

République de Côte d'Ivoire



Ministère de la santé
et de l'Hygiène Publique



RAPPORT

ÉVALUATION DES ACTIVITES SUPPLEMENTAIRES DE
VACCINATION CONTRE LE TETANOS NEO NATAL
DE 2008 -2009
EN COTE D'IVOIRE

Étude Commanditée par :

le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique en collaboration avec l'UNICEF et
l'OMS. .

Et réalisée par :

la Direction Régionale de la Statistique d'ABIDJAN de l'Institut National de la Statistique
(INS).



TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	- 2 -
REMERCIEMENTS	- 5 -
LISTE DES TABLEAUX.....	- 6 -
LISTE DES GRAPHIQUES	- 8 -
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	- 9 -
RESUME EXECUTIF	- 11 -
INTRODUCTION.....	- 17 -
I. APPROCHE THEORIQUE	- 18 -
1.1. Contexte et justification de l'étude.....	- 18 -
1.2. Aperçu sur la Côte d'Ivoire	- 19 -
1.2.1. Géographie.....	- 19 -
1.2.2. Démographie.....	- 20 -
1.2.3. Administration.....	- 20 -
1.2.4. Contexte socioculturel.....	- 21 -
1.2.5. Contexte sociopolitique.....	- 21 -
1.2.6. Contexte économique	- 22 -
1.2.7. Déterminants de la santé	- 23 -
1.2.8. Education.....	- 25 -
1.3. Présentation du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	- 25 -
1.3.1. Organisation du système de santé	- 25 -
1.3.2. Secteur sanitaire public	- 26 -
1.3.3. Secteur sanitaire privé à but lucratif et non lucratif.....	- 26 -
1.3.4. Santé et sécurité au travail	- 27 -
1.3.5. Médecine traditionnelle	- 28 -
1.3.6. Ressources humaines	- 28 -
1.3.7. Infrastructures et équipements.....	- 29 -
1.4. Présentation du Programme Elargi de Vaccination.....	- 30 -
1.4.1. Historique.....	- 30 -
1.4.2. Objectifs du PEV.....	- 30 -
1.4.3. Cibles.....	- 31 -
1.5. Objectifs et résultats attendus de l'étude	- 32 -
1.5.1. Objectifs.....	- 33 -
1.5.2. Résultats attendus de l'étude	- 34 -

II. APPROCHE METHODOLOGIQUE	- 35 -
2.1. Cadre général et cibles de l'étude	- 35 -
2.2. Concept général de l'étude.....	- 35 -
2.3. Procédures d'enquête	- 44 -
2.4. Outils de collecte de données	- 44 -
2.5. Procédures d'échantillonnage	- 45 -
2.6. Fiabilité des estimations	- 52 -
2.7. Analyse des données	- 52 -
2.8. Difficultés rencontrées.....	- 53 -
III- RESULTATS DE L'ETUDE	- 54 -
3.1 Caractéristiques sociodémographiques des personnes enquêtées.....	- 54 -
3.1.1 <i>Caractéristiques des femmes enquêtées dans le ménage</i>	<i>- 54 -</i>
3.1.2 <i>Caractéristiques des participants au focus groupe.....</i>	<i>- 57 -</i>
3.2. Détermination de l'impact de la stratégie de communication.....	- 57 -
3.2.1 <i>Source d'information sur les campagnes de vaccination par district sanitaire.....</i>	<i>- 57 -</i>
3.2.2 <i>Connaissance sur le type de vaccin par région sanitaire</i>	<i>- 59 -</i>
3.2.3 <i>Connaissance sur les raisons pour lesquelles les FAR étaient vaccinées par région.....</i>	<i>- 59 -</i>
3.2.4 <i>Connaissances sur les conditions pour recevoir le vaccin par région sanitaire.....</i>	<i>- 60 -</i>
3.2.5. <i>Connaissance des mères sur le tétanos</i>	<i>- 61 -</i>
3.2.6. <i>Connaissance de la gravité de la maladie par milieu de résidence</i>	<i>- 62 -</i>
3.2.7. <i>Connaissance des moyens de prévention par milieu de résidence</i>	<i>- 63 -</i>
3.2.8. <i>Connaissance sur le nombre de dose pour être immuniser</i>	<i>- 64 -</i>
3.3. Estimation de la proportion des femmes vaccinées contre le tétanos	- 66 -
3.3.1. <i>Proportion des FAR ayant reçu au moins une dose de VAT par région sanitaire</i>	<i>- 66 -</i>
3.3.2. <i>Proportion des femmes ayant été vaccinées par district sanitaire</i>	<i>- 70 -</i>
3.3.3. <i>Proportion des femmes ayant été vaccinées en fonction du nombre de doses reçues par région et par district sanitaire</i>	<i>- 78 -</i>
3.4. Analyse de la prise en charge des MAPI	- 95 -
3.4.1. <i>Connaissances sur les MAPI</i>	<i>- 95 -</i>
3.4.2. <i>Connaissance sur la conduite à tenir en cas de MAPI.</i>	<i>- 96 -</i>
3.4.3. <i>Proportion de femmes ayant eu une MAPI par district sanitaire et rang de la dose de survenu de la MAPI.....</i>	<i>- 97 -</i>
3.4.4. <i>Prise en charge des agents de santé pour les femmes ayant eu une MAPI.....</i>	<i>- 102 -</i>
3.4.5. <i>Proportion des femmes ayant reçu une autre dose après une MAPI.....</i>	<i>- 103 -</i>
3.5. Identification des raisons de non vaccination de refus ou d'abandon	- 104 -
3.5.1. <i>Statut des femmes non vaccinées ou ayant abandonné après une dose.....</i>	<i>- 104 -</i>
3.5.2. <i>Causes socio – culturelles de la non vaccination des FAR.....</i>	<i>- 106 -</i>

3.5.3. Gestion des rumeurs.....	- 107 -
3.5.4. Autres raisons de non vaccination de refus ou d'abandon.....	- 108 -
3.6. Gestion des déchets médicaux des AVST	- 109 -
3.7. Apports de la micro planification.....	- 109 -
3.8. Formation des acteurs	- 109 -
3.9. Mise à disposition des intrants, des ressources humaines et nombre de jour imparti pour les AVST	- 110 -
3.10. Rôles des partenaires de la DC PEV lors des AVST	- 110 -
3.11. Coûts des AVST	- 111 -
3.12. Points forts des AVST	- 111 -
3.13. Points faibles des AVST	- 111 -
3.14. Principales recommandations des partenaires et des acteurs des AVST ..	- 111 -
IV- APPRECIATION DE LA MISE EN ŒUVRE DES AVST DE 2008 ET 2009.....	- 113 -
4.1. Analyse des objectifs des AVST	- 113 -
4.2. Pertinence des AVST en Côte d'Ivoire.....	- 113 -
4.3. Analyse de l'efficacité.....	- 114 -
4.4. Analyse de l'efficience	- 115 -
4.5 Analyse de l'Impact.....	- 116 -
4.6 Analyse de la viabilité.....	- 117 -
V- DISCUSSION	- 118 -
VI- RECOMMANDATIONS	- 120 -
CONCLUSION	- 122 -
ANNEXES	- 124 -
BIBLIOGRAPHIE	- 181 -

REMERCIEMENTS

L'aboutissement de cette évaluation, résulte d'une collaboration multisectorielle. C'est pourquoi nous voudrions exprimer notre profonde et infinie gratitude à tous ceux qui ont contribué à la parfaire notamment :

- A Monsieur le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique ;
- A Madame la Représentante Résidente de l'UNICEF ;
- A Monsieur le Représentant Résident de l'OMS ;

Pour la sympathie, la disponibilité et l'intérêt affiché de leurs collaborateurs durant la présente évaluation.

Nous remercions très sincèrement toutes les personnes et structures qui d'une manière ou d'une autre ont participé à la réalisation de la présente évaluation, qu'elles trouvent ici l'expression de notre reconnaissance.

MERCI A TOUS

LISTE DES TABLEAUX

1. Tableau 2.1 : Données de couverture administrative de la DC PEV lors des AVST	33
2. Tableau 2-2 : Répartition de l'échantillon des unités primaires par strate.....	42
3. Tableau 2-3 : Fiabilité des estimations.....	49
4. Tableau 3.1.: Connaissance du vaccin contre le tétanos.....	58
5. Tableau 3.2 : Connaissance du tétanos.....	59
6. Tableau 3.3 : Proportion des femmes ayant une connaissance sur les moyens de prévention du tétanos.....	60
7. Tableau 3.4 : Connaissance sur les moyens de prévention du tétanos.....	60
7. Tableau 3.5 : Connaissance du nombre de doses à recevoir.....	61
8. Tableau 3.6 : Proportion des femmes ayant reçu au moins une dose de VAT par région sanitaire.....	63
9. Tableau 3.7 : Proportion des femmes ayant reçu au moins une dose de VAT par district sanitaire.....	68
10. Tableau 3.8 : Nombre de doses reçu par les femmes par région sanitaire.....	76
11. Tableau 3.9 : Nombre de doses reçu par les femmes par district sanitaire.....	78
12. Tableau 3.10 : caractéristiques des districts insuffisamment couverts et ceux bien couverts.....	85
13. Tableau 3.11 : Quelques caractéristiques des femmes ayant reçu 0 ou 1 seule dose de vaccin contre le tétanos.....	88
14. Tableau 3.12 : Connaissance des effets indésirables du vaccin par l'agent vaccinateur....	92
15. Tableau 3.13 : Connaissance sur les effets indésirables du vaccin contre le tétanos.....	93

16. Tableau 3.14 : Proportion de femmes enquêtées ayant eu une MAPI par district sanitaire et à partir de combien de dose.....	94
17. Tableau 3.15: Prise en charge des cas de MAPI.....	100
18. Tableau 3.16: Statut des femmes non vacciné ou ayant abandonné.....	101
19. Tableau 3.17: Nombre de dose de VAT reçu lors de la dernière grossesse.....	102
20. Tableau 3.18: Raisons pour lesquelles les femmes n'ont pas été vaccinées ou ont eu une seule dose de VAT	103
21. Tableau 4.1 :_Nombre total de FAR (15 - 49 ans) attendues au niveau national.....	112

LISTE DES GRAPHIQUES

1. Graphique 2.1 : Couverture en VAT des régions sanitaires	34
2. Graphique 3.1 : Représentation des femmes enquêtées par groupe d'âge.....	51
3. Graphique 3.2 : Représentation des femmes enquêtées par niveau d'instruction.....	52
4. Graphique 3.3 : Représentation des femmes enquêtées selon la situation matrimoniale.....	53
5. Graphique 3.4 : Représentation des femmes enquêtées selon le profil du travail.....	53
6. Graphique 3.5 : Représentation des femmes enquêtées par situation de résidence selon la connaissance de la raison de la vaccination des FAR.....	57
7. Graphique 3.6 : Représentation des femmes enquêtées sur le paiement ou non du vaccin pendant la campagne.....	58

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ASC : Agent de Santé Communautaire
AVS : Activités Supplémentaires de Vaccination
AVST : Activités Supplémentaires de Vaccination contre le Tétanos
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CPN : Consultation Pré Natale
CSE : Chargé de Surveillance Epidémiologique
CPEV : Coordonnateur du Programme Elargie de Vaccination
DC : Directeur Coordonnateur
DD : Directeur Départemental
DIPE : Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation
DR : Direction Régionale
DSC : Direction de la Santé Communautaire
DS : District Sanitaire
ESPC : Etablissement de Soins de Premier Contact
FAR : Femme en Age de Reproduction
INHP : Institut National de l'Hygiène Publique
INS : Institut National de la Statistique
JNV : Journées Nationales de Vaccination
HG : Hôpital Général
MAPI : Manifestations Adverses Post Immunisation
MSHP : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation non Gouvernementale
PEV : Programme Elargi de Vaccination
PMA : Paquet Minimum d'Activité
PNN : Programme National de Nutrition
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
PNSR/PF : Programme National de la Santé de la Reproduction et Planification Familiale

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitation

TNN : Tétanos Néonatal

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance

VAT : Vaccin antitétanique

VIH/Sida : Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome de l'Immunodéficience

Acquise

VPO : Vaccin Polio Oral

PVS : Polio Virus Sauvage

RESUME EXECUTIF

Contexte et justification de l'étude

Le Tétanos Néonatal (TNN) est une maladie grave qui a connu en effet ces dernières années une progression assez forte (nombre de cas confirmés de 19 en 2001 à 31 en 2005). Ce constat est d'autant plus préoccupant qu'il s'accompagne d'une progression lente de la couverture concernant l'anatoxine tétanique qui est restée globalement à un niveau 60,9% en 1995, 54,2% en 2002 et 67% en 2006 selon les trois enquêtes MICS conduites dans le pays en 1995, 2000 et 2006. Selon les données de routine, cette couverture est inégalement répartie entre les districts sanitaires, avec moins de 50% pour les districts de Yamoussoukro et Bondoukou. A cela s'ajoute la faiblesse du système de surveillance qui pourrait être à l'origine d'un effet de sous notification des cas en dépit du statut de maladie à déclaration obligatoire. Les femmes enceintes et leurs nouveaux nés / bébés sont les plus exposés et le risque encouru en cas de contact avec le gène est aggravé par leur situation de vulnérabilité imputable à des changements métaboliques évidents. C'est pour réduire cette vulnérabilité que la campagne a été élargie à l'ensemble des femmes en âge de reproduction. En s'engageant dans la vaccination contre le TNN, la Côte d'Ivoire s'est fixée comme objectif d'éliminer cette maladie. Cet état doit être dûment constaté par un processus devant aboutir à la certification. Sur la base de ce diagnostic une stratégie de réponse adéquate de ratissage devra être mise en œuvre pour relever les couvertures et accroître ainsi les chances du pays d'éliminer la maladie.

Objectif général de l'étude

La présente étude visait à évaluer la campagne de vaccination anti – tétanique de la femme enceinte et du nouveau né en particulier et de façon générale à la femme en âge de reproduction de reproduction, par l'identification des districts insuffisamment couverts et l'analyse des causes et des facteurs qui induisent les faibles couvertures.

Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques étaient les suivants :

- estimer la proportion des femmes vaccinées avec le vaccin anti – tétanique (VAT, 2 doses au moins) dans le groupe des femmes en âge de reproduction lors des Activités Supplémentaires de Vaccination du tétanos (AVST) ;
- déterminer l’impact de la stratégie de communication mise en œuvre pendant et après le passage des AVST dans la couverture vaccinale observée ;
- analyser le rôle des MAPI (Manifestations Allergiques Post – Injections) et de la gestion des déchets médicaux dans le niveau de succès de la couverture vaccinale;
- identifier les raisons de non vaccination ou d’abandon de la vaccination.

Résultats attendus de l’étude

Au terme de étude, il était attendu un rapport détaillant la problématique, le processus de collecte des données, la qualité des données, l’analyse des résultats selon les différents niveaux de significativité et des recommandations pertinentes pour lever les obstacles identifiés par rapport à la vaccination.

Cadre général et cibles de l’étude

Le cadre général de l’étude était constitué par :

les différentes localités de la Côte d’Ivoire : 19 régions et 58 départements : on y a trouvé tous les districts sanitaires, les centres de santé et les ménages.

Les cibles de l’étude sont :

1. les bénéficiaires : les femmes en âge de reproduction (15 – 49 ans);
2. les prestataires : les agents de santé, les chargés de surveillance épidémiologique et les coordonnateurs du programme élargi de vaccination.
3. les partenaires impliqués dans les AVST : MSHP, UNICEF, OMS...

Concept général de l’étude

Il s’agissait d’une évaluation post campagne de la couverture en VAT. En conformité avec les attentes des comités de pilotage et technique de suivi, la méthode de l’étude a été participative dans sa

démarche. Trois types d'approches ont été utilisées ce sont : la recherche documentaire, l'approche qualitative et l'approche quantitative.

Procédures d'échantillonnage

Cette enquête s'est réalisée sur un échantillon représentatif de 8040 ménages répartis dans 83 strates (les strates étant les districts sanitaires du pays, au nombre de 83). Le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1998 (RGPH 98) a servi de base de sondage pour cette enquête. Au total, la base du RGPH98 avait environ 14 114 zones de dénombrement, elle permet de minimiser la dispersion et d'avoir une bonne couverture géographique des unités de l'échantillon.

L'échantillonnage a été conçu de manière à fournir la précision relative à chacune des principaux indicateurs pertinents dans les strates concernées. En l'absence d'informations exploitables sur la dispersion des variables d'analyse, la stratégie la plus prudente a consisté à tirer des échantillons de même taille dans chacune des grappes (20 ménages par grappe).

- Au premier degré

Les 401 unités primaires (UP) ont été tirées proportionnellement à leur taille, parmi les 14 114 zones de dénombrement (ZD) constituées. Le tirage s'est fait indépendamment dans chacune des 83 strates.

- Au second degré

Afin de procéder au tirage des 8020 ménages de l'échantillon de la première phase, chacune des 401 UP tirées a été dénombrée intégralement, après une actualisation cartographique de la zone. Pour ce deuxième niveau, le tirage des 20 ménages par ZD s'est fait par une procédure aléatoire simple.

$$Pr(\text{menage } i) = N_h * (N_j98 / M_h98) * (n_j / N_j2009)$$

Analyse des données

Les données quantitatives ont été analysées avec le logiciel SPSS 12.0.

Concernant les données qualitatives, les entretiens individuels approfondis et les focus groups, le traitement a été fait à travers une analyse de contenu.

Difficultés rencontrées

Les principales difficultés rencontrées lors de la collecte des données se résument par la non disponibilité des cibles chefs de services, Directeurs centraux, Directeurs régionaux et départementaux en raison de leur calendrier assez chargé ; le manque de données sur les AVST au niveau des

formations sanitaires; le manque de données financières sur le budget des AVST; l'absence des carnets de vaccination chez la cible (FAR).

Principaux résultats

➤ *Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon*

La majorité des femmes (61,3%) ont un âge compris entre 20 et 34 ans et 6,5% ont entre 45 et 49 ans. L'âge moyen des femmes est de 29 ans.

Plus des trois quart des femmes ne sont pas soit instruites (45%), soit faiblement instruites (29%) ou sont seulement alphabétisées (1,4%).

La majorité des femmes vivent dans une union (69%), qu'elles soient mariées (49,5%), ou en union libre (19,5%).

Trois profils d'activité sont mis en relief. Les femmes mènent une activité commerciale (35%) ou sont des femmes au foyer (29,7%) ou encore sont des agricultrices (27,5%). Alors que l'activité agricole est localisée en milieu rurale (68,6%), en ville, ce sont les activités formelles des secteurs publics (67,9%) et privés (77,2%) et 63,2% des emplois de commerce.

➤ *Estimation de la proportion des femmes vaccinées*

En moyenne 74% des femmes ont été vaccinées en VAT2+. Le district sanitaire moins bien couvert (46,9%) en VAT2+ est BOUAKE NORD EST et celui ayant un meilleur score (99%) est JACQUEVILLE.

Plusieurs raisons expliquent ces différences de taux. La stratégie de communication mise en œuvre, le manque ou le déficit d'information et la gestion des Manifestations Post Injection (MAPI).

➤ *Détermination de l'impact de la stratégie de communication*

La décroissance des taux de couverture lors des différents passages montre des défaillances de la mise en œuvre de la stratégie de communication (94% au passage 1 à 59% au passage 3).

➤ *Analyse des cas de MAPI*

6% des femmes vaccinées ont signalé des cas de MAPI et pour 76% de celles-ci aucune prise en charge médicale n'a été faite.

➤ **Identification des raisons de non vaccination**

27% des cas sont directement liés au manque d'information sur la tenue des AVST.

Conclusion

Les résultats nous ont permis de faire les constats suivants :

-concernant l'estimation de la proportion des femmes vaccinées avec le vaccin

Anti Tétanique (VAT, 2 doses au moins), 74% des femmes ont été vaccinées au niveau national ;

- la communication pour le changement de comportement n'a pas été sensible dans la mesure où selon les passages les taux de couvertures étaient décroissants. De 94% au premier passage le taux est passé à 84% au deuxième passage puis est tombé à 59% au troisième passage ;

-28% des femmes vaccinées ont dit avoir eu une MAPI lors des AVST.

Parmi elles 46% ont refusé de se faire vacciner aux passages qui ont suivi. Selon les femmes qui ont affirmé avoir eu une MAPI, 5% ont dit avoir signalé leur cas à une formation sanitaire. Parmi elles, 76% ont dit qu'aucune prise en charge médicale n'a été faite pour elle ;

- pour ce qui est de l'identification des raisons de non vaccination ou d'abandon chez la cible, 27% des cas sont liés aux problèmes de l'information sur la tenue des AVST, 22% aux absences longues durées des cibles et pour 16% aux refus.

Principales recommandations

Au terme de l'étude, plusieurs recommandations ont été formulées à l'endroit des différents acteurs des AVST :

à court terme

- aux formations sanitaires

-renforcer les activités de routine dans les zones à faible couverture ;

-notifier les cas de TNN au district sanitaire.

- aux Districts sanitaires

-informer les femmes sur le calendrier vaccinal, le nombre de dose à recevoir, la prise en charge des MAPI, l'importance de la vaccination et le choix de la cible ;

- à la DC PEV

-prendre en charge dans les districts les cas de MAPI signalés ;

-ramasser les boîtes de sécurité dans les districts sanitaires.

à long terme

aux formations sanitaires

-sensibiliser les populations sur les maladies évitables par la vaccination.

aux Districts sanitaires

-rendre disponible à temps les ressources humaines et les intrants lors des campagnes;

-former les agents de santé dans les délais requis avant les AVS.

aux Directeurs régionaux

-inciter les districts sanitaires à rechercher activement les cas de TNN.

à la DC PEV

-produire un véritable plan de communication avec des messages clairs avant les AVS ;

- organiser des AVST en 2010 et 2011 afin d'augmenter les couvertures en VAT2+

au niveau national et dans les districts sanitaires ;

-renforcer la collaboration avec les Ministères partenaires comme celui de l'Education.

aux partenaires

-poursuivre les appuis techniques et financiers dans le cadre de l'élimination du TNN en Côte d'Ivoire.

INTRODUCTION

Dans de nombreux pays, le tétanos maternel et néonatal constitue un problème de santé publique. Le tétanos, est une maladie évitable par la vaccination et n'est pas transmise d'une personne à une autre. Cette maladie, sévit dans les zones où la protection antitétanique maternelle est faible et où les soins aseptiques appropriés du cordon ombilical ne sont pas respectés. Elle affecte les femmes, lors des avortements non stériles, au cours de la grossesse ou dans les six semaines après l'accouchement. Quand aux nouveaux nés, c'est lors d'un accouchement survenu dans des mauvaises conditions d'hygiène.

La Côte d'Ivoire fait partie des pays identifiés à risque de tétanos depuis 1999, au nombre de 57 dans le monde dont 27 en Afrique de l'Ouest et Centrale.

En vue de réduire la mortalité maternelle et infantile, elle a souscrit à l'initiative d'élimination du tétanos néonatal (TNN) et l'a inscrit dans les objectifs de son Programme Elargi de Vaccination (PEV). C'est dans ce cadre que des AVST ont été organisées en 2007, 2008 et 2009 dont la cible était les femmes de 15-49 ans.

La présente étude vise à évaluer la campagne de vaccination anti – tétanique de la femme enceinte et du nouveau né en particulier et de façon générale à la femme en âge de reproduction, par l'identification des districts insuffisamment couverts et l'analyse des causes et des facteurs qui induisent les faibles couvertures.

Ce rapport, présente les résultats de l'évaluation de toutes les activités menées pendant cette période, il a pour objectif de déceler les obstacles ayant émaillé la bonne tenue des activités.

Scindé en trois grandes parties, ce rapport aborde le cadre théorique et méthodologique de l'étude ou le rappel des termes de références a été fait ainsi que le détail des différentes méthodes utilisées. Ensuite une présentation de la République de la Côte d'Ivoire et du Ministère de la santé est faite dans la seconde partie. Enfin une analyse des données traitées a été faite dans l'optique de ressortir les causes profondes et sous –jacentes des difficultés mentionnées lors de la mise en œuvre des AVST.

I. APPROCHE THEORIQUE

1.1. Contexte et justification de l'étude

En 1997, la Côte d'Ivoire organise des Journées Nationales de Vaccination (JNV) dites Activités Supplémentaires de Vaccination (AVS) par distinction avec les activités de routine. Ces AVS ont concerné singulièrement la lutte contre la poliomyélite par l'administration de dose du Vaccin Polio Oral (VPO). Malgré les difficultés de départ, des résultats significatifs ont été enregistrés. En effet, le nombre de cas notifiés entre les passages et/ou après les passages de vaccination sont passés de 17 en 2004 à 0 cas en 2005. Ce statut de 0 cas a été maintenu jusqu'en 2008. Selon l'avis des spécialistes, le pays était même sur la voie de l'éradication du polio virus sauvage (PVS) responsable de la maladie. Mais la notification d'un cas vers la fin de l'année 2008 à cause des mouvements migratoires des populations a ruiné tous les efforts du gouvernement et des partenaires au développement en matière de lutte contre les maladies à potentiel épidémique.

Ces résultats tout de même encourageants ont amené les responsables nationaux de la santé et la communauté des partenaires au développement à étendre cette stratégie à d'autres pathologies. Le Tétanos Néo-Natal (TNN) en est une. Cette maladie grave a connu en effet ces dernières années une progression assez forte. Le nombre de cas confirmés de 19 en 2001 à 31 en 2005. Ce constat est d'autant plus préoccupant qu'il s'accompagne d'une progression lente de la couverture concernant l'anatoxine tétanique qui est restée globalement à un niveau 60,9% en 1995, 54,2% en 2002 et 67% en 2006 selon les trois enquêtes MICS conduites dans le pays en 1995, 2000 et 2006. Selon les données de routine, cette couverture est inégalement répartie entre les districts sanitaires, avec moins de 50% pour les districts de Yamoussoukro et Bondoukou. A cela s'ajoute la faiblesse du système de surveillance qui pourrait être à l'origine d'un effet de sous notification des cas en dépit du statut de maladie à déclaration obligatoire. Les femmes enceintes et leurs nouveaux nés / bébés sont les plus exposés et le risque encouru en cas de contact avec le gène est aggravé par leur situation de vulnérabilité imputable à des changements métaboliques évidents. C'est pour réduire cette vulnérabilité que la campagne a été élargie à l'ensemble des femmes en âge de reproduction.

L'éradication du tétanos est quasi impossible de part la caractéristique du germe tétanigène. Il s'agit en effet d'un bacille anaérobie à gram positif : *le clostridium tetani*. Cette bactérie est ubiquitaire, commensale du tube digestif des animaux. Elle persiste dans les déjections animales et dans le sol sous forme sporulée, extrêmement résistante. C'est surtout sa source tellurique et inépuisable qui rend son éradication utopique. La forme néonatal peut par contre être évitée en : (i) vaccinant les femmes avec au moins deux doses de d'anatoxine tétanique avant l'accouchement, (ii) vaccinant les femmes en âge de reproduction, (iii) respectant les règles d'hygiène lors de l'accouchement, des soins du cordon et (iv) renforçant le système de surveillance.

En s'engageant dans la vaccination contre le TNN, la Côte d'Ivoire s'est fixée comme objectif d'éliminer cette maladie. Cet état doit être dûment constaté par un processus devant aboutir à la certification. Sur la base de ce diagnostic une stratégie de réponse adéquate de ratissage devra être mise en œuvre pour relever les couvertures et accroître ainsi les chances du pays d'éliminer la maladie.

1.2. Aperçu sur la Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire présente des caractéristiques géographiques spécifiques des autres pays de la sous région ouest africaine située en bordure du Golfe de Guinée. Sa population se caractérise par une forte proportion de jeunes et une diversité socioculturelle qui s'est enrichie au fil des décennies grâce à l'apport de l'immigration émanant des pays frontaliers. Son cheminement vers la démocratie moderne a débuté en 1990 avec l'avènement du multipartisme et a été émaillé d'une succession de crises sociopolitiques. Avec les Accords de Ouagadougou de mars 2007, le pays s'est engagé dans un processus de normalisation de la vie politique et sociale garant d'une croissance économique viable.

1.2.1. Géographie

Située en Afrique occidentale dans la zone subéquatoriale entre le 10ème degré de latitude Nord, le 4ème et le 8ème degré de longitude Ouest, la Côte d'Ivoire a une superficie de 322

462 Km². Elle est limitée au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, à l'Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée.

Le climat est de type tropical humide et se répartit en climat équatorial humide au Sud et en climat tropical de type soudanais au Nord. Quatre (4) saisons se succèdent, avec une grande et petite saison des pluies allant classiquement et respectivement d'avril à juillet et d'octobre à novembre et avec une grande et une petite saison sèche allant respectivement de décembre à mars et d'août à septembre. La pluviométrie annuelle varie entre 2300mm au Sud et 900mm au Nord. Les températures sont généralement élevées avec une moyenne de 30°C.

La végétation est très diversifiée et dominée par la forêt guinéenne au sud et la savane soudano sahélienne au nord.

1.2.2. Démographie

La population de la Côte d'Ivoire était estimée, à 20 581 770 habitants en 2007 d'après les projections de l'Institut National de la Statistique (INS) sur la base des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1998. Selon l'INS¹.

43 % de la population totale à moins de 15 ans, et 49% sont des femmes dont 51% sont en âge de reproduction.

Le taux de croissance démographique annuel était estimé à 2,8% en 2006 selon l'INS. La fécondité est élevée et précoce témoignant du dynamisme démographique qui caractérise le pays et qui se traduit par un taux brut de natalité de 37,9‰ et un indice synthétique de fécondité de 4,6 enfants par femme en 2006.

52% de la population vit en zone rurale contre 48% en zone urbaine.

La Côte d'Ivoire est un pays de forte immigration liée à sa situation géographique et historique de carrefour d'échanges économiques et culturels.

1.2.3. Administration

¹ Base de données sur la population, INS, Département de la démographie et des statistiques sociales, 2006

En plus des communes et des villes, des nouvelles entités administratives décentralisées ont été créées à l'avènement de la II^{ème} République en 2000 enrichissant de ce fait le paysage administratif. La Région, le Département et le District ont été adoptés en 2002, mais seuls les districts et les départements sont effectivement créés. En 2008², la Côte d'Ivoire compte, non seulement 19 régions, 56 préfectures, 307 sous-préfectures administratives fonctionnelles (sur 389 existantes) mais aussi 2 districts (Abidjan et Yamoussoukro) 70 départements fonctionnels sur 80 existants, 987 communes entités décentralisées dont 197 fonctionnelles et 8574 villages. La capitale politique du pays est Yamoussoukro, située au centre du pays et à 248 km d'Abidjan, la capitale économique.

1.2.4. Contexte socioculturel

La Côte d'Ivoire compte une soixantaine d'ethnies réparties en quatre grands groupes (Akan, Mandé, Krou, Gour).

Le Français est la langue officielle.

Le niveau d'alphabétisation est relativement faible. La population adulte sachant lire et écrire est de 53%³ en 2005 dont 61% d'hommes et 46% de femmes.

En 2006, les résultats de l'enquête à indicateur multiple par grappe (MICS) estimaient le taux net de fréquentation du cycle primaire à 55%, et le taux de scolarisation des fillettes à 51%.

La liberté de culte est garantie par la Constitution et les principales religions sont le Christianisme, l'Islam et l'Animisme.

1.2.5. Contexte sociopolitique

La Côte d'Ivoire est une République démocratique avec un régime de type présidentiel. Longtemps considérée comme un exemple de paix et de stabilité politique en Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire traverse une série de crises sociopolitiques depuis 1999.

² Ministère de l'Intérieur, Direction générale de la décentralisation et du développement local, données octobre 2008

³ EIS 2005

La crise militaro-politique, survenue le 19 septembre 2002, a entraîné une partition du pays en deux zones, le Sud sous contrôle gouvernemental et les zones Centre, le Nord et l'Ouest (CNO) sous contrôle des Forces Nouvelles (FN). Les Accords de Ouagadougou, ont permis la mise en place d'un gouvernement de transition le 7 avril 2007 avec pour mission de préparer la sortie de crise, par la tenue d'élections libres et transparentes, sous l'égide de la communauté internationale.

1.2.6. Contexte économique

La crise sociopolitique que traverse le pays a eu des effets négatifs sur la croissance du PIB qui a été fortement ébranlée entre 2000 et 2003. Les taux en volume ont été respectivement -2,3%, et -1,7%⁴.

Toujours dominée par le binôme café-cacao, l'économie nationale, a connu une légère amélioration depuis 2004 grâce aux ressources engendrées par l'extraction pétrolière, le développement du secteur des télécommunications et le commerce⁵.

Ce redressement de la croissance se traduit par des taux respectifs de +1% en 2004, +1,8% en 2005 et +1,2% en 2006⁶.

Néanmoins, le rapport 2006 du PNUD plaçait la Côte d'Ivoire au rang de 164^{ème} pays sur 177 avec un Indice de Développement Humain (IDH) estimé à 41,5%. La proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté évaluée à 38,4% en 2002, selon une enquête menée par l'INS, est actuellement estimée à 44% selon le rapport 2006 du PNUD.

Malgré les performances des régies financières, la baisse générale de l'activité économique consécutive à la crise sociopolitique a eu une incidence sur les finances publiques. L'Etat a accumulé des arriérés de dettes intérieurs et extérieurs qui ont considérablement réduit ses capacités financières.

⁴ Côte d'Ivoire – Evaluation du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté ,2008

⁵ Idem

⁶ Idem

1.2.7. Déterminants de la santé

Un certain nombre de facteurs influence la santé des populations. Il s'agit notamment des facteurs socioculturels, socio-économiques, environnementaux, géographiques et ceux liés au système de santé.

1.2.7. 1. *Facteurs socioculturels*

L'apparition d'états morbides ou de situations sanitaires diverses au sein des populations est déterminée en grande partie par un certain nombre de facteurs négatifs. Ce sont le faible niveau général d'instruction et d'éducation de la population (surtout des filles), les pesanteurs socioculturelles qui accroissent les pratiques néfastes à la santé (le lévirat, le mariage précoce, l'excision, ...) et les représentations que les populations se font de la santé et de la maladie, sur la base de leurs croyances.

