



**Enquête sur la couverture de supplémentation en vitamine A
(SVA) après la campagne réalisée du 07 au 14/01/2022 en
Guinée**

RAPPORT

Janvier2022

Table des matières

SIGLES ET ABREVIATIONS	8
RESUME	9
1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	0
2. CADRE INSTITUTIONNEL.....	1
3. OBJECTIF	2
3.1. Objectif principal	2
3.2. Objectifs spécifiques	2
4. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE.....	3
4.1. Type d'étude	3
4.2. Période de l'étude.....	3
4.3. Population cible	3
4.4. Echantillonnage.....	3
4.5. Base de sondage et plan d'échantillonnage pour l'enquête ménage	5
4.5.1. Base de sondage :	5
4.5.2. Plan d'échantillonnage pour l'enquête ménage.....	6
4.6. Outils et moyen de collecte	7
4.6.1. Outils de collecte.....	7
4.6.2. Utilisation de la technologie mobile pour la collecte de données	8
4.7. Contrôle de la qualité de la collecte dans les ménages.....	8
4.8. Formation et Recrutement des superviseurs et enquêteurs	9
4.9. Enquête pilote ou pré test des outils de collecte	9
4.10. Organisation de la logistique	9
4.11. Collecte de données.....	10
4.12. Supervision de la collecte	10
4.13. Suivi de la collecte.....	11
4.14. Traitement et analyse des données.....	11
4.14.1. Apurement et analyse statistique des données	11
4.14.2. Calcul des coefficients de pondération.....	11
4.14.3. Analyses statistiques	12
5. Considérations éthiques.....	12
6. Prise en compte de la covid-19	13
7. Diffusion des résultats de l'étude.	13
8. RESULTATS DE L'ETUDE.....	15
PARTIE 1 : ANALYSE DES DONNEES SUR LES ENFANTS	16
8.1.1. CARACTERISTIQUES DU CHEF DE MENAGE ET LA PERSONNE EN CHARGE DE L'ENFANT	16
8.1.2. ACCES AUX SERVICES DE SANTE	19
8.1.3. STRATEGIE DE COMMUNICATION DE LA CAMPAGNE	19
8.1.4. NIVEAU DE CONNAISSANCE DE LA VITAMINE A	20
8.1.5. PERCEPTION SUR LA CAMPAGNE ET LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A.	21
8.1.6. DECISION DE FAIRE BENEFICIER D'UN ENFANT DE LA SVA.....	22
8.1.6.1. Personne qui prend la décision pour la supplémentation des enfants en vitamine A	22

8.1.6.2.	Avis de l'épouse après la prise de décision du mari.....	23
8.1.7.	QUALITE DES ACTIVITES D'ADMINISTRATION DE LA VITAMINE A.	25
8.1.7.1.	Messages véhiculés par le distributeur pendant la supplémentation.	25
PARTIE 2 : ANALYSE DES DONNEES SUR LES ENFANTS		27
8.2.1.	Caractéristiques des enfants enquêtés	27
8.2.1.1.	Nombre moyen d'enfants enquêtés par ménage	27
8.2.1.1.	Lien de parenté, sexe et classe d'âge des enfants	27
8.2.1.2.	Connaissance de la date de naissance de l'enfant et la source d'information	28
8.2.2.	Couverture en vitamine A	29
8.2.2.1.	Couverture en vitamine A selon le milieu de résidence.....	29
8.2.2.2.	Lieu d'administration de la vitamine A.....	30
8.2.2.3.	Raison de non supplémentation de la vitamine A à l'enfant.	30
8.2.3.	Couverture en supplémentation de la vitamine A et les caractéristiques de l'enfant.....	31
8.2.4.	Couverture en supplémentation de la vitamine A des enfants et information sur la tenue de la campagne	32
8.2.5.	Couverture en supplémentation de la vitamine A et les caractéristiques de la personne en charge de l'enfant.	33
8.2.5.1.	Couverture en supplémentation de la vitamine A des enfants et sexe de la personne en charge de l'enfant.....	33
8.2.5.2.	Couverture en supplémentation de la vitamine A des enfants et classe d'âge de la personne en charge de l'enfant	33
8.2.5.3.	Couverture en supplémentation de la vitamine A des enfants et niveau d'instruction de la personne en charge de l'enfant	34
8.2.5.4.	Couverture en supplémentation de la vitamine A des enfants et activité économique de la personne en charge de l'enfant	35
8.2.5.5.	Couverture en supplémentation de la vitamine A des enfants et niveau de vie du ménage de la personne en charge de l'enfant	35
8.2.5.6.	Couverture en supplémentation de la vitamine A des enfants et la connaissance de la vitamine de la personne en charge de l'enfant.....	36
8.2.6.	COMPARAISON DES COUVERTURES ADMINISTRATIVE, PEC ET CONTROLE QUALITE	37
8.2.7.	Déclaration de la naissance de l'enfant à l'état civil.....	38
8.2.7.1.	Possession de l'acte de naissance et déclaration à l'état civil.	38
8.2.7.2.	Raison de non enregistrement des enfants à l'état civil	39
8.3.	Identifications des facteurs influençant la couverture de la supplémentation de la vitamine A	40
8.3.1.	Cadre conceptuel	40
	Hypothèse générale.....	40
8.3.2.	Résultats de l'analyse bivariée.....	40
8.3.3.	Résultats de l'analyse explicative	41
8.3.3.1.	Influence de l'indice de connaissance de la vitamine A	42
8.3.3.2.	Influence du niveau d'instruction du chef de ménage et de la personne en charge de l'enfant	42
8.3.3.3.	Influence de la perception sur la vitamine A.....	42
8.3.3.4.	Influence du lieu fréquenté pour les soins médicaux	42
8.3.3.5.	Influence de l'information avant la tenue de la campagne	43
8.3.3.6.	Influence de l'âge de la personne en charge de l'enfant	43
8.3.3.7.	Influence de la déclaration de l'enfant à l'état civil	43
8.3.3.8.	Influence de l'activité du chef de ménage et la personne en charge de l'enfant.....	43
8.3.3.9.	Influence du sexe de l'enfant	44
8.3.3.10.	Influence de la personne qui prend la décision de faire supplémenter l'enfant	44
PARTIE 3 : PERSONNEL DE SANTE		45
8.4.	Description de l'échantillon	45
8.4.1.	Caractéristiques des enquêtés.....	45

8.4.1.1.	Répartition des enquêtés par sexe.....	45
8.4.1.2.	Fonction des enquêtés dans les structures sanitaires	45
8.4.1.1.	Niveau d’instruction des enquêtés dans les structures sanitaires.....	46
8.4.1.2.	Nombre moyen d’années d’expérience des enquêtés	46
8.4.2.	Formation sur la vitamine A.....	46
8.4.2.1.	Participation à la formation sur la vitamine A.....	46
8.4.2.2.	Durée écoulée depuis la dernière formation sur la vitamine A et durée de la formation	47
8.4.3.	Sources d’information sur la vitamine A.....	47
8.4.4.	Matériels d’Information, d’Education et de Communication sur la vitamine A	48
8.4.5.	Indice de connaissance des enquêtés sur la vitamine A.....	48
8.4.6.	QUALITE DES ACTIVITES DE LA CAMPAGNE	49
8.4.6.1.	Nombre moyen de jours de participation à la campagne	49
8.4.6.2.	Rôle joué pendant la campagne	50
8.4.6.3.	Approvisionnement en vitamine A pendant la campagne.....	50
PARTIE 4 : DISTRIBUTEUR COMMUNAUTAIRE		52
8.5.	Description de l’échantillon	52
8.5.1.	Caractéristiques des enquêtés.....	52
8.5.1.1.	Répartition des enquêtés par sexe.....	52
8.5.1.1.	Répartition des enquêtés par niveau d’instruction.....	52
8.5.1.2.	Nombre moyen d’années d’expérience des enquêtés	53
8.5.2.	Formation sur la vitamine A.....	54
8.5.2.1.	Participation à la formation sur la vitamine A.....	54
8.5.2.2.	Durée écoulée depuis la dernière formation sur la vitamine A et durée de la formation.	54
8.5.3.	Sources d’information sur la vitamine A.....	55
8.5.4.	Indice de connaissance des enquêtés sur la vitamine A.....	55
8.5.5.	QUALITE DES ACTIVITES DE LA CAMPAGNE	56
8.5.5.1.	Participation à la campagne et durée de travail par jour.....	57
8.5.5.2.	Approvisionnement en vitamine A pendant la campagne.....	57
8.5.5.3.	Visite de supervision pendant la campagne.....	58
8.5.6.	Suggestion pour l’amélioration de la supplémentation en vitamine A	58
9.	DISCUSSION	60
10.	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	68
11.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.	70
12.	ANNEXES.....	70
12.1.1.	Zone de dénombrement tirées pour l’enquête.....	70
12.1.2.	Liste des ZD de l’enquête pilote.....	73
12.2.	Questionnaires.....	75
12.2.1.	Liste des villages ayant eu des problèmes de couverture géographique.....	94

Liste des tableaux

Tableau 1 : Taille de l'échantillon par strate.....	5
Tableau 2: Répartition des grappes par milieu de résidence selon la région administrative.....	5
Tableau 3: Répartition des grappes par région administrative selon milieu de résidence	6
Tableau 4 : Répartition des enquêteurs par région administrative.	10
Tableau M.1. : Répartition (en %) des chefs de ménages ayant participé à l'enquête par milieu de résidence selon leurs caractéristiques.....	17
Tableau M.2. : Répartition (en %) des personnes en charge des enfants ayant participé à l'enquête par milieu de résidence selon leurs caractéristiques.....	18
Tableau M.3: Répartition (en %) des enquêtés selon le lieu fréquenté par les membres de ménage pour bénéficier des soins de santé par milieu de résidence.	19
Tableau M.4: Répartition des personnes en charge des enfants (en %) ayant été informés ou non par sources d'information selon le milieu de résidence.	20
Tableau M.5: Répartition des personnes en charge des enfants (en %) par perception sur la campagne et sur la vitamine A selon le milieu de résidence.	22
Graphique M.5 : Prise en compte de l'avis de la femme après la décision du mari	23
Tableau M.6 : Répartition des personnes en charge des enfants (en %) par niveau de prise de décision sur supplémentation de la vitamine A et la santé des enfants selon le milieu de résidence.	25
Tableau E.1: Répartition des enfants (en %) par caractéristique selon le milieu de résidence.....	27
Tableau E.2 : Répartition des personnes en charge des enfants (en %) connaissant ou non la date de naissance de l'enfant par source d'information selon le milieu de résidence.....	28
Tableau E.3 : Répartition par couverture de la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois selon le milieu de résidence.	29
Tableau E.4. : Répartition des personnes en charge des enfants par lieu de supplémentation et raisons de non supplémentation selon le milieu de résidence.....	31
Tableau E.5 : Répartition des enfants (en %) par caractéristiques sociodémographiques selon la couverture de la supplémentation en vitamine A.	32
Tableau E.6 : Répartition des personnes en charge des enfants (en %) ayant été informé de la tenue de la campagne ou non par milieu de résidence selon la couverture de la supplémentation en vitamine A.	33
Tableau E.8 : Comparaison des différentes couvertures de la supplémentation en vitamine A par source d'information.....	38
Tableau E.9 : Répartition (en %) des enfants de 6 à 59 mois, enregistrés ou non à l'état civil et les raisons de non enregistrement par milieu de résidence.....	39
Tableau PS1 : Répartition des PS prévus et enquêtés par milieu de résidence.	45
Tableau PS2 : Répartition des agents de santé impliqués dans la campagne selon leurs caractéristiques par milieu de résidence.	46
Tableau PS3 : Répartition des agents de santé impliqués dans la campagne selon la participation à la formation, le temps écoulé depuis la formation, la durée de la formation par milieu de résidence.	47
Tableau PS4 : Répartition des agents de santé impliqués dans la campagne selon les sources d'informations sur la vitamine A par milieu de résidence.....	48
Tableau PS5 : Répartition des agents de santé impliqués dans la campagne selon l'utilisation du matériel IEC par milieu de résidence.....	48
Tableau PS 7 : Répartition des agents de santé interviewés selon les paramètres d'appréciation de la campagne par milieu de résidence.	50
Tableau DC1 : Répartition des DC enquêtés par milieu de résidence.	52

Tableau DC2 : Répartition des DC selon le niveau d’instruction par milieu de résidence.	53
Tableau DC-4 : Répartition des DC selon la durée écoulée depuis la formation sur la vitamine A et et la durée de la formation par milieu de résidence.	55
Tableau DC-4 : Répartition des DC selon la source d’information sur la vitamine A par milieu de résidence..	55
Tableau DC-5 : Répartition des DC selon la durée de participation à la campagne et durée de travail par jour par milieu de résidence.....	57
Tableau DC-6 : Répartition des DC ayant évoqué ou non des cas de rupture et la résolution de ces ruptures par milieu de résidence.	57
Tableau DC-7 : Répartition des DC selon les propositions d’amélioration de la supplémentation de la vitamine A par milieu de résidence.....	59
Tableau A1 : Répartition des ZD tirées par région administrative, Préfecture et sous-préfecture.....	70

Liste des graphiques

Graphique M.1 : Informer de la tenue de la campagne.....	19
Graphique M.2 : Source d'information par milieu de résidence	20
Graphique M.3: Indice de connaissance de la vitamine A par milieu de résidence et pour l'ensemble	21
Graphique M.4 Répartition des personnes en charge des enfants par niveau de prise de décision sur la supplémentation de la vitamine A et la santé des enfants.	23
Graphique M.6 : Répartition des distributeurs ayant véhiculé ou non un message sur les services de santé pendant la campagne	26
Graphique M.7 : Répartition des distributeurs par type de messages véhiculés pendant la campagne	26
Graphique E.1. : Raisons de non supplémentation de la vitamine A aux enfants.....	31
Graphique. E.2. Couverture de la supplémentation en vitamine A par classe d'âge des personnes en charge des enfants.	34
Graphique E.3 : Couverture de la supplémentation des enfants de 6 à 59 mois en vitamine A en fonction du niveau d'éducation de la personne en charge de l'enfant	35
Graphique E.4 : Couverture de la supplémentation des enfants de 6 à 59 mois en vitamine A en fonction du niveau de vie du ménage dans lequel vit l'enfant.....	36
Graphique E.5 :Couverture de la supplémentation des enfants de 6 à 59 mois en vitamine A en fonction du niveau de connaissance de la vitamine A.	37
Tableau PS 6 : Répartition des agents de santé interviewés selon l'indice de connaissance des agents de santé sur la vitamine A par milieu de résidence.	49
Graphique DC1 : Répartition des DC enquêtés par sexe et par milieu de résidence.....	52
Graphique DC2 : Répartition des DC enquêtés par niveau d'instruction et par milieu de résidence	53
Graphique DC3 : DC ayant suivi ou non une formation sur la vitamine par milieu de résidence.....	54
Graphique DC4 : Répartition des DC selon l'indice de connaissance sur la vitamine A et le déparasitant par milieu de résidence	56
Graphique : Mission de supervision des équipes de DC pendant la campagne.....	58

SIGLES ET ABREVIATIONS

CVA	Carence en Vitamine A
DAN	Division Alimentation et Nutrition
DC	Distributeurs Communautaires
INS	Institut National de la Statistique
JNV	Journées Nationales de Vaccination
NI	Nutrition Internationale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PECS	Post Evaluation coverage Survey
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SVA	Supplémentation en Vitamine A
ZD	Zone de Dénombrement

RESUME

Après la campagne d'administration de la vitamine A auprès des enfants de 6 à 59 mois, une enquête d'évaluation de la couverture de la supplémentation de la Vitamine A, a été organisée. Elle a permis d'évaluer la couverture de la supplémentation en vitamine A, chez les enfants de 6 à 59 mois et la qualité de l'organisation de la campagne de SVA tenue du 07 au 14 janvier 2022. Spécifiquement, elle visait à :

- Évaluer les couvertures effectives de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois ;
- Analyser les connaissances, les perceptions des parents sur la vitamine A, ainsi que la campagne de masse de distribution de ces produits ;
- Identifier les facteurs qui ont influencé la couverture ainsi que les obstacles à réussite de la campagne de masse de supplémentation en vitamine A ;
- Évaluer l'efficacité des activités de mobilisation sociale liée à la campagne de masse de distribution de vitamine A ;
- Evaluer le taux d'enregistrement des naissances à l'état civil ;
- Effectuer une triangulation entre les données administratives de la campagne de masse et les résultats de l'enquête PECS ;
- Identifier les approches et les stratégies destinées à corriger les faiblesses en vue d'améliorer les couvertures lors des futures campagnes de SVA ;
- Apprécier les niveaux de connaissance de la vitamine A chez les agents de santé et les distributeurs communautaires ayant participé à la dernière campagne ;

Pour atteindre ces objectifs, une méthodologie rigoureuse a été développée et validée par le comité technique mis en place à cet effet puis soumis au Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé (CNEERS) pour approbation (N°055/CNEERS/22).

Tout d'abord, l'ensemble des districts sanitaires ont été divisé en deux (2) domaines qui sont le milieu rural et le milieu urbain.

Pour cette évaluation, 1486 ménages et 2448 enfants, ont été touchés pour l'enquête quantitative. Pour le volet qualitatif, 105 agents de santé et 105 agents distributeurs ont été enquêtés. Après la collecte, les données ont été analysées à l'aide des logiciels statistiques (SPSS, Stata).

Selon les résultats des analyses, la couverture de la supplémentation en vitamine A pour l'ensemble est de 85%. Cette couverture pourrait varier entre 84% et 87% obtenue à partir d'intervalle de confiance calculer au seuil de 95%.

Par milieu de résidence, la couverture la plus élevée a été enregistrée en zone rurale. Elle est de 88%. La couverture réelle pourrait se situer entre 87% et 90%. En zone urbaine, la couverture enregistrée est de 82% qui pourrait aussi varier entre 80% et 85%.

Par caractéristiques démographiques des enfants, la couverture la plus importante a été enregistrée auprès des enfants âgés de 12 à 59 mois par rapport à ceux de 6 à 11 mois. Par sexe, la

couverture la plus élevée a été observée chez les filles. Mais le test de significativité effectué au seuil de 5%, montre que la différence en termes de couverture observée entre ces deux classes d'âge et entre les filles et les garçons, n'est pas significative.

Par ailleurs, les analyses comparatives entre **les couvertures administratives de la campagne et celles issues de l'enquête PEC ont été effectuées. Les résultats ont montré que ces deux couvertures sont significativement différentes.** Par contre, les résultats du contrôle de qualité effectué par les superviseurs, confirment les couvertures issues de l'enquête PEC.

La différence observée entre le taux de couverture administratif et le taux de couverture issu de l'enquête PEC, pourrait être due à plusieurs facteurs dont entre autres :

- **Les méthodes de calcul des taux de couverture : le numérateur et le dénominateur sont différemment obtenus. Ils sont issus de sources différentes ;**
- **Aux erreurs d'échantillonnage commises pendant l'enquête (sélection aléatoire des ménages) ;**
- **Au défaut de mémoire des personnes en charge des enfants ayant été enquêtées ;**
- **L'interview d'une autre personne à la place de celle qui est en charge de l'enfant ;**
- **L'interview des personnes en charge de l'enfant.**

Pour ce qui est de l'appréciation du niveau connaissance de la supplémentation en vitamine A des personnes en charge des enfants, elle a été effectuée à partir d'une variable composite.

Selon cet indicateur, une personne sur quatre, des enquêtées n'a aucune connaissance de la vitamine A. Autrement dit ces répondants ne connaissent ni le nom du produit qui a été distribué pendant la campagne, ni l'âge de prise de la première dose de la vitamine A, ni sa fréquence de prise par an, ou encore ses bienfaits. En revanche, trois personnes sur quatre des enquêtés, ont pu citer au moins une bonne réponse.

D'une manière générale, cet indice montre que des efforts restent encore à fournir pour améliorer les connaissances de la population sur le nom du produit distribué (vitamine A), ses bienfaits, l'âge de prise de sa première dose et sa fréquence de prise dans l'année.

La même évaluation a été faite auprès des agents de santé et des agents communautaires. L'indice de connaissance des agents de santé et des DC sur la vitamine A est un indicateur plus approfondi que celui calculé auprès des ménages ou des personnes en charge des enfants. Les agents de santé et les distributeurs communautaires, constituent les prestataires de services de la santé, impliqués dans l'organisation et l'exécution des activités des campagnes de distribution de masse organisées en Guinée. Ainsi, l'amélioration de leur connaissance sur les produits distributeurs constituerait un facteur important pouvant aussi améliorer l'indice de connaissance des personnes en charge des enfants car ils sont les premières sources d'information auprès de laquelle, la population est informée des bienfaits de la vitamine A.

En faisant une analyse comparaison entre les agents de santé et les distributeurs, nous constatons que les premiers connaissent mieux les produits distribués.

Par ailleurs, la stratégie de communication utilisée pendant la campagne, elle a permis de toucher, 62% des personnes interrogées ont affirmé avoir entendu parler de la campagne. Par milieu de résidence, ces proportions sont de 68% et 57% des enquêtés respectivement en milieu rural et en milieu urbain. Ces résultats montrent que peu de personnes en charge des enfants, ont été touchées par les campagnes médiatiques organisées sur la tenue de la campagne. Pourtant, elle a une influence positive sur les couvertures car les enfants des ménages ayant été informés de la tenue de la campagne, ont plus de chance d'être supplémentés en vitamine A.

Quant à la source d'information la plus crédible sur la vitamine, les personnes en charge des enfants portent plus confiance au personnel de santé et aux agents communautaires dans l'ensemble. Par milieu de résidence, la télévision constitue la seconde d'information la plus fiable alors qu'en zone rurale, les agents communautaires représentent la source la plus importante après les agents de santé.

Par ailleurs, l'efficacité de la stratégie de mobilisation mise en place peut être mesurée à travers l'influence significative que le fait d'être informé de la tenue de la campagne, a eu sur la couverture de la supplémentation de la vitamine A au seuil de 5% selon le test de Khi-2. Les analyses ont montré que 96% des enfants des personnes ayant informées de la tenue de la campagne, avaient été supplémentés. Cette proportion était de 67% pour les enfants des parents qui n'étaient informés de la tenue de la campagne.

Dans le cadre de l'interopérabilité entre la santé et l'état, la campagne d'administration de la vitamine A, a été couplée à la campagne d'enregistrement des naissances à l'état civil. Pendant l'enquête PEC, les questions sur l'enregistrement des naissances, ont concerné les enfants de 6 à 59 mois. Ce qui pourrait permettre d'évaluer l'interopérabilité entre la santé et l'état civil pour les campagnes passées et l'enregistrement universel des enfants.

Dans l'ensemble seulement trois enfants sur quatre ont été enregistrés à l'état civil. Ces proportions élevées d'enfants enregistrés à l'état civil pourraient être en partie dues aux efforts combinés entre la santé et l'état civil mais aussi entre l'état civil et d'autres Partenaires Techniques et Financiers comme l'UNICEF, ENABEL dans le cadre l'enregistrement universel des enfants.

Enfin, les analyses multivariées, ont permis d'identifier des facteurs ayant une influence positive sur la supplémentation de la vitamine A pour l'ensemble de la zone de l'étude et par milieu de résidence. Agir sur ces facteurs, pourraient contribuer à augmenter significativement la couverture de la supplémentation de la vitamine A. Il s'agit :

- **De l'indice de connaissance de la vitamine A ;**
- **La perception positive des personnes en charge des enfants sur la vitamine A ;**
- **La fréquentation des structures sanitaires pour bénéficier des soins ;**
- **L'information de la population de la tenue de la campagne ;**
- **L'enregistrement des naissances à l'état civil ;**

- **Du fait de laisser les femmes prendre soin des enfants.**

Par ailleurs, les obstacles ont pu être identifiés à travers les raisons de la non supplémentation de la vitamine A par ordre d'importance. Il s'agit principalement :

- Du manque de couverture géographique totale (les agents distributeurs ne sont pas passés) de toutes les localités (villages, quartiers, secteurs). Ce manque de couverture géographique totale, prive ainsi les enfants qui vivent dans les localités non touchées, de bénéficier des services fournis pendant la campagne (Supplémentation de la vitamine A, le dépistage de la malnutrition, l'enregistrement des naissances) (voir la liste des localités ayant enregistré plus de cas de couverture géographique).
- L'absence des enfants à supplémenter à la maison pendant le passage des agents distributeurs à domicile. Il constitue est la deuxième raison la plus mentionnée suivie du manque d'information sur la tenue de la campagne.
- Le manque d'informations sur la tenue de la campagne a été rapporté. L'exposition aux médias à travers les agents de santé (Distributeur Communautaire, agents de santé), l'écoute de la radio ou la télévision constitue aussi un puissant moyen qui explique la supplémentation des enfants en vitamine A.
- Le refus des ménages ou des personnes en charge des enfants de leur faire supplémenter. Il est plus accentué en zone urbaine qu'en zone rurale.

Par ailleurs, des entretiens avec les distributeurs ont également permis d'identifier d'autres obstacles pouvant contribuer à améliorer la couverture de la supplémentation. Ces obstacles ont été abordés sous formes de suggestions à faire pour améliorer la couverture de la supplémentation en vitamine A. Ces suggestions ont ainsi été formulées par milieu de résidence.

En milieu rural, les trois premières suggestions sont la sensibilisation des chefs de ménage, afin d'accepter la supplémentation et de prendre les dispositions (garder les enfants à la maison) pour que les enfants soient supplémentés ; la motivation des agents distributeurs et les agents de santé. Ces trois suggestions ont été les plus évoquées. A celles-ci, s'ajoutent la meilleure coordination entre la communauté et le personnel de santé, l'assurance d'un approvisionnement suffisant et prompt en Vit A et la formation régulière des Agents de santé et distributeurs communautaires.

En milieu urbain, la sensibilisation des chefs de ménages, les campagnes médiatiques (informations de la population de la tenue de la campagne) et la motivation des agents de santé constituent les trois premières suggestions formulées. A celles-ci, s'ajoutent la formation continue des agents de santé et communautaires et la motivation des distributeurs communautaires.

D'une manière globale, l'enquête de couverture post-campagne, a permis d'évaluer les différents objectifs de la campagne. Elle a également permis de formuler les recommandations basées sur des résultats soutenus par les analyses effectuées à partir des données collectées, afin d'améliorer les activités et les couvertures des futures campagnes.

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La vitamine A est un nutriment essentiel à la fonction immunitaire, à la vision, et à une croissance et un développement convenable. La carence en vitamine A (CVA) constitue la principale cause de cécité infantile évitable, et contribue largement à la morbidité et la mortalité dues aux infections, en particulier chez les enfants et les femmes enceintes. Elle demeure un problème de santé publique très répandu en Afrique subsaharienne et Asie du Sud où elle est respectivement responsable de 6 et 8 de décès des moins de 5 ans.

A l'instar des autres pays de la sous-région, la Guinée n'échappe pas à ce fléau, bien que la prévalence de la CVA chez les enfants de moins de cinq ans soit peu documentée, l'OMS a estimé qu'elle se situait à 45,8 en 2005, ce qui en fait un problème de santé publique majeur.

Pour contrer ce fléau, l'OMS recommande la supplémentation universelle en vitamine A (SVA) pour les enfants d'âge préscolaire (de 6 à 59 mois) deux fois par an dans les endroits où l'on considère la CVA un problème de santé publique. Dans ces contextes, la SVA constitue une intervention éprouvée qui réduit le risque de mortalité et de morbidité infantiles.

C'est dans cette logique de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité associées à la CVA chez les enfants de moins de cinq ans, que le gouvernement guinéen a mis en œuvre la SVA universelle pour les enfants d'âge préscolaire depuis 1999, alors qu'on administrait la SVA lors des Journées nationales de vaccination (JNV) contre la polio.

Depuis ce temps, la Guinée a transféré son programme de SVA vers les services de santé de routine. Au cours de cette transition, le pays a élaboré une stratégie pour combler certaines lacunes dans la couverture d'interventions essentielles à la survie de l'enfant qui a mené aux Campagnes de santé de l'enfant. Lancées deux fois par an, ces campagnes proposent un ensemble d'interventions essentielles en matière de santé et de nutrition (vaccination, supplémentation en vitamine A, traitements vermifuges, et dépistage de la malnutrition) pour les jeunes enfants. Des agents de santé se déplacent de ménage en ménage (supplémentation porte à porte) ou de village en village pour fournir ces services et atteindre les enfants qui doivent être vaccinés et qui ont peut-être manqué leurs services de santé de routine pour une raison quelconque.

En collaboration avec le ministère de la Santé de la Guinée, Nutrition International a apporté un soutien technique et financier à l'organisation des Campagnes de santé de l'enfant dans trois régions du pays au cours du deuxième semestre de 2021. Nutrition International a également décidé d'appuyer les activités nationales du gouvernement guinéen pour la coordination et le suivi de cette campagne.

Ces campagnes de distribution de vitamine A sont toujours suivies d'une enquête d'évaluation de couverture. Ces études évaluatives mettent à la disposition des acteurs, des informations valides et actuelles pouvant servir de base pour des prises de décision et la planification de nouvelles interventions. Les résultats des enquêtes PECS réalisées de 2018 à 2020 (63 en 2018, 86 en 2019 et 71 en 2020)¹ ont montré une évolution en dents de scie de la couverture de supplémentation en vitamine A dont la plupart se situe d'ailleurs en dessous du seuil de 80%, recommandé. Ce constat révèle donc

¹Rapport Enquête PECS.

la nécessité de bien cerner les facteurs influençant la couverture d'une campagne en vue d'en apporter une réponse efficace. La présente évaluation entièrement financée par NI mettra un accent particulier sur l'analyse des déterminants dont la maîtrise s'avère indispensable à la résolution de la problématique de la faible couverture de la supplémentation en vitamine A.

2. CADRE INSTITUTIONNEL

Conformément aux termes de référence (TDR), le comité technique de l'étude est composé par la DAN et le Bureau de Stratégie et de Développement, le Groupe de Travail sur la Nutrition, Nutrition Internationale (NI) et le consultant :

La Division Alimentation Nutrition (DAN) et le Bureau de Stratégie et de Développement (BSD) du Ministère de la Santé ont :

- Fourni des orientations pour la supervision et la coordination de toutes les activités de l'enquête exécutées par l'équipe le consultant ;
- Mis à la disposition du consultant une base de données de ressources humaines ayant l'expérience dans la conduite des enquêtes PEC pour la sélection des potentiels enquêteurs ;
- Validé les résultats du recrutement ;
- Partagé une liste de potentiels enquêteurs ;
- Participé à leur formation et leur évaluation ;
- Approuvé le plan de la logistique de l'enquête élaboré par l'équipe des consultant

Le consultant : a la responsabilité de la gestion et de l'analyse des données issues l'enquête sur le terrain, en respectant les procédures d'assurance de qualité définies dans le présent TDR. Il a

- Élaboré le plan de mise en œuvre de l'enquête ;
- Effectué des analyses sur le terrain et adapte les outils par rapport au contexte ;
- Finalisé la base de données primaires, assure la gestion du serveur et du téléchargement des données ;
- Obtenu toutes les autorisations nécessaires pour mener l'enquête ;
- Créé le cadre d'échantillonnage conformément au plan d'enquête défini dans le présent cadre de référence ;
- Procédé au recrutement et soumet les résultats à la validation de la DAN ;
- Assuré la formation de toutes les ressources humaines nécessaires à la collecte de données en étroite collaboration avec la DAN.
- Assuré la gestion de tous les aspects logistiques de la collecte de données incluant la disponibilité de supports pour la collecte sur ODK.
- Soumis un plan de gestion de la logistique qui sera approuvé par la DAN et Nutrition International ; et
- Procédé aux analyses à l'aide de la syntaxe et présente les résultats dans un rapport.

Le consultant s'est appuyé sur les orientations de la DAN pour mieux coordonner l'équipe d'agents de collecte. Pour y arriver, la DAN, et le consultant, ont travaillé en étroite collaboration avec le GTN de la Guinée.

Le Groupe de Travail Nutrition (GTN) a :

- Validé les termes de référence de l'enquête PEC ;

- Examiné et approuve le plan de formation de l'équipe chargée de la collecte des données ;
- Fourni l'ébauche du questionnaire au consultant ;
- Fourni les lignes directrices pour l'assurance de qualité à l'équipe de consultants ;
- Contrôlé la qualité tout au long de l'enquête ; et
- Vérifié et validé l'analyse fournie par l'équipe de consultants.

Nutrition Internationale (NI) : est l'institution ayant entièrement financé la présente étude. En plus des autres structures, Nutrition internationale a :

- Participé à la validation des documents techniques (protocoles, questionnaires) et l'application de connecte de données ;
- Assuré le contrôle des pièces justificatives.

Par ailleurs, l'Institut National de la Statistique (INS) est la structure technique de référence et l'organe exécutif central du Système Statistique National (Loi Statistique L/2014/019/AN). Pour cette étude, il était chargé de valider le protocole technique et de procéder au tirage des Zones de Dénombrement (ZD) conformément au plan de sondage établi dans la proposition technique.

3. OBJECTIF

3.1. Objectif principal

Cette étude vise à évaluer la couverture de la supplémentation en vitamine A, chez les enfants de 6 à 59 mois et la qualité de l'organisation de la campagne de SVA tenue du 07 au 14 janvier 2022.

