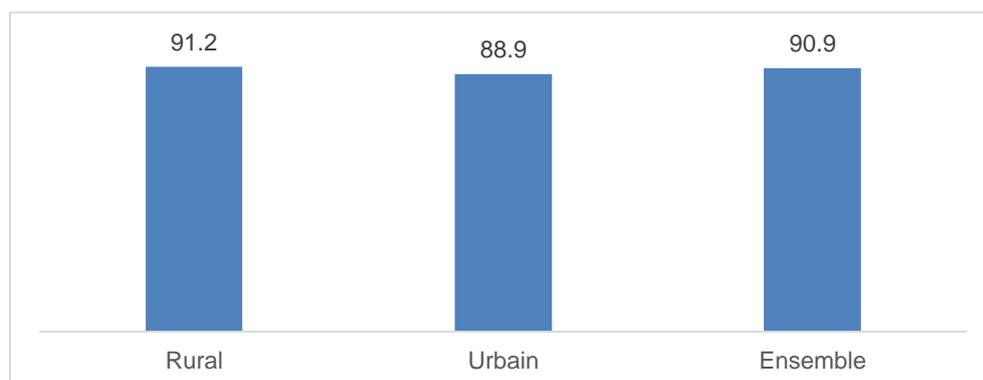
Tableau 29: Rupture de déparasitant constaté par les relais communautaires

	Effectif	Proportion (%)
Y avait-il des problèmes avec l'approvisionnement (ou rupture de stock) en albendazole ?		
Non	63	95,4
Oui	3	4,6
Total	66	100
Type de problème d'approvisionnement		
Quantités insuffisantes de comprimés d'albendazole?	3	100
Retard dans l'approvisionnement aux distributeurs de la part des formations	0	0
Problème de répartition au niveau des équipes ou des CSI	0	0
Ces problèmes d'approvisionnement en déparasitant ont-ils été résolus ?		
Oui	1	33,3
Non	2	66,7
Total	3	100
Après combien de temps le problème de rupture de stock a été résolu ?		
30 minutes ou moins	0	0
2-3 heures	1	100
Une demi-journée	0	0
1 jour après	0	0
Total	1	100

VI-3-3 Supervision des distributeurs

La proportion des relais communautaires supervisés est de 90,9%. Cette proportion varie peu selon le milieu de résidence de la formation sanitaire. On note qu'il y a environ 1 relai sur 10 qui n'a pas été supervisé.

Graphique 12: Proportion des relais communautaires supervisés (%)



VI-3-4 Motivation non financière

Une faible proportion des relais communautaire (18,2%) ont reçu des motivations non financières.

Tableau 30: Motivation non financière reçue par les relais communautaires

	Effectif	Proportion (%)
--	----------	----------------

Avez-vous reçu une motivation non financière pour votre travail		
Oui	12	18,2
Non	54	81,8
Total	66	100
Types de motivation non financière reçue		
Tee-shirts	5	41,7
Casquette	2	16,7
Sac	6	50
Gilet	4	33,3

VI-4 Propositions pour améliorer que la supplémentation en vitamine A (N=66)

Il a été demandé au relais de faire des propositions pour améliorer la supplémentation en vitamine A dans leurs communautés. Les principales recommandations se résument à la motivation des relais communautaires et bénévoles (51,5%) et la communication (Sensibilisation des chefs de ménage (47,0%) et faire des campagnes médiatiques (30,3%).

