



Helen Keller
INTERNATIONAL



RAPPORT PROVISOIRE

**Enquête d'évaluation de couverture post
Journées nationales de supplémentation
en vitamine A+, premier passage 2019
BURKINA FASO**

Juin- Juillet 2019

Enquête de couverture post JVA+ de juin -juillet 2019, BURKINA FASO.

Site de recherche: Burkina Faso, districts sanitaires

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

Principal Investigateur : Dr Traoré Régina

Co -investigateur : Dr Barry Cheick Sanoussa

Période de l'étude : Juin - Août 2019

Commanditaire de l'étude Helen Keller International (HKI)

Equipe d'évaluation: NADEMBEGA Jean, Santé Publique et Communautaire
Burkina Services and OUEDRAOGO Moctar, Démographe de la santé
Supply (BSS-SARL) GNANOU/TOPAN Fatoumata, Nutritionniste
SOME Henri, Gestionnaire des données

Table des matières

Liste des tableaux.....	5
Liste des graphiques.....	6
Liste des abréviations.....	7
Résumé exécutif	8
I- Introduction	14
I-1 Contexte et justification de l'étude	14
II- Objectifs de l'évaluation	15
II-1 Objectifs généraux.....	15
II-2 Objectifs spécifiques	15
III- Méthodologie.....	16
III-1 Type d'étude et population cible.....	16
III-2 Echantillonnage.....	16
III-3 Outils de collecte de données.....	17
III-4 Recrutement et Formation des superviseurs et enquêteurs	18
III-5 Enquête pilote ou pré test des outils de collecte	19
III-6 Collecte de données sur le terrain.....	20
III-7 Utilisation de la technologie mobile pour la collecte de données	21
III-8 Contrôle de la qualité de la collecte de données dans les ménages.....	21
III-9 Supervision et suivi de la collecte.....	21
III-10 Traitement et analyse des données, rédaction du rapport final.....	22
III-11 Difficultés rencontrées.....	23
III-12 Limites de l'étude.....	24
IV- Résultats de l'enquête ménage.....	25
IV-1 Caractéristiques sociodémographiques des populations enquêtées	25
VI-1-2 <i>Caractéristiques des répondants</i>	26
VI-1-3 <i>Caractéristiques des enfants enquêtés</i>	29
.....	31
IV-3 Couverture des JVA +.....	31
IV-3-1 <i>Couverture post-JVA + de la vitamine A (82,5%)</i>	31
IV-3-2 <i>Couverture en déparasitage (80,1%)</i>	35
IV-3-3 <i>Couverture en dépistage (51,3%)</i>	38
IV-3-4 <i>Taux de malnutrition des enfants dépistés (2,4%)</i>	41
IV-4 Stratégie de communication des JVA +	42
IV-5 Niveau de connaissance des ménages sur les bénéfices de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage.....	43
V- Résultats de l'enquête auprès des agents de santé	47
V-1 Description de l'échantillon.....	47
V-2 Connaissances des agents de santé sur la vitamine A et le déparasitant	48
V-3 Qualité de la mise en œuvre des activités des JVA +	51
VI- Résultats de l'enquête auprès des ASBC/DC	53
V-1 Caractéristiques des agents de santé communautaire enquêtés	53

V-2 Connaissances des ASBC sur la vitamine A le déparasitant et le dépistage.....	54
V-3 Mise en œuvre de la JVA +	57
VII- DISCUSSION	59
VII- Conclusion et recommandations.....	62
VII-1 Conclusion.....	62
VII-2 Recommandations.....	63
Annexes :.....	64

Liste des tableaux

<i>Tableau 1 : Répartition des grappes et des ménages enquêtés par région sanitaire</i>	17
<i>Tableau 2 : Répartition des agents de santé, des ASBC et DC par région sanitaire</i>	17
<i>Tableau 3 : Pondération des zones de dénombrement et des ménages par région sanitaire</i>	23
<i>Tableau 4 : Localisation des ménages enquêtés</i>	25
<i>Tableau 5 : Nombre moyen d'enfants de 6 à 59 mois par ménage enquêté</i>	25
<i>Tableau 6 : Age moyen des répondants</i>	27
<i>Tableau 7 : Profil des enfants enquêtés selon la région sanitaire par milieu de résidence</i>	30
<i>Tableau 8: Lieu de réception de la vitamine A</i>	34
<i>Tableau 9 : Lieu de déparasitage des enfants de 12-59 mois par région sanitaire</i>	37
<i>Tableau 10 : Lieu de dépistage de la malnutrition</i>	40
<i>Tableau 11: Connaissance de la fréquence d'administration des produits</i>	45
<i>Tableau 12: Messages donnés par l'agent administrateur sur la vitamine A et le déparasitant</i>	46
<i>Tableau 13 : Caractéristiques socio-professionnelles des agents de santé enquêtés</i>	48
<i>Tableau 14: Formations sur la vitamine A et le déparasitant</i>	49
<i>Tableau 15: Connaissance des agents de santé sur la vitamine A</i>	50
<i>Tableau 16: Connaissance des agents de santé sur le déparasitant</i>	50
<i>Tableau 17 : Activités des JVA+ par les agents de santé</i>	51
<i>Tableau 18 : Problèmes d'approvisionnement rencontrés lors des activités des JVA+ par les agents de santé</i>	52
<i>Tableau 19 : Caractéristiques des DC/ASBC enquêtés</i>	53
<i>Tableau 20 : Formation sur la vitamine A, moment et durée de la formation et montant reçu lors de la formation des agents communautaires</i>	55
<i>Tableau 21: Connaissance des ASBC/DC sur la vitamine A</i>	56
<i>Tableau 22: Connaissance des ASBC/DC sur le déparasitant</i>	57
<i>Tableau 23 : Activités de supplémentation en vitamine A, de déparasitage et de dépistage par les ASBC</i>	58
<i>Tableau 24: Quelques déterminants de la SVA</i>	64
<i>Tableau 25: Tests statistiques de Khi 2</i>	64
<i>Tableau 26 : Quintile de pauvreté des ménages recensés</i>	65
<i>Tableau 27 : Sexe des répondants</i>	65
<i>Tableau 28 : Niveau d'instruction des répondants</i>	66
<i>Tableau 29 : Principales activités des répondants</i>	66
<i>Tableau 30 : Couverture vitamine A</i>	67
<i>Tableau 31 : Couverture vitamine A selon la tranche d'âge et le sexe</i>	67
<i>Tableau 32: Récapitulatifs des statistiques sur les ménages</i>	68
<i>Tableau 33: Raison de non supplémentation de la vitamine A</i>	68
<i>Tableau 34: Lieux de supplémentation de la vitamine A</i>	68
<i>Tableau 35: Couverture en déparasitage</i>	69
<i>Tableau 36: Couverture déparasitage selon la tranche d'âge et le sexe</i>	69
<i>Tableau 37: Couverture du dépistage</i>	70
<i>Tableau 38: Couverture dépistage selon la tranche d'âge et le sexe</i>	70
<i>Tableau 39: Ménages informés de la tenue de la campagne</i>	70
<i>Tableau 40: Connaissances des ménages sur les produits</i>	70

Liste des graphiques

Graphique 1: Niveau de vie des ménages.....	26
Graphique 2: Sexe des répondants	27
<i>Graphique 3: Lien de parenté des répondants avec l'enfant enquêté</i>	<i>28</i>
Graphique 4: Niveau d'instruction des répondants	28
Graphique 5: Principales activités des répondants	29
Graphique 6: Répartition des enfants enquêtés selon le sexe.....	30
<i>Graphique 7: Sources d'information sur l'âge des enfants</i>	<i>31</i>
<i>Graphique 8: Couverture en SVA par région sanitaire</i>	<i>32</i>
<i>Graphique 9: Couverture des enfants de 6-59 mois supplémentés en vitamine A selon le sexe</i>	<i>32</i>
<i>Graphique 10: Couverture des enfants supplémentés en vitamine A selon la tranche d'âge</i>	<i>33</i>
<i>Graphique 11: Raisons de non réception de la vitamine A.....</i>	<i>34</i>
<i>Graphique 12: Couverture des enfants en déparasitage</i>	<i>35</i>
<i>Graphique 13: Couverture du déparasitage des enfants de 12-59 ans selon le sexe</i>	<i>36</i>
<i>Graphique 14: Couverture du déparasitage chez les enfants de 12-59 ans par tranche d'âge selon</i>	<i>36</i>
Graphique 15: Principales raisons du non déparasitage des enfants de 12-59 mois	37
Graphique 16: Couverture du dépistage des enfants de 6 - 59 mois.....	38
Graphique 17: Couverture du dépistage de la malnutrition selon le sexe de l'enfant	39
Graphique 18: Couverture des enfants dépistés selon la tranche d'âge	39
<i>Graphique 19: Principales raisons du non dépistage des enfants.....</i>	<i>40</i>
<i>Graphique 20: Parents informés des résultats du dépistage de la malnutrition</i>	<i>41</i>
<i>Graphique 21: Résultats du dépistage de la malnutrition chez les enfants de 6-59 mois</i>	<i>42</i>
Graphique 22: Ménages informés de la tenue des JVA+ avant le démarrage par zone.....	42
<i>Graphique 23: Les sources d'information des mères sur les JVA+.....</i>	<i>43</i>
Graphique 24: Reconnaissance de la capsule de vitamine A et du comprimé de déparasitant par les répondants	44
Graphique 25: : Connaissance de l'âge de réception des produits par les répondants	44
Graphique 26 : Principale fonction des agents de santé enquêtés	47
Graphique 27: Sources d'informations des agents de santé sur la vitamine A et le déparasitant	48
<i>Graphique 29: Sources d'informations des agents communautaires sur la vitamine A et le déparasitant</i>	<i>54</i>

Liste des abréviations

AS	Agent de santé
ASBC	Agent de santé à base communautaire
CM	Centre Médical
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
DC	Distributeur communautaire
DN	Direction de la Nutrition
EDS	Enquête démographique et de santé
HKI	Helen Keller international
ICP	Infirmier chef de poste
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
JVA+	Journées vitamine A plus
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
ODK	Open Data Kit
PB	Périmètre brachial
PECS	Post-event coverage surveys
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SVA	Supplémentation en vitamine A
SMART	Standardized monitoring and assessment on relief and transitions
STATA	Statistics and Data Analysis
UI	Unité Internationale
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance
VIT A	Vitamine A
ZD	Zone de dénombrement

Résumé exécutif

Titre de l'étude

Enquête de couverture post Journées Vitamine A + (JVA +) de juin -juillet 2019, BURKINA FASO

Contexte

Au Burkina Faso, la carence en vitamine A, constitue un problème majeur de santé publique à l'instar d'autres pays en développement. Face à cette situation, le Ministère de la santé a institutionnalisé depuis 2006, la supplémentation en vitamine A des enfants de 6-59 mois, tous les six mois et a mis en place en 2011 une nouvelle stratégie à savoir les « Journées vitamine A + ». Cette stratégie consiste à intégrer en plus de la supplémentation en vitamine A, d'autres activités contribuant à la survie de l'enfant, notamment le déparasitage et le dépistage de la malnutrition aigüe à l'aide du Périmètre Brachial (PB).

Depuis son adoption, la stratégie des JVA+ était mise en œuvre sous forme de campagnes nationales le plus souvent intégrées aux JNV polio avec de bonnes couvertures. Cependant, la diminution des ressources financières combinée à la fin des JNV nationales au Burkina Faso, a conduit le Ministère de la santé et ses partenaires à l'adoption de nouvelles stratégies qui garantissent non seulement la continuité des JVA+ mais assurent aussi des niveaux de couverture satisfaisants des prestations offertes.

C'est ainsi que depuis 2017, le Ministère de la santé a conduit les JVA+ à travers une stratégie mixte incluant aussi bien les campagnes que la routine. En effet, une stratégie de supplémentation en routine pendant un (1) mois a été retenue dans les CSPS ruraux et les campagnes pendant quatre (4) jours ont été maintenues dans les CSPS situés en zone urbaine. Au niveau de la zone rurale, ce sont les Agents de santé à Base Communautaire recrutés par le Ministère de la santé qui ont été chargés de l'administration des intrants et du dépistage tandis qu'au niveau urbain, des distributeurs ont été recrutés et motivés pour la mise en œuvre de l'activité.

Bien que le Burkina Faso ait utilisé cette stratégie pour la première fois, les niveaux de couverture atteints tant pour la supplémentation en vitamine A, que pour le déparasitage ou le dépistage ont été très satisfaisants si bien que cette stratégie a été maintenue pour la mise en œuvre des JVA+ à l'avenir.

Dans le but d'apprécier le niveau de couverture effective du premier passage de 2018 et prenant en compte les recommandations de l'ensemble des acteurs de la SVA pour la conduite d'enquêtes de couverture post-campagne des JVA+, une enquête nationale de couverture post-campagne des JVA+ a été réalisée du 15 au 29 juillet 2018 sur toute l'étendue du territoire national. Les résultats préliminaires de cette enquête sont malheureusement assez mitigés en termes de couverture des interventions.

Les JVA + visent à contribuer à la réduction de la mortalité infantile et maternelle sur toute l'étendue du territoire national à travers la fourniture combinée de déparasitant, de vitamine A et le dépistage de la malnutrition. Pour ce faire, il est impératif qu'au moins 80% des enfants âgés de 6 à 59 mois soient touchés, ce qui n'a pas été le cas lors du 1er passage 2018.

Aussi est-il prévu après le second passage des JVA+, qui sera renforcé par un certain nombre d'activités devant permettre d'améliorer les résultats, d'organiser une nouvelle enquête de

couverture pour mesurer la performance du programme. Cette enquête permettra à la Direction de la Nutrition et à ses partenaires (HKI, UNICEF) d'évaluer la qualité de la mise en œuvre des JVA+ dans trois (3) régions, d'analyser les effets et impacts de cette activité sur les bénéficiaires en vue de tirer des leçons pertinentes pour des prises de décisions efficaces.

Objectifs

L'étude vise à évaluer la qualité de la mise en œuvre des JVA+, à savoir la supplémentation en vitamine A, le déparasitage et le dépistage de la malnutrition aigüe chez les enfants de 6 à 59 mois. Plus précisément, il s'agit de :

- Mesurer les taux de couverture de la supplémentation en vitamine A des enfants de 6-59 mois lors des JVA+ dans les régions sanitaires du Centre-Ouest, du Centre-Sud et du Plateau Central ;
- Mesurer les taux de couverture du déparasitage des enfants de 12-59 mois lors des JVA+ dans les régions sanitaires du Centre-Ouest, du Centre-Sud et du Plateau Central ;
- Mesurer les taux de couverture du dépistage de la malnutrition aigüe des enfants de 6-59 mois lors des JVA+ dans les régions sanitaires du Centre-Ouest, du Centre-Sud et du Plateau Central ;
- Comparer les couvertures administratives des JVA+ et celles obtenues lors de l'enquête de couverture post JVA+ de juin 2019 ;
- Comparer les couvertures atteintes par stratification au niveau rural et urbain pour chacune des régions sanitaires du Centre-Ouest, du Centre-Sud et du Plateau Central ;
- Déterminer les principales raisons de la non-administration de la vitamine A et du déparasitant ;
- Evaluer la stratégie de communication utilisée lors de la JVA+ ;
- Décrire le niveau de connaissance des parents sur le bénéfice de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage pour chacune des zones concernées ;
- Décrire le niveau de connaissance des agents de santé et ASBC sur la vitamine A et le déparasitage pour chacune des zones concernées ;
- Déterminer les principales raisons de la faiblesse d'information des ménages sur la supplémentation en vitamine A, le déparasitage et le dépistage de la malnutrition aigüe ;
- Formuler/proposer les stratégies et actions à entreprendre pour l'amélioration des activités de supplémentation en vitamine A, le déparasitage et le dépistage de la malnutrition aigüe.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale mixte alliant à la fois une approche qualitative et une approche quantitative. Elle couvre les trois régions du Centre Ouest, du Centre Sud et du Plateau Central. La population cible de l'enquête est composée :

- Les ménages ayant au moins un enfant de 6 à 59 mois au moment des JVA+ ;
- Les parents des enfants ;
- Les agents de santé ;
- Les agents de santé communautaires.

L'échantillonnage en grappes à deux degrés, stratifiées selon le milieu de résidence : urbain et rural ont été utilisé. Les grappes sont représentées par les zones de dénombrement (ZD) constituées lors du RGPH 2006 sélectionnées de manière aléatoire et indépendante proportionnellement à la taille de la population (PPT) en milieu urbain et rural dans les régions du Centre-Sud, Centre-Ouest, Plateau Central.

Au premier degré, les 77 zones de dénombrement du RGPH 2006 dont 60 en milieu rural et 17 en zone urbaine ont été tirées indépendamment dans chaque strate proportionnelle à la taille de la population (PPT) des ZD (voir la liste des ZD en annexe).

Au second degré, un tirage aléatoire et indépendant de 10 ménages ayant au moins un enfant de 6-59 mois a été fait dans chaque grappe après une actualisation de tous les ménages éligibles.

La première phase de la formation s'est déroulée du 20 au 25 juin 2019 à Ouagadougou afin de réaliser la collecte des données en milieu urbain. Trois (3) équipes constituées de 10 personnes dont 2 superviseurs et 8 enquêteurs, ont été mises en place dans les trois régions sanitaires. Un recyclage des mêmes enquêteurs a été fait le 20 juillet pour leur permettre de collecter les données en milieu rural.

La collecte des données a consisté d'abord à un recensement des ménages ayant des enfants de 6 à 59 mois présents au moment des JVA+. Ensuite, un tirage de 10 ménages (plus 5 ménages de réserve) a été fait dans les ZD. La collecte de données s'est déroulée en deux phases conformément aux 2 périodes retenues pour la campagne JVA+. L'enquête en zone urbaine s'est déroulée du 26 juin au 2 juillet 2019 et celle en milieu rural s'est déroulée du 21 juillet au 1 août 2019.

L'enregistrement direct des données sur le terrain à l'aide de tablettes a été privilégié au cours des 2 phases de collecte de données.

Principaux résultats

Enquête ménage (n=2 318)

Caractéristiques sociodémographiques

- **Ménages enquêtés (n= 2 318)**

- 2 318 ménages enquêtés dont 1 807 ménages en zone rurale et 511 ménages en milieu urbain. Au Centre Ouest, 782 ménages ont été enquêtés, 770 au Centre Sud et 766 au Plateau Central.
- 3 244 enfants de 6 à 59 mois enquêtés dont 2 575 enfants en milieu rural et 669 enfants en zone urbaine.
- En moyenne, 1,90 ([1,85 - 1,94]) enfants par ménage enquêté.

- **Répondants (n= 2 318)**

- Plus de 4 personnes interrogées sur 5 (86,7% [86,5% - 86,9%]) étaient des femmes aussi bien en milieu urbain (88,6% [88,3% - 88,9%]) qu'en milieu rural (85,4% [85,1% - 85,6%]).
- Plus de trois quarts des répondants étaient les mères des enfants (76,4% [76,1% - 76,6%]).
- Plus de 3 répondants sur 5 (62,4 % [62,1% - 62,7%]) étaient non scolarisés.

Supplémentation en vitamine A, déparasitage et dépistage

- **Profil des enfants vivant dans les ménages enquêtés où se sont déroulés la SVA, le déparasitage et le dépistage**
 - 50,8% de garçons contre 49,2% de filles dans la zone d'étude.
 - Les enfants de 6 à 11 mois représentaient 12,2% ([12,0% - 12,4%]), ceux de 12-23 mois était 23,2% ([23,0 - 23,4]), et ceux de 24 à 59 mois représentaient 63,4% ([63,2% - 63,7%]).
- **Couverture des JVA +**
 - La Couverture en **vitamine A** obtenue est de **82,5%** [81,0% - 84,0%] enfants de 6-59 mois. La couverture est de 81,2 % ([77,9% - 84,1%]) en zone urbaine et de 83,3% ([81,8% - 84,8%]) en zone rurale.
 - Centre Ouest : 77,7%, (IC95% : [74,6% - 82,0%])
 - Centre Sud : 88,3%, (IC95% : [86,2% - 90,0%])
 - Plateau Central : 81,6%, (IC95% : [81,8% - 84,8%])
 - La Couverture en **déparasitage** obtenue est de **80,1%** (IC_{95%} : [79,9% - 80,3%]) des enfants de 12-59 mois. La couverture en zone urbaine est de 77,8% (IC95% : [74,1% - 81,1%]). En zone rurale elle est de 81,5% (IC_{95%} : [79,8% - 83,1%]).
 - Centre-Ouest : 75,0%, (IC : [71,5% - 78,1%])
 - Centre-Sud : 85,5%, (IC : [83,1% - 87,7%])
 - Plateau Central : 80,0%, (IC : [79,8% - 83,1%])
 - La Couverture en **dépistage** : **51,3%** (IC95% : [49,4% - 53,2%]). En zone urbaine la couverture est de 32,2% (IC95% [28,7% - 36,0%]), en zone rurale elle est de 63,0% (IC95% : [61,0% - 64,9%]).
 - Centre Ouest : 48,5%, (IC : [45,1% - 52,0%])
 - Centre Sud : 63,6%, (IC : [60,7% - 66,5%])
 - Plateau Central : 37,7%, (IC : [34,2% - 41,2%])
 - Taux de malnutrition des enfants dépistés
 - Malnutrition aiguë sévère (MAS) : 0,9% rouge [0,4% - 1,7%]
 - Malnutrition aiguë modérée (MAM) : 2,4% [1,9% - 4,4%]
- **Principales raisons de non couverture**
 - Supplémentation en Vitamine A :
 - Les agents ne sont pas passés : 58,9% ([54,0% - 63,7%])
 - Déparasitage :
 - Les agents ne sont pas passés : 55,0% ([49,9% - 59,9%])
 - Dépistage :
 - 43,4% ([40,4 - 46,5%]) ignorent les raisons du non dépistage de leurs enfants
 - Pour un quart d'entre eux (25,7% [23,1 - 28,4%]) les distributeurs ne sont pas passés à leur domicile

Connaissances et pratiques des ménages

- **Connaissances des ménages sur la vitamine A et le déparasitage**
 - Deux tiers des répondants (66,8%) ont reconnu la capsule de vitamine A [66,6% - 67,1%]

- Près de 3 répondants sur 5 (57,1%) ont reconnu le comprimé de déparasitant [56,8% - 57,3%].

Mise en œuvre des JVA +

- **Communication et mise en œuvre des JVA +**
 - 68,3% ([66,0% - 70,5%]) des ménages en milieu rural ont été informés de la tenue des JVA+ dans la zone d'étude.
 - 47,3% ([42,9% - 51,8%]) en milieu urbain ont été informés de la tenue des JVA+ dans la zone d'étude

Enquête auprès des agents de santé (n=101)

- **Description de l'échantillon**
 - 98,0% des agents de santé travaillent dans les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) ;
 - Plus de trois quarts des agents de santé sont des hommes (78,2%) ;
 - Près de 3 agents de santé sur 5 enquêtés (59,0%) étaient des infirmiers/ ères, les responsables des CSPS ;
- **Connaissances des agents de santé sur la vitamine A et le déparasitant**
 - La formation continue est citée comme la source principale par plus de 9 agents de santé sur 10 aussi bien pour la vitamine A (92,1%) que le déparasitant (91,1%) ;
 - Plus de 3 agents de santé sur 10 (62,4%) ont une bonne connaissance sur la vitamine A et le déparasitant puisqu'ils cumulent 100 points.
- **Qualité de la mise en œuvre des activités des JVA +**
 - 4 agents de santé enquêtés sur 5 (84,1%) ont consacré au moins une demi-journée (38,6%) à une journée (45,5%) aux activités des JVA+ ;
 - Rôles joués :
 - o Supervision : plus de 2/3 des agents de santé (68,3%) ;
 - o La compilation des données : plus de deux agents sur 5 (43,6%) ;
 - o Enregistrement des données : un cinquième des agents de santé (22,8%).

Enquête auprès des ASBC/DC (n=264)

- **Profil type des ASBC/DC enquêtés**
 - 215 agents de santé communautaire (milieu rural) ;
 - 49 distributeurs communautaires (DC en zone urbaine) ;
 - Près de 7 ASBC/DC sur 10 (68,9%) sont des hommes ;
- **Connaissances des ASBC/DC sur la vitamine A et le déparasitant**
 - Les formations continues reçues lors des activités préparatoires des JVA+ sont les principales sources d'information sur la vitamine A (73,1%) et le déparasitant (95,5%) aussi bien chez les ASBC et les DC.
 - Près de 2 ASBC/DC sur 5 (37,5%) ont une bonne connaissance sur la vitamine A et le déparasitant puisqu'ils cumulent 100 points.
- **Mise en œuvre des JVA+**
 - En milieu urbain les DC ont consacré 4 jours aux JVA+
 - En zone rurale, les ASBC ont consacré 24,1 jours en moyenne lors des JVA+
 - Presque tous les ASBC/DC (97,7%) ont déclaré avoir participé à la distribution de la vitamine A et du déparasitant

I- Introduction

I-1 Contexte et justification de l'étude

La carence en vitamine A diminue la résistance aux infections, entraîne un retard de croissance et provoque des affections oculaires pouvant évoluer vers la cécité en l'absence de traitement. Elle sévit au Burkina Faso où la prévalence ajustée de la carence clinique était de 7% chez les femmes enceintes (EDS, 2003). La carence en vitamine A est un problème majeur de santé publique qui a un impact négatif sur le développement socio-économique tant par les lésions oculaires et la cécité dont elle est responsable, que par son action directe ou indirecte sur la morbidité et la mortalité des enfants de 0-5 ans. Face à cette situation, le Ministère de la santé a institutionnalisé depuis 2006, la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 - 59 mois, tous les six mois et a mis en place en 2011 une nouvelle stratégie à savoir les « Journées vitamine A + ». La stratégie des JVA+, depuis son adoption est mise en œuvre sous forme de campagnes nationales le plus souvent intégrées aux journées Nationales de Vaccination (JNV) polio avec de bonnes couvertures. Cependant, la rareté des ressources combinée à la fin des JNV au Burkina Faso, a conduit le Ministère de la santé et ses partenaires à l'adoption de nouvelles stratégies qui garantissent non seulement la continuité des JVA+ mais un niveau de couverture satisfaisant.