Il en est de même pour les changements significatifs survenus dans les modes de vie des populations, tels que la propension à la sédentarité, l'alcoolisme, le tabagisme, la consommation de stupéfiants et une alimentation déséquilibrée, qui sont à l'origine en partie de l'expansion de certaines affections telles que, le diabète, l'hypertension artérielle (HTA), les cancers, l'obésité, les cardiopathies, etc.

1.2.7. 2. *Facteurs socio-économiques*

Les difficultés du financement du secteur de la santé ont amené l'Etat à abandonner l'option de la gratuité des soins. Un système de recouvrement des coûts des actes de santé et des médicaments a été développé à partir des années 1990 dans le cadre de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako. Toutefois, le faible niveau de revenu d'une frange importante de la population et la paupérisation croissante, notamment en milieu rural, constituent des facteurs majeurs d'inaccessibilité aux soins de qualité pour bon nombre de ménages vivant en Côte d'Ivoire.

Le faible pouvoir d'achat des populations en général et des femmes en particulier limite leur accès aux services sociaux de base.

Ces facteurs sont encore plus déterminants lorsqu'il s'agit d'accès aux soins hospitaliers publics et aux soins dans les établissements sanitaires privés. D'une manière générale, les facteurs socio-économiques défavorables, la tendance naturelle d'une grande frange de la

population à avoir systématiquement recours à la médecine traditionnelle et les coûts souvent onéreux de certaines prestations sont des facteurs limitant d'accessibilité aux soins.

Par ailleurs, les difficultés pour satisfaire leurs besoins de santé ont amené les ménages à adopter des comportements alternatifs néfastes comme le recours à des soins peu fiables.

1.2.7.3. Facteurs environnementaux et risques à la consommation

Les facteurs environnementaux constituent un déterminant essentiel de l'Etat de santé des populations. Le manque d'hygiène, l'insalubrité, les déchets ménagers, industriels et médicaux, les agressions d'origine chimique, physique ou biologique, la contamination chimique des sols, l'utilisation intempestive de pesticides, l'insuffisance d'approvisionnement en eau potable, l'habitat précaire, l'insuffisance du système d'assainissement du milieu constituent autant de risques sanitaires encourus par les populations. Ces facteurs d'exposition expliquent en partie la fréquence élevée des maladies infectieuses, parasitaires, respiratoires et cutanées et les nombreuses pollutions observées dans l'environnement. Les conditions déplorables de sécurité sanitaire des aliments, la méconnaissance des normes en la matière au niveau national associées au boom de la restauration collective constituent des menaces sanitaires quasi permanentes. Les risques à la consommation concernent également les médicaments contrefaits ou prohibés, l'insuffisance de contrôle sanitaire dans les lieux de restauration collective.

1.2.7.4. Facteurs liés au système de santé

La couverture sanitaire, la gamme et la qualité des prestations disponibles dans les établissements de soins et leurs caractéristiques sont des déterminants de l'état de santé des populations bénéficiaires. Il en est de même pour la nature du financement du secteur et la couverture du risque maladie. Le système sanitaire a adopté la stratégie des soins de santé primaires. Pour assurer les soins à la population dans ce cadre, elle a créé les districts sanitaires en 1994 et défini un Paquet Minimum d'Activités (PMA) pour les différents niveaux et les échelons de la pyramide sanitaire en 1996. Mais l'absence d'un mécanisme de couverture universelle du risque maladie, l'inégale répartition des ressources humaines et des infrastructures sanitaires limitent l'impact des politiques sanitaires.

1.2.8. Education

S'agissant du niveau général d'analphabétisme, on relève qu'il demeure encore élevé. Au RGPH1998, près de 64% des adultes ne savent ni lire, ni écrire, et les femmes sont les plus touchées par ce phénomène (72% contre 59% chez les hommes). Selon l'UNFPA le taux de scolarisation est passé de 36% en 1998 à 48,7% en 2005. Les indicateurs de scolarisation, aussi bien dans le cycle de l'enseignement primaire que dans l'enseignement secondaire ne progressent pas suffisamment, malgré l'augmentation des effectifs, cela est dû à la forte croissance démographique. La sous - scolarisation des filles est une réalité en Côte d'Ivoire, car la disparité entre filles et garçons est très importante, particulièrement lorsque le niveau scolaire considéré est assez élevé. La forte pression démographique déjà mentionnée influe particulièrement sur les besoins d'éducation. Pour corriger le déséquilibre dans ce secteur, trois programmes ont été mis en place :

- le volet éducation du programme de valorisation des ressources humaines ;
- le plan d'Action National d'Éducation pour tous en l'an 2000 a été actualisé ;
- l'éducation à la vie familiale et en matière de population.

1.3. Présentation du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

Dans ce volet il question de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

1.3.1. Organisation du système de santé

Le système de santé ivoirien s'est constitué et développé progressivement à partir du dispositif sanitaire hérité de la période coloniale. L'organisation du système de santé ivoirien comprend l'offre publique de soins, l'offre privée de soins et l'administration sanitaire (Cf. arrêté n°28 du 8 février 2002).

Le système de santé est dominé par un secteur public plus grand et un secteur privé en plein essor. A côté de ces deux secteurs, la médecine traditionnelle occupe une place relativement importante. Dans le cadre de la politique de décentralisation administrative, les collectivités territoriales interviennent dans la planification sanitaire et l'offre des soins.

En dépit de certains progrès enregistrés (l'organisation et le fonctionnement des Districts sanitaires, le développement du partenariat) lors des décennies passées, un effort reste à

parfaire pour satisfaire les besoins des populations, notamment celles des zones rurales et celles des zones périurbaines défavorisées. L'avènement des conseils généraux dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle politique de décentralisation oriente vers une redistribution des rôles et des missions dans le domaine de la santé. Quant au secteur privé en développement, il devrait dans les années à venir constituer une composante essentielle du dispositif national d'offre de soins. La médecine traditionnelle, quant à elle, est en voie d'organisation dans le sens d'une intégration et d'une complémentarité avec la médecine moderne.

1.3.2. Secteur sanitaire public

L'offre publique de soins est organisée selon une pyramide sanitaire à trois niveaux. Le niveau primaire est constitué des Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) (centres de santé, centres de santé spécialisés, formations sanitaires). Le niveau secondaire est constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence (HG, CHR, CHS), tandis que le niveau tertiaire est composé des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence (CHU, Instituts Nationaux de Santé). L'administration sanitaire comprend les services centraux et les services extérieurs. Les services centraux sont composés du cabinet du MSHP, des services et directions rattachés et des directions générales et centrales. Ils ont une mission de définition, d'appui et de coordination globale de la santé. Quant aux services extérieurs, ils sont composés de 19 Directions Régionales (DR) et de 83 Directions Départementales (DD) ou Districts sanitaires en 2008. Ils ont pour missions de coordonner l'activité sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé. Il est à noter que d'autres ministères participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires (Défense, Economie et Finances, Emploi et Fonction Publique, Affaires sociales, Education, Intérieur...).

1.3.3. Secteur sanitaire privé à but lucratif et non lucratif

Le secteur sanitaire privé s'est développé progressivement ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories (polycliniques, cliniques, centres et cabinets médicaux, officines privées de pharmacie et infirmeries privées). En dépit du Décret N° 96 – 878 fixant les conditions d'autorisation et

d'immatriculation pour l'installation des professionnels de santé dans le secteur privé complété par l'Arrêté N° 21/MSHP/DGS/DEPS/S6DESPr du 16 juillet 2007 qui crée le cadre du partenariat public – privé, le secteur sanitaire privé s'est développé parfois de manière anarchique. On note une installation de plusieurs établissements sans autorisation préalable. Selon une étude réalisée dans la zone Sud du pays en 2008, sur 1242 privés recensés, 847 ne possèdent aucune autorisation d'ouverture. La plupart de ces établissements sont des centres de soins infirmiers dont 591 fonctionnent dans l'illégalité sur les 854, soit 69% du total. De plus, certains médecins et infirmiers du secteur public exercent de manière illégale dans le secteur privé. Par ailleurs, on note une faible collaboration entre le secteur privé et le secteur public et une insuffisance de la réglementation de ce secteur. Le secteur privé confessionnel, les associations et les organisations à base communautaire participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire. Mais l'absence d'une politique de contractualisation et l'insuffisance organisationnelle des ONG constituent une entrave à l'expansion du secteur associatif.

1.3.4. Santé et sécurité au travail

Selon le décret n°2007-458 du 20 avril 2007, la médecine du travail relève du Ministère de la Fonction Publique et de l'Emploi. A ce titre, il est chargé (i) du Suivi de la santé au travail des fonctionnaires et agents de l'Etat, en liaison avec le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique, (ii) de l'élaboration, du suivi et du contrôle de l'application et de la réglementation en matière de médecine du travail, en liaison avec le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique, (iii) du renforcement de la protection des travailleurs, notamment ceux atteints de l'infection à VIH/SIDA et du renforcement de la médecine du travail en collaboration avec le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique.

Le Code du Travail et le Code de Prévoyance Sociale donnent la réglementation en santé et sécurité au travail 42 maladies professionnelles indemnifiables ont été identifiées.

1.3.5. Médecine traditionnelle

Le Gouvernement a instauré une collaboration des services publics de santé avec les tradipraticiens à travers le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle. En 2007, plus de 8500 tradipraticiens (tradipraticiens de santé (TPS)) ont été recensés et regroupés par spécialité. 689 d'entre eux ont été formés à l'anatomie, à l'hygiène conventionnelle ; 60 d'entre eux ont également droit de propriété intellectuelle. Cependant, la médecine traditionnelle souffre de plusieurs faiblesses dans sa structuration. On peut citer (i) l'insuffisance dans les orientations, (ii) l'absence de loi fondamentale et de décret d'application spécifique à la médecine et à la pharmacopée traditionnelles, (iii) la non pertinence des recherches plus individualisées qu'axées sur les besoins de l'ensemble de la population, (iv) l'anarchie dans l'exercice des tradipraticiens, et (v) l'absence d'approche pluridisciplinaire conformément à la stratégie du programme national.

1.3.6. Ressources humaines

L'effectif des médecins en 2007 est de 3 614 pour 20 581 770 habitants soit un ratio national de 1 médecin pour 5 695 habitants. Le secteur public emploie 2 824⁷ médecins contre 790⁸ dans le secteur privé. Ces chiffres ne tiennent pas compte des médecins des services parapublics et des compagnies d'assurance privées. En 2007⁹, 1 144 pharmaciens étaient en activité dont 426 dans le secteur public et 718 dans le secteur privé. En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes, leur effectif total en 2007¹⁰ était d'environ 410 dont 285 dans le secteur public et 125 dans le secteur privé. Pour l'année 2008, environ 400 cadres supérieurs de la santé sont en voie de recrutement dans la fonction publique pour le renforcement du système sanitaire. En 2007, le personnel paramédical du secteur public était constitué de 7 407 infirmiers, 2 506 sages-femmes, 591 aides-soignantes, et 1408 techniciens supérieurs (manipulateurs radio, biotechnologistes, préparateurs en pharmacie, biomédicaux ...).

Dans le secteur privé, les estimations en 2006 donnaient 1 173 infirmiers, 184 sages-femmes, et 112 techniciens supérieurs de laboratoire. On estime l'effectif total de personnel paramédical à 8 580 infirmiers, 2 690 sages-femmes et 1 520 techniciens supérieurs soit des ratios respectifs de 1 infirmier pour 2 331 habitants, 1 sage-femme pour 3 717 femmes en âge de reproduction et 1 technicien supérieur pour 13 157 habitants.

⁷ Direction des Ressources Humaines, MSHP

⁸ Syndicat des Médecins du Privé de Côte d'Ivoire

⁹ Idem

¹⁰ Ordre National des Chirurgiens-dentistes de Côte d'Ivoire

En ce qui concerne la répartition géographique, une enquête réalisée par la DIPE à la fin de l'année 2007 a estimé à 750 l'effectif des médecins en dehors d'Abidjan pour 15 millions d'habitants soit 1 médecin pour 20 000 habitants.

Tandis que dans certains HG d'Abidjan, on dénombre jusqu'à 54 médecins dont 47 spécialistes (pédiatre, chirurgien, gynécologue, gastro-entérologue, neurologue, dermatologue, radiologue, anesthésiste, ORL, ophtalmologue, biologiste) au lieu de 4 médecins spécialistes prévus par les directives officielles du PMA des hôpitaux de référence. Cependant, on trouve au moins 1 médecin dans 94 localités allant des chefs lieux de région (19), aux chefs lieux de préfecture (54) et de sous-préfecture (231).

Ainsi, malgré l'importance numérique du personnel de santé en Côte d'Ivoire, l'offre en la matière demeure insatisfaisante. Il existe notamment des disparités dans la répartition de ce personnel avec une concentration au profit des régions du Sud du pays, notamment à Abidjan. La situation de crise déclenchée en Septembre 2002 a entraîné un exode massif du personnel de santé des zones CNO vers les autres régions de la Côte d'Ivoire.

Les inégalités de répartition de même que les déficits se sont ainsi accrues au détriment des régions CNO. La redéfinition de normes de personnels par type d'établissement et le redéploiement du personnel devraient donc constituer des priorités dans les stratégies de mise en œuvre efficiente du Paquet Minimum d'Activités.

1.3.7. Infrastructures et équipements

En 2007, la Côte d'Ivoire comptait pour le secteur public 1 591 Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts dont 1 119 CSR, 317 CSU (y compris ceux à base communautaire), 122 CSUS, 31 FSU (y compris ceux à base communautaire), 77 établissements sanitaires de première référence dont 58 HG, 17 CHR et 2 CHS et 9 établissements sanitaires de deuxième référence dont 4 CHU et 5 INS. On dénombre pour le secteur privé 653 officines de pharmacie, 813 infirmeries, 175 centres et cabinets médicaux, 75 cliniques, 11 polycliniques, 21 laboratoires et 113 cabinets dentaires.

Globalement, en 2007¹¹, la couverture en infrastructures sanitaires demeure faible (1 ESPC pour 13 831 habitants) dans les régions avec un déficit plus marqué pour les maternités en milieu rural. 44% de la population vit à moins de 5 Km d'un établissement sanitaire, 27% entre 5 et 15 Km, et 29 % à plus de 15 Km.

La gestion des infrastructures et des équipements reste confrontée aux récurrentes problématiques de la maintenance, du renouvellement des équipements et de la réhabilitation.

1.4. Présentation du Programme Elargi de Vaccination

Cette section aborde l'organisation de la DC PEV.

1.4.1. Historique

Le Programme Elargi de Vaccination en abrégé PEV, est un programme prioritaire du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Son objectif est de protéger les populations les plus vulnérables contre les maladies évitables par la vaccination.

Il a été introduit en Côte d'Ivoire en 1978, sous la responsabilité de l'Institut d'Hygiène. Il a été piloté par ce service jusqu'en 1995, date à laquelle le PEV a été réorganisé en Direction Exécutive, rattachée au cabinet du Ministre de la santé, puis en géré depuis 2001 par une Direction de Coordination.

1.4.2. Objectifs du PEV

Assurer l'immunisation des enfants de 0-11 mois contre les 9 maladies cibles du PEV et celle des femmes enceintes contre le tétanos.

Contribuer à l'éradication de la poliomyélite, à l'élimination du tétanos néonatal (TNN), au contrôle de la rougeole et de la fièvre jaune.

¹¹ Evaluation du DSRP I, 2008

1.4.3. Cibles

Les maladies contre lesquelles le PEV mène la lutte

La tuberculose ; La diphtérie ; Le tétanos ; La coqueluche ; La poliomyélite ; La rougeole ; La fièvre jaune introduite; L'hépatite B introduite ; L'hémophilus influenzae de type b introduit en mars 2009

Populations cibles PEV

Enfants : 0 à 11 mois

Femmes : femmes enceintes

La vaccination dans le cadre du PEV se fait au quotidien dans tous les centres de santé et dans les hôpitaux, ainsi que lors des campagnes de vaccination de masse

ORGANISATION DU PEV

La Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination (DC-PEV) est sous la tutelle de la Direction de la Santé Communautaire (DSC). Elle travaille avec l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) et la Pharmacie de la Santé Publique (PSP) pour l'achat, la gestion et la distribution des vaccins et matériel d'injection et la Direction des Infrastructures, de l'Équipement et du Matériel (DIEM) pour le volet logistique mobile et maintenance.

La DC-PEV est chargée d'assurer la coordination de la mise en œuvre des activités de vaccination planifiées pour le niveau opérationnel. Elle est dirigée par un Directeur Coordonnateur qui s'appuie sur 7 services qui sont :

le service Administratif et financier ;

le service de la Surveillance Épidémiologique des maladies cibles du PEV ;

le service des Prestations ;

le service des Projets et de la Planification Stratégique ;

le service Logistique ;

le service Communication ;

le service de suivi et des études.

Le niveau opérationnel du PEV est composé de 19 régions sanitaires, 83 districts sanitaires et de 1534 centres vaccinateurs. Au niveau de chaque district sanitaire, il existe un infirmier coordonnateur chargé du PEV (CPEV) et un infirmier Chargé de la Surveillance Epidémiologique (CSE) travaillant sous la responsabilité du Médecin Chef du district sanitaire. Les Directeurs Régionaux de la santé sont impliqués dans toutes les activités de mise en œuvre du PEV pour un meilleur suivi au niveau opérationnel.

STRATEGIES DU PEV

Les activités du PEV sont basées sur trois axes stratégiques :

vaccinations systématiques ou PEV de routine : objectif est d'atteindre 80% de couverture vaccinale pour chaque antigène tant au niveau district sanitaire qu'au niveau national.

Cette vaccination se fait dans les structures sanitaires qui ont un service PEV : centres de santé, formations sanitaires, CHU, hôpitaux généraux.

surveillance des maladies : Les maladies telles que La poliomyélite, Le tétanos néonatal, La rougeole et La fièvre jaune font l'objet d'une surveillance active en vue d'être éradiquer, éliminer ou contrôler.

Activités Supplémentaires de Vaccination ou AVS : Journées Nationales de Vaccination contre la poliomyélite ou encore JNV Polio, organisées pour renforcer les acquis du PEV de routine et interrompre la circulation du polio virus sauvage en vue de l'éradication de cette maladie.

Campagne de vaccination contre la fièvre jaune, organisée dans les districts lors de la déclaration d'une épidémie.

Campagne nationale de vaccination contre le tétanos, organisée pour renforcer les acquis du PEV de routine en vue de l'élimination de cette maladie.

Campagne nationale de vaccination contre la rougeole ou la fièvre jaune pour renforcer les acquis du PEV de routine en vue du contrôle de cette maladie.

1.5. Objectifs et résultats attendus de l'étude

L'évaluation porte sur la campagne en VAT 2008 et 2009. La mission a pour but d'évaluer le niveau de réalisation des objectifs et les résultats obtenus et leurs effets sur les populations et les bénéficiaires. Elle apprécie également la pérennité des actions ainsi que le

cadre général d'exécution. Enfin, celle-ci formule des recommandations pour l'amélioration des actions et la viabilité/pérennisation de la stratégie de la vaccination.

1.5.1. Objectifs

Les objectifs de la présente étude sont les suivants.

1.5.1.1 Objectif Général

La présente étude vise à évaluer la campagne de vaccination anti – tétanique de la femme enceinte et du nouveau né en particulier et de façon générale à la femme en âge de reproduction de reproduction, par l'identification des districts insuffisamment couverts et l'analyse des causes et des facteurs qui induisent les faibles couvertures.

1.5.1.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- estimer la proportion des femmes vaccinées avec le vaccin anti – tétanique (VAT, 2 doses au moins) dans le groupe des femmes en âge de reproduction lors des Activités Supplémentaires de Vaccination du tétanos (AVST) ;

- déterminer l'impact de la stratégie de communication mise en œuvre pendant et après le passage des AVST dans la couverture vaccinale observée ;

- analyser le rôle des MAPI (Manifestations Allergiques Post – Injections) et de la gestion des déchets médicaux dans le niveau de succès de la couverture vaccinale;

- identifier les raisons de non vaccination ou d'abandon de la vaccination.

1.5.2. Résultats attendus de l'étude

Au terme de étude, il est attendu un rapport détaillant la problématique, le processus de collecte des données, la qualité des données, l'analyse des résultats selon les différentes niveaux de significativité et des recommandations pertinentes pour lever les obstacles identifiés par rapport à la vaccination.

II. APPROCHE METHODOLOGIQUE

2.1. Cadre général et cibles de l'étude

Le cadre général de l'étude est constitué par :

les différentes localités de la Côte d'Ivoire : 19 régions et 58 départements : on y trouvera les tous districts sanitaires, les centres de santé et les ménages.

Les cibles de l'étude sont :

les bénéficiaires : les femmes en âge de reproduction (15 – 49 ans);

les prestataires : les agents de santé, les chargés de surveillance épidémiologique et les coordonnateurs du programme élargi de vaccination ;

les partenaires impliqués dans les AVST : MSHP, UNICEF, OMS...

2.2. Concept général de l'étude

Il s'agissait d'une évaluation post campagne de la couverture en VAT. En conformité avec les attentes des comités de pilotage et technique de suivi, la méthode de l'étude a été participative dans sa démarche. L'équipe de consultants a conçu des outils de collecte de données de concert avec les membres de ces comités. Compte tenu de la diversité des cibles à enquêter et dans le souci de fournir des résultats de bonne qualité, trois types d'approches ont été utilisées ce sont : la recherche documentaire, l'approche qualitative et l'approche quantitative.

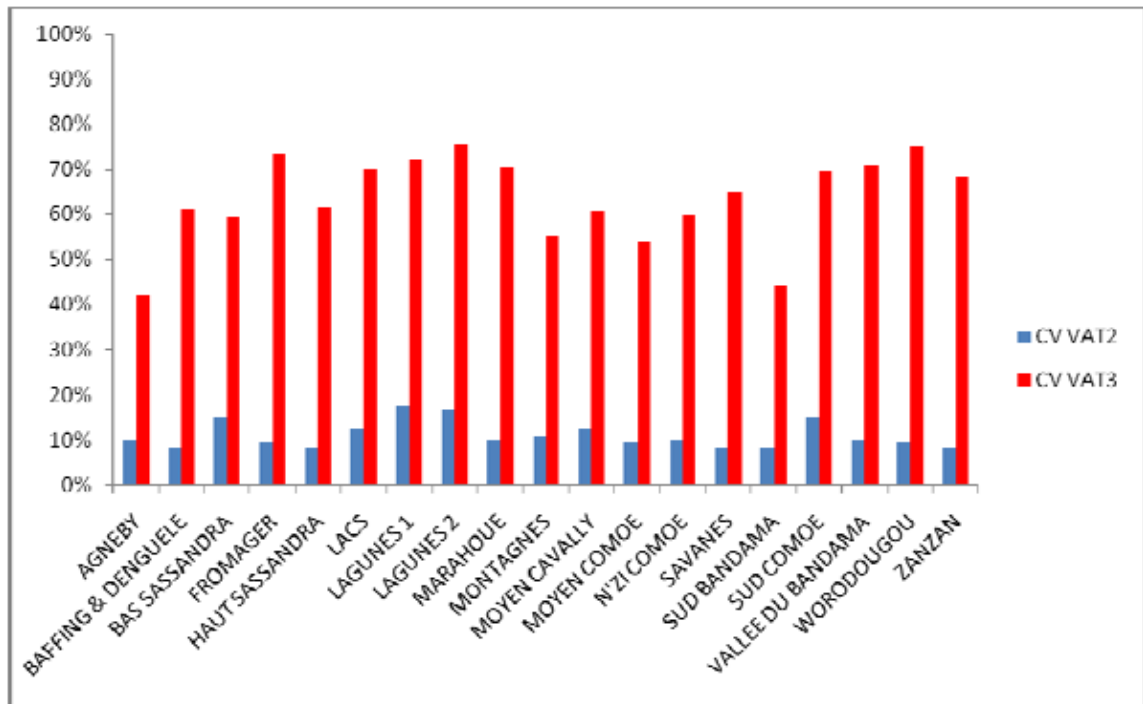
➤ Recherche documentaire

La recherche documentaire, a consisté à faire une revue littéraire des publications et des travaux réalisés sur le sujet de l'étude. Cette revue a permis de faire un recueil de données sur le VAT et un accent particulier a été mis sur toute la documentation des campagnes organisées en 2007, 2008 et 2009 (les termes de références, les données de couverture des campagnes et de la routine, les rapports d'activités et les directives élaborées). Des documents qui ont fait l'objet de la revue, il a été extrait les informations factuelles ou encore des opinions ou des conclusions scientifiques qui ont servir à appuyer l'analyse des données.

Tableau 2.1 : Données de couverture administrative de la DC PEV lors des AVST.

Indicateurs	^{er} 1 passage	^{ème} 2 passage	^{ème} 3 passage
Cible	5017588	5017588	5017588
VAT1	4580831	537266	360108
VAT2		4058657	604984
VAT3			3226968
CV VAT1	91%	11%	7%
CV VAT2		81%	12%
CV VAT3			64%
Taux de perte	2%	2%	1%
MAPI graves	0	01	01

Le graphique ci-dessous présente les couvertures en VAT 2 et VAT 3 par région sanitaire selon les données administratives de la DC PEV.



Graphique 2.1 : Couverture en VAT des régions sanitaires

La recherche documentaire a permis aussi de savoir que d'autres pays avaient organisés des AVST dans l'optique d'éliminer les TNN. Les informations sur quelques-uns d'entre eux ont attiré notre attention.

En décembre 2005 et janvier 2006, le Ministère de la Santé en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF du **VIET NAM**, lors de l'évaluation Vérification de l'élimination du tétanos néonatal au Vietnam au moyen d'une enquête par sondage en grappe pour le control de la qualité des lots ; Weekly Epidemiological Record, July, 2006 ;

Une enquête a été menée en communauté pour évaluer si le TN avait bien été éliminé. Celle-ci a été réalisée dans 3 districts sélectionnés spécialement, ou l'on jugeait que les nourrissons étaient exposés à un risque plus élevé de TN que dans les autres districts. Pour s'assurer que les femmes et les nouveau-nés qui vivent dans ces zones soient protégés contre le tétanos, les autorités du Viet Nam ont mis en œuvre depuis 1993 des AVS pour la VAT dans des districts sélectionnés ou des parties de districts. Ces activités ont ciblé chaque année entre 1,4 et 4 millions de femmes. Au départ, toutes les femmes en âge de reproduction (FAR) (15 à 35 ans) ont été intégrées dans ces campagnes, mais une fois qu'une couverture répétée des districts a été obtenue, seules les femmes des nouvelles cohortes d'âge (celles âgées de 15 à 16 ans) ont été ciblées. En 12 ans, de 1993 à 2004, 93% des 27,7 millions de femmes ciblées par ces campagnes ont reçu au moins 2 doses d'anatoxine tétanique. Par ailleurs, au cours de la

période 2002-2005, la situation du risque dans les districts a été examinée plus systématiquement à l'aide d'indicateurs de base et d'indicateurs de remplacement reprenant ceux du programme d'élimination du tétanos maternel et néonatal; avec le concours de l'UNICEF, 3 tournées d'AVS par l'anatoxine tétanique ont été mises en œuvre dans 71 districts.

Au NIGER, Selon l'UNICEF (www.unicef.org), la campagne 2007 de vaccination contre le tétanos maternel et néonatal dans 5 districts s'inscrivait dans le plan d'élimination du tétanos d'ici à 2010. Ce plan, qui s'étend sur 4 ans (2005-2008), vise 15 districts à haut risque. La campagne consiste à vacciner toutes les femmes enceintes et toutes les femmes en âge de procréer (15-49 ans) contre cette maladie mortelle. La campagne s'accompagne d'une campagne de mobilisation sociale mettant à contribution les différents relais communautaires que sont les Chefs traditionnels, les leaders religieux et les autorités administratives. Une campagne d'information est relayée par les radios communautaires des districts concernés. Le coût de la campagne 2007 s'élève à plus de 420 millions de Francs CFA (860 000 dollars) et comprend notamment l'achat et la fourniture de vaccins, la formation des agents de santé, et la campagne de mobilisation sociale. Cette campagne de masse s'intègre et vient compléter la stratégie de prise en charge des maladies de l'enfant. Elle complète la vaccination de routine qui est pratiquée au centre de santé, soit dans le cadre de la consultation prénatale, soit dans le cadre de la consultation du nourrisson. La campagne 2007 visait plus de 550 000 femmes de 15 à 49 ans dans 5 districts (Doutchi, Mirriah, Aguié, Kollo et Ouallam). Elle concerne également quelque 200 000 femmes des 3 districts (Boboye, Guidam-Roumji et Goure) de la campagne 2006, qui devront recevoir leur troisième et dernière vaccination. Ces districts sont identifiés comme à haut risque en raison des taux de couverture vaccinale relativement faibles et du faible accès à la consultation prénatale. L'objectif de la campagne est de contribuer à réduire la mortalité maternelle et infantile. En dépit de progrès significatifs ces dernières années, le taux de mortalité maternelle (646‰) et le taux de mortalité infantile (81‰) comptent parmi les plus élevés du monde. L'élimination du tétanos maternel et néonatal est un des objectifs que le Gouvernement, au même titre que la communauté internationale, s'est assigné en matière de vaccination. Le tétanos est une des causes majeures (14%) du décès des enfants de moins d'un mois et de la mortalité maternelle (5%). Son élimination contribuera à réduire la mortalité néonatale et maternelle, et par la même à réaliser les Objectifs du Millénaire 4 et 5 s'y rapportant. Au Niger, moins de la moitié des femmes bénéficient de soins prénataux et moins d'un tiers bénéficient d'un accouchement assisté par un personnel

formé pratiqué dans un environnement propre. De plus, la couverture sanitaire est insuffisante dans la plupart des districts. La campagne de vaccination contre le tétanos contribue ainsi à améliorer la couverture sanitaire en permettant à des femmes à risque d'avoir accès à des soins préventifs. Selon l'enquête MICS 2006, le taux de couverture vaccinal contre le tétanos néonatal est de 41% au niveau national. Cependant, les chiffres révèlent de fortes disparités régionales. Dans plus d'un tiers des districts sanitaires du pays, on enregistre plus d'un cas de tétanos pour 1000 naissances vivantes, ce qui est le seuil en deçà duquel on considère le tétanos comme éliminé.

En MAURITANIE, (www.unicef.org), 24 juin 2009 - Quand le directeur de l'école a annoncé l'arrivée de l'équipe de vaccination contre le tétanos, Lalla Vatma, 14 ans, et plusieurs de ses camarades de classe ont été dispensées de cours. Lalla faisait partie du groupe de filles qui devaient être vaccinées dans le cadre d'une semaine de vaccination visant les futures mères de l'école secondaire d'Oualata. Jaloux, les garçons de la classe ont demandé s'ils ne pouvaient pas eux aussi être inclus dans la campagne. Leur professeur a expliqué que cette campagne de vaccination était destinée à protéger les filles, et leurs bébés à l'avenir, contre le tétanos, celui-ci pouvant être contracté au cours de l'accouchement à partir d'instruments médicaux contaminés. L'équipe mobile de vaccination consistait en un bénévole et une sage-femme. Ils étaient assistés du directeur de l'école qui avait rendu visite à toutes les classes et avait vivement recommandé aux professeurs d'encourager les filles à se faire vacciner. Lalla était plus anxieuse lors de la dernière visite de l'équipe de vaccination, lorsqu'elle a reçu sa première injection de vaccin. Puis la sage-femme l'a encouragée en lui expliquant l'importance de la vaccination et les risques encourus par les femmes et les filles non vaccinées et le fait que cinq injections seulement peuvent protéger une fille contre le tétanos pendant toute sa vie. Après avoir achevé son travail à l'école, l'équipe mobile s'est rendue au marché, dans le centre-ville, pour y effectuer des vaccinations. Le but de la campagne de vaccination est d'éliminer le tétanos maternel et néonatal en Mauritanie. Le passage à l'école de Lalla entrainait dans le cadre du second tour de la campagne durant lequel plus de 600 agents sanitaires ont couvert 26 districts à haut risque en utilisant à la fois des équipes fixes et mobiles. En tout, les agents sanitaires ont touché 233 000 femmes en âge d'avoir des enfants dans les écoles, sur les marchés et dans la plupart des zones rurales isolées. Le premier tour a également été une grande réussite. La participation a été importante à cause des résultats évidents des campagnes de vaccination contre la rougeole qui ont abouti, au cours de ces dernières années, à une réduction marquée des cas de rougeole en Mauritanie. De tels résultats ont diminué l'opposition de la population aux vaccinations de routine. La

campagne de vaccination est gérée par le ministère de la Santé avec l'appui du ministère de l'Éducation, de l'UNICEF et de l'Organisation mondiale de la Santé ainsi que de celui de plusieurs organisations nationales et internationales et de partenaires du secteur privé.