Tableau 31: Propositions pour améliorer que la supplémentation en vitamine A

Propositions	Effectif	Proportion (%)
Faire des campagnes médiatiques	20	30,3
Sensibilisation des chefs de ménage	31	47,0
Meilleure coordination entre la communauté et le personnel de santé	10	15,2
Assurer un approvisionnement suffisant et prompt en Vit A	14	21,2
Une formation régulière des Agents	18	27,3
Motivation des agents de santé	14	21,2
Motivation des relais communautaires et bénévoles	34	51,5
Mettre les moyens de déplacement suffisants	3	4,5
Respecter la fréquence des campagnes	5	7,6

VII- Discussion

La couverture globale de la supplémentation en Vitamine A est de 87,7% avec un intervalle de confiance de [87,56% ; 87,75%]. L'analyse croisée de cette couverture avec les caractéristiques sociodémographiques des enfants (le sexe et l'âge) laisse apparaître une faible association avec ces variables. La relation avec le milieu de résidence est statistiquement significative au seuil de 5%. En effet, la couverture de la supplémentation en vitamine A est plus élevée en milieu rural (88,8%) qu'en milieu urbain (76, 7%). L'examen de la couverture en vitamine A par quintile de richesse montre que les couvertures sont plus élevées dans les classes moyennes (91,7%) et quatrième quintile (92,7%). Il est important de révéler que tous les milieux de résidence n'ont pas atteint la cible de 100% visée par la campagne.

Il convient donc de maintenir les stratégies existantes sur la supplémentation en vitamine A car elles ont permis de s'approcher de l'objectif de la campagne. Cependant, les résultats pourraient être améliorés en s'assurant du respect strict de la stratégie porte à porte et la surveillance de la prise des produits. Aussi, il faudrait absolument instruire les distributeurs sur l'importance de faire des revisites afin de toucher le maximum d'enfants possible, surtout en milieu urbain, et gérer les refus en milieu rural. La prises des dispositions pour éviter les ruptures vécus, 7,6% par les agents de santé et 6,1% par les relais communautaires, serait d'une grande utilité dans l'amélioration de la couverture en vitamine A.

En ce qui concerne le déparasitage, la couverture globale est de 83,3% située au tour d'un intervalle de confiance de [83,22% ; 83,46%]. Les enfants âgés de 12 à 23 mois ont été moins couverts en déparasitant (76,3%) que leurs aînés de 24 à 59 mois (85,8%). La relation de cette couverture avec la tranche d'âge des enfants est statistiquement significative au seuil de 5% (P-value=0,000). Selon le milieu de résidence, la couverture est plus élevée en milieu rural (88,8%) qu'en milieu urbain (76, 7%). Cette différence est significative au seuil de 5% du test d'indépendance de Khi2 (P-value=0,002). Il est important de noter que l'objectif visé par la campagne, déparasiter tous les enfants de 12-59 mois, est loin d'être atteint dans tous les milieux de résidence.

Cependant, les résultats pourraient être améliorés en s'assurant du respect strict de la stratégie porte à porte et en mettant l'accent sur les revisites en milieu urbain et la surveillance de la prise du déparasitant. Aussi, prendre des dispositions pour éviter les ruptures est un facteurs clé permettant d'améliorer les taux de couverture du déparasitage. Il est important de faire la mobilisation nécessaire pour la gestion des refus en milieu rural.

Selon les sources administratives du Ministère de la santé Publique, les résultats de la campagne JNV/JNM de novembre 2019 au Niger, la couverture pour l'ensemble du pays en supplémentation de vitamine A est de 104% et la couverture en Albendazole à 104%. En se

focalisant sur les régions qui composent la strate couverte par la présente évaluation, il ressort que la couverture en Vitamine A de 97% à Dosso et 106% à Zinder alors que selon l'étude la couverture globale de la supplémentation en Vitamine A est de 87,7%.

En ce qui concerne la couverture des enfants déparasités, la source administrative a estimé la couverture à 106% pour la région de Zinder et 97% pour la région de Dosso. La présente enquête, quant à elle, estime à 83,3% la proportion des enfants déparasités dans la zone d'étude.

L'indice de connaissance des agents et des relais communautaires sur la vitamine A et le déparasitant met en exergue la nécessité d'un renforcement de capacité. En effet, les proportions des agents de santé et des relais communautaire qui ont une bonne connaissance (plus de 75 points sur 100) est respectivement 53% et 4,5%. Ceci permettra d'améliorer les connaissances des ménages sur la vitamine A et le déparasitant à travers les messages passés lors des campagnes.