Depuis 2017, le Ministère de la santé a décidé de conduire les JVA+ à travers une stratégie mixte incluant aussi bien des campagnes que de la routine. En effet, la stratégie de supplémentation en routine pendant un (1) mois a été retenue dans les CSPS ruraux et les campagnes pendant quatre (4) jours ont été maintenues dans les CSPS situés en zone urbaine. Au niveau rural, les agents de santé à Base Communautaire (ASBC) recrutés par le Ministère de la santé ont été chargés de l'administration des intrants et du dépistage tandis qu'au niveau urbain, des distributeurs communautaires (DC) sont recrutés et motivés pour la mise en œuvre de l'activité car il n'y a pas d'ASBC en zone urbaine. Une première enquête nationale d'évaluation des couvertures des JVA+ (PECS) a été réalisée en juillet 2018 et a obtenu des couvertures insuffisantes pour les 3 principaux composants des JVA+. Le taux de couverture de la SVA chez les enfants de 6-59 mois était de 70% au niveau national ; celui du déparasitage chez les enfants de 12 à 59 mois de 68%, et celui du dépistage e la malnutrition aigüe chez les enfants de 6 à 59 mois était de 55,4%.

Les recommandations ont été élaborées à l'endroits des différents acteurs afin d'améliorer la couverture des prochains JVA+. Pour apprécier la couverture des régions recevant l'appui de HKI, une enquête d'évaluation de couverture de l'administration de la vitamine A et des services couplés sera menée dans les régions du Centre-Ouest, du Centre-Sud et du Plateau Central en juin-juillet 2019. Au sein de la région du Centre-Sud, un district sera ciblé pour y réaliser une enquête d'évaluation de couverture spécifique afin de répondre à des questions supplémentaires dans le cadre d'une recherche ultérieure.

II- Objectifs de l'évaluation

II-1 Objectifs généraux

L'étude vise à évaluer la qualité de la mise en œuvre des JVA+, à savoir la supplémentation en vitamine A, le déparasitage et le dépistage de la malnutrition aigüe chez les enfants de 6 à 59 mois.

II-2 Objectifs spécifiques

- Mesurer les taux de couverture de la supplémentation en vitamine A des enfants de 6-59 mois lors des JVA+ dans les régions sanitaires du Centre-Ouest, du Centre-Sud et du Plateau - Central ;
- Mesurer les taux de couverture du déparasitage des enfants de 12-59 mois lors des JVA+ dans les régions sanitaires du Centre-Ouest, du Centre-Sud et du Plateau Central ;
- Mesurer les taux de couverture du dépistage de la malnutrition aigüe des enfants de 6-59 mois lors des JVA+ dans les régions sanitaires du Centre-Ouest, du Centre-Sud et du Plateau Central ;
- Comparer les couvertures administratives des JVA+ et celles obtenues lors de l'enquête de couverture post JVA+ de juin 2019 ;
- Comparer les couvertures atteintes par stratification au niveau rural et urbain pour chacune des régions sanitaires du Centre-Ouest, du Centre-Sud et du Plateau Central ;
- Déterminer les principales raisons de la non-administration de la vitamine A et du déparasitant ;
- Evaluer la stratégie de communication utilisée lors de la JVA+ ;
- Décrire le niveau de connaissance des parents sur le bénéfice de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage pour chacune des zones concernées ;
- Décrire le niveau de connaissance des agents de santé et ASBC sur la vitamine A et le déparasitage pour chacune des zones concernées ;
- Déterminer les principales raisons de la faiblesse d'information des ménages sur la supplémentation en vitamine A, le déparasitage et le dépistage de la malnutrition aigüe ;
- Formuler/proposer les stratégies et actions à entreprendre pour l'amélioration des activités de supplémentation en vitamine A, le déparasitage et le dépistage de la malnutrition aigüe.

III- Méthodologie

III-1 Type d'étude et population cible

❖ Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale mixte alliant à la fois une approche qualitative et une approche quantitative.

❖ Population cible de l'étude

L'enquête de couverture post campagne (PECS) des journées nationales de la vitamine A plus a concerné les trois régions du Centre Ouest, du Centre Sud et du Plateau Central. La population cible de l'enquête est composée :

- Les ménages ayant au moins un enfant de 6 à 59 mois au moment des JVA+ ;
- Les parents des enfants ;
- Les agents de santé ;
- Les agents de santé communautaires.

Critère d'inclusion :

- Tous les ménages de la zone d'étude ayant au moins un enfant de 6-59 mois au moment des JVA+ de juin-juillet 2019
- Tous les agents de santé et les ASBC/DC éligibles de la zone d'études et présents au moment de l'enquête

Critère d'exclusion

- Les ménages éligibles où il n'y a pas de parents adultes au moment de l'enquête et/ou refusant de participer à l'enquête en ne donnant pas leur consentement éclairé.

III-2 Echantillonnage

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

Il s'agit d'un échantillonnage en grappes à deux degrés, stratifiées selon le milieu de résidence : urbain et rural. Les grappes sont représentées par les zones de dénombrement (ZD) constituées lors du RGPH 2006. Elles ont été sélectionnées de manière aléatoire et indépendante proportionnellement à la taille de la population (PPT) en milieu urbain et rural dans chacune des 3 zones de l'étude que sont les régions du Centre-Sud, Centre-Ouest, Plateau Central. 3 zones d'étude étant connues (Centre-Sud, Centre-Ouest, Plateau Central), représentent les grappes.

Au premier degré, les 77 zones de dénombrement du RGPH 2006 dont 60 en milieu rural et 17 en zone urbaine ont été tirées indépendamment dans chaque strate proportionnelle à la taille de la population (PPT) des ZD (voir la liste des ZD en annexe).

Au second degré, un tirage aléatoire et indépendant de 10 ménages ayant au moins un enfant de 6-59 mois a été fait dans chaque grappe après une actualisation de tous les ménages éligibles.

Le tableau 1 ci-dessous résume le nombre de grappes et de ménages tirés par strate selon le milieu de résidence. Il en ressort que le niveau de réalisation des enquêtes dans les 3 régions sont très satisfaisants puisque la taille d'échantillon désirée a été largement atteinte.

❖ **Choix des ménages à enquêter**

Tableau 1 : Répartition des grappes et des ménages enquêtés par région sanitaire

Région	Nombre de ZDs	Nombre de ZD		Nombre ménages prévus	Nombre ménages enquêtés	Taux de réalisation
		Urbain	Rural			
Centre Ouest	77	17	60	770	782	101,6
Centre Sud	77	17	60	770	770	100,0
Plateau Central	77	17	60	770	766	99,5
TOTAL	231	51	180	2 310	2318	100,3

Pour le volet qualitatif, un choix raisonné a guidé le nombre d'agents de santé, d'agents de santé communautaire (ASBC) et de Distributeurs communautaires (DC) à interroger. Ainsi trente (30) personnes de chaque catégorie du personnel devait être interviewée ; soit 90 personnes impliquées dans la réalisation de la campagne JVA+. Le tableau 2 indique que finalement 101 agents de santé, 201 ASBC et 64 DC ont été enquêtés.

Tableau 2 : Répartition des agents de santé, des ASBC et DC par région sanitaire

Région sanitaire	Agents de santé prévus	Agents de santé enquêtés	Taux de réalisation	ASBC prévus	ASBC enquêtés	Taux de réalisation	DC prévus	DC enquêtés	Taux de réalisation
Centre Ouest	30	59	196,7%	30	96	320%	30	15	50,0%
Centre Sud	30	34	113,3%	30	46	153,3%	30	23	66,7%
Plateau Central	30	8	26,7%	30	59	196,7%	30	25	83,3%
Total	90	101	112%	90	201	223,3%	90	64	71,1%

III-3 Outils de collecte de données

Trois questionnaires standards permettant de caractériser les ménages et les répondants enquêtés ainsi que de couvrir les indicateurs de la campagne JVA+ ont été adaptés afin de répondre aux objectifs spécifiques de l'enquête au Burkina Faso. Le **questionnaire ménage-enfant** informe sur les caractéristiques socioéconomiques des ménages et des répondant(e)s/tutrices. Il aborde également les thèmes portant sur les indicateurs liés à la supplémentation à la vitamine A, au déparasitage et au dépistage de la malnutrition. Les stratégies et sources d'informations des ménages sur la campagne JVA+, les principales raisons de la non supplémentation en vitamine A et du déparasitage, la connaissance des parents sur les avantages de la supplémentation en vitamine A, du déparasitage et du

dépistage de la malnutrition, l'appréciation de la qualité des activités de la campagne sont investiguées à travers le questionnaire ménage.

Le **questionnaire agents de santé** en plus de fournir des informations sur leur profil, aborde les questions relatives à leur niveau de connaissance sur la vitamine A, la supplémentation en vitamine A et le déparasitage, sur la qualité des activités de la campagne. Les difficultés liées à la campagne ainsi que les solutions internes trouvées sont traitées par ce questionnaire.

Le **questionnaire ASBC/DC** adressé aux agents de santé à base communautaire et aux distributeurs communautaires informe sur leur niveau de connaissance sur la vitamine A, la supplémentation en vitamine A et le déparasitage, sur la qualité des activités de la campagne. Les difficultés liées à la campagne ainsi que les solutions internes trouvées sont traitées par ce questionnaire. Les suggestions des ASBC et des DC ont été considérées en vue d'améliorer les activités futures de supplémentation en vitamine A, le déparasitage et le dépistage de la malnutrition aigüe.

III-4 Recrutement et Formation des superviseurs et enquêteurs

Pour garantir une meilleure réussite de la collecte des données, trente-deux agents de terrain ont rigoureusement été sélectionnés en tenant compte de leur expérience dans les enquêtes ménage dans le domaine de la santé en milieu rural et urbain, de leur niveau d'instruction et de la maîtrise de la langue parlée dans les trois régions concernées par le travail : *Mooré, Lyélé/Nuni et Dioula*.

La formation s'est déroulée du 20 au 25 juin 2019 à Ouagadougou. Après la présentation des formalités administratives, la formation a véritablement débuté par la présentation des objectifs de l'enquête, la stratégie des JVA+ et la méthodologie de l'enquête de couverture. La suite de la formation s'est déroulée selon le chronogramme établi par les formateurs (voir agenda complet). Elle a consisté à des séances de présentation théorique des trois outils de collecte de données et de la traduction des questions en langues *mooré, dioula et nuni/lyélé*.

La seconde étape de formation a été la mise en pratique des trois questionnaires programmés avec le logiciel ODK sur les tablettes¹. Cette pratique a permis de détecter quelques problèmes de programmation des questionnaires et de les corriger.



Photo 1 : Séance de formation des enquêteurs

La troisième étape a consisté à la présentation des aspects pratiques de la collecte de données, notamment sur l'actualisation des ménages éligibles, l'utilisation des cartes et croquis des zones de dénombrement (ZD), l'évolution des équipes sur le terrain, les lettres d'introduction des autorités administratives, sanitaires et même sécuritaires. La mise à jour des ménages éligibles pendant le recensement, c'est-à-dire les ménages ayant au moins un enfant de 6 à 59 mois, ont été amplement expliquée aux enquêteurs. Cette étape était particulièrement importante étant donné que toute l'approche méthodologique de l'enquête de couverture des JVA+ est basée sur le sondage par grappe. Le recensement exhaustif des ménages éligibles était donc la clé avant de procéder au tirage des 10 ménages dans chaque ZD.

L'explication de la lecture des cartes et croquis des ZD constituées depuis le dernier recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006 était aussi importante étant la longue durée entre la conception des cartes/croquis et notre enquête de couverture. Le changement inévitable entre la réalité actuelle du terrain, surtout dans les zones urbaines, et les croquis/cartes constitués, il y a de cela 13 ans, ne devrait étonner aucun membre des différentes équipes.

Après ces explications, trois (3) équipes constituées de 10 personnes² dont 2 superviseurs et 8 enquêteurs, ont été mises en place selon les régions de préférence de chaque enquêteur/superviseur. Les travaux d'équipe ont permis à chaque équipe de s'assurer que toutes les cartes/croquis des ZD étaient à leur disposition. Une recombinaison interne des équipes a été faite, essentiellement en 2 sous-équipes, afin de couvrir de manière efficace chaque vaste région sanitaire.

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

Le pré-test des outils de collecte s'est déroulé le 23 juin 2019 dans les aires sanitaires du CM de Gounghin et du CSPS de Larlé (secteur 10). Chacun des 32 enquêteurs devait réaliser l'enquête dans deux (2) ménages jouxtant ces 2 structures de santé. Il s'agissait lors ce pré-test de :

¹ Les différents questionnaires ont été programmés sur ODK.

² L'équipe de la région du Plateau Central était constituée de 11 personnes : 2 superviseurs et 9 enquêteurs.

- Mettre en situation réelle d'interview, les agents de collecte de données dans les ménages avec le respect des consignes données lors de la formation ;
- Permettre aux superviseurs d'être en situation de gérer son équipe en les plaçant dans les ménages ;
- S'assurer que le CAPI programmée sous ODK fonctionne correctement et corriger éventuellement les erreurs constatées dans le programme.

Le feed-back du pré-test a révélé la nécessité d'apporter quelques corrections sur le CAPI développé sous ODK. Ainsi la cohérence interne, notamment les sauts a été revus.

III-6 Collecte de données sur le terrain

❖ Recensement des ménages et le tirage aléatoire des ménages à enquêter

La collecte des données a consisté d'abord en une actualisation des ménages éligibles, c'est-à-dire les ménages ayant des enfants de 6 à 59 mois présents au moment des JVA+, dans les différentes ZD sélectionnées. Tous les enquêteurs étaient soumis au recensement de ces ménages éligibles. Après la mise à jour des ménages éligibles dans chaque ZD, un décompte du nombre de ménages par enquêteur est fait afin d'avoir le nombre total de ménages dans la ZD. Une fois le nombre total de ménages connu, le superviseur procédait au tirage aléatoire de 10 ménages avec l'application Android « aléatoire UX³ » auxquels cinq (5) autres ménages de réserve étaient ajoutés.

Après le recensement et les entretiens dans les ménages éligibles sélectionnés dans les zones urbaines, le recensement s'est poursuivi immédiatement dans les ZD rurales jusqu'au 13 juillet 2019. Cela a permis de disposer de la liste des ménages éligibles avant la fin de la supplémentation en milieu rural.

❖ Collecte de données sur le terrain

La collecte de données s'est déroulée en deux phases conformément aux 2 périodes retenues pour la campagne JVA+. Les JVA+ se sont déroulées du 21 au 24 juin 2019 en milieu urbain et l'enquête s'est déroulée juste après la fin des JVA+ en milieu urbain du 26 juin au 2 juillet 2019. Quant à la collecte des données en milieu rural, elle s'est déroulée du 21 juillet au 1 août 2019 juste après la fin des JVA+ en milieu rural qui se sont déroulées du 21 juin au 20 juillet 2019.

La seconde phase de collecte de données s'est déroulée du 21 juillet au 1^{er} août 2019 après une journée de révision des procédures de tirage des ménages dans les ZD et une revue des différents programmes d'enregistrement des données des formulaires ménage-enfant, ASBC, agents de santé et contrôle de qualité.

Globalement, les interviews se sont assez bien déroulées dans les ménages avec un taux de réalisation de 100,3% (tableau 1). Quant aux interviews avec les différents acteurs impliqués de la chaîne de mise en œuvre des JVA+, il était prévu d'interviewer 30

³ Cette application est disponible sous Play Store : <https://play.google.com/store/apps/dev?id=8586650488773233406>

personnes de chaque catégorie dans chaque région sanitaire. Malgré les appréhensions liées aux mouvements⁴ d'humeur des agents de santé, le tableau 2 ci-dessus indique que le taux de réalisation des entretiens auprès des agents de santé était très satisfaisant dans la région du Centre Ouest (196,7%), du Centre Sud (113 ;3%). Par contre dans la région du Plateau Central, la collaboration n'a pas été effective au regard du taux de réalisation de 26,7%.

En ce qui concerne les agents de santé à base communautaire (ASBC), le tableau 2 montre que deux fois plus de personnes ont été interrogées, avec un taux de réalisation de 223,3%).

III-7 Utilisation de la technologie mobile pour la collecte de données

L'enregistrement direct des données sur le terrain à l'aide de tablettes a été privilégié au cours des 2 phases de collecte de données. Cette technologie mobile de collecte de données présente l'avantage de :

- ❖ Garantir la qualité des données lors de la programmation sous ODK à travers les contrôles de cohérence internes ;
- ❖ De gagner en temps à travers justement l'enregistrement direct des données collectées ;
- ❖ Rendre disponible immédiatement les données pour une analyse après un nettoyage de la base.

III-8 Contrôle de la qualité de la collecte de données dans les ménages

Deux équipes composées chacune d'un superviseur et de quatre (4) enquêteurs devaient parcourir toutes les 77 ZD de chaque région sanitaire afin de réaliser les interviews. En plus de l'organisation quotidienne du travail de l'équipe et de la supervision classique de chaque enquêteur afin de s'assurer de leur présence effective dans les ménages tirés, le superviseur devait également réaliser un contrôle de qualité avec un CAPI spécialement dédié. Dans chaque ZD, un ménage sur les 10 ménages déjà réalisés par les enquêteurs devait l'objet d'une revisite du superviseur afin de vérifier certains paramètres importants pour l'évaluation de la couverture des JVA+.

En plus de cette revisite, le premier niveau de contrôle de la qualité des données a été fait lors de la programmation des questionnaires qui est basé sur les contrôles internes du programme ODK. Ce qui a permis de minimiser les erreurs lors de la collecte des données.

III-9 Supervision et suivi de la collecte

Outre les tâches de supervision classique réalisées par les superviseurs, les quatre consultants chargés de l'évaluation de la couverture post JVA+ se sont réparties les 3 régions, avec deux personnes chargées du Plateau Central à cause de son étendue. Chaque consultant devrait s'assurer de la présence effective des enquêteurs sur le terrain

⁴ Un amendement a été apporté à cet effectif initial lors de la formation. La consigne était donc d'interviewer tous les agents de santé, les ASBC et les DC dont relèvent les ZD sélectionnées.

et dans les ménages tirés, d'aider les équipes à reconnaître les ZD et leur limite, prendre des décisions sur le remplacement éventuel de ZD ou de ménages déjà tirés. Il ressort de la supervision des consultants que les enquêteurs et superviseurs ont suivi les procédures du recensement, du tirage des 10 ménages et des 5 ménages supplémentaires par ZD. Ils ont également appliqué les consignes données pour le remplissage des différents questionnaires. Le remplacement de ZD a surtout été effectué lors de l'enquête en milieu urbain.

A la fin de chaque ZD, les superviseurs étaient tenus de faire le point des entretiens et des éventuelles difficultés rencontrées. L'absence des ménages en milieu rural en cette période de travaux champêtres a été la difficulté majeure rapportée par les superviseurs dans les 3 régions sanitaires. Pour pallier ce problème, les enquêteurs faisaient les entretiens pendant la soirée et en dernier recours, procédaient au remplacement des ménages sur la liste de réserve.

Il importe également de rappeler que deux chargés de projet et le responsable du suivi-évaluation de HKI ont fait des sorties terrain pour s'assurer que tous les ménages éligibles ont été visités lors du recensement, que le tirage des ménages éligibles est fait conformément aux procédures enseignées lors de la formation. Un rapport de la supervision effectué par le personnel de HKI est disponible.

Une rencontre-bilan de la collecte de données de la première phase du milieu urbain a été effectuée le 20 juillet 2019⁵. Ce bilan a également été l'occasion de recycler les enquêteurs et les superviseurs sur les procédures de tirage des ménages et la revue des questionnaires pour la phase 2 du milieu rural.

III-10 Traitement et analyse des données, rédaction du rapport final

Les données recueillies sur les tablettes par les enquêteurs étaient postées directement sur la plateforme ONA à la fin de collecte de données d'une ZD selon la disponibilité de la connexion internet. Les données compilées sous la plateforme ONA ont été transférées vers les logiciels usuels d'analyse de données : STATA ou SPSS.

❖ *Apurement et analyse statistique des données*

Avant l'analyse de données faite avec le logiciel SPSS, un tri à plat a été fait afin de s'assurer de la complétude des données pour cette variable. Cet apurement a surtout porté sur les régions sanitaires et le milieu de résidence. Un recodage des variables a permis de réduire les modalités de certaines variables et surtout d'intégrer certaines réponses « autres à préciser » comme de nouvelles modalités.

Les résultats des analyses ont été présentés par région selon le milieu de résidence. Les proportions avec un intervalle de confiance à 95% et l'écart-type sont les principales statistiques utilisées pour présenter les données. Malheureusement une comparaison n'a

⁵ Cette date est éloignée de la fin de la collecte en milieu urbain parce que les équipes ont été amenées à continuer le recensement juste à la fin de la phase.

pas pu être faite entre les données administratives des JVA+ fournies par les trois directions régionales⁶ et cette évaluation externe de la couverture des JVA+.

❖ **Pondération**

Une pondération des données a été faite selon l'inverse de la double probabilité de sélectionner d'abord les grappes et de sélectionner le ménage parmi les ménages recensés. Les formules ci-dessous indiquent les étapes suivies pour la pondération :

- ❖ Probabilité que la grappe ait été sélectionnée (A) = nombre de grappes sélectionnées dans la strate/ nombre total de grappes dans la strate.
- ❖ Probabilité que le ménage ait été sélectionné (B) = nombre de ménages éligibles sélectionnés dans la grappe/ nombre total de ménages éligibles dans la grappe.
- ❖ Pondération = 1/(Ax B)

Tableau 3 : Pondération des zones de dénombrement et des ménages par région sanitaire

Strates	Milieu de résidence	Nombre ZD en 2006*	Nombre ZD Tirées	Nombre ménages recensés	Nombre ménages tirés	Nombre ménages enquêtés	Probabilité tirage ménages	Probabilité tirage ZD	Pondération méthode OMS
Centre Ouest	Urbain	140	17	1145	170	170	0,1485	0,12142	55,467
	Rural	1031	60	3335	600	612	0,1835	0,05819	93,6379
	TOTAL	1171	77	4480	770	782	0,1746	0,06576	87,1239
Centre Sud	Urbain	108	17	1044	170	171	0,1638	0,15741	38,7864
	Rural	625	60	4705	600	599	0,1273	0,096	81,8204
	TOTAL	733	77	5749	770	770	0,1339	0,10505	71,0747
Plateau Central	Urbain	46	17	1374	170	170	0,1237	0,36957	21,8699
	Rural	665	60	4524	600	596	0,1317	0,09023	84,1292
	TOTAL	711	77	5898	770	766	0,1299	0,10830	71,0976
TOTAL	Urbain	294	51	3563	510	511	0,1434	0,17347	40,1950
	Rural	2321	180	12564	1800	1807	0,1438	0,07755	89,6546
	TOTAL	2615	231	16127	2310	2318	0,1437	0,08834	78,7589

* Base de sondage RGPH, 2006

III-11 Difficultés rencontrées

Quatre (4) types de difficultés majeures ont été relevés au cours de cette évaluation de la couverture post JVA+. Il s'agit des difficultés liées au mouvement d'humeur des agents de santé, à la reconnaissance des ZD, surtout dans les zones urbaines, l'accessibilité des différents villages en cette période hivernale et la distance entre les ZD en zone rurale.

Si les agents de santé ont exécuté les JVA+ dans les trois régions sanitaires de notre étude sans poser de conditions majeures, ils étaient, par contre, assez réticents pour recevoir toutes missions externes à leur zone, quelle que soit leur provenance. Et cette consigne était plus appliquée dans les zones urbaines comme l'a montré le tableau 4 ci-dessous.

⁶ L'une des conséquences du mouvement d'humeur des agents de santé était la non production des rapports d'activités par les différents services de santé.

La reconnaissance des ZD était particulièrement difficile à cause de la date de conception des cartes /croquis du dernier RGPH. En effet, les cartes et croquis des ZD ont été conçus en 2006 dans le cadre du recensement général de la population. De fait, la physionomie des villages et surtout des villes a beaucoup changée. Les zones non-loties des principaux centres urbains du Centre Ouest, Centre Sud et du Plateau central datant de 2006 ont été soit loties, soient occupées pour des activités liées à la fête de l'indépendance, comme à Manga. Dans cette même commune, les secteurs 4 et 5 rattachés au CSPS urbain sont considérés comme relevant du milieu rural bien qu'étant situé en plein cœur de la commune de Manga.