Selon la revue scientifique Médecine d'Afrique noire, 2008, la **RDC**, fait partie des 57 pays concernés par ce problème de santé publique. Elle a décidé d'éliminer le tétanos maternel et néonatal d'ici l'an 2009 à travers une campagne de Vaccination antitétanique (VAT) en 3 phases en soutien aux autres stratégies. Le but de cette campagne de vaccination des filles et des femmes est de contribuer à l'élimination du Tétanos Maternel et Néonatal (TMN) en RDC. L'objectif est de mobiliser toutes les filles et femmes de 14 à 49 ans pour qu'elles profitent de cette campagne de vaccination devant renforcer leur protection et celle de leurs bébés contre le tétanos. Mais également, de vacciner au moins 80% des femmes avec au moins 2 doses de vaccin antitétanique au terme de 3 phases dans les zones de santé à haut risque de tétanos néonatal (TN). Ce vaccin est distribué gratuitement. Pour récolter plus des fonds, l'Unicef/ RDC a organisé le vendredi 5 septembre 2008 au ministère des Affaires sociales et Action humanitaires, une rencontre avec la presse. Ce, en vue d'annoncer le partenariat avec l'Unicef/Russie pour renforcer la lutte antitétanique. Selon le responsable de l'Unicef/Russie, Alexander Fesenko, sa délégation est composée des membres du produit Pampers. « C'est pour sensibiliser les congolaises afin d'acheter ce produit qui est destiné à l'enfant. Car, l'achat d'un pampers vaut un vaccin antitétanique», a-t-il expliqué. Pampers va octroyer cette ressource au siège de l'Unicef qui, à son tour, va le distribuer suivant le pays. La RDC va en bénéficier vu l'urgence de l'éradication de cette pandémie. Pour la consultante chargée de tétanos, Fedorova Oxana, 201 zones de santé sur les 515 que compte la RDC sont à haut risque. En 2007, la campagne de vaccination a couvert 51 zones de santé. Cette année, 150 zones de santé vont bénéficier de cette campagne de vaccination en 3 phases. Ces 150 zones de santé sont réparties en 9 provinces du pays, à l'exception de Bas-Congo et Kinshasa. La campagne de vaccination seule ne suffit pas pour éliminer le tétanos néonatal. D'autres stratégies sont préconisées pour y arriver. Il y a la promotion des accouchements dans des conditions hygiéniques, la surveillance du tétanos surtout au niveau communautaire pour détecter et rapporter les cas et le renforcement de la vaccination de routine pour les femmes enceintes et les enfants de 0 à 11 mois. Pour savoir si le tétanos maternel et néonatal est éliminé en RDC, un an après toutes les campagnes de vaccination dans les 201 zones de santé, une équipe de l'OMS va procéder à une évaluation dans le pays en utilisant une méthodologie dite «contrôle de la qualité des lots».

Au MALI, selon la revue scientifique cahiers d'études et de recherches francophones, N° 10, novembre 2007, une recherche active des cas de tétanos néonatal (TNN) a été effectuée en octobre 2005 dans la région de Kayes. Trente-cinq établissements de santé n'ayant notifié aucun cas de TNN aux autorités sanitaires de mai à septembre 2005 ont été visités. Les registres ont été inspectés et les professionnels de la santé ont été interviewés. Quatre cas cliniques de TNN, tous diagnostiqués par des médecins, ont été découverts. Ce résultat indique que la sous-déclaration des cas de tétanos néonatal survient non seulement parce que les cas ne sont pas vus par des professionnels de la santé, mais aussi parce que ces professionnels omettent de notifier les cas qu'ils diagnostiquent. La surveillance du tétanos néonatal (TNN) est essentielle pour identifier les zones à haut risque, pour évaluer l'impact d'interventions telles que des campagnes de vaccination des femmes enceintes et en âge de procréer, et pour suivre les progrès accomplis vers l'élimination de cette maladie. Toutefois, la surveillance du TNN est particulièrement difficile dans les pays où une forte proportion des naissances ont lieu à domicile parce que ces cas ne sont jamais vus par des professionnels de la santé et ne sont, par conséquent, jamais rapportés aux autorités sanitaires. Au Mali, où la déclaration du TNN est obligatoire, 25 cas ont été rapportés à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2004 (OMS, données inédites) et 13 cas ont été déclarés entre le 1^{er} janvier et le 31 août 2005. Afin d'évaluer et de renforcer la surveillance de plusieurs maladies évitables par la vaccination dont le TNN, une recherche active de cas a été menée dans la région de Kayes en octobre 2005. Avec une population estimée à 1,6 million d'habitants, cette région représente environ 14 % de la population du Mali. Aucun cas de TNN survenu dans la région de Kayes n'a été déclaré aux autorités sanitaires ou à l'OMS du 1^{er} janvier au 30 septembre 2005. En tout, 35 établissements de santé ont été visités entre le 6 et le 26 octobre 2005 : 6 centres de santé de référence de districts (sur les 7 que compte la région), 25 centres de santé (sur 223) et 4 cliniques et dispensaires. Les registres des mois de mai à octobre 2005 ont été passés en revue. Quand un cas de TNN était découvert, le professionnel de la santé l'ayant diagnostiqué était interviewé afin de confirmer le diagnostic et l'issue, de même que le statut vaccinal de la mère. De plus, les professionnels de santé étaient interrogés afin de déterminer s'ils avaient vu des cas de TNN en 2005. Quatre cas de TNN, tous diagnostiqués par des médecins, ont été trouvés. Trois ont été découverts dans les registres et un quatrième a été rapporté par le médecin. Ce dernier cas, diagnostiqué lors d'une visite à domicile, n'avait pas été noté dans les registres. Tous les cas sont survenus chez des bébés nés à domicile et dont les mères n'avaient pas été vaccinées contre le tétanos. Les quatre nouveau-nés sont décédés

par suite du TNN. Aucun des cas n'avait été déclaré aux autorités sanitaires régionales ou nationales, ni à l'OMS. L'âge des nouveau-nés au moment du diagnostic variait de trois jours à deux semaines. Deux mères avaient reçu leur première dose de vaccin antitétanique (VAT) lors de la visite médicale durant laquelle leur enfant avait été diagnostiqué. Une de ces femmes s'est fait fixer un rendez-vous pour recevoir sa première dose de VAT, mais ne s'y est pas présentée, tandis que la seconde s'est fait conseiller de se présenter à la clinique pour recevoir sa première dose de VAT si jamais elle tombait enceinte. Les deux autres mères n'avaient reçu aucune dose de VAT consécutivement à la maladie et au décès de leur nourrisson. Tous les cas découverts durant cette étude ont été déclarés par les chercheurs aux médecins chefs des districts, et des recommandations ont été faites afin que les mères soient vaccinées. Quatre cas non déclarés de TNN ont été découverts dans un échantillon d'établissements sanitaires d'une région où aucun cas n'avait été déclaré durant la période étudiée. Cette observation, qui indique qu'il pourrait y avoir une sous-déclaration considérable du TNN dans cette région, est similaire aux résultats d'une enquête effectuée en Afrique du Sud, où 46 % des cas de TNN découverts lors d'une recherche active de cas n'avaient pas été déclarés. Notre étude ne portait que sur les cas de TNN diagnostiqués par des professionnels de la santé, alors qu'il est bien connu que la plupart des cas de TNN ne sont jamais diagnostiqués par des professionnels. De plus, il est impossible d'estimer quantitativement le taux de sous-déclaration des cas diagnostiqués de TNN à partir de nos données, étant donné l'étendue limitée de l'étude. Une étude plus vaste serait nécessaire pour déterminer ce taux ainsi que pour identifier les facteurs associés à la sous-déclaration. Néanmoins, la découverte de ces quatre cas diagnostiqués mais non déclarés de TNN indique que la sous-déclaration du TNN au Mali résulte non seulement du fait qu'une forte proportion de cas ne sont jamais vus par des professionnels de santé, mais aussi du fait que les professionnels omettent de déclarer les cas qu'ils diagnostiquent. Il importe donc de rappeler aux professionnels de santé la nécessité de déclarer tout cas de TNN, et d'administrer le VAT aux mères des cas. En effet, la surveillance permet non seulement de suivre l'évolution de l'incidence de la maladie et l'impact des campagnes de vaccination, mais aussi d'évaluer le suivi des cas et particulièrement la vaccination des mères.

➤ Volet quantitatif :

l'évaluation de la campagne de vaccination anti – tétanique de la femme enceinte et du nouveau né en Côte d'Ivoire en vue de réorienter la stratégie nationale, est faite par la mise en œuvre d'une enquête nationale. La population cible est constituée des femmes en âge de reproduction (15 à 49 ans) sur toute l'étendue du territoire national de Côte d'Ivoire.

Dans l'enquête principale, les femmes âgées de 15 à 49 ans, ont été enquêtées dans les ménages choisis de façon aléatoire (une par ménage), le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1998 a servi de base de sondage.

Le volet quantitatif a été réalisé avec trois (3) questionnaires structurés adressés l'un aux femmes en âge de reproduction, le second aux agents de santé et le troisième aux responsables CSE (Chef de Surveillance Epidémiologique) et/ou CPEV (Coordonnateurs de Programme Elargi de Vaccination).

➤ Volet qualitatif :

ce volet a permis de collecter des informations sur des groupes spécifiques, afin de savoir les perceptions, les préjugés attitudes et comportements. Des informateurs clés, des responsables des institutions (UNICEF, OMS,), des responsables du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (PNSI, INHP, DIPE, PNSR/PF, DSC, DR, DD), des responsables des structures sanitaires ont été enquêtés, à travers des entretiens individuels approfondis afin de recueillir les données relatives aux forces et faiblesses de la campagne VAT 2008 et 2009 et aux perspectives d'avenir.

En outre, des focus groupes destinés aux hommes ont été réalisés par région sanitaire pour permettre d'identifier les obstacles venant de ceux -ci liés à la vaccination ont été menées par les enquêteurs.

Les deux approches (quantitative et qualitative) ont permis d'identifier les raisons de non vaccination ou d'abandon, de déterminer l'impact de la stratégie de communication mise en œuvre, d'évaluer la proportion des femmes vaccinées, de connaître les attitudes et pratiques des femmes, des agents de santé en matière de vaccination.

2.3. Procédures d'enquête

L'enquête a été réalisée par des enquêteurs tous de niveau universitaire (sociologue, économiste etc.). Ceux – ci ont bénéficié d'une formation qui s'est déroulée les 27 et 28 octobre 2009. La collecte des données sur le terrain a été faite sur la période du 30 octobre au 02 novembre 2009 sur Abidjan, puis du 07 au 22 pour l'intérieur du pays. Les données quantitatives ont été collectées dans les ménages (femmes en âge de reproduction) et au niveau des formations sanitaires (agents de santé).

Pour les données qualitatives, un dispositif de recueils des informations a été mise en œuvre à travers :

l'Entretien Individuel Approfondi (EIA) qui est basé sur une communication verbale entre deux personnes en vue de collecter des informations. La personne entretenue informateur clé, s'exprime avec son mot, sa compréhension, ses sentiments, ses croyances sur une situation, un problème ou un comportement donné ;

la Discussion Focalisée de Groupe (DFG) permet de collecter des informations sur des groupes cibles pour identifier les perceptions et préjugés des personnes sur les sujets de la recherche et comprendre pourquoi elles pensent et agissent de cette façon particulière.

2.4. Outils de collecte de données

Plusieurs outils ont été développés :

un questionnaire individuel adressé aux femmes en âge de reproduction;

un questionnaire individuel adressé aux agents de santé ;

un questionnaire individuel adressé aux CSE et CPEV;

un guide d'entretien individuel approfondi adressé aux responsables des institutions partenaires (UNICEF, OMS) ;

un guide d'entretien individuel approfondi adressé aux responsables MSHP (DIPE, PNN, DSC, INHP, PNSR/PF, INSP)

un guide d'entretien individuel approfondi adressé aux responsables AVST à la DC/PEV, Directeur Coordonnateur PEV ;
 un guide d'entretien individuel approfondi adressé aux responsables MSHP (DR, DD) ;
 un guide de focus groupe adressé aux hommes.

2.5. Procédures d'échantillonnage

Cette enquête s'est réalisée sur un échantillon représentatif de 8040 ménages répartis dans 83 strates (les strates étant les districts sanitaires du pays, au nombre de 83).

Plan de sondage mis en œuvre

Le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1998 (RGPH 98) a servi de base de sondage pour cette enquête.

Au total, la base du RGPH98 avait environ 14 114 zones de dénombrement, elle permet de minimiser la dispersion et d'avoir une bonne couverture géographique des unités de l'échantillon.

Tableau 2-2 : Répartition de l'échantillon des unités primaires par strate

Région sanitaire	RS	DS	Département	Libellé Districts sanitaire	Nbre de ménage de strate rgph 98	Nbre grappe rgph 98	Nbre grappe tirées	Nbre de ménage enquêtés
Agneby	1	1	Adzopé	Adzopé	33 296	233	6	120
Agneby	1	2	Agboville	Agboville	40 903	217	6	120
Agneby	1	3	Akoupé	Akoupé	11 626	61	3	60
Bas Sassandra	2	4	San pédro	San pédro	85 086	453	11	220
Bas Sassandra	2	5	Tabou	Tabou	27 162	144	4	80
Bas			Soubré	Soubré	94	502	12	240

Sassandra	2	6			570			
Bas		0			27			
Sassandra	2	7	Sassandra	Sassandra	501	140	4	80
Bafing_Deng		0			22			
uélé	3	8	Touba	Touba	132	120	4	80
Bafing_Deng		0			13			
uélé	3	9	Odiénné	Odiénné	708	75	4	80
Bafing_Deng		0						
uélé	3	0	Odiénné	Minignan	1 740	9	3	60
Bafing_Deng		0						
uélé	3	1	Odiénné	Madinani	3 708	20	3	60
Haut		0			75			
Sassandra	4	2	Daloa	Daloa	096	413	10	200
Haut		0			38			
Sassandra	4	3	Vavoua	Vavoua	403	206	6	120
Haut		0			37			
Sassandra	4	4	Issia	Issia	133	201	6	120
		0			64			
Fromager	5	5	Gagnoa	Gagnoa	356	341	8	160
		0			18			
Fromager	5	6	Oumé	Oumé	377	97	3	60
		0			46			
Lacs	6	7	Yamoussou ukro	Yamoussoukro	568	243	6	120
		0			10			
Lacs	6	8	Tiébissou	Tiébissou	955	76	4	80
		0			15			
Lacs	6	9	Toumodi	Toumodi	225	86	4	80
		0						
Lacs	6	0	Yamoussou ukro	Didiévi	6 487	38	3	60
		0			52			
Lagunes 1	7	1	Abidjan	Adjamé_Plateau	774	251	6	120
		0			45			
Lagunes 1	7	2	Abidjan	Attécoubé	132	187	5	100

Lagunes 1	7	3	Abidjan	Yopougon_est	81 984	383	9	180
Lagunes 1	7	4	Abidjan	Yopougon_ouest_son gon	59 838	640	15	300
Lagunes 1	7	5	Dabou	Dabou	45 268	248	6	120
Lagunes 1	7	6	Jacqueville	Jacqueville	10 898	57	3	60
Lagunes 1	7	7	Gd-Lahou	Gd-Lahou	15 010	80	4	80
Lagunes 1	7	8	Tiassalé	Tiassalé	28 797	148	4	80
Lagunes 1	7	9	Sikensi	Sikensi	9 979	53	3	60
Lagunes 2	8	0	Abidjan	Abobo_est	61 342	278	8	160
Lagunes 2	8	1	Abidjan	Abobo_ouest	55 431	264	5	100
Lagunes 2	8	2	Abidjan	Treichville	26 735	134	4	80
Lagunes 2	8	3	Abidjan	Marcory	43 313	206	6	120
Lagunes 2	8	4	Abidjan	Koumassi	72 153	353	8	160
Lagunes 2	8	5	Abidjan	Port_bouet_vridi	37 582	254	7	140
Lagunes 2	8	6	Abidjan	Cocody_bingerville	65 721	293	6	120
Lagunes 2	8	7	Abidjan	Anyama	25 222	135	4	80
Lagunes 2	8	8	Alépé	Alépé	16 746	89	3	60
Marahoué			Bouaflé	Bouaflé	19	101	3	60

	9	9			877			
		0			22			
Marahoué	9	0	Sinfra	Sinfra	528	117	3	60
		0			23			
Marahoué	9	1	Zouénoula	Zouénoula	893	123	3	60
		0						
Marahoué	9	2	Kounahiri	Kounahiri	2 520	13	3	60
		0			54			
Montagnes	10	3	Man	Man	588	296	6	120
		0			16			
Montagnes	10	4	Bangolo	Bangolo	705	96	4	80
		0			18			
Montagnes	10	5	a Biankoum	Biankouma	511	113	4	80
		0			37			
Montagnes	10	6	Danané	Danané	430	217	6	120
		0						
Montagnes	10	7	Man	Kouibly	7 680	43	3	60
		0			16			
Montagnes	10	8	Danané	Zouan_hounien	126	98	4	80
Moyen Cavally	1	9	Guiglo	Guiglo	706	114	4	80
		1			19			
Moyen Cavally	1	0	Toulepleu	Toulepleu	8 585	50	3	60
		1			34			
Moyen Cavally	1	1	Duékoué	Duékoué	887	193	4	80
		1			16			
Moyen Cavally	1	2	Guiglo	Bloléquin	087	86	3	60
		1			13			
N'zi comoé	2	3	Dimbokro	Dimbokro	051	72	3	60
		1			11			
N'zi comoé	2	4	Bocanda	Bocanda	172	61	3	60
		1			35			
N'zi comoé	2	5	ou Bongouan	Bongouanou	348	203	5	100

N'zi comoé	2	6	Daoukro	Daoukro	18 154	100	3	60
N'zi comoé	2	7	M'bahiakro	M'bahiakro	10 395	59	3	60
N'zi comoé	2	8	M'bahiakro	Prikro	6 433	36	3	60
Moyen comoé	3	9	Abengouro	Abengourou	49 222	256	6	120
Moyen comoé	3	0	Agnibilékro	Agnibilékro	18 344	102	3	60
Savanes	4	1	Korhogo	Korhogo	84 106	452	10	200
Savanes	4	2	Boundiali	Boundiali	22 134	116	3	60
Savanes	4	3	Ferké	Ferké	37 500	207	6	120
Savanes	4	4	Tengréla	Tengréla	6 925	38	3	60
Sud Bandama	5	5	Divo	Divo	81 213	426	10	200
Sud Bandama	5	6	Lakota	Lakota	25 342	130	4	80
Sud comoé	6	7	Aboisso	Aboisso	41 927	218	5	100
Sud comoé	6	8	Adiaké	Adiaké	19 545	108	3	60
Sud comoé	6	9	GD Bassam	Grand -Bassam	22 505	122	3	60
Vallée du Bandama	7	0	Bouaké	Bke_nord_ouest	26 893	150	4	80
Vallée du Bandama	7	1	Bouaké	Bke_nord_est	26 225	136	4	80
Vallée du			Bouaké	Bke_sud	46	241	6	120

Bandama	7	2			333				
Vallée du		1			20				
Bandama	7	3	Béoumi	Béoumi	601	103	3	60	
Vallée du		1			20				
Bandama	7	4	Dabakala	Dabakala	754	108	3	60	
Vallée du		1			34				
Bandama	7	5	Katiola	Katiola	028	189	5	100	
Vallée du		1			13				
Bandama	7	6	Sakassou	Sakassou	502	68	3	60	
		1			25				
Worodougou	8	7	Séguéla	Séguéla	983	140	4	80	
		1			25				
Worodougou	8	8	Mankono	Mankono	862	150	4	80	
		1			68				
Zanzan	9	9	Bondoukou	Bondoukou	130	335	7	140	
		1			20				
Zanzan	9	0	Bouna	Bouna	361	110	3	60	
		1			42				
Zanzan	9	1	Tanda	Tanda	228	222	5	100	
		1							
Zanzan	9	2	Bouna	Nassian	7 141	38	3	60	
		1							
Zanzan	9	3	Tanda	Koun fao	5 187	30	3	60	
		1			2 613	14		8	
TOTAL					624	114	402	040	

L'échantillonnage a été conçu de manière à fournir la précision relative à chacune des principaux indicateurs pertinents dans les strates concernées. En l'absence d'informations exploitables sur la dispersion des variables d'analyse, la stratégie la plus prudente a consisté à tirer des échantillons de même taille dans chacune des grappes (20 ménages par grappe).

Au premier degré

Les 401 unités primaires (UP) ont été tirées proportionnellement à leur taille, parmi les 14 114 zones de dénombrement (ZD) constituées. Le tirage s'est fait indépendamment dans chacune des 83 strates.

Au second degré

Afin de procéder au tirage des 8020 ménages de l'échantillon de la première phase, chacune des 401 UP tirées a été dénombrée intégralement, après une actualisation cartographique de la zone. Pour ce deuxième niveau, le tirage des 20 ménages par ZD s'est fait par une procédure aléatoire simple.

Méthodes de calcul des pondérations

Au premier niveau

P1 étant la probabilité de tirer la ZDj dans la strate h (h = 1, ... 5) : $P1 = Nj98 / Mh98$,

Au second degré

P2 est la probabilité de tirer un ménage i (i = 1, ... 20) dans la ZDj : $P2 = nj / Nj2009$

Calcul de la probabilité de tirer un ménage (i) dans une ZD (j) donnée d'une strate (h) donnée par: **$Pr(\text{ménage } i) = Nh * (Nj98 / Mh98) * (nj / Nj2009)$**

Nj98 : Nombre de ménages de la ZD j de 1998 ;

Mh98 : Nombre de ménages de la strate h de 1998 ;

Nj : Nombre de ménages effectivement enquêtés dans la ZD j en 2009 ;

Nj2009 : Nombre de ménages dénombrés de la ZDj en 2009 ;

Nh : Nombre de ZD tirées dans la strate h (pour tenir compte du poids de la strate).

Pour obtenir le coefficient d'extrapolation, on prend l'inverse de cette probabilité (1 / Pr (ménage (i))).

Pour tenir compte d'une part que la base de sondage est un peu ancienne (Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1998), et d'autre part des cas de non réponse, nous avons dans un premier temps eu recours au taux d'accroissement (projection) de la population calculé à partir du RGPH1998 pour faire des redressements sur les pondérations calculées au départ.

Pour calculer la probabilité d'inclusion d'un ménage dans l'échantillon (de chaque ZD), il a été utilisé le produit du rapport du nombre de ménages en 98 de la ZD, par le nombre de ménages de la strate en 98, par le rapport du nombre de ménages effectivement enquêtés sur les 20 tirés, par le nombre de ménages dénombrés en 2009. Tout ceci a été multiplié par le nombre de ZD retenus dans la strate (pour tenir compte du poids de chaque strate). Pour obtenir le coefficient d'extrapolation à affecter à chaque ZD, la probabilité obtenue a été inversée.

2.6. Fiabilité des estimations

Les estimations qui figurent dans ce rapport ont été obtenues à partir d'un échantillon de 8040 ménages ordinaires. Le taux de réponse étant de 99,8%.

Tableau 2-3 : Fiabilité des estimations

Variables	Estimation	Ecart type	CV (%)	Erreur standard de la moyenne	Nombre d'observation
Population des FAR	5 749 918	1,716	0,780	0,001	8 020
FAR Agricole	1 580 434	1,696	0,750	0,001	2 242
FAR Commerciale	1 988 958	1,671	0,720	0,001	2 698
FAR ayant reçu 2 doses	1 894 282	1,615	0,750	0,001	2 603
FAR ayant reçu 3 doses	2 365 415	1,885	0,790	0,001	3 425

2.7. Analyse des données

Les données quantitatives ont été saisies à partir des masques de saisies élaborés avec l'application EXCEL et les analyses faites avec SPSS 12.0.

Concernant les données qualitatives collectées les entretiens individuels approfondis, les focus groups, le traitement a été fait par à travers une analyse de contenu afin de ressortir la

réurrence des réponses données par les participants. Puis une catégorisation des informations ont été mises en corrélation avec les objectifs de l'étude.

2.8. Difficultés rencontrées

Les principales difficultés rencontrées lors de la collecte des données se résument comme suit :

- la non disponibilité des cibles chefs de services, Directeurs centraux, Directeurs régionaux et départementaux en raison de leur calendrier assez chargé ;
- le manque de données sur les AVST au niveau des formations sanitaires;
- le manque de données financières sur le budget des AVST;
- l'absence des carnets de vaccination chez la cible (FAR).

Ces difficultés n'étaient pas de nature à empêcher le déroulement normal de la collecte des données.

III- RESULTATS DE L'ETUDE

3.1 Caractéristiques sociodémographiques des personnes enquêtées

Cette section du chapitre rassemble les informations socio économiques et démographiques sur la population cible, notamment les femmes de 15 à 49 ans. Un total de 8020 femmes a été enquêté. Il permet de replacer le rapport dans son contexte par rapport à l'accent qui sera mis sur les femmes en âge de reproduction.

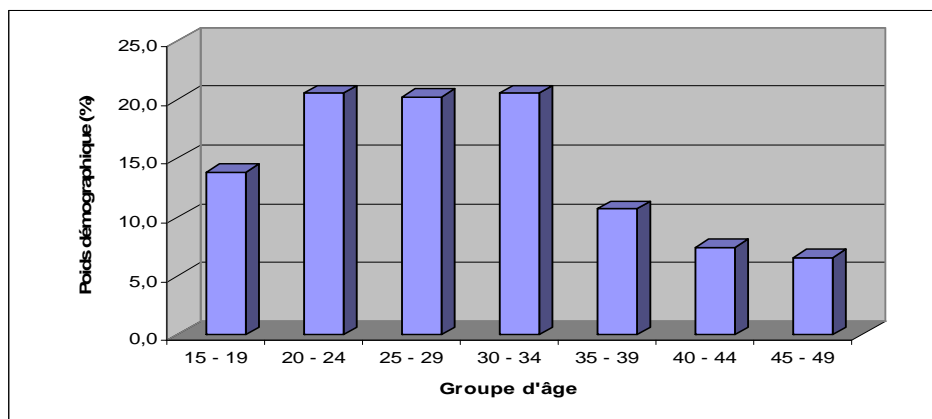
L'analyse des caractéristiques socio - démographiques des personnes enquêtées concerne les femmes visitées dans leur ménage et les participants au Focus groupe enregistrés respectivement dans le cadre de l'enquête quantitative et l'enquête qualitative.

3.1.1 Caractéristiques des femmes enquêtées dans le ménage

Cette section analyse la situation des femmes dans leur ménage sur le plan de la structure par âge, du niveau d'instruction, de la situation matrimoniale suivi du profil de travail.

3.1.1.1. Structure par âge de la population

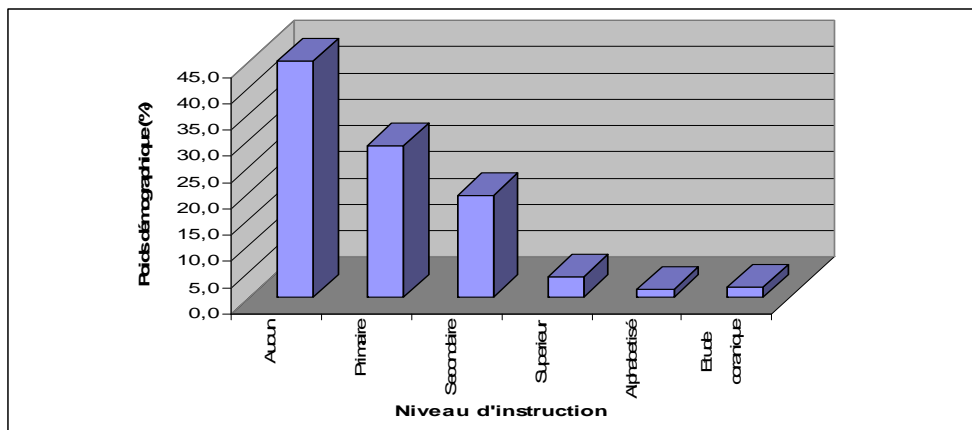
La distribution des femmes par milieu de résidence laisse apparaître une légère prédominance des femmes enquêtées dans la zone rurale (50,1 %) sur celles enregistrées dans la zone urbaine (49,9 %). L'examen de la structure par âge permet de constater que la moyenne d'âge des femmes enquêtées, dans leur ensemble, tourne autour de 29 ans et qu'elles se retrouvent majoritairement (61,3 %) dans la tranche d'âge 20-34 ans.



Graphique 3.1 : Représentation des femmes enquêtées par groupe d'âge

3.1.1.2 Niveau d'instruction

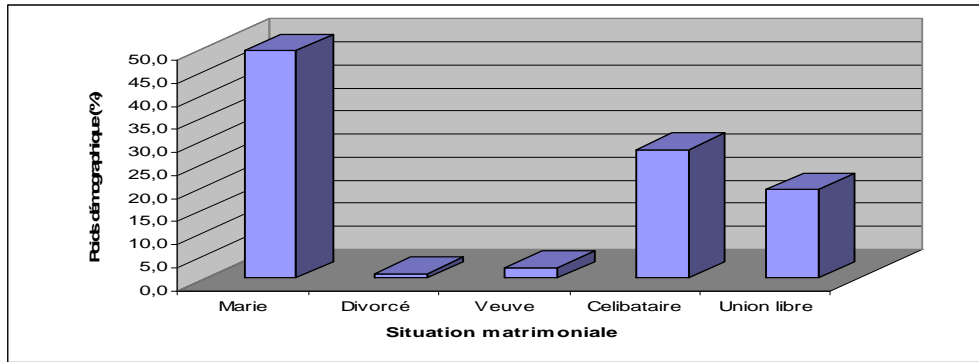
Les femmes soumises à cette enquête se retrouvent en terme d'instruction dans toutes les couches de la population et sont, prises dans leur ensemble, majoritairement sans niveau d'instruction (44,9 %). En outre, dans l'effectif des femmes qui sont allées à l'école, plus de la moitié (52,1 %) n'ont atteint que le niveau primaire, soit 28,7 % de l'effectif des femmes enquêtées. Celles qui ont atteint le niveau du cycle supérieur sont très peu nombreuses et ne représentent que 3,8 % de l'effectif total. On note également dans la population enquêtée, une proportion non négligeable de femmes qui ont acquis leur niveau d'instruction à la faveur des cours d'alphabétisation (1,4 %) qu'elles ont suivis.



Graphique 3.2 : Représentation des femmes enquêtées par niveau d'instruction

3.1.1.3 Situation matrimoniale

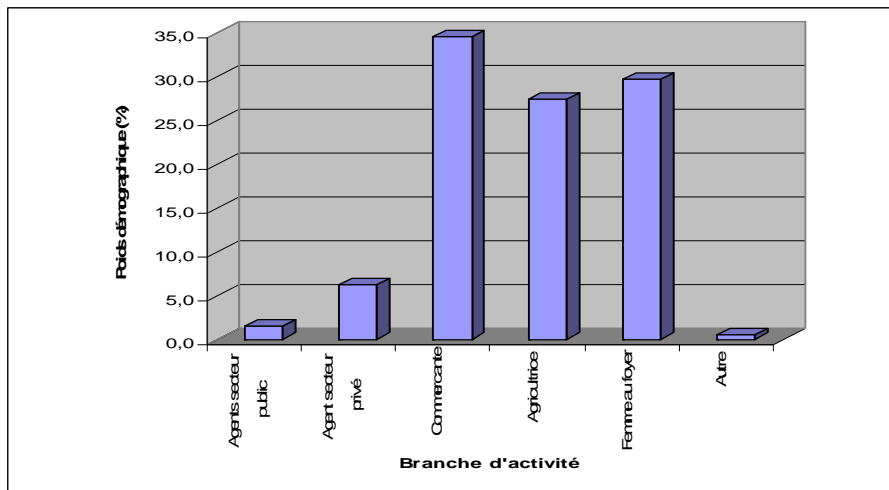
La majorité des femmes qui ont reçu la visite des agents (environ deux enquêtées sur trois) vivent avec un homme (mariées ou en union libre). Près d'une personne sur deux revendique le statut de marié avec une moyenne d'âge qui tourne autour de 31,4 ans. Les célibataires dont la proportion (28 %) vient en seconde position, et sont de loin plus jeunes avec un âge moyen qui gravite autour de 24,2 ans. Les moins nombreuses dans l'effectif sont celles dont l'union a été rompue d'une manière ou d'une autre, notamment les divorcées (1,0 %) et les veuves (2,3 %).



Graphique 3.3 : Représentation des femmes enquêtées selon la situation matrimoniale

3.1.1.4 Profil du travail des enquêtées

L'étude du profil du travail exercé par l'ensemble des femmes qui ont été soumises au questionnaire montre qu'en majorité, elles exercent leurs activités dans le commerce. Une personne sur trois femmes rencontrées se reconnaît dans cette catégorie d'activité. Ensuite suivent respectivement les femmes au foyer (29,7 %) et les agricultrices (27,5). Par contre, les femmes qui travaillent dans le secteur public sont très peu représentées (1,5 %).



Graphique 3.4 : Représentation des femmes enquêtées selon le profil du travail

3.1.2 Caractéristiques des participants au focus groupe

Cette partie aborde les données sociodémographiques des hommes qui ont participé aux focus groupe.

3.1.2.1. *Caractéristiques des hommes en zone rurale*

La moyenne d'âge des participants était 29 ans, ils étaient en majorité des cultivateurs et avaient le niveau scolaire primaire. La moyenne d'enfant à charge était de 4 enfants et les participants dans leur majorité étaient mariés.

3.1.2.2. *Caractéristiques des hommes en zone urbaine*

La moyenne d'âge des participants était 29 ans, ils étaient composés de commerçants, d'étudiants et de travailleurs du secteur privé. Le niveau scolaire secondaire a été le plus mentionné. Ils avaient en moyen 2 enfants en leur possession et les célibataires étaient les plus nombreux.

3.2. Détermination de l'impact de la stratégie de communication

Les variables retenues pour déterminer l'impact de la stratégie de communication sont les suivantes :

- la source d'information sur les campagnes de vaccination ;
- la connaissance sur le type de vaccin ;
- la connaissance sur les raisons pour lesquelles les Femmes en Age de Reproduction (FAR) étaient vaccinées ;
- et la connaissance sur les conditions pour recevoir les vaccins.

3.2.1 Source d'information sur les campagnes de vaccination par district sanitaire

Dans le cadre de la campagne de vaccination, plusieurs canaux de communication ont été utilisés dans les districts. Les plus représentatifs ayant fait l'objet d'évaluation sont notamment les crieurs publics, les mobilisateurs, les agents de santé, les agents de santé communautaire (ASC), les époux, les personnes dans le ménage, le voisinage, la radio, la télévision et les affiches.

Il ressort des résultats de l'enquête que la première source d'information provient des crieurs publics (35,6 %). On observe une nette rupture, pour voir apparaître ensuite, la télévision (18,4 %), les Agents de santé (14,1 %) et le voisinage (10,3 %). Les autres canaux d'information notamment la radio, sont marginaux.

Il convient d'indiquer que particulièrement dans les districts sanitaires d'Abidjan, de Yamoussoukro, de Bouaké et de Man, la télévision a été le principal canal d'information car au moins une femme enquêtée sur trois a été atteinte par ce biais.

La sensibilisation de proximité à laquelle les agents de santé ont pris une part prépondérante et la sensibilisation de masse, les stratégies de communication les plus efficaces. Cependant, malgré les poids relativement faibles des autres sources d'information, notamment les affiches, les leaders d'opinion, les époux, etc., l'on peut affirmer que leur efficacité en terme d'impact de communication peut être diversement appréciée selon le district sanitaire.