Par rapport à la stratégie de communication de la campagne, l'information a passé chez plus de la moitié des ménages. En effet, 55,8% des personnes interrogées ont déclaré qu'elles étaient au courant de la tenue de la campagne avant même l'arrivée des vaccinateurs/distributeurs dans leurs maisons. On note l'existence d'une différence de réception de l'information préalable entre les milieux de résidence (56,9% en milieu rural et 46,9% en milieu urbain). Les crieurs publics et à travers les mobilisateurs ont utiles dans tous les milieux de résidence pour la communication. En milieu urbain, les radios (19,5%) et les télévisions (11,8%) ont été aussi fortement contribué à informer la population sur l'organisation de la campagne.

S'agissant du type d'information donnée par les vaccinateurs avant la distribution des intrants (biens faits et connaissances des produits), l'on peut dire que la Communication Interpersonnelle n'est pas faite de manière très efficace. En effet, 45,2% des répondants ont affirmé que l'agent vaccinateur n'a rien dit sur le rôle de la vitamine A et 36,9% sur le rôle du déparasitant. Aussi, très peu des répondants de la population d'étude connaissent le dosage et l'âge auquel les enfants doivent prendre la vitamine A et la déparasitant.

Conclusion et recommandations

L'enquête d'évaluation de couverture post campagne de supplémentation en vitamine A et de déparasitage a permis d'apprécier les taux de couverture des différents services et d'évaluer la mise en œuvre de la campagne.

La couverture globale de la supplémentation en Vitamine A est de 87,7%. Elle est plus élevée en milieu rural (88,8%) qu'en milieu urbain (76,7%). Dans tous les milieux de résidence la cible de 100% visée par la campagne n'a pas été atteinte. Il convient donc de maintenir les stratégies existantes sur la supplémentation en vitamine A car elles ont permis de s'approcher de l'objectif de la campagne. Cependant, les résultats pourraient être améliorés en s'assurant du respect strict de la stratégie porte à porte et en mettant les visites en milieu urbain et la gestion des refus en milieu rural. La prise des dispositions pour éviter les ruptures vécues, 7,6% par les agents de santé et 6,1% par les relais communautaires, serait d'une grande utilité dans l'amélioration de la couverture en vitamine A.

Concernant le déparasitage, la couverture globale est de 83,3% pour un objectif de 100%. Les enfants âgés de 12 à 23 mois ont été moins couverts en déparasitant (76,3%) que leurs aînés de 24 à 59 mois (85,8%). Selon le milieu de résidence, la couverture est plus élevée en milieu rural (88,8%) qu'en milieu urbain (76,7%). Cependant, les résultats pourraient être améliorés en s'assurant du respect strict de la stratégie porte à porte et en mettant l'accent sur les visites en milieu urbain et la surveillance de la prise du déparasitant. Aussi, prendre des dispositions pour éviter les ruptures est un facteur clé permettant d'améliorer les taux de couverture du déparasitage.

Par rapport à la stratégie de communication de la campagne, l'information a passé chez plus de la moitié des ménages. En effet 55,8% des personnes interrogées ont déclaré qu'elles étaient au courant de la tenue de la campagne avant l'arrivée des vaccinateurs/distributeurs dans leurs maisons. On note l'existence d'une différence de réception de l'information préalable entre les milieux de résidence (56,9% en milieu rural et 46,9% en milieu urbain). Les crieurs publics et à travers les mobilisateurs ont fortement contribué à informer la population dans tous les milieux de résidence. En milieu urbain, les radios (19,5%) et les télévisions (11,8%) ont joué un rôle très appréciable dans la communication.