Photo 2 : Enquêtrice utilisant une pirogue pour rejoindre un village

L'accessibilité des différents villages en cette période hivernale était particulièrement difficile. La photo 2 ci-contre est assez illustrative de cette difficulté. Souvent les enquêteurs ont été amenés à contourner des fleuves ou rivières pour accéder à certains villages dont les premières cases sont visibles à partir de la rive où ils sont situés.

Enfin la quatrième difficulté relève plus de l'échantillonnage systématique utilisé comme méthode de sondage. Les ZD tirées sont éparpillées sur l'ensemble du territoire régional les rendant ainsi distantes l'une de l'autre. Ce qui fait que les enquêteurs mettaient plus de temps à rejoindre chaque ZD qu'à réaliser les entretiens dans ces mêmes ZD.

III-12 Limites de l'étude

La principale limite de cette évaluation pourrait être attribuée à la base de sondage qui a servi à l'échantillonnage. En effet, les zones de dénombrement et les cartes/croquis utilisées ont été constitués en 2006 lors du recensement général de la Population et de l'Habitation (RGPH). Treize (13) ans après cette opération de recensement, des changements notables ont été constatés dans la taille de la population des ZD et la délimitation des cartes, surtout en milieu urbain.

Cependant cette limite n'affecte pas les résultats étant donné que lors du recensement des ménages, les enquêteurs se sont rapprochés le plus possible de la réalité du terrain à partir de quelques éléments de repère encore visibles sur les cartes/croquis des ZD sélectionnées ou voisines.

IV- Résultats de l'enquête ménage

IV-1 Caractéristiques sociodémographiques des populations enquêtées

✚ Localisation des ménages enquêtés

Ce sont au total 2 318 ménages qui ont été enquêtés dont 1 807 ménages en zone rural et 511 ménages en milieu urbain. Ce qui est conforme à la taille d'échantillon de notre enquête de couverture qui était de 2 310 ménages (1 800 en milieu rural et 510 en milieu urbain). Globalement, 78% des ménages ont été enquêtés en milieu rural. En effet, le tableau 4 ci-dessous montre que près de 4 répondants sur 5 étaient issus du milieu rural. Quelle que soit la région sanitaire, cette proportion était sensiblement identique.

Tableau 4 : Localisation des ménages enquêtés

Milieu de résidence	CENTRE OUEST		CENTRE SUD		PLATEAU CENTRAL		ZONE D'ETUDE	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Milieu rural	612	78,3	599	77,8	596	77,8	1807	78,0
Milieu urbain	170	21,7	171	22,2	170	22,2	511	22,0
Total	782	100,0	770	100,0	766	100,0	2318	100,0

✚ Nombre moyen d'enfants par ménage enquêté

Quant au tableau 5 ci-dessous, il indique qu'il y avait en moyenne 1,90 enfants ([1,85 - 1,94]) par ménage. Il faut remarquer qu'en moyenne, il y avait environ 2,03 enfants ([1,98 - 2,09]) par ménage en milieu rural contre moins de deux enfants en zone urbaine (1,68 [1,61 - 1,75]).

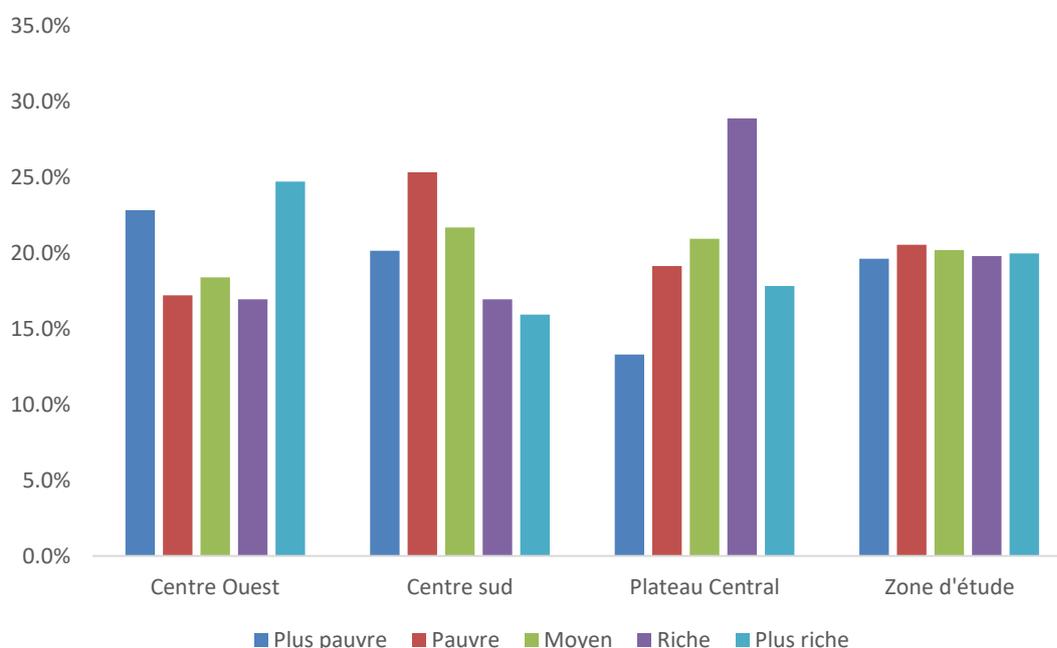
Tableau 5 : Nombre moyen d'enfants de 6 à 59 mois par ménage enquêté

Caractéristiques		CENTRE OUEST			CENTRE SUD			PLATEAU CENTRAL			ZONE D'ETUDE		
		Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain
Nombre moyen d'enfants de 6 à 59 mois par ménage	Effectif	1013	795	218	1109	906	203	1122	874	248	3244	2575	669
	Moyen	1,84	2,00	1,61	1,88	2,03	1,35	2,01	2,09	1,94	1,90	2,03	1,68
	[95% CI inf]	1,77	1,90	1,52	1,81	1,95	1,28	1,92	2,01	1,80	1,85	1,98	1,61
	[95% CI Sup]	1,91	2,10	1,71	1,96	2,12	1,43	2,09	2,17	2,08	1,94	2,09	1,75

Quintile de richesse

Un index de pauvreté a été construit à partir des caractéristiques de l'habitation des ménages notamment les principaux matériaux du mur, du sol et du toit des maisons, de la principale source d'approvisionnement en de boisson, de la disponibilité des toilettes, des sources d'énergie utilisées pour la cuisine et enfin la possession d'un certain nombre de biens matériels fonctionnels (radio, vélo, etc.). Le graphique 1 ci-dessous présente les quintiles de pauvreté des ménages des répondants par région sanitaire. Dans l'ensemble de la zone d'étude, on a une répartition presque égalitaire des ménages entre les différents niveaux de richesses (Graphique 1). On constate cependant, que dans le Plateau central on retrouve un peu plus de ménages dans la catégorie des riches (28,9% [24,8% - 33,3%]). Par contre, dans le Centre Sud, il y a plus de ménages dans la catégorie des pauvres (25,3% [22,4% - 28,5%]).

Graphique 1: Niveau de vie des ménages

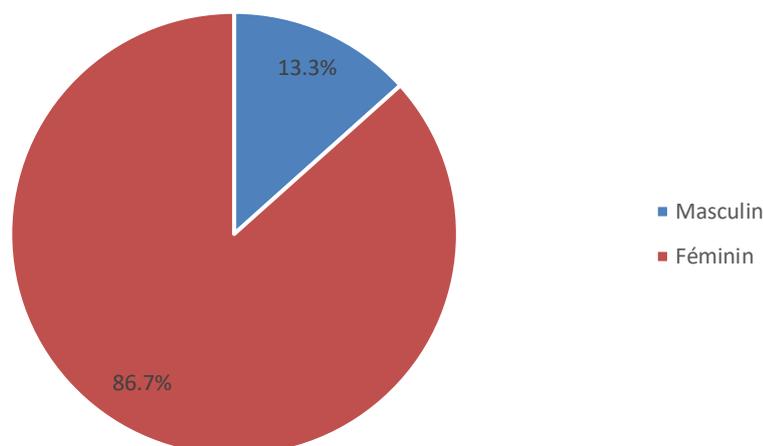


VI-1-2 Caractéristiques des répondants

Sexe des répondants

Le graphique 2 (page 26) indique que plus de 4 personnes interrogées sur 5 (86,7% [86,5% - 86,9%]) sont des femmes aussi bien en milieu urbain (88,6% [88,3% - 88,9%]) qu'en milieu rural (85,4% [85,1% - 85,6%]). Quelle que la région sanitaire, plus de 4 répondantes sur 5 personnes enquêtées sont des femmes.

Graphique 2: Sexe des répondants



L'âge moyen des répondants est de 32,4 ans ([32,3 - 32,5]) dans la zone d'étude (tableau 6). En milieu rural, l'âge moyen est de 33,1 ans ([33,0 - 33,2]) contre 31,3 ans ([31,2 - 31,4]) en zone urbaine. C'est dans la région du Plateau Central qu'on retrouve l'âge minimum le plus faible des répondants qui est de 14 ans, en milieu rural. Il faut remarquer que dans le Centre Sud, l'âge minimum des répondants est de 15 ans aussi bien en milieu urbain qu'en zone rurale.

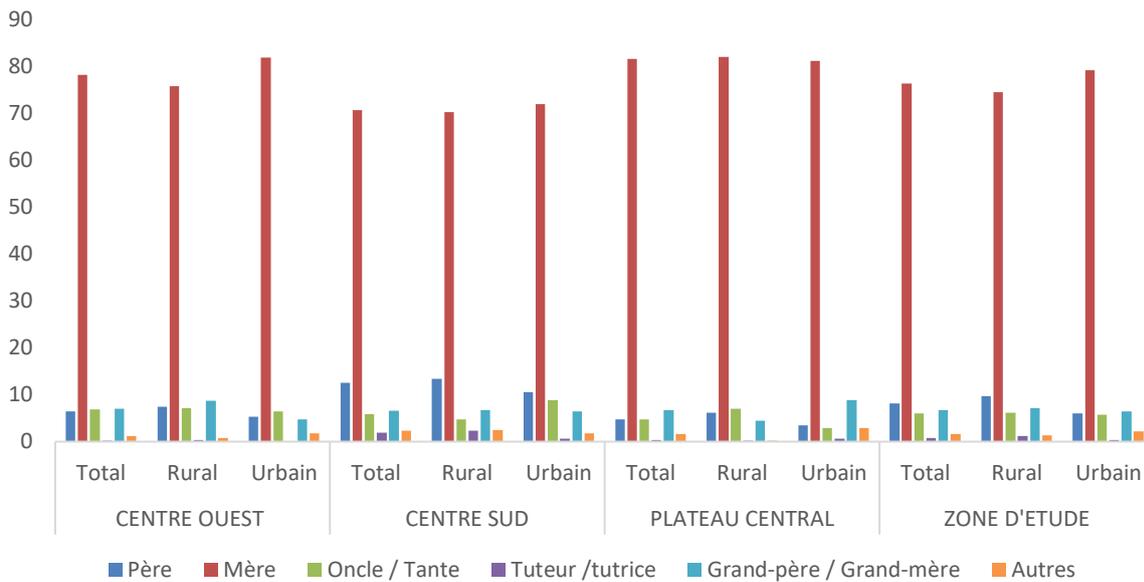
Tableau 6 : Age moyen des répondants

Age moyen	CENTRE OUEST			CENTRE SUD			PLATEAU CENTRAL			ZONE D'ETUDE		
	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain
Age moyen	32,0	33,4	30,1	33,4	33,9	32,0	31,5	30,5	32,3	32,4	33,1	31,3
Std. Err	11,0	12,3	8,7	11,1	11,3	10,2	10,1	9,0	10,8	10,9	11,4	9,8
[95% CI inf]	31,9	33,3	30,0	33,3	33,8	31,8	31,4	30,3	32,2	32,3	33,0	31,2
[95% CI Sup]	32,1	33,5	30,3	33,5	34,0	32,2	31,6	30,6	32,5	32,5	33,2	31,4

✚ Lien de parenté des répondants avec l'enfant enquêté

La proportion élevée des femmes parmi les répondants est confirmée logiquement par le lien de parenté existant entre le répondant et l'enfant enquêté. Le graphique 3 (page 27) montre que plus de trois quart (3/4) des répondants sont les mères des enfants (76,4% [76,1% - 76,6%]). Il faut remarquer à travers le tableau 7, les proportions de mères répondantes sont plus élevées en milieu urbain qu'en zone rurale dans les régions sanitaires du Centre-Ouest et du Centre-Est.

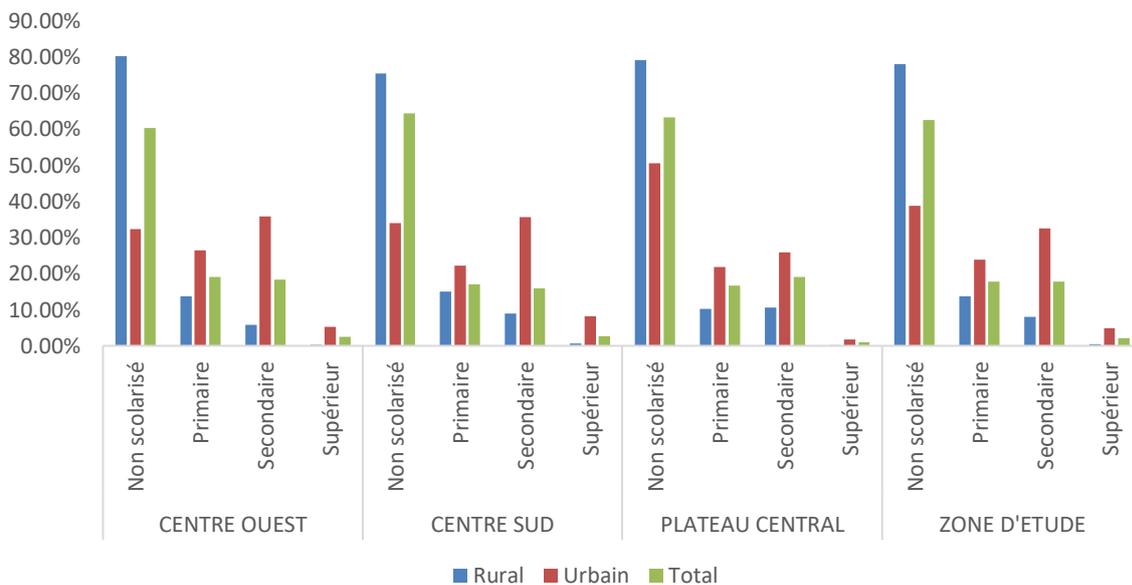
Graphique 3: Lien de parenté des répondants avec l'enfant enquêté



📊 Niveau d'instruction des répondants

Dans l'ensemble, plus de 3 répondants sur 5 (62,4 % [62,1% - 62,7%]) sont non scolarisés (graphique 4) et près d'un enquêté sur 5 (17,7% [17,5% - 17,9%]) a le niveau primaire. Seulement un cinquième des répondants (19,8% [19,6% - 20,1%]) a le niveau secondaire et plus. Il faut remarquer que les répondants qui sont les plus instruits se rencontrent surtout en milieu urbain, quelle que soit la région sanitaire. En milieu rural, au moins trois quarts (3/4) des répondants n'ont aucun niveau d'instruction quelle que soit la région sanitaire. Cette différence de niveau d'instruction entre le milieu rural et le milieu urbain est significative au seuil de 5% (Pr=0,000). Le niveau d'instruction dépend donc statistiquement du milieu de résidence.

Graphique 4: Niveau d'instruction des répondants

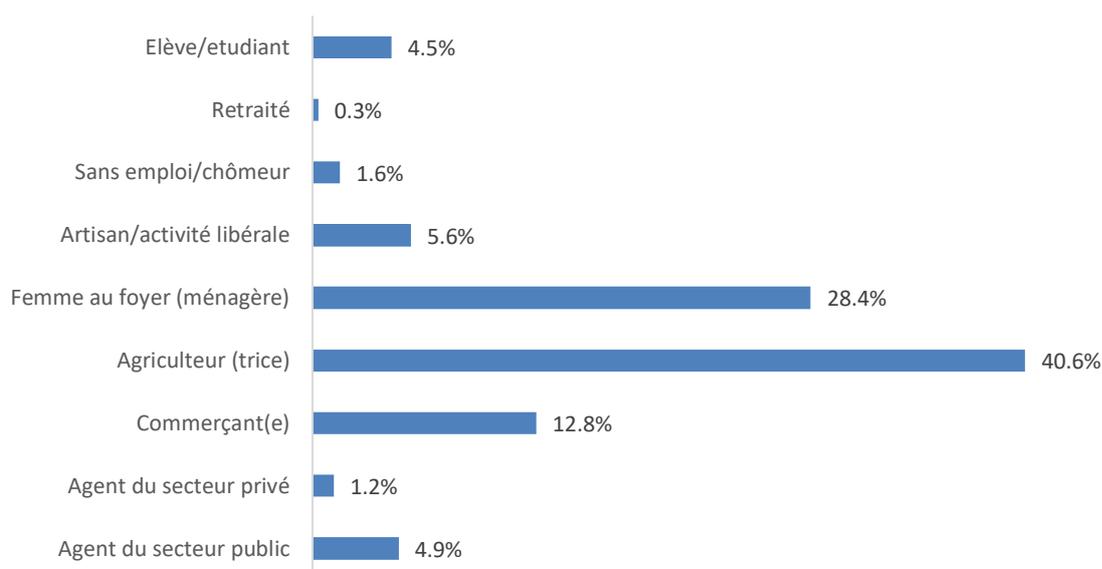


Principale activité des répondants

Le graphique 5 présente les principales activités des répondants. Il en ressort que les trois principales activités sont l'agriculture qui occupe dans l'ensemble 2 répondants sur 5 (40,6% [40,3% - 40,9%]), les activités domestiques (ménagères) qui occupent près de trois répondants sur 10 (28,4% [28,1% - 28,7%]) et le commerce exercé par plus d'un répondant sur 10 (12,8% [12,6% - 13,0%]). L'agriculture occupe près de trois répondants sur 5 (57,8% [57,4% - 58,2%]) en milieu rural. Quelle que la région sanitaire, l'agriculture reste l'activité principale en milieu rural.

Il faut remarquer que la proportion des répondants qui ont cité l'activité ménagère est plus élevée en milieu urbain (29,6% [29,1% - 30,0%]) qu'en zone rurale (27,7% [27,3% - 28,0%]). En dehors de la région du Centre Ouest où la proportion des ménagères est presque identique en milieux urbain et rural, les ménagères sont proportionnellement plus nombreuses en ville qu'en campagne. On constate que la principale activité des répondants.

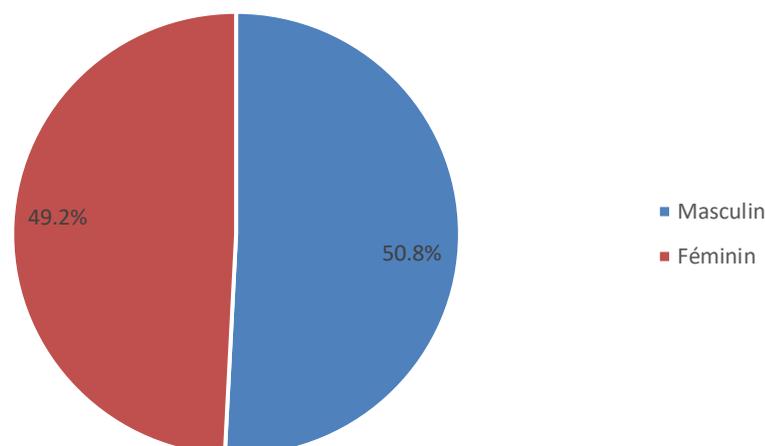
Graphique 5: Principales activités des répondants



VI-1-3 Caractéristiques des enfants enquêtés

Au total, 3 244 enfants ont été enquêtés. Le graphique 6 (page 29) présente la répartition par sexe des enfants enquêtés dans les 3 régions sanitaires. Dans l'ensemble, la proportion des filles (49,2%) et les garçons (50,8%) est presque identique, avec toutefois quelques légères différences selon la région sanitaire et le milieu de résidence.

Graphique 6: Répartition des enfants enquêtés selon le sexe



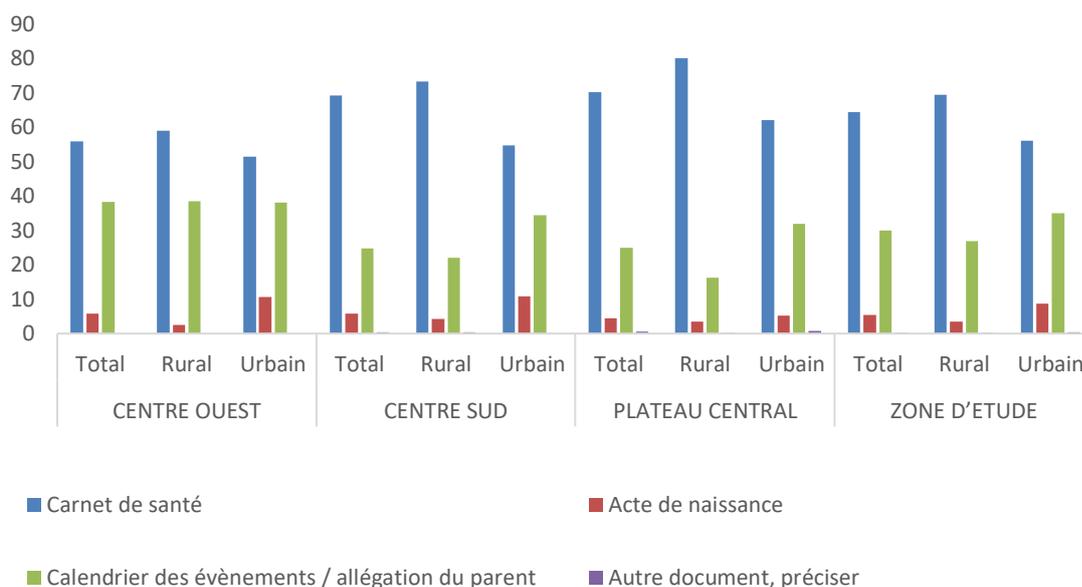
Il ressort de l'analyse de la répartition des enfants enquêtés par catégorie d'âge que plus de 3 enfants enquêtés sur 5 (63,4% [63,2% - 63,7%]) sont de la tranche d'âge de 24 à 59 mois. Un peu plus d'un enfant sur 10 (12,2% [12,0% - 12,4%]) était âgé de 6-11 mois. Et un peu plus de deux enfants sur 5 appartenaient à la tranche d'âge de 12-23 mois. Quelques enfants avaient un âge de 60 mois et plus (1,0%). Ce constat est surtout fait en milieu rural.

Tableau 7 : Profil des enfants enquêtés selon la région sanitaire par milieu de résidence

Tranche d'âge	CENTRE OUEST		CENTRE SUD		PLATEAU CENTRAL		ZONE D'ETUDE	
	Proportion (%)	[95% CI]	Proportion (%)	[95% CI]	Proportion (%)	[95% CI]	Proportion (%)	[95% CI]
6 à 11 mois	14,7	[14,4 - 5,0]	12,0	[11,7 - 12,2]	9,5	[9,2 - 9,7]	12,2	[12,0 - 12,4]
12 à 23 mois	24,4	[24,0 - 4,7]	22,8	[22,5 - 23,2]	21,9	[21,4 - 22,3]	23,2	[23,0 - 23,4]
24 à 59 mois	60,4	[60,0 - 0,8]	63,3	[62,9 - 63,7]	68,2	[67,7 - 68,6]	63,4	[63,2 - 63,7]
59 mois et plus	0,5	[0,5 - 0,6]	1,9	[1,8 - 2,0]	0,5	[0,4 - 0,6]	1,0	[1,0 - 1,1]

Comme l'indique le graphique 7 (page 30), la principale source d'obtention de l'âge des enfants est le carnet de santé. En effet, chez plus de 3 enfants sur 5 (64,3% [64,1% - 64,5%]), l'âge a été obtenu à partir du carnet de santé. En milieu rural que le recours au carnet de santé pour déterminer l'âge de l'enfant est un peu plus élevé, avec 69,4% contre 56,0% en milieu urbain. Quelle que soit la région sanitaire, cette proportion était plus grande en milieu rural qu'en zone urbaine. Par ailleurs, il faut remarquer dans le tableau 9 que dans 30% des cas, les enquêteurs ont eu recours au calendrier des événements ou la déclaration des parents. Cette situation était plus fréquente en ville qu'en milieu rural.