Ainsi, à Minignan (32,9 %) dans la région du DENGUELE-BAFING et particulièrement à Daoukro (45,6%) dans le N'ZI COMOIE, les leaders d'opinions se sont illustrés de très bonnes manières en étant ceux par qui les femmes enquêtées dans ces districts sanitaires ont été les plus informées. C'est aussi le cas à Bouna dans la région du ZANZAN (49,1 %) où pratiquement près de la moitié des femmes qui ont reçu la visite des agents n'ont pu être informée que par le biais des mobilisateurs.

Dans les deux zones (rurale comme urbaine) les participants aux focus groups ont dit avoir été informés par le biais de la radio, de la télévision, des crieurs publiques, les agents de santé, les agents de santé communautaire et les leaders d'opinion selon les propos suivants :

« c'est l'imam »
« le spot à la télévision »
« le griot »
« il y avait aussi des crieurs publiques »
« moi c'est la femme du voisin en parlant avec ma femme »
« on a tous été bien informés ».

Ils ont aussi mentionné que les messages étaient compréhensibles à travers les affirmations suivantes :

« facile à comprendre »
« c'était clair. Mais pas d'information approfondie »
« clair pour les femmes. Mais pas pour les hommes ».

Les participants aux focus groups ont souhaité être sensibilisés sur une longue période avant l'opération de la vaccination selon leurs propos :

« nous informer pendant longtemps »
« je voudrais que les agents de santé se déplacent dans les villages comme dans les campements pour toucher le grand nombre ».

➤ **Implication des autorités administratives lors des AVST**

S'agissant de l'implication des autorités administratives lors des AVST, 27% des agents de santé sont très satisfaits et 45% sont plutôt satisfait, cela fait 72% de taux de satisfaction.

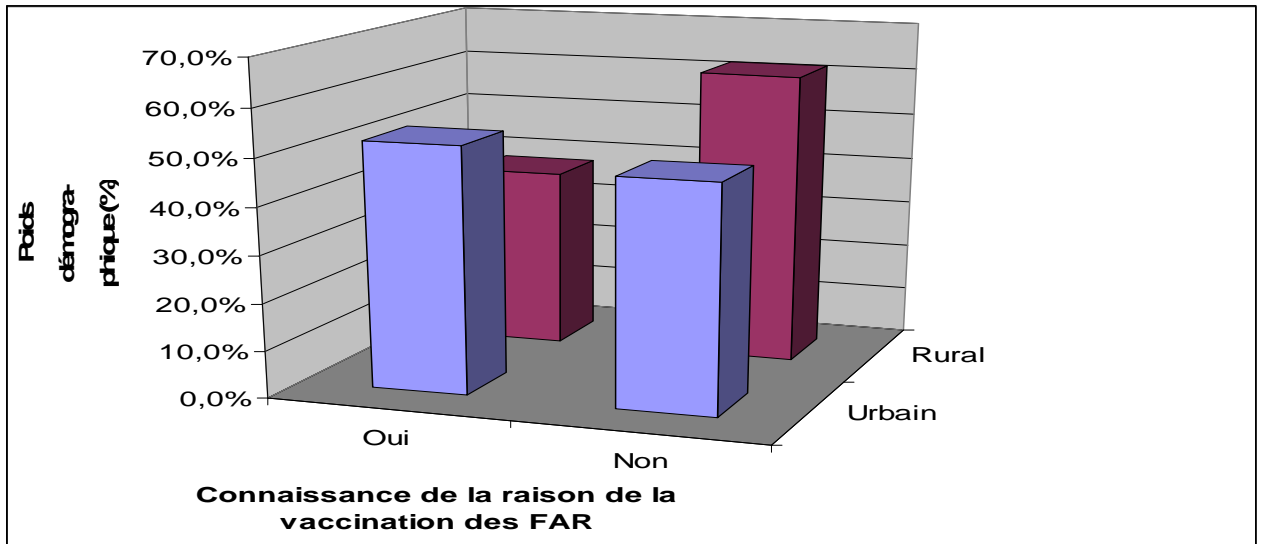
3 .2.2 Connaissance sur le type de vaccin par région sanitaire

Les résultats obtenus à l'issue de l'enquête montrent que, dans tous les districts sanitaires, au moins quatre vingt dix neuf 99,8% des femmes interrogées qui ont participé affirment qu'il s'agit, dans cette campagne, de la vaccination contre le Tétanos.

3 .2.3 Connaissance sur les raisons pour lesquelles les FAR étaient vaccinées par région

L'analyse des données indique que la majorité des femmes enquêtées (55%) ignore les raisons pour lesquelles les Femmes en âge de reproduction devraient se prêter à la vaccination contre le Tétanos néo natal. Une observation des résultats par région sanitaire a permis de mettre en relief les régions dans lesquelles cette méconnaissance est beaucoup plus prononcée. Il s'agit particulièrement des régions sanitaires du WORODOUGOU (72,5 %), du N'ZI COMOIE (74,1 %), du MOYEN COMOIE (77,8 %) et du DENGÈLE-BAFING (85,9 %). A l'opposé, certaines régions sanitaires se distinguent par la proportion des femmes qui ont pu, dans l'affirmative, indiquer connaître les raisons pour lesquelles il faut se faire vacciner de reproduction. Ce sont celles des régions sanitaires de l'AGNEBY (61,2 %), des Lagunes1 (58,3 %), des LAGUNES2 (60,4 %), du MOYEN CAVALY (55,3 %) et du ZANZAN (51,9 %) où plus de la moitié des femmes interrogées ont déclaré le savoir.

Par ailleurs, cette étude selon la situation de résidence montre que les femmes interrogées en zone urbaine (52,2 %) ont majoritairement affirmé le savoir. Par contre, dans la zone rurale, c'est le non qui domine à hauteur de 61,8 % de l'effectif.

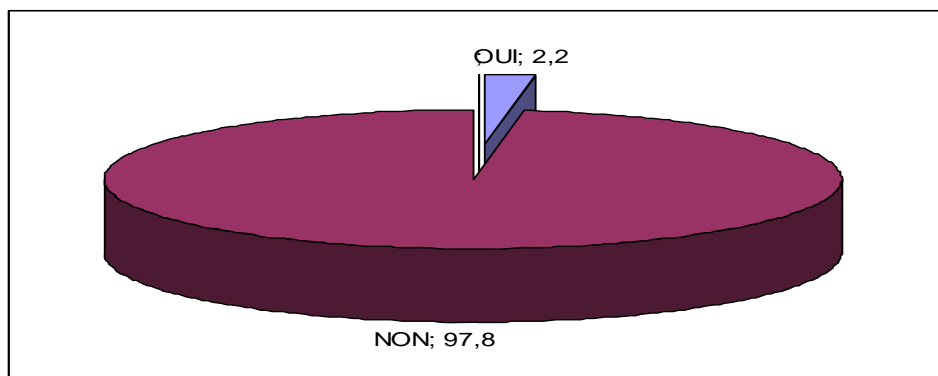


Graphique 3.5 : Représentation des femmes enquêtées par situation de résidence selon la connaissance de la raison de la vaccination des FAR

A la question de savoir pourquoi les femmes en âge de reproduction étaient vaccinées, les enquêtées ayant auparavant affirmé le savoir l'ont effectivement prouvé, dans une proportion de près de 90 %, en indiquant que cela avait pour avantage de se préserver contre le Tétanos. Quant aux autres femmes, elles ont indiqué que le vaccin était destiné, à la contraception (3,4 %) à l'avortement (0,1 %).

3.2.4 Connaissances sur les conditions pour recevoir le vaccin par région sanitaire

La sous population soumise à l'enquête a été amenée à se prononcer sur les conditions d'administration du vaccin en terme de paiement ou non. A l'analyse des résultats de l'enquête, l'on se rend compte que si la grande majorité (97,8 %) affirme que la prestation est gratuite, il demeure une frange des enquêtées (2,2 %) qui soutiennent le contraire. Elles affirment même qu'à l'occasion des opérations de vaccination relatives aux campagnes 2008 et 2009, elles ont eu à déboursier en moyenne 1 065 Fcfa.



Graphique 3.6 : Représentation des femmes enquêtées sur le paiement ou non du vaccin pendant la campagne

3.2.5. Connaissance des mères sur le tétanos

Toutes les femmes qui ont participé à la campagne de 2008 et 2009 savent qu'il s'agit du vaccin contre le tétanos (99,8%) et cela, indépendamment du milieu de résidence.

Tableau 3.1.: Connaissance du vaccin contre le tétanos

MILIEU	De quel vaccin s'agit-il ?		TOTAL
	TETANOS	AUTRE	
URBAIN	2 509 335 99,8%	5 983 0,2%	2 515 318 100,0%
RURAL	2 618 491 99,8%	6 434 0,2%	2 624 925 100,0%
TOTAL	5 127 826 99,8%	12 417 0,2%	5 140 243 100,0%

3.2.6. Connaissance de la gravité de la maladie par milieu de résidence

Lorsqu'on a interrogé les femmes sur ce qu'elles savent du tétanos, la majorité a répondu qu'il s'agit d'une maladie qui peut entraîner la mort (66,7%). La connaissance de la gravité de la maladie est plus profonde pour les femmes vivant en milieu urbain que celles qui résident en campagne. Il est important de relever que 30% des femmes n'ont aucune connaissance du danger que représente cette maladie.

Tableau 3.2 : Connaissance du tétanos

MILIEU	Que savez-vous tétanos ?					TOTAL
	MALADIE DANGEREUSE	MALADIE BENIGNE	MALADIE CONTAGIEUSE	AUTRE	NE SAIT PAS	
URBAIN	2 131 644 74,3%	31 384 1,1%	14 339 0,5%	41 476 1,4%	651 589 22,7%	2 870 432 100,0%
RURAL	1 701 443 59,1%	43 506 1,5%	10 501 0,4%	33 666 1,2%	1 090 271 37,9%	2 879 387 100,0%
TOTAL	3 833 087 66,7%	74 890 1,3%	24 840 0,4%	75 142 1,3%	1 741 860 30,3%	5 749 819 100,0%

3.2.7. Connaissance des moyens de prévention par milieu de résidence

Pour la prévention de la maladie, 63,8% des femmes savent qu'elle peut être évitée.

Tableau 3.3 : Proportion des femmes ayant une connaissance sur les moyens de prévention du tétanos

MILI EU	Cette maladie peut - elle être évitée ?			TOT AL
	OUI	NON	NE SAIT PAS	
URBAIN	2 096 467 73,0%	134 367 4,7%	639 597 22,3%	2870 431 100,0%
RURAL	1 573 917 54,7%	162 086 5,6%	1 143 384 39,7%	2879 387 100,0%
TOTAL	3 670 384 63,8%	296 453 5,2%	1 782 981 31,0%	5749 818 100,0%

La meilleure façon d'éviter la maladie est de se faire vacciner, comme le soutiennent 92,8% des femmes qui savent qu'elle peut être évitée.

Tableau 3.4 : Connaissance sur les moyens de prévention du tétanos

MILIE U	Comment éviter cette maladie ?				TOT AL
	VACC IN	PRISE DE COMPRIME	AUTR ES	NE SAIT PAS	

URBA IN	1 967 356	10 125	78 766	40 220	2 096 467
	93,8%	0,5%	3,8%	1,9 %	100, 0%
RURA L	1 438 828	4 900	79 059	51 129	1 573 916
	91,4%	0,3%	5,0%	3,2 %	100, 0%
TOTA L	3 406 184	15 025	157 825	91 349	3 670 383
	92,8%	0,4%	4,3%	2,5 %	100, 0%

3.2.8. Connaissance sur le nombre de dose pour être immuniser

La connaissance du nombre de dose à recevoir pour être immunisé contre le tétanos reste une véritable préoccupation. 39,4% des femmes estiment qu'il faut trois doses. 44,9% des femmes ne connaissent pas le nombre de doses nécessaire, si on y ajoute celles qui pensent qu'il faut une dose, cela fait 48,5% qui n'ont véritablement pas d'information sur le nombre de doses à recevoir.

Tableau 3.5 : Connaissance du nombre de doses à recevoir

MILI EU	Combien de doses une femme doit - elle recevoir contre le tétanos ?						TO TAL
	UNE DOSE	DEUX DOSES	TROIS DOSES	QUATRE DOSES	PLUS DE QUATRE DOSES	NE SAIT PAS	
URB	110	250	1 260	54	49	1	2

AIN	989	633	692	981	360	143 775	870 430
	3,9%	8,7%	43,9%	1,9%	1,7%	39, 8%	100, 0%
RUR						1	
AL	97 043	205 990	1 003 195	62 254	70 302	440 603	2 879 387
	3,4%	7,2%	34,8%	2,2%	2,4%	50, 0%	100, 0%
TOT						2	
AL	208 032	456 623	2 263 887	117 235	119 662	584 378	5 749 817
	3,6%	7,9%	39,4%	2,0%	2,1%	44, 9%	100, 0%

Les données des focus groups révèlent que les hommes ont su qu'il y a eu trois passages de VAT. Cependant ils ne savaient pas le nombre de dose de VAT qu'une femme devait recevoir selon ces propos :

« mes sœurs ont fait le vaccin trois fois donc je suppose qu'il y a eu trois passages »
« trois passages à mon avis »
« une femme devait être vaccinée chaque année »
« je n'ai aucune idée sur le nombre de dose à recevoir »
« je ne sais pas »

En zone rurale comme urbaine, le tétanos était une maladie bien connue par les hommes. Ils savaient comment cette maladie était contractée, comment elle se manifestait, comment elle était traitée et comment la prévenir. Les propos suivants illustraient la tendance des réponses données par les hommes interrogés sur la maladie :

« c'est une maladie très grave qui tue rapidement »
« c'est une maladie causée par les métaux rouillés »
« c'est une maladie qui se manifeste par des contractions douloureuses des muscles »
« faire examiner les plaies par un médecin ensuite faire le sérum antitétanique »
« faire attention aux objets coupants »

« faire un vaccin antitétanique puis éviter les objets tranchants »

3.3. Estimation de la proportion des femmes vaccinées contre le tétanos

Cette partie du rapport est consacrée à l'estimation de la proportion des femmes ayant été vaccinées contre le tétanos. Le fait d'être vacciné une seule fois (VAT 1) n'étant pas forcément suffisant pour être immunisé contre le tétanos. Un regard sera porté sur le nombre de doses que les femmes vaccinées ont reçu. Nous verrons également si les femmes en âge de reproduction ont une connaissance du nombre de doses à recevoir.

3.3.1. Proportion des FAR ayant reçu au moins une dose de VAT par région sanitaire

Une question a été posée aux femmes pour savoir si elles ont été vaccinées contre le tétanos en 2008 et 2009, il s'avère que près de 90% des femmes ont répondu oui. Cette proportion cache cependant des disparités selon les régions.

La région du WORODOUGOU enregistre le plus faible taux avec 79,3% et celle du MOYEN COMOE, le taux le plus élevé avec une couverture de 98,8%.

Tableau 3.6 : Proportion des femmes ayant reçu au moins une dose de VAT par région sanitaire

REGION SANITAIRE	Avez - été vaccinée contre le tétanos en 2008 & 2009 ?		Tot al
	Oui n	No n	
AGNEBY	185	14	200
	488	955	443
	92, 5%	7,5 %	100 ,0%
	3,6	2,5	3,5

	%	%	%
BAS SASSDRA	436	98	534
	119	489	608
	81,	18,	100
	6%	4%	,0%
	8,5	16,	9,3
	%	5%	%
BAFING_DENGU ELE	90	11	101
	476	047	523
	89,	10,	100
	1%	9%	,0%
	1,8	1,9	1,8
	%	%	%
HAUT SASSDRA	315	18	333
	211	685	896
	94,	5,6	100
	4%	%	,0%
	6,1	3,1	5,8
	%	%	%
FROMAGER	164	12	176
	615	192	807
	93,	6,9	100
	1%	%	,0%
	3,2	2,0	3,1
	%	%	%
LACS	170	12	182
	034	635	669
	93,	6,9	100
	1%	%	,0%
	3,3	2,1	3,2
	%	%	%
LAGUNES1	707	58	766
	895	742	637

	92, 3% 13, 7%	7,7 % 9,9 %	100 ,0% 13, 3%
LAGUNES2	771 491 88, 6% 15, 0%	98 899 11, 4% 16, 6%	870 390 100 ,0% 15, 1%
MARAHOUÉ	134 058 89, 8% 2,6 %	15 309 10, 2% 2,6 %	149 367 100 ,0% 2,6 %
MONTAGNES	216 149 82, 1% 4,2 %	47 023 17, 9% 7,9 %	263 172 100 ,0% 4,6 %
MOYEN CAVALLY	145 655 88, 8% 2,8 %	18 313 11, 2% 3,1 %	163 968 100 ,0% 2,9 %
NZI COMOÉ	221 271 90, 8% 4,3	22 441 9,2 % 3,8	243 712 100 ,0% 4,2

	%	%	%
MOYEN COMOE	146	1	148
	312	799	111
	98,	1,2	100
	8%	%	,0%
	2,8	0,3	2,6
	%	%	%
SAVANES	313	25	338
	319	036	355
	92,	7,4	100
	6%	%	,0%
	6,1	4,2	5,9
	%	%	%
SUD BANDAMAN	207	21	229
	577	933	510
	90,	9,6	100
	4%	%	,0%
	4,0	3,7	4,0
	%	%	%
SUD COMOE	184	11	195
	281	651	932
	94,	5,9	100
	1%	%	,0%
	3,6	2,0	3,4
	%	%	%
VALLEE BANDAMAN	364	54	419
	221	945	166
	86,	13,	100
	9%	1%	,0%
	7,1	9,2	7,3
	%	%	%
WORODOUGOU	89	23	112
	513	420	933

	79, 3%	20, 7%	100 ,0%
	1,7 %	3,9 %	2,0 %
ZANZAN	290 346 91, 1%	28 274 8,9 %	318 620 100 ,0%
	5,6 %	4,7 %	5,5 %
TOTAL	5 154 031 89, 6%	595 788 10, 4%	5 749 819 100 ,0%
	100 ,0%	100 ,0%	100 ,0%

Sur les dix neuf régions sanitaires que compte le pays, dans onze régions la proportion des femmes vaccinées dépasse 90%.

3.3.2. Proportion des femmes ayant été vaccinées par district sanitaire

A l'analyse, on s'aperçoit que la majorité (62,6%) des districts ont un taux de couverture assez satisfaisant (plus de 90%). Parmi ceux qui ont un taux inférieur à la moyenne, trois retiennent notre attention, il s'agit des districts sanitaires d'AKOUBE (69,5%), de MAN (63,5%) et de celui de SEQUELA (68,9%).

A AKOUBE deux raisons essentiellement semblent expliquer la non vaccination des FAR. Elles n'ont pas été informées (14%) et ensuite elles étaient éloignées du poste de vaccination 24%.

A MAN, la principale raison qui explique ce taux relativement faible est le manque d'information. 97% des femmes non vaccinées soutiennent qu'elles n'étaient pas informées.

En revanche, le peu d'engouement pour la vaccination à SEGUELA provient de la peur (40%) et des rumeurs contragestive (32%), là aussi, on imagine qu'elles n'ont pas eu l'information adéquate qui puisse les rassurer.

Tableau 3.7 : Proportion des femmes ayant reçu au moins une dose de VAT par district sanitaire

DISTRICT SANITAIRE	Avez - été vaccinée contre le tétanos en 2008 & 2009 ?		Total
	Oui	Non	
ADZOPE	77 044 94,7	4 291 5,3	81 335 100,0
AGBOVILLE	88 705 97,8	2 010 2,2	90 715 100,0
AKOUBE	19 739 69,5	8 654 30,5	28 393 100,0
SAN PEDRO	146 991 74,7	49 673 25,3	196 664 100,0
TABOU	64 758 93,2	4 753 6,8	69 511 100,0
SOUBRE	177 541 85,0	31 333 15,0	208 874 100,0
SASSANDRA	46 829 78,6	12 730 21,4	59 559 100,0

TOUBA	39 307 92,7	3 081 7,3	42 388 100,0
ODIENNE	17 126 95,1	887 4,9	18 013 100,0
MINIGNAN	6 505 92,6	519 7,4	7 024 100,0
MADINANI	27 538 80,8	6 559 19,2	34 097 100,0
DALOA	151 577 96,9	4 898 3,1	156 475 100,0
VAVOUA	79 958 93,8	5 271 6,2	85 229 100,0
ISSIA	83 676 90,8	8 516 9,2	92 192 100,0
GAGNOA	116 611 91,8	10 450 8,2	127 061 100,0
OUME	48 004 96,5	1 742 3,5	49 746 100,0
YAMOOUSSOUKRO	50 719 91,8	4 515 8,2	55 234 100,0
TIEBISSOU	30 216 97,8	671 2,2	30 887 100,0
TOUMODI	33 588 85,7	5 603 14,3	39 191 100,0

DIDIEVI	55 511 96,8	1 846 3,2	57 357 100,0
ADJAME_PLATEAU	112 159 88,0	15 303 12,0	127 462 100,0
ATTECOUBE	94 559 97,9	2 037 2,1	96 596 100,0
YOP_EST	116 847 94,6	6 688 5,4	123 535 100,0
YOP_OUEST_SONGO N	147 599 85,1	25 792 14,9	173 391 100,0
DABOU	48 444 100,0	- -	48 444 100,0
JACQUEVILLE	38 433 100,0	- -	38 433 100,0
GD_LAHOU	44 880 100,0	- -	44 880 100,0
TIASSALE	56 843 92,2	4 827 7,8	61 670 100,0
SIKENSI	48 130 92,2	4 096 7,8	52 226 100,0
ABOBO_EST	146 422 91,5	13 639 8,5	160 061 100,0
ABOBO_OUEST	65 514 92,9	4 970 7,1	70 484 100,0

TREICHVILLE	73 533 96,2	2 902 3,8	76 435 100,0
MARCORY	103 024 83,6	20 248 16,4	123 272 100,0
KOUMASSI	97 323 91,1	9 513 8,9	106 836 100,0
PORT_BOUET_VRIDI	119 886 77,8	34 223 22,2	154 109 100,0
COCODY_BINGERVILLE	67 342 86,1	10 862 13,9	78 204 100,0
ANYAMA	51 764 98,5	789 1,5	52 553 100,0
ALEPE	46 683 96,4	1 755 3,6	48 438 100,0
BOUAFLE	36 567 99,7	96 0,3	36 663 100,0
SINFRA	12 081 86,4	1 896 13,6	13 977 100,0
ZUENOULA	49 967 86,7	7 671 13,3	57 638 100,0
KOUNAHIRI	35 444 86,3	5 647 13,7	41 091 100,0
MAN	35 450	20 390	55 840

	63,5	36,5	100,0
BANGOLO	36 766 76,6	11 238 23,4	48 004 100,0
BIANKOUMA	45 731 90,1	5 051 9,9	50 782 100,0
DANANE	38 230 87,7	5 360 12,3	43 590 100,0
KOUIBLY	28 247 91,6	2 579 8,4	30 826 100,0
ZOUAN_HOUNIEN	31 726 92,9	2 407 7,1	34 133 100,0
GUIGLO	39 321 79,9	9 885 20,1	49 206 100,0
TOULEPLEU	40 836 93,5	2 842 6,5	43 678 100,0
DUEKOUE	39 364 93,4	2 767 6,6	42 131 100,0
BLOLEQUIN	26 134 90,3	2 819 9,7	28 953 100,0
DIMBOKRO	30 004 86,6	4 638 13,4	34 642 100,0
BOCANDA	46 559	3 907	50 466

	92,3	7,7	100,0
BONGOUANOU	64 320 96,6	243 3,4	66 563 100,0
DAOUKRO	21 006 98,9	242 1,1	21 248 100,0
MBAHIAKRO	14 758 81,0	3 463 19,0	18 221 100,0
PRIKRO	44 624 84,9	7 948 15,1	52 572 100,0
ABENGOUROU	92 314 98,1	1 799 1,9	94 113 100,0
AGNIBILEKRO	53 998 100,0	- -	53 998 100,0
KORHOGO	171 492 94,6	9 842 5,4	181 334 100,0
BOUNDIALI	38 661 91,8	3 450 8,2	42 111 100,0
FERKE	55 299 89,7	6 381 10,3	61 680 100,0
TENGRELA	47 866 89,9	5 364 10,1	53 230 100,0
DIVO	149 104 91,4	14 065 8,6	163 169 100,0
LAKOTA	58 473	7	66 341

		868	
	88,1	11,9	100,0
ABOISSO	86 234	774	92 008
	93,7	6,3	100,0
ADIAKE	60 557	559	62 116
	97,5	2,5	100,0
GD_BASSAM	37 491	318	41 809
	89,7	10,3	100,0
BOUAKE_NORD_OU EST	48 317	457	55 774
	86,6	13,4	100,0
BOUAKE_NORD_EST	45 824	474	61 298
	74,8	25,2	100,0
BOUAKE_SUD	85 581	908	97 489
	87,8	12,2	100,0
BEOUMI	49 709	107	53 816
	92,4	7,6	100,0
DABAKALA	46 108	500	48 608
	94,9	5,1	100,0
KATIOLA	62 437	389	71 826
	86,9	13,1	100,0
SAKASSOU	26 246	109	30 355
	86,5	13,5	100,0
SEQUELA	38 786	17	56 292

		506	
	68,9	31,1	100,0
MANKONO	50 727	914	56 641
	89,6	10,4	100,0
BONDOUKOU	134	10	
	821	551	145 372
	92,7	7,3	100,0
BOUNA	49 239	882	53 121
	92,7	7,3	100,0
TANDA	77 066	917	89 983
	85,6	14,4	100,0
NASSIAN	18 830	-	18 830
	100,0	-	100,0
KOUN_FAO	10 390	925	11 315
	91,8	8,2	100,0
TOTAL	5 154	595	5 749
	033	794	827
	89,6	10,4	100,0

3.3.3. Proportion des femmes ayant été vaccinées en fonction du nombre de doses reçues par région et par district sanitaire

Le fait d'être vacciné n'étant pas suffisant pour être immunisé contre la maladie (puisqu'il faut recevoir au moins deux doses du vaccin pour être immunisé contre le tétanos), nous avons cherché à connaître le nombre de doses que les femmes vaccinées ont reçu.

Pour cela, nous avons agrégé les réponses données lors du premier, du deuxième et du troisième passage, selon que la personne ait répondu oui.

En moyenne, 74,1% des femmes vaccinées ont reçu au moins deux doses et plus du vaccin contre le tétanos. Ce chiffre est très dispersé selon les régions. Les taux par région indiquent que la région de la VALLEE du BANDAMAN enregistre la plus faible proportion (63%)

tandis que celle du ZANZAN détient le meilleur score (81%) en VAT2+. Cependant, 15% des femmes n'ont reçu qu'une seule dose.

S'agissant des femmes en âge de reproduction qui ont été vaccinées : 32,9% ont reçu 2 doses et 41,2% ont reçu 3 doses. La région du DENGUELE-BAFING a enregistré le plus faible taux de couverture (18,8%) en VAT2+ et la région des Savanes a eu la plus bonne couverture (45,2%).

Quant au VAT3, la région du Sud BANDAMAN a eu la plus faible couverture (32%) et la plus bonne couverture a été enregistrée dans la région des Lacs avec 59,8%.

Tableau 3.8 : Nombre de doses reçu par les femmes par région sanitaire

REGION SANITAIRE	Nombre de doses				TOTA L	VAT2 +
	0	1	2	3		
AGNEBY	15	26			200	158
	680	499	72 423	85 840	442	263
	7,8	13,2	36,1	42,8	100	78,9
BAS SASSDRA	100	79			534	354
	338	926	159 787	194 558	609	345
	18,8	15	29,9	36,4	100	66,3
DENGUELE- BAFING	11	11			101	
	898	634	19 064	58 927	523	77 991
	11,7	11,5	18,8	58	100	76,8
HAUT SASSDRA	20	61			333	252
	618	227	120 483	131 568	896	051
	6,2	18,3	36,1	39,4	100	75,5
FROMAGER	13	23			176	139
	856	728	74 430	64 793	807	223
	7,8	13,4	42,1	36,6	100	78,7
LACS	12	15			182	153
	858	952	44 618	109 240	668	858
	7	8,7	24,4	59,8	100	84,2
LAGUNES1	61	131			766	573
	790	158	255 704	317 985	637	689

	8,1	17,1	33,4	41,5	100	74,9
LAGUNES2	101 912 11,7	153 399 17,6	272 790 31,3	342 289 39,3	870 390 100	615 079 70,6
MARAHOUÉ	15 309 10,2	20 897 14	52 253 35	60 908 40,8	149 367 100	113 161 75,8
MONTAGNES	47 691 18,1	25 782 9,8	83 445 31,7	106 255 40,4	263 173 100	189 700 72,1
MOYEN CAVALLY	19 944 12,2	16 015 9,8	39 073 23,8	88 935 54,2	163 967 100	128 008 78,0
NZI COMOÉ	22 441 9,2	25 982 10,7	75 367 30,9	119 922 49,2	243 712 100	195 289 80,1
MOYEN COMOÉ	26 4 483 3	41 292 17,1	152 775 27,1	117 599 52,8	338 112 100	270 337 79,9
SAVANES	26 099 7,7	41 881 12,4	152 775 45,2	117 599 34,8	338 354 100	270 374 80,0
SUD BANDAMAN	26 077 11,4	29 500 12,9	100 486 43,8	73 447 32	229 510 100	173 933 75,8
SUD COMOÉ	12 430 6,3	33 778 17,2	76 688 39,1	73 036 37,3	195 932 100	149 724 76,4
VALLEE BANDAMAN	56 368 13,4	97 327 23,2	102 866 24,5	162 606 38,8	419 167 100	265 472 63,3
WORODOUG OU	24 118	16 737	27 770	44 308	112 933	72 078

	21,4	14,8	24,6	39,2	100	63,8
ZANZAN	28 274 8,9	30 223 9,5	124 106 39	136 017 42,7	318 620 100	260 123 81,7
TOTAL	622 184 10,8	866 937 15,1	1 894 281 32,9	2 366 417 41,2	5 749 819 100	4 260 698 74,1

Le tableau ci-dessous présente les doses de VAT reçues par les femmes dans les districts sanitaires.