3.2. Objectifs spécifiques

- Évaluer les couvertures effectives de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois ;
- Analyser les connaissances, les perceptions des parents sur la vitamine A, ainsi que la campagne de masse de distribution de ces produits ;
- Identifier les facteurs qui ont influencé la couverture ainsi que les obstacles à réussite de la campagne de masse de supplémentation en vitamine A ;
- Évaluer l'efficacité des activités de mobilisation sociale liée à la campagne de masse de distribution de vitamine A ;
- Evaluer le taux d'enregistrement des naissances à l'état civil ;
- Effectuer une triangulation entre les données administratives de la campagne de masse et les résultats de l'enquête PECS ;
- Identifier les approches et les stratégies destinées à corriger les faiblesses en vue d'améliorer les couvertures lors des futures campagnes de SVA ;
- Apprécier les niveaux de connaissance de la vitamine A chez les agents de santé et les distributeurs communautaires ayant participé à la dernière campagne ;

Pour atteindre ces objectifs, une méthodologie rigoureuse a été développée et validée par un comité technique mis en place à cet effet.

4. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

Dans cette rubrique, l'approche globale de l'étude, le type d'étude à réaliser pour atteindre les objectifs assignés, la période de réalisation de l'étude, le cadre ou zone de l'étude, la population cible, le niveau de représentativité des indicateurs, la taille de l'échantillon, la méthode de sélection des ménages éligibles, des prestataires de services, sont développés.

4.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale basée sur un sondage en grappe à deux degrés, stratifiée de type OMS (2018)². Les grappes ont été tirées aléatoirement par strate conformément à la méthode de la probabilité proportionnelle à la taille estimée (PPTE) de la population en milieu urbain et rural. Le poids de chaque milieu de résidence s'est basé sur les données du RGPH-3, réalisé en 2014³.

Pour cette enquête PECS 2021, deux (2) strates ont été définies. Il s'agit du milieu rural et urbain. Le niveau de représentativité des indicateurs est le milieu de résidence (urbain et rural) et national.

4.2. Période de l'étude

Cette évaluation a été conduite sur une période de 40 jours incluant la planification, la collecte de données, l'analyse et la rédaction du rapport.

4.3. Population cible

Cette enquête a concerné les enfants de 6 à 59 mois vivant dans les ménages. Pour ainsi avoir les informations de qualité, les personnes en charge de ces enfants (Mères ou gardiennes d'enfants) ont été interviewées.

Par ailleurs, pour évaluer la qualité des services rendus et la connaissance des agents de santé et les distributeurs communautaires sur la vitamine A, une collecte de données a été également effectuée auprès de ces deux cibles (Agent de santé et distributeurs communautaires).

4.4. Echantillonnage

Calcul de la taille de l'échantillon pour l'enquête de couverture

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

- **Couverture anticipée ou attendue (p):** 80;
- **Le coefficient de corrélation entre grappes (CCG):** Pour des enquêtes post-campagne la valeur haute étant le versant prudent;
- **Niveau de Confiance :** Il est en règle de 95 ;

²Vaccination Coverage Cluster Surveys: Reference Manual. Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/IVB/18.09). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO disponible sur https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/Vaccination_coverage_cluster_survey_FR.pdf

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

- **Demi-largeur de l'intervalle de confiance (IC):** le $(100-\alpha)$ de l'IC n'a pas une largeur de plus de ± 5 alors sa valeur sera de 5 ;
- **Nombre cible de répondants par grappe (m):** pour l'enquête PECS nous recommandons **10**. En effet l'OMS demande de choisir en général pour ce facteur des valeurs comprises entre **5 et 15**, qui correspondent au nombre de ménages qu'une équipe d'enquêteurs peut visiter en une journée et au nombre total de répondants prévus dans une grappe de taille moyenne, si tous les répondants ciblés sont interviewés ;
- **Nombre cible de grappes par strate:** La taille totale de l'échantillon divisé **m** produit le nombre cible de grappes par strate. 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-réponses. La méthode de calcul sera décrite ci-dessous.

Conformément au manuel OMS 2018⁴, 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). A été dénommé B dans les calculs ultérieurs ;*
3. *Calculer l'effet du plan de sondage (EPS). A été dénommé C dans les calculs ultérieurs ;*
4. *Calculer le nombre moyen de ménages à visiter pour trouver un enfant éligible. A été 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	Par milieu de residence	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 effet de grappe de 2;
- D. Le tableau suivant donne le nombre moyen d'enfants éligibles par ménage pour chaque région administrative (strate).
- E. Considérant que 5% 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 5% pour compenser les non-réponses;
- F. $E =$ Taux de non réponse est généralement très faible, mais peut être associé à des erreurs de saisie, 5 peuvent donc être sûrs.

Les étapes de 1 à 6 sont résumées dans le tableau ci-dessous qui donne la taille de l'échantillon calculée par strate (milieu de résidence).

⁴Vaccination Coverage Cluster Surveys: Reference Manual. Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/IVB/18.09). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO disponible sur https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/Vaccination_coverage_cluster_survey_FR.pdf

Tableau 1 : Taille de l'échantillon par strate.

Nombre de strate (Urbain et rural)	2
WHO guide page 15 (Référence de l'OMS)	CI HW: 5% DEFF: 2
Couverture anticipée ou attendue	80%
Le coefficient de corrélation entre grappes (CCG)	0,167
Niveau de Confiance	5
Demi-largeur de l'intervalle de confiance	5
Nombre cible de répondants par grappe	10
Nombre de strate	2
Taille effective de l'échantillon	306
l'effet du plan de sondage	2
Nombre moyen de ménages à visiter pour trouver un enfant éligible	0,997
Taux de non réponse	1,111111
Nombre cible de répondants par grappe	10
Nombre total estimé de répondants ayant complété leurs questionnaires par strate	1224
Nombre de ménages à visiter pour obtenir le nombre de répondants ayant complété leurs questionnaires par strate	1356
Nombre de ménages à visiter dans chaque strate	678
Nombre de ménages à enquêter en tenant compte du taux de non réponse par dans une grappe.	12
Nombre de grappes à tirer	124
Nombre de grappes par strate	62
Nombre total de ménages à enquêter	1476

Au total, 1476 ménages, seront enquêtés dans 124 grappes qui seront tirées de manière systématique et indépendante par l'Institut National de la Statistique.

4.5. Base de sondage et plan d'échantillonnage pour l'enquête ménage

4.5.1. Base de sondage :

La principale base de sondage retenue pour cette opération statistique est la base de données des zones de dénombrement établie après le troisième Recensement Général de la Population de l'Habitation (RGPH-3) de 2014 et mise à jour en 2017 par l'Institut National de la Statistique. Cette base de sondage est un fichier électronique de 9668 zones de dénombrement (ZD).

Le tableau ci-dessous, montre la répartition des grappes selon le milieu de résidence par région administrative.

Tableau 2: Répartition des grappes par milieu de résidence selon la région administrative

Région administrative	Milieu de résidence				Total pourcentage et grappes	
	Rural		Urbain			
	%	n	%	n		
Boké	81,54	835	18,46	189	100,00	1024
Conakry			100,00	1241	100,00	1241
Faranah	82,75	729	17,25	152	100,00	881
Kankan	84,85	1495	15,15	267	100,00	1762
Kindia	70,98	976	29,02	399	100,00	1375
Labé	91,18	941	8,82	91	100,00	1032

Mamou	89,55	763	10,45	89	100,00	852
N'Zérékoré	80,75	1212	19,25	289	100,00	1501
Total général	71,90	6951	28,10	2717	100,00	9668

Tableau 3: Répartition des grappes par région administrative selon milieu de résidence

Région administrative	Milieu de résidence				Nombre total de grappes
	Rural		Urbain		
	%	n	%	n	
Boké	12,01	835	6,96	189	1024
Conakry	0,00		45,68	1241	1241
Faranah	10,49	729	5,59	152	881
Kankan	21,51	1495	9,83	267	1762
Kindia	14,04	976	14,69	399	1375
Labé	13,54	941	3,35	91	1032
Mamou	10,98	763	3,28	89	852
N'Zérékoré	17,44	1212	10,64	289	1501
Total général	100,00	6951	100,00	2717	9668

4.5.2. Plan d'échantillonnage pour l'enquête ménage

a) Ménage et enfant.

Pour cette enquête d'évaluation du taux de couverture, un sondage en grappe à deux degrés pour la sélection des ménages et des enfants, a été réalisé :

Au premier degré (tirage des grappes)

Pour chacune des 2 strates, 124 (62 ZD en milieu rural et 62 en milieu urbain) Zone de dénombrement (ZD) ou grappe seront tirées de manière systématique et indépendante 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 strate (milieu de résidence) et en tenant compte du poids de chaque région dans la strate.

Pour l'enquête pilote 20 ZD, ont été tirées après avoir sélectionné les ZD de l'enquête réelle.

Au deuxième degré (tirage des ménages)

De manière aléatoire et indépendante 12 ménages dans chaque ZD ont été enquêtés. Cette étape a été réalisée par les enquêteurs sur le terrain.

Un pas de sondage (nombre de ménages fourni par l'INS dans la grappe divisée par 12) a ainsi été calculé à partir du nombre de ménages estimé par l'INS.

b) Prestataires de santé (Agents de santé)

Le choix de l'agent de santé dans chaque grappe était systématique. Il s'agit de l'agent PEV ou son adjoint si ce dernier avait été impliqué dans les activités de la campagne. En cas d'absence, de l'agent de santé et de son adjoint, la personne à enquêter était celle qui a été la plus impliquée dans les

activités de la campagne. Si la grappe compte 2 ou plusieurs centres de santé, un tirage au sort entre les centres de santé était effectué entre ces centres de santé.

c) Distributeur communautaire

Pour le choix des distributeurs communautaires, la liste complètes des distributeurs communautaires par village ou secteur était fourni 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. Les enquêteurs entretiendront le distributeur communautaire dont le nom a été écrit sur le bout de papier tiré. En cas d'absence de ce dernier, le même processus pour le tirage était repris.

4.6. Outils et moyen de collecte

4.6.1. Outils de collecte.

Les données étaient collectées principalement par entretien individuels avec les répondants de l'étude. Ces entretiens ont été conduits à l'aide de la technique CAPI (Computer Assisted Interview) basée sur la technologie mobile.

En se basant sur l'existant, les outils de collecte de données ont été revus et adaptés par l'équipe technique et validés par le comité de coordination. Ils'agit entre autres :

i. Formulaire de consentement éclairé

Ce formulaire a permis de recueillir le consentement éclairé des personnes enquêtées dans les ménages sélectionnés.

ii. Questionnaire Ménage et enfant

Les questionnaires « ménage et enfant » ont été administrés dans les ménages sélectionnés. Dans ces questionnaires, la partie réservée au ménage, les sections suivantes seront développées :

- a) Les renseignements généraux;
- b) Le profil du répondant ;
- c) Les caractéristiques du ménage ;
- d) L'accès aux services de santé ;
- e) La stratégie de communication sur la campagne ;
- f) Les connaissances des parents de la vitamine A⁵ ;
- g) La décision de faire bénéficier de l'enfant la vitamine A ;
- h) La qualité des activités d'administrative de la vitamine A ;

⁵Pour éviter des confusions, des capsules rouges et bleues, ont été présentées aux parents.

La partie réservée aux enfants de 06 à 59 mois, a traité les sections suivantes :

- i) Le profil de l'enfant et la supplémentation en vitamine A⁶ ;
- j) Le temps associé avec les services SVA ;
- k) La déclaration de la naissance de l'enfant à l'état civil : pour le cas spécifique de cette section, une preuve pouvant attester la déclaration de l'enfant à l'état civil a été demandée aux parents. Ainsi sur la base de la présentation des preuves (acte ou extrait de naissance de l'enfant), ou les simples déclarations des répondants les questions ont été renseignées.

iii. Questionnaire Agent de santé (personnel de santé)

Dans le questionnaire Agent de santé, les sections suivantes, ont été développées.

- a) Les renseignements généraux ;
- b) Le profil du répondant ;
- c) Les connaissances des agents de santé sur la vitamine A ;
- d) La qualité des activités de la campagne ;

iv. Questionnaire Agent de santé communautaire

Comme dans le questionnaire Agent de santé, le questionnaire Agent de Santé Communautaire également a traité les mêmes sections :

- a) Les renseignements généraux ;
- b) Le profil du répondant ;
- c) Les connaissances des agents de santé sur la vitamine A ;
- d) La qualité des activités de la campagne ;

v. Formulaire de suivi et de contrôle de qualité pour les superviseurs

Le formulaire de suivi et de contrôle de qualité, est le questionnaire utilisé par les superviseurs pour vérifier les informations collectées par les agents enquêteurs. Il est rempli après le passage des enquêteurs. Ce questionnaire prend en compte essentiellement deux (2) sections :

- Les renseignements généraux ;
- La supplémentation en vitamine A.

4.6.2. Utilisation de la technologie mobile pour la collecte de données

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 de terrain (par exemple l'équipe en situation de voyage, les Centres de Santé, registre d'acte de naissance). Le système mHealth et les plateformes conçues pour ce type de collecte comme (ONA.IO) étaient généralement accessibles par internet.

4.7. Contrôle de la qualité de la collecte dans les ménages

⁶Pour éviter des confusions, des capsules rouges et bleues, ont été présentées aux parents.

Le contrôle qualité a été assuré par les superviseurs, en contrôlant les 10 des données collectées par les enquêteurs. Ces 10 étaient sélectionnés au hasard parmi les 12 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 ont été comparées à celles de la 2^{ème} interview.

4.8. Formation et Recrutement des superviseurs et enquêteurs

Une formation de 5 jours a été organisée en faveur des candidats aux postes d'enquêteurs et superviseurs. Cette formation théorique en salle a duré 04 jours et un jour pour l'enquête pilote. Elle s'est tenue à Conakry. Elle a porté essentiellement sur :

- Les objectifs visés par l'étude ;
- Les résultats attendus ;
- La méthodologie adoptée ;
- L'identification et la délimitation des grappes à partir des cartes de ZD;
- Le recensement et le tirage 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 ;
- Les thèmes à aborder lors des entretiens ;
- L'utilisation des appareils mobiles pour la collecte et la transmission des données.

Les notions théoriques ont été complétées par des simulations pratiques basées sur des jeux de rôles en utilisant des supports pédagogiques (présentation power point, manuel de l'enquêteur, exercices).

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. Par ailleurs, un accent a été également mis sur l'équité entre les hommes et les femmes dans le recrutement. 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.

4.9. Enquête pilote ou pré test des outils de collecte

Une enquête pilote a été organisée pour tester le dispositif de l'enquête incluant la méthodologie, l'ensemble des outils de collecte, les matériels, l'organisation ainsi que les ressources humaines. Ce test a été fait dans les ZD non concernées par l'enquête réelle, de la commune de Dixinn.

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

4.10. Organisation de la logistique

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

Avant la formation, l'équipe de coordination de l'enquête a préparé l'itinéraire de chaque équipe d'enquête y compris les emplacements des ZD, le nombre de jour(s) à passer dans chaque lieu, et l'approximation du temps de conduite entre chaque grappe. Un des rôles des superviseurs, était de préparer l'arrivée des enquêteurs dans les quartiers, districts, secteur ou villages. Sur le terrain le chef d'équipe était chargé de la gestion de la logistique et de transmettre des mises à jour quotidiennes au superviseur de l'enquête. Il l'informait si quelque chose d'inattendu se produisait.

4.11. Collecte de données

La collecte a été assurée par 8 superviseurs et 36 enquêteurs repartis en 10 équipes. Certaines équipes étaient composées de 3 enquêteurs et d'autres de 4 enquêteurs en fonction de la distance à parcourir (la région de l'enquête), le nombre de ZD à couvrir. Elle a duré 15 jours. Les enquêteurs ont été déployés sur le terrain sur la base d'un plan de déploiement qui a été élaboré par l'équipe des consultants et validé par le comité de pilotage.

Chaque enquêteur a reçu son kit d'enquête composé d'un Smartphone, un stylo, un cahier, une chemise à rabat, des masques (bavettes). Les enquêteurs étaient chargés de collecter les données selon les instructions données et les considérations éthiques. Ils ont travaillé sous la direction des superviseurs.

Tableau 4 : Répartition des enquêteurs par région administrative.

Région administrative	Nombre d'équipes	Composition des équipes	Nombre d'enquêteurs et CE
BOKE	1	1 équipes de 4 personnes chacune	4
CONAKRY		2 équipes de 4 personnes chacune	Toutes les équipes
FARANAH	1	1 équipes de 4 personnes chacune	4
KANKAN	1	1 équipes de 4 personnes chacune	4
KINDIA	1	1 équipes de 4 personnes chacune	4
LABE	2	2 équipes de 3 personnes chacune	6
MAMOU	2	2 équipes de 3 personnes chacune	6
NZEREKORE	2	2 équipes de 4 personnes chacune	8
Total	10		36

4.12. Supervision de la collecte

Durant la phase de collecte, chaque superviseur a effectué des visites de terrain pour s'assurer d'une part, de la présence effective de ses enquêteurs sur les sites, de la qualité des réponses obtenues et du travail de son équipe. D'autre part, la supervision a consisté à 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 a aussi été effectué par les superviseurs. Ainsi, dans chaque ZD, chaque superviseur enquêtait un ménage déjà enquêté par un enquêteur pour le contrôle de qualité. Les ménages à enquêter par les superviseurs, étaient tirés par le comité technique afin d'assurer l'effet aléatoire. Le numéro d'identification des ménages inscrit sur leur porte par les enquêteurs aidait le superviseur à retrouver facilement les ménages tirés.

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

4.13. 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**, à ce débriefing chaque superviseur faisait :
 - Le point sur le nombre de ménages, agents de santé et Relais Communautaires ou de distributeurs communautaires enquêtés par son équipe ;
 - Les difficultés rencontrées par ses équipes et les solutions apportées ;
 - L'agenda du prochain jour.
- **Un rapport final de la collecte** des données collectées par superviseur était également transmis.

4.14. Traitement et analyse des données

4.14.1. Apurement et analyse statistique des données

Au cours de la collecte de données, étaient transférées de façon systématique les données collectées à travers le réseau de téléphonie mobile. Ces données étaient systématiquement contrôlées par les superviseurs et les consultants. À la fin de la collecte, les données reçues sur ONA étaient extraites pour l'analyse des données. On a procédé dans un premier temps à l'apurement du fichier et au redressement des données. Il a consisté à relever les incohérences, les données manquantes et les erreurs liées à la saisie des données sur les tablettes. Cette opération était appliquée à tous les paramètres.

Le logiciel SPSS et STATA ont permis de vérifier chaque paramètre et chaque dossier et les contradictions résolues avant la fusion des données et leur analyse.

L'équipe 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 étaient consignés dans un registre de nettoyage. Tous les changements sont effectués dans SPSS à l'aide d'une syntaxe, sans changer les valeurs dans la base de données originale. Cette pratique a rendu les changements reproductibles et réversibles le cas échéant. Ce logiciel inclut des commentaires et des paramètres dans les fichiers syntaxes ou les do.files permettant de comprendre les raisons du changement de la valeur.

4.14.2. Calcul des coefficients de pondération

La répartition de l'échantillon parmi les domaines étant non proportionnelle à celle de la population, des coefficients de pondération ont été ainsi utilisés pour pouvoir obtenir des résultats par domaine et pour l'ensemble du pays. Le calcul des coefficients de pondération a permis donc de corriger le poids

de chaque ZD et le poids de chaque domaine pour les estimations au niveau national. Les probabilités de sondage ont été calculées pour chaque degré de tirage et dans chaque strate.

♣ **Pondération d'échantillonnage**

La première pondération est la pondération d'échantillonnage, qui représente la probabilité que le répondant soit sélectionné pour participer à l'enquête : Elle est l'inverse de la probabilité de sélection.

Dans le cadre de la PECS avec un échantillon à deux degrés, le poids d'échantillonnage a pris en compte la probabilité que la grappe soit sélectionnée et la probabilité que le ménage soit sélectionné, sachant que la grappe a été sélectionnée. Ainsi, les probabilités originales de sélection de la zone de dénombrement (grappe) à partir de l'échantillon PPTE ou de tout autre méthode employée et la probabilité de sélection des ménages ont été utilisées pour calculer le coefficient de pondération par grappe.

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

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

4.14.3. Analyses statistiques

Les analyses ont été faites à l'aide des logiciels SPSS version 24 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.

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

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

5. Considérations éthiques

Pour engager les opérations de collecte de données, les différents documents de l'étude, ont été soumis à l'approbation du Comité d'éthique.

Etant donné que dans toutes les recherches, des règles éthiques et déontologiques sont à respecter et annoncer aux enquêtés avant la collecte des données, nous avons ainsi expliqué aux répondants des ménages à enquêter, aux distributeurs communautaires et au personnel de santé impliqués dans l'exécution de la campagne, le but de l'étude en mettant l'accent sur l'anonymat. En outre, nous avons fait l'engagement éventuel de restituer les résultats à tous les niveaux de prise de décision.

6. Prise en compte de la covid-19

Dans ce contexte de COVID-19, la prise en compte des mesures de prévention est très importante notamment la distanciation sociale, le port de masque et le lavage des mains pendant la formation des enquêteurs, le déplacement des équipes, l'administration des questionnaires aux cibles de l'étude. Nous avons veillé au respect strict des mesures barrières à toutes les phases de l'étude. Ceci conformément aux dispositions en vigueur dans le guide opérationnel de la supplémentation en vitamine A dans le contexte de la COVID 19 à savoir :

- S'assurer que tous les acteurs ont des preuves de négativité du test COVID-19 datant d'au moins 24 heures et/ ou de vaccination contre la Covid 19.
- S'assurer de la disponibilité des équipements de protection en quantité suffisante sur la base des planifications
- Veiller à l'application des mesures barrières à toutes les étapes du processus de mise en œuvre de l'enquête.
- Veiller au port obligatoire du masque et au respect des mesures de distanciation physique en gardant au moins 1,5 mètre entre les individus lors des rencontres préparatoires, de la formation des superviseurs et enquêteurs et de la collecte des données ;
- S'assurer de la disponibilité de la solution hydroalcoolique ou du savon pour le nettoyage des mains pour tous les acteurs de mise en œuvre de l'enquête ;
- Veiller au lavage/ nettoyage régulier des mains avec l'eau et le savon ou la solution hydroalcoolique pendant toutes les activités de l'enquête
- S'assurer du respect des mesures d'hygiène ;
- Contribuer à la sensibilisation contre la propagation du coronavirus ;
- S'assurer que la distanciation physique soit respectée lors des supervisions, des rencontres, etc.
- Assurer la supervision des équipes à tous les niveaux dans le respect des mesures barrières contre le COVID-19 ;
- Réaliser des débriefings quotidiens dans le respect des mesures de barrières du COVID-19.

7. Diffusion des résultats de l'étude.

Après l'analyse des données et la rédaction du rapport, les résultats de l'étude d'évaluation ont été partagés selon les destinataires de l'étude. Tout d'abord, le rapport d'étude a été partagé aux membres du comité technique avant la présentation des résultats préliminaires. Le rapport final après l'intégration des recommandations, a été partagé sous format de copies dures ou format électronique (sur le site internet des partenaires, sur clé USB).

8. RESULTATS DE L'ETUDE

Après la collecte et l'analyse des données, les résultats ont été selon les cibles de l'étude. Il s'agit de :

- Ménages et répondant enquêtés
- Enfants des ménages enquêtés
- Personnel de santé impliqué dans la campagne
- Distributeurs communautaires impliqués dans la campagne.

PARTIE 1 : ANALYSE DES DONNEES SUR LES ENFANTS

8.1.1. CARACTERISTIQUES DU CHEF DE MENAGE ET LA PERSONNE EN CHARGE DE L'ENFANT

L'analyse des caractéristiques de la population enquêtée constitue un moyen important car elle permet de la connaître et de trouver des éléments d'explication de certains facteurs qui pourraient avoir une influence sur la couverture de la supplémentation en vitamine A. C'est pourquoi, les informations sur le chef de ménage et sur la personne en charge de l'enfant, ont été collectées. Il s'agit :

- Age et sexe
- Niveau d'éducation scolaire
- Activité principale

Selon les résultats des analyses (tableau M.1), la domination masculine en tant que chef de ménage, n'est plus à démontrer. Dans l'ensemble 81% des chefs de ménages interviewés, étaient des hommes contre 19% de femmes. L'écart est encore plus marquant en milieu rural (87% d'hommes CM contre 13% de femmes). En milieu urbain, la proportion des chefs de ménages de sexe masculin est de 76% contre 24% de femmes.

La répartition des chefs de ménage par classe d'âge montre une allure croissante de la courbe jusqu'à 44 ans avant de décroître jusqu'à 5% dans l'ensemble. Cette allure est aussi bien observée dans la zone rurale qu'urbaine. Elle proportion élevée des chefs de ménages âgés de 35 à 49 ans. Elle est de 59% dans l'ensemble, de 61% en milieu rural et 57% en milieu à urbain.

Quant à l'analyse du niveau d'instruction des CM, les résultats ont montré que beaucoup d'efforts restent encore à faire pour atteindre les objectifs du programme d'éducation pour tous. Dans l'ensemble près de 43% des chefs de ménage, n'ont aucun niveau d'instruction. Le niveau global cache d'importantes disparités entre le milieu rural et urbain. En zone rurale, plus de la moitié des CM des ménages enquêtés, n'ont aucun niveau d'instruction alors qu'en milieu urbain, cette proportion est de 34%. En revanche, pour le niveau coranique, la proportion est plus élevée en zone rurale (17%) qu'en zone urbaine (9%).

L'analyse de l'activité économique également des CM a été effectuée car elle peut avoir un impact sur la santé de l'enfant si surtout le CM est aussi la personne en charge de l'enfant. L'analyse par milieu de résidence montre que les activités des chefs de ménages varient d'un milieu à l'autre. En milieu rural, l'activité principale est l'agriculture suivie par les activités libérales et le commerce. Ces activités sont pratiquées respectivement par 49% ; 21% et 13% des CM enquêtés. En milieu urbaine, les proportions les plus importantes des CM exerçant une activité, ont été enregistrées dans le domaine libéral, le commerce et le secteur public. Ces activités sont pratiquées respectivement par 31% ; 25% et 12% des CM enquêtés

Tableau M.1. : Répartition (en %) des chefs de ménages ayant participé à l'enquête par milieu de résidence selon leurs caractéristiques

Caractéristiques des Chefs de ménage	Milieu de résidence		
	Rural	Urbain	Ensemble
Sexe du Chef de ménage			
Masculin	86,6	76,3	81,4
Féminin	13,4	23,7	18,6
Classe d'âge du CM			
Moins de 20 ans	0,3	0,4	0,3
20 à 24	1,6	2,2	1,9
25 à 29	5,9	4,8	5,4
30 à 34	9,0	10,5	9,7
35 à 39	11,3	10,9	11,1
40 à 44	39,2	37,8	38,5
45 à 49	10,6	8,3	9,5
50 à 54	7,8	6,0	6,9
55 à 59	4,0	3,1	3,6
60 à 64	4,4	6,5	5,4
65 à 69	1,7	3,9	2,8
70 ans et plus	4,0	5,6	4,8
Niveau d'éducation scolaire du Chef de ménage			
Non scolarisé	51,1	34,1	42,6
Primaire	14,1	13,3	13,7
Secondaire	13,3	26,3	19,8
Supérieur	3,4	15,8	9,6
Alphabétisé	1,3	1,5	1,4
Ecole coranique	16,8	9	12,9
Activité principale du Chef de ménage			
Agent du secteur public	3,4	11,5	7,4
Agent du secteur privé	2,2	9,8	6
Commerçant(e)	13,2	24,5	18,8
Agriculteur (trice)	48,8	2,2	25,5
Femme au foyer (ménagère)	4	7	5,5
Artisan/activité libérale	20,7	30,1	25,4
Sans emploi/Chômeur	2,2	4,7	3,4
Retraité	0,9	2,3	1,6
Elève/Étudiant	0,8	0,7	0,7
Autre à préciser	3,9	7,3	5,6
Effectif des CM ayant participé à l'enquête	744	742	1486

En plus des informations sur les chefs de ménages, les informations sur les personnes en charge des enfants, ont également été collectées.

La répartition par sexe des personnes en charge des enfants, montre que dans l'ensemble 58%, étaient les femmes contre 42% d'hommes. L'écart entre les femmes et les hommes est plus important en zone rurale. En milieu rural, 61% des personnes en charge des enfants sont des femmes alors qu'en milieu urbain, cette proportion était de 55%.

Quant à la répartition par âge des personnes en charge des enfants, nous constatons que d'une manière générale, 2% des personnes en charge des enfants, avaient moins de 20 ans au moment de l'enquête. Cette proportion est de 3% en zone rurale et de 1% en zone urbaine. Les proportions les plus importantes, ont été enregistrées entre 20 ans et 39 ans. Cette tranche d'âge représente plus de la

moitié des personnes en charge des enfants ayant été interviewées. La proportion des personnes en charge des enfants ayant l'âge compris entre 20 et 39 ans est de 58% en milieu rural et en milieu urbain.

Pour ce qui est du niveau d'instruction, les personnes n'ayant aucun niveau d'instruction touche encore plus les personnes en charge des enfants que les chefs de ménages. Parmi les premières, dans l'ensemble, plus de la moitié (51%) n'ont aucun niveau d'instruction. Cette proportion est de 61% en milieu rural et de 42% en milieu urbain. Celles qui ont un niveau primaire, sont de 13% en milieu rural et près de 14% en milieu urbain. Comme chez les chefs de ménages, la proportion des personnes en charge des enfants ayant un niveau coranique est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain.

Comme pour les chefs de ménage, les activités pratiquées dépendent du milieu de résidence. En zone rurale et pour les personnes en charge des enfants, l'agriculture représente la première activité exercée (37%) et les femmes au foyer occupe la seconde place (25%). En milieu urbain, les commerçantes occupent la proportion la plus importante (29%) et ensuite les femmes au foyer (28%) et celles qui exercent les activités libérales (28%).

Tableau M.2. : Répartition (en %) des personnes en charge des enfants ayant participé à l'enquête par milieu de résidence selon leurs caractéristiques

Caractéristiques des personnes en charge des enfants	Milieu de résidence		
	Rural	Urbain	Ensemble
Sexe du Chef de ménage			
Masculin	44,9	38,8	41,9
Féminin	55,1	61,2	58,1
Classe d'âge de la personne en charge de l'enfant			
Moins de 20 ans	3,4%	1,3%	2,4%
20 à 24	11,3%	10,3%	10,8%
25 à 29	13,8%	13,7%	13,8%
30 à 34	10,8%	15,3%	13,0%
35 à 39	33,2%	28,5%	30,8%
40 à 44	7,7%	9,1%	8,4%
45 à 49	6,2%	3,9%	5,0%
50 à 54	5,1%	4,7%	4,9%
55 à 59	2,4%	2,6%	2,5%
60 à 64	2,7%	3,9%	3,3%
65 à 69	1,3%	2,4%	1,9%
70 ans et plus	2,2%	4,2%	3,2%
Niveau d'éducation scolaire du Chef de ménage			
Non scolarisé	60,8	42	51,4
Primaire	13,3	13,6	13,5
Secondaire	9,4	25,9	17,6
Supérieur	1,5	12,1	6,8
Alphabétisé	0,9	1,8	1,3
Ecole coranique	14,1	4,6	9,4
Activité principale du Chef de ménage			
Agent du secteur public	1,9	8,9	5,4
Agent du secteur privé	0,9	5,9	3,4
Commerçant(e)	13,8	29,1	21,5
Agriculteur (trice)	36,6	1,8	19,2
Femme au foyer (ménagère)	24,7	22,8	23,8
Artisan/activité libérale	16,9	22,8	19,9
Sans emploi/Chômeur	1,6	1,8	1,7
Retraité	0,5	1,6	1,1
Elève/Étudiant	0,7	1,3	1
Autre à préciser	2,3	4	3,2

Effectif des personnes en charge des enfants	744	742	1486
--	-----	-----	------

8.1.2. ACCES AUX SERVICES DE SANTE

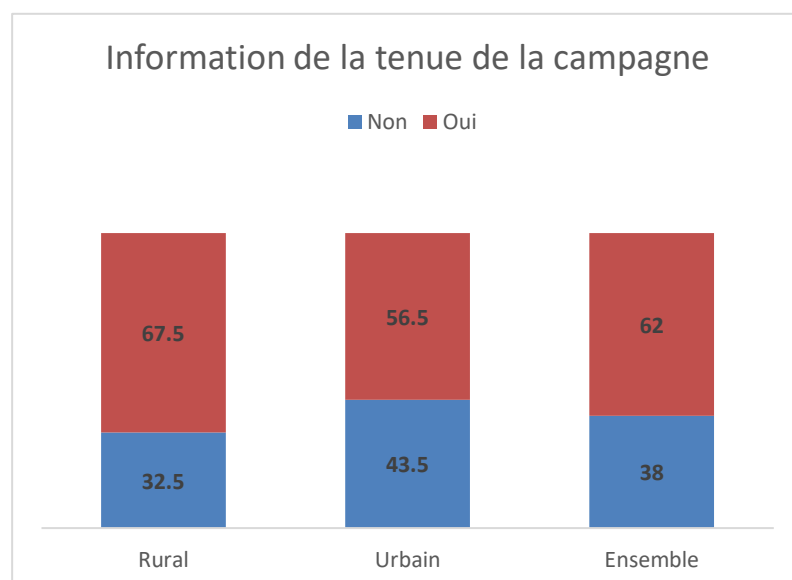
L'accessibilité aux services de santé, a été mesurée à travers le lieu fréquenté par les membres du ménage pour obtenir des soins médicaux. Les résultats montrent que les structures sanitaires sont les lieux les plus fréquentés par les ménages pour bénéficier des soins. Aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain, la quasi-totalité des ménages fréquentent des structures sanitaires pour des soins de santé. Environ 1% fréquente directement les pharmacies, les tradipraticiens, les vendeurs ambulants ou autres pour les soins de santé.

Tableau M.3: Répartition (en %) des enquêtés selon le lieu fréquenté par les membres de ménage pour bénéficier des soins de santé par milieu de résidence.