Graphique 7: Sources d'information sur l'âge des enfants



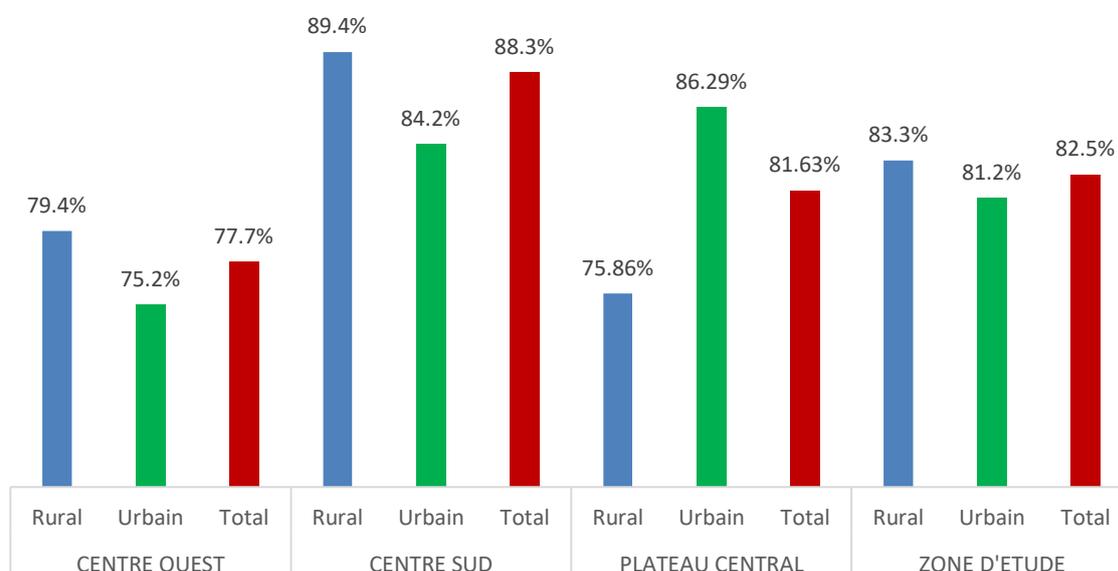
IV-3 Couverture des JVA +

IV-3-1 Couverture post-JVA + de la vitamine A (82,5%)

❖ Couverture par région sanitaire

Le graphique 8 (page 31) présente la couverture générale de la supplémentation en vitamine A. Il ressort que le taux de couverture en vitamine A est de 82,5% ([81,0% - 84,0%]). Les résultats révèlent un taux de couverture SVA de 81,2% en milieu urbain [77,9% - 84,1%] et de 83,3% en milieu rural [81,8% - 84,8%]. Les taux de couverture en vitamine A varient également selon la région. La région du Centre-Sud présente le taux de couverture SVA le plus élevé avec 88,3% ([86,2% - 90,0%]). La région du Plateau Central vient en seconde position avec un taux de couverture en vitamine A de 81,6% ([81,8% - 84,8%]). Au Centre Ouest, le taux de couverture en vitamine A est 77,7% ([74,6% - 82,0%]) soit le taux le plus bas au niveau des régions. La différence observée entre le taux de couverture selon les régions est significative (Pr=0,000). On constate également une différence entre la couverture en milieu rural (83,3%) et celle en milieu urbain (81,2%), mais cette différence n'est pas significative (Pr=0,833).

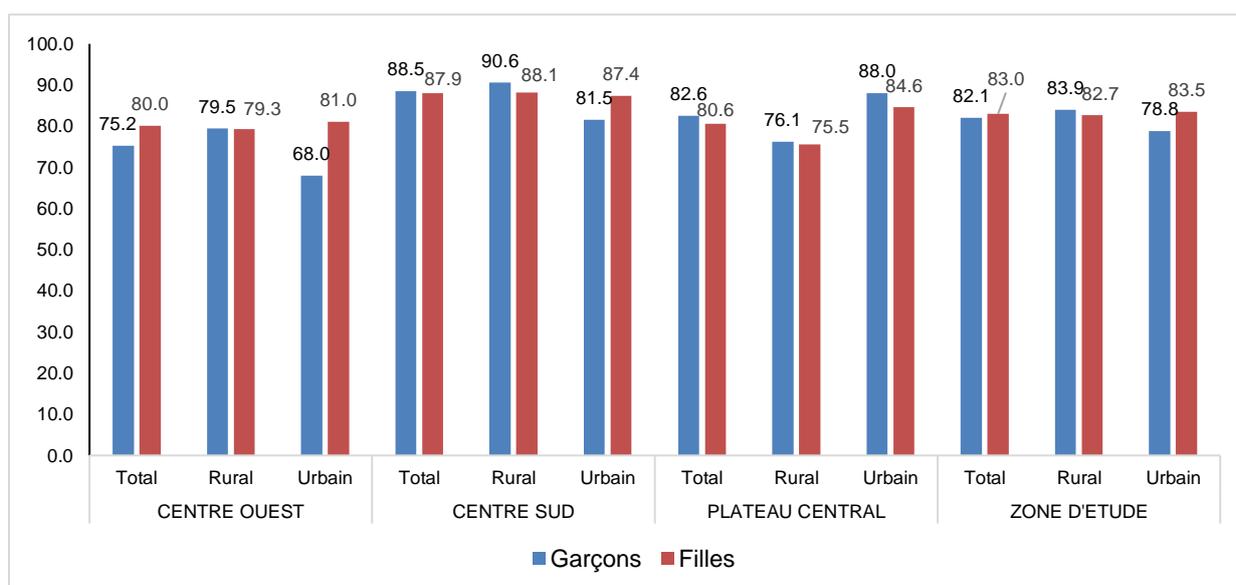
Graphique 8: Couverture en SVA par région sanitaire



❖ Couverture par sexe et tranche d'âge

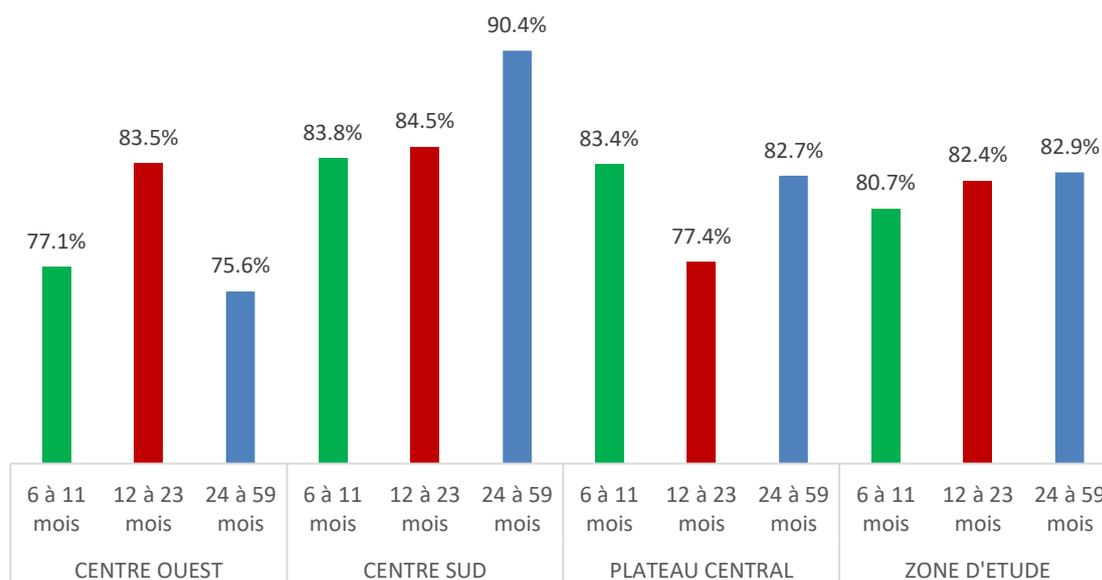
Le graphique 9 présente la couverture de la supplémentation en vitamine A selon le sexe des enfants de 6-59 mois. L'analyse des résultats de la supplémentation en vitamine A selon le sexe indiquent que le taux de couverture en SVA chez les filles (83,0% [80,8% - 85,0%]) est plus élevé que celui chez les enfants cibles de sexe masculin (82,1% [79,9% - 84,1%]). On note que cette différence n'est pas significative sur le plan statistique (Pr=0,989).

Graphique 9: Couverture des enfants de 6-59 mois supplémentés en vitamine A selon le sexe



Le graphique 10 présente les résultats de la couverture de la supplémentation en vitamine A selon le groupe d'âge. Dans l'ensemble, quelle que soit la tranche d'âge considérée, l'on constate que plus de 4 enfants sur 5 ont été supplémentés à la vitamine A. On dénote un taux de couverture de 82,9% ([81,0% - 84,7%]) pour les enfants de 24 à 59 mois, de 82,4% ([79,2% - 85,2%]) pour les enfants de 12 à 23 mois et de 80,7% ([75,9 - 84,7]) pour ceux de 6 à 11 mois. La différence observée au niveau de la couverture des différentes catégories d'âge n'est pas significative (Pr=0,547).

Graphique 10: Couverture des enfants supplémentés en vitamine A selon la tranche d'âge



❖ Lieu de réception de la vitamine A

Le tableau 8 (page 34) montre les différents lieux de supplémentation des enfants en vitamine A. La majorité des enfants (91,3 % [91,2% - 91,5%]) a reçu leur capsule de vitamine A à domicile (91,6% en milieu rural contre 91,0% en milieu urbain).

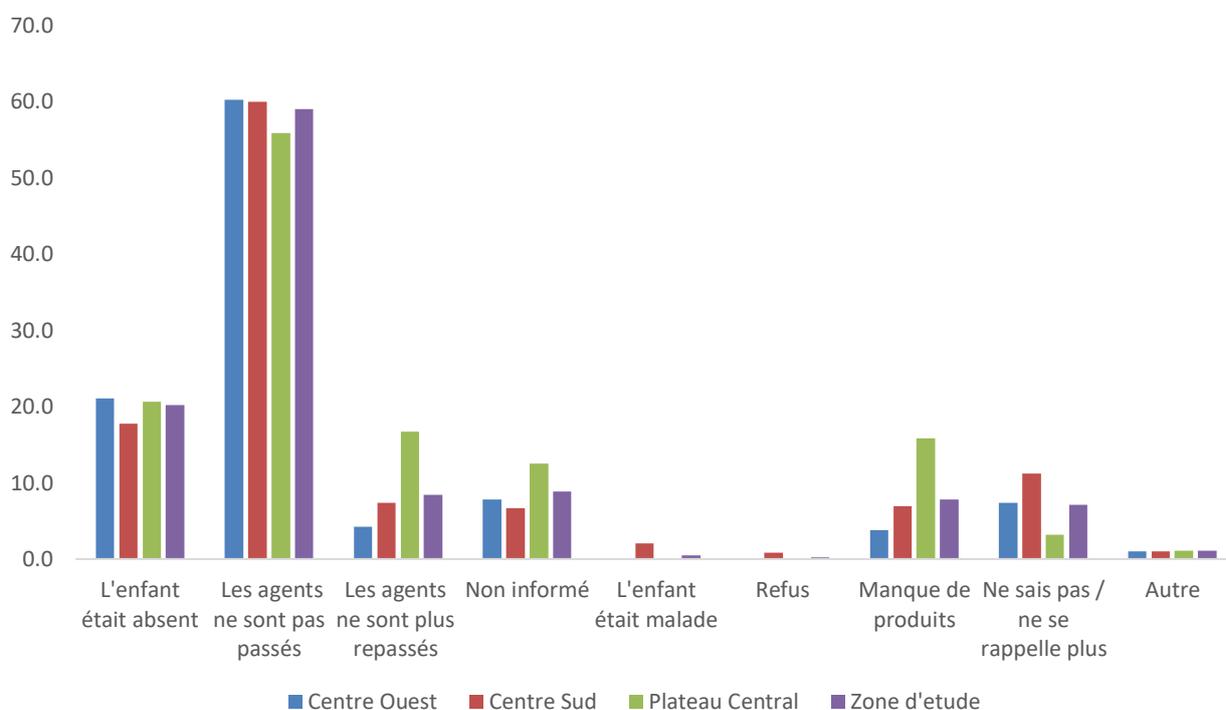
Tableau 8: Lieu de réception de la vitamine A

Lieux de réception de la vitamine	CENTRE OUEST			CENTRE SUD			PLATEAU CENTRAL			ZONE D'ETUDE		
	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)	Rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Ici à la maison	92,9	90,9	92,1	92,2	90,1	91,8	86,9	91,6	89,6	91,6	91,0	91,3
A la maison du Relais	0,5	0,0	0,3	0,9	0,6	0,8	0,0	0,0	0,0	0,6	0,1	0,4
Centre de santé du village	1,4	1,8	1,59	1,1	0,0	0,9	0,5	0,5	0,5	1,1	0,9	1,0
Au centre de santé hors du village	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Ecole/église/mosquée	2,4	1,2	1,9	0,6	1,2	0,7	3,0	1,4	2,1	1,6	1,3	1,5
Rue/marché	0,8	1,8	1,2	4,2	5,3	4,4	7,4	1,9	4,2	3,6	2,6	3,2
Autre endroit au village	1,4	1,8	1,6	0,7	1,8	1,0	2,1	3,7	3,1	1,2	2,6	1,7
Autre endroit hors du village	0,3	1,2	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,1	0,5	0,8	3,8
Ne sait pas	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
Autres lieux	0,2	1,2	0,6	0,0	1,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,7	0,3

❖ Raisons de non réception de la vitamine A

Le graphique 11 ci-dessous indique que les trois principales raisons justifiant que certains enfants ne soient pas supplémentés, sont le fait que les ASBC/DC ne soient pas passés dans le ménage (58,9% [54,0% - 63,7%]), l'absence de l'enfant au moment de la distribution (20,2% [16,3% - 24,7%]) et le manque d'information sur la tenue de la campagne (8,9% [6,4% - 12,2%]).

Graphique 11: Raisons de non réception de la vitamine A



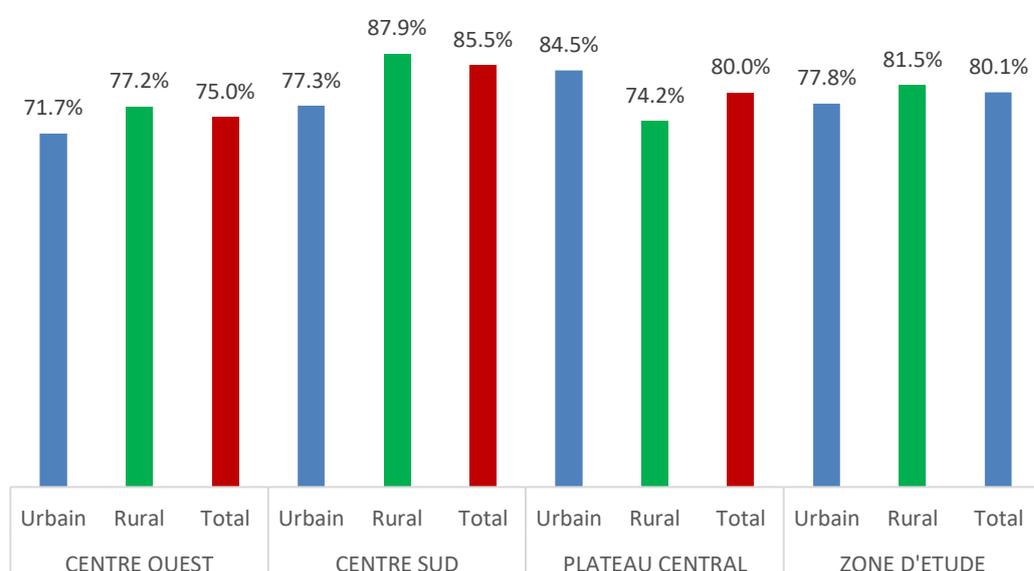
IV-3-2 Couverture en déparasitage (80,1%)

❖ Couverture par région sanitaire

La couverture générale du déparasitage obtenue lors de cette étude est de 80,1% avec un intervalle de confiance à 95% compris entre 79,9% et 80,3%. Cette couverture est plus élevée en milieu rural (81,5% [79,8% - 83,1%]) qu'en milieu urbain (77,8% [74,1% - 81,1%]). Mais cette différence n'est pas significative ($Pr=0,398$).

Le Centre-Ouest enregistre les taux les plus bas 75,0%, (IC : [71,5% - 78,1%]). La région du Centre-Sud présente la couverture en déparasitage la plus élevée soit 85,5%, (IC : [83,1% - 87,7%]).

Graphique 12: Couverture des enfants en déparasitage

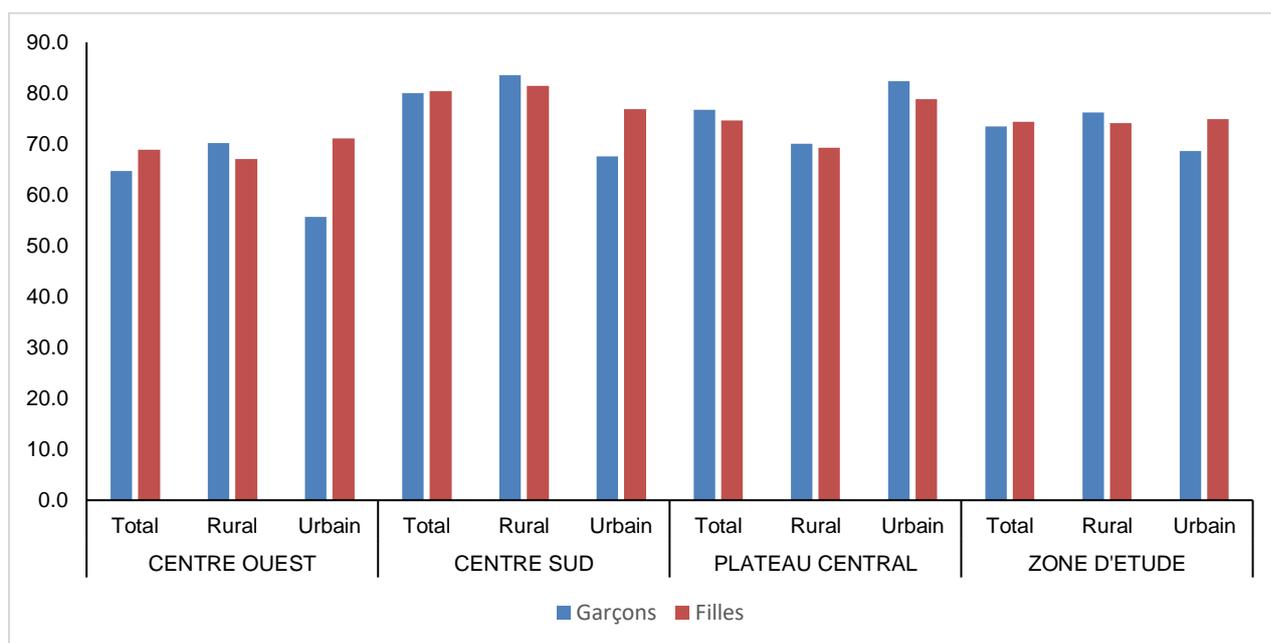


❖ Couverture du déparasitage des enfants par sexe et tranche d'âge

Le graphique 13 (page 35) illustre la couverture du déparasitage des enfants de 12-59 mois selon le sexe. Globalement, la couverture du déparasitage chez les filles s'établit à 74,4% ([71,9% - 76,8%]) contre 73,5% ([71,0% - 75,9%]) chez les garçons. Dans l'ensemble, les filles ont été proportionnellement plus nombreuses à avoir été déparasitées que les garçons en milieu urbain (75,0% vs 68,7%). En dehors de la région du Plateau Central, cette tendance est confirmée dans les autres régions sanitaires.

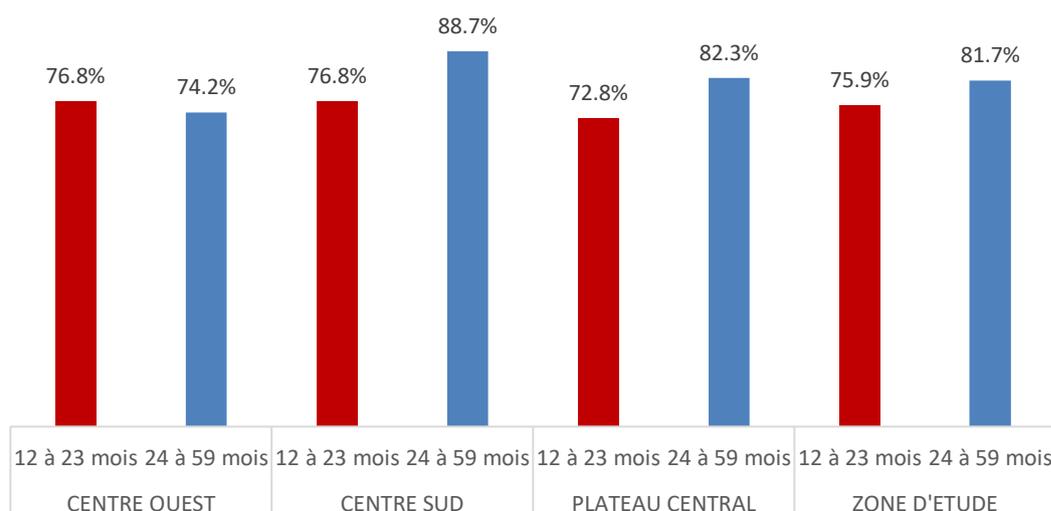
Dans le Centre-Ouest, le graphique 11 montre que les filles du milieu urbain (71,1%) ont proportionnellement été plus nombreuses à avoir bénéficié du déparasitage que les garçons (55,7%).

Graphique 13: Couverture du déparasitage des enfants de 12-59 ans selon le sexe



Le graphique 14 ci-dessous présente la couverture du déparasitage selon la tranche d'âge des enfants. Il en ressort que les enfants de la tranche d'âge de 24-59 mois (81,7% [79,7% - 83,5%]) ont été les plus touchés par le déparasitage que ceux de 12-23 mois (75,9% [72,3% - 79,1%]). En dehors de la région du Centre-Ouest où les enfants de 12-23 mois ont été relativement plus bénéficiaires du déparasitage que ceux de 24-59 mois, dans les deux autres régions sanitaires, ce sont plutôt les enfants de 24-59 mois qui en ont le plus déparasités.

Graphique 14: Couverture du déparasitage chez les enfants de 12-59 ans par tranche d'âge selon



❖ Lieu de réception du déparasitant

La stratégie adoptée, celle du porte à porte, a été efficace puisque la plupart des enfants ont été déparasités à domicile (91,7% [90,3% - 92,9%]), avec des prévalences en milieu rural de 92,2% ([90,8% - 93,4%]) et en milieu urbain de 90,8% ([87,7% - 93,2%]).

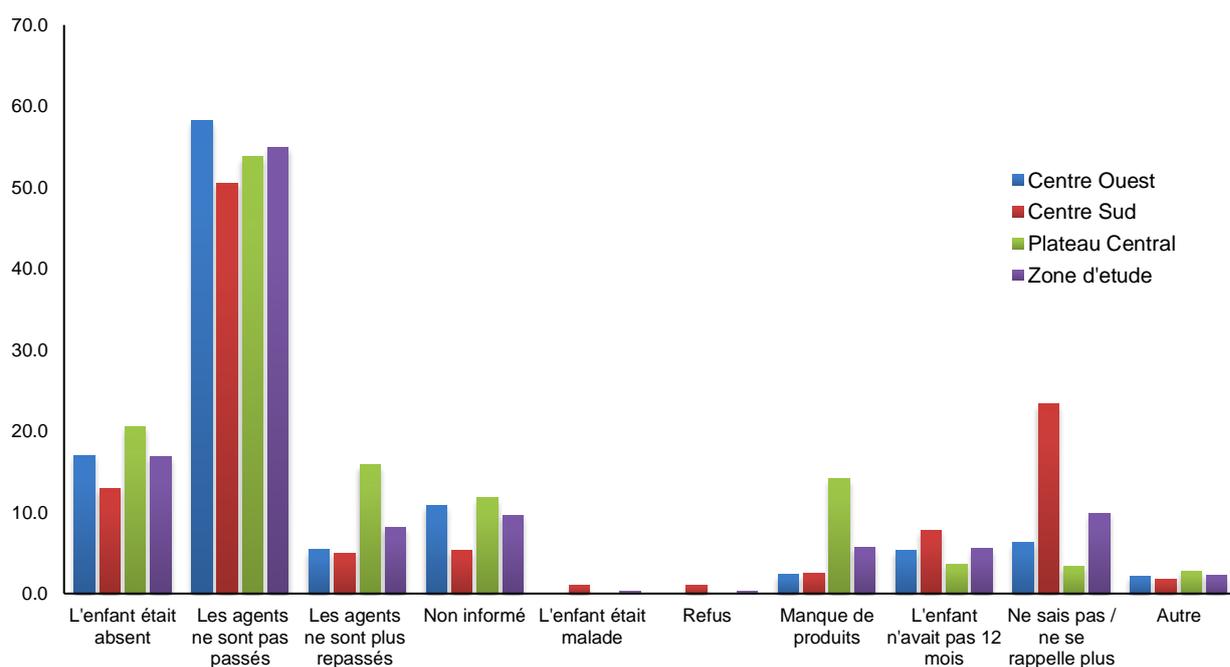
Tableau 9 : Lieu de déparasitage des enfants de 12-59 mois par région sanitaire

Lieu de déparasitage des enfants de 12- 59 mois	Centre Ouest			Centre Sud			Plateau Central			Zone d'étude		
	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain
A Domicile	91,8	92,9	90,2	92,7	93,3	90,4	90,0	87,7	91,6	91,7	92,2	90,8
A la maison de l'ASC	0,6	0,6	0,8	0,6	0,6	0,7	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,4
Centre de santé du village	0,9	1,0	0,8	0,5	0,4	0,7	0,4	0,2	0,5	0,6	0,6	0,7
Centre de santé hors du village	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autre endroit au village /quartier	1,9	1,7	2,3	0,5	0,6	0,0	3,3	2,1	4,2	1,7	1,2	2,6
Autre endroit hors du village /quartier	0,8	0,4	1,5	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,5	0,4	0,1	0,8
Rue/au marché	0,9	0,6	1,5	4,4	4,2	5,1	4,2	7,3	2,1	3,2	3,5	2,5
Eglise, Mosquée, école	2,2	2,7	1,5	0,9	0,7	1,5	1,7	2,6	1,0	1,6	1,7	1,3
Ne sais pas	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0
Autres	0,7	0,2	1,5	0,3	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,4	0,1	0,9

❖ Raisons de non réception du déparasitant

A l'analyse des différentes raisons de la non réception du déparasitant, on se rend compte que la principale raison est « Les agents communautaires ne sont pas passés » (55,0% [49,9% - 59,9%]). Ce fait est la principale raison de non déparasitage des enfants de 12-59 mois dans les différentes régions sanitaires de l'étude (voir graphique 15).