Tableau 3.9 : Nombre de doses reçu par les femmes par district sanitaire

DISTRICT SANITAIRE	Nombre de doses				TOTAL L	VAT2 +
	0	1	2	3		
ADZOPE	14 4 291 5,3	565 17,9	29 800 36,6	32 679 40,2	81 335 100	62 479 76,8
AGBOVILLE	2 735 3	9 421 10,4	34 921 38,5	43 638 48,1	90 715 100	78 559 86,6
AKOUBE	8 654 30,5	2 513 8,9	7 702 27,1	9 524 33,5	28 393 100	17 226 60,6
SAN PEDRO	50 571 25,7	30 479 15,5	43 933 22,3	71 680 36,4	196 663 100	115 613 58,7
TABOU	4 753 6,8	8 426 12,1	24 713 35,6	31 620 45,5	69 512 100	56 333 81,1
SOUBRE	32 283 15,5	32 634 15,6	70 790 33,9	73 166 35	208 873 100	143 956 68,9
SASSANDRA	12 730 21,4	8 387 14,1	20 351 34,2	18 092 30,4	59 560 100	38 443 64,6
TOUBA	3 081	7 284	6 729	25 293	42 387	32 022

	7,3	17,2	15,9	59,7	100	75,6
ODIENNE	1 658	2 260	7 637	6 459	18 014	14 096
	9,2	12,5	42,4	35,9	100	78,3
MINIGNAN	600	239	796	5 390	7 025	6 186
	8,5	3,4	11,3	76,7	100	88,0
MADINANI	6 559	1 851	3 902	21 785	34 097	25 687
	19,2	5,4	11,4	63,9	100	75,3
DALOA	4 898	37 368	66 991	47 218	156 475	114 209
	3,1	23,9	42,8	30,2	100	73,0
VAVOUA	5 271	14 201	29 684	36 073	85 229	65 757
	6,2	16,7	34,8	42,3	100	77,1
ISSIA	10 449	9 658	23 807	48 278	92 192	72 085
	11,3	10,5	25,8	52,4	100	78,2
GAGNOA	12 114	20 355	54 311	40 281	127 061	94 592
	9,5	16	42,7	31,7	100	74,4
OUME	1 742	3 374	20 119	24 512	49 747	44 631
	3,5	6,8	40,4	49,3	100	89,7
YAMOOUSSOUKRO	12 4 515	193	23 318	15 209	55 235	38 527
	8,2	22,1	42,2	27,5	100	69,7
TIEBISSOU	671	1 668	6 521	22 026	30 886	28 547
	2,2	5,4	21,1	71,3	100	92,4
TOUMODI	5 827	224	2 292	30 849	39 192	33 141
	14,9	0,6	5,8	78,7	100	84,5
DIDIEVI	1 846	1 868	12 487	41 157	57 358	53 644
	3,2	3,3	21,8	71,8	100	93,6
ADJAME_PLATEAU	15 303	17 664	51 694	42 801	127 462	94 495
	12	13,9	40,6	33,6	100	74,2

		12				
ATTECOUBE	2 037	497	33 030	49 031	96 595	82 061
	2,1	12,9	34,2	50,8	100	85,0
YOP_EST	9 735	990	39 952	30 857	123	70 809
	7,9	34,8	32,3	25	534	100
YOP_OUEST_SONGO	25	28			173	118
N	792	862	42 534	76 203	391	737
	14,9	16,6	24,5	43,9	100	68,4
DABOU	-	9 329	18 645	20 470	48 444	39 115
	-	19,3	38,5	42,3	100	80,8
JACQUEVILLE	-	391	9 727	28 316	38 434	38 043
	-	1	25,3	73,7	100	99,0
GD_LAHOU	-	8 362	17 785	18 733	44 880	36 518
	-	18,6	39,6	41,7	100	81,3
TIASSALE	4 827	2 445	16 885	37 513	61 670	54 398
	7,8	4	27,4	60,8	100	88,2
SIKENSI	4 096	8 616	25 454	14 060	52 226	39 514
	7,8	16,5	48,7	26,9	100	75,6
ABOBO_EST	13	31			160	115
	639	117	58 076	57 229	061	305
	8,5	19,4	36,3	35,8	100	72,1
ABOBO_OUEST		13				
	4 970	847	15 517	36 150	70 484	51 667
	7,1	19,6	22	51,3	100	73,3
TREICHVILLE		12				
	3 598	093	39 464	21 280	76 435	60 744
	4,7	15,8	51,6	27,8	100	79,4
MARCORY	20	23			123	
	248	011	33 474	46 538	271	80 012
	16,4	18,7	27,2	37,8	100	65,0
KOUMASSI		25			106	
	9 513	907	28 293	43 122	835	71 415

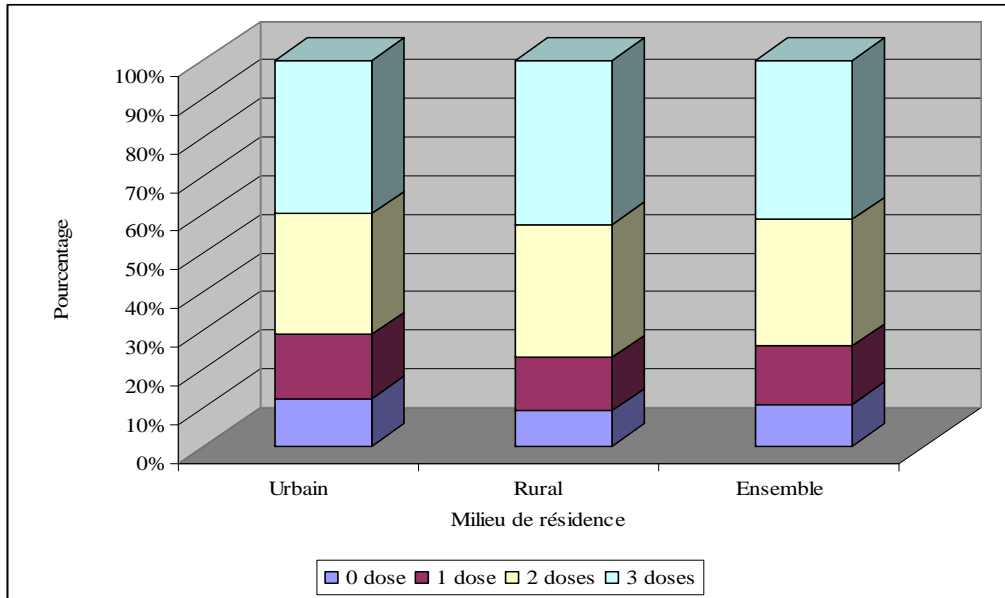
	8,9	24,2	26,5	40,4	100	66,9
PORT_BOUET_VRIDDI	36 540 23,7	24 261 15,7	43 011 27,9	50 297 32,6	154 109 100	93 308 60,5
COCODY_BINGERVILLE	10 862 13,9	20 073 25,7	19 998 25,6	27 271 34,9	78 204 100	47 269 60,5
ANYAMA	789 1,5	2 301 4,4	22 308 42,4	27 155 51,7	52 553 100	49 463 94,1
ALEPE	1 755 3,6	789 1,6	12 648 26,1	33 246 68,6	48 438 100	45 894 94,7
BOUAFLE	96 0,3	7 019 19,1	15 195 41,4	14 353 39,1	36 663 100	29 548 80,5
SINFRA	1 896 13,6	573 4,1	2 259 16,2	9 248 66,2	13 976 100	11 507 82,4
ZUENOULA	10 7 671 13,3	427 18,1	24 239 42,1	15 301 26,5	57 638 100	39 540 68,6
KOUNAHIRI	5 647 13,7	2 878 7	10 560 25,7	22 006 53,6	41 091 100	32 566 79,3
MAN	20 390 36,5	1 738 3,1	13 444 24,1	20 268 36,3	55 840 100	33 712 60,4
BANGOLO	11 238 23,4	6 348 13,2	11 345 23,6	19 073 39,7	48 004 100	30 418 63,3
BIANKOUMA	5 718 11,3	9 303 18,3	18 969 37,4	16 792 33,1	50 782 100	35 761 70,5
DANANE	5 360 12,3	2 997 6,9	14 500 33,3	20 733 47,6	43 590 100	35 233 80,9
KOUBLY	2 579 8,4	2 212 7,2	6 637 21,5	19 398 62,9	30 826 100	26 035 84,4
ZOUAN_HOUNIEN	2 407	3 185	18 550	9 990	34 132	28 540

	7,1	9,3	54,3	29,3	100	83,6
GUIGLO	10 486 21,3	2 404 4,9	4 203 8,5	32 113 65,3	49 206 100	36 316 73,8
TOULEPLEU	2 842 6,5	6 291 14,4	11 231 25,7	23 314 53,4	43 678 100	34 545 79,1
DUEKOUÉ	3 335 7,9	4 547 10,8	18 997 45,1	15 251 36,2	42 130 100	34 248 81,3
BLOLEQUIN	3 282 11,3	2 774 9,6	4 642 16	18 257 63,1	28 955 100	22 899 79,1
DIMBOKRO	4 638 13,4	1 571 4,5	3 143 9,1	25 289 73	34 641 100	28 432 82,1
BOCANDA	3 907 7,7	5 666 11,2	17 284 34,2	23 609 46,8	50 466 100	40 893 81,0
BONGOUANOU	2 243 3,4	7 146 10,7	25 204 37,9	31 970 48	66 563 100	57 174 85,9
DAOUKRO	242 1,1	1 874 8,8	6 796 32	12 336 58,1	21 248 100	19 132 90,1
MBAHIAKRO	3 463 19	1 934 10,6	4 561 25	8 264 45,4	18 222 100	12 825 70,4
PRIKRO	7 948 15,1	7 791 14,8	18 379 35	18 454 35,1	52 572 100	36 833 70,1
ABENGOUROU	1 799 1,9	15 436 16,4	26 699 28,4	50 179 53,3	94 113 100	76 878 81,7
AGNIBILEKRO	2 684 5	9 856 18,3	13 454 24,9	28 005 51,9	53 999 100	41 459 76,8
KORHOGO	9 842 5,4	22 753 12,5	72 305 39,9	76 434 42,2	181 334 100	148 739 82,1
BOUNDIALI	3 450 8,2	4 005 9,5	22 769 54,1	11 886 28,2	42 110 100	34 655 82,3
FERKE	6 381	10	31 717	12 713	61 680	44 430

		869				
	10,3	17,6	51,4	20,6	100	72,0
TENGRELA	6 427	4 254	25 983	16 565	53 229	42 548
	12,1	8	48,8	31,1	100	79,9
DIVO	17	24			163	121
	616	259	76 329	44 965	169	294
	10,8	14,9	46,8	27,6	100	74,4
LAKOTA	8 460	5 241	24 157	28 482	66 340	52 639
	12,8	7,9	36,4	42,9	100	79,3
ABOISSO		16				
	5 774	150	41 386	28 698	92 008	70 084
	6,3	17,6	45	31,2	100	76,2
ADIAKE	2 338	5 938	22 033	31 807	62 116	53 840
	3,8	9,6	35,5	51,2	100	86,7
GD_BASSAM		11				
	4 318	690	13 269	12 531	41 808	25 800
	10,3	28	31,7	30	100	61,7
BOUAKE_NORD_OU EST		11				
	8 146	680	11 198	24 750	55 774	35 948
	14,6	20,9	20,1	44,4	100	64,5
BOUAKE_NORD_EST	15	17				
	474	082	17 329	11 413	61 298	28 742
	25,2	27,9	28,3	18,6	100	46,9
BOUAKE_SUD	11	21				
	908	733	30 195	33 653	97 489	63 848
	12,2	22,3	31	34,5	100	65,5
BEOUMI		16				
	4 107	493	15 470	17 747	53 817	33 217
	7,6	30,6	28,7	33	100	61,7
DABAKALA		14				
	2 500	520	3 993	27 594	48 607	31 587
	5,1	29,9	8,2	56,8	100	65,0
KATIOLA	10	11	20 420	30 268	71 826	50 688

	123 14,1	015 15,3	28,4	42,1	100	70,5
SAKASSOU	4 109 13,5	4 803 15,8	4 261 14	17 182 56,6	30 355 100	21 443 70,6
SEGUELA	17 506 31,1	7 572 13,5	16 562 29,4	14 652 26	56 292 100	31 214 55,4
MANKONO	6 612 11,7	9 165 16,2	11 208 19,8	29 655 52,4	56 640 100	40 863 72,2
BONDOUKOU	10 551 7,3	13 518 9,3	55 897 38,5	65 406 45	145 372 100	121 303 83,5
BOUNA	3 882 7,3	4 749 8,9	21 387 40,3	23 102 43,5	53 120 100	44 489 83,8
TANDA	12 917 14,4	7 489 8,3	35 435 39,4	34 142 37,9	89 983 100	69 577 77,3
NASSIAN	- -	2 768 14,7	7 587 40,3	8 475 45	18 830 100	16 062 85,3
KOUN_FAO	925 8,2	1 699 15	3 800 33,6	4 891 43,2	11 315 100	8 691 76,8
TOTAL	622 189 10,8	866 938 15,1	1 894 280 32,9	2 366 415 41,2	5 749 822 100	4 260 695 74,1

Le District sanitaire de ZOUAN - HOUNIEN a eu la plus bonne couverture en VAT2 (54,3%). Quant au VAT3, la plus bonne couverture a été enregistrée dans le district sanitaire de Toumodi (78,7%). La majorité des femmes enquêtées (74,1%) a reçu au moins 2 doses de VAT lors des AVST de 2008 et 2009 au niveau national. Le district sanitaire de Jacquville a enregistré la plus bonne couverture (99%). Cependant le District de Bouaké Nord-Est a enregistré la plus faible couverture (46,9%). On peut constater dans ce tableau que moins de la moitié des districts sanitaires (37%) a une couverture supérieur ou égale à 80%. Il est important de mentionner qu'au moins 80% des FAR dans les districts devaient recevoir trois doses de VAT.



Graphique 3.7 : Proportion des femmes ayant reçu des doses de vaccin contre le tétanos selon le milieu de résidence

En examinant un certain nombre de facteurs pour essayer de mieux comprendre les écarts de taux obtenus dans les différents districts sanitaires. Nous avons distingué deux catégories de districts sanitaires. Dans la première catégorie, l'on aura ceux qui ont un taux de couverture inférieur à 80% (52 districts) et dans la seconde, ceux ayant un taux supérieur à 80% (31 districts).

Afin d'affiner notre analyse et de dégager les points forts et les points faibles des campagnes de vaccination, nous avons mené notre étude en nous focalisant sur les cinq districts sanitaires les moins bien couverts (moins de 60%) et les six districts sanitaires les mieux couverts (plus de 90%).

Le tableau ci-dessous indique les districts sanitaires insuffisamment couverts et ceux qui assez bien couverts.

Tableau 3.10 : caractéristiques des districts insuffisamment couverts et ceux bien couverts

DISTRICT SANITAIRE	Nombre de doses				Tota 1	VAT 2+
	0	1	2	3		
DISTRICT SANITAIRE A FAIBLE COUVERTURE (VAT2+ < 60%)						

SEGUELA	17		16	14	56	31
	506	7 572	562	652	292	214
	31,1	13,5	29,4	26	100	55,4
BOUAKE_NORD_E ST	15	17	17	11	61	28
	474	082	329	413	298	742
	25,2	27,9	28,3	18,6	100	46,9
YOP_EST		42	39	30	123	70
	9 735	990	952	857	534	809
	7,9	34,8	32,3	25	100	57,3
SAN PEDRO	50	30	43	71	196	115
	571	479	933	680	663	613
	25,7	15,5	22,3	36,4	100	58,7
DISTRICT SANITAIRE A FORT COUVERTURE (VAT2+ > 90%)						
ANYAMA			22	27	52	49
	789	2 301	308	155	553	463
	1,5	4,4	42,4	51,7	100	94,1
ALEPE			12	33	48	45
	1 755	789	648	246	438	894
	3,6	1,6	26,1	68,6	100	94,7
DAOUKRO				12	21	19
	242	1 874	6 796	336	248	132
	1,1	8,8	32	58,1	100	90,1
JACQUEVILLE				28	38	38
	-	391	9 727	316	434	043
	-	1	25,3	73,7	100	99
TIEBISSOU				22	30	28
	671	1 668	6 521	026	886	547
	2,2	5,4	21,1	71,3	100	92,4
DIDIEVI			12	41	57	53
	1 846	1 868	487	157	358	644
	3,2	3,3	21,8	71,8	100	93,6

Dans les districts insuffisamment couverts, 44% des femmes sont mariées et 35% sont célibataires contre respectivement 38% et 35% dans les districts assez bien couverts.

La disposition de l'information par les FAR pourrait susciter un engouement pour la vaccination. Dans les districts suffisamment couverts, 56,2% des femmes savent pour quoi les FAR étaient vaccinées, tandis que dans les districts à faible couverture, elles sont 44,9%. De plus, dans la catégorie des premiers districts cités, 59,7% ont répondu qu'il fallait deux doses ou plus à une femme contre 48,2% pour les districts à taux moins élevés. La peur a aussi influencé les différences de taux obtenus entre les deux catégories de districts sanitaires. Dans les districts où on a observé les faibles taux, 14,1% des femmes ont refusé parce qu'elles avaient peur, alors que dans les districts mieux couverts, elles sont 4,2%

Quelques caractéristiques sont à mentionner chez les femmes non vaccinées ou ayant reçu une dose du vaccin contre le tétanos dans les districts dits insuffisamment couverts.

Une des caractéristiques majeures des femmes est qu'elles ne sont pas suffisamment instruites. En moyenne 74% des femmes ayant reçu une dose de vaccin n'ont pas dépassé le niveau d'étude du primaire, à SEQUELA on en compte 86%. Alors qu'on aurait pu penser que l'instruction serait un facteur prédisposant les femmes à vaccination, or ce n'est pas la cause du refus. Dans les districts insuffisamment couverts, 60% des femmes ont eu une instruction (primaire, secondaire ou supérieur) dont 5,3% ont le niveau d'étude du supérieur. Au contraire, dans les districts ayant eu de bons taux, les chiffres sont 53% pour l'instruction et 1,3% pour les études du supérieur.

Pour 22% des femmes, l'absence est la cause principale de leur non vaccination, lors des séances de vaccination, elles étaient absentes de leur lieu de résidence habituel.

Lorsqu'on a demandé aux femmes si elles connaissaient les raisons pour lesquelles les FAR étaient vaccinées, en moyenne 55% ont répondu non. Par ailleurs, 80% des femmes qui ont reçu une seule dose de vaccin affirme que l'agent vaccinateur ne leur a rien dit sur le nombre total de dose à recevoir.

Les crieurs publics ont joué un rôle assez déterminant dans la mobilisation des femmes, dans les districts où les taux de vaccination ont été particulièrement meilleurs. Or, dans les districts sanitaires qui nous intéressent ici (ceux qui sont moins bien couverts), on note une timide intervention de ces derniers. A SEQUELA, 21% seulement des femmes ayant reçu une dose de vaccin, ont eu l'information par le canal des crieurs publics. A SAN PEDRO elles ne sont à peine que 16% à avoir eu l'information par le biais des crieurs publics. Le rôle joué par les crieurs publics est encore confirmé lorsqu'on porte un regard la source d'information dans les

deux groupes de districts sanitaires. Dans le premier groupe (districts moins bien couverts), 18,3% des femmes ont eu l'information par ce canal. Alors que dans le second groupe (districts bien couverts) ce sont 43,5% des femmes.

Dans les villages, l'action des crieurs publics a été encore plus bénéfique. La sensibilisation s'est faite principalement par les crieurs publics (49,3%) et a permis de faire vacciner 77% des femmes. En ville, 71% des femmes ont été vaccinées et le mode principal de mobilisation est la télévision et la radio (36,7%).

Une autre raison qui pourrait expliquer ces taux faibles de couverture dans les districts sanitaires serait la gestion des MAPI. En effet, 28,9% des femmes qui ont reçu une dose de vaccin ont eu une MAPI. Parmi les femmes qui ont signalé ce fait au centre de santé, 76,3% soutiennent que l'agent de santé n'a rien fait pour améliorer leur état de santé. D'ailleurs, 46,1% des femmes ayant eu une MAPI n'ont plus reçu une autre dose après cet incident.

Les crieurs publics ont joué un rôle assez déterminant dans la mobilisation des femmes, dans les districts où les taux de vaccination ont été particulièrement meilleurs. Or, dans les districts sanitaires qui nous intéressent ici, on note une timide intervention de ces derniers. A SEGUELA, 21% seulement des femmes ayant reçu une dose de vaccin, ont eu l'information par le canal des crieurs publics. A SAN PEDRO elles ne sont à peine que 16% à avoir eu l'information par le biais des crieurs publics.

Tableau 3.11 : Quelques caractéristiques des femmes ayant reçu 0 ou 1 seule dose de vaccin contre le tétanos.

		Pourcentage des femmes				
			Savez-vous les raisons pour lesquelles les FAR étaient-elles vaccinées? (% ayant répondu non)	Qu'est ce que l'agent vaccinateur vous a dit sur le nombre de doses à recevoir? (% ayant répondu rien dit)	Mode d'information des femmes (Crieurs publics)	Avez-vous eu une tuméfaction liée à la vaccination contre le tétanos? (% ayant répondu oui)
DISTRICTS SANITAIRES	Niveau d'instruction ne dépassant pas le primaire	Dans le commerce et l'agriculture				

SAN PEDRO	72,0	69,9	61,1	71,7	15,7	29,3
YOPOUGON_EST	47,6	54,7	46,1	70,4	15,5	34,1
BOUAKE_NORD_OU						
EST	66,3	65,3	54,9	88,1	21,1	42,5
SEGUELA	86,2	64,9	58,1	61,8	21,1	30,9
ENSEMBLE	73,6	62,1	55,0	70,3	27,2	28,9

En examinant la proportion des femmes vaccinée selon les passages, on a pu noter que les taux baissent du premier au troisième passage. De 94% au premier passage, 84% pour le second, le taux est tombé à 59% lors du troisième passage. La principale raison qui explique ces chutes de taux pourrait provenir d'une part de la méconnaissance du nombre de doses nécessaires pour être protégé contre le tétanos par les femmes, et d'autre part par le manque d'information de la part de l'agent vaccinateur.

En effet, 45% des femmes ne connaissent pas le nombre de doses à recevoir, par ailleurs 70% des femmes affirment que l'agent vaccinateur ne leur a rien dit sur le nombre de doses qu'elles doivent recevoir.

Notre analyse a aussi tenu compte de l'appréciation des Agents de Santé (AS), des Coordonnateurs de Surveillance Epidémiologiques (CSE) et des Coordonnateurs de Programme élargi de Vaccination (CPEV) sur les AVST.

➤ Dans le domaine de la communication

En matière de sensibilisation, comme nous l'avons signifié, les districts sanitaires qui ont eu les meilleurs scores en termes de taux de couverture comme DAOUKRO, JACQUEVILLE, DIDIEVI ou ADJAME ont axé leur stratégie de communication essentiellement sur les crieurs publics. Dans ces localités, les agents de santé et mêmes les CSE ou CPEV interrogés soutiennent à pratiquement 100% avoir eu recours à cette forme de mobilisation des femmes.

Au contraire, dans les districts insuffisamment couverts, ceci n'a pas été toujours le cas. Ainsi, à SEGUELA, la mobilisation s'est faite principalement par autre voie que les crieurs publics, à SAN PEDRO elle s'est faite à 75% par les crieurs publics. Quant à la sensibilisation à YOPOUGON EST, il y a eu un partage entre les crieurs publics (25%), la télévision (25%), les affiches 25% et les mobilisateurs 25%. Les messages de la télévision passent à une heure

et sur une chaîne précise, il n'est donc pas évident que l'information soit captée. Les affiches posent problème parce que le taux d'alphabétisme est faible en Côte d'Ivoire. Par ailleurs, il n'est pas sûr que la population fasse attention à l'affiche et la lise.

➤ **Dans le domaine de la formation**

La formation a été satisfaisante comme le soutiennent les agents de santé (83%). A SAN PEDRO la formation a été satisfaisante à 25%, tandis qu'à DAOUKRO, JACQUEVILLE et DIDIEVI, elle l'a été à 100%. Lorsqu'on a demandé aux acteurs pour quelles raisons la formation n'a pas été satisfaisante?, les principales raisons qui se dégagent sont : la formation n'a pas eu lieu (31,8%), la formation n'a pas eu lieu à temps (13,6%) et les outils ne sont pas arrivés à temps (13,6%).

➤ **Dans le domaine des intrants et des ressources humaines**

La mise en place des intrants (vaccins, consommables), a quelque fois été défailante. 25% des personnes chargées de la mise en œuvre des campagnes disent ne pas être satisfaites. A SAN PEDRO la proportion du personnel satisfait de la mise en place des intrants est encore plus basse, 50%, à l'opposé, dans les districts de DAOUKRO, de JACQUEVILLE et de DIDIEVI on note une totale satisfaction (100%). Les principales raisons qui expliquent cette défailance sont d'une part l'arrivée en retard des vaccins (18,3%) et d'autre part la quantité insuffisante des vaccins (56,9%). D'ailleurs, que ce soit à SAN PEDRO, YOPOUGON EST, ou SEQUELA, ces deux raisons font à elles 100% des causes de la non mise en place des intrants.

La mise en place des ressources humaines a aussi constitué un réel problème lors des AVST. 55% des agents de santé affirment qu'elle était satisfaisante. Si on retire les 46% qui se disent tout simplement satisfaits, cela fait à peine 9% qui sont très satisfaits. Cette situation est expliquée en majorité par l'insuffisance des ressources humaines (49,3%).

➤ **Nombre de jours des campagnes**

Le nombre de jour des campagnes de vaccination est déclaré insuffisant par près de 35% des agents de santé interrogés. Pour ceux qui ont estimé que le nombre de jour des campagnes n'était pas suffisant, il pense qu'il faut en moyenne 13 jours. Le nombre de jour estimé nécessaire n'est pas toujours cohérent selon que le district soit bien couvert ou insuffisamment couvert. Ainsi, les districts de SAN PEDRO et de YOPOUGON EST souhaitent des campagnes de 10 jours, alors que DIDIEVI soutient 8 jours, ADJAME 10 jours et JACQUEVILLE 14 jours.

➤ **Raisons de non vaccination**

Les premières causes de la non vaccination ou de refus lors des campagnes sont les rumeurs, plus des trois quarts des agents de santé ont signifié cela. Cette cause est répandue dans tous les districts sanitaires. Ces rumeurs portent à plus de 95% essentiellement sur le fait que la vaccination provoquerait la stérilité. La rumeur a évidemment existé, mais la gestion n'a pas été faite toujours de façon efficace. Dans des districts sanitaires, pour lutter contre les rumeurs il a été entrepris une sensibilisation de proximité, c'est le cas de SAN PEDRO, YOPOUGON EST, DIDIEVI. En revanche à TABOU, c'est à 50% que la gestion des rumeurs a été faite par une sensibilisation de proximité.

➤ **Implication des autorités administratives et difficultés rencontrées lors des AVST**

S'agissant de l'implication des autorités administratives dans les campagnes des AVST, 27% des agents de santé sont très satisfait et 45% sont plutôt satisfait, cela fait 72% qui sont satisfaits.

A YOPOUGON EST, les agents à 100% mettent en cause la persistance des rumeurs pour expliquer les difficultés rencontrées. A TREICHVILLE on a surtout évoqué l'insuffisance de ressources humaines.

Le fait de ne pas signifier aux femmes que le vaccin contre le tétanos n'est efficace que lorsqu'elles ont reçu au moins deux doses constitue une "entorse" et a un effet direct sur les taux de couverture. D'ailleurs, 47% des femmes qui n'ont pas eu d'information sur le nombre de doses à recevoir n'ont pas eu d'autres doses.

Dans un très grand nombre de district sanitaire, la majorité des femmes n'a pas eu d'information de la part des agents vaccinateur sur le nombre doses qu'il faut pour être immunisé. A TOUMODI plus de 90% des femmes n'ont pas été informées, à MADINIANI elles sont près de 90%, c'est seulement dans les districts sanitaires de DABOU et de TREICHVILLE que la proportion des femmes à qui l'agent de santé n'a rien dit est faible, respectivement 46% et 32%.

3.4. Analyse de la prise en charge des MAPI

Les Manifestations Allergiques Post Injection sont des réactions constatées sur une personne ayant reçu un antigène.

3.4.1. Connaissances sur les MAPI

Une question a été posée aux femmes pour savoir ce que l'agent vaccinateur leur a dit sur les effets indésirables du vaccin contre le tétanos, il s'avère que pour 92,6% des femmes vaccinées, l'agent vaccinateur n'a rien dit.

Tableau 3.12 : Connaissance des effets indésirables du vaccin par l'agent vaccinateur

Qu'est que l'agent vaccinateur vous dit sur les effets indésirables du vaccin ?	Effectif	Pourcen
		tage
Douleur au bras	242 160	4,7
Grattage	47 842	0,9
Fièvre	30 731	0,6
Evanouissement	5 824	0,1
Avortement	3 405	0,1
Rien dit	482	92,6
Contragestive	666	0,0
Autre	52 921	1,0
TOTAL	5 154	100

031

Bien que l'agent vaccinateur n'ait rien dit aux FAR sur les effets indésirables du vaccin, les femmes, en plus de savoir que la maladie peut être évitée (63,8%) en se vaccinant, elles savaient que le vaccin avait des effets indésirables tels que la douleur au bras (83,3%) et le grattage (8%).

Tableau 3.13 : Connaissance sur les effets indésirables du vaccin contre le tétanos

	Si oui quels sont les effets indésirables ?							TOT AL
	Doul eur au bras	Gratt age	Fi èvre	Evanouisse ment	Avorte ment	Stérilisa tion	Autr e	
Urb ain	1 233 832 82,3 %	102 161 6,8%	99 285 6, 6%	4 866 0,3%	8 119 0,5%	6 075 0,4%	44 051 2,9%	1 498 389 100,0 %
Rur al	1 010 839 84,6 %	112 200 9,4%	47 860 4, 0%	699 0,1%	1 118 0,1%	827 0,1%	21 282 1,8%	1 194 825 100,0 %
TO TAL	2 244 671 83,3 %	214 361 8,0%	14 7 145 5, 5%	5 565 0,2%	9 237 0,3%	6 902 0,3%	65 333 2,4%	2 693 214 100,0 %

3.4.2. Connaissance sur la conduite à tenir en cas de MAPI.

Sur la population des femmes qui sont vaccinées lors des campagnes 2008 et 2009, 28,9% ont eu une MAPI. Les femmes n'ont pas une nette connaissance de la conduite à tenir en cas de MAPI. Dans la population des femmes ayant eu une MAPI, à peine 6% ont signalé ce fait au centre de santé.

3.4.3. Proportion de femmes ayant eu une MAPI par district sanitaire et rang de la dose de survenu de la MAPI

En moyenne 28,9% des femmes ont eu une MAPI, ce chiffre varie selon les districts sanitaires. A BONDOUKOU tout comme SAKASSOU ce chiffre est très élevé et est de 44%.

Au contraire à ODIENNE il est de 7%, à MADINANI, il est de 12%.

La majorité des cas de manifestations allergiques surviennent après la première dose de vaccin. Ainsi 57,1% des cas sont survenues après la première dose; 15,8% après la deuxième dose, 9,2% à la troisième dose.

Sur le nombre total des femmes ayant eu une manifestation allergique, 58,2% d'entre elles vivent en milieu urbain et 41,8 % en milieu rural.

Tableau 3.14 : Proportion de femmes enquêtées ayant eu une MAPI par district sanitaire et à partir de combien de dose

DISTRICTS SANITAIRE	Avez-vous eu une tuméfaction liée à la vaccination contre le tétanos ?		TOTAL
	OUI	NON	
ADZOPE	21 056,0	55 988,0	77 044,0
	27,3	72,7	100,0
AGBOVILLE	25 994,0	62 711,0	88 705,0
	29,3	70,7	100,0
AKOUBE	8 158,0	11 581,0	19 739,0
	41,3	58,7	100,0
SAN PEDRO	43 053,0	103 937,0	146 990,0
	29,3	70,7	100,0
TABOU	18 808,0	45 950,0	64 758,0
	29,0	71,0	100,0
SOUBRE	33 982,0	143 559,0	177 541,0
	19,1	80,9	100,0
SASSANDRA	5 521,0	41 308,0	46 829,0
	11,8	88,2	100,0
TOUBA	4 230,0	35 076,0	39 306,0
	10,8	89,2	100,0

ODIENNE	1 227,0	15 899,0	17 126,0
	7,2	92,8	100,0
MINIGNAN	895,0	5 611,0	6 506,0
	13,8	86,2	100,0
MADINANI	3 240,0	24 298,0	27 538,0
	11,8	88,2	100,0
DALOA	40 489,0	111 088,0	151 577,0
	26,7	73,3	100,0
VAVOUA	22 795,0	57 163,0	79 958,0
	28,5	71,5	100,0
ISSIA	17 817,0	65 859,0	83 676,0
	21,3	78,7	100,0
GAGNOA	16 607,0	100 004,0	116 611,0
	14,2	85,8	100,0
OUME	8 228,0	39 776,0	48 004,0
	17,1	82,9	100,0
YAMOOUSSOUKRO	20 465,0	30 254,0	50 719,0
	40,3	59,7	100,0
TIEBISSOU	16 867,0	13 348,0	30 215,0
	55,8	44,2	100,0
TOUMODI	20 541,0	13 047,0	33 588,0
	61,2	38,8	100,0
DIDIEVI	18 953,0	36 558,0	55 511,0
	34,1	65,9	100,0
ADJAME_PLATEAU	34 867,0	77 292,0	112 159,0
	31,1	68,9	100,0
ATTECOUBE	43 421,0	51 138,0	94 559,0
	45,9	54,1	100,0
YOP_EST	39 865,0	76 982,0	116 847,0
	34,1	65,9	100,0
YOP_OUEST_SONGON	57 268,0	90 331,0	147 599,0
	38,8	61,2	100,0
DABOU	14 425,0	34 019,0	48 444,0

	29,8	70,2	100,0
JACQUEVILLE	12 400,0	26 034,0	38 434,0
	32,3	67,7	100,0
GD_LAHOU	14 451,0	30 429,0	44 880,0
	32,2	67,8	100,0
TIASSALE	11 076,0	45 767,0	56 843,0
	19,5	80,5	100,0
SIKENSI	11 212,0	36 919,0	48 131,0
	23,3	76,7	100,0
ABOBO_EST	64 038,0	82 384,0	146 422,0
	43,7	56,3	100,0
ABOBO_OUEST	35 031,0	30 483,0	65 514,0
	53,5	46,5	100,0
TREICHVILLE	37 363,0	36 170,0	73 533,0
	50,8	49,2	100,0
MARCORY	41 392,0	61 631,0	103 023,0
	40,2	59,8	100,0
KOUMASSI	33 473,0	63 850,0	97 323,0
	34,4	65,6	100,0
PORT_BOUET_VRIDDI	67 473,0	52 414,0	119 887,0
	56,3	43,7	100,0
COCODY_BINGERVILLE	27 758,0	39 585,0	67 343,0
	41,2	58,8	100,0
ANYAMA	17 334,0	34 430,0	51 764,0
	33,5	66,5	100,0
ALEPE	16 812,0	29 871,0	46 683,0
	36,0	64,0	100,0
BOUAFLE	5 489,0	31 077,0	36 566,0
	15,0	85,0	100,0
SINFRA	5 987,0	6 094,0	12 081,0
	49,6	50,4	100,0
ZUENOULA	11 505,0	38 461,0	49 966,0
	23,0	77,0	100,0

KOUNAHIRI	2 403,0	33 041,0	35 444,0
	6,8	93,2	100,0
MAN	-	35 450,0	35 450,0
	-	100,0	100,0
BANGOLO	4 267,0	32 499,0	36 766,0
	11,6	88,4	100,0
BIANKOUMA	9 266,0	36 466,0	45 732,0
	20,3	79,7	100,0
DANANE	8 676,0	29 554,0	38 230,0
	22,7	77,3	100,0
KOUIBLY	5 710,0	22 537,0	28 247,0
	20,2	79,8	100,0
ZOUAN_HOUNIEN	7 883,0	23 842,0	31 725,0
	24,8	75,2	100,0
GUIGLO	5 457,0	33 863,0	39 320,0
	13,9	86,1	100,0
TOULEPLEU	10 190,0	30 646,0	40 836,0
	25,0	75,0	100,0
DUEKOUÉ	10 574,0	28 790,0	39 364,0
	26,9	73,1	100,0
BLOLEQUIN	2 468,0	23 666,0	26 134,0
	9,4	90,6	100,0
DIMBOKRO	10 333,0	19 670,0	30 003,0
	34,4	65,6	100,0
BOCANDA	16 652,0	29 908,0	46 560,0
	35,8	64,2	100,0
BONGOUANOU	19 135,0	45 184,0	64 319,0
	29,8	70,2	100,0
DAOUKRO	10 951,0	10 055,0	21 006,0
	52,1	47,9	100,0
MBAHIAKRO	5 821,0	8 938,0	14 759,0
	39,4	60,6	100,0
PRIKRO	10 519,0	34 105,0	44 624,0

	23,6	76,4	100,0
ABENGOUROU	18 269,0	74 045,0	92 314,0
	19,8	80,2	100,0
AGNIBILEKRO	1 787,0	52 211,0	53 998,0
	3,3	96,7	100,0
KORHOGO	45 823,0	125 669,0	171 492,0
	26,7	73,3	100,0
BOUNDIALI	7 712,0	30 949,0	38 661,0
	19,9	80,1	100,0
FERKE	12 270,0	43 029,0	55 299,0
	22,2	77,8	100,0
TENGRELA	6 223,0	41 644,0	47 867,0
	13,0	87,0	100,0
DIVO	26 490,0	122 615,0	149 105,0
	17,8	82,2	100,0
LAKOTA	11 458,0	47 015,0	58 473,0
	19,6	80,4	100,0
ABOISSO	7 950,0	78 284,0	86 234,0
	9,2	90,8	100,0
ADIAKE	16 130,0	44 427,0	60 557,0
	26,6	73,4	100,0
GD_BASSAM	8 962,0	28 528,0	37 490,0
	23,9	76,1	100,0
BOUAKE_NORD_OUEST	14 340,0	33 977,0	48 317,0
	29,7	70,3	100,0
BOUAKE_NORD_EST	19 489,0	26 335,0	45 824,0
	42,5	57,5	100,0
BOUAKE_SUD	22 179,0	63 402,0	85 581,0
	25,9	74,1	100,0
BEOUMI	15 377,0	34 333,0	49 710,0
	30,9	69,1	100,0
DABAKALA	7 671,0	38 437,0	46 108,0
	16,6	83,4	100,0

KATIOLOA	15 268,0	47 168,0	62 436,0
	24,5	75,5	100,0
SAKASSOU	11 756,0	14 489,0	26 245,0
	44,8	55,2	100,0
SEGUELA	11 990,0	26 796,0	38 786,0
	30,9	69,1	100,0
MANKONO	9 695,0	41 032,0	50 727,0
	19,1	80,9	100,0
BONDOUKOU	59 675,0	75 147,0	134 822,0
	44,3	55,7	100,0
BOUNA	20 642,0	28 597,0	49 239,0
	41,9	58,1	100,0
TANDA	19 858,0	57 209,0	77 067,0
	25,8	74,2	100,0
NASSIAN	3 115,0	15 715,0	18 830,0
	16,5	83,5	100,0
KOUN_FAO	3 564,0	6 826,0	10 390,0
	34,3	65,7	100,0
TOTAL	1 489 564,0	3 664 469,0	5 154 033,0
	28,9	71,1	100,0

3.4.4. Prise en charge des agents de santé pour les femmes ayant eu une MAPI

Nous notons que 23,7% des femmes qui se sont rendues dans un centre de santé suite à une MAPI ont bénéficié de soins gratuits de la part des agents de santé. 24,1% ont reçu des ordonnances, ce qui suppose qu'elles doivent se prendre en charge elles mêmes. Au total, il est à retenir que pour plus des trois quart des cas, soit 76,3% rien de concret n'a été fait au niveau de la prise en charge.