Lieu fréquenté par les membres du ménage pour des soins	Milieu de résidence		
	Rural	Urbain	Ensemble
Structure sanitaire	98,9	99,2	99,1
Pharmacie	0,0	0,3	0,1
Tradipraticien	0,4	0,3	0,3
Vendeur ambulant	0,3	0,0	0,1
Autre	0,4	0,3	0,3
Effectif des personnes en charge des enfants	744	742	1486

8.1.3. STRATEGIE DE COMMUNICATION DE LA CAMPAGNE

Graphique M.1 : Informer de la tenue de la campagne



Avant la campagne, les dispositions sont souvent prises pour informer la population de la tenue de la campagne. Pour cela, plusieurs canaux de communication et d'information sont utilisés afin d'atteindre toutes les localités et le maximum de personnes. Pendant ces communiqués, l'accent est mis sur la période de la campagne, la nature du produit distribué et la population cible visée.

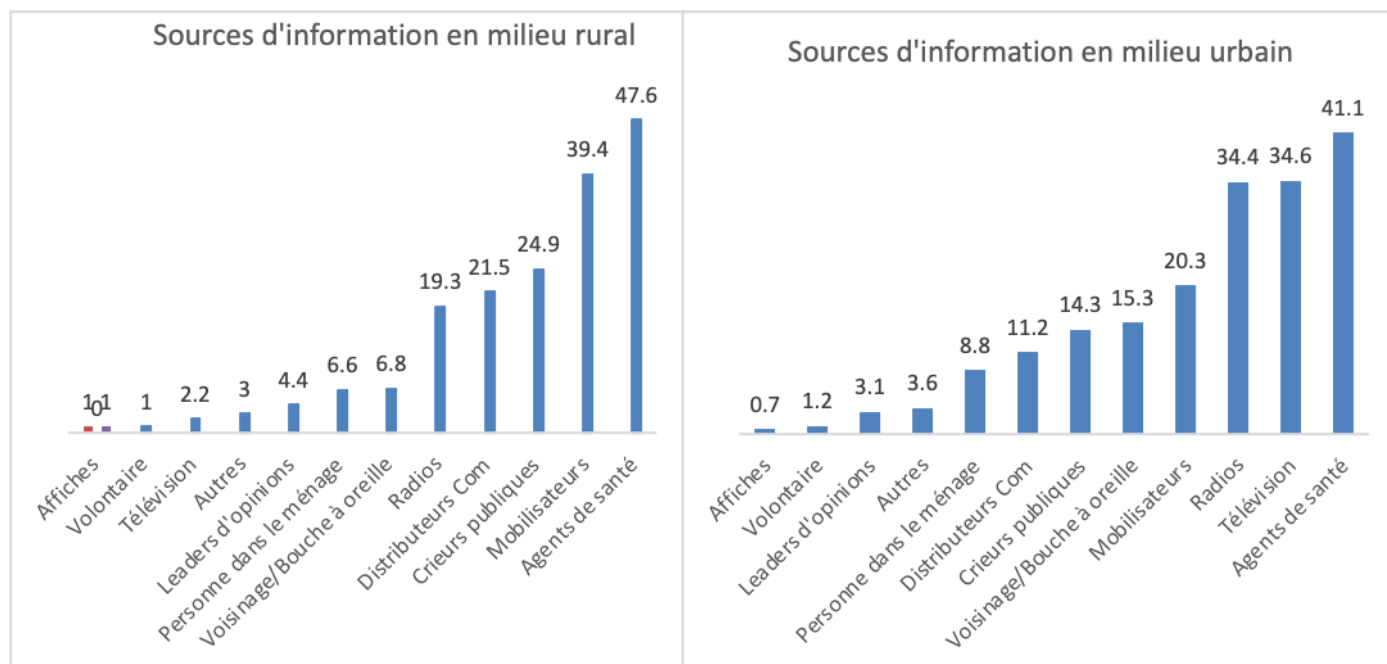
Pour évaluer la proportion de personnes touchées par la stratégie de communication utilisée, la question d'être informée avant la campagne a ainsi été posée aux enquêtés. Selon les résultats de l'analyse de cette question, 62% dans l'ensemble ont confirmé

avoir été informé avant le début de la campagne. Ces proportions sont 68% et 57% respectivement en zone rurale et zone urbaine (voir graphique M1).

Quant aux sources d'information par lesquelles, ces personnes ont entendu parler de la campagne, la première source mentionnée aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, est le personnel de santé. Il a été mentionné par 45% des enquêtés (41% en milieu urbain et 48% en milieu rural).

L'analyse détaillée par milieu de résidence, montre qu'en milieu rural, les mobilisateurs sociaux, crieurs publics, les distributeurs et les radios viennent après le personnel de santé. En milieu urbain, après le personnel de santé, la télévision, la radio et les mobilisateurs constituent les sources les plus importantes (voir graphique M2).

Graphique M.2 : Source d'information par milieu de résidence



Quant à la source d'information sur la vitamine, les personnes en charge des enfants portent plus confiance au personnel de santé et aux agents communautaires dans l'ensemble comme le montre tableau M.4. Par milieu de résidence, la télévision constitue la seconde d'information la plus fiable alors qu'en zone rurale, les agents communautaires représentent la source la plus importante après les agents de santé.

Tableau M.4: Répartition des personnes en charge des enfants (en %) ayant été informés ou non par sources d'information selon le milieu de résidence.

Information sur la tenue de la campagne et sources d'information	Milieu de résidence		
	Rural	Urbain	Ensemble
Quelle source d'information avez-vous le plus confiance en ce qui concerne la santé de vos enfants ?			
Agent communautaire	23,9	5,0	14,5
Agent de santé	58,1	64,4	61,2
Télévision	0,7	14,4	7,5
Radio	7,5	9,8	8,7
Crieur public/Mobilisateur social	8,3	4,0	6,2
Lecture/Recherche	0,0	0,0	0,0
Autre	1,5	2,3	1,9
Effectif des personnes en charge des enfants	744	742	1486

8.1.4. NIVEAU DE CONNAISSANCE DE LA VITAMINE A

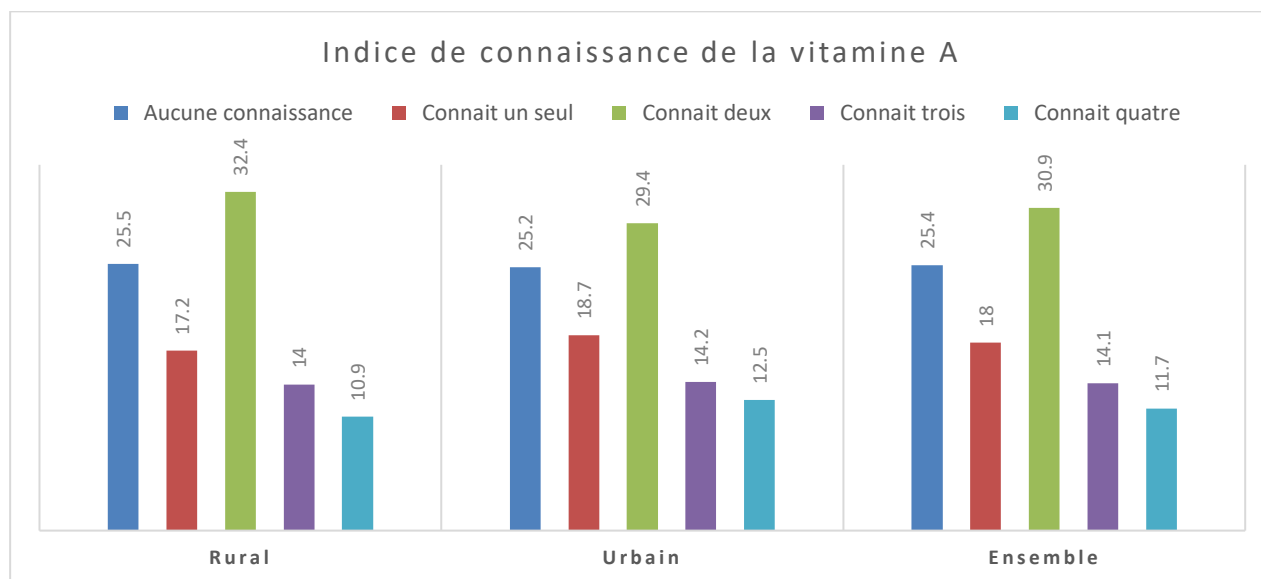
L'engagement des ménages à faire supplémenter leurs enfants, pourrait dépendre de la connaissance qu'ils ont de la vitamine A. Cette connaissance passe par la connaissance du nom du produit administré (Vitamine A) pendant la campagne, l'âge de première prise de ces produits, la fréquence de la supplémentation de la vitamine A par an et son importance. C'est pourquoi, un indice de

connaissance de la vitamine A, a été calculé. Cet indicateur, tient compte de plusieurs indicateurs liés à la vitamine A.

Selon cet indice, en milieu rural, en milieu urbain comme dans l'ensemble, une personne sur quatre (1/4) des personnes en charge des enfants n'ont aucune connaissance de la vitamine A.

Malgré que 25% des personnes en charge des enfants soient sans aucune connaissance de la vitamine A aussi bien en milieu urbain que rural, ce produit est mieux connu en zone urbaine car près de 13% des personnes en charge des enfants, ont une bonne connaissance de la vitamine A. Cette proportion est de 11% en zone rurale (voir graphique M3.).

Graphique M.3: Indice de connaissance de la vitamine A par milieu de résidence et pour l'ensemble



8.1.5. PERCEPTION SUR LA CAMPAGNE ET LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A.

En plus de la connaissance du produit administré pendant les campagnes de distribution, la perception que se fait la population sur la campagne et le produit distribué, peuvent avoir un impact important sur le taux de couverture. C'est pourquoi ces deux questions ont été posées aux personnes en charge de l'enfant. Quant à la campagne de supplémentation de la vitamine A, dans l'ensemble près de 88% des personnes en charge des enfants pensent que la campagne est bonne ou très bonne (Tableau M5).

L'analyse par milieu de résidence montre que la campagne est largement appréciée quel que soit le milieu de résidence considéré. Selon le test de Khi2 effectué au seuil de 5%, la différence en termes d'appréciation observée entre ces deux milieux, n'est pas significative ($P=0,080$).

Par ailleurs, la seconde phase de l'évaluation de la perception concerne la vitamine A elle-même. Selon les résultats des analyses, près de 87% des personnes en charge des enfants pensent que la vitamine A est bonne ou très bonne. Ces proportions sont respectivement 86% et 87% pour le milieu urbain et le milieu rural. Mais il est important de mentionner qu'une proportion non négligeable des personnes en charge des enfants ne sont pas prononcées. Elle est de 10% pour l'ensemble et pour le milieu urbain

et de 11% pour le milieu rural. A ce niveau également, la différence observée entre les deux milieux de résidence n'est pas significative au seuil de 5% (P=0,038).

Tableau M.5: Répartition des personnes en charge des enfants (en %) par perception sur la campagne et sur la vitamine A selon le milieu de résidence.

Perceptions sur la campagne et la supplémentation en vitamine A	Milieu de résidence		
	Rural	Urbain	Ensemble
Que pensez-vous des campagnes de distribution souvent organisées par le Gouvernement et ses partenaires ?			
Très bonne	35,5	30,5	33,0
Bonne	53,0	56,1	54,5
Acceptable	1,6	3,5	2,6
Neutre	9,4	9,2	9,3
Pas bonne	0,5	0,7	0,6
Pas du tout bonne	0,0	0,1	0,1
Que pensez-vous de la campagne de supplémentation de la vitamine A en particulier ?			
Très bonne	37,5	33,8	35,7
Bonne	49,9	52,6	51,2
Acceptable	1,2	3,4	2,3
Neutre	11,0	9,7	10,4
Pas bonne	0,3	0,5	0,4
Pas du tout bonne	0,1	0,0	0,1
Effectif des personnes en charge des enfants enquêtées.	744	742	1486

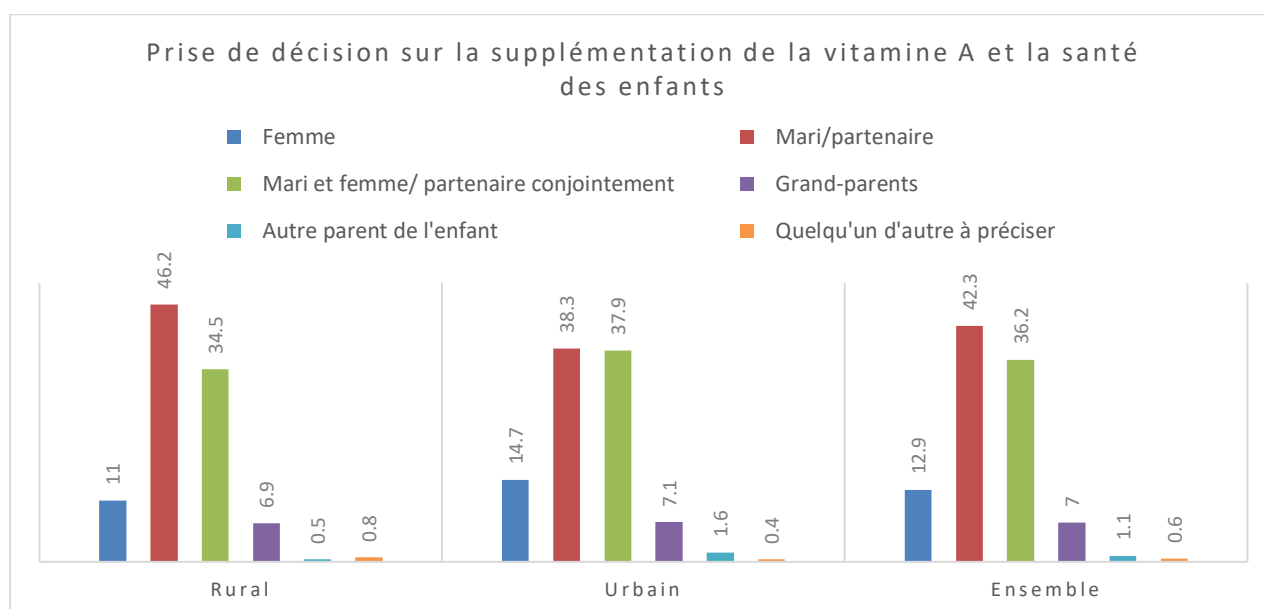
8.1.6. DECISION DE FAIRE BENEFICIER D'UN ENFANT DE LA SVA.

La décision de faire bénéficier d'un enfant de la vitamine A peut se situer à plusieurs niveaux. Elle peut être influencée par les parents directs, les voisins ou autres personnes d'une part et d'autre part la prise en compte de l'avis de l'épouse après la prise de décision du mari.

8.1.6.1. Personne qui prend la décision pour la supplémentation des enfants en vitamine A

La prise de décision aussi bien pour la santé des enfants que pour autres aspects de la vie, la décision est souvent prise par le mari ou le partenaire comme le montrent les résultats du tableau ci-dessous. Selon du graphique M.4, environ 42% des personnes en charge des enfants ont confirmé que c'est le mari ou le partenaire qui prend la décision et 36% ont confirmé que la décision est conjointement prise avec le mari ou le partenaire. C'est seulement 13% des personnes en charge des enfants qui ont affirmé que c'est la femme qui prend la décision de faire supplémenter l'enfant en vitamine A. Cette proportion est 7% pour celles qui ont affirmé que ce sont les grands-parents qui prennent la décision. L'analyse par milieu de résidence montre que la prise de décision exclusivement réservée au mari ou partenaire est plus accentuée en milieu rural (46% contre 38% en zone urbaine). En revanche, la dialogue entre couple ou la prise de décision par la femme est plus accentuée en milieu urbain.

Graphique M.4 Répartition des personnes en charge des enfants par niveau de prise de décision sur la supplémentation de la vitamine A et la santé des enfants.



8.1.6.2. Avis de l'épouse après la prise de décision du mari

Prendre la décision sur la supplémentation de la vitamine A et la santé des enfants est une chose mais donner son avis après la prise de décision par son époux, montre la collaboration entre le mari et sa femme sur la santé des enfants.

Les résultats du graphique M.5, montrent que dans l'ensemble, près de 76% des personnes en charge des enfants ont confirmé pouvoir donner leur avis après la prise de décision du mari. Cette proportion est de 78% en milieu urbain et de 74% en milieu rural.

Graphique M.5 : Prise en compte de l'avis de la femme après la décision du mari

Prise en compte de l'avis de la femme après la décision du mari

■ Non, je ne peux pas donner mon avis sur la décision prise ■ Oui, je peux donner mon avis sur la décision prise
■ Ne sais pas/Pas de répondu

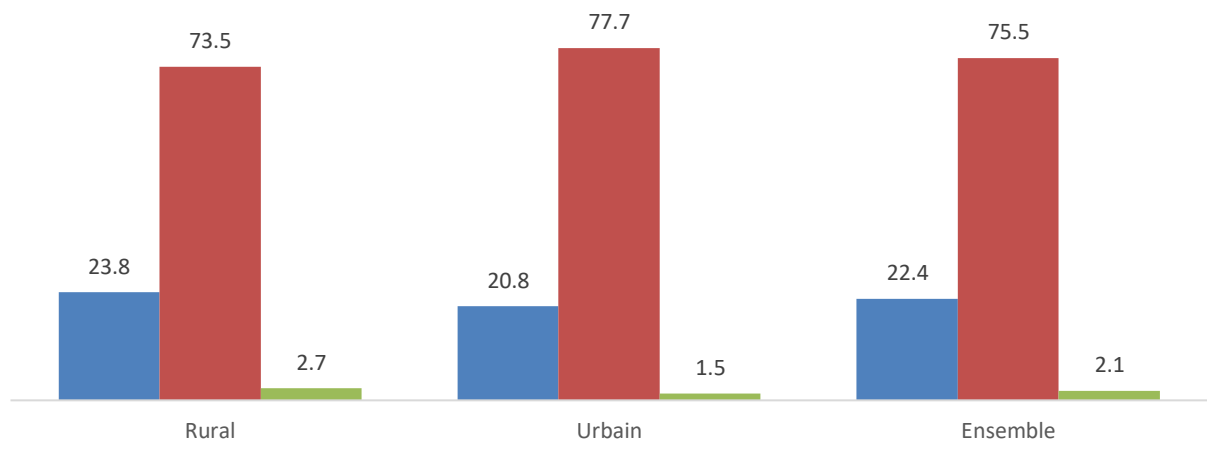


Tableau M.6 : Répartition des personnes en charge des enfants (en %) par niveau de prise de décision sur supplémentation de la vitamine A et la santé des enfants selon le milieu de résidence.

Prise de décision sur la supplémentation de la vitamine A et la santé des enfants	Milieu de résidence		
	Rural	Urbain	Ensemble
Qui prend habituellement la décision de faire bénéficier ou non votre enfant de la SVA ?			
Femme	11,0	14,7	12,9
Mari/partenaire	46,2	38,3	42,3
Mari et femme/ partenaire conjointement	34,5	37,9	36,2
Grand-parents	6,9	7,1	7,0
Autre parent de l'enfant	0,5	1,6	1,1
Quelqu'un d'autre à préciser	0,8	0,4	0,6
Lorsque votre mari/partenaire/quelqu'un d'autre prend la décision de faire bénéficier ou non votre enfant de la SVA, êtes-vous en mesure de donner votre avis sur la décision prise ?			
Non, je ne peux pas donner mon avis sur la décision prise	23,8	20,8	22,4
Oui, je peux donner mon avis sur la décision prise	73,5	77,7	75,5
Ne sais pas/Pas de répondu	2,7	1,5	2,1
Qui décide de la santé des enfants			
Epoux	59,3	50,8	55,0
Epouse	4,0	7,1	5,6
Les deux	29,2	33,3	31,2
Grand-parents	6,2	7,0	6,6
Autre parent du mari	0,1	0,8	0,5
Autre parent de la femme	0,3	0,5	0,4
Autre	0,9	0,4	0,7

8.1.7. QUALITE DES ACTIVITES D'ADMINISTRATION DE LA VITAMINE A.

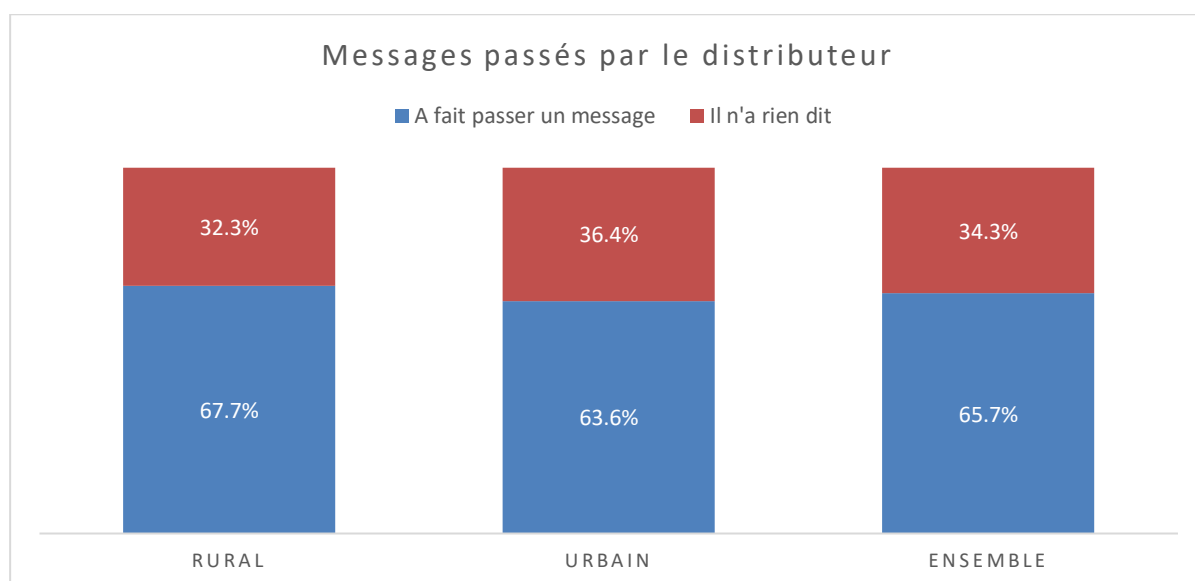
La qualité de la campagne de supplémentation de la vitamine A, a été mesurée à travers les messages de sensibilisation et d'information sur les bienfaits de la vitamine A et des services supplémentaires offerts pendant la campagne.

8.1.7.1. Messages véhiculés par le distributeur pendant la supplémentation.

Pour cette campagne, près de 66% des personnes en charge des enfants, ont affirmé avoir reçu un message des distributeurs concernant la supplémentation pendant la campagne contre 34% qui ont affirmé n'avoir reçu aucun message. La proportion des personnes en charge des enfants ayant affirmé avoir reçu un message des distributeurs, est de 64% en milieu urbain et de 68% en milieu rural.

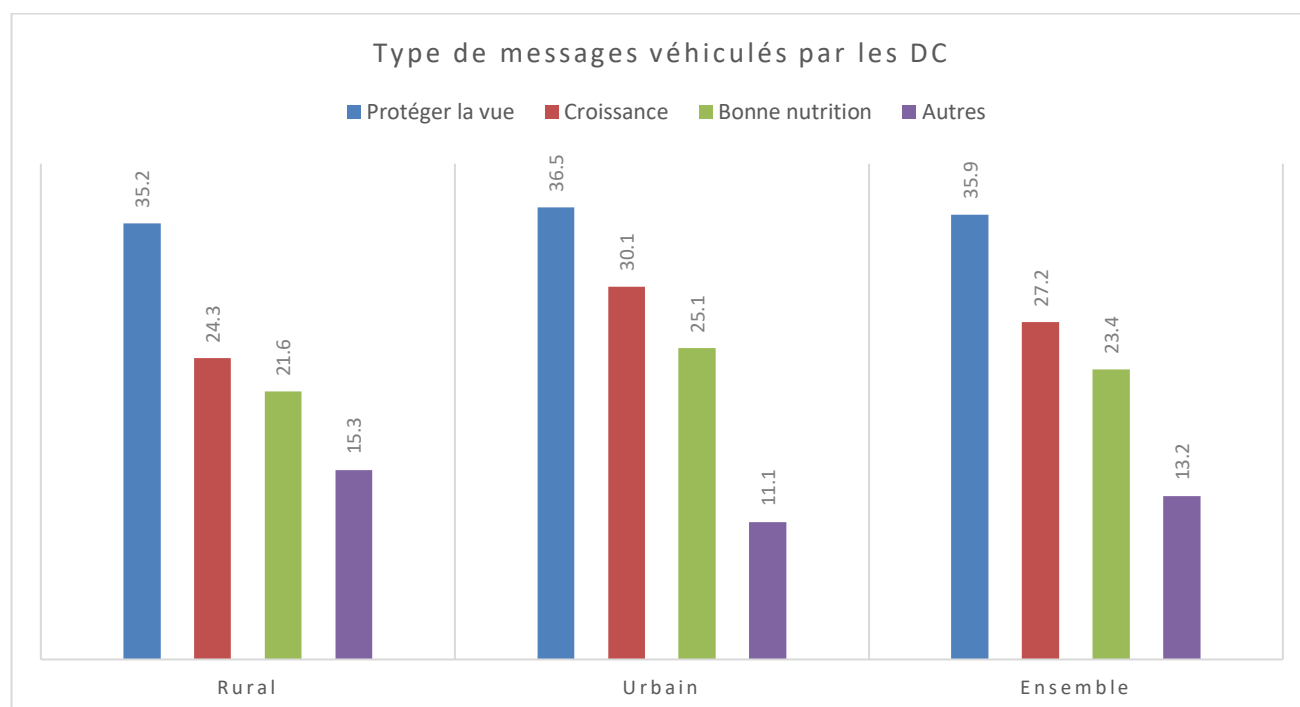
Les distributeurs communautaires font partie des sources d'information les plus citées aussi bien en milieu rural qu'urbain. Mais spécifiquement, ils constituent la deuxième source la plus crédible en milieu rural. Leur message véhiculé peut ainsi avoir un impact important sur l'engagement des ménages à faire supplémer leurs enfants mais aussi à aller dans les structures sanitaires pour bénéficier des autres services offerts par la santé.

Graphique M.6 : Répartition des distributeurs ayant véhiculé ou non un message sur les services de santé pendant la campagne



Concernant la nature des messages passés, selon les personnes enquêtées, la protection de la vue est le message le plus véhiculé quel que soit le milieu de résidence. Elle a été mentionnée par près de 36% des enquêtés dans l'ensemble. La croissance et la bonne nutrition ont été également évoquées respectivement par 27% et 23% des personnes en charge des enfants ayant été enquêtées.

Graphique M.7 : Répartition des distributeurs par type de messages véhiculés pendant la campagne



PARTIE 2 : ANALYSE DES DONNEES SUR LES ENFANTS

Cette rubrique concerne les enfants de 6 à 59 mois. Elle traite les caractéristiques de ces enfants, leur supplémentation en vitamine A, le lieu de supplémentation, les raisons de non suppléments pour les ceux qui n'ont pas été supplémentés, leur enregistrement à l'état civil.

8.2.1. Caractéristiques des enfants enquêtés

Comme pour les ménages, la connaissance des caractéristiques des enfants enquêtés, permet de les classer selon le sexe, leur classe d'âge et leur lien de parenté avec le répondant.

8.2.1.1. Nombre moyen d'enfants enquêtés par ménage

Dans l'ensemble 1486 ménages ont répondu aux questions dont 744 en milieu rural et 742 en milieu urbain. Dans l'ensemble, 2448 enfants ont été touchés dont 1263 enfants en milieu rural et 1185 enfants en milieu urbain. En moyenne, dans la zone rurale 1,69 enfants et dans la zone urbaine 1,59 enfants, ont été enquêtés par ménage éligible.

8.2.1.1. Lien de parenté, sexe et classe d'âge des enfants

Pour tenir compte de la relation entre l'enfant et la personne qui s'occupe de lui. Selon les résultats des analyses, près de 57% des personnes interviewées, étaient la mère biologique et 14% étaient le père biologique de l'enfant enquêté. Quel que soit le milieu de résidence, la proportion est mère est plus élevée. Elle est de 55% en milieu rural et de 58% en milieu urbain.

Dans l'ensemble l'analyse par sexe des enfants enquêtés montre que près de 53% étaient des garçons contre 47% de filles. Quel que soit le milieu de résidence, la proportion des garçons est plus élevée que celle des filles.

La répartition des enfants enquêtés par classe a révélé que plus d'enfants de 12 à 59 mois aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain, ont été enquêtés. Leur proportion est de 91% contre 9% d'enfants de 6 à 11 mois dans l'ensemble.

Tableau E.1: Répartition des enfants (en %) par caractéristique selon le milieu de résidence.

Caractéristiques des enfants	Milieu de résidence		
	Rural	Urbain	Ensemble
Lien de parenté entre la personne interviewée et l'enfant			
Père	19,1	8,9	14,2
Mère	54,9	58,3	56,5
Oncle	2,2	1,3	1,8
Tante	6,4	9,4	7,8
Tuteur	0,0	0,5	0,2
Tutrice	0,2	0,6	0,4
Grand-père	4,3	4,5	4,4
Grand-Mère	9,9	13,9	11,8
Autre	3,0	2,6	2,8
Sexe de l'enfant			
Masculin	54,0	51,1	52,6
Féminin	46,0	48,9	47,4
Classe d'âge de l'enfant			
6 à 11 mois	9,9	9,0	9,5
12 à 59 mois	90,1	91,0	90,5
Total enquêtés	1263	1185	2448

8.2.1.2. Connaissance de la date de naissance de l'enfant et la source d'information

La dose de la vitamine A, dépend de l'âge de l'enfant. C'est pourquoi, la question sur la connaissance de la date de naissance des enfants et sa source de vérification, ont été posées pour chaque enfant à la personne qui s'occupe de lui.

Selon les analyses de cette question, dans l'ensemble 33% des personnes, connaissent la date de naissance réelle leur enfant contre 77% des mères ou gardiens d'enfants, qui ont affirmé ne pas connaître la date de naissance de leur enfant.

Pour vérifier la date de naissance de l'enfant, la source la plus utilisée, est la déclaration des parents. Malgré que pendant la campagne, l'enregistrement des enfants à l'état civil était une activité à part entière, l'utilisation de l'acte de naissance comme source d'information reste encore faible. Dans l'ensemble 23% des personnes en charge de l'enfant ont présenté leur extrait ou l'acte de naissance de l'enfant. En milieu rural, cette proportion était de 17% et de 26% en milieu urbain. Par contre les carnets de santé ont été plus utilisés en milieu rural qu'en milieu urbain comme source de vérification de la date de naissance de l'enfant.

À défaut des documents attestant la date de naissance de l'enfant, les déclarations des parents de l'enfant étaient prises en compte.

Tableau E.2 : Répartition des personnes en charge des enfants (en %) connaissant ou non la date de naissance de l'enfant par source d'information selon le milieu de résidence.

Connaissance de la date de naissance de l'enfant et source d'information		Milieu de résidence		
		Rural	Urbain	Ensemble
Connaissiez-vous la date de naissance de l'enfant	Non	73,8	60,3	67,2
	Oui	26,2	39,7	32,8
Total enfants enquêtés		1263	1185	2448
Source d'information de la date de naissance	Carnet de santé	21,1	14,0	17,0
	Acte de naissance	17,2	26,3	22,6
	Calendrier des événements	0,6	0,6	0,6
	Déclaration des Parents de l'enfant	61,0	58,6	59,6
	Cahier de village	0,0	0,0	0,0
	Autre à préciser	0,0	0,4	0,2
Total enfants enquêtés dont les parents connaissent leur date de naissance		331	471	802

8.2.2. Couverture en vitamine A.

Pour la campagne de supplémentation de la vitamine A, l'objectif principal reste la supplémentation de tous les enfants de 6 à 59 mois en vitamine A. C'est pourquoi, les activités de planification sont effectuées.

Après la campagne, une enquête d'évaluation indépendante de la couverture est organisée pour estimer le taux de couverture par rapport à l'objectif visé par la campagne. Il s'agit de déterminer le nombre d'enfants ayant reçu la vitamine A pendant la campagne par rapport au nombre d'enfants soumis à l'évaluation.

8.2.2.1. Couverture en vitamine A selon le milieu de résidence.

Selon les résultats des analyses, la couverture de la supplémentation en vitamine A pour l'ensemble est de 85%. Cette couverture pourrait varier entre 84% et 87% obtenue à partir d'intervalle de confiance calculer au seuil de 95%.

Par milieu de résidence, la couverture la plus élevée a été enregistrée en zone rurale. Elle est de 88%. La couverture réelle pourrait se situer entre 87% et 90%. En zone urbaine, la couverture enregistrée est de 82% qui pourrait aussi varier entre 80% et 85%.

Il faut ajouter que dans l'ensemble 2% des enquêtés ne savent pas si l'enfant avait reçu ou non la vitamine A. Cette proportion de NSP est plus élevée en zone urbaine (2%) et plus faible en zone rurale (1%). La différence de couverture en supplémentation en vitamine A, observée entre le milieu rural et le milieu urbain est bien significativement au seuil de 5% ($P=0,000$) selon le test de khi-deux effectué.

Tableau E.3 : Répartition par couverture de la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois selon le milieu de résidence.

Milieu de résidence	Enfant supplémenté	%	Intervalle de confiance à 95 %	
			Inférieur	Supérieur
Rural	Non	10,6	9,1	12,4
	Oui	88,3	86,5	89,9
	NSP	1,1	0,6	1,7
	Total enfant enquêtés		1263	
Urbain	Non	15,7	13,5	17,8
	Oui	82,3	80,2	84,6
	NSP	2,0	1,2	2,9
	Total enfant enquêtés		1185	
Ensemble	Non	13,1	11,7	14,5
	Oui	85,4	83,9	86,8
	NSP	1,6	1,1	2,0
	Total enfant enquêtés		2448	

8.2.2.2. Lieu d'administration de la vitamine A

Comme mentionné pendant la planification et la formation des agents distributeurs, la stratégie porte à porte a été celle qui avait été adoptée.