S'agissant du type d'information donnée par les vaccinateurs avant la distribution des intrants (biens faits et connaissances des produits), l'on peut dire que la Communication Interpersonnelle n'est pas faite de manière très efficace. En effet, 45,2% des répondants ont affirmé que l'agent vaccinateur n'a rien dit sur le rôle de la vitamine A et 36,9% sur le rôle du déparasitant. Aussi, très peu des répondants de la population d'étude connaissent le dosage et l'âge auquel les enfants doivent prendre la vitamine A et la déparasitant.

L'indice de connaissance des agents et des relais communautaires sur la vitamine A et le déparasitant met en exergue la nécessité d'un renforcement de capacité. En effet, les proportions des agents de santé et des relais communautaire qui ont une bonne connaissance (plus de 75 points sur 100) est respectivement 53% et 4,5%.

Au regard des résultats de cette enquête, les recommandations suivantes sont formulées par domaine :

Communication

- Mener des campagnes de sensibilisation sur la supplémentation en vitamine A et le déparasitage afin de rehausser le niveau de connaissance des populations sur les intrants distribués. Il est important de mettre l'accent sur l'existence de la routine pour les enfants de 6-24 mois qui constitue également une voie permettant de vacciner et d'assurer la supplémentation en vitamine A à l'enfant chaque 6 mois et le déparasitage systématique des enfants à partir d'un an ;
- Renforcer la stratégie de communication lors des campagnes de masse à travers un choix adéquat des canaux de transmission des messages. Ainsi, privilégier la communication à travers les crieurs publics et les mobilisateurs en intensifiant les communiqués radios et télévisions en milieu urbain.

Formation

- Recycler les agents de santé et les relais communautaires afin d'améliorer leur connaissance sur la vitamine A et le déparasitant ;
- Mettre l'accent sur l'importance d'expliquer aux parents les rôles des produits administrés à leurs enfants lors de la formation des vaccinateurs ;
- Renforcer les capacités des distributeurs sur la détermination d'âge des enfants de 0 à 59 mois.

Mise en œuvre des activités

- Assurer la disponibilité des intrants pour éviter les ruptures ;
- Insister également sur le briefing des distributeurs chaque matin avant la sortie des équipes pour améliorer les messages interpersonnels ;
- Organiser le monitoring indépendant de tous les intrants au cours de chaque passage JNV/JNM en vue de rendre effectives les campagnes ;
- Assurer une supervision de proximité aux vaccinateurs lors des campagnes de supplémentation en vitamine A et déparasitage, afin de ne pas négliger les enfants de 6-11 mois (pour la vitamine A) et les enfants de 12-23 mois (pour le déparasitage) ;
- S'activer dans la gestion des refus en milieu rural et la réalisation des visites en milieu pour réduire la proportion des enfants non couverts ;
- Superviser les prises des produits ;

- Faire respecter l'utilisation des outils de coupure des capsules ;
- Faire respecter la méthode porte à porte.

Annexes

Tableau 32: Couverture de la vitamine A par milieu de résidence, sexe et quintile de richesse

	Nombre d'enfants	Réception vitamine A			Total	p-value du test de Khi2
		Non	Oui	Ne sait pas		
Milieu de résidence						
Rural	1121,5	10,1	88,8	1,1	100	0,000
Urbain	118,5	21,8	76,7	1,5	100	
Ensemble	1240,0	11,2	87,7	1,1	100	
Sexe						
Masculin	644,1	12,4	86,1	1,5	100	0,170
Féminin	595,9	9,9	89,4	0,7	100	
Ensemble	1240,0	11,2	87,7	1,1	100	
Quintile de richesse						
Le plus bas	229	11,3	88,2	0,5	100	0,000
Second	188	20,5	77,5	2	100	
Moyen	362	6,8	91,7	1,5	100	
Quatrième	283	7,3	92,7	0	100	
Le plus élevé	178	16,5	81,3	2,2	100	
Total	1240	11,2	87,7	1,1	100	