Selon les instructions de la Direction du Programme Elargie de vaccination tout incident médical sévère ou non dont les agents de santé ou la population pensent être lié à la vaccination doit être déclaré par les patients aux structures sanitaires impliquées dans la vaccination contre le tétanos. Dans la pratique les femmes ne connaissent pas la conduite à tenir, et même lorsqu'elles le savent et qu'elles le signalent aux agents de santé, la prise en charge n'est pas évidente parce que les moyens n'existent pas toujours.

Tableau 3.15: Prise en charge des cas de MAPI

Qu'est ce que l'agent de santé a eu à faire pour améliorer votre santé ?	Effectif	Pourcentage
Prise en charge	20 556	23,7
Ordonnance	20 861	24,1
Rien fait	28 295	32,6
Autres	16 983	19,6
Total	86 694	100,0

Lors des focus groups, il a été aussi révélé qu'en milieu urbain comme en milieu rural que rien n'a été fait pour les femmes qui ont eu des manifestations allergiques au VAT. Certains hommes ont même mis en doute la qualité des vaccins qui ont été utilisés lors des campagnes.

3.4.5. Proportion des femmes ayant reçu une autre dose après une MAPI

Plus de la moitié (53,9) des femmes ayant eu une MAPI a accepté de se faire vacciner après l'incident, Cependant rappelons que 46,1% des femmes ne se sont plus fait vacciner suite aux incidents liés au VAT. Chez les FAR qui cohabitent avec les femmes enquêtées, plus de 30% n'ont plus reçu de dose de vaccin contre le tétanos après un incident de MAPI.

Les raisons qui sous-tendent ce refus sont la peur, le manque de prise en charge en cas de MAPI.

Les premières causes de la non vaccination ou de refus lors des AVST sont les rumeurs, plus des trois quarts des agents de santé ont signifié cela. Cette cause est répandue dans tous les districts sanitaires. Ces rumeurs portent à plus de 95% essentiellement sur le fait que la vaccination provoquerait la stérilité. La rumeur a évidemment existé, mais la gestion n'a pas été faite toujours de façon efficace. Dans des districts sanitaires, pour lutter contre les rumeurs il a été entrepris une sensibilisation de proximité, c'est le cas de SAN PEDRO, YOPOUGON EST, DIDIEVI. En revanche à TABOU, c'est à 50% que la gestion des rumeurs a été faite par une sensibilisation de proximité.

Selon les données des focus groups, dans les deux zones les hommes ont affirmé que rien n'a été fait pour les femmes suivant la tendance des propos :

« rien n'a été fait pour ma voisine qui avait une plaie »
 « les vaccins ont été mal faits par les agents et il n'y a pas eu de prise en charge »
 « rien n'a été fait suite à la tuméfaction du bras de ma sœur ».

3.5. Identification des raisons de non vaccination de refus ou d'abandon

Plusieurs raisons de non vaccination de la cible ont été enregistrées, les plus importantes étaient la défaillance d'une communication pour le changement de comportement, le manque de riposte face aux rumeurs et la faible prise en charge des cas de MAPI.

3.5.1. Statut des femmes non vaccinées ou ayant abandonné après une dose

Tableau 3.16: Statut des femmes non vaccinées ou ayant abandonné

Statut de l'enquêtée	Femmes non vaccinées ou ayant abandonné à VAT1	
	Nombre	Pourcentage
Enceinte actuellement	51 582	8,7
Enceinte au moins une fois	391 446	65,7
N'ayant été jamais été enceinte	152 758	25,6
Total	595 787	100,0

Toujours, dans la population des FAR ayant refusé ou abandonné la vaccination, pour les femmes ayant été enceinte au moins un fois, lors de la dernière grossesse, 58,2% ont été immunisées contre le tétanos et 41,8% sont restées sans protection contre le tétanos, parce que, soit n'ayant reçu aucune dose, soit ont reçu qu'une seule dose.

Tableau 3.17: Nombre de dose de VAT reçu lors de la dernière grossesse

Statut de l'enquêtée	Nbre de doses de VAT reçu lors de la dernière grossesse					Total
	0	1	2	3	4+	
Enceinte	11 162 33,9	6 016 18,3	9 417 28,6	392 13,3	959 5,9	32 946 100,0
Enceinte au moins une fois	71 762 22,7	172 18,0	597 33,0	660 22,9	601 3,3	316 792 100,0
Total	82 924 23,7	63 18,1	114 32,6	77 22,0	12 3,6	349 738 100,0

Pour celles qui étaient enceintes au moment de l'enquête, au regard de la dangerosité de la maladie la situation est encore plus préoccupante. Pour plus de la moitié (52,1%) l'immunisation contre le tétanos ne s'est pas faite lors de leur dernière grossesse.

Tableau 3.18: Raisons pour lesquelles les femmes n'ont pas été vaccinées ou ont eu une seule dose de VAT

Raison de non vaccination ou d'abandon après une dose de VAT	Pourcentage
Pas nécessaire	6,8%
Refus	7,4%
Absence	22,2%
Non informée	21,9%
Peur	9,5%
Malade	3,4%
Trop occupée	2,6%

Démunie	0,4%
Pal informé	5,3%
Eloignée du poste de vaccination	1,1%
Rumeur contragestive	10,6%
Religion	0,3%
Autres	8,5%

L'analyse de la couverture vaccinale des FAR selon les caractéristiques sociodémographiques permet d'établir un certain nombre de constats.

Suivant le statut marital des FAR, il apparaît que ce sont les femmes mariées ou veuves qui ont un taux en VAT2+ plus élevé (75,7%) légèrement supérieur à la moyenne qui est de 74%. En fonction du niveau d'instruction, le taux en VAT2+ des femmes alphabétisées est plus élevé (83%), celui des FAR ayant le niveau d'étude du primaire est de 76,4%. Contre tout attente, ce sont les FAR les plus instruites (niveau d'études du supérieur), connaissant l'importance de la vaccination qui ont le plus bas taux 66,6%.

Par rapport à l'activité principale des FAR, les femmes évoluant dans les activités commerciales et agricoles ont les meilleurs taux (respectivement 75,8% et 75,4%) en VAT2+. L'âge apparaît comme un élément discrimination de la vaccination. La proportion des femmes vaccinées en VAT2+ avant 25 ans est moins élevée (71%), comparativement à celles qui ont 25 ans et plus (plus de 74%).

3.5.2. Causes socio – culturelles de la non vaccination des FAR

Lors des AVST, plusieurs rumeurs ont eu des influences négatives sur la décision de se faire vacciner.

Dans les deux zones lors des focus groups, les personnes interrogées ne savaient pas l'origine des rumeurs selon les propos suivants :

- « je ne sais pas »
- « sûrement les ‘on dit’ »
- « il n'y a pas de fumée sans feu »
- « c'est venu de la ville »
- « les rumeurs étaient politique ».

En zone rurale comme en zone urbaine les rumeurs étaient les mêmes selon la tendance des propos des participants aux focus groups :

« stérilité des femmes qui se feront vacciner »
« réduction du taux de naissance »
« le vaccin fait avorter les femmes enceintes »
« prolongation du terme de la grossesse ».

3.5.2.1. Rumeurs sur la stérilité

Selon les données des focus group, la plus importante en milieu rural comme en milieu urbain est que le VAT rend stérile la femme qui se fait vacciner. Deux éléments essentiels soutiennent cette rumeur. La première est le ciblage de la FAR. Pourquoi les hommes ont-ils été exclus alors qu'ils se blessent plus souvent que les femmes donc plus exposés que les femmes au tétanos. Les personnes interrogées n'ont pas compris le choix de la cible et ils continuent de se poser des questions du genre :

« Pourquoi les hommes n'ont-ils pas été vaccinés »
« Pourquoi vacciner uniquement les femmes »
« C'est pas clair dans la mesure où ils n'ont pas donné les raisons du choix »
« Campagne suspecte »
« Il n'y a pas de fumée sans feu ».

3.5.2.2. Rumeurs au tour de la grossesse

D'une part une rumeur disait que le VAT fait avorter les femmes enceintes et d'autre part que le VAT fait prolonger le terme de la grossesse. Ce qui fait que les femmes enceintes se méfiaient et certaines ne se sont pas faites vacciner soit 8,7% des femmes enceintes non immunisées.

3.5.2.3. Rumeurs liées au contexte sociopolitique du pays

Il a été dit que les AVST avaient pour but de réduire le taux de naissance dans certaines régions afin de réduire le nombre des électeurs.

3.5.3. Gestion des rumeurs

Selon les personnes interviewées, le début de la campagne contre le TMNN a coïncidé avec des émissions à la télévision sur la planification familiale. Cela été un facteur qui a amplifié la rumeur dans certains districts de la région du Nzi Comoé.

Vu que dans la perception traditionnelle des africains, la valeur d'une femme est souvent mesurée par sa capacité de reproduction, si la femme n'est pas bien informée elle adhère

difficilement à une campagne de vaccination contre le TMNN. Ainsi au moins 10% des femmes n'ont pas participé aux AVST à cause des rumeurs qui sont imputables à un défaut de communication.

Les hommes interrogés lors des focus groups pensaient que les rumeurs n'étaient pas fondées à travers les affirmations suivantes :

« après les vaccinations des femmes enceintes ont pu avoir leurs enfants »
« elles étaient fausses ces rumeurs ».

Dans les deux zones les hommes ont affirmé qu'ils sont restés indifférents face aux rumeurs à travers les propos suivants :

« je n'étais pas concerné donc je n'ai eu aucune attitude »
« moi, je n'ai rien fait je regardais faire ».

Les participants aux focus groups ont suggéré une grande sensibilisation des populations à travers les affirmations suivantes :

« il faut que le message passe un mois avant la campagne »
« sensibiliser et informer toutes les classes sociales »
« faire des séries télévisées sur la vaccination »
« qu'on ne brusque pas la population ».

Bien que pouvant être rattaché aux aspects communicationnels, on note que souvent le personnel de santé n'était pas préparé disons outillé à faire face aux rumeurs. Cela a aussi été une des faiblesses des AVST.

Nous pouvons dire qu'au lieu des rumeurs, c'est plus tôt les problèmes d'information, d'éducation et de communication pour le changement de comportement qui occupent la première place dans le refus ou l'abandon de la vaccination lors des AVST de 2008 et 2009.

3.5.4. Autres raisons de non vaccination de refus ou d'abandon

La communication et la prise en charge des MAPI ont aussi émaillé la mise en œuvre des AVST.

3.5.4.1. Communication pour le changement de comportement

La raison majeure de non vaccination des FAR est liée à un problème d'information et d'éducation et de communication auprès de la population. 27,2% des raisons de non vaccination sont liées à un problème d'information et d'éducation avant et pendant les AVST.

A ce taux nous pouvons adjoindre les 2,6% des femmes occupées et les 6,8% qui jugent la vaccination pas nécessaire. En général la stratégie de communication mise plus sur la mobilisation des femmes à participer aux séances de vaccination. L'aspect éducation est juste survolé. Donc les femmes n'ont pas eu suffisamment de connaissance sur les bénéfices du VAT, la conduite à tenir en cas de MAPI, le nombre de dose nécessaire pour être immunisée...

3.5.4.2. Gestion des cas de MAPI

46% des femmes qui ont eu une MAPI ont refusé de se faire vacciner après. On remarque qu'après la première dose 36% des femmes ayant eu une MAPI ont désisté. Parmi les raisons citées de non vaccination les raisons comme la peur et le refus sont en partie liées aux MAPI. En effet la mauvaise gestion des cas de MAPI par le personnel de santé à cause de l'insuffisance des médicaments en qualité et en quantité selon les personnes interviewées et les coûts que devaient engendrer les soins des cas MAPI sont les sources de démotivation des communautés aux AVST.

3.6. Gestion des déchets médicaux des AVST

Concernant l'appréciation de la gestion des déchets médicaux, 75% des agents de santé dans les régions sanitaires ont répondu qu'elle était satisfaisante (pour 34% très bonne gestion et 41,8% ont dit bonne gestion). Notons qu'il s'agit ici du système mis en place pour la gestion des déchets médicaux au niveau district. Cependant les boîtes de sécurité étaient stockées dans les magasins des districts sanitaires au moment de la collecte des données.

3.7. Apports de la micro planification

Parlant de la micro planification, 62,1% des agents de santé ont eu la retro information de leur micro plan. Parmi eux, 71,1% ont dit qu'ils étaient satisfaits d'avoir eu le document. Selon ceux qui ont dit avoir reçu leur micro plan, 85,3% ont dit que le document a contribué à faciliter la mise en œuvre des AVST dans leurs aires sanitaires.

3.8. Formation des acteurs

La formation a été satisfaisante comme le soutiennent les agents de santé (83%).

A SAN PEDRO la formation a été satisfaisante à 25%, tandis qu'à DAOUKRO, JACQUEVILLE et DIDIEVI, elle l'a été à 100%. Lorsqu'on a demandé aux acteurs pour quelles raisons la formation n'a pas été satisfaisante?, les principales raisons qui se dégagent sont : « la formation n'a pas eu lieu » (31,8%), « la formation n'a pas eu lieu à temps » (13,6%) et « les outils ne sont pas arrivés à temps » (13,6%).

3.9. Mise à disposition des intrants, des ressources humaines et nombre de jour imparti pour les AVST

La mise en place des intrants (vaccins, consommables), a quelque fois été défectueuse. 25% des personnes chargées de la mise en œuvre des campagnes disent ne pas être satisfaites. A SAN PEDRO la proportion du personnel satisfait de la mise en place des intrants est encore plus basse (50%) à l'opposé, dans les districts de DAOUKRO, de JACQUEVILLE et de DIDIEVI on note une totale satisfaction (100%). Les principales raisons qui expliquent cette défectuosité sont d'une part l'arrivée en retard des vaccins (18,3%) et d'autre part la quantité insuffisante des vaccins (56,9%). D'ailleurs, que ce soit à SAN PEDRO, YOPOUGON EST, ou SEQUELA, ces deux raisons font à elles 100% des causes d'une mauvaise mise en place des intrants.

La mise en place des ressources humaines a aussi constitué un réel problème dans les campagnes des AVST. 55% des agents de santé affirment qu'elle était satisfaisante. Si on retire les 46% qui se disent tout simplement satisfaits, cela fait à peine 9% qui sont très satisfaits. Cette situation est expliquée en majorité par l'insuffisance des ressources humaines (49,3%).

Le nombre de jour des campagnes de vaccination est déclaré insuffisant par près de 35% des agents de santé interrogés. Pour ceux qui ont estimé que le nombre de jour des campagnes n'était pas suffisant, il pense qu'il faut en moyenne 13 jours. Le nombre de jour estimé nécessaire n'est pas toujours cohérent selon que le district soit bien couvert ou insuffisamment couvert. Ainsi, les districts de SAN PEDRO et de YOPOUGON EST souhaitent des campagnes de 10 jours, alors que DIDIEVI soutient 8 jours, ADJAME 10 jours et JACQUEVILLE 14 jours.

3.10. Rôles des partenaires de la DC PEV lors des AVST

Lors des AVST, les structures partenaires avaient pour objectif de veiller à la qualité des activités en plus de cet objectif les partenaires au développement ont apporté des appuis financiers et matériels. Ils disent avoir préparé les documents de la campagne, supervisé les activités sur le terrain et trouver des solutions aux problèmes rencontrés sur le terrain.

3.11. Coûts des AVST

De façon générale, les personnes interrogées ont trouvé que les coûts alloués aux AVST respectaient les normes de financement et étaient acceptables. Le calcul du coût d'une femme vaccinée avec 2 doses et plus a été fait sur la base de la sommation des montants des budgets des passages n°1 et n°2 des 18 districts à risque, des passages n°1 et n°2 des 54 districts et le 3^{ème} passage au niveau des 72 districts, soit un coût total de 1.544.204.964 f cfa. Cette somme a été divisée par le nombre des femmes qui devaient être vaccinées au niveau national, soit 5.017.588 FAR. Le coût d'une FAR vaccinée a été estimé à 310 f cfa. Cependant, Il est à rappeler que certains coûts comme les locations de véhicules, les séminaires et autres frais à la charge de l'Etat n'ont pas été pris en compte. Par ailleurs le taux de flacon de vaccins virés est de 7,8%, ce qui est énorme et fait accroître le coût des AVST.

3.12. Points forts des AVST

Pour les interviewés, les points forts des AVST étaient l'engagement du Ministère de la Santé au plus haut niveau, la forte mobilisation des populations, la motivation des agents de santé et la disponibilité des intrants.

3.13. Points faibles des AVST

Quant aux points faibles, toutes les cibles interrogées lors des entretiens ont souligné les rumeurs.

3.14. Principales recommandations des partenaires et des acteurs des AVST

Les personnes interrogées ont formulé plusieurs recommandations dont les récurrentes étaient les suivantes :

- les AVS ne devaient pas être perçues par les communautés comme une offre de soins mais plutôt comme une demande de soins afin d'éviter les rumeurs ;
- que les messages de mobilisation soient bien définis ;
- un travail des communicateurs avant la mise en œuvre des AVS ;

- une meilleure prise en compte des stratégies de communication ;
- une plus grande implication de tous les partenaires ;
- que les populations soient sensibilisées ;
- une meilleure préparation des activités et savoir tirer des leçons des activités passées ;
- que la production des outils de gestion soit faite par la partie nationale ;
- que des ressources financières conséquentes soient mises à la disposition de la communication.

IV- Appréciation de la mise en œuvre des AVST de 2008 et 2009

4.1. Analyse des objectifs des AVST

L'objectif visé des AVST qui étaient d'immuniser au moins 80% des femmes en âge de reproduction en trois doses n'a pas été atteint pour deux raisons principales :

- le faible niveau de communication pour le changement de comportement au près de la population ;
- une mauvaise prise en charge des MAPI lors des passages.

Un autre objectif était d'assurer la sécurité des injections dans les districts sanitaires : cet objectif a été atteint dans la mesure où aucun cas d'accident de ce genre n'a été signalé.

Aussi l'objectif Prendre en charge correctement les MAPI : cet objectif n'a pas été atteint à cause de l'insuffisance des médicaments et la faible prise en charge des cas de MAPI.

Enfin l'objectif Assurer une bonne Gestion des déchets engendrés par la vaccination cet objectif n'a pas été atteint parce que les déchets étaient stockés dans les districts plusieurs mois après les AVST et lors de la collecte des données de la présente évaluation.

4.2. Pertinence des AVST en Côte d'Ivoire

Selon l'article 7 de la constitution de la république de Côte d'Ivoire (Juillet 2000), tout être humain a droit au développement et au plein épanouissement de sa personnalité dans ses dimensions matérielle, intellectuelle et spirituelle. **L'Etat assure à tous les citoyens l'égal accès à la santé**, à l'éducation, à la culture, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi. L'Etat a le devoir de sauvegarder et de promouvoir les valeurs nationales de civilisation ainsi que les traditions culturelles non contraires à la loi et aux bonnes mœurs. Les AVST s'inscrivent dans un plan de santé publique qui est un ensemble cohérent d'actions pour atteindre des objectifs précis (plan d'action stratégique 2007-2011 pour l'élimination du TNN en Côte d'Ivoire). Le nombre de cas confirmés de TNN est passé de 19 en 2001 à 31 en 2005. Ce constat est d'autant plus préoccupant qu'il s'accompagne d'une progression lente de la couverture concernant l'anatoxine tétanique qui est restée globalement à un niveau 60,9%

en 1995, 54,2% en 2002 et 67% en 2006 selon les trois enquêtes MICS conduites dans le pays en 1995, 2000 et 2006. La Côte d'Ivoire fait partie des pays identifiés à risque de tétanos depuis 1999. Le tétanos, est une maladie évitable par la vaccination et n'est pas transmise d'une personne à une autre. En vue de réduire la mortalité maternelle et infantile, le pays a souscrit à l'initiative d'élimination du tétanos néonatal (TNN) et l'a inscrit dans les objectifs de son Programme Elargi de Vaccination (PEV). C'est dans ce cadre que des AVST ont été organisées en 2007, 2008 et 2009 dont la cible était les femmes de 15-49 ans. La réduction des décès provoqués par le tétanos néonatal est l'un des moyens les plus simples et les plus efficaces de réduire le taux de mortalité néonatale. Toutefois, comme la majorité de ces décès interviennent à domicile, avant que le bébé n'atteigne l'âge de deux semaines, et que ni les naissances, ni les décès ne sont déclarés, le nombre de cas notifiés par le pays est faible. C'est pourquoi le tétanos néonatal est un véritable problème de santé il est souvent surnommé par les spécialistes « le tueur silencieux ».

Pour les partenaires et les acteurs des AVST, le point focal communication dans les districts sanitaires était une innovation par rapport aux autres AVS. Cette initiative a permis de mobiliser à la fois la cible et les autorités religieuses et coutumières.

4.3. Analyse de l'efficacité

Selon les données administratives de la DC PEV, seul le district Abobo Est a pu atteindre l'objectif de couverture des 80%. Les données de couverture de ce district en routine en 2008 étaient de 48% en VAT2+ et selon les données de l'évaluation, ce district a une couverture de 72,1% en VAT2+. Les données de l'évaluation enregistrent une bonne couverture dans le district de Jacquerville 99%. Selon les données administratives du PEV en routine en VAT2+ ce district était couvert à 42% en 2008 et lors des AVST sa couverture en VAT3 était de 72%. Selon les données de routine de la DC PEV, en 2008 la couverture nationale en VAT2+ était de 40% et les couvertures les plus faibles étaient enregistrées dans les districts sanitaires de Tabou 23%, Divo 25% et 27% à Bondoukou et à Soubré. Lors des AVST, selon les données administratives de la DC PEV, la couverture nationale en VAT3 était de 76%. Les données des districts cités en VAT3 étaient de 63% à Tabou, 80% à Divo, 65% à Soubré et 78% à Bondoukou. Dans ces mêmes districts les données de l'évaluation donnent les résultats suivants : 81,1% à Tabou, 74,4% à Divo, 68,9% à Soubré et 83,5% à Bondoukou. Au regard des ces chiffres, force est de constater que les AVST ont beaucoup amélioré la couverture et

la protection de la cible contre le tétanos. Les moyens financiers, logistiques, humains et l'engagement des acteurs pourraient expliquer ces résultats obtenus.

4.4. Analyse de l'efficience

Selon les ressources mises à la disposition de la DC PEV, et sur la base des résultats obtenus nous pouvons affirmer que les AVST étaient efficaces.

Ressources humaines: 20 150

Vaccinateurs	= 4 593
Volontaires	= 6 352
Superviseurs districts	= 517
Mobilisateurs	= 7 870
Chauffeurs	= 246
Coordonnateurs	= 262
Points focaux MAPI	= 72
Points focaux déchets	= 83
Points focaux communications	= 72
Aide logisticiens	= 83

Ressources matérielles :

Doses de VAT	= 5 519 710
Tee shirts	= 30 000
Banderoles	= 72
Affiches	= 5 000

Ressources financières : 1.544.204.964 f cfa.

Le coût d'une FAR vaccinée en VAT2+ a été estimé à 310 f cfa.

Tableau 4.1 : Nombre total de FAR (15 - 49 ans) attendues au niveau national (**5 017 588**)

VAT doses	Total femmes	Total femmes	Total femmes	% de couverture

	vaccinées au 1er passage (A)	vaccinées au 2e passage (B)	vaccinées au 3e passage (C)	(A+B+C)/Pop cible
VAT1 (seulement de cette campagne)	4 580 831	537 266	406 293	110%
VAT2 (seulement de cette campagne)		4 058 657	684 919	95%
VAT3 (seulement de cette campagne)			3 793 433	76%

Sources DC PEV : Données administratives

Selon les données de l'évaluation, en moyenne, 74,1% des femmes vaccinées ont reçu au moins deux doses et plus du vaccin contre le tétanos. Les résultats obtenus en routine prennent compte que les femmes enceintes qui représentent 5% de la population. Lors des AVST les FAR en âge de reproduction représentaient 26% de la population totale. En prenant en compte les rumeurs qui ont été un véritable obstacle lors des AVST et le non respect de la micro planification selon les acteurs de terrains les résultats sont efficaces. Au NIGER, le coût de la campagne TNN 2007 s'élève à plus de 420 millions de Francs CFA (860 000 dollars) et comprenait notamment l'achat et la fourniture de vaccins, la formation des agents de santé, et la campagne de mobilisation sociale. La campagne 2007 visait plus de 550 000 femmes de 15 à 49 ans dans 5 districts (Doutchi, Mirriah, Aguié, Kollo et Ouallam). Elle concerne également quelque 200 000 femmes des 3 districts (Boboye, Guidam-Roumji et Goure) de la campagne 2006, qui devront recevoir leur troisième et dernière vaccination.

4.5 Analyse de l'Impact

Selon les données administratives de la DC PEV, 81% des FAR sont protégées contre le tétanos pendant 3 ans (VAT2) et 76% des FAR ont été protégées pendant 5 ans (VAT3). Les données de l'évaluation estiment qu'en moyenne 74% des FAR sont protégées pendant 3 ans contre la maladie (VAT2+). Selon ces mêmes données, en moyenne 32% des FAR sont protégées contre la maladie durant 3 ans (VAT2) et 41% durant 5 ans (VAT3). Les districts sanitaires ont à la fois les moyens matériels et financiers modestes pour mener les activités de

routine dans le cadre du PEV plus. Aussi la DC PEV a mis à leur disposition tout un mécanisme pour notifier les cas de TNN nous espérons que le pays va droit vers l'élimination du TNN.

4.6 Analyse de la viabilité

Selon les données de l'évaluation, les AVST ont permis aux agents des districts d'être formés à la micro planification et de bénéficier de matériel de la chaîne du froid, de redéployer du personnel qualifié et aussi d'associer certaines interventions comme la distribution de moustiquaires imprégnées et de vitamine A. Dans le cadre du PEV plus une stratégie mise en place avec l'appui des partenaires du Ministère de la santé dont l'UNICEF et l'OMS, les activités de routine ont été renforcées et accent a été mis sur la formation des agents de santé communautaire afin d'impliquer les chefs religieux, et coutumiers, les associations de femmes et de jeunes aux activités de la santé.

V- DISCUSSION

Cette partie nous offre l'occasion de confronter les résultats de la présente étude avec ceux d'autres études réalisées dans le même domaine. Selon les données de la présente évaluation, en Côte d'Ivoire en 2 ans 74% des FAR ont reçu au moins 2 doses d'anatoxine tétanique. Au VIET NAM, En 12 ans, de 1993 à 2004, 93% des 27,7 millions de femmes ciblées par ces campagnes ont reçu au moins 2 doses d'anatoxine tétanique. Par ailleurs, au cours de la période 2002-2005, la situation du risque dans les districts a été examinée plus systématiquement à l'aide d'indicateurs de base et d'indicateurs de remplacement reprenant ceux du programme d'élimination du tétanos maternel et néonatal avec le concours de l'UNICEF, 3 tournées d'AVS par l'anatoxine tétanique ont été mises en œuvre dans 71 districts.

Au moins 10% des femmes n'ont pas participé aux AVST sur l'ensemble des femmes enquêtées (8040 femmes). 26% de femmes en âge de reproduction en Côte d'Ivoire n'ont pas été immunisées car ayant refusé ou abandonné le VAT après une dose (VAT 1). Parmi les cas de refus ou d'abandon, 65,7% d'entre elles ont eu au moins un enfant dans leur vie. Par ailleurs au sein de ce groupe 62% en milieu urbain et 37% en milieu rural ont accouché dans un centre de santé. Au NIGER, Selon l'enquête MICS 2006, le taux de couverture vaccinal contre le tétanos néonatal est de 41% au niveau national. Cependant, les chiffres révèlent de fortes disparités régionales. Dans plus d'un tiers des districts sanitaires du pays, on enregistre plus d'un cas de tétanos pour 1000 naissances vivantes, ce qui est le seuil en deçà duquel on considère le tétanos comme éliminé.

Toujours selon les données de la présente étude, 14% des femmes ayant déjà enfanté ont perdu au moins 1 enfant dont pour 2,3% la cause du décès était liée au tétanos néo natal selon elles. Au MALI, Une recherche active des cas de tétanos néonatal (TNN) a été effectuée en octobre 2005 dans la région de Kayes. Trente-cinq établissements de santé n'ayant notifié aucun cas de TNN aux autorités sanitaires de mai à septembre 2005 ont été visités. Les registres ont été inspectés et les professionnels de la santé ont été interviewés. Quatre cas cliniques de TNN, tous diagnostiqués par des médecins, ont été découverts. Ce résultat indique que la sous-déclaration des cas de tétanos néonatal survient non seulement parce que

les cas ne sont pas vus par des professionnels de la santé, mais aussi parce que ces professionnels omettent de notifier les cas qu'ils diagnostiquent. La surveillance du tétanos néonatal (TNN) est essentielle pour identifier les zones à haut risque, pour évaluer l'impact d'interventions telles que des campagnes de vaccination des femmes enceintes et en âge de procréer, et pour suivre les progrès accomplis vers l'élimination de cette maladie. Toutefois, la surveillance du TNN est particulièrement difficile dans les pays où une forte proportion des naissances a lieu à domicile parce que ces cas ne sont jamais vus par des professionnels de la santé et ne sont, par conséquent, jamais rapportés aux autorités sanitaires.

Lors de ces campagnes plusieurs rumeurs ont eu un impact négatif sur la décision des FAR de se faire vacciner. La rumeur la plus importante en milieu rural comme en milieu urbain était que le VAT rend stérile. 27,2% des raisons de non vaccination sont liés à un problème d'information et d'éducation avant et pendant les AVST. En MAURITANIE, les agents sanitaires ont touché 233 000 femmes en âge d'avoir des enfants dans les écoles, sur les marchés et dans la plupart des zones rurales isolées. Le premier tour a également été une grande réussite. La participation a été importante à cause des résultats évidents des campagnes de vaccination contre la rougeole qui ont abouti, au cours de ces dernières années, à une réduction marquée des cas de rougeole en Mauritanie. De tels résultats ont diminué l'opposition de la population aux vaccinations de routine. La campagne de vaccination est gérée par le ministère de la Santé avec l'appui du ministère de l'Éducation, de l'UNICEF et de l'Organisation mondiale de la Santé ainsi que de celui de plusieurs organisations nationales et internationales et de partenaires du secteur privé.

En Côte d'Ivoire la programmation des AVST en 2010 et en 2011 serait une possibilité pour le pays afin d'augmenter la couverture nationale en VAT2+ et de permettre à plus de 80% des districts sanitaires d'atteindre au moins 80% de couverture en VAT2+. L'évaluation a montré que 37% des districts sanitaires ont atteint 80% de couverture en VAT2+.

VI- RECOMMANDATIONS

Au terme de l'étude, plusieurs recommandations ont été formulées à l'endroit des différents acteurs des AVST et selon les diligences :

➤ **à court terme**

aux formations sanitaires

- informer les femmes sur le calendrier vaccinal, le nombre de dose à recevoir, la prise en charge des MAPI, l'importance de la vaccination et le choix de la cible ;
- renforcer les activités de routine dans les zones à faible couverture ;
- notifier les cas de TNN au district sanitaire.

aux Districts sanitaires

- renforcer les activités de routine dans les formations sanitaires qui ont eu de faibles couvertures ;
- informer les femmes sur le calendrier vaccinal, le nombre de dose à recevoir, la prise en charge des MAPI, l'importance de la vaccination et le choix de la cible ;
- notifier les cas de TNN à la DC PEV.

à la DC PEV

- renforcer les activités de routine dans les districts sanitaires qui ont eu de faibles couvertures ;
- prendre en charge dans les districts les cas de MAPI signalés ;
- ramasser les boîtes de sécurité dans les districts sanitaires ;
- inciter les districts sanitaires à rechercher activement les cas de TNN.

➤ **à moyen terme**

aux formations sanitaires

- récupérer toutes les informations les concernant relatives aux AVST auprès de leurs districts.

aux Districts sanitaires

- informer les femmes sur le calendrier vaccinal, le nombre de dose à recevoir, la prise en charge des MAPI, l'importance de la vaccination et le choix de la cible.

aux Directeurs régionaux

- renforcer la supervision dans les districts sanitaires qui ont eu de faibles couvertures lors des AVST.