La question sur le lieu de supplémentation de la vitamine A, n'a été posée qu'aux personnes en charge des enfants ayant affirmé que l'enfant avait été supplémenté.

Comme recommandé pendant la campagne, les résultats de l'analyse de la question sur le lieu de supplémentation montrent que dans l'ensemble 91% des enfants avaient été supplémentés. La proportion la plus élevée d'enfants supplémentés à leur domicile a été enregistrée en zone urbaine. Dans cette zone, 94% des enfants supplémentés, l'ont été à leur domicile. Cette proportion est de 88% en zone rurale. Dans cette dernière, les autres enfants supplémentés l'ont été soit au domicile du DC(2%), soit au centre de santé (4%) ou encore à l'école, dans la cour d'un lieu de culte (2%).

Ces proportions élevées des enquêtés ayant affirmé que les enfants ont été supplémentés à domicile, montrent le respect de la **stratégie porte à porte** qui avait été recommandée bien que d'autres enfants avaient été supplémentés, en dehors de leur domicile.

8.2.2.3. Raison de non supplémentation de la vitamine A à l'enfant.

La question sur la non supplémentation de l'enfant en vitamine A, n'a été posée qu'aux personnes en charge des enfants ayant confirmé que l'enfant n'avait été supplémenté.

Pour les enfants n'ayant pas pris les produits, plusieurs raisons ont été évoquées. Parmi ces raisons, la principale aussi bien en zone rurale qu'urbaine, était **le manque de couverture géographique totale (les agents distributeurs ne sont pas passés) de toutes les localités (villages, quartiers, secteurs)**. Ce manque de couverture géographique totale, prive ainsi les enfants qui vivent dans les localités non touchées, de bénéficier des services fournis pendant la campagne (Supplémentation de la vitamine A, le dépistage de la malnutrition, l'enregistrement des naissances).

Dans l'ensemble, 63% des personnes en charge des enfants ont mentionné que les DC ne sont pas passés dans leur localité. L'absence de l'enfant à la maison (19%) pendant le passage des distributeurs communautaires, est la deuxième raison la plus mentionnée suivie du manque d'information sur la tenue de la campagne.

Quant au refus de faire supplémenter l'enfant, a été rapporté par 3% des enquêtés. Il est plus important en zone urbaine (4%) qu'en zone rurale (2%).

Les analyses détaillées montrent que la tendance constatée au niveau global est également celle constatée aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain comme le montre le graphique E.1.

En tenant compte des raisons citées, le taux de couverture pourrait être amélioré en prenant des mesures contre par exemple le manque de couverture géographique totale, l'absence des enfants à domicile pendant le passage des DC et en accentuant d'avantage les campagnes d'information avant la tenue de la campagne.

Graphique E.1. : Raisons de non supplémentation de la vitamine A aux enfants.

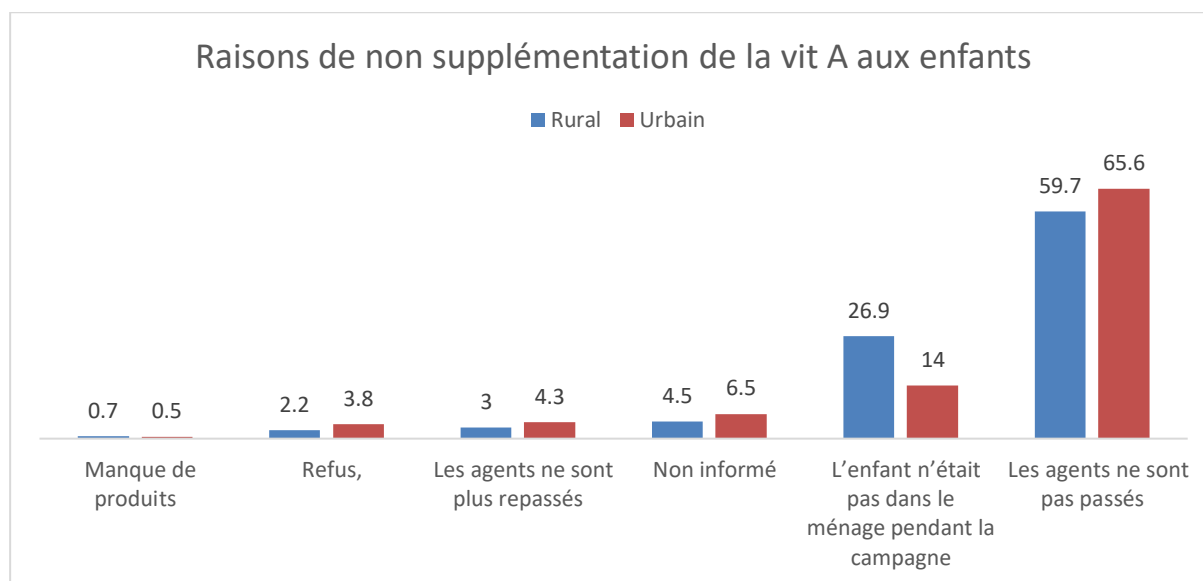


Tableau E.4. : Répartition des personnes en charge des enfants par lieu de supplémentation et raisons de non supplémentation selon le milieu de résidence.

Supplémentation de la vitamine A	Milieu de résidence		Ensemble
	Rural	Urbain	
Lieu de supplémentation en vitamine A			
Ici à la maison	88,4	94,1	91,1
Au domicile du DC	2,3	0,2	1,3
Centre de santé du village	4,1	1,9	3,1
Au centre de santé hors du village	0,4	0,1	0,3
Ecole/Mosque/Eglise	0,2	1,8	1,0
Rue/marché	0,9	0,8	0,9
Autre endroit au village/quartier	2,2	0,5	1,4
Autre endroit hors du village	0,4	0,1	0,2
Autre, préciser	1,0	0,4	0,7
Total enfants supplémentés	1115	975	2090
Raison de non supplémentation en vitamine A			
L'enfant n'était pas dans le ménage pendant la campagne	26,9	14,0	19,4
Les agents ne sont pas passés	59,7	65,6	63,1
Les agents ne sont plus repassés	3,0	5,4	4,4
Non informé	4,5	6,5	5,6
L'enfant était malade	0,0	0,0	0,0
Refus,	2,2	3,8	3,1
Manque de produits	0,7	0,0	0,3
Ne sait pas/ne se rappelle plus	0,0	0,5	0,3
Autre, préciser	3,0	4,3	3,8
Total enfants non supplémentés	134	186	320

8.2.3. Couverture en supplémentation de la vitamine A et les caractéristiques de l'enfant.

La couverture selon les informations liées à l'enfant, permet de connaître la catégorie d'enfants plus supplémentés. C'est pourquoi, la couverture a été calculée selon la classe d'âge de l'enfant, son lien de parenté avec le répondant, la possession de son extrait de naissance.

Selon la classe d'âge, près de 86% des enfants âgés de 12 à 59 mois, ont été supplémentés. Cette proportion est de 85% pour les enfants de 6 à 11 mois. Mais le test de significativité effectué au seuil

de 5%, montre que la différence en termes de couverture observée entre ces deux classes d'âge n'est pas significative (P=0,726).

L'analyse par sexe de l'enfant également montre que même si la couverture est plus élevée chez les filles (86%) que chez les garçons (85%), cette différence n'est pas significative (P=0,714).

Le lien de parenté détermine la relation entre l'enfant et le répondant. Il peut avoir un impact sur le suivi de l'enfant. C'est pourquoi le lien de parenté a été croisé avec la supplémentation de la vitamine A pendant la campagne passée. Selon les résultats des analyses de ce croisement, la couverture la plus élevée a été enregistrée auprès des enfants qui sont avec leurs parents biologiques (Père ou mère). Parmi ces enfants 87% avaient été supplémentés et la couverture la plus faible, a été observée parmi les enfants qui vivent chez un autre parent. Leur couverture est de 82%.

Le niveau différent de couverture observé entre ces enfants, est bien significatif au seuil de 5% (p=0,005).

Une autre forme de suivi de l'enfant est son enregistrement auprès des services de l'état civil. D'ailleurs les couvertures les plus élevées ont été enregistrées auprès des enfants ayant un extrait ou acte de naissance (88% pour ceux dont l'extrait a été vu et 86% pour ceux dont l'extrait existe mais n'avait pas été présenté aux enquêteurs). La couverture observée auprès des enfants non enregistrés à l'état civil était de 85%. La différence de couverture observée entre ces différentes classes des enfants est bien significative au seuil de 5% (p=0,003).

Tableau E.5 : Répartition des enfants (en %) par caractéristiques sociodémographiques selon la couverture de la supplémentation en vitamine A.

Caractéristiques de l'enfant	Couverture de la supplémentation en vitamine A			Nombre total d'enfants
	Non	Oui	NSP	
Classe d'âge de l'enfant				
6 à 11 mois	13,4	84,5	2,2	232
12 à 59 mois	13,0	85,5	1,5	2216
Sexe de l'enfant				
Masculin	13,4	84,9	1,7	1287
Féminin	12,7	85,9	1,4	1161
Lien de parenté entre le répondant et l'enfant				
Parenté biologique	11,4	86,8	1,7	1731
Autres parents	17,1	81,8	1,1	632
Sans lien avec l'enfant	16,5	82,4	1,2	85
Possession d'un extrait ou acte de naissance				
Oui, vu	11,4	87,8	0,8	123
Oui pas vu	12,5	86,3	1,2	1582
Non, pas de certificat ou d'acte de naissance	13,6	84,6	1,8	611
Ne sait pas	18,9	75,8	5,3	132

8.2.4. Couverture en supplémentation de la vitamine A des enfants et information sur la tenue de la campagne

Le fait d'être informé de la tenue de la campagne et sa période, permet aux personnes en charge des enfants de se planifier afin de faire bénéficier aux enfants les services rendus pendant la campagne car il semble avoir une influence significative au seuil de 5% sur la couverture de la supplémentation (p=0,000). Selon le tableau E.6, dans l'ensemble près de 96% des enfants des enquêtés informés de la tenue de la campagne, ont été supplémentés. Cette proportion est de 67% pour les enfants dont les parents n'avaient pas été informés de la tenue de la campagne.

La proportion des enfants supplémentés dont les parents avaient été informés de la tenue de la campagne est de 97% en milieu rural et de 94% en milieu urbain comme l'indique le tableau E.6.

Tableau E.6 : Répartition des personnes en charge des enfants (en %) ayant été informé de la tenue de la campagne ou non par milieu de résidence selon la couverture de la supplémentation en vitamine A.

Milieu de résidence	Avoir été informé de la tenue de la campagne	Couverture de la supplémentation en vitamine A			Total
		Non	Oui	NSP	
Rural	Non	30,4	66,5	3,1	355
	Oui	2,9	96,8	0,3	908
Urbain	Non	29,7	66,9	3,4	505
	Oui	5,3	93,7	1,0	680
Total	Non	30,0	66,7	3,3	860
	Oui	3,9	95,5	0,6	1588

8.2.5. Couverture en supplémentation de la vitamine A et les caractéristiques de la personne en charge de l'enfant

La connaissance des facteurs ayant empêché les personnes en charge des enfants de supplémenter les enfants, peut permettre de les éviter pour les campagnes futures. Pour les analyses, nous n'avons tenu compte des caractéristiques de la personne en charge de l'enfant car elles semblent avoir plus d'influence sur la vie de l'enfant.

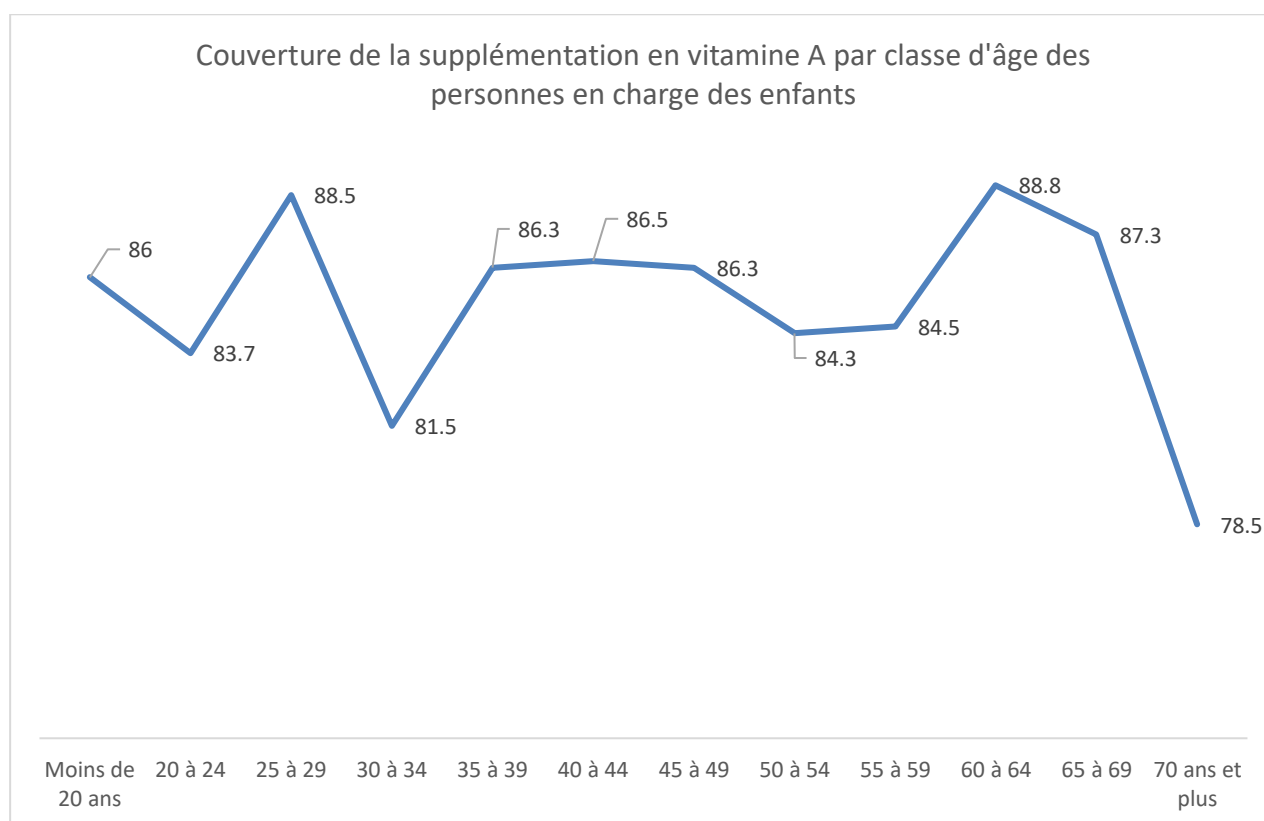
8.2.5.1. Couverture en supplémentation de la vitamine A des enfants et sexe de la personne en charge de l'enfant

Comme nous pouvons le constater à travers le tableau E.7 en annexe, les enfants suivis par un homme ont été plus supplémentés en vitamine A (86%) que ceux suivis par les femmes (85%). Mais le fait d'interviewer un homme ou une femme sur la supplémentation de l'enfant en vitamine A ou son, ne semble pas avoir une influence significative au seuil de 5% ($p=0,676$).

8.2.5.2. Couverture en supplémentation de la vitamine A des enfants et classe d'âge de la personne en charge de l'enfant

Par ailleurs, prendre soin d'un enfant est une pratique qui s'acquiert avec le temps qui pourrait être lié à l'âge de la personne qui s'occupe des enfants. Mais cette expérience ne signifie pas que les enfants auront les meilleures couvertures. Selon le graphique ci-dessous, les couvertures sont métissées et ne suivent pas une allure régulière. La couverture observée auprès des enfants des personnes en charge des enfants, ayant moins de 20 ans est de 86%. Elle est de 84% pour les enfants de celles qui ont l'âge compris entre 20 et 24 ans. Mais la couverture la plus élevée, a été observées auprès des enfants dont les personnes en charge d'eux ont l'âge compris entre 25 et 30 ans et 60 et 64 ans. Cette couverture est de 89%. Ces couvertures sont bien significativement différentes selon les classes d'âge des personnes en charge des enfants ($p=0,008$).

Graphique. E.2. Couverture de la supplémentation en vitamine A par classe d'âge des personnes en charge des enfants.

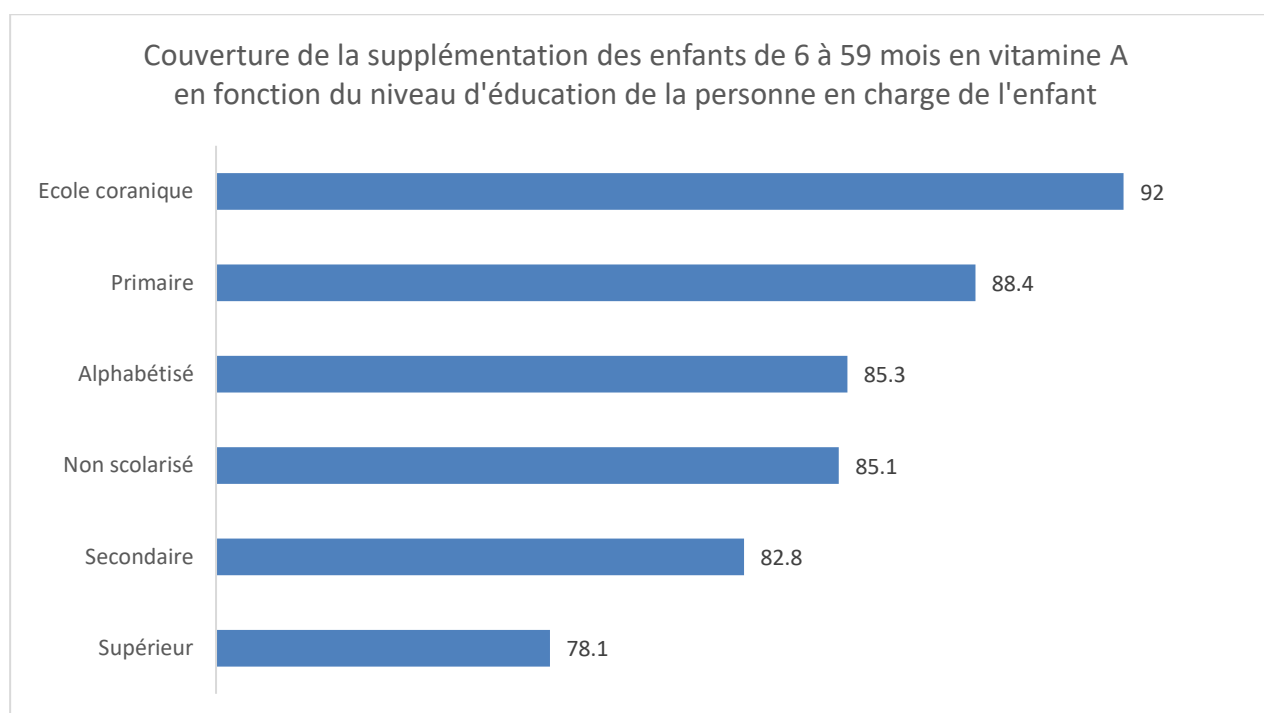


8.2.5.3. Couverture en supplémentation de la vitamine A des enfants et niveau d'instruction de la personne en charge de l'enfant

Lire et comprendre l'importance d'un produit, passe par le niveau d'instruction. L'analyse du niveau d'instruction surtout de la personne en charge de l'enfant, peut constituer un facteur motivateur pour la supplémentation en vitamine A est enfant car elle peut avoir accès à l'information sur la vitamine A à travers différents canaux surtout l'internet. Mais le niveau d'instruction à lui seul ne suffit pas pour être motivé à faire supplémenter l'enfant comme le montre d'ailleurs, les résultats des analyses du graphique E.3.

Selon ces résultats, 92% et 88% enfants des personnes en charge des enfants ayant respectivement fréquenté les écoles coraniques, ayant un niveau d'instruction primaire ont été supplémentés. Ces proportions constituent les plus importantes. Les plus faibles ont été enregistrées parmi les enfants des personnes en charge des enfants ayant le niveau secondaire ou supérieur. Selon les résultats du test de significativité (test de Khi-2), la différence en termes de couverture de la supplémentation observée entre les enfants des différentes catégories de niveau d'instruction des personnes en charge des enfants, est bien significative au seuil de 5% ($p=0,002$).

Graphique E.3 : Couverture de la supplémentation des enfants de 6 à 59 mois en vitamine A en fonction du niveau d'éducation de la personne en charge de l'enfant



8.2.5.4. Couverture en supplémentation de la vitamine A des enfants et activité économique de la personne en charge de l'enfant

L'activité économique de la personne en charge de l'enfant, ne semble pas avoir un impact significatif sur la supplémentation de la vitamine A des enfants de 6 à 59 mois au seuil de 5% ($p=0,12$). Mais il est important de mentionner que les couvertures les plus élevées ont été enregistrées auprès des enfants dont les personnes qui s'occupent d'eux sont des étudiants (95%) ou qui sont à la retraite (90%). La couverture la plus faible a été enregistrée parmi les enfants des personnes en charge des enfants qui sont sans emploi ou qui travaillent dans le secteur privé. Elle est 78% pour chacune de ces catégories (tableau E.6 en annexe).

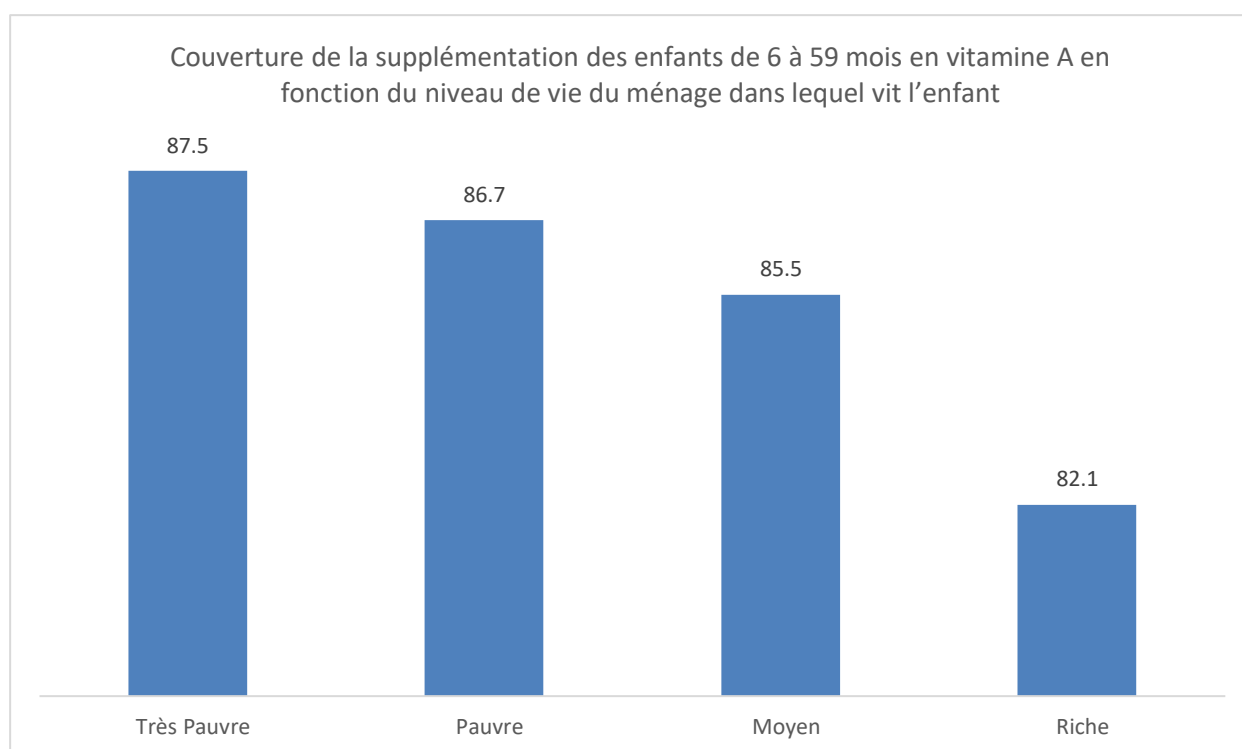
8.2.5.5. Couverture en supplémentation de la vitamine A des enfants et niveau de vie du ménage de la personne en charge de l'enfant

Pour rappel, le niveau de vie du ménage a été calculé à partir des biens qu'il possède et son confort de vie. Dans l'ensemble, plus le niveau de vie du ménage s'améliore, plus la couverture baisse à cause certainement des difficultés d'accès aux enfants.

Selon le graphique E.4, près de 88% des enfants cibles de la campagne vivant dans les ménages pauvres, ont été supplémentés. Leur proportion est de 87% dans les ménages pauvres, 86% dans les ménages moyen et 82% dans les ménages riches.

Selon le test de khi-deux, la relation entre les couvertures de la supplémentation de la vitamine A semble être significativement liée au niveau de vie du ménage, au seuil de 5%, en tenant compte de la valeur du test de khi-deux ($p=0,011$).

Graphique E.4 : Couverture de la supplémentation des enfants de 6 à 59 mois en vitamine A en fonction du niveau de vie du ménage dans lequel vit l'enfant.

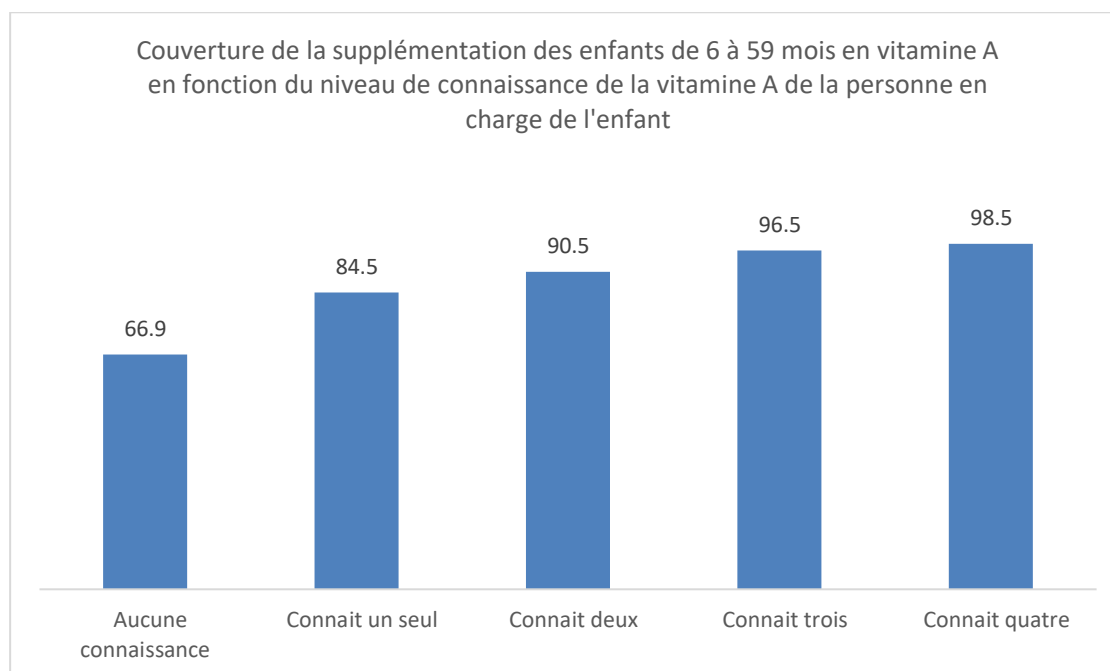


8.2.5.6. Couverture en supplémentation de la vitamine A des enfants et la connaissance de la vitamine de la personne en charge de l'enfant

Sur la base de certaines questions concernant la vitamine A, le niveau de connaissance de ce produit a été calculé. Il montre le degré de connaissance de la vitamine A qu'ont les personnes en charge des enfants.

Les résultats des analyses du croisement entre la connaissance de la vitamine A et le fait de supplémenter l'enfant, ont montré que la couverture de la supplémentation de la vitamine A, augmente en fonction du niveau de connaissance de la vitamine A comme le montre le graphique E.5. Selon ce graphique, dans l'ensemble, la couverture est de 67% pour les enfants des personnes en charge des enfants n'ayant aucune connaissance sur la vitamine A et de 99% pour les enfants. La différence de la couverture de la supplémentation de la vitamine A entre les enfants en fonction du niveau de connaissance de la vitamine A, est significative au seuil de 5% ($p=0,000$).

Graphique E.5 : Couverture de la supplémentation des enfants de 6 à 59 mois en vitamine A en fonction du niveau de connaissance de la vitamine A.



8.2.6. COMPARAISON DES COUVERTURES ADMINISTRATIVE, PEC ET CONTROLE QUALITE

Après la campagne de distribution, les services sanitaires tiennent des réunions au cours desquelles, les statistiques sont établies pour calculer les différentes couvertures. Ces couvertures sont basées sur les données de planification (projection de la population de l'INS) et le nombre d'enfants supplémentés sur le terrain.

Par ailleurs, pour contrôler la qualité des données collectées par les enquêteurs, une mission de supervision avait été déployée, dont l'un des rôles était la collecte des données avec un questionnaire réduit, dans les ménages déjà visités par les enquêteurs (double collecte).

Selon la source administrative, 103% des enfants sur toute l'étendue du territoire national, ont été supplémentés en vitamine A. Cette proportion est de 105% pour les enfants de 12 à 59 mois contre 93% pour les enfants de 6 à 11 mois. Ces résultats sont différents de ceux trouvés par l'enquête PEC réalisée. Selon cette enquête, dans l'ensemble 85% des enfants ont été supplémentés.

Cette couverture varie entre 84% et 87%. Cet intervalle ne contient pas la couverture administrative qui est de 103%. Ce qui pourrait signifier que la couverture administrative est significativement différente de la couverture issue de l'enquête PEC. Par contre, les résultats du contrôle de qualité effectué par les superviseurs, confirment les couvertures issues de l'enquête PEC.

Tableau E.8 : Comparaison des différentes couvertures de la supplémentation en vitamine A par source d'information.

Source	Tranche age et ensemble	Couverture supplémentation Vit A (%)	IC à 95%	
			Inférieur	Supérieur
Enquête PEC	6 à 11 mois	84,5	79,7	89,2
	12 à 59 mois	85,5	83,9	87,1
	Ensemble	85,4	83,9	86,8
Administrative	6 à 11 mois	93,0		
	12 à 59 mois	105,0		
	Ensemble	103,0		
Contrôle qualité	Ensemble	87	80,6	92,6

8.2.7. Déclaration de la naissance de l'enfant à l'état civil

8.2.7.1. Possession de l'acte de naissance et déclaration à l'état civil.

Pour cette campagne, enregistrement à l'état-civil au moins 95% des enfants de 0 à 2 mois identifiés sans actes de naissance dans toutes les communes et ceux au-delà de 2 mois et la promotion de l'enregistrement universel des enfants à l'état civil dans le délai légal de 2 mois, étaient partie intégrante. Pour rappel, les questions sur les questions sur l'enregistrement des enfants à l'état civil, ont concerné les enfants de 6 à 59 mois. Ce qui pourrait permettre d'évaluer l'interopérabilité entre la santé et l'état civil pour les campagnes passées et l'enregistrement universel des enfants.

Pour ainsi mesurer le niveau d'enregistrement des naissances, les questions la possession de l'extrait, l'acte de naissance ou le jugement supplétif de l'enfant et son enregistrement à l'état civil, avait été posées.

Dans l'ensemble, près de 70% des personnes en charge des enfants, ont confirmé que leurs enfants possèdent un document de l'état civil (extrait, acte de naissance) dont 5% seulement ont pu montrer ces documents aux enquêteurs. Près de 30% ne possèdent pas de document de l'état civil. La proportion d'enfants ayant un document de l'état civil est plus faible en zone rurale (60%) en zone urbaine (80%).

Par ailleurs, un temps s'écoule entre l'enregistrement des naissances et l'obtention des documents d'état civil. C'est pourquoi, la question sur l'enregistrement des naissances n'a été posée qu'aux personnes en charge des enfants ayant déclaré que leurs enfants n'avaient pas d'extrait ou d'acte d'état civil. Les analyses de cette question ont révélé que parmi les enfants n'ayant pas d'extrait ou d'acte de naissance, seulement 14% avaient été déclarés à l'état civil. Ces proportions sont respectivement 21% et 11% respectivement en milieu urbain et milieu rural (voir tableau E.9).

Pour l'enregistrement des naissances à l'état civil, les analyses ont montré que l'implication du père de l'enfant est importante car il est la principale personne qui motive. Dans l'ensemble, 76% des enquêtés ont mentionné que c'est le père de l'enfant qui motive à aller enregistrer l'enfant à l'état civil. Cette réalité est aussi valable en zone urbaine qu'en zone rurale. La motivation de la mère de l'enfant a été mentionnée par près de 10% des enquêtés (voir tableau E.9).

8.2.7.2. Raison de non enregistrement des enfants à l'état civil

Pour comprendre le non enregistrement des enfants, la question a été posée sur les raisons. Dans l'ensemble il s'agit principalement de la négligence des parents, l'éloignement de la mairie et le manque de moyen. L'analyse détaillée par milieu de résidence montre que l'ordre varie d'un milieu à l'autre. Après la négligence, le manque de moyen financier est la deuxième raison citée en zone urbaine alors que l'éloignement des centres d'état civil, représente la deuxième raison en zone rurale (voir tableau E.9).

Tableau E.9 : Répartition (en %) des enfants de 6 à 59 mois, enregistrés ou non à l'état civil et les raisons de non enregistrement par milieu de résidence.