Graphique 15: Principales raisons du non déparasitage des enfants de 12-59 mois



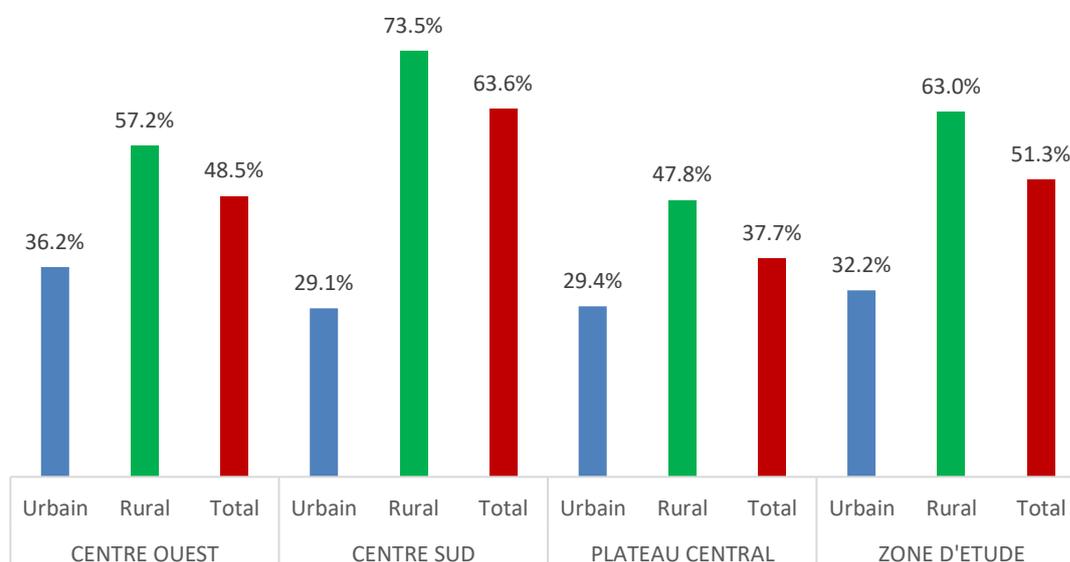
IV-3-3 Couverture en dépistage (51,3%)

❖ Couverture par région sanitaire

La couverture générale du dépistage obtenue lors de cette étude est de 51,3% avec un intervalle de confiance à 95% compris entre 49,4% et 53,2%. La couverture du dépistage est pratiquement deux fois plus élevée en zone rurale (63,0% [61,0% - 64,9%]) qu'en milieu urbain (32,2% [28,7% - 36,0%]). Cette différence observée au niveau du dépistage entre le milieu urbain et le milieu rural est significative au seuil de 5% (Pr=0,000).

L'analyse du dépistage selon les régions sanitaires (voir graphique 16) montre que c'est dans la région du Plateau Central (37,7% [34,2% - 41,2%]) que la couverture du dépistage est la plus faible comparativement aux régions sanitaires du Centre Ouest (48,5% [45,1% - 52,0%]) et au Centre sud (63,6% [60,7% - 66,5%]).

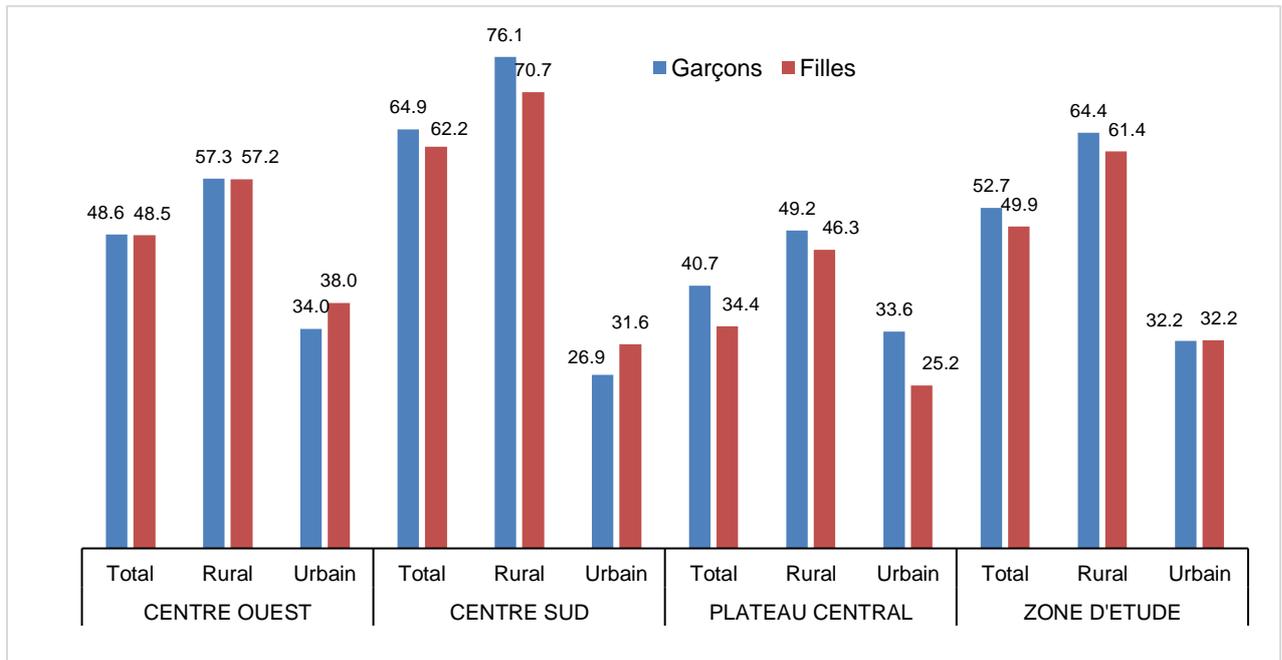
Graphique 16: Couverture du dépistage des enfants de 6 - 59 mois



❖ Couverture du dépistage par sexe et par tranche d'âge

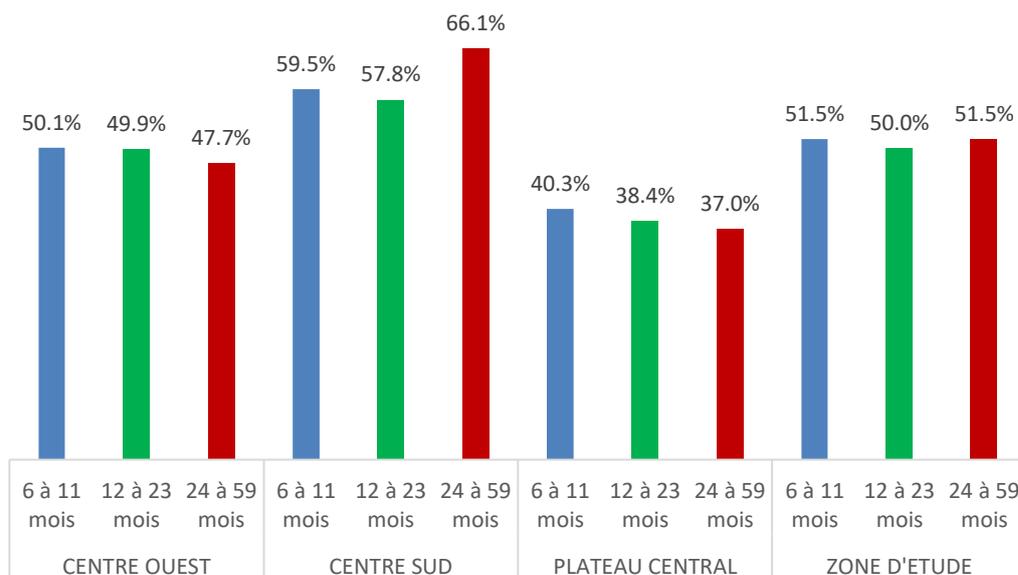
Le graphique 17 (page 38) illustre la couverture du dépistage chez les enfants de 6-59 mois suivant le sexe. Globalement, seulement la moitié des garçons et des filles a été dépisté. En effet, la couverture générale du dépistage de la malnutrition est de 52,7% ([52,4% - 53,1%]) chez les garçons et de 49,9% chez les filles ([49,5 - 50,2%]). Par ailleurs, il faut remarquer que la couverture du dépistage de la malnutrition était relativement plus faible dans la région du Plateau Central.

Graphique 17: Couverture du dépistage de la malnutrition selon le sexe de l'enfant



Le graphique 18 présente la couverture du dépistage de la malnutrition selon la tranche d'âge des enfants. Dans l'ensemble, quelle que soit la tranche d'âge, seulement un enfant sur 2 environ a été dépisté. La couverture du dépistage de la malnutrition est sensiblement la même dans les tranches d'âge. On a un taux de 51,5% ([45,9% - 57,1%]) chez les 6 à 11 mois, 50% ([46,0% - 54,0%]) chez les 12 à 23 mois et de 51,5% ([49,1% - 54,0%]) chez les 24 à 59 mois.

Graphique 18: Couverture des enfants dépistés selon la tranche d'âge



❖ Lieu de dépistage

Tout comme dans le cas de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage, la plupart des enfants ont été dépistés à domicile (90,9% [89,3 – 92,3%]), avec des prévalences en milieu rural de 91,4% ([89,9 – 92,8%]) et en milieu urbain de 89,2% ([84,0 – 92,8%]). Quelle que soit la région ou le milieu de résidence, cette tendance est la même.

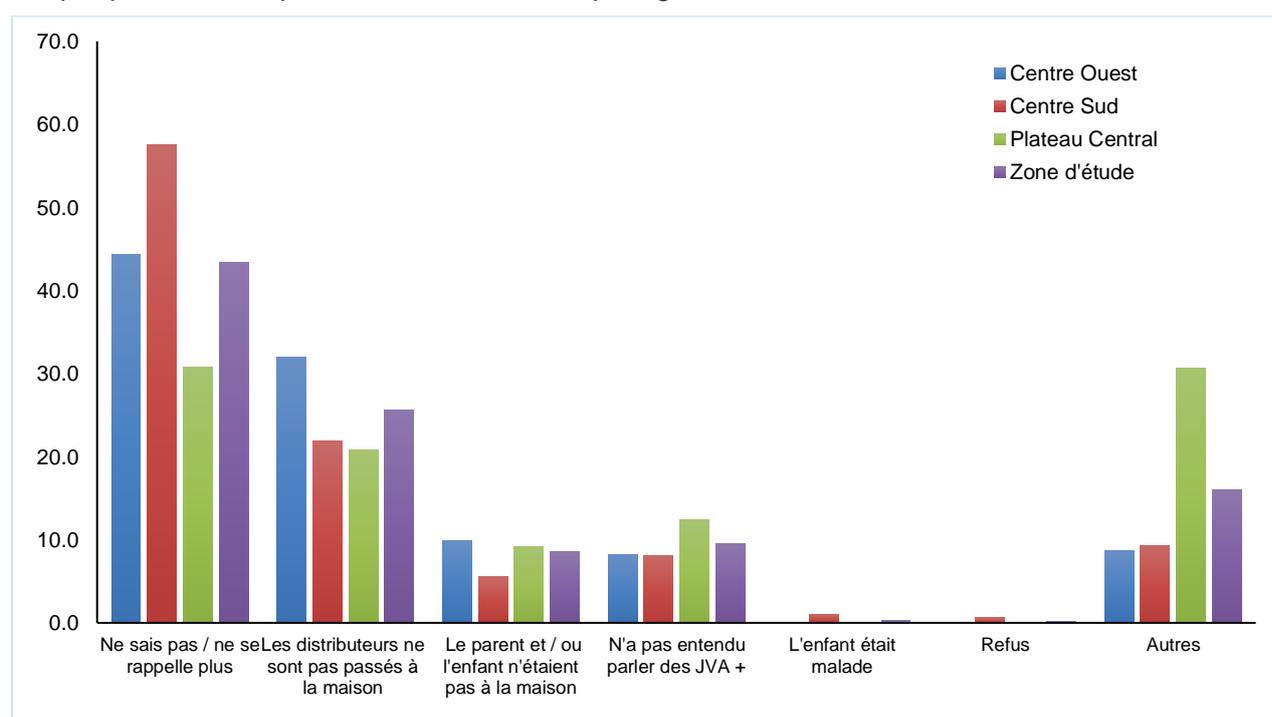
Tableau 10 : Lieu de dépistage de la malnutrition

Lieu du dépistage	CENTRE OUEST			CENTRE SUD			PLATEAU CENTRAL			ZONE D'ETUDE		
	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain
A domicile	92,2	93,2	89,9	91,8	91,4	94,9	86,3	87,3	84,9	90,9	91,4	89,2
Centre de santé du village	2,1	2,0	2,5	1,1	1,1	1,7	1,4	1,4	1,4	1,5	1,4	2,0
Rue/au marché	0,7	0,7	1,3	3,6	3,9	0,0	7,1	8,4	0,0	2,8	3,5	0,6
Ecole/Eglise/Mosquée	2,1	2,4	0,0	0,7	0,8	0,0	1,4	1,4	1,4	1,2	1,4	0,5
Ne sais pas	1,1	0,7	3,8	2,8	2,9	1,7	1,2	1,2	1,4	2,1	1,9	2,6
Autres	1,3	1,1	2,5	0,1	0,0	1,7	1,8	0,2	11,0	1,5	0,4	5,2

❖ Raisons de non dépistage de la malnutrition

Le graphique 19 indique que plus de 2 répondants sur 5 (43,4% [40,4 – 46,5%]) ignoraient les raisons du non dépistage de leurs enfants et un quart (25,7% [23,1 – 28,4%]) d'entre eux l'expliqueraient par le fait que les distributeurs ne sont pas passés à leur domicile. Quelles que soient les régions sanitaires, ce sont ces deux raisons majeures du non dépistage des enfants qui dominent.

Graphique 19: Principales raisons du non dépistage des enfants

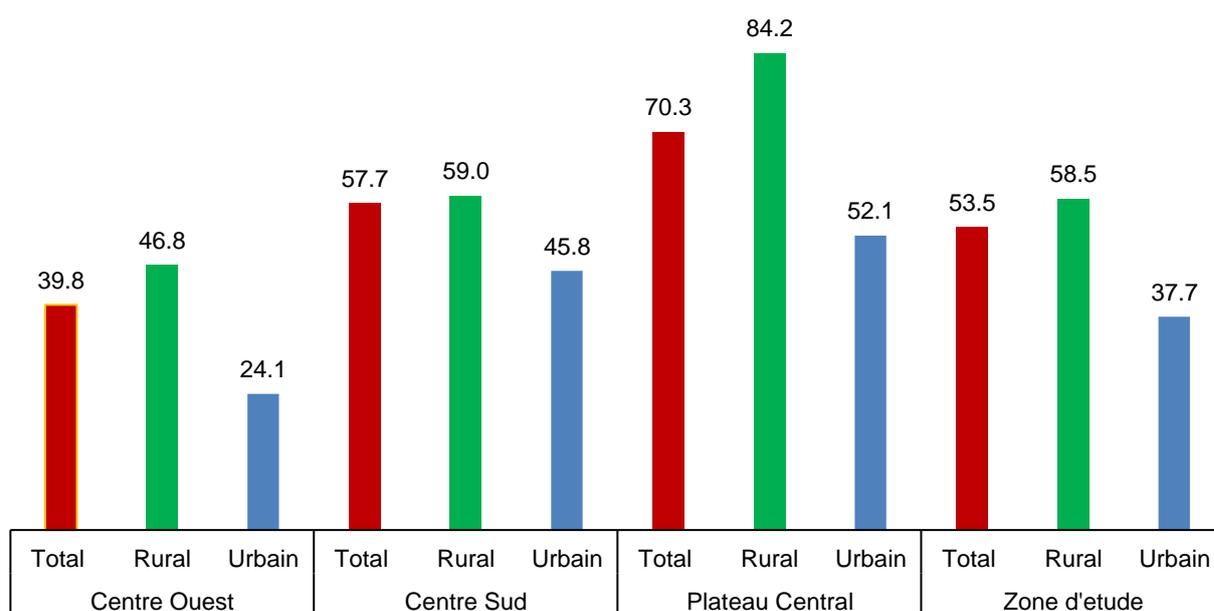


IV-3-4 Taux de malnutrition des enfants dépistés (2,4%)

❖ Information sur les résultats du dépistage

Plus de la moitié des répondants a été informée des résultats du dépistage de leur enfant (Graphique 20). Cette proportion de parents informés est beaucoup plus élevée dans la province du Plateau Central où 7 parents sur 10 (70,2%) ont été informés. Dans cette même province, l'on observe que plus de 4 parents sur 5 (82,4%) ont reçu les résultats en milieu rural contre un peu plus de la moitié en milieu urbain (52,1%).

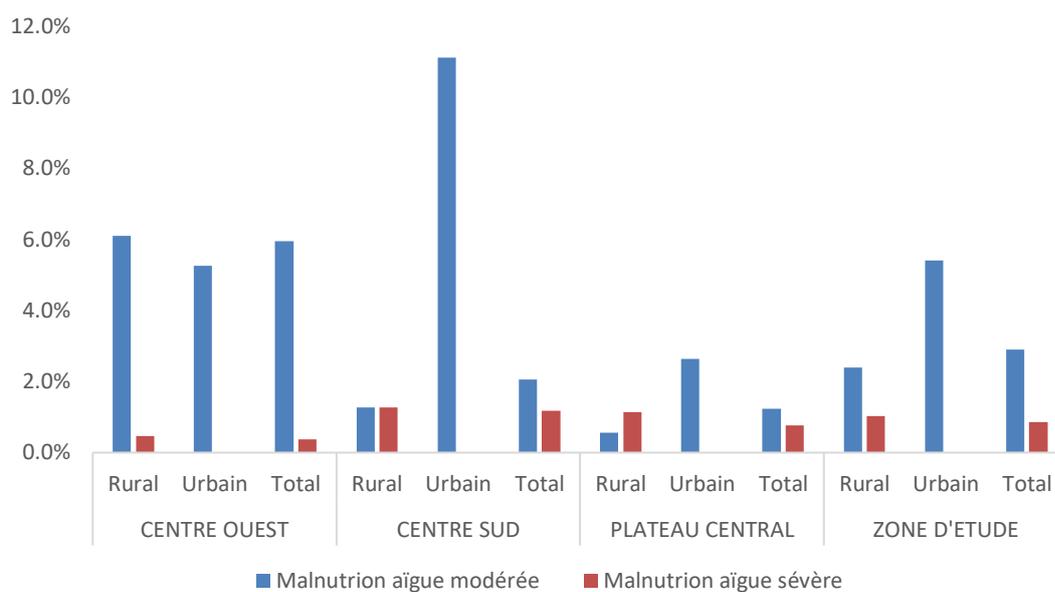
Graphique 20: Parents informés des résultats du dépistage de la malnutrition



❖ Résultats du dépistage

Les résultats du dépistage montrent que 96,2% des enfants sont dépistés non malnutris ([94,7% - 97,3%]). Par contre, chez 0,9% ([0,4% - 1,7%]) de ces enfants dépistés, le résultat a montré une malnutrition sévère aiguë (MAS) et chez 2,4% ([1,9% - 4,4%]) d'entre eux, une malnutrition aiguë modérée (MAM). Le graphique 21 (page 41) montre qu'aucun cas de malnutrition aiguë sévère (MAS) n'a été dépisté en milieu urbain. Paradoxalement, l'on observe que le taux de malnutrition aiguë modérée (jaune) est plus élevé en milieu urbain qu'en zone rurale, exception faite de la région du centre Ouest.

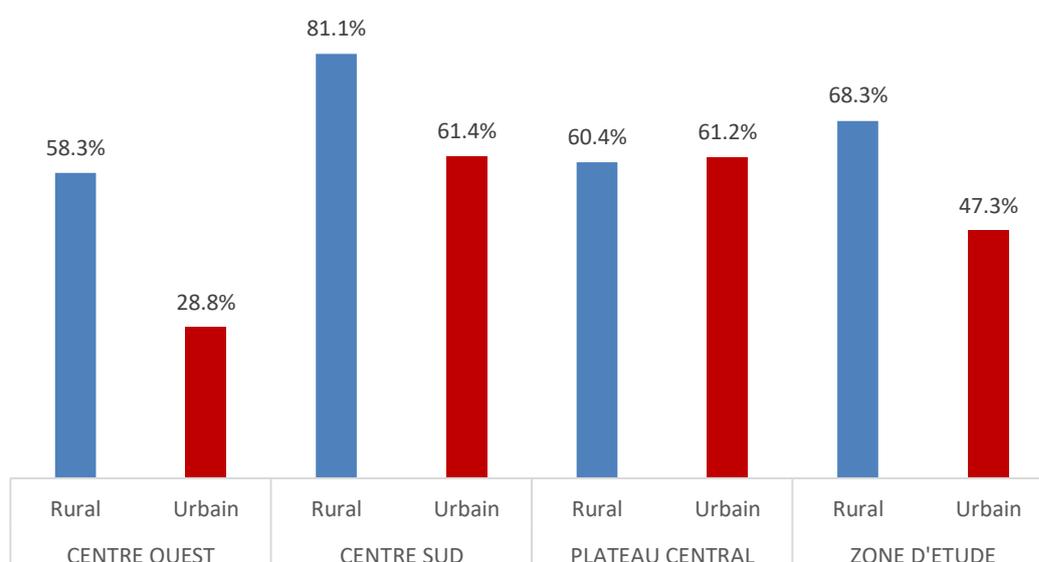
Graphique 21: Résultats du dépistage de la malnutrition chez les enfants de 6-59 mois



IV-4 Stratégie de communication des JVA +

Le graphique 22 ci-dessous montre que 68,3% ([66,0% - 70,5%]) des ménages en milieu rural ont été informés de la tenue des JVA+ contre 47,3% ([42,9% - 51,8%]) en milieu urbain sur l'ensemble de la zone d'étude. Notons que cette différence est significative au seuil de 5% (Pr=0,000).

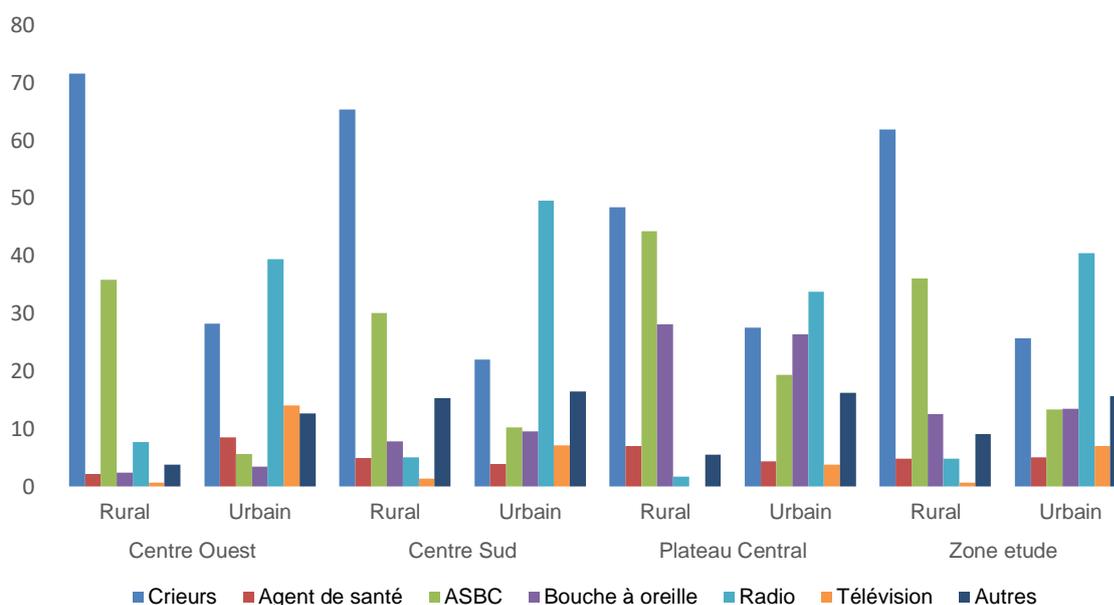
Graphique 22: Ménages informés de la tenue des JVA+ avant le démarrage par zone



- **Les sources d'informations des mères**

Les principaux canaux par lesquels les mères ont obtenu des informations sur les JVA+ sont le crieur public, l'ASBC, le bouche à oreille, la radio, l'agent de santé et la télévision. Ces sources d'information varient d'un milieu à un autre. Les principales sources d'information en zone rurale sont le crieur (61,9%), l'ASBC (36,1%) et le bouche à oreille (12,5%). En milieu urbain, ces sources varient, elles sont la radio (40,5%), le crieur (25,7%), bouche à l'oreille (13,5%) et le DC (13,4%).