à la DC PEV

- informer les femmes sur le calendrier vaccinal, le nombre de dose à recevoir, la prise en charge des MAPI, l'importance de la vaccination et le choix de la cible ;

➤ **à long terme**

aux formations sanitaires

-sensibiliser les populations sur les maladies évitables par la vaccination.

aux Districts sanitaires

-rendre disponible à temps les ressources humaines et les intrants lors des campagnes;

-former les agents de santé dans les délais requis avant les AVS.

aux Directeurs régionaux

-inciter les districts sanitaires à rechercher activement les cas de TNN.

à la DC PEV

-produire un véritable plan de communication avec des messages clairs avant les AVS ;

- organiser des AVST en 2010 et 2011 afin d'augmenter les couvertures en VAT2+

au niveau national et dans les districts sanitaires ;

-renforcer la collaboration avec les Ministères partenaires comme celui de l'Education.

aux partenaires

-poursuivre les appuis techniques et financiers dans le cadre de l'élimination du TNN en Côte d'Ivoire.

CONCLUSION

La Côte d'Ivoire s'est fixée comme objectif d'éliminer le TNN. Cet état devra être dûment constaté par un processus devant aboutir à la certification. Sur cette base une stratégie de réponse adéquate de ratissage a été mise en œuvre pour relever les couvertures et accroître ainsi les chances du pays d'éliminer la maladie. C'est dans ce cadre que des AVST ont été organisées en 2008 et 2009 à l'ensemble des femmes en âge de reproduction. La présente étude visait à évaluer la campagne de vaccination anti-tétanique de la femme enceinte et du nouveau né en particulier, et de façon générale à la femme en âge de reproduction, par l'identification des districts mal couverts, l'identification et l'analyse des causes et facteurs qui induisent les faibles couvertures. Les résultats nous ont permis de faire les constats suivants :

concernant l'estimation de la proportion des femmes vaccinées avec le vaccin Anti Tétanique (VAT, 2 doses au moins), 74% des femmes ont été vaccinées au niveau national. Les districts sanitaires ayant eu les plus faibles couvertures (-60%) sont au nombre de 4 ce sont : les districts sanitaires de Séguéla, Bouaké Nord-est, Yopougon Est et San-Pedro. Cependant les districts les mieux couverts (+90%) sont au nombre de 6 ce sont ceux de : Daoukro, Alépé, Anyama, Jacquville, Didievi et Adjamé-Plateau.

abordant la détermination de l'impact de la stratégie de communication mise en œuvre, la communication pour le changement de comportement n'a pas été sensible dans la mesure où selon les passages les taux de couvertures étaient décroissants. De 94% au premier passage le taux est passé à 84% au deuxième passage puis est tombé à 59% au troisième passage.

parlant de l'analyse du rôle des MAPI et de la gestion des déchets médicaux dans le niveau de succès de la couverture vaccinale, 28% des femmes vaccinées ont dit avoir eu une MAPI lors des AVST. Parmi elles 46% ont refusé de se faire vacciner aux passages qui ont suivi. Selon les femmes qui ont affirmé avoir eu une MAPI, 5% ont dit avoir signalé leur cas à une formation sanitaire. Parmi elles, 76% ont dit qu'aucune prise en charge médicale n'a été faite pour elle.

pour ce qui est de l'identification des raisons de non vaccination ou d'abandon chez la cible, 27% des cas sont liés aux problèmes de l'information sur la tenue des AVST, 22% aux absences longues durées des cibles et pour 16% aux refus.

Des recommandations ont été formulées à l'endroit des acteurs et des partenaires afin d'améliorer les activités qui visent à l'élimination du TNN en Côte d'Ivoire.

ANNEXES

ANNEXES 1 : TABLEAUX DE DONNEES

Tableau 01: Répartition des femmes enquêtées par groupe d'âge selon le milieu de résidence

Groupe d'âge	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
15 - 19	14,9	12,8	13,8
20 - 24	21,4	19,7	20,6
25 - 29	20,4	20,1	20,3
30 - 34	19,7	21,4	20,5
35 - 39	9,7	11,8	10,7
40 - 44	7,5	7,4	7,5
45 - 49	6,4	6,8	6,6
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Tableau 02: Répartition des femmes enquêtées par groupe d'âge selon le milieu de résidence

Groupe d'âge	Milieu de résidence		TOTAL
	Urbain	Rural	
15 - 19	53,6	46,4	100,0
20 - 24	52,1	47,9	100,0
25 - 29	50,3	49,7	100,0
30 - 34	47,8	52,2	100,0
35 - 39	45,2	54,8	100,0
40 - 44	50,2	49,8	100,0
45 - 49	48,1	51,9	100,0
Ensemble	49,9	50,1	100,0

Tableau 03: Répartition des femmes enquêtées selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Poids démographique
Aucun	44,9
Primaire	28,7
Secondaire	19,3
Supérieur	3,8
Alphabétisé	1,4
Etude coranique	1,8
Total	100,0

Tableau 04: Répartition des femmes enquêtées par situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Poids démographique
Marie	49,4
Divorcé	1,0
Veuve	2,3
Célibataire	28,0
Union libre	19,3
Total	100,0

Tableau 05: Répartition des femmes enquêtées par situation matrimoniale selon la moyenne d'âge

Situation matrimoniale	Age moyen
Marie	31,37
Divorcé	36,42
Veuve	40,16
Célibataire	24,16

Union libre	28,65
Ensemble	29,08

Tableau 06 : Répartition des femmes enquêtées selon le profil de travail

Profil de travail	Poids démographique
Agents secteur public	1,5
Agent secteur privé	6,3
Commerçante	34,6
Agricultrice	27,5
Femme au foyer	29,7
Autre	0,5
Total	100,0

Tableau 07 : Connaissance du nombre de doses de vaccin des FAR par l'agent vaccinateur par région sanitaire

REGION SANITAIRE	Qu'est que l'agent vaccinateur vous a dit sur le nombre de dose à recevoir ?					TOTAL
	Que on doit recevoir					
	1 dose	2 doses	2 doses et plus	Rien dit	Autre	L
AGNEBY	-	705,0	32 298,0	139 911,0	12 574,0	185 488,0
	-	0,4	17,4	75,4	6,8	100,0
BAS SASSDRA	-	10 572,0	119 440,0	299 127,0	6 980,0	436 119,0
	-	2,4	27,4	68,6	1,6	100,0
BAFING_DENGU	-	405,0	11	76	2	90

ELE	-	0,4	655,0 12,9	320,0 84,4	095,0 2,3	475,0 100,0
HAUT SASSDRA	1 722,0 0,5	19 795,0 6,3	60 048,0 19,1	228 747,0 72,6	4 899,0 1,6	315 211,0 100,0
FROMAGER	1 642,0 1,0	52 387,0 31,8	8 936,0 5,4	99 188,0 60,3	2 463,0 1,5	164 616,0 100,0
LACS	- - -	5 835,0 3,4	24 232,0 14,3	138 027,0 81,2	1 941,0 1,1	170 035,0 100,0
LAGUNES1	837, 0 0,1	29 122,0 4,1	185 723,0 26,2	468 006,0 66,1	24 207,0 3,4	707 895,0 100,0
LAGUNES2	2 606,0 0,3	47 853,0 6,2	228 393,0 29,6	469 194,0 60,8	23 444,0 3,0	771 490,0 100,0
MARAHOUÉ	- - -	19 956,0 0,7	64 941,0 27,6	129 136,0 68,7	2 025,0 3,0	216 058,0 100,0
MONTAGNES	- - -	19 062,0 8,8	64 426,0 29,8	129 932,0 60,1	2 729,0 1,3	216 149,0 100,0
MOYEN CAVALLY	- - -	9 913,0 6,8	41 230,0 28,3	88 052,0 60,5	6 460,0 4,4	145 655,0 100,0
NZI COMOE	- - -	1 242,0 0,1	40 199,0 19,1	98 286,0 79,7	6 545,0 1,2	146 272,0 100,0
MOYEN COMOE	- - -	1 512,0 1,0	40 365,0 27,6	98 204,0 67,1	6 231,0 4,3	146 312,0 100,0
SAVANES	-	1	50	256	4	313

	-	127,0 0,4	491,0 16,1	834,0 82,0	866,0 1,6	318,0 100,0
SUD BANDAMAN	-	23 326,0	47 863,0	130 230,0	6 158,0	207 577,0
	-	11,2	23,1	62,7	3,0	100,0
SUD COMOE	733, 0	1 607,0	54 191,0	121 292,0	6 458,0	184 281,0
	0,4	0,9	29,4	65,8	3,5	100,0
VALLEE BANDAMAN	708, 0	11 008,0	40 400,0	306 944,0	5 160,0	364 220,0
	0,2	3,0	11,1	84,3	1,4	100,0
WORODOUGOU	-	18 698,0	69 299,0	1 120,0	89 395,0	512,0
	-	0,8	20,4	77,2	1,6	100,0
ZANZAN	-	5 176,0	46 949,0	234 049,0	4 171,0	290 345,0
	-	1,8	16,2	80,6	1,4	100,0
TOTAL	8 248	241 301	1 154 079	3 621 599	128 801	5 154 028
	0,2	4,7	22,4	70,3	2,5	100,0

Tableau 08 : Connaissance du nombre de doses de vaccin des FAR par l'agent vaccinateur par district sanitaire

DISTRICT SANITAIRE	Qu'est que l'agent vaccinateur vous a dit sur le nombre de dose à recevoir ?					TOTA L
	Que on doit recevoir					
	1 dose	2 doses	2 doses et plus	Rien dit	Autre	
ADZOPE	-	705, 0	18 378,0	50 954,0	7 007,0	77 044,0
	-	0,9	23,9	66,1	9,1	100,0

AGBOVILLE	-	-	9 728,0	74 324,0	4 653,0	88 705,0
	-	-	11,0	83,8	5,2	100,0
AKOUBE	-	-	4 192,0	14 633,0	914,0	19 739,0
	-	-	21,2	74,1	4,6	100,0
SAN PEDRO	-	898, 0	38 872,0	105 460,0	1 761,0	146 991,0
	-	0,6	26,4	71,7	1,2	100,0
TABOU	-	4 380,0	15 468,0	44 054,0	856,0	64 758,0
	-	6,8	23,9	68,0	1,3	100,0
SOUBRE	-	2 846,0	53 969,0	117 118,0	3 608,0	177 541,0
	-	1,6	30,4	66,0	2,0	100,0
SASSANDRA	-	2 448,0	11 132,0	32 495,0	755,0	46 830,0
	-	5,2	23,8	69,4	1,6	100,0
TOUBA	-	-	7 230,0	31 472,0	605,0	39 307,0
	-	-	18,4	80,1	1,5	100,0
ODIENNE	-	405, 0	2 411,0	14 310,0	-	17 126,0
	-	2,4	14,1	83,6	-	100,0
MINIGNAN	-	-	604,0	5 821,0	80,0	6 505,0
	-	-	9,3	89,5	1,2	100,0
MADINANI	-	-	1 410,0	24 718,0	1 410,0	27 538,0
	-	-	5,1	89,8	5,1	100,0
DALOA	1 722,0	1 770,0	42 152,0	105 934,0	-	151 578,0
	1,1	1,2	27,8	69,9	-	100,0

VAVOUA		1	11	66		79
	-	420,0	399,0	383,0	756,0	958,0
	-	1,8	14,3	83,0	0,9	100,0
ISSIA		16	6	56	4	83
	-	605,0	497,0	430,0	143,0	675,0
	-	19,8	7,8	67,4	5,0	100,0
GAGNOA	1	35	4	72	1	116
	642,0	651,0	754,0	945,0	619,0	611,0
	1,4	30,6	4,1	62,6	1,4	100,0
OUME		16	4	26		48
	-	736,0	182,0	243,0	843,0	004,0
	-	34,9	8,7	54,7	1,8	100,0
YAMOOUSSOUKRO		604,	7	42		50
	-	0	710,0	108,0	297,0	719,0
	-	1,2	15,2	83,0	0,6	100,0
TIEBISSOU		3	4	22		30
	-	288,0	747,0	181,0	-	216,0
	-	10,9	15,7	73,4	-	100,0
TOUMODI			1	30	1	33
	-	-	402,0	541,0	645,0	588,0
	-	-	4,2	90,9	4,9	100,0
DIDIEVI		1	10	43		55
	-	943,0	373,0	196,0	-	512,0
	-	3,5	18,7	77,8	-	100,0
ADJAME_PLATEAU		3	32	75		112
	-	922,0	591,0	646,0	-	159,0
	-	3,5	29,1	67,4	-	100,0
ATTECOUBE			20	73		94
	-	-	201,0	387,0	971,0	559,0
	-	-	21,4	77,6	1,0	100,0
YOP_EST		8	16	82	8	116
	-	903,0	635,0	316,0	993,0	847,0
	-	7,6	14,2	70,4	7,7	100,0

YOP_OUEST_SONG ON	- -	11 308,0 7,7	29 156,0 19,8	99 535,0 67,4	7 601,0 5,1	147 600,0 100,0
DABOU	- -	400, 0 0,8	24 566,0 50,7	22 329,0 46,1	1 149,0 2,4	48 444,0 100,0
JACQUEVILLE	- -	- -	16 100,0 41,9	21 530,0 56,0	803,0 2,1	38 433,0 100,0
GD_LAHOU	- -	764, 0 1,7	14 407,0 32,1	29 010,0 64,6	698,0 1,6	44 879,0 100,0
TIASSALE	837, 0 1,5	2 860,0 5,0	16 484,0 29,0	34 289,0 60,3	2 373,0 4,2	56 843,0 100,0
SIKENSI	- -	965, 0 2,0	15 582,0 32,4	29 964,0 62,3	1 619,0 3,4	48 130,0 100,0
ABOBO_EST	1 638,0 1,1	16 306,0 11,1	43 495,0 29,7	79 559,0 54,3	5 424,0 3,7	146 422,0 100,0
ABOBO_OUEST	- -	1 449,0 2,2	14 546,0 22,2	48 749,0 74,4	769,0 1,2	65 513,0 100,0
TREICHVILLE	- -	18 104,0 24,6	31 044,0 42,2	23 690,0 32,2	696,0 0,9	73 534,0 100,0
MARCORY	967, 0 0,9	1 884,0 1,8	40 494,0 39,3	59 678,0 57,9	- -	103 023,0 100,0
KOUMASSI	- -	3 985,0 4,1	22 954,0 23,6	61 424,0 63,1	8 959,0 9,2	97 322,0 100,0

PORT_BOUET_VRI DI	-	2 313,0	33 435,0	80 689,0	3 449,0	119 886,0
	-	1,9	27,9	67,3	2,9	100,0
COCODY_BINGERV ILLE	-	1 340,0	19 511,0	44 543,0	1 948,0	67 342,0
	-	2,0	29,0	66,1	2,9	100,0
ANYAMA	-	-	10 951,0	39 406,0	1 407,0	51 764,0
	-	-	21,2	76,1	2,7	100,0
ALEPE	-	2 473,0	11 964,0	31 455,0	791,0	46 683,0
	-	5,3	25,6	67,4	1,7	100,0
BOUAFLE	-	-	12 873,0	23 694,0	-	36 567,0
	-	-	35,2	64,8	-	100,0
SINFRA	-	-	7 757,0	4 148,0	175,0	12 080,0
	-	-	64,2	34,3	1,4	100,0
ZUENOULA	-	956, 0	13 427,0	32 699,0	2 885,0	49 967,0
	-	1,9	26,9	65,4	5,8	100,0
KOUNAHIRI	-	-	2 884,0	31 595,0	965,0	35 444,0
	-	-	8,1	89,1	2,7	100,0
MAN	-	3 962,0	4 393,0	26 614,0	481,0	35 450,0
	-	11,2	12,4	75,1	1,4	100,0
BANGOLO	-	5 384,0	7 581,0	22 476,0	1 326,0	36 767,0
	-	14,6	20,6	61,1	3,6	100,0
BIANKOUMA	-	2 636,0	19 930,0	22 509,0	656,0	45 731,0
	-	5,8	43,6	49,2	1,4	100,0

DANANE	-	747, 0	14 863,0	22 353,0	266,0	38 229,0
	-	2,0	38,9	58,5	0,7	100,0
KOUIBLY	-	5 795,0	6 943,0	15 509,0	-	28 247,0
	-	20,5	24,6	54,9	-	100,0
ZOUAN_HOUNIEN	-	538, 0	10 717,0	20 471,0	-	31 726,0
	-	1,7	33,8	64,5	-	100,0
GUIGLO	-	-	15 760,0	20 639,0	2 922,0	39 321,0
	-	-	40,1	52,5	7,4	100,0
TOULEPLEU	-	2 350,0	6 530,0	28 880,0	3 076,0	40 836,0
	-	5,8	16,0	70,7	7,5	100,0
DUEKOUÉ	-	7 082,0	12 118,0	20 163,0	-	39 363,0
	-	18,0	30,8	51,2	-	100,0
BLOLEQUIN	-	481, 0	6 822,0	18 369,0	462,0	26 134,0
	-	1,8	26,1	70,3	1,8	100,0
DIMBOKRO	-	-	8 065,0	21 939,0	-	30 004,0
	-	-	26,9	73,1	-	100,0
BOCANDA	-	-	8 414,0	36 577,0	1 568,0	46 559,0
	-	-	18,1	78,6	3,4	100,0
BONGOUANOU	-	-	11 750,0	51 593,0	977,0	64 320,0
	-	-	18,3	80,2	1,5	100,0
DAOUKRO	-	-	2 855,0	18 151,0	-	21 006,0
	-	-	13,6	86,4	-	100,0

MBAHIAKRO	-	242,0	4	10	-	14
	-	0	084,0	432,0	-	758,0
PRIKRO	-	1,6	27,7	70,7	-	100,0
	-	-	7	37	-	44
ABENGOUROU	-	-	031,0	593,0	-	624,0
	-	-	15,8	84,2	-	100,0
AGNIBILEKRO	-	1	23	63	4	92
	-	512,0	253,0	111,0	437,0	313,0
KORHOGO	-	1,6	25,2	68,4	4,8	100,0
	-	-	17	35	1	53
BOUNDIALI	-	-	111,0	093,0	794,0	998,0
	-	-	31,7	65,0	3,3	100,0
FERKE	-	873,0	27	138	3	171
	-	0	921,0	765,0	932,0	491,0
TENGRELA	-	0,5	16,3	80,9	2,3	100,0
	-	-	8	30	-	38
DIVO	-	-	272,0	390,0	-	662,0
	-	-	21,4	78,6	-	100,0
LAKOTA	-	254,0	8	45	934,0	55
	-	0	564,0	547,0	1,7	299,0
ABOISSO	-	0,5	15,5	82,4	1,7	100,0
	-	-	5	42	-	47
MBAHIAKRO	-	-	734,0	132,0	-	866,0
	-	-	12,0	88,0	-	100,0
PRIKRO	-	19	29	95	5	149
	-	125,0	009,0	751,0	219,0	104,0
ABENGOUROU	-	12,8	19,5	64,2	3,5	100,0
	-	4	18	34	939,0	58
AGNIBILEKRO	-	201,0	854,0	479,0	1,6	473,0
	-	7,2	32,2	59,0	2,5	100,0
KORHOGO	733,0	722,0	33	49	2	86
	0,9	0,8	109,0	492,0	177,0	233,0
BOUNDIALI	-	-	38,4	57,4	2,5	100,0

ADIAKE	-	885, 0	13 752,0	43 040,0	2 880,0	60 557,0
	-	1,5	22,7	71,1	4,8	100,0
GD_BASSAM	-	-	7 331,0	28 759,0	1 401,0	37 491,0
	-	-	19,6	76,7	3,7	100,0
BOUAKE_NORD_O UEST	-	1 490,0	2 884,0	42 522,0	1 421,0	48 317,0
	-	3,1	6,0	88,0	2,9	100,0
BOUAKE_NORD_ES T	-	4 492,0	3 142,0	37 202,0	988,0	45 824,0
	-	9,8	6,9	81,2	2,2	100,0
BOUAKE_SUD	-	898, 0	10 494,0	74 189,0	-	85 581,0
	-	1,0	12,3	86,7	-	100,0
BEOUMI	-	3 182,0	3 430,0	43 098,0	-	49 710,0
	-	6,4	6,9	86,7	-	100,0
DABAKALA	-	-	1 767,0	43 542,0	799,0	46 108,0
	-	-	3,8	94,4	1,7	100,0
KATIOLA	708 ,0	-	16 785,0	43 465,0	1 479,0	62 437,0
	1,1	-	26,9	69,6	2,4	100,0
SAKASSOU	-	947, 0	1 898,0	22 927,0	473,0	26 245,0
	-	3,6	7,2	87,4	1,8	100,0
SEGUELA	-	-	13 411,0	23 980,0	1 395,0	38 786,0
	-	-	34,6	61,8	3,6	100,0
MANKONO	-	698, 0	4 889,0	45 140,0	-	50 727,0
	-	1,4	9,6	89,0	-	100,0

BONDOUKOU	-	3 132,0	17 855,0	112 785,0	1 050,0	134 822,0
	-	2,3	13,2	83,7	0,8	100,0
BOUNA	-	776, 0	12 640,0	34 018,0	1 805,0	49 239,0
	-	1,6	25,7	69,1	3,7	100,0
TANDA	-	-	11 881,0	64 308,0	877,0	77 066,0
	-	-	15,4	83,4	1,1	100,0
NASSIAN	-	521, 0	2 716,0	15 333,0	260,0	18 830,0
	-	2,8	14,4	81,4	1,4	100,0
KOUN_FAO	-	747, 0	1 857,0	7 606,0	180,0	10 390,0
	-	7,2	17,9	73,2	1,7	100,0
TOTAL	8 247	241 303	1 154 082	3 621 597	128 801	5 154 030
	0,2	4,7	22,4	70,3	2,5	100,0

Calendrier vaccinal de routine de la femme

Vaccin anti tétanique	Période de l'injection	Durée de protection du vaccin
VAT 1	à la 1 ^{ère} CPN	pas de protection
VAT 2	4 semaines après le VAT 1 : à la 2 ^{ème} CPN	3ans
VAT 3	6 mois après le VAT 2	5 ans
VAT 4	1 an après le VAT 3	10 ans
VAT 5	1 an après le VAT 4	protection à vie

Une femme complètement vaccinée est une femme qui a reçu ses 5 doses de vaccin anti tétanique.

ANNEXE 2 : OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES

QUESTIONNAIRE (ménages)

Adressé aux femmes en âge de reproduction

(FAR 15 - 49)

REpond AUX OBJECTIFS 1,2,3

Introduction: “Mon nom est Je travaille pour le Ministère de la Santé. Nous sommes entrain d’interroger des femmes comme vous dans le but de comprendre ce qu’elles pensent au sujet de la vaccination antitétanique chez la femme. Vos réponses vont contribuer à mieux réorienter les actions. Vos préoccupations seront prises en compte par les autorités en charge de la santé. Au cours des semaines passées, vous a-t-on posé des questions à ce sujet ?

Si la répondante a déjà été interrogée pour cette enquête, il ne faut pas la questionner à nouveau. Dites-lui que vous ne pouvez pas l’interroger pour la deuxième fois. Remerciez la et mettez fin à l’entrevue. Si elle n’a pas été enquêtée avant, continuez l’interview.

Confidentialité et Consentement

J’aimerais vous poser quelques questions. Quelques-unes sont personnelles et sont parfois difficiles à répondre. Vos réponses seront strictement tenues confidentielles. Votre nom ne sera pas inscrit sur le questionnaire et aucune corrélation ne pourra être faite entre ce que vous me dites et votre nom. Vous n’êtes pas obligée de répondre à une question à laquelle vous ne voulez pas répondre. Vous pouvez arrêter de répondre aux questions à tout moment. Votre participation est volontaire. Nous vous prions de répondre honnêtement aux questions afin de nous aider à mieux comprendre ce que les femmes pensent, disent et font au sujet de la vaccination antitétanique des femmes. Nous apprécions beaucoup l’aide que vous pourriez nous apporter en répondant aux questions de cette étude. L’interview durera à peu près 30 minutes. Acceptez-vous de participer à cette étude ?

Je certifie que l’enquêtée a été informée de la nature, du but de l’étude et qu’il a donné un consentement verbal pour participer dans cette étude.

 Signature de l'enquêteur

Date

Q0 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Q1	Région sanitaire	/___/___/	
Q2	District sanitaire	/___/___/	
Q3	Aire sanitaire	/___/___/	
Q4	Milieu de résidence	1= urbaine 2= rurale	
Q5	N° Ménage	/___/___/	
Q6	Code enquêteur	/___/___/___/	
Q7	Date de l'enquête	/___/___/___/ (jour) (mois) (année)	
Q8	Heure de début de l'entretien Heure de fin de l'entretien	/___/ h /___/ mn /___/ h /___/ mn	
Q9	Nom et prénoms du superviseur/Contrôleur	Date _____ — Signature _____ —	

Q1 INFORMATIONS DU CARNET ET / OU DE LA CARTE DE VACCINATION

(prendre le carnet et / ou la carte et relevé les informations)

Q1.1 Avez – vous un carnet de vaccination ?			Avez – reçu une carte (bleue) de vaccination lors de la campagne?		
Dose	date	N° lot	Dose	date	N° lot
VAT 1	(jour) (mois) (année) /____/____/____ _/_		VA T 1	(jour) (mois) (année) /____/____/____ _/_	
VAT 2	/____/____/____ _/_		VA T 2	/____/____/____ _/_	
VAT 3	/____/____/____ _/_		VA T 3	/____/____/____ _/_	
VAT 4	/____/____/____ _/_		VA T 4	/____/____/____ _/_	
VAT 5	/____/____/____ _/_		VA T 5	/____/____/____ _/_	

Q2 : CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

No	QUESTIONS	REPONSES ET CODES	OBSERVATION
Q2.1.	Statut matrimonial de la femme ?	1 =Mariée 2= Divorcée	

		3= Veuve 4= Célibataire 5 = Union libre	
Q2.2.	Quel âge avez-vous?	/____/____/ans 98=Ne sait pas	
Q2.3.	Quel est votre niveau d'éducation scolaire?	1=Aucun; 2=Primaire; 3=Secondaire; 4=Supérieur 5=Alphabétisé 6=Etude coranique	
Q2.4.	Quelle est votre activité principale?	1= Agent du secteur public 2= Agent du secteur privé 3=Commerçante 4=Agricultrice 5=Femme au foyer 97=Autre à préciser_____	

**Q3 : DETERMINATION DE L'IMPACT DE LA STRATEGIE
DE COMMUNICATION MISE EN ŒUVRE (Objectif)**

No	QUESTIONS	REPONSES ET CODES	OBSERVATION
Q3.1a	Avez-vous, participé à une ou des campagnes de vaccination concernant les FAR en 2008 &	1= oui 2= non	Si Q 3.1= 2 passer à Q3.10. et administrer en plus Q6

	2009?		
Q3.1b	Sinon étiez vous informé ?	1= oui 2= non	
Q3.2.	Si oui qui vous a informé?	1= Crieurs publiques /_____/ 2= Mobilisateurs 3= Agents de santé 4= ASC 5= Epoux 6= Personne dans le ménage 7= voisinage 8= Radios 9= Télévision 10= Affiches 11= Leaders d'opinion 97= Autres _____	
Q3.3.	De quelle vaccination s'agissait-il ?	1= Tétanos 2= Méningite 3= Fièvre jaune 97= Autres _____	
Q3.4.	Avez - vous informé d'autres femmes ?	1=Oui 2=Non	Si Q3.4 = 2 passer à Q3.6.
Q3.5.	Qu'est ce que vous leur avez dit ?	1=Bonne santé de la mère et de l'enfant 2= contraception 97= Autres _____	
Q3.6.	Savez-vous la raison pour laquelle les FAR étaient -elles	1= oui 2= non	Si Q 3.6 = 2 passer à Q 3.8.

	vaccinées?		
Q3.7.	Si oui pourquoi ?	1= Contre le TMN 2= Contraception 3= Avortement 4 = Ne sait pas 97= Autres_____	
Q3.8.	Le vaccin était il payant ?	1=Oui 2= Non	Si Q3.8 = 2 passer à Q3.10
Q3.9.	Si oui combien ?	/____//____//____//____/ francs CFA	
Q3.10.	Que savez-vous du tétanos ?	1= Maladie dangereuse /____/ 2= Maladie bénigne 3= Maladie contagieuse 97= Autres_____	
Q3.11	Cette maladie peut-elle être évitée ?	1= Oui 2= Non 98= Ne sait pas	Si Q 3.11 = 2 ou 98 passer à Q 3.13.
Q3.12	Si oui comment ?	1= Vaccination 2= Prise de comprimés 97= Autres_____	
Q3.13	Si non pourquoi ?	1= Maladie inévitable 97= Autres_____	

Q3.14	Combien de dose une femme doit elle recevoir contre le tétanos ?	1= Une dose 2= Deux doses 3= Trois doses 4= Quatre doses 97= Autres _____ 98= Ne sait pas	
Q3.15	Le vaccin a-t-il des effets indésirables ?	1=Oui 2= Non 98= Ne sait pas	Si Q3.15= 2 ou 98 passer à Q4
Q3.16	Si oui lesquels	1= Douleur du bras /_____/ 2= Grattage 3= Fièvre 4= Evanouissement 5= Avortement pour femme enceinte 6= Stérilisation de la femme 97= Autres _____	

**Q4 : ESTIMATION DE LA PROPORTION DES FEMMES
VACCINEES CONTRE LE TETANOS (Objectif)**

No	QUESTIONS	REPONSES ET CODES	Observations
Q4. 1.	Combien de FAR êtes-vous dans le ménage ?	/_____/chiffre	
Q4. 2.	Avez-vous été vaccinée contre le tétanos en 2008 & 2009 ?	1=Oui 2= Non	Si Q 4. 2 = 2 passer à Q6
Q4.	Avez-vous été vaccinée	1 = OUI	

3	contre le tétanos au premier passage ?	2 = Non	
4	Q4. Avez-vous été vaccinée contre le tétanos au deuxième Passage ?	1 = OUI 2 = Non	
5	Q4. Avez-vous été vaccinée contre le tétanos au troisième passage ?	1 = OUI 2 = Non	
6	Q4. Combien de doses avez-vous reçu au total ?	/____/	
7	Q4. Combien de femmes ont-elles été vaccinées dans le ménage?	Nombre de femmes ayant reçu une dose /____/ Nombre de femmes ayant reçu deux doses /____/ Nombre de femmes ayant reçu trois doses /____/	
8	Q4. Où avez-vous été vaccinée	1= Centre de santé 97= Autres _____	
9	Q4. Qu'est ce que l'agent vaccinateur vous a dit sur le nombre de dose à recevoir?	1= Que vous devez recevoir une dose 2= Que vous devez recevoir au moins deux doses 3= Deux doses et plus 4= Rien dit 97= Autres _____	

Q5 : ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE DES MAPI (*Objectif*)

No	QUESTIONS	REponses ET CODES	OBSERVATI ON
1	Q5. Qu'est ce que l'agent vaccinateur vous a dit sur les effets indésirables du vaccin ?	1= Douleur du bras 2= Grattage 3= Fièvre 4= Evanouissement 5= Avortement pour femme enceinte 6= Rien dit 7= Contragestive 97= Autres_____	
2	Q5. Avez-vous eu une tuméfaction liée à la vaccination contre le tétanos ?	1=Oui 2= Non	Si Q5.2 = 2 passer à Q5.8
3.	Q5. Si oui avez-vous signalé ce fait au centre de santé ?	1=Oui 2=Non	Si Q5.3 = 2 passer à Q5.5
4.	Q5. Si oui qu'est ce que les agents de santé ont eu à faire pour améliorer votre état ?	1= Prise en charge 2= Ordonnance 3= Rien fait 97=Autres_____	
5.	Q5. Après quelle dose aviez-vous eu cette tuméfaction ?	1= Première dose 2= Deuxième dose 3= Troisième dose 4= Quatrième dose 97= Autres_____	
	Q5. Avez-vous reçu une autre	1=Oui	Si Q5.6 = 1

6.	dose contre le tétanos après cet incident ?	2=Non	passer à Q5.8.
7. Q5.	Si non pourquoi ?	1= Refus 2= y a plus eu de passage 3= Peur 4=Manque de prise en charge 97=Autres_____	
8. Q5.	Dans votre ménage des femmes ont elles eu une tuméfaction liée à la vaccination contre le tétanos ?	1=Oui 2= Non	Si Q5.8 = 2 passer à Q5.13
9. Q5.	Si oui ont elles signalé ce fait au centre de santé ?	1=Oui 2=Non	Si Q5.9 = 2 passer à Q5.13.
10. Q5.	Si oui qu'est que les agents de santé ont eu à faire pour améliorer leur état ?	1= Prise en charge 2= Ordonnance 3= Rien fait 97=Autres_____	
11. Q5.	Ont elles reçu une autre dose contre le tétanos après cet incident ?	1=Oui 2=Non	Si Q5.11 = 1 passer à Q5.13.
12 Q5.	Si non pourquoi ?	1= Refus 2= y a plus eu de passage 3= Peur 4=Manque de prise en charge 97=Autres _____	
13 Q5.	Avez- vous des suggestions à faire si oui énoncez les?		