Certificat ou acte de naissance	Milieu de résidence		
	Rural	Urbain	Ensemble
Possession d'un certificat/acte de naissance ?			
Oui, vu	3,6	6,5	5,0
Oui pas vu	56,0	73,8	64,6
Oui possède un document (vu et non vu)	59,6	80,3	69,6
Non, pas de certificat ou d'acte de naissance	34,5	14,8	25,0
Ne sait pas	5,9	4,9	5,4
Total enfants enquêtés	1263	1185	2448
La naissance de (nom) a-t-elle été enregistrée / déclarée auprès de l'état civil ?			
Oui	11,2	21,0	14,3
Non	69,6	51,5	63,9
Ne sait pas	19,2	27,5	21,8
Total enfants n'ayant pas d'acte de naissance	510	233	743
Qui vous a motivé à enregistrer votre enfant à l'état civil?			
Père de l'enfant	76,4	76,0	76,2
Mère de l'enfant	10,1	9,3	9,7
Autres parents de l'enfant	3,0	6,9	5,1
Ami des parents de l'enfant	0,6	1,6	1,2
Agent de santé	6,2	3,8	4,9
Agent de l'état civil	2,5	1,3	1,8
Ne sait pas	1,2	1,1	1,2
Total enfants ayant un acte de naissance ou dont la naissance a été déclarée à l'état civil	810	1001	1811
Pour quelle raison principale n'avez-vous pas enregistré l'enfant à l'état civil ?			
Mairie trop éloignée	16,1	6,7	13,7
Pas d'argent pour le faire	11,3	20,0	13,5
Par paresse/Négligence	55,8	51,7	54,7
Pas d'importance	4,2	2,5	3,8
Ne sait pas	12,7	19,2	14,3
Total enfants non enregistrés à l'état civil	355	120	475

8.3. Identifications des facteurs influençant la couverture de la supplémentation de la vitamine A

Cette partie est consacrée à la recherche de facteurs qui influencent la supplémentation de la vitamine A. Les analyses seront effectuées par milieu de résidence.

Ces facteurs sont complexes et peuvent varier d'un milieu de résidence à l'autre. Ils peuvent être les caractéristiques de la personne en charge de l'enfant, celles du chef de ménage, celles de l'enfant, les facteurs environnementaux, sociaux, etc.

Pour préparer le modèle d'analyse explicative, nous avons effectué l'analyse bivariée pour mesurer l'association entre la variable expliquée « l'enfant est supplémenté ou non » et les variables explicatives (caractéristiques de la personne en charge de l'enfant, du ménage, de l'enfant, etc.) à l'aide de la statistique de khi-deux au seuil de 5%.

L'analyse explicative pour mettre en évidence les facteurs influençant la couverture de la supplémentation chez les enfants de 6 à 59 mois pendant les campagnes de supplémentation de la vitamine A.

La variable « Est l'enfant a été supplémenté » sera dichotomisé. Ce qui nous permettra de faire recours à la méthode de régression logistique binaire. Nous utiliserons la méthode ascendante pas à pas (Rapport de vraisemblance) permettant d'introduire une à une les variables afin d'identifier les facteurs qui pourraient influencer la supplémentation de la vitamine A et le mécanisme d'action entre elles.

La recherche documentaire sur la supplémentation de la vitamine A fait intervenir quelques groupes de facteurs.

Contexte de résidence : Dans cette étude, ce concept renvoie au milieu de résidence et à la région de résidence au moment de l'enquête.

Facteurs socioculturels : Dans cette étude, ils sont appréhendés le niveau d'instruction de la personne charge de l'enfant, l'exposition aux médias, la connaissance de la vitamine A, le lieu fréquenté pour des soins des membres du ménage, la déclaration de l'enfant à l'état civil.

Également le rapport de genre appréhendé à travers « la personne qui prend la décision pour la supplémentation des enfants en vitamine A » et la « Avis de l'épouse après la prise de décision du mari ».

Facteurs sociodémographiques : Il s'agira de l'âge de la personne en charge de l'enfant, du sexe de l'enfant, son âge, son lien avec le CM.

Facteurs socio-économiques : Ils sont saisis dans cette étude par le niveau de vie du ménage à travers le quintile de bien-être économique du ménage, l'occupation de la personne en charge de l'enfant.

8.3.1. Cadre conceptuel Hypothèse générale

Les analyses et la revue de la littérature effectuées, ont permis de formuler l'hypothèse générale suivante : **La couverture de la supplémentation de la vitamine A aux enfants de 6 à 59 mois est le résultat d'un certain nombre de contraintes ou obstacles liés au contexte de résidence, aux facteurs socioculturels, aux facteurs sociodémographiques et aux facteurs socio-économiques.**

8.3.2. Résultats de l'analyse bivariée

Au niveau de l'analyse bivariée, il a été constaté comme mentionné ci-haut, une association au seuil de 1%, 5% et 10% entre la supplémentation de la vitamine A et certaines variables. Il s'agit de :

- L'indice de connaissances sur la santé des enfants
- Le niveau de richesse
- Le milieu de résidence
- Le lien de parenté recodé
- Le niveau d'éducation scolaire du Chef de ménage
- Le niveau d'éducation scolaire de la personne en charge de l'enfant
- La perception sur les campagnes de distribution souvent organisées par le Gouvernement et ses partenaires
- La perception sur la campagne de supplémentation de la vitamine A en particulier.
- Le lieu fréquenté le plus souvent pour obtenir des soins médicaux
- Le fait d'être informé de la tenue de la campagne de masse avant son démarrage
- L'influence de la personne qui prend la décision de faire bénéficier ou non votre enfant de la SVA ;
- La prise en compte de l'avis de la femme lorsque votre mari/partenaire/quelqu'un d'autre prend la décision de faire bénéficier ou non votre enfant de la SVA ;
- La personne qui décide de la santé des enfants
- La source d'information la plus crédible qui concerne la santé de vos enfants
- La motivation à donner la vitamine A à vos enfants

Par contre certaines variables n'ont pas d'influence significative sur la couverture de la vitamine A. C'est par exemple :

- Le sexe de l'enfant ;
- L'activité principale de la personne en charge de l'enfant et celle du Chef de ménage ;
- Le sexe la personne en charge de l'enfant et du chef du ménage ;
- Le fait de recommander la SVA, à quelqu'un dans son entourage ;
- Le fait d'entendre une personne de l'entourage ou un voisin s'opposer à la SVA ;
- Le fait d'enregistrement la naissance de l'enfant à l'état civil ;
- L'âge de l'enfant ;
- La classe d'âge de la personne qui est en charge de l'enfant.

Afin de mesurer l'effet net de ces variables sur la couverture de la supplémentation en vitamine A, un modèle de régression dans lequel seront introduites ces variables, s'avère nécessaire.

8.3.3. Résultats de l'analyse explicative

Cette section a pour objectif d'identifier, dans une approche explicative multivariée, les facteurs pouvant influencer la couverture de la supplémentation de la vitamine A. Cette approche est basée sur le modèle de régression logistique binaire. Nous rappelons que l'application de ce modèle statistique se justifie en raison de la nature qualitative et dichotomique de la variable dépendante (couverture de la vitamine A).

Après les analyses de colinéarité et de corrélation entre les variables, la méthode de régression ascendante de vraisemblance, a été réalisée.

Pour ce faire, la recherche des déterminants, les résultats de l'analyse explicative sont présentés dans le tableau E.10 en annexe. Afin d'identifier pour chaque milieu de résidence et pour l'ensemble les analyses par milieu de résidence et pour l'ensemble, ont été effectuées. Ainsi, les variables significativement associées à la couverture de la supplémentation de la vitamine A au seuil de 1%, 5% et 10%, sont présentées dans les sections suivantes.

8.3.3.1. Influence de l'indice de connaissance de la vitamine A

Pour rappel, l'indice de connaissance de la vitamine A, prend en compte les informations liées à la vitamine A (le nom du produit, l'importance de la vitamine A, sa fréquence d'administration dans l'année, l'âge de la première prise).

La chance pour les enfants d'être supplémentées, varie significativement avec le niveau de connaissance de la vitamine A de la personne en charge surtout pour celles qui ont pu donner au moins 2 bonnes réponses pour l'ensemble du pays.

Par milieu de résidence, l'indice de connaissance de la vitamine A des personnes en charge des enfants n'est significatif en milieu urbain. Il est important de rappeler que la couverture de la supplémentation de la vitamine A est plus élevée en milieu rural qu'urbain.

En milieu urbain, les analyses montrent la chance pour un enfant d'être supplémenté, augmente considérablement avec le niveau de connaissance de la vitamine A de la personne qui prend soin de lui. Pour les enfants, cette chance augmente de 1 fois, 2 fois, 9 fois ou 8 fois, si la personne qui s'occupe de lui donne respectivement une, deux, trois ou quatre bonnes réponses.

8.3.3.2. Influence du niveau d'instruction du chef de ménage et de la personne en charge de l'enfant

Quant au niveau d'instruction des chefs de ménage et des personnes en charge des enfants, les valeurs des coefficients (Exp (B)) montrent que le niveau d'instruction de la personne en charge de l'enfant a plus d'influence sur la couverture de la vitamine A bien que les deux soient significativement liés à la couverture. L'influence positive du niveau d'instruction de la personne en charge de l'enfant n'a été enregistrée que pour celles ayant le niveau secondaire car les enfants de ces personnes, ont 1,33 fois plus de chance d'avoir la vitamine A que les enfants de celles qui n'ont pas étudié. Ce qui pourrait signifier que l'amélioration du niveau d'instruction aussi bien du CM ou de la personne en charge de l'enfant, n'améliore pas forcément la couverture de la supplémentation de la vitamine A. Le même constat a aussi été effectué dans chaque milieu de résidence (Urbain, rural).

8.3.3.3. Influence de la perception sur la vitamine A

Selon les résultats de la régression, l'amélioration de la perception de la vitamine A des personnes en charge de l'enfant, a une influence significative sur la vitamine A. Les enfants des personnes qui pensent que la vitamine A est bonne ou acceptable, ont plus de chance d'être supplémentés par rapport à celles qui pensent que la vitamine A est mauvaise ou qui ne sont pas prononcées.

Selon le milieu de résidence également, les analyses montrent que la perception sur la vitamine A, a une influence significative sur la vitamine A. Augmenter la proportion des personnes qui pensent que la vitamine A est acceptable surtout, augmenterait la proportion d'enfants supplémentés aussi bien en milieu urbain que rural. Ce changement de perception augmenterait doublerait la chance des enfants d'être supplémentés.

8.3.3.4. Influence du lieu fréquenté pour les soins médicaux

Le lieu fréquenté pour bénéficier des soins pour les membres du ménage semble également avoir une influence significative sur la couverture de la vitamine A surtout les enfants des personnes qui vont dans les structures sanitaires ou qui vont auprès des vendeurs ambulants de médicaments pharmaceutiques. Les enfants de ceux qui fréquentent des tradipraticiens ont moins de chance d'être supplémentés en vitamine A que les autres enfants.

Encourager les parents ou les personnes en charge des enfants à fréquenter les structures sanitaires d'une manière générale, pourrait ainsi avoir un impact positif sur la couverture de la vitamine A.

8.3.3.5. Influence de l'information avant la tenue de la campagne

Pendant les phases préparatoires de la campagne d'administration de la vitamine A, une stratégie de communication est mise en place. Elle vise à informer la population de la tenue de la campagne en précisant la période et de la population cible. Ce qui permet aux personnes en charge des enfants de prendre des mesures nécessaires de faire supplémenter les enfants.

Selon les résultats du modèle de régression, le fait d'être informé de la tenue de la campagne multiplie par 13, la chance de son enfant d'être supplémenté.

Ainsi, multiplier les séances de communication, de sensibilisation et d'information pourrait avoir un impact considérable sur l'amélioration de la couverture de la vitamine A pour l'ensemble du pays mais aussi bien sur le milieu rural qu'urbain.

8.3.3.6. Influence de l'âge de la personne en charge de l'enfant

Toute chose étant égale par ailleurs, l'âge de la personne en charge de l'enfant est significativement lié à la couverture de la supplémentation de la vitamine A mais l'augmentation de l'âge de la personne en charge de l'enfant, ne m'augmenterait pas la couverture de la supplémentation, toute chose étant égale par ailleurs. L'âge de la personne en charge de l'enfant n'a pas pris en compte pour le modèle global.

8.3.3.7. Influence de la déclaration de l'enfant à l'état civil

Dans le cadre de l'interopérabilité entre la santé et l'état civil, les opérations d'administration de la vitamine A, étaient couplées avec l'enregistrement des enfants à l'état civil.

Selon les analyses, le fait de déclarer la naissance de l'enfant à l'état civil a une influence significative sur la couverture de la vitamine A. Les enfants dont les naissances ont été enregistrées à l'état ont 2 fois plus de chance d'être supplémentés que ceux dont la naissance n'a pas été enregistrée.

En milieu urbain, le fait d'enregistrer son enfant à l'état civil, multiplierait ses chances par environ 3 pour être supplémenté. Ainsi, mener les campagnes d'enregistrement des naissances à l'état civil pour l'obtention des documents de l'enfant, pourrait augmenter ses chances d'être supplémenté. Ce qui améliorerait la couverture de la supplémentation de la vitamine A en milieu urbain.

8.3.3.8. Influence de l'activité du chef de ménage et la personne en charge de l'enfant

Toute chose étant égale par ailleurs, l'influence de l'activité économique aussi bien du chef et de la personne en charge de l'enfant a été constatée selon les résultats des analyses. Selon ces résultats, les enfants des chefs de ménage qui travaillent dans le secteur agricole ou artisanal ou qui sont des

femmes au foyer, ont moins de chance d'être supplémentés par rapport aux enfants des chefs de ménage exerçant les autres activités économiques.

Pour ce qui est de l'activité économique de la personne en charge de l'enfant, ce sont des enfants de celles qui évoluent dans le secteur public, agricole ou qui étudient encore (Elève ou étudiant).

8.3.3.9. Influence du sexe de l'enfant

Après la collecte des données, les analyses ont montré que 58% des personnes en charge des enfants enquêtés, sont des femmes contre 42% d'hommes. Les résultats des analyses multivariées ont montré que le sexe de la personne s'occupe de l'enfant a une influence significative sur sa supplémentation en vitamine A. Selon ces analyses, les enfants suivis par les femmes, ont 2 fois plus de chance d'être supplémentés que ceux suivis par les hommes.

8.3.3.10. Influence de la personne qui prend la décision de faire supplémenter l'enfant

La prise de décision pour faire supplémenter l'enfant, influence significativement la couverture de la supplémentation de la vitamine A.

Les résultats montrent que lorsque la femme décide seule, elle a plus de risque d'avoir non supplémentés. En revanche, lorsqu'elle le décide ensemble avec son conjoint, les enfants ont plus de chance d'être supplémentés. Les enfants pour lesquels les parents (père et mère) décident ensemble pour leur supplémentation, ont 4 fois plus de chance d'être supplémentés par rapport ceux pour lesquels la maman décide seule.

Toute chose étant égale par ailleurs, quand la décision est prise par la femme seule, les enfants ont moins de chance d'être supplémentés. Donc encourage la communication entre les couples sur la santé des membres du ménage en général et sur la supplémentation en particulier, est un élément qui pourrait contribuer à améliorer la couverture de la supplémentation de la vitamine A.

D'une manière globale, les analyses multivariées, ont permis d'identifier des facteurs ayant une influence positive sur la supplémentation de la vitamine A pour l'ensemble de la zone de l'étude et par milieu de résidence. Agir sur ces facteurs, pourraient contribuer à augmenter significativement la couverture de la supplémentation de la vitamine A. Il s'agit :

- De l'indice de connaissance de la vitamine A ;
- La perception positive des personnes en charge des enfants sur la vitamine A ;
- La fréquentation des structures sanitaires pour bénéficier des soins ;
- L'information de la population de la tenue de la campagne ;
- L'enregistrement des naissances à l'état civil ;
- Du fait de laisser les femmes prendre soin des enfants.

PARTIE 3 : PERSONNEL DE SANTE

8.4. 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 124 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 avait 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.

Ainsi, après l'enquête, au total 105 agents de santé sur 124 prévus, ont été enquêtés soit une couverture de 85% dans l'ensemble comme le montre le tableau PS.1.

Tableau PS1 : Répartition des PS prévus et enquêtés par milieu de résidence.

Strate	Nombre PS prévu	Nombre PS touchés	Taux d'exécution (%)
Urbain	62	48	77,41
Rural	62	57	91,93
Ensemble	124	105	84,68

8.4.1. Caractéristiques des enquêtés

8.4.1.1. Répartition des enquêtés par sexe

Parmi les agents de santé enquêtés, dans l'ensemble, près de 37% étaient des femmes contre 63% d'hommes. Mais en milieu urbain, la proportion de femmes interviewées est plus élevée que celle des hommes (52% contre 48%). En revanche, dans la zone rurale, 75% des enquêtés, étaient des hommes contre 25% de femmes.

8.4.1.2. Fonction des enquêtés dans les structures sanitaires

Bien que l'agent PEV est celui qui est chargé de la supplémentation de la vitamine A, pendant la campagne, les infirmiers ont été les plus impliqués aussi bien en milieu rural qu'urbain comme le montre le tableau PS2.

Selon les résultats du tableau ci-dessous, dans l'ensemble, environ 37% des enquêtés étaient des infirmiers, 28% étaient des agents PEV et 12% étaient des médecins. Ces trois catégories du corps médical ont été les plus impliquées dans cette campagne. Pour les autres catégories, leur proportion ne dépasse pas 10%. Cette situation est aussi valable pour le milieu urbain. Mais en milieu rural, après les infirmiers et les agents PEV, les techniciens supérieurs de la santé, occupent la troisième place.

8.4.1.1. Niveau d'instruction des enquêtés dans les structures sanitaires

Devenir personnel de santé, signifie avoir reçu une formation dans ce domaine, c'est pour l'analyse du niveau d'instruction des enquêtés montre que parmi eux, tous ont étudié aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. Leur niveau minimum est le secondaire 1^{er} cycle. Le personnel de santé enquêté ayant un niveau d'étude du secondaire 1^{er} cycle est de 16%. Pour ceux qui ont le niveau secondaire 2^{eme} cycle est de 59% et près de 25% ont fait les études supérieures.

En milieu urbain, près de 19% ont le niveau d'étude secondaire 1^{er} cycle, 52% ont le niveau secondaire 2^{eme} cycle et 29% ont le niveau supérieur.

En milieu rural, près de 14% ont le niveau d'étude secondaire 1^{er} cycle, 65% ont le niveau secondaire 2^{eme} cycle et 21% ont le niveau supérieur (voir tableau PS2).

8.4.1.2. Nombre moyen d'années d'expérience des enquêtés

Le nombre d'années d'expérience a été calculé par milieu de résidence. Selon les résultats de ces calculs, le nombre moyen d'années de service pour les enquêtés, est d'environ 11 ans dans l'ensemble et pour le milieu urbain. Il est de 10 ans en milieu rural.

Tableau PS2 : Répartition des agents de santé impliqués dans la campagne selon leurs caractéristiques par milieu de résidence.

Caractéristiques des enquêtés	Milieu de résidence		Ensemble
	Rural	Urbain	
Sexe du répondant			
Masculin	75,4	47,9	62,9
Féminin	24,6	52,1	37,1
Niveau d'instruction du répondant			
Non scolarisé	0,0	0,0	0,0
Primaire	0,0	0,0	0,0
Secondaire 1er cycle	14,0	18,8	16,2
Secondaire 2e cycle	64,9	52,1	59,0
Supérieur	21,1	29,2	24,8
Quelle est votre fonction dans la formation sanitaire ?			
Infirmier(ière)	33,3	41,7	37,1
Aide-soignant	5,3	8,3	6,7
Médecin	8,8	16,7	12,4
Agent PEV	26,3	29,2	27,6
Fille/garçon de salle	0,0	0,0	0,0
Technicien sup de la santé	15,8	0,0	8,6
Autre, préciser	10,5	4,2	7,6
Effectif total des répondants	57	48	105

8.4.2. Formation sur la vitamine A

Cette rubrique traite la formation sur la vitamine A sur par le personnel de santé, la durée écoulée depuis la dernière formation et la durée de la formation.

8.4.2.1. Participation à la formation sur la vitamine A

Les formations sont parfois organisées pour le personnel de santé dans le cadre de renforcement de capacité. Les agents de santé représentent un maillon important dans la chaîne de communication selon les informations reçues auprès des personnes en charge des enfants. Ainsi, leur renforcement de capacité pourrait améliorer la qualité du message véhiculé pendant la campagne ou lors de leurs activités de routine dans les structures sanitaires.

Pour ce qui est de la vitamine A, près de 89% des agents de santé interviewés, ont affirmé avoir participé à une formation qui la concernait. En milieu rural, cette proportion est de 88% et de 90% en milieu urbain(voir tableau PS3).

8.4.2.2. Durée écoulée depuis la dernière formation sur la vitamine A et durée de la formation

La question sur la durée écoulée depuis la dernière formation sur la vitamine A, a été posée aux agents de santé ayant participé à cette formation. La formation reçue par les agents de santé est relativement récente car 83% d'entre eux, affirment l'avoir reçue, il y a moins de 3 mois. La proportion de ceux qui ont affirmé la formation de 3 à 6 mois, est de près de 8%. Il est important de mentionner qu'environ 2% ont affirmé qu'ils ne se souviennent plus de la durée de leur dernière formation sur la vitamine A.

L'analyse par milieu de résidence montre une proportion plus élevée en milieu rural de ceux qui ont affirmé que leur dernière formation sur la vitamine A, date de moins de 3 mois. Cette proportion est de 86% contre 79% en zone urbaine.

Quant à la durée de la formation, se tient le plus souvent en un ou deux jours selon les enquêtés. Près de 52% ont soutenu qu'elle se déroulée pendant une seule journée et 24% ont affirmé que leur formation s'est déroulée sur 2 jours. Ces deux proportions sont les plus importantes aussi bien en zone urbaine que rurale (voir tableau PS3).

Tableau PS3 : Répartition des agents de santé impliqués dans la campagne selon la participation à la formation, le temps écoulé depuis la formation, la durée de la formation par milieu de résidence.

Formation sur la vitamine A	Milieu de résidence		Ensemble
	Rural	Urbain	
Avez-vous reçu une formation sur la vitamine A ?			
Non	12,3	10,4	11,4
Oui	87,7	89,6	88,6
Depuis combien de temps vous avez reçu la dernière formation sur la Vitamine A ?			
Moins de 3 mois	86,0	79,1	82,8
3 à 6 mois	10,0	4,7	7,5
7 à 12 mois	2,0	4,7	3,2
Plus d'1 an	2,0	7,0	4,3
Je ne me souviens pas	0,0	4,7	2,2
Combien de temps a duré la formation sur la Vitamine A?			
Moins d'une demi-journée	4,0	16,3	9,7
Une demi-journée	4,0	14,0	8,6
Un jour	58,0	44,2	51,6
Deux jours	28,0	18,6	23,7
Autres	6,0	7,0	6,5
Effectif total des répondants	57	48	105

8.4.3. Sources d'information sur la vitamine A.

En plus de la formation sur la vitamine A, d'autres sources d'information sur la vitamine A sont exploitées par les agents de santé. Il s'agit principalement des documents fournis par les MSHP aux structures sanitaires, les affiches, dépliants ou les fiches techniques ; les médias et les échanges entre les collègues. Cette réalité est aussi valable pour le milieu rural qu'urbain.

Tableau PS4 : Répartition des agents de santé impliqués dans la campagne selon les sources d'informations sur la vitamine A par milieu de résidence.

Sources d'informations sur la vitamine A	Milieu de résidence		
	Rural	Urbain	Ensemble
Les documents du MSHP	63,2	56,3	60,0
ONG de la place	1,8	8,3	4,8
Formation continue	73,7	79,2	76,2
TV/Radio/Journaux	17,5	10,4	14,3
Affiche, dépliant, fiche technique	26,3	6,3	17,1
Collègues	10,5	16,7	13,3
Autre, préciser	7,0	2,1	4,8
Effectif total des répondants	57	48	105

8.4.4. Matériels d'Information, d'Education et de Communication sur la vitamine A

Selon les personnes en charge des enfants, les agents de santé constituent la source la plus crédible pour avoir les informations sur la vitamine A. Leur formation sur la vitamine A, l'exploitation des différents documents, font d'eux les personnes les mieux informées sur la vitamine A.

L'utilisation du matériel d'Information, d'Education et de Communication leur permet de parler de la vitamine A. Selon les agents de santé interviewés, dans l'ensemble 79% ont affirmé qu'ils utilisent du matériel IEC. Ces proportions sont 73% et 84% respectivement en milieu urbain et milieu rural.

Quant au type de matériel exploité, les affiches de la vitamine ont été cités par 64% des enquêtés suivies par les boîtes à image (48%) et les fiches techniques citées par 22% des enquêtés. Cette tendance a été observée dans les deux milieux de résidence.

Tableau PS5 : Répartition des agents de santé impliqués dans la campagne selon l'utilisation du matériel IEC par milieu de résidence.

Utilisation du matériel d'IEC sur la vitamine A	Milieu de résidence		
	Rural	Urbain	Ensemble
Avez-vous du matériel (IEC) qui parle de la Vitamine A ?			
Non	15,8	27,1	21,0
Oui	84,2	72,9	79,0
Effectif total des répondants	57	48	105
Matériels d'informations utilisés			
Boite à images	50,0	45,7	48,2
Module de formation	16,7	17,1	16,9
Affiche sur la vitamine A	62,5	65,7	63,9
Protocole national d'administration de la vitamine A	16,7	5,7	12,0
Fiche technique	25,0	17,1	21,7
Autre, préciser	6,3	5,7	6,0

8.4.5. Indice de connaissance des enquêtés sur la vitamine A.

Contrairement à l'indice de connaissance des personnes en charge des enfants, de la vitamine A, 5 variables ont été utilisées pour calculer l'indice de connaissance de la vitamine A auprès des agents de santé.

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

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

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, est partielle. Mais il est important de remarquer que, tous ont pu citer au moins 1 bonne réponse en zone rurale et au moins 2 bonnes réponses en zone urbaine. Dans l'ensemble 35% ont donné 3 bonnes réponses, 48% ont cité quatre bonnes réponses et 8% ont la connaissance parfaite.

En milieu rural, 32% ont donné 3 bonnes réponses, 49% ont cité quatre bonnes réponses et 7% ont la connaissance parfaite.

En milieu urbain, 40% ont donné 3 bonnes réponses, 46% ont cité quatre bonnes réponses et 8% ont la connaissance parfaite.

Tableau PS 6 : Répartition des agents de santé interviewés selon l'indice de connaissance des agents de santé sur la vitamine A par milieu de résidence.

Indice de connaissances sur la santé des enfants	Milieu de résidence		Ensemble
	Rural	Urbain	
Aucune connaissance	0,0	0,0	0,0
Connait un seul	1,8	0,0	1,0
Connait deux	10,5	6,3	8,6
Connait trois	31,6	39,6	35,2
Connait quatre	49,1	45,8	47,6
Connait cinq	7,0	8,3	7,6
Effectif total des répondants	57	48	105

8.4.6. QUALITE DES ACTIVITES DE LA CAMPAGNE

Comme mentionné parmi les objectifs spécifiques de l'étude, la qualité des activités liées à la campagne, a été mesurée à travers le nombre de jours de participation des agents de santé à la campagne, leur rôle pendant la campagne, la disponibilité de la vitamine A.

8.4.6.1. Nombre moyen de jours de participation à la campagne

La campagne s'est déroulée pendant une semaine en moyenne (du 07 au 14/01/2022). Dans l'ensemble, 78% des enquêtés ont participé à l'enquête pendant 4 jours ; 15% ont participé pendant 5 jours et près 4% pendant 6 jours.

En milieu rural, certains agents de santé n'ont participé que de 2 à 3 jours pendant cette campagne. Leur proportion est de 5%. Les autres ont participé pendant 4 à 6 jours.

En milieu urbain, tous les agents de santé ont participé à la campagne pendant au moins 4 jours.

Quant à la durée (nombre d'heures de travail par jour), les analyses ont révélé que 78% dans l'ensemble, travaillent toute la journée et 21% ont mentionné qu'ils ne travaillaient que pendant la demi-journée (voir tableau PS7).

8.4.6.2. Rôle joué pendant la campagne

Le rôle joué pendant la campagne détermine la position occupée. Etant agent de santé, aussi bien en milieu urbain que rural, les deux principaux rôles joués pendant la campagne, étaient la supervision et la distribution de la vitamine A d'une manière générale comme le montrent les résultats des analyses. En milieu rural par exemple, 61% des agents de santé interviewés étaient des superviseurs et 28% étaient impliqués dans la distribution de la vitamine A.

En milieu urbain, 52% des agents de santé interviewés, étaient des superviseurs et 42% étaient dans la distribution de la vitamine A (voir tableau PS7).

8.4.6.3. Approvisionnement en vitamine A pendant la campagne

La disponibilité de la vitamine A avec les équipes de distributeurs sur le terrain, assure la continuité du service jusqu'à la fin de la campagne. Les analyses ont montré que près de 24% des agents de santé interviewés, ont déclaré qu'il y avait eu des problèmes d'approvisionnement en vitamine A. Ces proportions sont 23% et 25% respectivement en zone urbaine et rurale. Mais pour la plupart des cas, ces problèmes ont été résolus selon 80% des agents de santé ayant affirmé avoir eu des problèmes d'approvisionnement. Ces proportions sont 71% et 91% respectivement en zone rurale et urbaine (voir tableau PS7).

Tableau PS 7 : Répartition des agents de santé interviewés selon les paramètres d'appréciation de la campagne par milieu de résidence.

	Milieu de résidence		Ensemble
	Rural	Urbain	
Pendant combien de jours avez-vous participé à la campagne dans votre District ?			
2	3,5	0,0	1,9
3	1,8	0,0	1,0
4	73,7	83,3	78,1
5	17,5	12,5	15,2
6	3,5	4,2	3,8
Environs combien de temps par jour ?			
1 heure ou moins	0,0	0,0	0,0
2-3 heures	0,0	0,0	0,0
Une demi-journée	21,1	20,8	21,0
Toute la journée	77,2	79,2	78,1
Autre	1,8	0,0	1,0
Quel rôle avez-vous joué pendant la campagne ?			
Mobilisation sociale	5,3	2,1	3,8
Distribution de la Vit A	28,1	41,7	34,3
Superviseur	61,4	52,1	57,1
Compilation des données	3,5	4,2	3,8
Dépistage de la malnutrition	0,0	0,0	0,0
Logisticien	0,0	0,0	0,0
Autres	1,8	0,0	1,0
Effectif total des répondants	57	48	105
Y avait-il eu des problèmes avec l'approvisionnement en vitamine A pendant la campagne ?			
Non	75,4	77,1	76,2
Oui	24,6	22,9	23,8
Effectif total des répondants	57	48	105
Si OUI, ces problèmes ont-ils été résolus ?			
Non	28,6	9,1	20,0
Oui	71,4	90,9	80,0
Ne sait pas	0,0	0,0	0,0
Effectif total des répondants	14	11	25

D'une manière générale, le nombre d'agents de santé prévus, n'a pas été atteint. Ceci pourrait être dû au fait qu'une structure sanitaire peut couvrir 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.

Sur la base des informations collectées et analysées auprès de ces agents de santé, l'indice de connaissances des agents de santé sur la vitamine A, a été calculé pour chaque domaine.

Les analyses effectuées à partir de cet indice, ont montré que la connaissance des agents de santé sur la vitamine A, est partielle. Mais il est important de remarquer que, tous ont pu citer au moins 1 bonne réponse en zone rurale et au moins 2 bonnes réponses en zone urbaine. Dans l'ensemble 35% ont donné 3 bonnes réponses, 48% ont cité quatre bonnes réponses et 8% ont la connaissance parfaite.

PARTIE 4 : DISTRIBUTEUR COMMUNAUTAIRE

Après les agents de santé, les Distributeurs Communautaires (DC), ont également été interviewés. Pour rappel, ces DC ont été choisis sur la base leur liste exhaustive de la localité, fournie par l'agent de santé. Ainsi, à partir de cette liste, un choix aléatoire était effectué. Ce qui garantissait une égalité de chance pour tous les DC ayant participé à l'enquête.

8.5. Description de l'échantillon

Après l'enquête, au total 112 agents communautaires dont 54 en milieu urbain et 58 en milieu rural, sur 164, ont été enquêtés soit une couverture de près de 81% dans l'ensemble comme le montre le tableau DC-1.

Tableau DC1 : Répartition des DC enquêtés par milieu de résidence.