Graphique 23: Les sources d'information des mères sur les JVA+

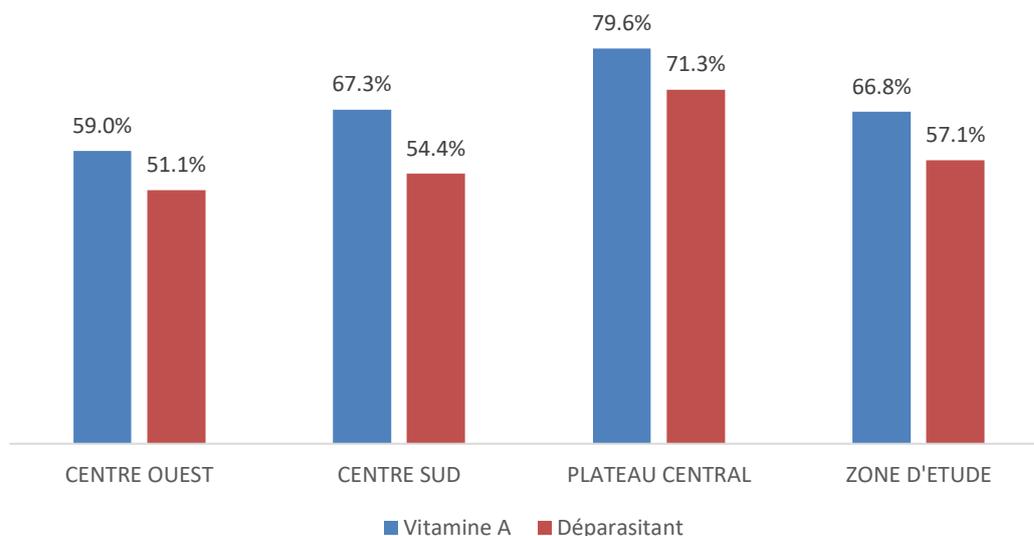


IV-5 Niveau de connaissance des ménages sur les bénéfices de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage

❖ Reconnaissance des produits

Le graphique 24 (page 43) présente les résultats sur la reconnaissance des produits par les répondants des ménages. Globalement, la capsule de vitamine A a été plus reconnue que le déparasitant. En effet, deux tiers des répondants (66,8% ([66,6% - 67,1%]) ont reconnu la capsule de vitamine A alors que le comprimé de déparasitant a été reconnu par près de 3 répondants sur 5 (57,1%), avec un intervalle de confiance à 95% de [56,8% - 57,3%].

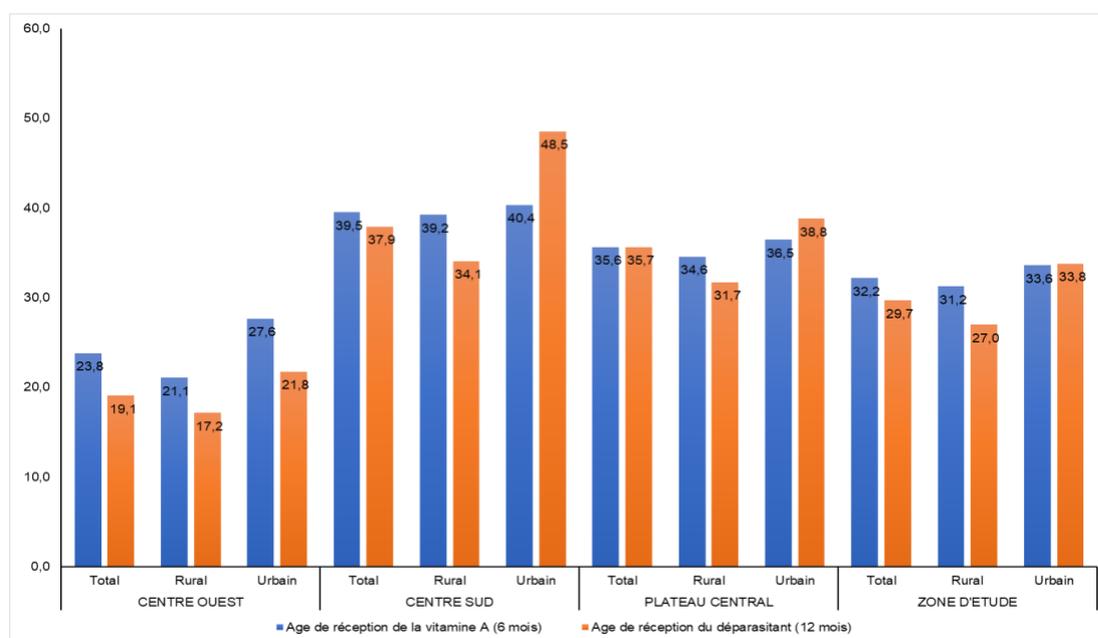
Graphique 24: Reconnaissance de la capsule de vitamine A et du comprimé de déparasitant par les répondants



❖ Connaissance de l'âge d'administration des produits

Le graphique 25 ci-dessous montre que dans l'ensemble, environ 3 répondants sur 10 connaissent l'âge de réception de la vitamine A (32,2%) avec un intervalle de confiance de [31,9% - 32,5%] et du déparasitant (29,7%) avec un intervalle de confiance de [27,6% - 31,8%]. L'âge d'administration des 2 produits est plus connu dans la région sanitaire des Centre Sud où près de 2 enquêtés sur 5 (39,5% pour la vitamine A et 37,5% pour le déparasitant) que dans les régions sanitaires du Plateau Central (35,6% et 35,7%) et du Centre Ouest (23,8% et 19,1%). Le niveau de connaissance de l'âge d'administration des produits est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural.

Graphique 25: : Connaissance de l'âge de réception des produits par les répondants



❖ Fréquence d'administration des produits

Le tableau 11 présente la connaissance de la fréquence d'administration de la vitamine A et du déparasitant. Il en ressort que dans l'ensemble la fréquence d'administration de la vitamine A est plus connue que celle du déparasitant. Dans la zone d'étude, un peu plus d'un quart des enquêtés (27,3% [27,1 % - 27,6%]) connaît la fréquence d'administration de la vitamine A. Cette proportion est encore plus faible pour le déparasitant (22,5% [20,6 % - 24,4%]) où c'est un peu plus d'un cinquième des enquêtés qui ont déclaré connaître la fréquence de son administration dans une année. Par ailleurs, le niveau de connaissance de la fréquence d'administration de la vitamine A et du déparasitant est plus élevée dans le Centre Sud que dans les autres régions sanitaires.

Tableau 11: Connaissance de la fréquence d'administration des produits

Fréquence annuelle de la prise	Milieu rural		Milieu urbain		Total		
	Effectifs	Fréquences (%)	Effectifs	Fréquences (%)	Effectifs	Fréquences (%)	
CENTRE OUEST	Vitamine A	122	19,9	32	18,8	154	19,5
	Déparasitant	62	10,1	26	15,3	88	12,3
CENTRE SUD	Vitamine A	206	34,4	62	36,3	268	34,9
	Déparasitant	174	29,0	57	33,3	231	30,2
PLATEAU CENTRAL	Vitamine A	181	30,4	49	28,8	230	29,5
	Déparasitant	171	28,7	48	28,2	219	28,4
ZONE D'ETUDE	Vitamine A	509	28,0	143	26,3	652	27,3
	Déparasitant	407	21,5	131	23,9	538	22,5

❖ Messages donnés par l'agent administrateur sur les produits

Au cours de leurs visites, les agents administrateurs ont parfois laissé des messages aux ménages relativement aux bienfaits de la vitamine A et du déparasitant. Mais dans près de la moitié des cas, les ménages ont révélé que l'agent administrateur qui leur a rendu visite ne leur a rien dit sur ces produits. En effet, 44,5% des ménages ([41,8 % - 47,2%]) ont affirmé que l'agent administrateur n'a rien dit sur la vitamine A. Pour 43,7% des ménages de la zone d'étude ([41,1 % - 46,4%]), l'agent administrateur n'a également donné aucune information concernant le déparasitant. Notons que 32,7% ([30,1 % - 35,5%]) des répondants concernant la vitamine A et 27,6% ([25,1 % - 30,3%]) de ceux-ci pour le déparasitant ont signifié que ces produits améliorent la santé selon ce que l'agent administrateur leur a dit.

Tableau 12: Messages donnés par l'agent administrateur sur la vitamine A et le déparasitant

Ce que l'agent Vaccinateur a dit	Milieu rural		Milieu urbain		Zone d'étude	
	Effectifs	Fréquences (%)	Effectifs	Fréquences (%)	Effectifs	Fréquences (%)
Vitamine A						
Protéger la vue	148	12,2	48	11,5	196	11,9
Croissance	256	19,5	45	10,9	301	16,1
Améliore la santé	435	32,8	0	0	435	32,7
Bonne nutrition	353	24,6	64	16,6	417	21,4
Ne sait pas	156	11,5	0	0	156	11,5
Il n'a rien dit	416	32,2	247	62,8	663	44,5
Autres	17	1,0	39	9,9	56	4,6
Déparasitant						
Elimine les vers	454	33,5	105	26,9	559	11,9
Lutte contre l'anémie	66	5,7	6	1,6	72	4,1
Améliore la santé	353	27,7	0	0	353	27,6
Bonne nutrition	196	14,5	46	11,4	242	13,3
Ne sait pas	149	11,2	0	0	149	11,2
Il n'a rien dit	411	32,0	242	61,3	653	43,7
Autres	16	1,0	34	8,4	50	4,0

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

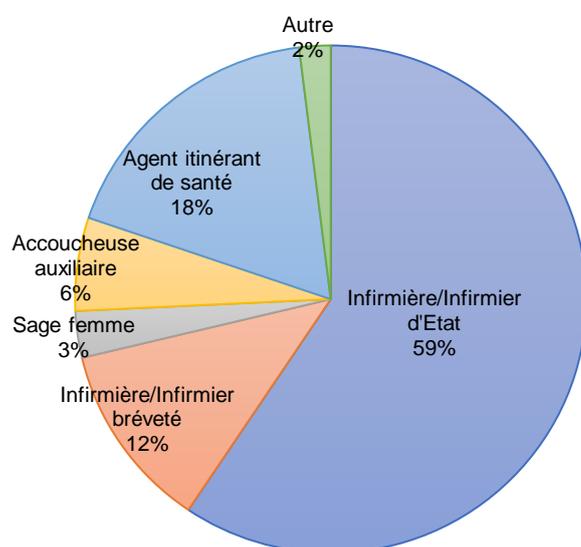
L'évaluation de la couverture des JVA+ visait également l'évaluation du niveau de connaissance des agents de santé sur la vitamine A et le déparasitage dans les trois régions sanitaires du Centre Ouest, Centre Sud et du Plateau Central. Elle cherchait également à apprécier la qualité des activités des JVA+ par les agents de santé eux-mêmes et surtout à formuler des suggestions pour améliorer les prochaines campagnes.

V-1 Description de l'échantillon

Les entretiens se sont déroulés auprès de 88 agents de santé en milieu rural et seulement 13 personnes en zone urbaine⁷, soit 101 agents de santé sur les 90 agents de santé attendus. Globalement, l'objectif a été atteint malgré le refus de certains agents de santé, surtout en milieu urbain de communiquer sur la campagne suite au mouvement d'humeur engagé pour l'amélioration de leurs conditions de travail.

Comme l'indique le graphique 24 ci-dessous, près de 3 agents de santé sur 5 enquêtés (59,0%) étaient des infirmiers/ères, les responsables des CSPS. Ils sont suivis des agents itinérants de santé (AIS) avec 18%. Les infirmiers (ères) brevetés viennent en troisième position des acteurs de la santé enquêtés (12%).

Graphique 26 : Principale fonction des agents de santé enquêtés



En moyenne, les agents de santé enquêtés ont plus de 10 années d'expérience (10,6 ans) dans leur fonction. Cette expérience est de 14 ans en milieu urbain et 10 ans en zone rurale. Ce sont en majorité des hommes (78,2%), exerçant pratiquement tous (98%) dans les Centres de santé et de promotion sociale (CSPS).

⁷ Compte tenu de la faiblesse des effectifs en milieu urbain (n=13), l'analyse va porter sur l'ensemble des agents de santé.

Tableau 13 : Caractéristiques socio-professionnelles des agents de santé enquêtés

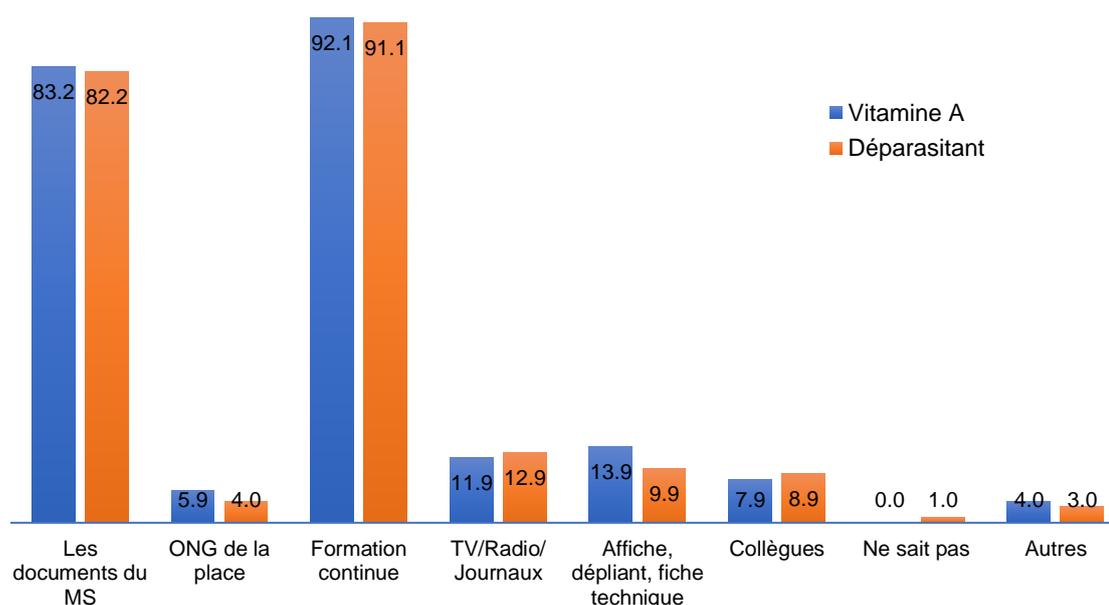
Caractéristiques	Milieu rural		Milieu urbain		Total		
	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)	
Sexe	Masculin	69	78,4	10	76,9	79	78,2
	Féminin	19	21,6	3	23,1	22	21,8
Type de formation sanitaire	Centre de santé et de promotion sociale (CSPS)	86	97,7	13	100,0	99	98,0
	Centre médical (CM)	1	1,1	0	0,0	1	1,0
	Dispensaire/maternité isolé	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Autre	1	1,1	0	0,0	1	1,0
Caractéristiques	Effectif	Moyenne	Effectif	Moyenne	Effectif	Moyenne	
Nombre d'années d'expérience	88	10,1	13	13,9	101	10,6	

V-2 Connaissances des agents de santé sur la vitamine A et le déparasitant

❖ Sources d'informations sur la vitamine A et le déparasitant

Le graphique 27 présente les sources d'informations des agents de santé sur la vitamine A et le déparasitant. Il illustre clairement que les deux principales sources d'informations des agents de santé sur la vitamine A et le déparasitant sont les formations continues reçues et les documents du ministère de la santé. En effet, la formation continue est citée par plus de 9 agents de santé sur 10 aussi bien pour la vitamine A (92,1%) que le déparasitant (91,1%), et cela quel que soit le milieu de résidence. Quant aux documents du ministère de la santé, ils ont été cités par plus de 4 agents de santé sur 5 comme leur deuxième source d'information sur la vitamine A (83,2%) et le déparasitant (82,2%).

Graphique 27: Sources d'informations des agents de santé sur la vitamine A et le déparasitant



❖ Formation sur la vitamine A, le déparasitant et le dépistage

Plus de quatre (4) agents de santé enquêtés sur 5 (86,1%) ont reçu une formation sur la vitamine A. Cette formation a été reçue, il y a moins de 3 mois pour tous les agents de santé, probablement dans le cadre des activités préparatoire au lancement des JVA+. Cette proportion d'agents de santé formés sont pratiquement les mêmes en milieu rural (86,4%) qu'en zone urbaine (84,6%).

En ce qui concerne le déparasitage, la question a été formulée de sorte à saisir directement la durée de la dernière formation. Ainsi, plus de 9 agents de santé enquêtés sur 10 (93,1%) ont déclaré avoir reçu une formation sur le déparasitage il y a de cela moins de 3 mois.

Tableau 14: Formations sur la vitamine A et le déparasitant

Caractéristiques		Vitamine A		Déparasitant	
		Effectif	Fréquence (%)	Effectif	Fréquence (%)
Formation reçue		87	86,1	101	100,0
Date de la dernière formation reçue	Moins de 3 ans	87	100,0	94	93,1
	Plus d'un an	0	0,0	1	1,0
	Je ne me souviens pas	0	0,0	6	5,9

❖ Connaissance sur la vitamine A

Une série de 8 questions, dont 5 questions portant sur la vitamine A et 3 questions sur le déparasitant, a été élaborée afin d'apprécier le niveau de connaissance des agents de santé sur la vitamine A et le déparasitant. Ces questions portent sur :

1. Les bienfaits de la vitamine A ;
2. L'âge de réception de la première dose de vitamine A ;
3. La fréquence de réception par an de la vitamine A ;
4. Le dosage de la vitamine A pour les enfants de 6 à 11 mois ;
5. Le dosage de la vitamine A pour les enfants de 12 à 59 mois ;
6. Les bienfaits du déparasitant ;
7. L'âge de réception du déparasitant pour les enfants ;
8. La fréquence de réception par an du déparasitant selon les directives nationales.

Avant de calculer l'indice de connaissance des agents de santé sur la vitamine A et le déparasitant, il est intéressant de capter leur niveau de connaissance sur chaque élément de l'indice. Le tableau 15 (page 49) illustre les réponses des agents de santé aux questions relatives à la vitamine A. En ce qui concerne les bienfaits de la vitamine A, neuf (9) agents de santé enquêtés sur 10 (90,1%) ont reconnu que la vitamine A prévient la cécité crépusculaire et aide à la bonne vision. Pour près de trois quarts (73,3%) d'entre eux, la vitamine A favorise la croissance. Quant à l'âge de réception de la première dose de la vitamine A, tous les agents de santé ont affirmé que cela doit se faire à l'âge de 6 mois. Plus de 9 agents de santé sur 10 (95,0%) ont déclaré que la fréquence d'administration de la vitamine A est chaque 6 mois. Le dosage de vitamine A pour les enfants de 6 à 11 mois (capsule bleue de 100 000 UI) et les enfants de 12 à 59 ans (capsule rouge de 200 000 UI) sont bien connus par tous les agents de santé.

Tableau 15: Connaissance des agents de santé sur la vitamine A

Connaissances sur la vitamine A		Effectifs	Fréquences (%)
Bienfaits de la vitamine A	Prévenir la maladie	31	30,7
	Favoriser la croissance	74	73,3
	Prévenir la cécité/Favoriser la vision	91	90,1
	Améliorer la santé	26	25,7
	Réduire le risque de décès	8	7,9
	Prévenir l'anémie	13	12,9
	Augmenter l'appétit	48	47,5
Age de la première dose	Autre	3	3,0
	A 6 mois	101	100
Fréquence d'administration pour les enfants de 6 à 59 mois	Lors des campagnes	3	3,0
	Tous les 3 mois	2	2,0
	Tous les 6 mois	96	95,0
Dosage pour les enfants de 6 à 11 mois	Une capsule bleue 100.000 UI	101	100
	Une capsule rouge 200.000 UI	0	0
	La moitié de la capsule bleue 100.000 UI	0	0
	La moitié de la capsule rouge 200.000 UI	1	1,0
	La moitié de la capsule jaune 200.000 UI	0	0
	Une capsule bleue 100.000 UI	0	0
	Une capsule rouge 200.000 UI	101	100
Dosage pour les enfants de 12 à 59 mois	Une capsule jaune 200.000 UI	1	1,0
	Deux capsule bleue 100.000 UI	13	12,9
	Deux capsule rouge 200.000 UI	0	0

❖ Connaissance sur le déparasitant

Le tableau 16 présente la connaissance des agents de santé sur le déparasitant. La prévention contre les maladies est le bienfait du déparasitant le plus cité par près de trois quarts (74,3%) des agents de santé. Pour 54,5% d'entre eux, le déparasitage permet le traitement des vers intestinaux. Quant à l'âge de la première réception du déparasitant, plus de 4 agents de santé sur 5 (85,2%) ont cité l'âge de 12 mois (1 an). Par ailleurs, la fréquence d'administration du déparasitant est connu par 86,1% des agents de santé (tous les 6 mois).

Tableau 16: Connaissance des agents de santé sur le déparasitant

Connaissances sur le déparasitant		Effectifs	Fréquences (%)
Bienfaits du déparasitant	Traitement des vers intestinaux	55	54,5
	Traitement des maux de ventre	16	15,9
	Protège contre les maladies	75	74,3
	Protège contre l'anémie	16	15,9
	Améliore la santé des enfants	38	37,6
Age de la première dose	A 6 mois	12	11,9
	A 1 an	86	85,2
	A plus d'un an	3	2,3
Fréquence d'administration pour les enfants de 6 à 59 mois	Lors des campagnes	3	3,0
	Tous les 3 mois	7	6,9
	Tous les 6 mois	87	86,1
	Tous les 12 mois	1	1,0
	Ne sait pas	1	1,0
	Autre	2	2,0

V-3 Qualité de la mise en œuvre des activités des JVA +

❖ Activités de supplémentation en vitamine A, déparasitage et dépistage

Le tableau 17 indique le nombre moyen de jours et de temps consacré par jour aux activités des JVA+, et les activités menées au cours de ces JVA+. Il en ressort qu'en milieu urbain les agents de santé ont consacré 4 jours aux JVA. En zone rurale où la stratégie est différente, les agents de santé ont déclaré avoir consacré 28,3 jours en moyenne pour les activités des JVA+. Quant au temps consacré par jour à ces activités des JVA+, plus de 38,6% des agents de santé enquêtés ont consacré une demi-journée et 45,5% une journée. On note aussi que plus de 2/3 des agents de santé (68,3%) ont consacré plus de temps à la supervision des activités des JVA+. Le deuxième rôle le plus joué par les agents de santé est la compilation des données qui a concerné plus de deux agents sur 5 (43,6%). Par ailleurs, il faut remarquer que près d'un agent de santé sur 5 (18,8%) a déclaré avoir effectué la distribution de la vitamine A et du déparasitant, probablement aux enfants qui sont allés directement recevoir les produits au centre de santé.

Tableau 17 : Activités des JVA+ par les agents de santé

Caractéristiques		Milieu rural		Milieu urbain		Total	
		Eff	Freq (%)	Eff	Freq (%)	Eff	Freq (%)
Nombre moyen de temps par jour pendant les JVA	1 heure ou moins	3	3,4	0	0,0	3	3,0
	2-3 heures	13	14,8	0	0,0	13	12,9
	Une demi-journée	36	40,9	3	23,1	39	38,6
	Toute la journée	36	40,9	10	76,9	46	45,5
	Mobilisation sociale	5	5,7	0	0,0	5	5,0
Rôles joués pendant la campagne	Distribution de la Vit A/Déparasitant	16	18,2	3	23,1	19	18,8
	Enregistreur	22	25,0	1	7,7	23	22,8
	Superviseur	59	67,0	10	76,9	69	68,3
	Compilation des données	40	45,5	4	30,8	44	43,6
	Dépistage de la malnutrition	2	2,3	0	0,0	2	2,0
	Logisticien	4	4,5	1	7,7	5	5,0
	Autre, préciser	8	9,1	1	7,7	9	8,9
Nombre de jours de participation à la campagne		Effectif	Moyenne	Effectif	Moyenne	Effectif	Moyenne
Nombre moyen de jours de participation		88	28,3	13	3,9	101	25,1

❖ Problèmes d’approvisionnement en vitamine A, déparasitant

Le tableau 18 ci-dessous indique que seulement 7 agents de santé sur les 101 enquêtés (6,9%) ont déclaré qu’il y a eu des problèmes d’approvisionnement en vitamine A lors des JVA+. 5,9% des agents ont rapporté des problèmes d’approvisionnement en déparasitant. Seulement 2 agents de santé sur les 101 enquêtés ont cité des problèmes d’approvisionnement en bandelettes. Et ces problèmes d’approvisionnement sont essentiellement liés à un problème d’insuffisance des intrants pour la vitamine A, le déparasitant. Pour les bandelettes, il s’agit de retard d’approvisionnement.