Tableau 33: Couverture du déparasitage par milieu de résidence, sexe et quintile de richesse

	Nombre d'enfants	Réception du déparasitant (%)			Total	p-value du test de Khi2
		Non	Oui	Ne sait pas		
Milieu de résidence						
Rural	991	13,2	84,5	2,3	100	0,002
Urbain	110	24	73,1	2,9	100	
Ensemble	1101	14,3	83,3	2,4	100	
Sexe						
Masculin	574	15,9	82	2,1	100	0,098
Féminin	527	12,5	84,8	2,7	100	
Ensemble	1101	14,3	83,3	2,4	100	
Quintile de richesse						
Le plus bas	208	17	78,8	4,2	100	0,018
Second	172	19,7	78,1	2,2	100	
Moyen	315	8,7	89,6	1,7	100	
Quatrième	246	12,3	86,3	1,4	100	
Le plus élevé	160	18,7	78,1	3,2	100	
Total	1101	14,3	83,3	2,4	100	

Tableau 34: Marquage des maisons

Rural	Urbain	Ensemble
-------	--------	----------

	Proportion (%)					
Non	212	27,7	27	33,0	239	28,2
Oui	555	72,3	55	67,0	610	71,8
Total	766	100	83	100	849	100

Tableau 35: Administration de la vitamine A et du déparasitant

	Vitamine A		Déparasitant	
	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)
Vaccinateur	931	86,2	669	72,7
Mère/père/gardienne sous la supervision du vaccinateur	87	8	139	15,1
L'enfant lui-même sous la supervision du vaccinateur	5	0,4	15	1,6
Remis simplement à la gardienne ou à l'enfant	58	5,4	98	10,7
Total	1080	100	920	100

Tableau 36: Couverture tous les services

	Nombre d'enfants	Réception de tous les services		
		Non	Oui	Total
Milieu de résidence				
Rural	1122	15,5	84,5	100
Urbain	118	29,2	70,8	100
Ensemble	1240	16,8	83,2	100
Sexe				
Masculin	644	18,1	81,9	100
Féminin	596	15,4	84,6	100
Ensemble	1240	16,8	83,2	100
Catégorie d'âge				
6 - 11 mois	149	14,8	85,2	100
12 - 23 mois	281	24,5	75,5	100
24 - 59 mois	811	14,5	85,5	100
Ensemble	1240	16,8	83,2	100

Tableau 37: Indice de connaissance des relais communautaires

	Nombre d'agents	Indice de connaissance des relais communautaires			Total
		Inférieur ou égal à 50	Entre 50 et 75	Plus de 75	
Milieu de résidence					
rural	57	19,3	77,2	3,5	100
urbain	9	11,1	77,8	11,1	100
Ensemble	66	18,2	77,3	4,5	100
Sexe					
CSI Type 1	54	16,7	77,8	5,6	100
CSI Type 2	12	25	75	0,0	100
Ensemble	66	18,2	77,3	4,5	100
Niveau d'instruction					
Non scolarisé	9	33,3	66,7	0,0	100

Primaire	20	15	75	10	100
Secondaire 1er cycle	34	17,6	79,4	2,9	100
Secondaire 2e cycle	2	0,0	100	0,0	100
Supérieur	1	0,0	100	0,0	100
Total	66	18,2	77,3	4,5	100

Tableau 38: Raisons de non supplémentation en vitamine A et de non déparasitage par milieu