Strate	Nombre DC prévu	Nombre DC touchés	Taux d'exécution (%)
Urbain	62	54	77,41
Rural	62	58	91,93
Ensemble	124	105	84,68

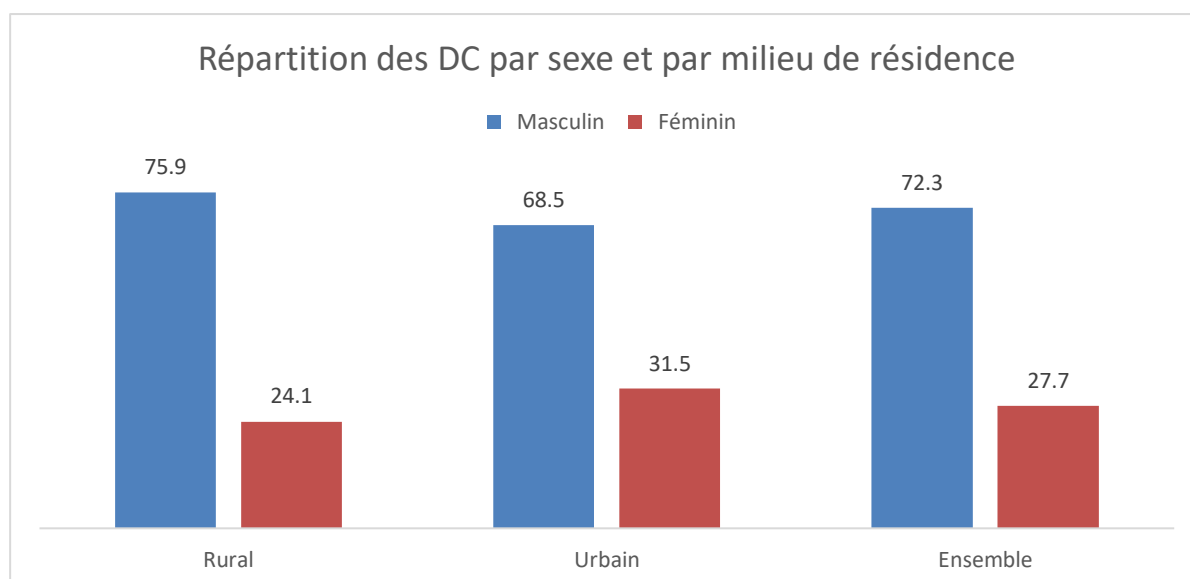
8.5.1. Caractéristiques des enquêtés

L'analyse des caractéristiques des distributeurs communautaires a concerné leur sexe, leur nombre d'années d'expérience et leur niveau d'instruction.

8.5.1.1. Répartition des enquêtés par sexe

Selon le graphique DC1, dans l'ensemble 28% des DC enquêtés, étaient des femmes contre 72% d'hommes. L'écart est plus important en zone rurale entre les femmes et les hommes. Dans cette zone, la proportion des femmes est de 24% contre 76% chez les hommes. En zone urbaine, la proportion de femmes DC est de près de 32% contre 68% d'hommes.

Graphique DC1 : Répartition des DC enquêtés par sexe et par milieu de résidence



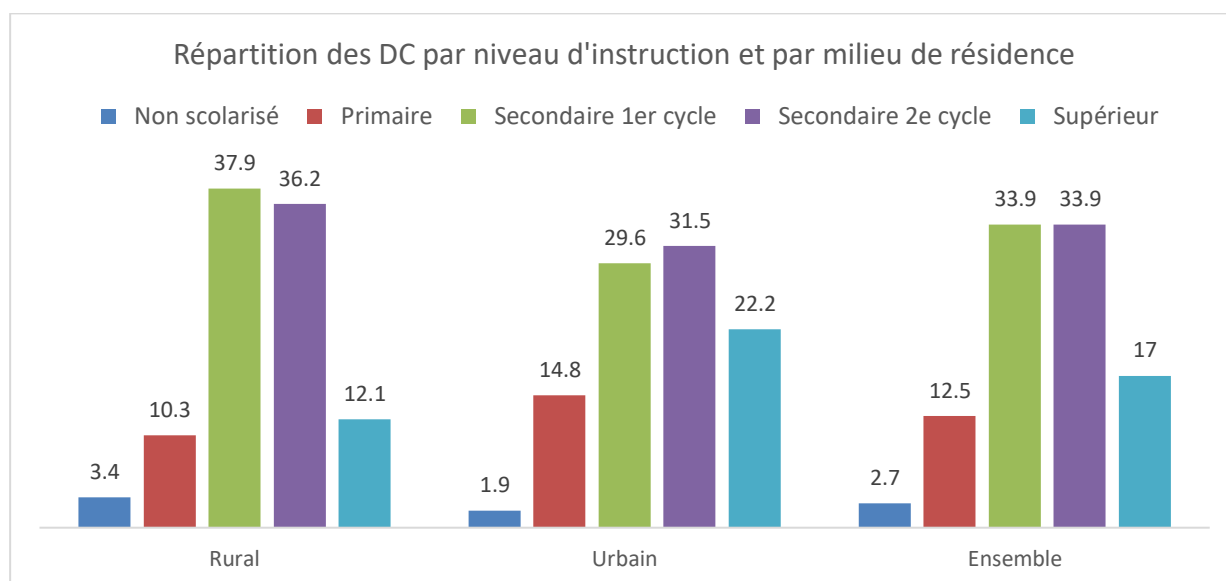
8.5.1.1. Répartition des enquêtés par niveau d'instruction

Contrairement aux agents de santé, certains DC n'ont aucun niveau d'instruction. Leur proportion est d'environ 3%. Et près de 13% ont le niveau primaire. La proportion des DC enquêtés ayant les niveaux secondaires (1^{er} et 2^{ème} cycle) est de 68% et celle ayant le niveau supérieur est de 17%.

En milieu rural, la proportion des DC n'ayant aucun niveau d'instruction est de 3% et 10% ont le niveau primaire, 74% ont le niveau secondaire (1^{er} et 2^{ème} cycle) et 12% ont le niveau supérieur.

En milieu urbain, la proportion des DC n'ayant aucun niveau d'instruction est d'environ 2% et 15% ont le niveau primaire, 61% ont le niveau secondaire (1^{er} et 2^{ème} cycle) et 22% ont le niveau supérieur.

Graphique DC2 : Répartition des DC enquêtés par niveau d'instruction et par milieu de résidence



8.5.1.2. Nombre moyen d'années d'expérience des enquêtés

Tableau DC2 : Répartition des DC selon le niveau d'instruction par milieu de résidence.

Milieu de résidence	Depuis combien d'années êtes-vous RC/DC ?	
	Moyenne	Ecart type
Rural	7,74	5,66
Urbain	5,7	4,16
Total	6,76	5,07

En comparant les agents de santé aux DC par rapport à leur durée dans le service, nous constatons que les premiers ont un nombre d'années plus élevé. Selon les résultats de l'analyse, la durée moyenne des DC dans ce service est d'environ 7 ans dans l'ensemble. Elle est de 6 ans en milieu urbain et de 8 ans en milieu rural.

8.5.2. Formation sur la vitamine A

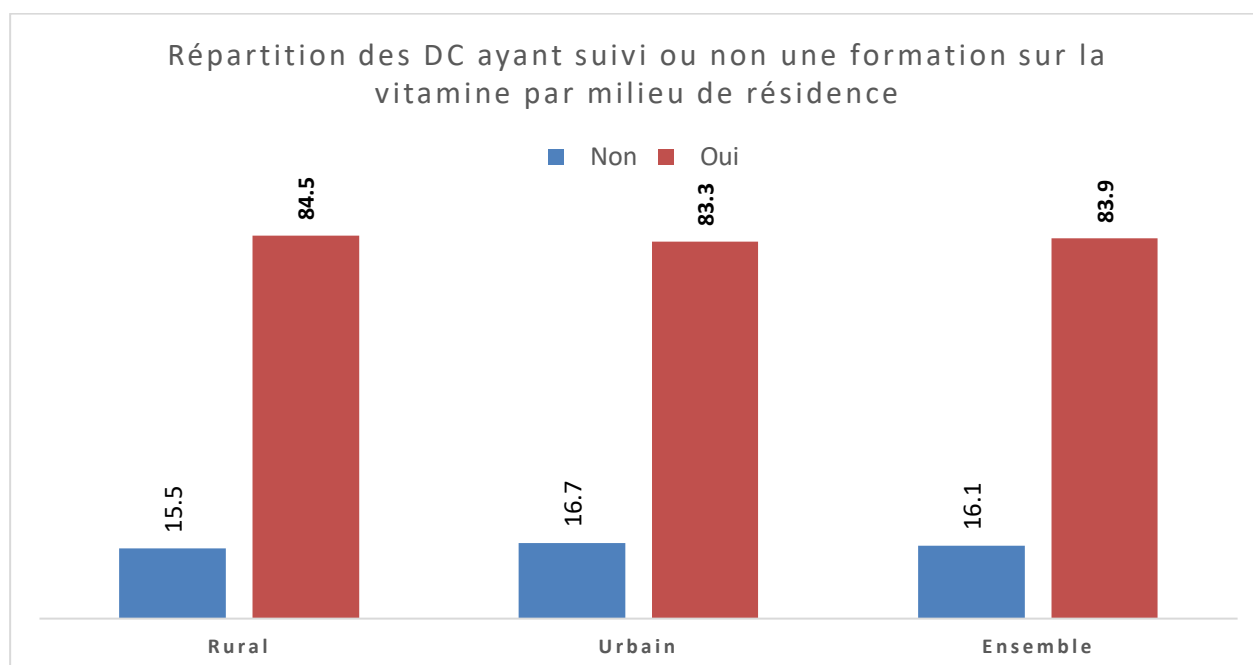
8.5.2.1. Participation à la formation sur la vitamine A

Comme pour les agents de santé, les distributeurs communautaires également suivent des formations sur la vitamine A distribuée 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.

Selon le graphique DC3, dans l'ensemble, près de 84% des DC interviewés, ont affirmé avoir reçu une formation sur la vitamine A contre 16% qui ont affirmé n'avoir reçu aucune formation sur la vitamine A.

En milieu de résidence, la proportion des Distributeurs communautaires ayant reçu une formation sur la vitamine en milieu rural est de 85% et de 83% en milieu urbain.

Graphique DC3 : DC ayant suivi ou non une formation sur la vitamine par milieu de résidence



8.5.2.2. Durée écoulée depuis la dernière formation sur la vitamine A et durée de la formation.

La question sur la durée écoulée depuis la dernière formation sur la vitamine A est relativement récente. Dans l'ensemble près de 82% des DC ont affirmé que la formation sur la vitamine A date de moins de 3 mois et 7% ont affirmé qu'elle date de 3 à 6 mois. Il faut préciser que 7% des DC, ne se souviennent pas de la date de la formation reçue sur la vitamine A.

La proportion de ceux ont affirmé avoir reçu la formation il y a de cela moins de 3 mois est plus élevée en zone rurale. Elle est de 88% contre 76% en zone urbaine.

D'une manière générale, selon 57% des DC ayant participé à la formation sur la vitamine A, cette formation se déroule pendant une journée, 16% ont attesté qu'elle s'est déroulée sur 2 jours et 13% ont confirmé qu'elle est tenue sur une demi-journée.

Tableau DC-4 : Répartition des DC selon la durée écoulée depuis la formation sur la vitamine A et la durée de la formation par milieu de résidence.

Formation sur la vitamine A	Milieu de résidence		Total
	Rural	Urbain	
Si OUI, depuis combien de temps vous avez reçu la dernière formation sur la Vitamine A ?			
Moins de 3 mois	87,8	75,6	81,9
3 à 6 mois	4,1	11,1	7,4
7 à 12 mois	0,0	2,2	1,1
Plus d'1 an	2,0	2,2	2,1
Je ne me souviens pas	6,1	8,9	7,4
Pendant combien de temps avez-vous reçu la formation sur la vitamine A ?			
Moins d'une demi-journée	6,1	13,3	9,6
Une demi-journée	8,2	17,8	12,8
Un jour	61,2	53,3	57,4
Deux jours	20,4	11,1	16,0
Trois jours	2,0	2,2	2,1
Autres	2,0	2,2	2,1
Nombre de DC enquêtés	49	45	94

8.5.3. Sources d'information sur la vitamine A.

En plus de la formation, d'autres sources d'informations sont exploitées. Il s'agit principalement des documents du Ministère de la santé et de l'hygiène publique. En plus des documents de la santé, l'échange entre les collègues de service, a été mentionné par 13% des DC vivant en zone urbaine.

Tableau DC-4 : Répartition des DC selon la source d'information sur la vitamine A par milieu de résidence.

Principale source d'information sur la vitamine A ?	Milieu de résidence		Ensemble
	Rural	Urbain	
Les documents du MSHP	25,9	22,2	24,1
ONG de la place	0,0	1,9	0,9
Formation continue	55,2	42,6	49,1
TV/Radio/Journaux	5,2	5,6	5,4
Affiche, dépliant, fiche technique	3,4	7,4	5,4
Collègues	0,0	13,0	6,3
Ne sait pas	3,4	0,0	1,8
Autre, préciser	6,9	7,4	7,1
Nombre de DC enquêtés	58	54	112

8.5.4. Indice de connaissance des enquêtés sur la vitamine A.

L'indice de connaissance des DC sur la vitamine A est un indicateur qui résume le niveau de connaissance des informations sur la vitamine A. Comme pour les agents de santé, cet indicateur tient compte aussi des 5 questions suivantes :

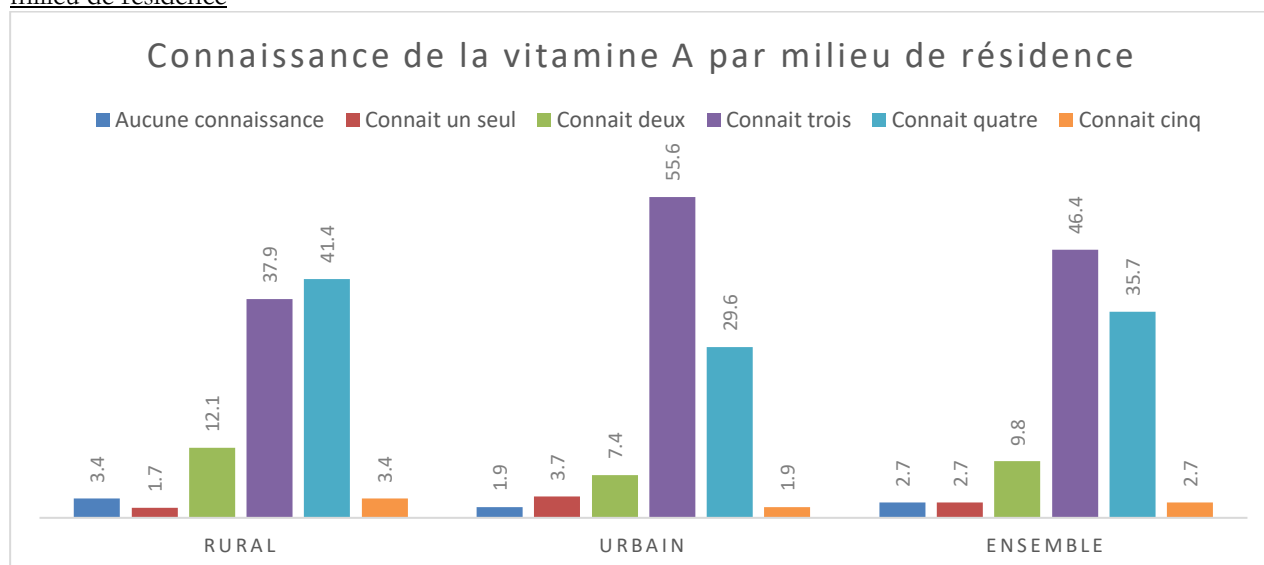
- 1- Savez-vous à quoi sert ce produit (vitamine A) ? (Renforcement du système immunitaire, prévention de la cécité crépusculaire) 12.5 points pour une bonne réponse trouvée.
- 2- A quel âge les enfants doivent-ils recevoir leur première dose de vitamine A ? 12.5 points pour la bonne réponse (6 mois)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

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.

Pour les distributeurs, une proportion non négligeable n'a aucune connaissance de la vitamine A. Selon les résultats des analyses de cet indicateur, près de 3% des DC n'ont aucune connaissance de la vitamine A. Sur les 5 questions posées, ils n'ont donné aucune bonne réponse. Près de 3% ont donné une seule bonne réponse et 10% ont donné deux bonnes réponses. La proportion la plus élevée a été enregistrée parmi ceux qui ont donné trois bonne réponse (46%) suivie par ceux ont cité quatre bonnes réponses (36%).

En regroupant ces DC ayant donné au moins trois bonnes réponses sur les 5, par milieu de résidence, nous constatons que la proportion est plus élevée en zone urbaine que rurale. Ces proportions sont respectivement 87% et 83%.

Graphique DC4 : Répartition des DC selon l'indice de connaissance sur la vitamine A et le déparasitant par milieu de résidence



8.5.5. QUALITE DES ACTIVITES DE LA CAMPAGNE

La qualité des activités de la campagne, a été mesurée à partir du temps de participation à la campagne et leur durée par jour, le rôle joué pendant la campagne, l'approvisionnement en vitamine A, et les missions de supervision.

8.5.5.1. Participation à la campagne et durée de travail par jour.

Les questions sur le nombre de jours de participation à la campagne et la durée de travail par jour, ont été posées également et analysées. Selon les résultats des analyses, 75% des DC ont participé pendant 4 jours à la campagne. Cette proportion est de 80% en zone urbaine et 71% en zone rurale.

Il faut aussi rappeler que par endroit des ratissages ont été organisés dans des zones à faibles couvertures. Ce qui pourrait rallonger la durée de la campagne.

Quant au temps de travail par jour, les analyses ont montré que près 78% des DC enquêtés ont affirmé qu'ils travaillaient pendant toute la journée et 21% ne travaillaient que pendant une demi-journée.

Tableau DC-5 : Répartition des DC selon la durée de participation à la campagne et durée de travail par jour par milieu de résidence.

Qualité des activités	Milieu de résidence		Ensemble
	Rural	Urbain	
Pendant combien de jours avez-vous participé à la campagne dans votre village ?			
2	3,4	0,0	1,8
3	3,4	5,6	4,5
4	70,7	79,6	75,0
5	17,2	11,1	14,3
6 et plus	5,2	3,7	4,5
Environ combien de temps par jour avez-vous participé à la campagne dans votre village?			
1 heure ou moins	0,0	0,0	0,0
2-3 heures	0,0	0,0	0,0
une demi-journée	13,8	27,8	20,5
Toute la journée	84,5	70,4	77,7
Autre	1,7	1,9	1,8
Nombre de DC enquêtés	58	54	112

8.5.5.2. Approvisionnement en vitamine A pendant la campagne

Un autre élément d'appréciation de la campagne est l'approvisionnement en vitamine A des équipes sur le terrain pour éviter des ruptures pendant la campagne.

Dans l'ensemble peu de DC ont affirmé avoir connu des ruptures. Sur les 112 DC enquêtés, seulement 8 (soit 7%) ont affirmé avoir enregistré des ruptures de vitamine A sur le terrain contre 93% qui ont affirmé n'avoir enregistré qu'une rupture. Les proportions des DC ayant affirmé avoir enregistré le manque de vitamine A sur le terrain sont les mêmes quel que soit le milieu de résidence.

Parmi ceux qui ont affirmé avoir enregistré le manque de vitamine A sur le terrain, dans l'ensemble, près de 63% ont déclaré que le problème avait été résolu contre 37% qui ont soutenu que le problème n'avait pas été résolu.

Tableau DC-6 : Répartition des DC ayant évoqué ou non des cas de rupture et la résolution de ces ruptures par milieu de résidence.

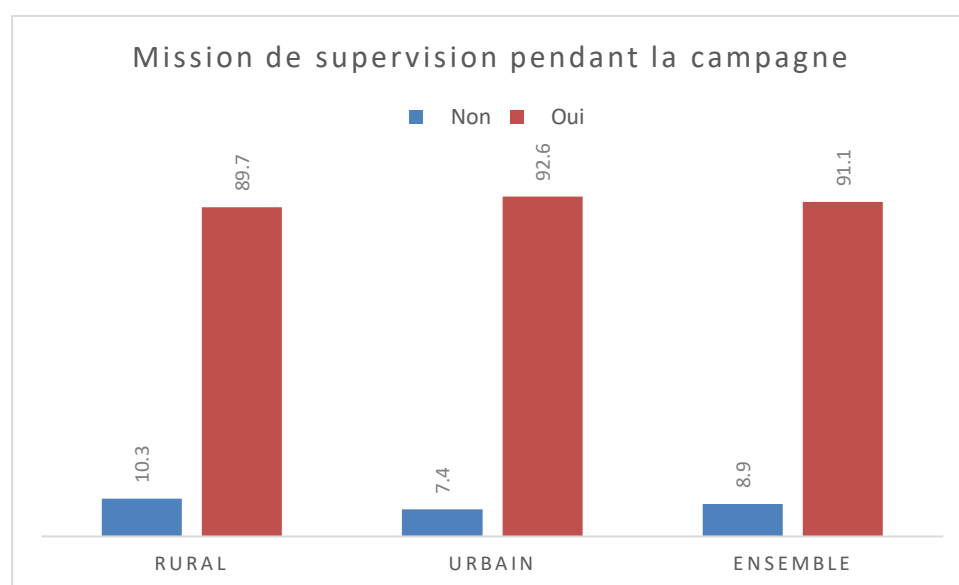
Approvisionnement en vitamine A	Milieu de résidence		Ensemble
	Rural	Urbain	
Y avait-il des problèmes avec l'approvisionnement en vitamine A pendant la campagne ?			
Non	93,1	92,6	92,9
Oui	6,9	7,4	7,1
Nombre de DC enquêtés	58	54	112
Si OUI, ces problèmes ont-ils été résolus ?			

Non	50,0	25,0	37,5
Oui	50,0	75,0	62,5
Nombre de DC enquêtés	4	4	8

8.5.5.3. Visite de supervision pendant la campagne

Afin d'assurer de l'application des règles édictées pendant la formation des DC, des missions de supervision sont organisées. Un des objectifs de la supervision est de régler les problèmes constatés sur le terrain. C'est pourquoi la question sur la visite d'une mission éventuelle de supervision a été posée au DC. Selon les résultats des analyses, 91 des DC interviewés, ont affirmé avoir reçu une mission sur le terrain pendant la campagne. Cette proportion est de 93% en zone urbaine et 90% en zone rurale.

Graphique : Mission de supervision des équipes de DC pendant la campagne



8.5.6. Suggestion pour l'amélioration de la supplémentation en vitamine A

Afin de trouver des solutions à certains problèmes constatés, et étant directement impliqués dans la distribution sur le terrain, les questions sur les possibilités d'améliorer les campagnes à venir, ont été posées aux DC. Les suggestions ont ainsi été formulées en fonction du milieu de résidence.

En milieu rural, les trois premières suggestions sont la sensibilisation des chefs de ménage, afin d'accepter la supplémentation et de prendre les dispositions (garder les enfants à la maison) pour que les enfants soient supplémentés ; la motivation des agents distributeurs et les agents de santé. Ces trois suggestions ont été les plus évoquées. A celles-ci, s'ajoutent la meilleure coordination entre la communauté et le personnel de santé, l'assurance d'un approvisionnement suffisant et prompt en Vit A et la formation régulière des Agents de santé et distributeurs communautaires.

En milieu urbain, la sensibilisation des chefs de ménages, les campagnes médiatiques (informations de la population de la tenue de la campagne) et la motivation des agents de santé constituent les trois premières suggestions formulées. A celles-ci, s'ajoutent la formation continue des agents de santé et communautaires et la motivation des distributeurs communautaires.

Par ailleurs, il est important de mentionner que les agents et les distributeurs sont au niveau opérationnel dans la chaîne d'exécution des activités de la campagne.

Tableau DC-7 : Répartition des DC selon les propositions d'amélioration de la supplémentation de la vitamine A par milieu de résidence.

Comment pensez-vous que la supplémentation en vitamine A pourrait être améliorée dans votre localité ?	Milieu de résidence		
	Rural	Urbain	Ensemble
Les campagnes médiatiques	24,1	50,0	36,6
Sensibilisation des chefs de ménage	77,6	83,3	80,4
Meilleure coordination entre la communauté et le personnel de santé	29,3	25,9	27,7
Assurer un approvisionnement suffisant et prompt en Vit A	24,1	33,3	28,6
Une formation régulière des Agents	25,9	38,9	32,1
La motivation des agents de santé	31,0	42,6	36,6
La motivation des ASC et bénévoles	46,6	37,0	42,0
Autre	19,0	13,0	16,1
Nombre de DC enquêtés	58	53	111

9. DISCUSSION

Après la campagne, l'enquête PEC a été organisée la DAN/MSHP, sous financement de Nutrition Internationale. Cette enquête avait pour objectif d'évaluer globalement la couverture de la supplémentation en vitamine A, chez les enfants de 6 à 59 mois et la qualité de l'organisation de la campagne de SVA tenue du 07 au 14 janvier 2022.

Pour cette évaluation, 1486 ménages et 2448 enfants, ont été touchés pour l'enquête quantitative. Pour le volet qualitatif, 105 agents de santé et 105 agents distributeurs ont été enquêtés.

Les données collectées auprès de ces différentes cibles de l'enquête, ont été analysées en fonction par domaine et pour l'ensemble de la zone de l'étude. Ainsi, au vu des résultats de ces analyses et pour chacun des objectifs spécifiques de notre enquête, il ressort que :

Objectif spécifique 1 : Évaluer les couvertures effectives de la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois

Pour cet objectif, les enfants de 6 à 59 mois, ont été spécifiquement concernés mais les questions ont été posées aux personnes en charge de ces enfants. Selon les résultats des analyses, la couverture de la supplémentation en vitamine A pour l'ensemble est de 85%. Cette couverture pourrait varier entre 84% et 87% obtenue à partir d'intervalle de confiance calculer au seuil de 95%.

Par milieu de résidence, la couverture la plus élevée a été enregistrée en zone rurale. Elle est de 88%. La couverture réelle pourrait se situer entre 87% et 90%. En zone urbaine, la couverture enregistrée est de 82% qui pourrait aussi varier entre 80% et 85%.

Il faut ajouter que dans l'ensemble 2% des enquêtés ne savent pas si l'enfant avait reçu ou non la vitamine A. Cette proportion de NSP est plus élevée en zone urbaine (2%) et plus faible en zone rurale (1%). La différence de couverture en supplémentation en vitamine A, observée entre le milieu rural et le milieu urbain est bien significativement au seuil de 5% ($P=0,000$) selon le test de khi-deux effectué.

Par ailleurs, les analyses croisées entre la couverture de la supplémentation de la vitamine A et les caractéristiques des enfants et des personnes en charge de ces enfants ont été effectuées. Ces croisements permettent d'établir le profil des enfants ayant plus de chance d'être supplémentés.

Pour les caractéristiques des enfants, l'analyse a été effectuée avec leur classe d'âge et le sexe. Selon leur classe d'âge, la couverture la plus importante a été enregistrée auprès des enfants âgés de 12 à 59 mois par rapport à ceux de 6 à 11 mois. Par sexe, la couverture la plus élevée a été observée chez les filles. Mais le test de significativité effectué au seuil de 5%, montre que la différence en termes de couverture observée entre ces deux classes d'âge et entre les filles et les garçons, n'est pas significative.

Pour les caractéristiques des personnes en charge des enfants, les analyses ont montré que la couverture de la supplémentation de la vitamine A, augmente avec l'âge de la personne en charge de l'enfant. Avec le temps et en contact les avec les agents de santé, elle apprend à prendre soin de l'enfant. Ce qui donne à ce dernier plus de chance d'être supplémenté.

Contrairement à la tranche d'âge de la personne en charge de l'enfant, l'amélioration de son niveau d'instruction n'améliore pas la couverture de la supplémentation de la vitamine A. Les couvertures les plus élevées ont été observées auprès des personnes en charge des enfants ayant fait les écoles coraniques ou qui se sont limitées au niveau primaire. L'aspect le plus étonnant est le fait que la couverture la plus faible a été enregistrée auprès des enfants dont la personne qui s'occupe de lui a le niveau supérieur. Cette tendance inversée de la couverture de la supplémentation de la vitamine A attendue, pourrait être due à d'autres facteurs que certainement d'autres types d'analyses (analyse multivariée par exemple), pourraient montrer.

Comme le niveau d'instruction, la couverture de la supplémentation en vitamine A, baisse avec l'amélioration des conditions de vie du ménage et cela de manière régulière. Cette baisse pourrait être due aux difficultés d'accès aux enfants issus des ménages riches.

Quant à l'indice de connaissance de la vitamine A, les analyses ont montré que plus la personne en charge de l'enfant a un indice élevé, plus son enfant est exposé à la supplémentation de la vitamine A. Ce qui signifie que la couverture de la supplémentation augmente avec le niveau de connaissance de la vitamine A. Plus la personne est renseignée sur la vitamine A, plus est engagé à faire supplémenter son enfant.

Comme l'indice de connaissance de la vitamine A, le fait d'être informé de la tenue de la campagne de supplémentation de la vitamine, préparent les personnes en charge des enfants, à prendre toutes les mesures pour faire supplémenter leurs enfants. Ce qui montre l'efficacité des stratégies de communication et d'information de la population, mises en place.

Il faut souligner que selon les analyses bivariées, le test de Khi-2 effectué au seuil de 5% montre que toutes caractéristiques sont significativement associées à la supplémentation de la vitamine A.

Objectif spécifique 2 et 8: Analyser les connaissances, les perceptions des parents sur la vitamine A, ainsi que la campagne de masse de distribution de ces produits et d'apprécier les niveaux de connaissance de la vitamine A chez les agents de santé et les distributeurs communautaires ayant participé à la dernière campagne ;

L'analyse du niveau connaissance des parents de la supplémentation en vitamine A, a été effectuée à partir d'une variable composite (indice de connaissance) créée à partir des questions liées à la vitamine A. Il s'agit de:

- la connaissance du nom du produit distribué (vitamine A) ;
- l'âge de prise de la première dose de la vitamine A ;
- La fréquence de prise de la vitamine A par an ;
- Et ses bienfaits.

Selon cet indicateur, une personne sur quatre, des enquêtées n'a aucune connaissance de la vitamine A. Autrement dit ces répondants ne connaissent ni le nom du produit qui a été distribué pendant la campagne, ni l'âge de prise de la première dose de la vitamine A, ni sa fréquence de prise par an, ou encore ses bienfaits. En revanche, environ 75% des enquêtés, ont pu citer au moins une bonne réponse.

Le faible niveau d'indice de connaissance de la vitamine A supplémentée aux enfants, a une implication significative sur la prise de la vitamine A car la couverture de la supplémentation de la vitamine A, augmente significativement avec l'indice de connaissance de la vitamine A.

D'une manière générale, cet indice montre que des efforts restent encore à fournir pour améliorer les connaissances de la population sur le nom du produit distribué (vitamine A), ses bienfaits, l'âge de prise de sa première dose et sa fréquence de prise dans l'année.

La même évaluation a été faite auprès des agents de santé et des agents communautaires.

L'indice de connaissance des agents de santé et des DC sur la vitamine A est un indicateur plus approfondi que celui calculé auprès des ménages ou des personnes en charge des enfants. Les agents de santé et les distributeurs communautaires, constituent les prestataires de services de la santé, impliqués dans l'organisation et l'exécution des activités des campagnes de distribution de masse organisées en Guinée. Ainsi, l'amélioration de leur connaissance sur les produits distributeurs constituerait un facteur important pouvant aussi améliorer l'indice de connaissance des personnes en charge des enfants car ils sont les premières sources d'information auprès de laquelle, la population est informée des bienfaits de la vitamine A.

Pour l'indice de connaissance des agents de santé et des DC sur la vitamine A, en plus des questions aux ménages, le dosage de la vitamine A pour les enfants de 6 à 11 mois et pour ceux de 12 à 59 mois avaient été ajoutés.

Les analyses effectuées auprès des agents de santé, à partir de cet indice, ont montré que leur connaissance sur la vitamine A, est partielle même s'ils ont tous pu donner au moins une bonne réponse en zone rurale et au moins 2 bonnes réponses en zone urbaine. Ce qui montre que la vitamine A est mieux connue en zone urbaine que rurale.

Pour les distributeurs communautaires, une proportion non négligeable n'a aucune connaissance de la vitamine A. Selon les résultats des analyses de cet indicateur, près de 3% des DC n'ont aucune connaissance de la vitamine A. Sur les 5 questions posées, ils n'ont donné aucune bonne réponse.

En faisant une analyse comparaison entre les agents de santé et les distributeurs, nous constatons que les premiers connaissent mieux la vitamine A que les seconds. Cette connaissance de la vitamine des agents de santé par rapport aux distributeurs communautaires, pourrait être due à leur niveau d'instruction car selon les analyses, tous les agents de santé ont au moins le niveau secondaire premier cycle. Ce qui leur donne l'avantage de pouvoir mener les recherches sur la vitamine A en plus de la formation continue assurée le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique avec l'appui de ses partenaires.

Par ailleurs, en comparant les prestataires des services de santé aux ménages, nous constatons les premiers ont une meilleure connaissance de la vitamine A. Cela pourrait être dû en partie aux différentes formations reçues, des sources d'informations qu'ils exploitent pour se renseigner les normes et directives sur la vitamine A.

En plus de la connaissance du produit administré pendant les campagnes de distribution, la perception que se fait la population sur la campagne et la vitamine A, peuvent avoir un impact important sur le taux de couverture.

Quant à la campagne de supplémentation de la vitamine A, dans l'ensemble près de 88% des personnes en charge des enfants pensent que la campagne est bonne ou très bonne.

L'analyse par milieu de résidence montre que la campagne est largement appréciée quel que soit le milieu de résidence considéré. Selon le test de Khi2 effectué au seuil de 5%, la différence en termes d'appréciation observée entre ces deux milieux, n'est pas significative.

Par ailleurs, la seconde phase de l'évaluation de la perception concerne la vitamine A elle-même. Selon les résultats des analyses, la vitamine A semble également être très appréciée par les personnes en charge des enfants car seulement une personne sur 10 n'apprécie pas la vitamine A. La raison évoquée était l'effet de celle-ci sur la santé de ses enfants ou le manque de confiance d'une manière générale aux produits distribués pendant les campagnes.

Mais il est important de mentionner qu'une proportion non négligeable des personnes en charge des enfants ne sont pas prononcées. Elle est de 10% pour l'ensemble et pour le milieu urbain et de 11% pour le milieu rural. A ce niveau également, la différence observée entre les deux milieux de résidence n'est pas significative.

Objectif spécifique 3 et 7: Identifier les facteurs qui ont influencé la couverture ainsi que les obstacles de la campagne de masse de supplémentation en vitamine A.