Sur les 7 agents de santé qui ont rapporté les problèmes d’insuffisance d’intrants en vitamine A, 2 personnes ont déclaré qu’une solution a été trouvée. Par contre, les 5 autres agents ont attesté que l’insuffisance d’intrant en vitamine A n’a pas été résolu. Quant au problème d’insuffisance d’intrant en déparasitant, les 5 agents de santé ont reconnu que cela a été résolu.

Tableau 18 : Problèmes d’approvisionnement rencontrés lors des activités des JVA+ par les agents de santé

Problèmes rencontrés lors des JVA+	Milieu rural		Milieu urbain		Total	
	Eff	Freq (%)	Eff	Freq (%)	Eff	Freq (%)
Vitamine A	7	8,0	0	0,0	7	6,9
Déparasitant	5	5,7	1	7,7	6	5,9
Bandelettes	2	2,3	0	0,0	2	2,0

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

Comme chez les agents de santé, l'évaluation de la couverture des JVA+ visait également à décrire le niveau de connaissance chez des agents de santé à base communautaire (ASBC) et des distributeurs communautaires (DC) sur la vitamine A et le déparasitage dans les trois régions sanitaires du Centre Ouest, Centre Sud et du Plateau Central. L'appréciation de la qualité des activités des JVA+ a été aussi explorée auprès des ASBC/DC. Il leur a été également demandé de formuler des suggestions pour améliorer les prochaines campagnes.

V-1 Caractéristiques des agents de santé communautaire enquêtés

Au total, 215 agents de santé communautaire (milieu rural) et 49 distributeurs communautaires (DC en zone urbaine), soit 264 acteurs directs de la distribution de la vitamine A et du déparasitant ont été enquêtés. A travers le tableau 19 qui renseigne sur les caractéristiques des ASBC, on note que près de 7 agents communautaires sur 10 (68,9%) sont des hommes. La majorité des agents communautaires (97,7%) exerce dans les centres de santé et promotion sociale (CSPS). Ils ont, la plupart du temps, un niveau secondaire 1^{er} cycle (58,0%) ou primaire (36,0%) et cumulent en moyenne un peu plus de 6 ans d'expérience professionnelle.

Tableau 19 : Caractéristiques des DC/ASBC enquêtés

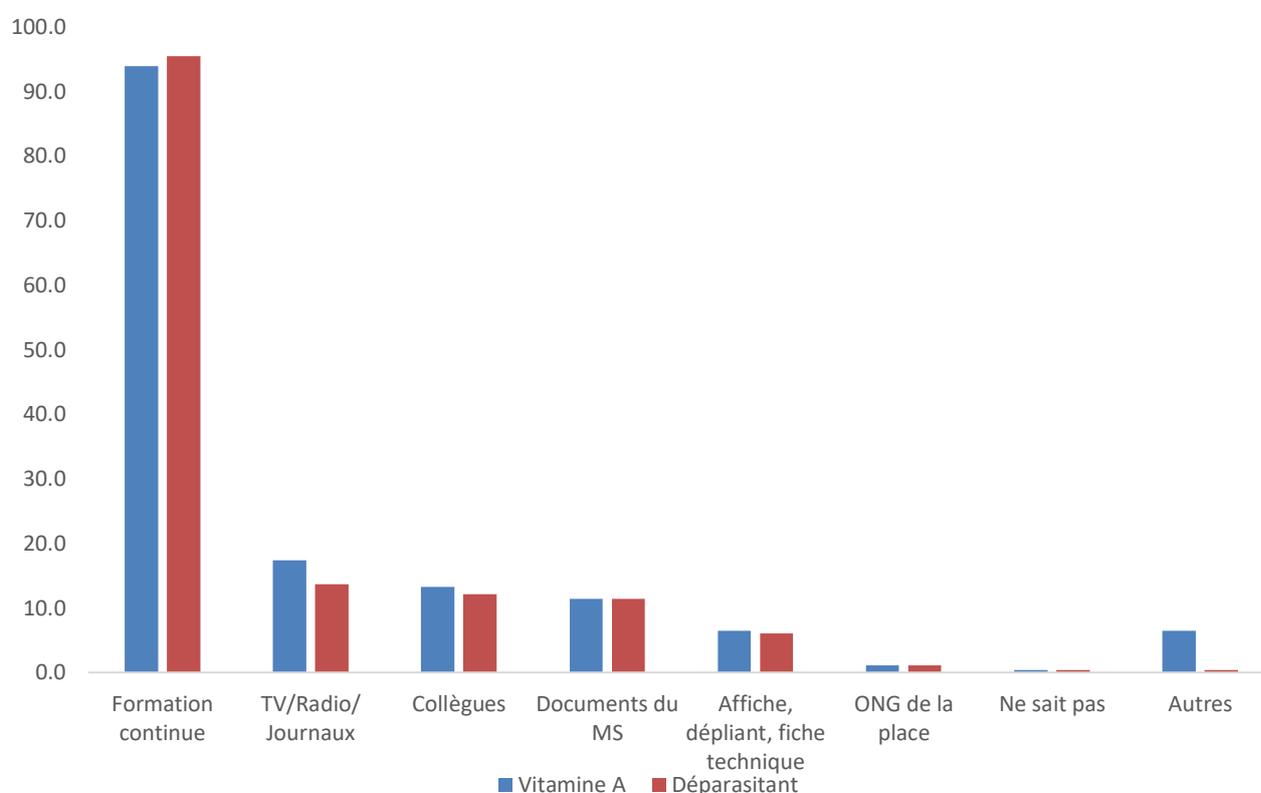
Caractéristiques		Milieu rural		Milieu urbain		Total	
		Eff	%	Eff	%	Eff	%
Types de centre de sante	Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS)	212	98,6	46	93,9	258	97,7
	Centre Médical (CM)	1	0,5	0	0,0	1	0,4
	Dispensaire / Maternité (isolé)	0	0,0	2	4,1	2	0,8
	Autre	2	0,9	1	2,0	3	1,1
Sexe	Masculin	154	71,6	28	57,1	182	68,9
	Féminin	61	28,4	21	42,9	82	31,1
Niveau d'instruction	Non scolarisé	9	4,2	3	6,1	12	4,5
	Primaire	79	36,7	16	32,7	95	36,0
	Secondaire 1er cycle	124	57,7	29	59,2	153	58,0
	Secondaire 2e cycle	3	1,4	1	2,0	4	1,5
Qualification/fonction des répondants	ASBC	215	81,4	0	0,0	215	100,0
	DC	0	0,0	49	18,6	49	100,0
Nombre d'années d'expérience		Effectif	Moyenne	Effectif	Moyenne	Effectif	Moyenne
Nombre moyen d'années d'expérience		215	5,6	49	9,2	264	6,3

V-2 Connaissances des ASBC sur la vitamine A le déparasitant et le dépistage

❖ Sources d'informations sur la vitamine A et le déparasitant

Le graphique 29 ci-dessous présente les sources d'informations des agents communautaires de santé sur la vitamine A et le déparasitant. Les formations continues reçues lors des activités préparatoires des JVA+ sont les principales sources d'information sur la vitamine A (93,9%) et le déparasitant (95,5%) aussi bien chez les ASBC et les DC. Les formations continues constituent donc le principal canal d'informations des agents communautaires sur les produits.

Graphique 28: Sources d'informations des agents communautaires sur la vitamine A et le déparasitant



❖ Formation sur la vitamine A, le déparasitant et le dépistage

La quasi-totalité des agents communautaires a bénéficié d'une formation sur la vitamine A (96,6%) et sur le déparasitage (95,8%). Ces formations reçues sont très récentes dans la plupart des cas. En effet, elles datent de moins de 3 mois (96,1% des cas pour la vitamine A et 95,7% pour le déparasitage). Plus de 2 agents communautaires sur 5 (44,3%) ont déclaré que la formation reçue sur la vitamine A s'est déroulée en une demi-journée. Par ailleurs, il faut souligner que seulement 4,3% des agents communautaires ont déclaré avoir perçu une somme durant la période de la formation. Le montant moyen reçu l'argent est 4 818 FCFA (voir tableau 20, page 54).

Tableau 20 : Formation sur la vitamine A, moment et durée de la formation et montant reçu lors de la formation des agents communautaires

Caractéristiques		Milieu rural		Milieu urbain		Total	
		Eff	Freq (%)	Eff	Freq (%)	Eff	Freq (%)
Formations	Vitamine A	207	96,3	48	98,0	255	96,6
	Déparasitage	204	94,9	49	100,0	253	95,8
Moment de la dernière formation sur la vitamine A	Moins de 3 mois	197	95,2	48	100,0	245	96,1
	3 à 6 mois	3	1,4	0	0,0	3	1,2
	7 à 12 mois	2	1,0	0	0,0	2	0,8
	Plus d'1 an	4	1,9	0	0,0	4	1,6
	Je ne me souviens pas	1	0,5	0	0,0	1	0,4
Moment de la dernière formation sur le déparasitage	Moins de 3 mois	194	95,1	48	98,0	242	95,7
	3 à 6 mois	3	1,5	1	2,0	4	1,6
	7 à 12 mois	1	0,5	0	0,0	1	0,4
	Plus d'1 an	5	2,5	0	0,0	5	2,0
	Je ne me souviens pas	1	0,5	0	0,0	1	0,4
Durée de la dernière formation sur la vitamine A	Moins d'une demi-journée	47	22,7	11	22,9	58	22,7
	Une demi-journée	92	44,4	21	43,8	113	44,3
	Un jour	47	22,7	16	33,3	63	24,7
	Deux jours	17	8,2	0	0,0	17	6,7
	Autres	4	1,9	0	0,0	4	1,6
Formation payée	Temps de formation payé	9	4,3	2	4,2	11	4,3
Montant payé lors de la formation		Effectif	Moyenne	Effectif	Moyenne	Effectif	Moyenne
Montant moyen		9	4444,4	2	6500,0	11	4818,2

❖ Connaissance sur la vitamine A

L'analyse des connaissances des agents de santé va porter sur une série de 8 questions déjà évoqués plus haut. Comme chez les agents de santé, nous nous sommes intéressés d'abord aux différentes réponses des ASBC/DC sur les 8 questions portant sur la vitamine A et le déparasitage. Le tableau 21 (page 55) montre que plus de trois quarts des ASBC/DC (76,1%) ont reconnu que la vitamine A permet de prévenir la cécité crépusculaire et aide à la bonne vision. Près de trois agents communautaires sur 5 (59,9%) reconnaissent que la vitamine A favorise la croissance. Et plus de la moitié (55,3%) a déclaré que la vitamine A améliore la santé.

Quant à l'âge de la première réception de la vitamine A, presque tous les agents communautaires (98,1%) ont reconnu que cela doit se faire à l'âge de 6 mois. Quant à la fréquence de réception de la vitamine, plus de 2/3 des agents communautaires (67,8%) ont déclaré que la prise doit se faire tous les 6 mois. La dose de vitamine A pour les enfants de 6 à 11 mois (capsule bleue de 100 000 UI) et les enfants de 12 à 59 ans (capsule rouge de 200 000 UI) sont bien connues par presque tous les agents communautaires comme l'illustre assez bien le tableau 21.

Tableau 21: Connaissance des ASBC/DC sur la vitamine A

Connaissances sur la vitamine A		Effectifs	Fréquences (%)
Bienfaits de la vitamine A	Prévenir la maladie	58	22,0
	Favoriser la croissance	158	59,9
	Prévenir la cécité/Favoriser la vision	201	76,1
	Améliorer la santé	146	55,3
	Réduire le risque de décès	7	2,7
	Prévenir l'anémie	18	6,8
	Augmenter l'appétit	163	61,7
	Ne sait pas	2	0,8
Age de la première dose	Autre	2	0,8
	A la naissance	1	0,4
	A 6 mois	259	98,1
	A 1 an	2	0,8
Fréquence d'administration pour les enfants de 6 à 59 mois	Autre	2	0,8
	Lors des campagnes	38	14,4
	Tous les 3 mois	12	4,6
	Tous les 6 mois	179	67,8
	Tous les 12 mois	27	10,2
Dosage pour les enfants de 6 à 11 mois	Ne sait pas	8	3,0
	Une capsule bleue 100.000 UI	258	97,7
	Une capsule rouge 200.000 UI	6	2,3
	La moitié de la capsule bleue 100.000 UI	0	0
	La moitié de la capsule rouge 200.000 UI	7	2,7
	La moitié de la capsule jaune 200.000 UI	1	0,4
	Une capsule bleue 100.000 UI	6	2,3
Dosage pour les enfants de 12 à 59 mois	Une capsule rouge 200.000 UI	257	97,4
	Une capsule jaune 200.000 UI	0	0
	Deux capsule bleue 100.000 UI	17	6,4
	Deux capsule rouge 200.000 UI	0	0
	Autre	1	0,4

❖ Connaissance sur le déparasitant

Le tableau 22 (page 55) montre que le traitement des vers intestinaux est le bienfait du déparasitant le plus cité les agents communautaires (82,2%). Le traitement des maux de ventre (43,9%) et l'amélioration de la santé des enfants (42,0%) ont été également souvent cités par les agents communautaires comme des bienfaits du déparasitant. Par ailleurs, plus de 1/3 des agents communautaires ont reconnu que le déparasitant protège contre les maladies.

Quant à l'âge de la première réception du déparasitant, plus de 9 agents communautaires sur 10 (91,7%) ont cité l'âge de 12 mois (1 an). La fréquence d'administration du déparasitant est connu par 2 agents communautaires sur 5 (59,9%) pour qui le déparasitant doit être administré aux enfants tous les 6 mois.

Tableau 22: Connaissance des ASBC/DC sur le déparasitant

Connaissances sur le déparasitant		Effectifs	Fréquences (%)
Bienfaits du déparasitant	Traitement des vers intestinaux	217	82,2
	Traitement des maux de ventre	111	43,9
	Protège contre les maladies	95	36,0
	Protège contre l'anémie	11	4,2
	Améliore la santé des enfants	111	42,0
	Stimule l'appétit	40	15,2
	Ne sait pas	2	0,8
Age de la première dose	Autre	2	0,8
	A 6 mois	11	4,2
	A 1 an	242	91,7
	A plus d'un an	10	3,8
	Ne sait pas	1	0,4
Fréquence d'administration pour les enfants de 6 à 59 mois	Lors des campagnes	43	16,3
	Tous les 3 mois	11	4,2
	Tous les 6 mois	158	59,9
	Tous les 12 mois	45	17,0
	Ne sait pas	6	2,3
	Autre	1	0,4

V-3 Mise en œuvre de la JVA +

❖ Activités de supplémentation en vitamine A, déparasitage et de dépistage

Le tableau 23 (page 56) indique le nombre moyen de temps consacré par jour aux activités des JVA+, et les activités menées au cours de ces JVA+ par les ASBC/DC. Il en ressort qu'en milieu urbain les DC ont consacré 4 jours aux JVA+. En zone rurale, les ASBC ont déclaré avoir consacré 24,1 jours en moyenne pour les activités des JVA.

Quant au temps consacré par jour à ces activités des JVA+, le tableau 30 montre que quatre (4) agents communautaires sur 5 (79,9%) ont consacré une demi-journée aux activités des JVA+. Seulement un peu plus d'un agent communautaire sur 10 (13,3%) a consacré une journée entière aux activités des JVA+.

Par ailleurs, l'activité majeure des agents communautaires reste la distribution de la vitamine A et du déparasitant (97,7%).

Tableau 23 : Activités de supplémentation en vitamine A, de déparasitage et de dépistage par les ASBC

Caractéristiques		Milieu rural		Milieu urbain		Total	
		Eff	Freq (%)	Eff	Freq (%)	Eff	Freq (%)
Nombre moyen de temps par jour pendant les JVA	1 heure ou moins	3	1,4	0	0,0	3	1,1
	2-3 heures	12	5,6	1	2,0	13	4,9
	Une demi-journée	176	81,9	35	71,4	211	79,9
	Toute la journée	22	10,2	13	26,5	35	13,3
	Autres	2	0,9	0	0,0	2	0,8
Rôles joués pendant la campagne	Mobilisation sociale	36	16,7	8	16,3	44	16,7
	Distribution de la Vit A/ Déparasitant	213	99,1	45	91,8	258	97,7
	Enregistrement	30	14,0	9	18,4	39	14,8
	Dépistage de la malnutrition	68	31,6	23	46,9	91	34,5
	Logisticien	0	0,0	1	2,0	1	0,4
	Autre, préciser	4	1,9	0	0,0	4	1,5
Nombre de jours de participation à la campagne		Effectif	Moyenne	Effectif	Moyenne	Effectif	Moyenne
Nombre moyen de jours		215	24,1	49	4,0	264	20,4

VII- DISCUSSION

L'enquête de couverture post campagne du premier passage des JVA+ de 2019 menée dans les trois régions de la zone du projet à savoir Centre Ouest, Centre Sud et Plateau Central a permis d'évaluer les couvertures des JVA+ et d'appréhender les conditions de mise en œuvre et les connaissances des acteurs terrains (Agents de santé, Agents de santé à base communautaire et les Distributeurs Communautaires).

Couverture de la supplémentation en Vitamine A

L'enquête d'évaluation de couverture a montré que la couverture de la supplémentation en Vitamine A dans l'ensemble des régions a atteint 82,5% ([82,3% - 82,7%]), soit 81,2% ([80,9% - 81,5%]) en milieu urbain et 83,3% ([83,1% - 83,6%]) en milieu rural. Le taux de couverture de la supplémentation en vitamine A peut être jugé satisfaisant car il se situe au-delà du taux souhaité.

Ces résultats sont au-dessus de celles obtenues dans l'Enquête Smart 2018 (75,8%) et aussi de l'enquête PECS National 2018 (70%).

La couverture SVA selon la région : La couverture la plus élevée parmi les régions est celle du Centre Sud avec 88,3% ([88,0% - 88,5%]). La région du Centre Ouest a la couverture la moins élevée (77,7% ([77,3% - 78,0%])). Des efforts doivent faire dans cette dernière région afin de relever le taux de couverture pour avoisiner le taux souhaité. Il faut noter que la différence observée au niveau des régions est statistiquement significative (Pr=0,000). Ce lien entre la couverture en SVA et la région est confirmé par les odds ratios. En effet, selon les résultats de l'analyse économétrique, un enfant cible dans le centre sud a 1,53 fois plus de chance (Odds ratio 1,53 ; p=0,000) d'être supplémenté qu'un enfant cible de la région centre ouest.

La couverture SVA selon le milieu de résidence : L'analyse de la couverture selon le milieu de résidence montre que le taux de couverture SVA en milieu urbain (81,2% [80,9% - 81,5%]) est inférieur à celui observé en milieu rural (83,3% [83,1% - 83,6%]). Cette différence à ce niveau n'est pas statistiquement significative (Pr=0,833).

La couverture SVA selon la tranche d'âge a montré un taux de 82,9% ([75,9% - 84,7%]) pour les enfants de 24 à 59 mois, de 82,4% ([79,2% - 85,2%]) pour les enfants de 12 à 23 mois et de 80,7% ([80,9 - 84,7]) pour ceux de 0 à 11 mois. La différence observée au niveau de la couverture des différentes tranches d'âge n'est pas significative (Pr=0,547).

La couverture SVA selon le sexe : La supplémentation en vitamine A selon le sexe montre que le taux de couverture en SVA chez les filles (83,0% [80,8% - 85,0%]) est plus élevé chez les garçons (82,1% [79,9% - 84,1%]). Mais cette différence n'est pas significative sur le plan statistique (Pr=0,989).

Stratégie de communication des JVA +

Ménages informé de la campagne avant son démarrage : Les résultats de notre étude montrent que 68,3% ([66,0% - 70,5%]) des ménages en milieu rural et 47,3% ([42,9% - 51,8%]) en milieu urbain ont été informés de la tenue campagne avant son démarrage. Statistiquement, il y a une relation entre le fait que le ménage soit tenu informé de la campagne et la supplémentation en SVA. En effet, la différence entre les proportions de ménages informés de la tenue de la campagne avant son démarrage selon le milieu de résidence relativement à la couverture en SVA est significative (Pr=0,000). De plus, selon les odds ratio calculés, un enfant issu d'un ménage ayant été informé de la tenue de la campagne avant son démarrage a 2,48 fois plus de chance d'être couvert qu'un enfant dont le ménage n'a pas reçu l'information (p=0,000). Il convient donc de mettre un accent particulier sur la communication avant la campagne pour obtenir de meilleurs résultats.

Les agents administrateurs sont venus à domicile : La stratégie du porte à porte a impacté positivement le taux de couverture en SVA. En effet, le fait que les agents administrateurs soient passés au domicile des enfants cibles a donné plus de chance à ces enfants d'être supplémentés. Pour rappel, le domicile est principal lieu de réception de la vitamine A (91,3% [91,2% - 91,5%]). De plus, un enfant se trouvant dans un ménage qui a reçu la visite de l'agent administrateur a 58,30 plus de chance d'être supplémenté que celui dont le ménage n'a pas reçu la visite de l'agent administrateur.

Couverture du déparasitage

La couverture en déparasitant pour toute la zone de projet est 80,1% ([79,9% - 80,3%]). Ces données sont largement au-dessus de celles obtenues dans l'Enquête Smart 2018, soit 74,8 % et aussi dans l'enquête PECS National 2018 (70%).

La couverture en milieu rural s'établit à 81,5% ([79,8% - 83,1%]) tandis que celle en milieu urbain (77,8%). Les résultats de l'enquête PECS 2018 ont révélé une couverture de 76% en milieu rural contre 43,4% en milieu urbain est de 77,8% [74,1% - 81,1%]). Cet écart observé entre les milieux de résidence relativement au déparasitage n'est pas significatif (Pr=0,398) au sens statistique du terme.

Dans le cas du déparasitage également, la stratégie du porte à porte adoptée a été la plus efficace dans la mesure où la plupart des enfants ont été déparasités à domicile (91,7% [90,3% - 92,9%]). Notons cependant que la principale raison de non déparasitage citée par les ménages est : « les agents ne sont pas passés » (55,0% [49,9% - 59,9%]).

Dépistage de la malnutrition aigue

Le dépistage de la malnutrition à l'aide du MUAC a été offert lors des JVA+. Il s'agissait de mesurer le périmètre brachial des enfants de 6 à 59 mois à l'aide de bandelettes de Shakir. Au terme des JVA+ on constate un faible taux général de la couverture en dépistage soit 51,3% ([51,1% - 51,5%]) dans la zone d'étude. On observe une différence au niveau des taux couvertures par milieu de résidence. En effet, la couverture du dépistage en milieu urbain (32,2% [28,7% - 36,0%]) est très en deçà du taux de couverture en milieu rural (63,0% [61,0% - 64,9%]). Cet écart est significatif au seuil de 5% (Pr=0,000).

Le bas taux de couverture en milieu urbain pourrait s'expliquer par le fait que les agents distributeurs ne sont pas expérimentés comme les ASBC dont une de leur tâche est le dépistage des enfants malnutris de manière routinière dans leur village.

Ici également, le domicile reste le lieu par excellence du dépistage (90,9% [89,3 – 92,3%]). Par ailleurs, 43,4% ([40,4 – 46,5%]) des ménages n'ont pu donner les raisons du non dépistage de leurs enfants tandis que 25,7% ([23,1 – 28,4%]), « les agents ne sont pas passés ».

Les agents de santé et les agents communautaires

Au total 101 agents de santé, 215 ASBC et 49 distributeurs ont été interviewé dans le cadre de cette étude.

Les agents de santé : 62,4% des agents de santé ont une bonne connaissance de la vitamine A et du déparasitant. Ils tirent principalement leurs informations sur ces produits de la formation continue et des documents du Ministère de la santé. Ces agents de la santé, principalement des superviseurs (68,3%) au cours de la campagne, ont rapporté des problèmes d'approvisionnement en déparasitant dans 5,9% des cas.

Les agents communautaires : 37,5% des agents communautaires ont une bonne connaissance de la vitamine A et du déparasitant. Les formations continues reçues lors sont les principales sources d'information sur la vitamine A (93,9%) et le déparasitant (95,5%) chez les agents communautaires. Ils ont participer à la campagne en grande majorité en tant que distributeurs de la vitamine A et du déparasitant (97,7%).

VII- Conclusion et recommandations

VII-1 Conclusion

L'enquête de couverture des JVA+ visait à évaluer la qualité de la mise en œuvre de la supplémentation en vitamine A, du déparasitage et du dépistage de la malnutrition aigüe chez les enfants de 6 à 59 mois. La collecte des données s'est déroulée du 2 juin au 1er août 2019.

Au total, 16 127 ménages ont été recensés dans les 231 zones de dénombrement (ZD) des 3 régions sanitaires dans lesquelles vivaient 27 375 enfants de 6 à 59 mois. De ces ménages, 2 318 ménages ont été enquêtés dont 1 807 ménages en zone rurale et 511 ménages en milieu urbain. Dans ces ménages enquêtés, l'enquête a concerné 3 244 enfants de 6 à 59 mois.