(NB : ADMINISTRER Q6 SEULEMENT Si Q 4. 2 = 2 ou

Si Q 4. 6 = Une dose ou VAT1)

Q6 : IDENTIFICATION DES RAISONS DE NON VACCINATION
DE REFUS OU D'ABANDON CHEZ LES FAR (*Objectif*)

No	QUESTIONS	REPONSES ET CODES	OBSERVATION
1.	<p>Q6. Pourquoi n'aviez-vous pas été vaccinée (Si Q 4. 2 = 2) ?</p> <p>Pourquoi avez-vous reçu une seule dose de VAT ou VAT1 (Si Q4. 6 = Une dose ou VAT1) ?</p>	<p>1= Pas nécessaire 2= Refus 3= Absente 4= Non informée 5= Peur 6= Malade 7= Trop occupée 8=Démunie 9= Mal informé 10=Eloignée du poste de vaccination 11= Rumeurs de contragestive 12 = Religion 97=Autres_____</p>	
2.	Q6. Statut de l'enquêtée	<p>1= Enceinte 2= Femme ayant été enceinte au moins une fois 3 = Femme n'ayant jamais été enceinte</p>	<p>Si Q6.2 = 3 aller à Q6.7 Si Q6.2 = 2 aller à Q6.5</p>
3	<p>Q6. Actuellement vous êtes enceinte de combien de mois? (uniquement pour les femmes actuellement enceintes, Q6.2 = 1)</p>	/_____/ (nombre de mois)	
Q6.	Actuellement vous êtes		

4	enceinte demois, combien de doses de VAT avez – vous déjà reçu ? (<i>regarder le carnet de vaccination</i>)	/____/	
5	Q6. Pour la dernière fois ou vous avez été enceinte, combien de doses de VAT avez-vous reçu ?	/____/	
6.	Q6. Avez-vous déjà fait une consultation prénatale ?	1= Oui 2= Non	Si Q6.6=1 passer à Q6.8
7.	Q6. Si non pourquoi ?	1= Problème financier 2= Malade 3= Refus 4= Manque d'information 5 = Trop jeune 97= Autres _____)	Passer à Q6.14
8.	Q6. Combien de grossesses aviez-vous porté ?	/____/____/chiffre	
9.	Q6. Combien de fois avez-vous accouché	/____/____/ chiffre	
10	Q6. Combien d'enfants vivants avez-vous ?	/____/____/chiffre	
11	Q6. Avez-vous déjà perdu un ou des enfants un mois (entre le 3 ^{ième} et le 28 ^{ième} jour) après l'accouchement?	1= Oui 2= Non /____/____/chiffre	Si Q6.11= 2 passer à Q6.13
12	Q6. Quelle était la cause	1= Tétanos ou maladie de l'oiseau /____/	

		2= Problème financier pour soigner l'enfant 3= Mauvaise santé de la mère 97= Autres _____) 98= NSP	
Q6.13	Avez-vous accouché tous vos enfants dans un Centre de santé ou une maternité ?	1= Oui 2= Non	
Q6.14	Avez-vous ces deux dernières années reçu au moins deux doses de VAT?	1= Oui 2= Non	Si Q6.14= 2 passer à Q6.16
Q6.15	Si oui a quelle occasion ?	1=CPN 2=à titre personnel 97=Autres _____	Vérifier le carnet
Q6.16	Avez- vous des suggestions à faire si oui énoncez les?		

Merci pour votre collaboration

QUESTIONNAIRE

Adressé aux Agents de santé

N°	Questions	Réponse	Observations
Q1	Région sanitaire	/___/___/	
Q2	District sanitaire	/___/___/	
Q3	Aire sanitaire	/___/___/	
Q4	Milieu de résidence	1= urbaine 2= rurale	
Q5	Personne rencontrée	1=Médecin 2=Infirmier 3=Sage femme 97=Autres_____	
Q6	Code enquêteur	/___/___/___/	
Q7	Date de l'enquête	/___/___/___/ (jour) (mois) (année)	
Q8	Heure de début de l'entretien Heure de fin de l'entretien	/___/ h /___/ mn /___/ h /___/ mn	
Q9	Nom et prénoms du superviseur	Date_____	
		Signature_____	

--	--	--	--

Q1 0.	Est-ce que vous reçu les documents (le canevas) de la micro planification de la campagne ? (il faut demander à le voir)	1 = Oui 2 = Non	Si Q10 = 2 aller à Q13
Q1 1.	Quelle appréciation faites-vous du document (le canevas) de la micro planification de votre District Sanitaire ?	1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Pas satisfait	
Q1 2.	Si satisfait, en quoi cela vous a-t-il servi ?	1 = contribue à faciliter la mise en œuvre de la campagne 2 = Ne facilite pas la campagne 3 = le suivi des activités 4 = Autres	
Q1 3.	Quelle a été la stratégie de communication utilisée ?	1 = Crieurs public 2 = Radio 3 = TV 4 = Affiche 5 = Leader d'opinion 6 = Mobilisateur 7 = Autre (préciser)	
Q1 4.	Que pensez – vous de la stratégie de communication mise en œuvre lors de la campagne ?	1 = Bonne 2 = Pas très bonne 3 = Pas bonne du tout	

Q1 5.	Quel a été l'impact de la stratégie de communication mise en œuvre dans votre aire sanitaire ?	1=Aucun impact 2=Fort mobilisation 3=Faible mobilisation	
Q1 6.	Selon vous qu'est ce qui peut être fait (stratégie de communication) pour améliorer les taux de couverture ? (réponses multiples)	1 = Augmentation des fonds de sensibilisation 2 = Démarrer la communication pour la sensibilisation une semaine au moins avant la campagne 3 = Disposer à temps les fonds pour la communication 4= Autres (préciser)	
Q1 7.	Quelle appréciation faites-vous de votre formation en tant qu'acteur de la vaccination ?	1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Pas satisfait	Si Q17 = 3 répondre à Q18
Q1 8.	Quelles sont les raisons qui font que vous n'êtes pas satisfait de la formation des acteurs de la vaccination ? (réponses multiples)	1 = la formation pas eu lieu 2 = la formation n'a pas eu lieu à temps 3 = les outils ne sont pas arrivé à temps 4 = les supports de formation n'ont pas été acquis ou insuffisant 5 = autre à préciser	
Q1 9.	Quelle appréciation faites-vous de la mise en place des intrants (vaccins, consommables) ?	1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Pas satisfait	Si Q19 = 3 répondre à Q20
Q2	La mise en place des	1 = les vaccins ne sont pas	

0.	intrants (vaccins, consommables) n'est pas satisfaisant pour quelles raisons ?	arrivés à temps 2 = les vaccins n'étaient pas en quantité suffisante 3 = les fonds ne sont pas arrivés à temps 4 = autre à préciser	
1.	Q2 Quelle appréciation faites-vous des ressources humaines et matérielles qui ont servi à la mise œuvre des AVST ?	1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Pas satisfait	
2.	Q2 Si pas satisfait quelles en sont les raisons ?	1 = Fonds insuffisant 2 = Fonds arrivent en retard 3 = Ressources humaines insuffisantes 4 = Autre à préciser	
3.	Q2 Quelle analyse faites-vous du déroulement des séances de vaccination ?	1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Pas satisfait	
4.	Q2 Quelle appréciation faites-vous du nombre de jour de la campagne de vaccination ?	1= Suffisant 2= Insuffisant	
5.	Q2 Si pas suffisant, quel nombre de jours pensez-vous être nécessaire pour la campagne ?	/___/___/	
6.	Q2 Quelle appréciation faites-vous de la maintenance des chaînes du	1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Pas satisfait	

	froid ?		
Q2 7.	Est-ce que vous avez eu des vaccins avariés ?	1 = Oui 2 = Non	Si Q27= oui = 1 aller à Q28
Q2 8.	Si oui pourquoi est ce arrivé ?	1 = Coupure d'électricité 2 = Panne du frigo 3 = Autres à préciser	
Q2 9.	Dans ce cas, quelles actions ont été entreprises ?	1 = Déplacer les vaccins dans un autre frigo 2 = Rien par manque de frigo 3 = Informer mon supérieur hiérarchique 4= Autre (préciser)	
Q3 0.	Est-ce que vous pouvez nous montrer la fiche de température lors de la campagne ?	1 = Oui 2 = Non	
Q3 1.	Si existe, état de la fiche	1 = totalement rempli 2 = n'existe pas 3 = Existe mais partiellement rempli	
Q3 2.	Est-ce qu'il y a eu des piqûres accidentelles des agents vaccinateurs ?	1= Oui 2= Non	Si Q32= 2 aller à Q34
Q3 3.	Est-il possible de voir le rapport ?	1 = Oui vu 2 = Oui non vu 3 = N'existe pas	
Q3 4.	Quelle estimation faites-vous de la proportion des femmes vaccinées contre le tétanos dans votre district sanitaire ?	1=Très bonne couverture 2=Bonne couverture 3=Mauvaise couverture	
Q3	Quelles sont les raisons	1=Rumeurs	

5.	de non vaccination ou de refus ou d'abandon chez la cible dans votre district sanitaire ? (Réponses multiples)	2=Mauvaise planification 3=Manque de ressources humaines matérielles 4=Manque de ressources financières 5=Mauvaise stratégie de communication 6=Manque de suivi 97=Autres _____	
6.	Q3 Dans le cas des rumeurs, qu'elles sont t elles ? (classer les rumeurs par ordre d'importance)	1 = Provoque stérilité 2 = Hyper fécondité 3 = Allongement du terme de la grossesse 4 = Métrorragie 5 = Autre à préciser	
7.	Q3 Comment avez-vous géré ces rumeurs ?	1 = Sensibilisation de proximité avec mobilisateur 2 = radio locale 3= canaux traditionnel 4 = Autre à préciser	
8.	Q3 Quelle analyse faites-vous des faibles couvertures vaccinales obtenues dans les districts sanitaires ? (Réponses multiples)	1=Rumeurs 2=Mauvaise planification 3=Manque de ressources humaines matérielles 4=Manque de ressources financières 5=Mauvaise stratégie de communication 6=Manque de suivi 97=Autres _____	

9.	Q3 Quelle analyse faites-vous des excellentes couvertures vaccinales obtenues dans les districts sanitaires ? (Réponses multiples)	1=Bonne gestion des rumeurs 2=Bonne planification 3=Abondance de ressources humaines matérielles 4=Abondance de ressources financières 5=Bonne stratégie de communication 6=Bon suivi des activités 97=Autres _____	
40.	Q Est-ce qu'il y a eu des cas d'existence de MAPI ?	1 = Oui 2 = Non	
1.	Q4 Si oui, quelle appréciation faites-vous de la prise en charge des cas de MAPI (Manifestions Allergiques Post-Injections) ?	1=Très bonne prise en charge 2=Bonne prise en charge 3=Mauvaise prise en charge	
2.	Q4 Quelle appréciation faites-vous de la gestion des déchets médicaux (Boîtes de sécurité)?	1=Très bonne gestion 2=Bonne gestion 3=Mauvaise gestion	
3.	Q4 Quelle appréciation faites-vous du suivi/supervision des activités des AVST ?	1=Très bon suivi 2=Bon suivi 3= Faible suivi	
4.	Q4 Quelle appréciation faites-vous des apports des AVST par rapport aux activités de routine et les	1= Contribue à améliorer les taux de couverture 2= N'apporte rien 3= Contribue au contraire	

	autres AVS ?	à réduire les taux de couverture	
5.	Q4 Quelle appréciation faites-vous du niveau d'implication des partenaires au développement ?	1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Pas satisfait	
6.	Q4 Quelle appréciation faites-vous du niveau d'implication des autorités administratives, politiques, des leaders d'opinion et des forces de l'ordre lors des AVST ?	1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Pas satisfait	
7.	Q4 Quelle appréciation faites-vous du niveau d'implication des responsables du District lors des AVST ?	1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Pas satisfait	
8.	Q4 Si pas satisfait pourquoi ?	1 = Mauvaise organisation 2 = Mauvaise coordination 3 = Mauvaise planification 4= autre à préciser	
9.	Q4 Quelles sont les difficultés, contraintes ou obstacles ayant émaillé la mise en œuvre des AVST ? (Réponses multiples)	1=Persistance des rumeurs 2=Mauvaise planification 3=Manque de ressources humaines matérielles 4=Manque de ressources financières 5=Mauvaise stratégie de communication	

		6=Manque de suivi 97=Autres _____	
0.	Q5 Quels sont les facteurs ayant facilité son exécution ? (Réponses multiples)	1=Bonne gestion des rumeurs 2=Bonne planification 3=Abondance de ressources humaines matérielles 4=Abondance de ressources financières 5=Bonne stratégie de communication 6=Bon suivi des activités 97=Autres _____	
1.	Q5 Quelle est votre couverture en accouchement assisté ?	1=Supérieure à 70% 2=Inférieure à 70%	
2.	Q5 Quelle est votre couverture en VAT2+ en routine ?	1=Supérieure à 80% 2=Inférieure à 80%	
3.	Q5 Quelle a été votre couverture en VAT2+ lors des campagnes AVST ?	1=Supérieure à 80% 2=Inférieure à 80%	
4.	Q5 Quelle appréciation faites-vous des outils de collecte des données (fiche des rapports mensuels et annuels)?	1= Très facile à remplir 2= Facile à remplir 3= Pas facile à remplir	Si Q54=3 aller Q55
5	Q5 Si pas facile à remplir	1= Trop long 2= Compliqué 3= Support difficile à lire 4= autre (préciser)	

6.	Q5 Quelle appréciation faites-vous de la complétude des données que vous devez fournir ?	1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Pas satisfait	
7.	Q5 Si pas satisfait pourquoi ?	1 = Outils de gestion non disponible 2 = Difficile à renseigner 3 = Trop nombreux 4 = Autre à préciser	
8.	Q5 Quelle appréciation faites-vous de votre promptitude à fournir les données ?	1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Pas satisfait	
9.	Q5 Avez-vous des suggestions ?	1 = Oui 2 = Non	
10.	Q6 Si oui énoncer les		

(Pouvez-vous nous remettre la documentation vous concernant lors des AVST)

Agents de santé : Point des intrants (Doses reçues, administrées, flacons virés, données de couverture vaccinales des différentes phases ;...)

Merci pour votre collaboration

QUESTIONNAIRE

Adressé aux CSE et CPEV

N°	Questions	Réponse	Observations
Q1	Région sanitaire	/___/___/	
Q2	District sanitaire	/___/___/	
Q3	Personne rencontrée	1=CSE 2=CPEV 97=Autres_____	
Q4	Code enquêteur	/___/___/___/	
Q5	Date de l'enquête	/___/___/___/ (jour) (mois) (année)	
Q6	Heure de début de l'entretien Heure de fin de l'entretien	/___/ h /___/ mn /___/ h /___/ mn	
Q7	Nom et prénoms du superviseur	Date _____ - Signature _____ -	
Q8	Est-ce que vous avez reçu les documents (le canevas) de la micro planification de la	1 = Oui 2 = Non	Si Q8 = 2 passer à Q12

	campagne ? (il faut demander à le voir)		
Q9	Si oui est ce que vous l'avez renseigné ?	1 = Oui 2 = Non	
Q10.	Quelle appréciation faites-vous du document (le canevas) de la micro planification de votre District Sanitaire ?	1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Pas satisfait	Si Q10 = 3 passer à Q12
Q11.	Si satisfait, en quoi cela vous a-t-il servi ?	1 = contribue à faciliter la mise en œuvre de la campagne 2 = Ne facilite pas la campagne 3 = le suivi des activités 4 = Autre	
Q12.	Quelle a été la stratégie de communication utilisée ? (réponses multiples)	1 = Crieurs public 2 = Radio 3 = TV 4 = Affiche 5 = Leader d'opinion 6 = Mobilisateur 7 = Autre (préciser)	
Q13.	Que pensez – vous de la stratégie de communication mise en œuvre lors de la campagne ?	1 = Bonne 2 = Pas très bonne 3 = Pas bonne du tout	
Q14.	Quel a été l'impact de la stratégie de communication mise en œuvre dans votre aire	1=Aucun impact 2=Fort mobilisation 3=Faible mobilisation	

	sanitaire ?		
5	Q1 Selon vous qu'est ce qui peut être fait (stratégie de communication) pour améliorer les taux de couverture ?	1 = Augmentation des fonds de sensibilisation 2 = Démarrer la communication pour la sensibilisation une semaine au moins avant la campagne 3 = Disposer à temps les fonds pour la communication 4= Autres (préciser)	
6	Q1 Quelle appréciation faites-vous de la formation des acteurs de la vaccination ?	1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Pas satisfait	Si Q16 = 3 répondre à Q17
7	Q1 Quelles sont les raisons qui font que vous n'êtes pas satisfait de la formation des acteurs de la vaccination ? (réponses multiples)	1 = la formation pas eu lieu 2 = la formation n'a pas eu lieu à temps 3 = les outils ne sont pas arrivés à temps 4 = les supports de formation n'ont pas été acquis ou insuffisant 5 = les formateurs n'ont pas été formés 6 = autre à préciser	
8.	Q1 Quelle appréciation faites-vous de la mise en place des intrants (vaccins, consommables) ?	1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Pas satisfait	Si Q18 = 3 répondre à Q19
9.	Q1 La mise en place des intrants (vaccins, consommables) n'est pas	1 = les vaccins ne sont pas arrivés à temps 2 = les vaccins n'étaient	

	satisfaisant pour quelles raisons ?	pas en quantité suffisante 3 = les fonds ne sont pas arrivés à temps 4 = autre à préciser	
Q2 0.	Quelle appréciation faites-vous des ressources humaines et matérielles qui ont servi à la mise œuvre des AVST ?	1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Pas satisfait	
Q2 1.	Si pas satisfait quelles en sont les raisons ?	1 = Fonds insuffisant 2 = Fonds arrivent en retard 3 = Autre à préciser	
Q2 2.	Quelle appréciation faites-vous du nombre de jour de la campagne de vaccination ?	1= Suffisant 2= Insuffisant	
Q2 3.	Si pas suffisant, quel nombre de jours pensez-vous être nécessaire pour la campagne ?	/___/___/	
Q2 4.	Quelle appréciation faites-vous de la maintenance des chaînes du froid ?	1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Pas satisfait	CPEV
Q2 5.	Est-ce que vous avez eu des vaccins avariés ?	1 = Oui 2 = Non	Si Q25= 2 aller à Q28 CPEV
Q2 6.	Si oui pourquoi est ce arrivé ?	1 = Coupure d'électricité 2 = Panne du frigo 3 = Autres à préciser	CPEV
Q2 7.	Dans ce cas, quelles actions ont été entreprises ?	1 = Déplacer les vaccins dans un autre frigo	CPEV

		<p>2 = Rien par manque de frigo</p> <p>3 = Informer mon supérieur hiérarchique</p> <p>4= Autre (à préciser)</p>	
8.	Q2 Est-ce que vous pouvez nous montrer la fiche de température lors de la campagne ?	<p>1 = Oui</p> <p>2 = Non</p>	CPEV
9.	Q2 Si elle existe, état de la fiche	<p>1 = totalement rempli</p> <p>2 = n'existe pas</p> <p>3 = Existe mais partiellement rempli</p>	CPEV
10.	Q3 Est-ce qu'il y a eu des piqûres accidentelles des agents vaccinateurs ?	<p>1= Oui</p> <p>2= Non</p>	<p>CPEV</p> <p>Si Q30= 2 aller à Q32</p>
11.	Q3 Est-il possible de voir le rapport ?	<p>1 = Oui vu</p> <p>2 = Oui non vu</p> <p>3 = N'existe pas</p>	CPEV
12.	Q3 Quelle estimation faites-vous de la proportion des femmes vaccinées contre le tétanos dans votre district sanitaire ?	<p>1=Très bonne couverture</p> <p>2=Bonne couverture</p> <p>3=Mauvaise couverture</p>	
13.	Q3 Quelles sont les raisons de non vaccination ou de refus ou d'abandon chez la cible dans votre district sanitaire ? (Réponses multiples)	<p>1=Rumeurs</p> <p>2=Mauvaise planification</p> <p>3=Manque de ressources humaines matérielles</p> <p>4=Manque de ressources financières</p> <p>5=Mauvaise stratégie de communication</p> <p>6=Manque de suivi</p>	

		97=Autres _____	
4.	<p>Q3 Dans le cas des rumeurs, qu'elles sont t elles ?</p> <p>(classer les rumeurs par ordre d'importance)</p>	<p>1 = Stérilité</p> <p>2 = Hyper fécondité</p> <p>3 = Allongement terme de la grossesse</p> <p>4 = Métrorragie</p> <p>5 = Autres à préciser</p>	
5.	<p>Q3 Comment avez-vous géré ces rumeurs ?</p>	<p>1 = Sensibilisation de proximité avec mobilisateur</p> <p>2 = radio locale</p> <p>3= Canaux traditionnel</p> <p>4 = Autre à préciser</p>	
6.	<p>Q3 Quelle appréciation faites-vous des faibles couvertures vaccinales obtenues dans les districts sanitaires ?</p> <p>(Réponses multiples)</p>	<p>1=Rumeurs</p> <p>2=Mauvaise planification</p> <p>3=Manque de ressources humaines matérielles</p> <p>4=Manque de ressources financières</p> <p>5=Mauvaise stratégie de communication</p> <p>6=Manque de suivi</p> <p>97=Autres _____</p>	
7.	<p>Q3 Quelle appréciation faites-vous des excellentes couvertures vaccinales obtenues dans les districts sanitaires ?</p> <p>(Réponses multiples)</p>	<p>1=Bonne gestion des rumeurs</p> <p>2=Bonne planification</p> <p>3=Abondance de ressources humaines matérielles</p> <p>4=Abondance de ressources financières</p>	

		5=Bonne stratégie de communication 6=Bon suivi des activités 97=Autres _____	
Q38.	Est-ce qu'il y a eu des cas d'existence de MAPI ?	1 = Oui 2 = Non	
Q39.	Si oui, quelle appréciation faites-vous de la prise en charge des cas de MAPI (Manifestations Allergiques Post-Injections) ?	1=Très bonne prise en charge 2=Bonne prise en charge 3=Mauvaise prise en charge	
Q40.	Quelle appréciation faites-vous de la gestion des déchets médicaux (Boîtes de sécurité)?	1=Très bonne gestion 2=Bonne gestion 3=Mauvaise gestion	
Q41.	Quelle appréciation faites-vous du suivi des activités des AVST ?	1=Très bon suivi 2=Bon suivi 3= Faible suivi	
Q42.	Quelle appréciation faites-vous des apports des AVST par rapport aux activités de routine et les autres AVS ?	1= Contribue à améliorer les taux de couverture 2= N'apporte rien 3= Contribue au contraire à réduire les taux de couverture 4 = Autre (à préciser)	
Q43.	Quelle appréciation faites-vous du niveau d'implication des partenaires au développement ?	1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Pas satisfait	
Q4	Quelle appréciation	1=Très satisfait	

4.	faites-vous du niveau d'implication des autorités administratives, politiques, des leaders d'opinion et des forces de l'ordre lors des AVST ?	2=Satisfait 3=Pas satisfait	
5.	Q4 Quelle appréciation faites-vous du niveau d'implication des responsables du ministère de la santé lors des AVST ?	1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Pas satisfait	
6.	Q4 Si pas satisfait pourquoi ?	1 = Mauvaise organisation 2 = Mauvaise coordination 3 = Mauvaise planification 4= autre à préciser	
7.	Q4 Quelles sont les difficultés, contraintes ou obstacles ayant émaillé la mise en œuvre des AVST ? (Réponses multiples)	1=Persistance des rumeurs 2=Mauvaise planification 3=Manque de ressources humaines matérielles 4=Manque de ressources financières 5=Mauvaise stratégie de communication 6=Manque de suivi 97=Autres _____	
8.	Q4 Quels sont les facteurs ayant facilité son	1=Bonne gestion des rumeurs	

	exécution ? (Réponses multiples)	2=Bonne planification 3=Abondance de ressources humaines matérielles 4=Abondance de ressources financières 5=Bonne stratégie de communication 6=Bon suivi des activités 97=Autres _____	
Q4 9.	Quelle est votre taux de couverture en accouchement assisté ?	Inscrire le %	CSE
Q5 0.	Quelle est votre taux de couverture en VAT2+ en routine ?	Inscrire le %	CSE
Q5 1.	Quelle a été votre taux de couverture en VAT2+ lors des campagnes AVST ?	Inscrire le %	CSE
Q5 2.	Quelle appréciation faites-vous des outils de gestion des données (fiche des rapports mensuels et annuels)?	1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Pas satisfait	CSE
Q5 3.	Quelle appréciation faites-vous de la complétude des données ?	1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Pas satisfait	CSE
Q5 4.	Si pas satisfait pourquoi ?	1 = Outils de gestion non disponible 2 = Difficile à renseigner 3 = Trop nombreux	CSE

5.	Q5 Quelle appréciation faites-vous de la promptitude des données ?	1=Très satisfait 2=Satisfait 3=Pas satisfait	CSE
6.	Q5 Avez-vous des suggestions ?	1 = Oui 2 = Non	
57	Si oui énoncer les		

(Pouvez-vous nous remettre la documentation vous concernant lors des AVST)

CSE : Données de couverture des différentes phases

CPEV : Point des intrants (Doses reçues, administrées ; flacons virés...)

Merci pour votre collaboration

Guide de focus group

IDENTIFICATION DES PARTICIPANTS AUX «FOCUS GROUP»

Q1 .1	Région sanitaire	/___/___/	
Q1 .2	District sanitaire	/___/___/	
Q1 .3	Aire sanitaire	/___/___/	
Q1 .4	Zone	1= urbaine 2= rurale /___/	
Q1 .5	Code enquêteur	/___/___/___/	
Q1 .6	Date de l'enquête	/___/___/___/ (jour) (mois) (année)	
Q1 .7	Heure de début de l'entretien Heure de fin de l'entretien	/___/ h /___/ mn /___/ h /___/ mn	
Q1 .8	Nom et prénoms du superviseur/Contrôleur	Date _____ — Signature _____ —	

PARTICIPANTS

N° d'ordre	Age	Profession	Niveau scolaire	Nombre d'enfant	Statut matrimonial

Que savez-vous du tétanos ?

Comment se manifeste t-il ?

Que savez-vous de sa transmission ?

Que savez-vous de son traitement ?

Que savez-vous de sa prévention ?

Qui vous a informé sur la tenue des AVST

Comment aimerez – vous être informées sur les AVST ?

Est-ce que vous avez toutes les informations que vous voulez savoir sur les AVST ?

Si non qu'est que vous voudriez savoir et qu'o ne vous dit pas ?

Les messages sur les AVST étaient clairs c'est-à-dire compréhensible pour vous ?

Combien de passage y a t-il eu de 2008 à 2009?

Combien de fois une femme devait elle être vaccinée ?

Pourquoi certaines femmes ne se sont pas faites vacciner lors des AVST 2008 et 2009?

Qu'est ce qui a été fait pour les femmes qui ont eu des incidents après la vaccination ?

Quelles sont les rumeurs qu'il ya votre environnement sur le VAT

Quelle était l'origine de ces rumeurs ?

Que pensez-vous des rumeurs sur le VAT ?

Quels ont été vos attitudes et comportement vis-à-vis des rumeurs sur le VAT ?

Ici quelle sont les personnes qui approuvent quand on vaccine contre le VAT

Ici quelles sont les personnes qui désapprouvent quand on vaccine contre le VAT

Quelles sont vos suggestions pour la tenue des AVS prochaines ?

Guide d'entretien individuel

RESPONSABLE FINANCIER DC PEV

Date :

Nom de l'enquêteur :

Mots introductifs :

Structure _____ / _____

Fonction des personnes rencontrées:

Quels sont les montants alloués aux AVST 2008 -2009 par passage

Quels sont les montants alloués par District sanitaire et aussi pour les autres services ou structures impliqués dans la mise en œuvre des AVST

Quelle est la clé de répartition pour les Districts Sanitaires, tient elle compte des micros plans des Districts ?

Est-ce que certaines lignes budgétaires estimées importantes pour les acteurs terrain ne sont pas prises en compte ?

Si oui les quelles et pourquoi ?

Est-ce que les différents intrants ont été mis à disposition à temps

Est-ce que les fonds sont arrivés suffisamment à temps au niveau des Districts ? (pour la réalisation activités préparatoires de la campagne)

Si non pourquoi ?

Quelles sont les difficultés dans la mise en œuvre financières des AVST à son niveau et au niveau des districts

Est-ce que les rapports financiers sont faits ? Quelles sont les difficultés rencontrées à ce niveau ?

Que préconisez-vous pour améliorer la gestion financière sur le terrain et aussi pour améliorer la qualité des rapports financiers.

Que pensez-vous des coûts alloués aux AVST en CI ?

Que pensez-vous de la tenue des AVST en Côte d'Ivoire ?

Avez-vous des suggestions ou des recommandations afin d'améliorer la mise en œuvre des AVS prochaines?

(Pouvez-vous nous remettre la documentation concernant vos activités lors des AVST de 2008 & 2009 ?)

Quelles sont les raisons de non vaccination ou de refus ou d'abandon chez la cible ?

Quelle analyse faites-vous de la prise en charge des cas de MAPI (Manifestations Allergiques Post-Injections) ?

Quel peut être l'impact des MAPI sur le niveau d'adhésion des femmes aux ASVT

Quelle analyse faites-vous de la gestion des déchets médicaux (boîtes de sécurité)?

Pensez-vous que les AVST ont participé au renforcement du système sanitaire ivoirien ?

Quel a été l'apport des AVST par rapport aux autres AVS ?

Que pensez-vous des coûts alloués aux AVST en CI ?

Que pensez-vous de la tenue des AVST en Côte d'Ivoire ?

Avez-vous des suggestions ou des recommandations afin d'améliorer la mise en œuvre des AVS prochaines?

(Pouvez-vous nous remettre la documentation vous concernant lors des AVST de 2008 & 2009 ?)

Avez-vous des suggestions ou des recommandations afin d'améliorer la mise en œuvre des AVS prochaines?

(Pouvez-vous nous remettre la documentation vous concernant lors des AVST de 2008 & 2009 ?)

Guide d'entretien individuel

Directeur Coordonnateur du PEV

Date :

Nom de l'enquêteur :

Mots introductifs :

_____/_____

Si doit faire une relecture des AVST 2008 -2009 selon vous quels ont été les points :

- forts ;
- faibles ;
- les facteurs facilitant de la mise en œuvre ;
- les facteurs défavorisant de la mise en œuvre ;

Quelle appréciation faites-vous de l'impact de la stratégie de communication mise en œuvre sur les populations cibles?

Quelles appréciations faites-vous de tout le processus de mise en œuvre des AVST (de la planification jusqu'à la collecte des données).

Que préconisez-vous pour une éventuelle campagne de vaccination.

Etes-vous satisfait de la proportion des femmes vaccinées contre le tétanos ?

Quelles sont les raisons de non vaccination ou de refus ou d'abandon chez la cible ?

Pensez-vous que les AVST ont participé au renforcement du système sanitaire ivoirien ?

Quel a été l'apport des AVST par rapport aux autres AVS ?

Que pensez-vous des coûts alloués aux AVST en CI ?

Avez-vous des suggestions ou des recommandations afin d'améliorer la mise en œuvre des AVS prochaines?

Guide d'entretien individuel

(Adressé aux partenaires du MSHP lors des AVST)

UNICEF, OMS, FNUAP, Ministères partenaires...

Date : Nom de l'enquêteur :

Mots introductifs :

Structure _____ / _____
Fonction des personnes rencontrées:

Quel était votre rôle (contribution) lors des AVST en 2008 et 2009 ?

Quels objectifs aviez-vous visé ?

Quelles stratégies aviez-vous utilisé pour atteindre vos objectifs ?

Quels ont été les coûts associés à vos stratégies ?

Avez-vous atteint vos objectifs ?

Quel ont été les points forts et les points faibles des AVST 2008 - 2009

Que pensez-vous des coûts alloués aux AVST en CI (*Partenaires au développement*) ?

En quoi pensez vous que les AVST 2008-2009 ont participé au renforcement du système sanitaire ivoirien ?

Quel a été l'apport des AVST par rapport aux autres AVS ?

Que pensez-vous de la tenue des AVST en Côte d'Ivoire ?

Que pensez-vous des coûts alloués aux AVST en CI (*Partenaires au développement*) ?

Avez-vous des suggestions ou des recommandations afin d'améliorer la mise en œuvre des AVS prochaines?

Fonction des personnes rencontrées:

Quel est le rôle que vous aviez joué lors des AVST en 2008 et 2009 ?

Quels objectifs aviez-vous visé ?

Quelles stratégies aviez-vous utilisé pour atteindre vos objectifs ?

Quels ont été les coûts associés à vos stratégies ?

Avez- vous atteint vos objectifs ?

Quel ont été les points forts et les points faibles des AVST 2008 - 2009

En quoi pensez vous que les AVST 2008-2009 ont participé au renforcement du système sanitaire ivoirien ?

Quel a été l'apport des AVST par rapport aux autres AVS ?

Quelle analyse faites- vous de l'apport des partenaires au développement

Que pensez-vous de la tenue des AVST en Côte d'Ivoire ?

Avez-vous des suggestions ou des recommandations afin d'améliorer la mise en œuvre des AVS prochaines?

(Pouvez-vous nous remettre la documentation concernant vos activités lors des AVST de 2008 & 2009 ?)

BIBLIOGRAPHIE

1. Activité de l’OMS, dans la région du pacifique occidentale, 2008-2009 ;
2. Base de données sur la population, INS, Département de la démographie et des statistiques sociales, 2006 ;
3. Cahiers d’études et de recherches francophones/ santé, volume 17, N°4. 193-4 Octobre- Novembre 2007 ; ;
4. Côte d'Ivoire – Evaluation du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté ,2008
5. Enquête EDS ;
6. Enquête MICS3, 2006 ;
7. EIS 2005
8. Fondements de l’immunisation, guide pratique, USAID 2006 ;
9. Haut Comité de la Santé Publique, revue de presse du 16 au 28 Février 2005 ;
10. Médecine d’Afrique noire édition électronique, Régine KIALA, Septembre, 2009 ;
11. Ministère de l’Intérieur, Direction générale de la décentralisation et du développement local, données octobre 2008 ;
12. Plan stratégique TMN, MSHP, 2007 ;
13. PNDS 2009-20013, MSHP, 2008 ;
14. Supports de formation des agents de santé AVST (DC PEV 2007, 2008 et 2009 ;
15. Stratégie de coopération de l’OMS avec les Pays, République de Côte d’Ivoire2004 – 2007 ; OMS, 2004 ;
16. Sous –déclaration du TNN dans la région de KAYE au MALI, Nicolas L Gilbert et Modjirou N’DOUTABE, 2007 ;
17. Vaccination pratique, guide à l’usage des personnels de santé, OMS 2005 ;
18. Vérification de l’élimination du tétanos néonatal au Vietnam au moyen d’une enquête par sondage en grappe pour le control de la qualité des lots ; Weekly Epidemiological Record, July, 2006.