L'identification des facteurs pouvant influencer la couverture de la supplémentation de la vitamine, a été effectuée à partir d'un modèle logistique binaire. Selon les analyses ces facteurs sont complexes et peuvent varier d'un milieu de résidence à l'autre. Ils peuvent être liés aux caractéristiques de la personne en charge de l'enfant, celles du chef de ménage, celles de l'enfant, les facteurs environnementaux, sociaux, etc.

D'une manière globale, les analyses multivariées, ont permis d'identifier des facteurs ayant une influence positive sur la supplémentation de la vitamine A pour l'ensemble de la zone de l'étude et par milieu de résidence. Agir sur ces facteurs, pourraient contribuer à augmenter significativement la couverture de la supplémentation de la vitamine A. Il s'agit :

- **De l'indice de connaissance de la vitamine A :** il indique le niveau de connaissance de la vitamine A. Selon les analyses, l'augmentation de la proportion des personnes ayant une connaissance de la vitamine A, pourrait significativement augmenter la proportion des enfants supplémentés. Cette augmentation pourrait se faire à travers les sources d'information les plus crédibles (Agents de santé), les campagnes de sensibilisation sur la vitamine A en mettant un accent particulier sur le nom du produit (Vitamine A), son importance, l'âge de sa première prise par l'enfant et sa fréquence de prise par an.

- **La perception positive des personnes en charge des enfants sur la vitamine A** : pendant l'enquête PEC, les perceptions sur les campagnes d'une manière général et sur la supplémentation en vitamine A, en particulier, ont été posées. La perception sur la supplémentation de la vitamine A semble avoir une influence significative sur la couverture de la supplémentation. Selon les résultats des analyses, plus la SVA est appréciée par les personnes en charge de l'enfant, plus elles sont motivées à faire sur supplémenter leurs enfants.
- **La fréquentation des structures sanitaires pour bénéficier des soins** : La fréquentation des structures sanitaires pour bénéficier des soins, peut prédisposer à accepter les services offerts pendant les campagnes. Cette prédisposition, donne plus de chance à leurs enfants d'être supplémentés car elle pourrait diminuer les cas de refus. Mettre également les agents de santé à profit qui constituent la source d'information la plus crédible, pour informer ces personnes qui fréquentent les structures de l'importance de la vitamine A, de la période de la campagne, etc..
- **L'information de la population de la tenue de la campagne** : Le fait d'être informé de la tenue de la campagne, permet de prendre des dispositions nécessaires (garder les enfants à la maison, période de la campagne, vérification du statut vaccinal de l'enfant, etc) pour bénéficier à ses enfants, les services offerts pendant la campagne. L'information constitue un élément majeur dans l'augmentation de la couverture de la supplémentation de la vitamine A.
- **L'enregistrement des naissances à l'état civil** : l'enregistrement de la naissance de l'enfant à l'état civil, est un facteur qui témoigne l'attention accordée à l'enfant. L'acte ou l'extrait de naissance délivré par la mairie, permet de connaître l'âge de l'enfant car il constitue une preuve pour l'éligibilité ou non de l'enfant à bénéficier des services offerts pendant la campagne.
 Toute chose étant égale par ailleurs, les analyses ont montré que l'augmentation du nombre de déclaration des naissances dans les mairies, pourrait également augmenter la couverture de la SVA. **Ce qui pourrait être considéré comme étant l'effet de l'interopérabilité entre la santé et l'état civil.**
- **Du fait de laisser les femmes prendre soin des enfants** : le fait qu'un enfant soit gardé par une femme, lui donne plus de chance d'être supplémenté par rapport aux enfants qui sont gardés par un homme.

Par ailleurs, les obstacles ont pu être identifiés à travers les raisons de la non supplémentation de la vitamine A. Pour les enfants n'ayant pas été supplémentés, plusieurs raisons ou obstacles ont été évoqués. Parmi ces raisons, la principale aussi bien en zone rurale qu'urbaine, était le manque de couverture géographique totale (les agents distributeurs ne sont pas passés) de toutes les localités (villages, quartiers, secteurs). Ce manque de couverture géographique totale, prive ainsi les enfants qui vivent dans les localités non touchées, de bénéficier des services fournis pendant la campagne (Supplémentation de la vitamine A, le dépistage de la malnutrition, l'enregistrement des naissances). Un autre obstacle identifié est l'absence des enfants à supplémenter à la maison pendant le passage des agents distributeurs à domicile. Il constitue est la deuxième raison la plus mentionnée suivie du manque d'information sur la tenue de la campagne.

Malgré la mise en place d'une stratégie d'information et de communication, le manque d'information a été mentionné comme une raison de la supplémentation des enfants. L'exposition aux médias a

travers les agents de santé (Distributeur Communautaire, agents de santé), l'écoute de la radio ou la télévision constitue aussi un puissant moyen qui explique la supplémentation des enfants en vitamine A. La stratégie de communication, via les moyens de communication, représente un outil incontournable pour l'amélioration de la couverture de la supplémentation de la vitamine A. Elle contribue aussi à la vulgarisation et au développement de la pratique de la supplémentation.

Le refus des ménages ou des personnes en charge des enfants de leur faire supplémenter n'est pas resté en marge des obstacles mentionnés par les personnes interviewées. Il est plus accentué en zone urbaine qu'en zone rurale.

Les analyses détaillées montrent que la tendance constatée au niveau global est également celle constatée aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain.

En tenant compte des raisons citées, le taux de couverture pourrait être amélioré en prenant des mesures contre par exemple le manque de couverture géographique totale, l'absence des enfants à domicile pendant le passage des DC et en accentuant d'avantage les campagnes d'information avant la tenue de la campagne.

La couverture intégrale de toutes les localités permettra de supplémenter les enfants vivant dans ces localités. L'augmentation de la fréquence de passage des DC dans les ménages, permettra de supplémenter les enfants absents pendant le passage précédent.

Parmi les raisons évoquées, le refus semble être l'obstacle le plus difficile à traiter car il demande l'implication de plusieurs personnes dans la chaîne de sensibilisation et la mise en place d'une stratégie spécifique à chaque cas du refus. Ceci pourrait nécessiter la mise en place d'une cellule ou un groupe de gestion des cas de refus. Cette cellule peut comprendre les autorités sanitaires, administratives, coutumières et religieuses.

Par ailleurs, des entretiens avec les distributeurs ont également permis d'identifier d'autres obstacles pouvant contribuer à améliorer la couverture de la supplémentation. Ces obstacles ont été abordés sous formes de suggestions à faire pour améliorer la couverture de la supplémentation en vitamine A. Ces suggestions ont ainsi été formulées par milieu de résidence.

En milieu rural, les trois premières suggestions sont la sensibilisation des chefs de ménage, afin d'accepter la supplémentation et de prendre les dispositions (garder les enfants à la maison) pour que les enfants soient supplémentés ; la motivation des agents distributeurs et les agents de santé. Ces trois suggestions ont été les plus évoquées. A celles-ci, s'ajoutent la meilleure coordination entre la communauté et le personnel de santé, l'assurance d'un approvisionnement suffisant et prompt en Vit A et la formation régulière des Agents de santé et distributeurs communautaires.

En milieu urbain, la sensibilisation des chefs de ménages, les campagnes médiatiques (informations de la population de la tenue de la campagne) et la motivation des agents de santé constituent les trois premières suggestions formulées. A celles-ci, s'ajoutent la formation continue des agents de santé et communautaires et la motivation des distributeurs communautaires.

Objectif spécifique 4: Évaluation de l'efficacité des activités de mobilisation sociale liée à la campagne de masse de distribution de vitamine A

Pour informer les ménages de la tenue de la campagne, des activités de mobilisation sociale sont effectuées. Elles visent à faire passer des messages spécifiques sur la vitamine A, sur la période de la campagne, les produits à distribuer, les services rendus pendant la campagne.

Pour y arriver, plusieurs sources d'informations sont utilisées dont principalement les agents de santé, les mobilisateurs sociaux, la télévision, la radio les crieurs publics. Ce qui a permis de toucher 68% des ménages en milieu rural et 57% en milieu urbain.

Quant à la source d'information la plus crédible sur la vitamine, les personnes en charge des enfants portent plus confiance au personnel de santé et aux agents communautaires dans l'ensemble. Par milieu de résidence, la télévision constitue la seconde d'information la plus fiable alors qu'en zone rurale, les agents communautaires représentent la source la plus importante après les agents de santé.

Par ailleurs, l'efficacité de la stratégie de mobilisation mise en place peut être mesurée à travers l'influence significative que le fait d'être informé de la tenue de la campagne, a eu sur la couverture de la supplémentation de la vitamine A au seuil de 5% selon le test de Khi-2. Les analyses ont montré que 96% des enfants des personnes ayant informées de la tenue de la campagne, avaient été supplémentées. Cette proportion était de 67% pour les enfants des parents qui n'étaient informés de la tenue de la campagne.

En se basant sur les résultats des analyses, l'amélioration de la couverture de la supplémentation de la vitamine A pourrait passer par l'augmentation de la proportion des personnes en charge des enfants, en utilisant les moyens crédibles mentionnés par milieu de résidence.

Objectif spécifique 5: Evaluer le taux d'enregistrement des naissances à l'état civil ;

Dans le cadre de l'interopérabilité entre la santé et l'état, les Journées Nationales de la Vaccination (JNV) sont parfois couplées à la campagne d'enregistrement des naissances. Pour la campagne passée, il s'agissait d'enregistrer à l'état-civil au moins 95% des enfants de 0 à 2 mois identifiés sans actes de naissance dans toutes les districts sanitaires et ceux au-delà de 2 mois et promouvoir l'enregistrement universel des enfants à l'état civil dans le délai légal de 2 mois. Pendant l'enquête PEC, les questions sur l'enregistrement des naissances, ont concerné les enfants de 6 à 59 mois.

Ce qui pourrait permettre d'évaluer l'interopérabilité entre la santé et l'état civil pour les campagnes passées et l'enregistrement universel des enfants.

Dans l'ensemble seulement un enfant sur 4 n'est pas enregistré à l'état civil. Les trois sur quatre enregistrés à l'état civil, concernent les enfants ayant des actes de naissance vus ou non et les enfants déclarés à l'état dont l'acte n'a pas encore été rendu aux parents de l'enfant.

Ces proportions élevées d'enfants enregistrés à l'état civil pourraient être en partie dues à la collaboration entre la santé et le service de l'état civil mais aussi aux efforts fournis par les Partenaires Techniques et Financiers comme l'UNICEF, ENABEL dans le cadre l'enregistrement universel des enfants.

Pour l'enregistrement des naissances, l'implication des parents de l'enfant surtout son père est un facteur déterminant car les analyses ont montré qu'il est la principale personne qui motive pour l'enregistrement des naissances.

Quant aux raisons **de non enregistrement des enfants à l'état civil**, les analyses détaillées par milieu de résidence montrent que l'ordre d'importance varie d'un milieu à l'autre. Après la négligence des parents à aller enregistrer leur enfant à l'état civil, le manque de moyen financier est la deuxième raison citée en zone urbaine alors que l'éloignement des centres d'état civil, représente la deuxième raison en zone rurale. Ainsi, ces résultats montrent que des stratégies adaptées à chaque milieu de résidence, doivent être mises en place afin de rendre l'enregistrement universel des naissances, une réalité en Guinée.

Objectif spécifique 6: Effectuer une triangulation entre les données administratives de la campagne de masse et les résultats de l'enquête PECS ;

La triangulation entre les différentes sources d'information est un moyen de vérification. Pour cela, trois sources différentes, ont été utilisées. Il s'agit des données administratives collectées pendant la campagne, les données collectées pendant l'enquête PEC par les enquêteurs et les données collectées par les superviseurs pendant l'enquête PEC.

Après la campagne de distribution, les services sanitaires tiennent des réunions au cours desquelles, les statistiques sont rétablies pour calculer les différentes couvertures. Ces couvertures sont basées sur les données de planification (projection de la population de l'INS) et le nombre d'enfants supplémentés sur le terrain.

Par ailleurs, pour contrôler la qualité des données collectées par les enquêteurs, une mission de supervision avait été déployée, dont l'un des rôles étaient la collecte des données avec un questionnaire réduit, dans les ménages déjà visités par les enquêteurs (double collecte).

Selon la source administrative, tous les enfants planifiés non seulement ont été supplémentés mais d'autres enfants venus d'ailleurs aussi car pendant les phases de planification, le nombre de doses de vitamine A fournies aux équipes, prenait en compte des cas de surplus d'enfants, les cas de perte, de gaspillage. C'est qui a permis de supplémenter en vitamine A, 103% des enfants sur toute l'étendue du territoire national (100% des enfants planifiés et 3% sont des enfants supplémentés mais qui n'avaient pas été pris en compte dans les prévisions).

Ces résultats sont différents de ceux trouvés par l'enquête PEC réalisée. Selon cette enquête, dans l'ensemble la proportion des enfants de 6 à 59 mois supplémentés varie entre 84% et 87%. Cet intervalle ne contient pas la couverture administrative qui est de 103%. Ce qui pourrait signifier que la couverture administrative est significativement différente de la couverture issue de l'enquête PEC. Par contre, les résultats du contrôle de qualité effectué par les superviseurs, confirment les couvertures issues de l'enquête PEC.

La différence observée entre le taux de couverture administratif et le taux de couverture issu de l'enquête PEC, pourrait être due à plusieurs facteurs dont entre autres :

- **Les méthodes de calcul des taux de couverture : le numérateur et le dénominateur sont différemment obtenus. Ils sont issus de sources différentes ;**
- **Aux erreurs d'échantillonnage commises pendant l'enquête (sélection aléatoire des ménages) ;**
- **Au défaut de mémoire des personnes en charge des enfants ayant été enquêtées ;**

- L'interview d'une autre personne à la place de celle qui est en charge de l'enfant ;
- L'interview des personnes en charge de l'enfant.

10. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

D'une manière générale, l'enquête de couverture a permis d'évaluer la campagne passée conformément aux objectifs visés pour l'ensemble du pays mais aussi par milieu de résidence.

L'analyse des caractéristiques des enquêtés, a montré que la majorité des personnes en charge des enfants, enquêtées sont des femmes. Pour avoir les meilleures informations sur l'enfant, il avait été recommandé, d'interviewer la gardienne de l'enfant. Ce qui a permis d'avoir ainsi les informations de qualité sur les enfants éligibles à l'enquête.

Les analyses des données issues de l'enquête ont montré que pour l'ensemble et pour chaque milieu de résidence, la proportion d'enfants supplémentés, dépasse 80% qui était le taux visé pendant la campagne. Elle était de 85% pour l'ensemble (88% en milieu rural et 82% en milieu urbain).

Les analyses comparatives entre les couvertures administratives et celles issues de l'enquête PEC, ont montré que ces deux couvertures sont significativement différentes au seuil de 5%. Les couvertures administratives sont en dehors de l'intervalle de confiance calculé 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 le nombre d'enfants cibles estimés à partir des données du recensement qui sont susceptibles aux mouvements de population, le défaut de mémoire des enquêtés, l'interview d'une personne différente de celle qui était avec l'enfant pendant la prise de la vitamine A, aux erreurs d'échantillonnage, etc.

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 déparasitant. Selon ces indices, (Indice de connaissance des agents de santé/DC de la vitamine A et du déparasitant), les connaissances sur les produits distribués sont encore limitées en tant que prestataires de services de santé.

Pour améliorer la qualité du service rendu pendant les campagnes d'administration de la vitamine A à venir, les analyses effectuées à partir des données collectées effectuées auprès des ménages, des agents de santé, des distributeurs communautaires et des responsables administratifs du système sanitaire, ont permis de formuler des recommandations par niveau d'implication dans l'organisation de la campagne. **Certaines de ces recommandations faites dans les rapports précédents, reviennent régulièrement à cause certainement de leur manque d'application.**

Au ministère de la santé/Partenaires techniques et financiers.

- ✓ Pour partager les résultats de l'enquête PEC, organiser des ateliers de restitution des résultats de l'enquête dans les districts sanitaires et surtout discuter des recommandations et des mesures à prendre, pour une meilleure gestion de la prochaine campagne ;

- ✓ Renforcer l'interopérabilité entre la santé et l'état civil car les analyses ont montré que le fait d'enregistrer son enfant à l'état civil, a une influence positive sur la couverture vaccinale. Le résultat de l'interopérabilité entre la santé et l'état civil sur la couverture vaccinale, pourrait être un facteur incitatif pour d'autres collaboration (entre la santé et le préscolaire par exemple). Cela pourrait aider à diminuer le nombre d'enfants manqués à la maison pendant le passage des DC ;
- ✓ Intensifier la communication en utilisant les canaux écoutés et les plus crédibles selon les milieux de résidence avant la campagne surtout dans les lieux fréquentés par les femmes. Les analyses ont montré que les enfants suivis par les femmes ont plus de chance d'être supplémentés ;
- ✓ Continuer les campagnes de sensibilisation auprès de la population sur la fréquentation des structures sanitaires pour bénéficier des soins de santé. Cela prépare la population à accepter la vitamine A supplémenter aux enfants de 5 à 59 mois pendant les campagnes ;
- ✓ Organiser davantage les renforcements de capacité pour le personnel de santé et les agents communautaires pour lesquels, les formations constituent la principale source d'information sur la vitamine A.

Aux Directeurs Préfectoraux de la Santé (DPS)/Directeurs Régionaux de la Santé (DRS).

- ✓ Pour lutter contre le manque de couverture géographique, qui a été cité comme première raison de non prise de la vitamine A par les enfants, 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 la couverture géographique totale ;
 - Produire des cartes de zones à couvrir par équipe. Ces cartes peuvent également être produites et pourraient aider à évaluer la couverture géographique au fur et à mesure que les équipes avancent ;
 - Augmenter le nombre d'agents distributeurs afin de diminuer le nombre de localités à couvrir pour leur permettre de couvrir toutes les localités et de repasser dans les ménages visités dans lesquels les enfants étaient absents ;
- ✓ Mettre en place une stratégie de communication adaptée à chaque zone (milieu de résidence) et en utilisant plus les sources d'information les plus cités afin de toucher le maximum de personnes ;
- ✓ Mettre en place une cellule de gestion des cas de refus, composée de leaders religieux, les autorités administratives et coutumières où une proportion non négligeable des parents qui refusent de faire supplémenter leurs enfants à cause des considérations religieuses ou des mauvaises informations sur la vitamine A ;

- ✓ Intensifier les campagnes d'information et de sensibilisation sur la campagne plusieurs semaines avant le début de la campagne de supplémentation de la vitamine A en mettant un accent sur les bienfaits de la vitamine A, l'âge de prise de sa première dose et sa fréquence de prise dans l'année afin d'améliorer l'indice de connaissance des ménages sur la vitamine A;

11. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

12. ANNEXES

12.1.1. Zone de dénombrement tirées pour l'enquête

Tableau A1 : Répartition des ZD tirées par région administrative, Préfecture et sous-préfecture.

Region Adm	Prefecture	Commune	Milrest	NUM ZD	Ménage	Pop	Statut_ZD
Boké	BOFFA	KOBA-TATEMA	Rural	20	168	1100	Normal
Boké	BOKE	Bintimodiya	Rural	3	145	858	Normal
Boké	BOKE	Kanfarande	Rural	20	123	828	Normal
Boké	BOKE	Sangaredi	Rural	57	105	696	Normal
Boké	FRIA	Tormelin	Rural	12	187	1212	Normal
Boké	GAOUAL	Koumbia	Rural	29	180	1186	Normal
Boké	KOUNDARA	Guingan	Rural	2	141	888	Normal
Boké	KOUNDARA	Youkounkoun	Rural	3	213	1304	RC
Faranah	DABOLA	Dabola-centre	Rural	24	129	880	Normal
Faranah	DINGUIRAYE	Banora	Rural	15	168	1097	Normal
Faranah	DINGUIRAYE	Dinguiraye-centre	Rural	29	133	994	Normal
Faranah	FARANAHA	Banian	Rural	11	163	1116	Normal
Faranah	FARANAHA	Maréla	Rural	3	369	3148	Normal
Faranah	FARANAHA	Tiro	Rural	8	131	1434	Normal
Faranah	KISSIDOUGOU	Firawa (Yomadou)	Rural	11	131	911	Normal
Faranah	KISSIDOUGOU	Yende-Millimou	Rural	21	120	669	RC
Kankan	KANKAN	Bate-nafadji	Rural	2	112	1021	Normal
Kankan	KANKAN	Koumban	Rural	17	98	885	Normal
Kankan	KANKAN	Tokounou	Rural	11	120	973	Normal
Kankan	KEROUANE	Banankoro	Rural	71	208	1210	Normal
Kankan	KEROUANE	Sibiribaro	Rural	2	230	1436	Normal
Kankan	KOUROUSSA	Banfele	Rural	15	317	2050	Normal
Kankan	KOUROUSSA	Doura	Rural	11	90	1030	Normal
Kankan	MANDIANA	Kantoumanina	Rural	9	93	803	Normal
Kankan	MANDIANA	Koundian	Rural	16	117	1003	Normal

Kankan	SIGUIRI	Bankon	Rural	17	118	918	Normal
Kankan	SIGUIRI	Kiniebakoura	Rural	20	95	952	Normal
Kankan	SIGUIRI	Kintinian	Rural	35	200	1247	Normal
Kankan	SIGUIRI	Niagassola	Rural	7	86	1666	Normal
Kankan	MANDIANA	Balandougouba	Rural	13	50	968	RC
Kankan	SIGUIRI	Siguiiri-centre	Rural	114	66	1191	RC
Kindia	DUBREKA	Khorira	Rural	15	192	1520	Normal
Kindia	DUBREKA	Tondon	Rural	40	297	2471	Normal
Kindia	FORECARIAH	Sikhourou	Rural	8	174	1589	Normal
Kindia	KINDIA	Friguiagbe	Rural	16	100	730	Normal
Kindia	KINDIA	Mambiya	Rural	1	177	1702	Normal
Kindia	KINDIA	Sougueta	Rural	38	236	1870	Normal
Kindia	TELIMELE	Kollet	Rural	2	201	1106	Normal
Kindia	TELIMELE	Sarekaly	Rural	3	141	854	Normal
Kindia	TELIMELE	Thionthian	Rural	5	123	1014	Normal
Kindia	FORECARIAH	Kallia	Rural	3	167	1473	RC
Labé	KOUBIA	Koubia centre	Rural	5	133	924	Normal
Labé	LABE	Labé centre	Rural	14	203	1069	Normal
Labé	LABE	Sannoun	Rural	24	129	1000	Normal
Labé	LELOUMA	Lafou	Rural	16	196	946	Normal
Labé	MALI	Balaki	Rural	9	115	959	Normal
Labé	MALI	Lebekere	Rural	2	221	984	Normal
Labé	MALI	Touba	Rural	6	160	1095	Normal
Labé	TOUGUE	Konah	Rural	1	141	1311	Normal
Labé	LABE	Diari	Rural	2	120	1011	RC
Mamou	DALABA	Kankalabe	Rural	13	240	1337	Normal
Mamou	MAMOU	Bouliwel	Rural	8	190	928	Normal
Mamou	MAMOU	Poredaka	Rural	21	127	632	Normal
Mamou	PITA	Bantignel	Rural	4	158	773	Normal
Mamou	PITA	Ley-Miro	Rural	8	148	623	Normal
Mamou	PITA	Sangareah	Rural	8	188	1119	Normal
Mamou	PITA	Timbi-Touny	Rural	6	209	1034	Normal
Mamou	MAMOU	Konkoure	Rural	12	241	1149	RC
N'Zérékoré	BEYLA	Diarraguerela	Rural	4	146	1153	Normal
N'Zérékoré	BEYLA	Sinko	Rural	48	229	2160	Normal
N'Zérékoré	GUECKEDOU	Kassadou	Rural	2	248	1190	Normal
N'Zérékoré	GUECKEDOU	Ouendé Kénéma	Rural	31	118	516	Normal
N'Zérékoré	LOLA	Foumbadou	Rural	13	120	825	Normal
N'Zérékoré	LOLA	Lola centre	Rural	28	263	1487	Normal
N'Zérékoré	MACENTA	Macenta centre	Rural	49	212	1145	Normal
N'Zérékoré	MACENTA	Watanka	Rural	6	229	1222	Normal
N'Zérékoré	NZEREKORE	Koulé	Rural	16	150	1198	Normal
N'Zérékoré	NZEREKORE	Womey	Rural	4	195	1042	Normal
N'Zérékoré	YOMOU	Bowé	Rural	11	87	529	Normal
N'Zérékoré	BEYLA	Koumandou	Rural	13	109	1048	RC
N'Zérékoré	MACENTA	Daro	Rural	2	305	1933	RC
Boké	BOKE	Boke-Centre	Urbain	24	160	1285	Normal

Boké	BOKE	Kamsar	Urbain	61	314	2408	Normal
Boké	BOKE	Sangaredi	Urbain	4	265	1782	Normal
Boké	FRIA	Fria-Centre	Urbain	13	198	1228	Normal
Boké	KOUNDARA	Koundara-Centre	Urbain	2	218	1411	RC
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	16	165	1424	Normal
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	55	242	1668	Normal
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	97	283	2013	Normal
Conakry	CONAKRY	Kaloum	Urbain	31	156	1051	Normal
Conakry	CONAKRY	Matam	Urbain	20	231	1424	Normal
Conakry	CONAKRY	Matam	Urbain	59	288	1935	Normal
Conakry	CONAKRY	Matam	Urbain	102	171	1214	Normal
Conakry	CONAKRY	Matoto	Urbain	33	192	1278	Normal
Conakry	CONAKRY	Matoto	Urbain	71	171	1326	Normal
Conakry	CONAKRY	Matoto	Urbain	112	233	1606	Normal
Conakry	CONAKRY	Matoto	Urbain	153	92	808	Normal
Conakry	CONAKRY	Matoto	Urbain	193	203	1596	Normal
Conakry	CONAKRY	Matoto	Urbain	236	215	1535	Normal
Conakry	CONAKRY	Matoto	Urbain	316	225	1791	Normal
Conakry	CONAKRY	Matoto	Urbain	359	273	1989	Normal
Conakry	CONAKRY	Matoto	Urbain	402	307	2383	Normal
Conakry	CONAKRY	Matoto	Urbain	443	141	1113	Normal
Conakry	CONAKRY	Matoto	Urbain	487	114	875	Normal
Conakry	CONAKRY	Ratoma	Urbain	34	185	1166	Normal
Conakry	CONAKRY	Ratoma	Urbain	71	234	1410	Normal
Conakry	CONAKRY	Ratoma	Urbain	115	119	718	Normal
Conakry	CONAKRY	Ratoma	Urbain	196	309	1967	Normal
Conakry	CONAKRY	Ratoma	Urbain	231	429	2462	Normal
Conakry	CONAKRY	Ratoma	Urbain	267	157	1065	Normal
Conakry	CONAKRY	Ratoma	Urbain	341	249	1890	Normal
Conakry	CONAKRY	Ratoma	Urbain	376	244	1549	Normal
Conakry	CONAKRY	Ratoma	Urbain	414	195	1458	Normal
Conakry	CONAKRY	Ratoma	Urbain	456	134	1213	Normal
Conakry	CONAKRY	Matoto	Urbain	277	204	1473	RC
Conakry	CONAKRY	Ratoma	Urbain	160	194	1233	RC
Conakry	CONAKRY	Ratoma	Urbain	302	235	1774	RC
Faranah	DINGUIRAYE	Dinguiraye-centre	Urbain	7	128	1219	Normal
Faranah	FARANAH	Faranah-centre	Urbain	27	300	3010	Normal
Faranah	KISSIDOUYOU	kissidougou Centre	Urbain	15	165	1648	Normal
Faranah	KISSIDOUYOU	kissidougou Centre	Urbain	48	151	1273	Normal
Faranah	KISSIDOUYOU	kissidougou Centre	Urbain	78	425	2823	RC
Kankan	KANKAN	Kankan-centre	Urbain	29	105	846	Normal
Kankan	KANKAN	Kankan-centre	Urbain	68	188	1922	Normal
Kankan	KANKAN	Kankan-centre	Urbain	106	484	4110	Normal
Kankan	KOUROUSSA	Kouroussa centre	Urbain	2	200	1823	Normal
Kankan	SIGUIRI	Siguiiri-centre	Urbain	3	195	1518	Normal
Kankan	SIGUIRI	Siguiiri-centre	Urbain	70	341	3094	Normal
Kankan	SIGUIRI	Siguiiri-centre	Urbain	37	215	1662	RC

Kindia	COYAH	Maneah	Urbain	2	155	1170	Normal
Kindia	COYAH	Maneah	Urbain	32	339	2197	Normal
Kindia	COYAH	Maneah	Urbain	63	302	2184	Normal
Kindia	DUBREKA	Dubreka-centre	Urbain	39	313	2193	Normal
Kindia	DUBREKA	Dubreka-centre	Urbain	82	227	1581	Normal
Kindia	FORECARIAH	Forecareah Centre	Urbain	1	199	1826	Normal
Kindia	KINDIA	Kindia centre	Urbain	30	168	1079	Normal
Kindia	KINDIA	Kindia centre	Urbain	75	203	1382	Normal
Kindia	TELIMELE	Telimele centre	Urbain	6	459	2624	Normal
Kindia	COYAH	Maneah	Urbain	99	239	1664	RC
Labé	LABE	Labé centre	Urbain	80	261	1796	Normal
Labé	LABE	Labé centre	Urbain	103	345	2360	Normal
Labé	LABE	Labé centre	Urbain	56	219	1485	RC
Mamou	MAMOU	Mamou centre	Urbain	43	209	1336	Normal
Mamou	PITA	Pita centre	Urbain	10	204	1069	Normal
Mamou	MAMOU	Mamou centre	Urbain	14	151	860	RC
N'Zérékoré	BEYLA	Beyla centre	Urbain	3	144	1057	Normal
N'Zérékoré	GUECKEDOU	Guéckédou centre	Urbain	27	126	1068	Normal
N'Zérékoré	LOLA	Lola centre	Urbain	9	156	898	Normal
N'Zérékoré	MACENTA	Macenta centre	Urbain	24	142	805	Normal
N'Zérékoré	NZEREKORE	N'Zérékoré centre	Urbain	13	517	3261	Normal
N'Zérékoré	NZEREKORE	N'Zérékoré centre	Urbain	82	115	1144	Normal
N'Zérékoré	NZEREKORE	N'Zérékoré centre	Urbain	119	172	1564	Normal
N'Zérékoré	NZEREKORE	N'Zérékoré centre	Urbain	43	168	1436	RC

12.1.2. Liste des ZD de l'enquête pilote.

Region adm	Prefecture	Sous Prefecture	Milres	Num ZD	Menages vivant dans la ZD	Population
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	1	133	970
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	2	250	1 528
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	3	140	1 055
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	4	137	891
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	5	110	796
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	6	194	1 480
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	7	146	1 026
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	8	174	1 309
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	9	141	838
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	10	160	1 080
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	19	125	1 046
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	20	132	672
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	21	218	1 362
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	22	234	1 648
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	23	124	918
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	24	195	1 484
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	25	108	756
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	26	193	1 340
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	27	307	2 014

Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	28	170	1 090
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	29	167	1 018
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	30	67	535
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	31	165	1 270
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	32	213	1 403
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	33	185	1 372
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	34	182	1 561
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	35	154	902
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	36	210	1 264
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	37	143	770
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	38	299	1 943
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	39	304	1 913
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	40	302	1 613
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	41	260	1 619
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	42	206	1 148
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	43	267	1 533
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	44	186	2 578
Conakry	CONAKRY	Dixinn	Urbain	45	403	2 772

12.2. Questionnaires



QUESTIONNAIRE MENAGE



Nourish Life

ENQUETE PECS

QUESTIONNAIRE MENAGE

Les renseignements contenus dans ce questionnaire sont confidentiels. Ils sont couverts par le secret statistique et ne peuvent être publiés que sous forme anonyme conformément à la loi n° 2013-537 du 10 juillet 2013 portant organisation du Système Statistique National.

A LIRE A L'ENQUETE

Bonjour Madame / Monsieur,

Mon nom est _____, Nous sommes venus au nom du ministère de la Santé pour parler de la santé des enfants dans votre communauté. Avec l'appui de Helen Keller International et les autres partenaires, le gouvernement a fait la supplémentation en vitamine A, le déparasitage et le dépistage de la malnutrition pour les enfants la semaine passée. Nous venons pour voir comment cela s'est passé. Nous aimerions vous poser quelques questions sur ces services de santé.