La couverture en Vitamine A est satisfaisante puisqu'elle s'établit à 81,6% ([81,2% - 82,0%]) dont 81,2% en milieu urbain et 83,3% en milieu rural. Cette couverture en vitamine A est légèrement au-dessus du taux souhaité (80%).

Globalement, plus de 9 enfants sur 10 (91,3%) ont reçu la vitamine A à domicile conformément à la stratégie de « porte à porte ».

Quant à la couverture générale du déparasitage qui est un service additionnel offert pendant les JVA+ aux 12-59 mois, elle est de 80,1% ([79,9% - 80,3%]). Cette couverture est plus élevée en milieu rural (81,5%) qu'en milieu urbain (77,8%).

Le dépistage de la malnutrition aigüe à l'aide du MUAC a été introduit dans les services offerts lors des JVA+. Le taux de dépistage est faible puisque seulement la moitié des enfants a été dépistée (51,3% [51,1% - 51,5%]) dans les trois régions, avec un taux de dépistage de 63,0% en milieu rural et de 32,2% en milieu urbain.

L'enquête de couverture auprès des agents de santé a montré que le niveau de connaissance des agents de santé est très satisfaisant. L'indice de connaissance de la vitamine A et du déparasitant calculé sur 100 points, a également montré que plus de 6 agents de santé sur 10 (62,4%) a une bonne connaissance sur la vitamine A et le déparasitant puisqu'ils cumulent 100 points.

Quant au niveau de connaissance de la vitamine A chez les ASBC/DC, il est également satisfaisant. L'indice de connaissance global a montré que près de 2 agents administrateurs sur 5 (37,5%) ont une bonne connaissance sur la vitamine A et le déparasitant puisqu'ils cumulent 100 points.

VII-2 Recommandations

1. Au niveau des REGIONS

- Améliorer le niveau de formation des acteurs terrains (ASBC et DC) sur le dépistage formation et la communication interpersonnelle ;
- Renforcer les activités de sensibilisation et de communication sur les campagnes ;
- Disponibiliser les intrants en accordance avec les cibles réelles ;
- Renforcer la supervision des campagnes,

2. Au niveau a la DN

- Expérimenter une autre approche de campagne en les regroupant dans une ou deux semaines journées promotionnelles avec tous les thèmes pour éviter les confusions sur les thèmes de campagnes,
- Renforcer le plan de communication
- Planifier les campagnes avant la saison pluvieuse,
- Disponibiliser les intrants à temps.

3. Au niveau des Partenaires

- Renforcer l'appui des campagnes par le financement de plus de distributeurs et mettre les ressources à disposition à temps,
- Réviser les questionnaires afin de les adapter au cas du Burkina Faso,
- Revoir le protocole afin d'obtenir des données efficaces ;
- Initier les enquêtes de couverture pour évaluer les couvertures.

Annexes :

Tableau 24: Quelques déterminants de la SVA

Caractéristiques		Odds Ratio	Std.Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Région	Centre ouest						
	Centre sud	1,53	0,30	2,19	0,03	1,04	2,25
	Plateau central	0,86	0,17	-0,76	0,45	0,59	1,26
Milieu de résidence	Rural						
	Urbain	0,91	0,23	-0,35	0,72	0,56	1,50
Tranche d'âge	6 à 11 mois						
	12 à 23 mois	1,60	0,45	1,65	0,10	0,92	2,79
	24 à 59 mois	1,80	0,48	2,22	0,03	1,07	3,03
Sexe	Masculin						
	Féminin	0,89	0,14	-0,72	0,48	0,66	1,22
Niveau de vie	Très pauvre						
	Pauvre	1,01	0,24	0,05	0,96	0,64	1,60
	Moyen	0,93	0,22	-0,3	0,76	0,58	1,49
	Riche	1,23	0,37	0,69	0,49	0,68	2,21
Lieu pour obtenir les soins médicaux	Très riche	0,89	0,34	-0,32	0,75	0,42	1,87
	Centre de santé public						
Parents informés de la tenue de la campagne	Centre de santé privé	0,70	0,42	-0,61	0,54	0,21	2,25
	Non						
Les agents administrateurs sont venus à domicile	Oui	2,48	0,39	5,72	0	1,82	3,38
	Non						
	Oui	58,30	9,61	24,66	0	42,20	80,54

Tableau 25: Tests statistiques de Khi 2

Variable 1	Variable 2	Pr	Résultat
Niveau d'instruction	Milieu de résidence	0.000	Différence significative
Région	Couverture SVA	0.000	Différence significative
Milieu de résidence	Couverture SVA	0.833	Différence non significative
Sexe de l'enfant	Couverture SVA	0.989	Différence non significative
Tranche d'âge de l'enfant	Couverture SVA	0.547	Différence non significative
Milieu de résidence	Couverture en déparasitage	0.398	Différence non significative
Milieu de résidence	Couverture en dépistage	0.000	Différence significative
Ménages informés de la campagne	Couverture SVA	0.000	Différence significative

Tableau 26 : Quintile de pauvreté des ménages recensés

Caractéristiques	CENTRE OUEST			CENTRE SUD			PLATEAU CENTRAL			ZONE D'ETUDE			
	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	
Plus pauvre	effectif	230	224	6	163	157	6	151	143	8	544	524	20
	proportion	22,8	36,6	3,5	20,2	26,2	3,5	13,3	24,0	4,7	19,6	29,9	3,9
	Std. Err	0,2	0,3	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2	0,4	0,2	0,1	0,2	0,1
	[95% CI inf]	22,4	36,0	3,3	19,8	25,7	3,2	12,9	23,2	4,4	19,4	29,6	3,7
	[95% CI Sup]	23,2	37,2	3,8	20,5	26,7	3,9	13,7	24,8	5,1	19,8	30,3	4,1
Pauvre	effectif	171	165	6	204	194	10	185	164	21	560	523	37
	proportion	17,2	27,0	3,5	25,3	32,4	5,8	19,1	27,5	12,4	20,5	29,4	7,0
	Std. Err	0,2	0,3	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2	0,4	0,3	0,1	0,2	0,1
	[95% CI inf]	16,8	26,4	3,3	24,9	31,9	5,4	18,7	26,7	11,8	20,3	29,1	6,8
	[95% CI Sup]	17,5	27,5	3,8	25,7	32,9	6,3	19,6	28,3	12,9	20,7	29,7	7,3
Moyen	effectif	168	152	16	173	158	15	179	149	30	520	459	61
	proportion	18,4	24,8	9,4	21,7	26,4	8,8	20,9	25,0	17,6	20,2	25,5	12,0
	Std. Err	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,4	0,3	0,1	0,2	0,2
	[95% CI inf]	18,1	24,3	9,0	21,3	25,9	8,3	20,4	24,2	17,0	19,9	25,2	11,7
	[95% CI Sup]	18,8	25,3	9,8	22,1	26,9	9,3	21,4	25,8	18,3	20,4	25,9	12,3
Riche	effectif	110	67	43	125	76	49	191	133	58	426	276	150
	proportion	16,9	10,9	25,3	16,9	12,7	28,7	28,9	22,3	34,1	19,8	13,7	29,0
	Std. Err	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,4	0,3	0,4	0,4	0,1	0,1	0,2
	[95% CI inf]	16,6	10,6	24,7	16,6	12,3	27,8	28,3	21,6	33,4	19,5	13,4	28,6
	[95% CI Sup]	17,3	11,3	25,9	17,3	13,1	29,5	29,4	23,1	34,9	20,0	14,0	29,4
Plus riche	effectif	103	4	99	105	14	91	60	7	53	268	25	243
	proportion	24,7	0,7	58,2	15,9	2,3	53,2	17,8	1,2	31,2	19,9	1,5	48,0
	Std. Err	0,2	0,0	0,4	0,2	0,1	0,5	0,2	0,1	0,4	0,1	0,0	0,2
	[95% CI inf]	24,3	0,6	57,5	15,6	2,2	52,3	17,4	1,0	30,4	19,7	1,4	47,6
	[95% CI Sup]	25,1	0,8	58,9	16,3	2,5	54,2	18,3	1,4	31,9	20,2	1,6	48,5

Tableau 27 : Sexe des répondants

Caractéristiques	CENTRE OUEST			CENTRE SUD			PLATEAU CENTRAL			ZONE D'ETUDE		
	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain
Féminin												
Effectif	687	534	153	624	487	137	701	543	158	2012	1564	448
Proportion	88,4	87,3	90,0	81,0	81,3	80,1	92,1	91,1	92,9	86,7	85,4	88,6
Std. Err	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1
[95% CI inf]	88,1	86,9	89,6	80,6	80,9	79,4	91,8	90,6	92,5	86,5	85,1	88,3
[95% CI Sup]	88,7	87,6	90,4	81,4	81,7	80,9	92,4	91,6	93,3	86,9	85,6	88,9
Masculin												
Effectif	95	78	17	146	112	34	65	53	12	306	243	63
Proportion	11,6	12,7	10,0	19,0	18,7	19,9	7,9	8,9	7,1	13,3	14,6	11,4
Std. Err	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1
[95% CI inf]	11,3	12,4	9,6	18,6	18,3	19,1	7,6	8,4	6,7	13,1	14,4	11,1
[95% CI Sup]	11,9	13,1	10,4	19,4	19,1	20,6	8,2	9,4	7,5	13,5	14,9	11,7

Tableau 28 : Niveau d'instruction des répondants

Caractéristiques	CENTRE OUEST			CENTRE SUD			PLATEAU CENTRAL			ZONE D'ETUDE			
	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	
Non scolarisé	effectif	546	491	55	510	452	58	557	471	86	1613	1414	199
	proportion	60,2	80,2	32,4	64,4	75,5	33,9	63,3	79,0	50,6	62,4	78,0	38,8
	Std. Err	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,5	0,3	0,4	0,4	0,1	0,2	0,2
	[95% CI inf]	59,8	79,8	31,7	63,9	75,0	33,0	62,7	78,3	49,8	62,1	77,7	38,3
	[95% CI Sup]	60,7	80,7	33,0	64,8	75,9	34,8	63,8	79,7	51,4	62,7	78,3	39,2
Ecole primaire	effectif	129	84	45	128	90	38	98	61	37	355	235	120
	proportion	19,0	13,7	26,5	16,9	15,0	22,2	16,6	10,2	21,8	17,7	13,7	23,9
	Std. Err	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,4	0,2	0,3	0,3	0,1	0,1	0,2
	[95% CI inf]	18,7	13,3	25,9	16,6	14,6	21,5	16,2	9,7	21,1	17,5	13,4	23,5
	[95% CI Sup]	19,4	14,1	27,1	17,3	15,4	23,0	17,1	10,8	22,4	17,9	13,9	24,3
Ecole secondaire	effectif	107	37	70	132	57	75	111	64	47	350	158	192
	proportion	20,7	6,0	41,2	18,7	9,5	43,9	20,1	10,7	27,6	19,8	8,4	37,3
	Std. Err	0,2	0,1	0,4	0,2	0,2	0,5	0,2	0,3	0,4	0,1	0,1	0,2
	[95% CI inf]	20,3	5,8	40,5	18,3	9,2	42,9	19,6	10,2	26,9	19,6	8,2	36,9
	[95% CI Sup]	21,1	6,3	41,9	19,1	9,9	44,8	20,6	11,3	28,4	20,1	8,6	37,8

Tableau 29 : Principales activités des répondants

Caractéristiques	CENTRE OUEST			CENTRE SUD			PLATEAU CENTRAL			ZONE D'ETUDE			
	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	
Agent du secteur public /Privé	effectif	32	13	19	46	11	35	21	46	5	99	29	70
	proportion	5,9	2,1	11,2	6,8	1,8	20,5	5,6	0,8	9,4	6,1	1,8	12,8
	Std. Err	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,4	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2
	[95% CI inf]	5,7	2,0	10,7	6,6	1,7	19,7	5,3	0,7	9,0	6,0	1,7	12,5
	[95% CI Sup]	6,1	2,3	11,6	7,1	2,0	21,2	5,9	1,0	9,9	6,3	1,9	13,1
Commerçante	effectif	61	36	25	85	42	42	101	53	48	247	131	116
	proportion	9,6	5,9	14,7	11,8	7,0	25,1	19,6	8,9	28,2	12,8	6,9	21,7
	Std. Err	0,1	0,1	0,3	0,2	0,1	0,4	0,2	0,3	0,4	0,1	0,1	0,2
	[95% CI inf]	9,3	5,6	14,2	11,5	6,7	24,3	19,1	8,4	27,5	12,6	6,7	21,3
	[95% CI Sup]	9,8	6,2	15,2	12,2	7,3	26,0	20,1	9,4	29,0	13,0	7,1	22,1
Agriculteur (trice)	effectif	339	317	22	393	368	25	400	372	28	1132	1057	75
	proportion	35,6	51,8	12,9	48,9	61,4	14,6	36,9	62,4	16,5	40,6	57,8	14,5
	Std. Err	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,1	0,2	0,2
	[95% CI inf]	35,1	51,2	12,5	48,5	60,9	14,0	36,4	61,6	15,9	40,3	57,4	14,2
	[95% CI Sup]	36,0	52,4	13,4	49,4	62,0	15,3	37,5	63,3	17,1	40,9	58,2	14,8
Femme (ménagère)	effectif	279	219	60	186	143	43	154	111	43	619	473	146
	proportion	35,6	35,8	35,3	24,2	23,9	25,1	22,3	18,6	25,3	28,4	27,7	29,6
	Std. Err	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,4	0,3	0,4	0,4	0,1	0,2	0,2
	[95% CI inf]	35,1	35,2	34,6	23,8	23,4	24,3	21,8	17,9	24,6	28,1	27,3	29,1
	[95% CI Sup]	36,0	36,4	36,0	24,6	24,4	26,0	22,8	19,3	26,0	28,7	28,0	30,0
Artisan/activité libérale	effectif	29	6	23	20	12	8	59	41	18	108	59	49
	proportion	6,2	1,0	13,5	2,7	2,0	4,7	8,9	6,9	10,6	5,6	2,5	10,4
	Std. Err	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
	[95% CI inf]	6,0	0,9	13,1	2,6	1,8	4,3	8,6	6,4	10,1	5,5	2,3	10,2
	[95% CI Sup]	6,4	1,1	14,0	2,9	2,2	5,1	9,3	7,3	11,1	5,8	2,6	10,7

Sans emploi/Chômeur / Retraité	effectif	6	3	3	18	8	10	10	3	7	34	14	20
	proportion	1,0	0,5	1,8	2,5	1,3	5,8	2,5	0,5	4,1	1,9	0,9	3,5
	Std. Err	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1
	[95% CI inf]	0,9	0,4	1,6	2,4	1,2	5,4	2,3	0,4	3,8	1,8	0,8	3,4
	[95% CI Sup]	1,1	0,6	2,0	2,7	1,5	6,3	2,7	0,6	4,4	2,0	0,9	3,7
Elève/Étudiant	effectif	36	18	18	22	15	7	21	11	10	79	44	35
	proportion	6,1	2,9	10,6	2,9	2,5	4,1	4,1	1,8	5,9	4,5	2,6	7,5
	Std. Err	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
	[95% CI inf]	5,9	2,7	10,2	2,8	2,3	3,7	3,9	1,6	5,5	4,4	2,4	7,2
	[95% CI Sup]	6,4	3,1	11,0	3,1	2,7	4,5	4,3	2,1	6,3	4,6	2,7	7,7

Tableau 30 : Couverture vitamine A

Région	Milieu	Proportion	Std Err.	Intervalle de confiance 95%	
Centre ouest	Rural	79,4	1,4	76,4	82,0
	Urbain	75,2	2,9	69,1	80,5
	Total	77,7	1,5	74,6	80,4
Centre sud	Rural	89,4	1,0	87,2	91,3
	Urbain	84,2	2,6	78,5	88,6
	Total	88,3	1,0	86,2	90,0
Plateau central	Rural	75,9	1,4	72,9	78,6
	Urbain	86,3	2,2	81,4	90,0
	Total	81,6	1,4	78,8	84,2
Zone d'étude	Rural	83,3	0,8	81,8	84,8
	Urbain	81,2	1,6	77,9	84,1
	Total	82,5	0,8	81,0	84,0

Tableau 31 : Couverture vitamine A selon la tranche d'âge et le sexe

Caractéristiques		Proportion	Std Err	Intervalle de confiance 95%	
Tranche d'âge	6 à 11 mois	80,7	2,3	75,9	84,7
	12 à 23 mois	82,4	1,5	79,2	85,2
	24 à 59 mois	82,9	1,0	81,0	84,7
Sexe	Masculin	82,1	1,1	79,9	84,1
	Féminin	83,0	1,1	80,8	85,0

Tableau 32: Récapitulatifs des statistiques sur les ménages

Caractéristiques		Fréquences (%)	Intervalle de confiance à 95%	
Lien de parenté avec l'enfant	Mère	76,4	76,1	76,6
Lieu de réception du déparasitant	A domicile	91,7	90,3	92,9
Raison de non déparasitage	Les agents ne sont pas passés	55,0	49,9	59,9
Lieu de réception de dépistage	A domicile	90,9	89,3	92,3
Raison de non dépistage	Ne sait pas	43,4	40,4	46,5
	Les agents ne sont pas passés	25,7	23,1	28,4
Résultats du dépistage	Non malnutris	96,2	94,7	97,3
	Malnutrition aiguë sévère (MAS)	0,9	0,4	1,7
	Malnutrition aiguë modérée (MAS)	2,4	1,9	4,4

Tableau 33: Raison de non supplémentation de la vitamine A

Caractéristiques	Proportion	Std Err	Intervalle de confiance 95%	
L'enfant était absent	20,2	2,1	16,3	24,7
Les agents ne sont pas passés	58,9	2,5	54,0	63,7
Non informé	8,9	1,5	6,4	12,2

Tableau 34: Lieux de supplémentation de la vitamine A

Lieu de la supplémentation en vitamine A	CENTRE OUEST			CENTRE SUD			PLATEAU CENTRAL			ZONE D'ETUDE			
	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	
A domicile	effectif	366	277	89	431	355	76	369	271	98	1166	903	263
	proportion	92,1	92,9	90,9	91,8	92,2	90,1	89,6	86,9	91,6	91,3	91,6	91,0
	Std. Err	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,3	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1
	[95% CI]	[91,8 - 92,3]	[92,6 - 93,2]	[90,4 - 91,3]	[91,5 - 92,0]	[92,0 - 92,5]	[89,5 - 90,6]	[89,3 - 90,0]	[86,3 - 87,4]	[91,2 - 92,0]	[91,2 - 91,5]	[91,4 - 91,7]	[90,7 - 91,2]
Centre de santé du village	effectif	6	2	4	4	4	0	1	1	0	13	11	2
	proportion	1,6	1,4	1,8	0,9	1,1	0,0	0,5	0,5	0,5	1,0	1,1	0,9
	Std. Err	0,1	0,1	0,1	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0
	[95% CI]	[1,5 - 1,7]	[1,3 - 1,6]	[1,6 - 2,0]	[0,8 - 1,0]	[1,0 - 1,2]	0	0,4 - 0,5]	[0,4 - 0,6]	[0,4 - 0,6]	[1,0 - 1,1]	[1,0 - 1,2]	[0,8 - 1,0]
École, église, mosquée	effectif	9	7	2	5	3	2	13	11	2	27	21	6
	proportion	1,9	2,4	1,2	0,7	0,6	1,2	2,1	3,0	1,4	1,5	1,6	1,3
	Std. Err	0,1	0,1	0,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	[95% CI]	[1,8 - 2,0]	[2,2 - 2,6]	[1,1 - 1,4]	[0,7 - 0,8]	[0,5 - 0,7]	1,0 - 1,4]	[1,9 - 2,2]	[2,7 - 3,3]	[1,2 - 1,6]	[1,4 - 1,6]	[1,5 - 1,7]	[1,2 - 1,4]
Rue/au marché	effectif	0	0	0	20	17	3	26	25	1	46	42	4
	proportion	1,2	0,8	1,8	4,4	4,2	5,3	4,2	7,4	1,9	3,2	3,6	2,6
	Std. Err	0,1	0,1	0,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	[95% CI]	[1,1 - 1,3]	[0,7 - 0,9]	1,6 - 2,0]	[4,2 - 4,6]	[4,0 - 4,4]	4,9 - 5,7]	[4,0 - 4,4]	[7,0 - 7,8]	[1,7 - 2,1]	[3,1 - 3,3]	[3,4 - 3,7]	[2,5 - 2,8]

Ne sais pas	effectif	1	1	0	1	1	0	1	1	0	3	3	0
	proportion	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0
	Std. Err	0,0	0,0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
	[95% CI]	[0,1 - 0,1]	[0,1 - 0,2]	0	0,1 - 0,1]	[0,1 - 0,2]	0	[0,0 - 0,1]	[0,1 - 0,2]	0	[0,1 - 0,1]	[0,1 - 0,2]	0
autre endroit au village	effectif	9	6	3	3	2	1	9	7	2	21	15	6
	proportion	1,6	1,4	1,8	1,0	0,7	1,8	3,1	2,1	3,7	1,7	1,2	2,6
	Std. Err	0,1	0,1	0,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	[95% CI]	1,5 - 1,7]	1,3 - 1,6]	[1,6 - 2,0]	[0,9 - 1,0]	0,7 - 0,8]	[1,5 - 2,0]	[2,9 - 3,3]	[1,9 - 2,4]	[3,5 - 4,0]	[1,6 - 1,8]	1,1 - 1,3]	[2,4 - 2,7]
Autre, préciser	effectif	1	0	1	1	0	1	0	0	0	2	0	2
	proportion	0,6	0,2	1,2	0,2	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,7
	Std. Err	0,0	0,0	0,1	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0	0
	[95% CI]	[0,5 - 0,7]	[0,1 - 0,2]	[1,1 - 1,4]	[0,2 - 0,3]	0	[1,0 - 1,4]	0	0	0	[0,3 - 0,3]	[0,0 - 0,1]	[0,7 - 0,8]

Tableau 35: Couverture en déparasitage

Région	Milieu	Proportion	Std Err.	Intervalle de confiance 95%	
Centre ouest	Rural	77,2	1,6	73,9	80,2
	Urbain	71,7	3,3	64,8	77,8
	Total	75,0	1,7	71,5	78,1
Centre sud	Rural	87,9	1,2	85,4	90,0
	Urbain	77,3	3,2	70,5	82,9
	Total	85,5	1,2	83,1	87,7
Plateau central	Rural	74,2	1,6	71,0	77,2
	Urbain	84,5	2,4	79,2	88,7
	Total	80,0	1,5	76,8	82,8
Zone d'étude	Rural	81,5	0,8	79,8	83,1
	Urbain	77,8	1,8	74,1	81,1
	Total	80,1	0,9	78,4	81,8

Tableau 36: Couverture déparasitage selon la tranche d'âge et le sexe

Caractéristiques	Proportion	Std Err	Intervalle de confiance 95%		
Tranche d'âge	12 à 23 mois	75,9	1,8	72,3	79,1
	24 à 59 mois	81,7	0,1	79,7	83,5
Sexe	Masculin	73,5	1,2	71,0	75,9
	Féminin	74,4	1,2	71,9	76,8

Tableau 37: Couverture du dépistage

Région	Milieu	Proportion	Std Err.	Intervalle de confiance 95%	
Centre ouest	Rural	57,2	1,8	53,8	60,6
	Urbain	36,2	3,3	30,1	42,8
	Total	48,5	1,7	45,1	52,0
Centre sud	Rural	73,5	1,5	70,5	76,3
	Urbain	29,1	3,2	23,2	35,7
	Total	63,6	1,5	60,7	66,5
Plateau central	Rural	47,8	1,7	44,5	51,1
	Urbain	29,4	2,9	24,1	35,4
	Total	37,7	1,8	34,2	41,2
Zone d'étude	Rural	63,0	1,0	61,0	64,9
	Urbain	32,2	1,9	28,7	36,0
	Total	51,3	1,0	49,4	53,2

Tableau 38: Couverture dépistage selon la tranche d'âge et le sexe

Caractéristiques		Proportion	Std Err	Intervalle de confiance 95%	
Tranche d'âge	6 à 11 mois	51,5	2,9	45,9	57,1
	12 à 23 mois	50,0	2,0	46,0	54,0
	24 à 59 mois	51,5	1,3	49,1	54,0
Sexe	Masculin	52,7	1,4	50,0	55,4
	Féminin	49,9	1,4	47,1	52,7

Tableau 39: Ménages informés de la tenue de la campagne

Milieu	Proportion	Std Err.	Intervalle de confiance 95%	
Rural	68,3	1,1	66,0	70,5
Urbain	47,3	2,3	42,9	51,8

Tableau 40: Connaissances des ménages sur les produits

Caractéristiques		Proportion	Std Err.	Intervalle de confiance 95%	
Reconnaissance du produit	Vitamine A	66,8	1,1	64,7	69,0
	Déparasitant	57,1	1,2	54,8	59,3
Age d'administration	Vitamine A	32,2	1,1	30,1	34,4
	Déparasitant	29,7	1,1	27,6	31,8
Fréquence d'administration	Vitamine A	27,3	1,0	25,3	29,4
	Déparasitant	22,5	1,0	20,6	24,4