	Rural		Urbain		Ensemble	
	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)
Vitamine A						
L'enfant était absent	62	52,4	6	22,6	68	46,8
Les agents ne sont pas passés	39	32,7	15	57,1	54	37,3
Les agents ne sont plus repassés	1	0,9	4	13,6	5	3,3
Non informé	4	3,3	0	0	4	2,7
L'enfant était malade	0	0,1	0	0	0	0,1
Refus	2	1,7	0	0	2	1,4
Manque de produits	-	0	0	0	0	0
L'enfant n'a pas atteint selon le répondant	1	1,2	0	0	1	1
L'enfant n'a pas atteint selon le vaccinateur	4	3,4	0	0	4	2,8
L'enfant a dépassé l'âge selon le répondant	-	0	0	0	0	0
L'enfant a dépassé l'âge selon le vaccinateur	2	1,6	0	0	2	1,3
Ne sait pas/Ne se rappelle plus	4	3,5	2	6,7	6	4,1
Déparasitant						
L'enfant était en voyage	39	29,9	1	3,5	40	25,4
Les agents ne sont pas passés	35	26,6	13	48,3	47	30,3
Les agents ne sont plus repassés	12	9,5	6	23,1	18	11,8
Non informé	7	5,2	0	0	7	4,3
L'enfant était malade	-	-	0	-	0	-
Refus	2	1,5	0	0	2	1,3
Manque de produits	1	0,8	1	2	2	1
L'enfant n'avait pas 12 mois	4	3,3	0	0	4	2,7
L'enfant n'a pas atteint l'âge selon le répondant	0	0	0	0	0	0
L'enfant n'a pas atteint l'âge selon le vaccinateur	6	4,6	0	0	6	3,8
L'enfant a dépassé l'âge selon le répondant	0	0	0	0	0	0
L'enfant a dépassé l'âge selon le vaccinateur	2	1,4	0	0	2	1,2
Ne sait pas/Ne se rappelle plus	22	17	6	23,1	28	18,1
Autre préciser	2	1,2	0	0	2	1

Tableau 39: Couverture administrative de la 2ème campagne 2019

Région	Vitamine A	Albendazole
Agadez	103%	104%
Diffa	109%	110%
Dosso	97%	97%
Maradi	105%	105%
Tahoua	103%	103%
Tillabéri	98%	98%
Zinder	106%	106%
Niamey	111%	110%
Ensemble	104%	104%

Indice de connaissances des agents de santé et relais sur la vitamine A et le déparasitant (100 points)

Huit (8) questions ont composé l'indice :

1. Quels sont les bienfaits de la vitamine A ? (Renforcement du système immunitaire, prévention de la cécité crépusculaire) 12.5 points pour une bonne réponse trouvée
2. A quel âge les enfants doivent-ils recevoir leur première dose de vitamine A ? (A 6 mois) 12.5 points pour la bonne réponse et 0 pour une réponse fausse
3. À quelle fréquence les enfants de 6-59 mois doivent-ils recevoir la supplémentation en vitamine A ? (Tous les 6 mois) 12.5 points pour la bonne réponse et 0 pour fausse réponse
4. Quel est le dosage de la vitamine A pour les enfants 6 à 11 mois ? (Une capsule bleue 100.000 UI) 12.5 points pour la bonne réponse
5. Quel est le dosage de la vitamine A pour les enfants 12 à 59 mois ? (Une capsule rouge 200.000 UI) 12.5 points pour la bonne réponse
6. Quels sont les bienfaits du déparasitage ? (Traitement des vers intestinaux) 12.5 points pour une bonne réponse trouvée
7. A quel âge les enfants doivent-ils recevoir ce produit ? (1 an) 12.5 points pour la bonne réponse et 0 pour une réponse fausse
8. À quelle fréquence les enfants doivent-ils recevoir le déparasitant ? (Tous les 6 mois) 12.5 points pour la bonne réponse et 0 pour fausse réponse

RAPPORT PROVISOIRE

PECS 2019

Enquête d'évaluation de couverture post campagne de supplémentation en vitamine A et de déparasitage des enfants de 6 à 59 mois

Deuxième passage national 2019 : 2 au 7 novembre 2019

NIGER



ADRESSES

HKI Niamey

Commune II

Quartier plateau,

Rue IB 067, N° 97

Tél : +227-20-75-33-14/15