Ces questions ne devraient prendre que peu de temps (30 minutes maximum). En participant, vous fournirez des informations précieuses sur la façon d'améliorer les services de santé dans votre région. Vous êtes libre de choisir de participer ou non, vous êtes aussi libre de refuser de répondre à n'importe laquelle des questions. Cependant, votre opinion est très importante dans cette étude. Vos réponses resteront confidentielles. Nous ne collectons aucune information qui pourrait permettre de vous identifier comme votre nom, adresse ou numéro de téléphone. Voulez-vous y participer ? Oui (continuez) Non

FIN

→

Numéro d'identification du ménage :

Type	Grappe	Ménage
E C		

Q1 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

N°	QUESTIONS	REPONSES	CODES
Q1.1	Strate		__
Q1.2	Région sanitaire		__
Q1.3	District sanitaire		__
Q1.4	Localité		__
Q1.5	Zone	1= rurale 2= urbaine	__
Q1.6	N° de la ZD ou Grappe		__
Q1.7	N° d'identification du ménage		__ __ __
Q1.8	Code enquêteur		__ __
Q1.9	Code équipe		__ __
Q1.10	Date de l'enquête	/____/____/____/ (jour) (mois) (année)	__ __ __

Q2 : PROFIL DU REpondANT

N°	QUESTIONS	REPONSES	CODES
----	-----------	----------	-------

Q2.1	Lien de parenté avec l'enfant	1=Père 3= Oncle 5= Tuteur 7= Grand-père 9=Servante (Précisez).....	2= Mère 4= Tante 6=Tutrice 8=Grand-Mère 10= Autre	____
Q2.2	Sexe	1=Masculin 2=Féminin		____
Q2.3	Quel âge avez-vous ?	/_____/ans	999=Ne sait pas	____
Q2.4	Quel est votre niveau d'éducation scolaire ?	1=Non scolarisé 2=Primaire 3=Secondaire 4=Supérieur		____
Q2.5	Quelle est votre activité principale ?	1= Agent du secteur public 2= Agent du secteur privé 3=Commerçant(e) 4=Agriculteur (trice) 5=Femme au foyer (ménagère) 6= Artisan/activité libérale 7= Sans emploi/Chômeur 8= Retraité 9= Elève/Etudiant 99= Autre à préciser _____		____

Q3 : CARACTERISTIQUES DU MENAGE

N°	QUESTIONS	REPNSES	CODES
Q3.1	Quelle est la principale source de l'eau que vous buvez dans le foyer?	1=Eau du robinet (privé) 2= Eau du robinet (public) 3=Puits protégé public 4=Puits protégé privé 5= Puits non protégé public 6= Puits non protégé privé 7=Eau de surface (lac, rivière, étang, cours d'eau ...) 8=Achat d'eau conditionnée 9=Forage 99=Autre, préciser :	____
Q3.2	Quel type de toilettes les membres de votre foyer utilisent-ils d'habitude?	1=Dans la nature 2=Latrine publique 3=Latrine privée 4=Latrine traditionnelle publique 5=Latrine traditionnelle privée 6=Toilettes publiques modernes à chasse d'eau 7= Toilettes privées modernes à chasse d'eau 99=Autre	____
Q3.3	Quels types de combustibles utilisez-vous pour faire à manger?	1=Bois de chauffage 2=Charbon 3=Gaz 99=Autre	

N°	QUESTIONS	REponses	CODES
Q3.4	Matériaux de construction principale des murs de la maison (selon votre observation)	1=Maison en terre battue 2=Maison en bois 3=Maison en ciment 99=Autre :	____
Q3.5	Matériaux de construction principale du toit de la maison (selon votre observation)	1=En tôle 2=En béton (dalle) 3=En tuiles 4=En herbe 99=Autre	____
Q3.6	Matériaux de construction principale du sol de la maison (selon votre observation)	1=En terre 2=En ciment 3=En carreaux 4=En plancher 99=Autre	____
Q3.7	Disposez-vous, ou quelqu'un dans le foyer dispose-t-il d'un des objets suivants en état de marche?	1=Radio 2=Télévision 3=Téléphone 4=Moto 5=Vélo 6=Voiture ou camion 7=Ventilateur 8=Climatiseur 99=Autre	____

Q4 : ACCES AUX SERVICES DE SANTE

N°	QUESTIONS	REponses	CODES
Q4.1	Où vous rendez-vous le plus souvent pour obtenir des soins médicaux ?	1=Centre de santé publique 2=Centre de santé privé 3=Pharmacie 4=Tradipraticien 99=Autres.....	____
Q4.2	Avez-vous déjà emmené votre enfant au centre de santé juste pour recevoir un des services suivants ?	1=Vaccination 2=Supplémentation en vitamine A 3=Suivi de la croissance (pesée) 99=Autre	____

Q5 : STRATEGIE DE COMMUNICATION DE LA CAMPAGNE

N°	QUESTIONS	REponses	CODES
Q5.1	Avez-vous été informé de la tenue de la campagne de masse du 26 juillet au 6 août 2020) avant son démarrage (avant le 26 juillet) ?	1= Oui 0= Non (allez à Q6.1)	____

N°	QUESTIONS	REPOSES	CODES
Q5.2	Comment avez-vous été informés de la tenue de la campagne ? <i>(Plusieurs réponses possibles ; entourer le (s) code(s) puis faire la somme)</i>	1= Crieurs publiques 2= Mobilisateurs 3= Agents de santé 4= ASC 5= Volontaire 6= Bouche à oreille 7= Personne dans le ménage 8= Voisinage 9= Radios 10= Télévision 11= Affiches 12= Leaders d'opinions 13= Autres _____	_____

Q6 : NIVEAU DE CONNAISSANCE DE LA VITAMINE A

N°	QUESTIONS	REPOSES	CODES
Q6.1	Savez-vous comment on appelle ce produit ? (Vitamine A)(montrer les 2 types de capsules ou photo de vitamine A)	1= Oui 0= Non	_____
Q6.2	Savez-vous à quoi sert ce produit ? (renforcement du système immunitaire, prévention de la cécité crépusculaire)	1= Prévient la cécité/aide à la vision (bien voir) 2= Favorise la croissance 3= Protège contre les maladies 4=Protège de l'anémie 5=Réduit le risque de mort 6=Améliore la santé des enfants 7= Ne sait pas 99= Autres_____	_____
Q6.3	A quel âge les enfants doivent-ils recevoir leur première dose de vitamine A ?	1= Moins de 6 mois 2= A 6 mois 3= Plus de 6 mois 4=Ne sait pas 99=Autre	_____
Q6.4	Combien de fois par an un enfant doit-il recevoir la vitamine A par an ?	1= 1 fois 2= 2 fois 3= 3 fois 4= Ne sait pas 99= Autres	_____
Q6.5	Avec qui / Où avez-vous obtenu vos connaissances sur la vitamine A ?	1=Agents de santé 2=ASC 3=Radio/TV 99=Autre	

Q7 : DECISION DE FAIRE BENEFICIER D'UN ENFANT DE LA SVA.

N°	QUESTIONS	REPONSES	CODES
Q7.1	Qui prend habituellement la décision de faire bénéficiaire ou non votre enfant de la SVA – vous, votre (mari/partenaire), vous et votre (mari/partenaire) conjointement, ou quelqu'un d'autre ?	1= Répondante 1 2= Mari/partenaire 2 3= Répondante et mari/partenaire conjointement 3 99= Quelqu'un d'autre à préciser	____
Q7.2	Si l'aidante répond mari/partenaire ou quelqu'un d'autre à la question M2, demandez : Lorsque votre mari/partenaire/quelqu'un d'autre prend la décision de faire bénéficiaire ou non votre enfant de la SVA, êtes-vous en mesure de donner votre avis sur la décision prise?	1= Oui, je peux donner mon avis sur la décision prise 0= Non, je ne peux pas donner mon avis sur la décision prise 3= Ne sais pas	____

Q8 : QUALITE DES ACTIVITES D'ADMINISTRATION DE LA VITAMINE A.

N°	QUESTIONS	REPONSES	CODES
Q8.1	Qu'est-ce que l'agent administrateur vous a dit sur la vitamine A qu'il a donné à vos enfants ? <i>(Plusieurs réponses possibles ; entourer le (s) code(s) puis faire la somme)</i>	1= Protéger la vue 2= Croissance 4= Bonne nutrition 8= Il n'a rien dit 99= Autres _____	____
Q8.3	L'agent administrateur a-t-il marqué le doigt de votre enfant?	1= Oui 0= Non	____
Q8.4	L'agent administrateur a-t-il marqué votre ménage ?	1= Oui 0= Non 3= Ne sait pas	____
Q8.5	Le ménage a-t-il été marqué correctement ? (Observation de l'enquêteur)	1= Oui 0= Non	____



ENQUETE PECS

QUESTIONNAIRE ENFANT

Les renseignements contenus dans ce questionnaire sont confidentiels. Ils sont couverts par le secret statistique et ne peuvent être publiés que sous forme anonyme conformément à la loi n° 2013-537 du 10 juillet 2013 portant organisation du Système Statistique National.

A LIRE A L'ENQUETE

Bonjour Madame / Monsieur,

Mon nom est _____, Nous sommes venus au nom du ministère de la Santé pour parler de la santé des enfants dans votre communauté. Avec l'appui de Helen Keller International et les autres partenaires, le gouvernement a fait la supplémentation en vitamine A, le déparasitage et le dépistage de la malnutrition pour les enfants la semaine passée. Nous venons pour voir comment cela s'est passé. Nous aimerions vous poser quelques questions sur ces services de santé.

Ces questions ne devraient prendre que peu de temps (30 minutes maximum). En participant, vous fournirez des informations précieuses sur la façon d'améliorer les services de santé dans votre région. Vous êtes libre de choisir de participer ou non, vous êtes aussi libre de refuser de répondre à n'importe laquelle des questions. Cependant, votre opinion est très importante dans cette étude. Vos réponses resteront confidentielles. Nous ne collectons aucune information qui pourrait permettre de vous identifier comme votre nom, adresse ou numéro de téléphone. Voulez-vous y participer ? Oui (continuez) Non

FIN
↓

→

Type Grappe Ménage

Numéro d'identification du ménage :

E	C						
---	---	--	--	--	--	--	--

Q1 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

N°	QUESTIONS	REponses	CODES
Q1.1	Strate		__
Q1.2	Région sanitaire		__
Q1.3	District sanitaire		__
Q1.4	Localité		__
Q1.5	Zone	1= rurale 2= urbaine	__
Q1.6	N° de la ZD ou Grappe		__
Q1.7	N° d'identification du ménage		__ __ __
Q1.8	Code enquêteur		__ __
Q1.9	Code équipe		__ __
Q1.10	Date de l'enquête	/_____/_____/_____/	__ __ __
		(jour) (mois) (année)	
Q1.11	Combien d'enfants de 6-59 mois vivent dans votre ménage ? <i>Attribuer un numéro à chaque</i>	Nombre d'enfants : _____ (inscrire le nombre)	__

	<i>enfant du plus âgé au plus petit</i>	
--	---	--

Q2 : SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A

N°	QUESTIONS	REPOSES	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4	Enfant n
Q2.0	Lien de parenté avec l'enfant (Lien entre le répondant et l'enfant)	1= Parent biologique de l'enfant (Père, mère) 2= Grand Frère, sœur 3= Grand parent 99= Autre parent 88= Pas de lien de parenté (domestique, etc=					
Q2.1	Quel est le sexe de l'enfant ?	1=Masculin 2=Féminin					
Q2.2	Quel est la date de naissance de l'enfant ?	La date doit être comprise (mettre à jour en fonction de la date de la campagne)					
	Si date, pas connue, Age en mois de l'enfant age en mois					
Q2.3	Quelle est la source de cette information ?	1=Carnet de santé 2=Acte de naissance 3=Calendrier des événements 4=Autre à préciser					
Q2.4	Lors de la dernière campagne (07 au 14 janvier 2022) qui vient de s'achever, l'enfant a-t-il reçu la vitamine A ?(Montrer les capsules ou photo de vitamine A)	1=Oui 0=Non 3=Ne sait pas					
Q2.5	Si oui où l'a-t-il reçu (lieu) ?	1=Ici à la maison 2= A la maison de l'ASC 3=Centre de santé du village 4=Au centre de santé hors du village 5=Ecole/église/mosquée 6=Rue/marché 7=Autre endroit au village/quartier 8=Autre endroit hors du village 9=Ne sait pas 99=Autre, préciser					
Q2.6	Si non pourquoi l'enfant n'a pas reçu ce produit pendant cette campagne ?	1= l'enfant était absent 2= les agents ne sont pas passés 3= les agents ne sont plus repassés 4= non informé 5= l'enfant était malade 6= refus, 7= manque de produits 8 = Il n'y a pas eu de campagne dans notre région 9= Le trajet était trop long 10= Le trajet était trop cher 11= Trop de travail à la maison 12= Il n'y avait personne pour amener l'enfant 13= Pas le temps d'amener l'enfant 14= Le décideur de la famille a refusé que l'enfant la reçoive 15 =ne sait pas/ne se rappelle plus 99=Autre, préciser					
Q2.7	Qui a accompagné l'enfant pour recevoir la SVA lors de la plus	1= La mère de l'enfant 2= Le père de l'enfant 3= La sœur de l'enfant 4= Le frère de l'enfant 5= La grand-mère de l'enfant					

	récente campagne?	6= Le grand-père de l'enfant 7= Une autre femme de la famille ou une amie 8= Un autre homme de la famille ou un ami					
Q2.8	Est-ce que l'agent de santé qui a administré la capsule de vitamine A à votre enfant était un homme ou une femme?	1= Homme 2= Femme 3= Ne sais pas					

Q3 : TEMPS ASSOCIE AVEC LES SERVICES SVA

Posez ces questions si au moins 1 enfant dans le ménage a reçu le SVA pendant la dernière campagne.

N°	QUESTIONS	REPOSES	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4	Enfant n
Q3.1	Avant de recevoir la vitamine A, Aviez-vous été informé que l'AD ⁷ viendrait chez vous pour supplémenter l'enfant ? (C'était prévu ?)	1=Oui 0=Non → Q3.4					
Q3.2	Avez-vous attendu chez vous l'arrivée de l'ASC pour supplémenter l'enfant en Vitamine A ?	1=Oui 0=Non → Q3.4					
Q3.3	Pendant combien de temps avez-vous attendu l'arrivée de l'ASC pour supplémenter l'enfant ?	1=1 heure ou moins 2=2-3 heures 3=une demi-journée 4=Toute la journée 99 = Autre					
Q3.4	Combien de temps il vous a fallu pour aller au lieu où l'enfant a reçu la vitamine A ? (L'endroit noté en question Q8.5)	5=30 minutes ou moins 1=1 heure 2=2-3 heures 3=une demi-journée 4=Toute la journée 99= Autre					
Q3.5	Avez-vous payé le transport pour aller là où l'enfant a reçu la vitamine A ?	1=Oui 0=Non → Q3.7					
Q3.6	Combien avez-vous payé ? (Pour l'aller-retour, ensemble)	[montant en GNF]					
Q3.7	Avez-vous attendu avant de recevoir la Vitamine A ?	1=Oui 0=Non → Q3.9					
Q3.8	Pendant combien de temps avez-vous attendu ?	1=1 heure ou moins 2=2-3 heures 3=une demi-journée 4=Toute la journée 99= Autre					
Q3.9	Avez-vous reçu d'autres services à la réception de la Vitamine A ?	1=Oui 2=Non → Section Suivante					
Q3.10	Lesquels ?	1=Déparasitage des enfants 2=Dépistage des enfants pour la malnutrition 3=Information sur l'alimentation des					

⁷ Agent Distributeur

		enfants 4=Traitement pour une maladie 5=Planification familial 6=Suivi de la croissance de l'enfant 99=Autre					
Q3.11	Au total, combien de temps a-t-il fallu pour que votre enfant reçoive sa vitamine A ? À NOTER : CELA COMPREND LA DURÉE DU TRAJET POUR VOUS RENDRE AU SITE, POUR RECEVOIR LA VITAMINE A ET POUR RETOURNER À LA MAISON	1= Moins d'une heure 2= Entre 1 et 2 heures 3= Entre 2 et 4 heures 4= Entre 4 et 6 heures 5= Plus de 6 heures					

Q4 : Déclaration de la naissance de l'enfant à l'état civil.

N°	QUESTIONS	REPOSES	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4	Enfant n
Q4.1	(Nom) A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ?	1=Oui, vu 2=Oui pas vu 3=Non, pas de certificat ou d'acte de naissance 9= Ne sait pas					
Q4.2	LA NAISSANCE DE (nom) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE AUPRES de l'état civil ?	1=Oui, vu 2=Non 3= Ne sait pas					
Q4.3	POUR QUELLE RAISON PRINCIPALE N'AVEZ-VOUS PAS ENREGISTRE (NOM) A L'ETAT CIVIL ?	1=Mairie trop éloignée 2=Pas d'argent pour le faire 3=Par paresse 4=Pas d'importance 5=Ne sait pas					

**QUESTIONNAIRE AGENT DE SANTE****ENQUETE PECS****QUESTIONNAIRE AGENT DE SANTE**

Les renseignements contenus dans ce questionnaire sont confidentiels. Ils sont couverts par le secret statistique et ne peuvent être publiés que sous forme anonyme conformément à la loi n° 2013-537 du 10 juillet 2013 portant organisation du Système Statistique National.

A LIRE A L'ENQUETE

Bonjour Madame / Monsieur,

Mon nom est _____, Nous menons des recherches sur les services de santé fournis par votre centre de santé sur la supplémentation en vitamine A chez les enfants. Nous voudrions vous poser quelques questions sur ces services de santé. Les questions ne devraient durer que quelque temps (15-20 minutes). Votre avis aidera à planifier les activités de santé dans votre communauté pour les mères et les enfants.

Vous êtes libre de choisir de participer ou non, vous êtes aussi libre de refuser de répondre à n'importe laquelle des questions. Cependant, votre opinion est très importante dans cette étude. Vos réponses resteront confidentielles. Voulez-vous y participer ? Oui (continuez) Non

**Q1 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

N°	QUESTIONS	REPONSES	CODES
Q1.1	Strate		__
Q1.2	Région sanitaire		__
Q1.3	District sanitaire		__
Q1.4	Localité		__
Q1.5	Aire de santé / centre de santé		__
Q1.6	Type de formation sanitaire (CSR, CSU, ...)		__
Q1.7	Zone	1= urbaine 2= rurale	__
Q1.8	N° de la ZD ou Grappe		__
Q1.9	Code enquêteur		__ __
Q1.10	Code équipe		__ __
Q1.11	Date de l'enquête	/____/____/____/ (jour) (mois) (année)	__ __ __

Q2 : PROFIL DU REpondANT

N°	QUESTIONS	REPONSES	CODES
Q2.1	Sexe	1=Masculin 2=Féminin	____
Q2.2	Quelle est votre fonction dans la formation sanitaire ?	1=Infirmier (ière) 2=Aide-soignant 3=Médecin 4=Agent PEV 5= Fille/garçon de salle 6=Technicien sup de la santé 99= Autre, préciser	____
Q2.3	Combien d'années d'expérience avez-vous dans la santé d'une manière générale ?	_____ (en années)	____

Q3 : CONNAISSANCES SUR LA VITAMINE A ET SUR LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A

N°	QUESTIONS	REPONSES	CODES
Q3.1	Quelles sont vos sources d'informations sur la vitamine A ?	1= Les documents du MSHP 2= ONG de la place 3= Formation continue 4= TV/Radio/Journaux 5= Affiche, dépliant, fiche technique 6= Collègues 7= Ne sait pas 99= Autre, préciser	____
Q3.2	Avez-vous reçu une formation sur la vitamine A ?	1=Oui 0=Non	
Q3.3	Depuis combien de temps vous avez reçu la dernière formation sur la Vitamine A ?	1=Moins de 3 mois 2=3 à 6 mois 3=7 à 12 mois 4=Plus d'1 an 6= Je ne me souviens pas	____
Q3.4	Combien de temps a duré la formation sur la Vitamine A?	1=Moins qu'une demi-journée 2=Une demi-journée 3=Un jour 4=Deux jours 99=Autres	
Q3.5	Avez-vous été payé pour votre temps pendant la formation ?	1=Oui 0=Non →Q3.7	
Q3.6	Si oui, combien avez-vous reçu ?		
Q3.7	Quels sont les bienfaits de la vitamine A ?	1= Prévenir la maladie 2= Favoriser la croissance 3= Prévenir la cécité/favoriser la vision 4= Améliorer la santé	____

		5= Réduire le risque de décès 6= Prévenir l'anémie 7= Augmenter l'appétit 8= Ne sait pas, ne se souviens pas 99= Autre, préciser	
Q3.8	À quel âge les enfants doivent-ils recevoir la vitamine A pour la première fois ?	1= A la naissance 2= A 6 mois 3= A 9 mois 4= A 1 an 5= Je ne sais pas 99= Autre, préciser	____

N°	QUESTIONS	REponses	CODES
Q3.9	À quelle fréquence les enfants de 6-59 mois doivent-ils recevoir la supplémentation en vitamine A ?	1= Lors des campagnes 2= Tous les 3 mois 3= Tous les 6 mois 4= Tous les 12 mois 5= Chaque jour 6= Je ne sais pas 99= Autre, préciser	____
Q3.10	Quel est le dosage de la vitamine A pour les enfants de 6-11 mois ?	1= Une capsule bleue 100.000 UI 2= Une capsule rouge 200.000 UI 3= La moitié de la capsule bleue 100.000 UI 4= La moitié de la capsule rouge 200.000 UI 5= Je ne sais pas 99= Autre, préciser	____
Q3.11	Quel est le dosage de la vitamine A pour les enfants de 12-59 mois ?	1= Une capsule bleue 100.000 UI 2= Une capsule rouge 200.000 UI 3= 2 capsules bleue 100.000 UI 4= 2 capsules rouge 200.000 UI 5= Je ne sais pas 99= Autre, préciser	____
Q3.12	Avez-vous du matériel (Information Education et Comm) qui parle de la Vitamine A ?	1= Oui 0= Non	____
Q3.13	Lesquels des matériels IEC avez-vous utilisé lors de la dernière campagne ?	1= Boite à images 2= Module de formation 3= Affiche sur la vitamine A 4= Protocole national d'administration de la vitamine A 5= Fiche technique 99= Autre, préciser	____

Q5 : QUALITE DES ACTIVITES DE LA CAMPAGNE

N°	QUESTIONS	REPOSES	CODES
Q5.1	Pendant combien de jours avez-vous participé à la campagne dans votre District ?	_____ (en jours)	____
Q5.1b	Environs combien de temps par jour ?	1=1 heure ou moins 2=2-3 heures 3=une demi-journée 4=Toute la journée 99= Autre	
Q5.2	Combien avez-vous reçu comme rémunération par jour de travail ?	_____ (en GNF/jour)	____
Q5.3	Quel rôle avez-vous joué pendant la campagne ?	1= Mobilisation sociale 2= Distribution de la Vit A 3= Enregistrement 4= Superviseur 5= Compilation des données 6= Dépistage de la malnutrition 7= Logisticien 99= Autres _____	____
Q5.4	Y a-t-il eu des problèmes avec l'approvisionnement en vitamine A pendant la campagne ?	1= Oui 0= Non	____
Q5.5	Si OUI, ces problèmes ont-ils été résolus ?	1= Oui 0= Non 3= Ne sait pas	____

Merci pour votre collaboration



ENQUETE DE COUVERTURE QUESTIONNAIRE AGENT DISTRIBUTEUR

Les renseignements contenus dans ce questionnaire sont confidentiels. Ils sont couverts par le secret statistique et ne peuvent être publiés que sous forme anonyme conformément à la loi n° 2013-537 du 10 juillet 2013 portant organisation du Système Statistique National.

A LIRE A L'ENQUETE

Bonjour Madame / Monsieur,

Mon nom est _____, Nous sommes venus au nom du ministère de la Santé. Nous menons des recherches sur les services de santé fournis par votre centre de santé sur la supplémentation en vitamine A chez les enfants. Nous voudrions vous poser quelques questions sur ces services de santé. Les questions ne devraient durer que quelque temps (15-20 minutes). Votre avis aidera à planifier les activités de santé dans votre communauté pour les mères et les enfants.

Vous êtes libre de choisir de participer ou non, vous êtes aussi libre de refuser de répondre à n'importe laquelle des questions. **Cependant, votre opinion est très importante dans cette étude. Vos réponses resteront confidentielles. Voulez-vous y participer ?** Oui (continuez) Non → FIN

↓

Veillez assurer que l'agent(e) de santé a participé dans la campagne avant de commencer le questionnaire

Q1 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

N°	QUESTIONS	REponses	CODES
Q1.1	Strate		__
Q1.2	Région sanitaire		__
Q1.3	District sanitaire		__
Q1.4	Localité		__
Q1.5	Aire de santé / centre de santé		__
Q1.6	Type de formation sanitaire (CSR, CSU, ...)		__
Q1.7	Zone	1= rurale 2= urbaine	__
Q1.8	N° de la ZD ou Grappe		__
Q1.9	Code enquêteur		__ __
Q1.10	Code équipe		__ __
Q1.11	Date de l'enquête	/____/____/____/ (jour) (mois) (année)	__ __ __

Q2 : PROFIL DU REpondANT

N°	QUESTIONS	REponses	CODES
Q2.1	Sexe	1=Masculin 2=Féminin	____
Q2.2	Votre niveau d'études	1= Non scolarisé 2= Primaire 3= Secondaire 1 ^{er} cycle 4= Secondaire 2 ^e cycle 5= Supérieur	____
Q2.3	Depuis combien de temps êtes-vous ASC ?	_____ (en années)	____

Q3 : CONNAISSANCES SUR LA VITAMINE A ET SUR LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A

N°	QUESTIONS	REponses	CODES
Q3.1	Avez-vous reçu une formation sur la vitamine A ?	1= Oui 0= Non	____
Q3.2	Si OUI, depuis combien de temps vous avez reçu la dernière formation sur la Vitamine A ?	1=Moins de 3 mois 2=3 à 6 mois 3=7 à 12 mois 4=Plus d'1 an 5= Je ne me souviens pas	____
Q3.3	Pendant combien de temps avez-vous reçu la formation sur la vitamine A ? La formation en Vitamine A, combien de temps a-t-elle pris ?	1=Moins qu'une demi-journée 2=Une demi-journée 3=Un jour 4=Deux jours 99=Autres	
Q3.4	Avez-vous été payé pour votre temps pendant la formation ?	1=Oui 0=Non →Q3.6	
Q3.5	Si oui, combien avez-vous reçu ?		
Q3.6	Quels sont les bienfaits de la vitamine A ?	1= Prévenir la maladie 2= Favoriser la croissance 3= Prévenir la cécité/favoriser la vision 4= Améliorer la santé 5= Réduire le risque de décès 6= Prévenir l'anémie 7= Augmenter l'appétit 8= Ne sait pas, ne se souviens pas 99= Autre, préciser _____	____
Q3.7	À quel âge les enfants doivent-ils recevoir la vitamine A pour la première fois ?	1= A la naissance 2= A 6 mois 3= A 9 mois 4= A 1 an 8= Je ne sais pas 99= Autre, préciser _____	____
Q3.8	À quelle fréquence les enfants de 6-59 mois doivent-ils recevoir la supplémentation en vitamine	1= Lors des campagnes 2= Tous les 3 mois 3= Tous les 6 mois	____

	A ?	4= Tous les 12 mois 5= Chaque jour 6= Je ne sais pas 99= Autre, préciser _____	
Q3.9	Quel est la dose de vitamine A pour les enfants de 6-11 mois ?	1= Une capsule bleue 100.000 UI 2= Une capsule rouge 200.000 UI 3= La moitié de la capsule bleue 100.000 UI 4= La moitié de la capsule rouge 200.000 UI 5= Je ne sais pas 99= Autre, préciser _____	____

N°	QUESTIONS	REponses	CODES
Q3.10	Quelle est la dose de vitamine A pour les enfants de 12-59 mois ?	1= Une capsule bleue 100.000 UI 2= Une capsule rouge 200.000 UI 3= 2 capsules bleue 100.000 UI 4= 2 capsules rouge 200.000 UI 5= Je ne sais pas 99= Autre, préciser _____	____
Q3.11	Où avez-vous reçu l'information sur la vitamine A ?	1= Les documents du MSHP 2= ONG de la place 3= Formation continue 4= TV/Radio/Journaux 5= Affiche, dépliant, fiche technique 6= Collègues 7= Ne sait pas 99= Autre, préciser	____

Q5 : QUALITE DES ACTIVITES DE LA CAMPAGNE

N°	QUESTIONS	REponses	CODES
Q5.1	Pendant combien de jours avez-vous participé à la campagne dans votre village ?	_____ (en jours)	____
Q5.1b	Environ combien de temps par jour avez-vous participé à la campagne dans votre village?	1=1 heure ou moins 2=2-3 heures 3=une demi-journée 4=Toute la journée 99= Autre	
Q5.2	Pouvez-vous citez les éléments distribuées lors de la dernière campagne ?	1= Capsules de vitamine A 2= Vaccin anti-polio 3= Autre vaccins 99= Autres_____	____
Q5.3	Avez-vous reçu une motivation non financière pour votre travail pendant la campagne ?	1= Oui 0= Non	____
Q5.4	Si OUI, Quels types de motivation non-financière avez-vous reçue ?	1= Tee-shirts 2= Casquette	____

		99= Autre	
Q5.5	Quel rôle avez-vous joué pendant la campagne ?	1= Mobilisation sociale 2= Distribution de la Vit A 3= Enregistrement 4= Superviseur 5= Compilation des données 6= Dépistage de la malnutrition 7= Logisticien 99= Autres _____	____
Q5.6	Y a-t-il eu des problèmes avec l'approvisionnement en vitamine A pendant la campagne ?	1= Oui 0= Non	____
Q5.7	Si OUI, ces problèmes ont-ils été résolus ?	1= Oui 0= Non 3= Ne sait pas	____
Q5.10	Un superviseur vous a-t-il visité lors de la campagne ?	1= Oui 0= Non	____
Q5.11	Comment pensez-vous que la supplémentation en vitamine A pourrait être améliorée dans votre localité ?	1= Les campagnes médiatique 2= Sensibilisation des chefs de ménage 3= Meilleure coordination entre la communauté et le personnel de santé 4= Assurer un approvisionnement suffisant et prompt en Vit A 5= Une formation régulière des Agents 6= La motivation des agents de santé 7= La motivation des ASC et bénévoles 8= Ne sait pas 9= Autre _____	____

Merci pour votre collaboration



**Formulaire de suivi et de contrôle qualité
pour les superviseurs**



ENQUETE PECS

**Formulaire de suivi et de contrôle de qualité pour les
superviseurs**

Les renseignements contenus dans ce questionnaire sont confidentiels. Ils sont couverts par le secret statistique et ne peuvent être publiés que sous forme anonyme conformément à la loi n° 2013-537 du 10 juillet 2013 portant organisation du Système Statistique National.

A LIRE A L'ENQUETE

Bonjour Madame / Monsieur,

Mon nom est _____, Nous sommes venus au nom du ministère de la Santé pour venir contrôler la qualité de travail effectué sur le terrain lors de la campagne de distribution de la vitamine A et du déparasitage des enfants de moins de 5 ans.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

QUESTIONS	REponses	CODES
Strate		____
Région sanitaire		____
District sanitaire		____
Localité		____
Zone (U= urbaine R= rurale)		____

QUESTIONS	REponse S	CODES
N° de la ZD ou Grappe		
N° du ménage (1 à n)		
Code enquêteur		
Code équipe		
Date de l'enquête	/____/____/____ /____ (jour) (mois) (année)	

Q : CONTROLE DE QUALITE

Numéro d'identification du ménage:

I1	Combien d'enfants de 6-59 mois vivent dans votre ménage ?	Nombre d'enfants : _____ (inscrire le nombre)	____
-----------	---	---	------

Si plusieurs enfants dans le ménage, collectez les informations sur seul enfant

Q8 : SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A

N°	QUESTIONS	REponses	CODE
	Code/rang de l'enfant (1 à n) du plus petit au plus grand		____
Q8.1	Quel est le sexe de l'enfant ?	1=Masculin 2=Féminin	____
Q8.2	Quel est la date de naissance de l'enfant ?	La date doit être comprise entre le 02 novembre 2013 au 02 mai 2018	____ ____ ____
Q8.3	Quelle est la source de cette information ?	1=Carnet de santé 2=Acte de naissance 3=Calendrier des événements 99=Autre à préciser	____
Q8.4	Lien de parenté avec l'enfant		
N°	QUESTIONS	REponses	CODE
Q8.5	Lors de la campagne du 07 au 14	Vitamine A 1=Oui 0=Non	____

Q85b	janvier 2022 qui vient de s'achever, l'enfant a-t-il reçu la vitamine A ?(montrer les capsules ou photo de vitamine A) Si oui où l'a-t-il reçu ?	3=Ne sait pas	
		Lieu 1=Ici à la maison 2=Centre de santé 3=Rue/marché 4=Ecole/église/mosquée 5=Ne sait pas 99=Autre, préciser	____
Q8.6	Si non pourquoi l'enfant n'a pas reçu ce produit pendant cette campagne ?	1= l'enfant était absent 2= les agents ne sont pas passés 3= les agents ne sont plus repassés 4= non informé 5=l'enfant était malade 6=refus, 7=manque de produits 8 = Il n'y a pas eu de campagne dans notre région 9= Le trajet était trop long 10= Le trajet était trop cher 11= Trop de travail à la maison 12= Il n'y avait personne pour amener l'enfant 13= Pas le temps d'amener l'enfant 14= Le décideur de la famille a refusé que l'enfant la reçoive 15 =ne sait pas/ne se rappelle plus 99=Autre, préciser	____

12.2.1. Liste des villages ayant eu des problèmes de couverture géographique

Préfecture	Sous préfecture	Village
Conakry	Conakry	Dabompa
Conakry	Conakry	Dapompa plateau
Conakry	Conakry	Enta Marché
Conakry	Conakry	Lansanaya
Conakry	Conakry	Matoto Centre
Conakry	Conakry	Taouyah
Dubreka	dubreka_centre	Baillobaya
Gueckedou	Gueckedou centre	Gnalenko
Gueckedou	Gueckedou centre	Toladou
Gueckedou	Gueckedou centre	Toumadou
Kankan	kankan_centre	Farako 2
Kankan	kankan_centre	Timbo
Kindia	friguiagbe	Friguiaghé 2 gnoungouya
Kindia	mambiya	Yembeta
Macenta	macenta_centre	Boïga
Macenta	macenta_centre	Gbagbalamè
Macenta	watanka	SOGOLON /GBELEZIA
Macenta	watanka	SOGOLON/BOLLOGOLAOU
Macenta	watanka	SOGOLON/GOSOBOU
Mali	Touba	Bandani
Nzérékoré	nzerekore_centre	Koleyeba
Nzérékoré	nzerekore_centre	Mohomou
Nzérékoré	nzerekore_centre	Wessoua
Siguiri	kintinian	Balato
Siguiri	siguiri_centre	Siguiri koura 2
Télimélé	kollet	Konkoure