

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
----- o -----
Représentation en République Démocratique du Congo

**CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE
DANS LA PROVINCE DE L'ÉQUATEUR ET LA PROVINCE ORIENTALE
(06 – 10 octobre 2005)**

ÉVALUATION EXTERNE DE LA CAMPAGNE

RAPPORT PREPARE

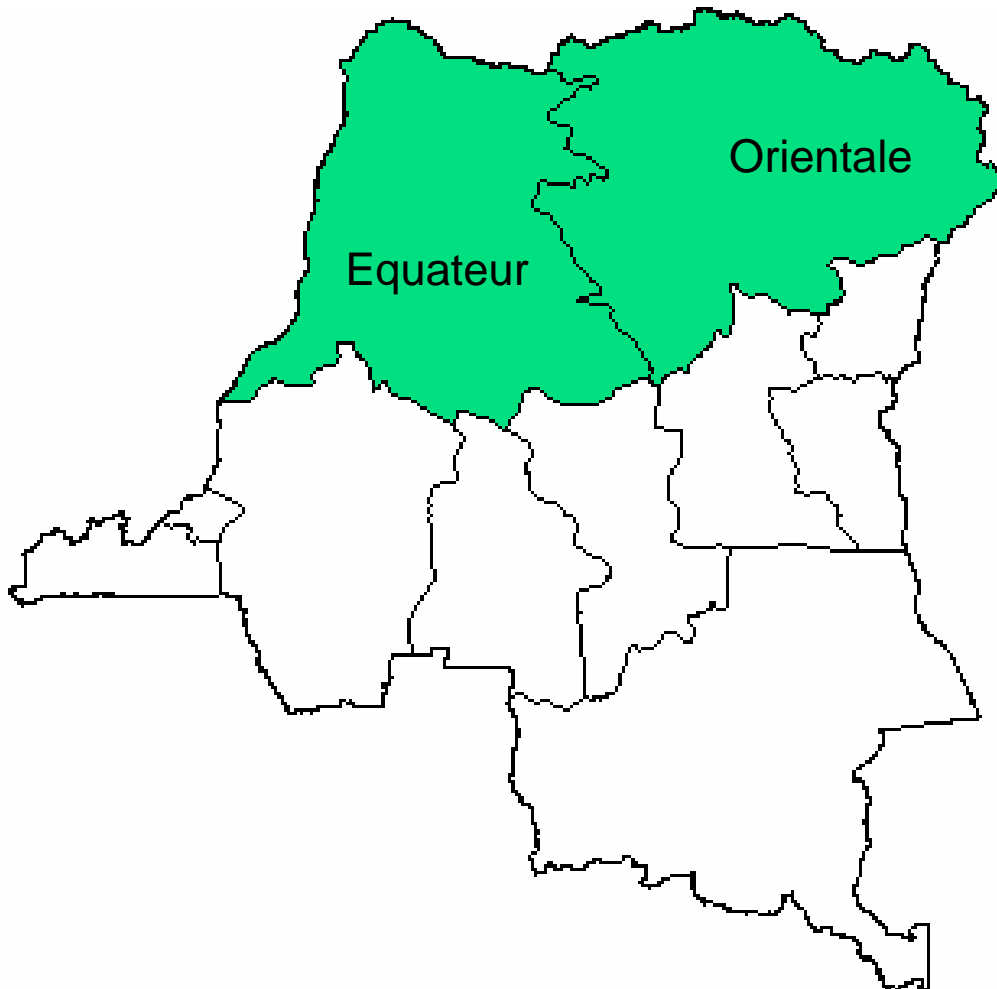
**par Dr. Emmanuel NGWE
Expert-démographe à l'IFORD
Consultant**

Yaoundé, janvier 2006

SOMMAIRE

RESUME EXECUTIF	4
INTRODUCTION	6
1. CONTEXTE DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION ET DE LA MISSION	6
1.1. <i>La rougeole, une des principales causes de décès d'enfants en RDC</i>	6
1.2. <i>Le manque de données démographiques, un obstacle pour l'évaluation des résultats des stratégies mises en œuvre</i>	7
1.3. <i>Un cadre institutionnel adapté</i>	7
1.4. <i>Situation récente de la couverture vaccinale</i>	8
1.5. <i>Brève présentation des deux provinces</i>	8
2. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION	9
2.1. <i>L'Enquête quantitative</i>	9
2.2. <i>L'Enquête qualitative</i>	11
3. DEROULEMENT DE LA MISSION	11
4. RÉSULTATS L'ENQUÊTE QUANTITATIVE	12
4.1. <i>Caractéristiques de l'échantillon</i>	12
4.2. <i>Couverture vaccinale</i>	14
4.3. <i>Les raisons de la non-vaccination</i>	21
5. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE QUALITATIVE	22
5.1. <i>Coordination et supervision des activités de la campagne</i>	22
5.2. <i>La mobilisation sociale</i>	22
5.3. <i>Formation du personnel</i>	23
5.4. <i>Sécurité des injections et gestion des déchets</i>	24
5.5. <i>Gestion des MAPI</i>	24
5.6. <i>Aspects logistiques</i>	24
6. PERCEPTIONS RELATIVES A LA ROUGEOLE ET A LA CAMPAGNE DE VACCINATION	24
6.1. <i>Perception de la rougeole</i>	25
6.2. <i>Pertinence de la campagne de vaccination</i>	25
6.3. <i>Mobilisation sociale</i>	25
7. RECOMMANDATIONS	25
CONCLUSION	26
ANNEXES	28

Provinces concernées par la campagne VAR 2005



Résumé Exécutif

Contexte et Justification

La rougeole constitue encore l'une des principales causes de morbidité et de mortalité des enfants de moins de 15 ans en République Démocratique du Congo (RDC), en dépit des stratégies de contrôle et de lutte contre la rougeole mises en œuvre par le Gouvernement avec l'appui des partenaires. Mis en place en 1981 par un arrêté ministériel, le Programme élargi de vaccination (PEV) constitue le principal dispositif de cette lutte.

Compte tenu de la situation socio-politique du pays marquée par l'insécurité, les efforts du Ministère de la santé déployés au cours des cinq dernières années dans le cadre des actions de vaccination supplémentaires ont porté principalement sur les provinces des parties méridionale et occidentale du pays relativement calmes. Ainsi, une campagne VAR a été organisée en 2002 dans les provinces du Kasai Oriental et du Nord-Kivu, et en 2004 une autre campagne a couvert les provinces suivantes : Kasai occidental, Katanga, Maniema et Sud-Kivu.

La République Démocratique du Congo (RDC) a organisée, telle que prévu par le plan d'action de PEV 2005, une campagne de vaccination contre la rougeole dans la Province de l'Equateur et la Province Orientale, du 06 au 10 octobre 2005. La population concernée par cette campagne a été évaluée à 7 839 894 enfants âgés de 6 mois à 14 ans révolus, répartis dans 152 zones de santé, soit 46% de la population totale des deux provinces estimée à 17 043 248 habitants.

Pour en valider les résultats, il a été jugé nécessaire d'évaluer, par des consultants externes, la couverture vaccinale de cette campagne.

Objectifs

- Déterminer la couverture vaccinale de la campagne de rattrape contre la rougeole et comparer les résultats avec les données administratifs
- Evaluer la préparation de la campagne
- Evaluer la perception de la population sur la campagne conduite dans ces deux provinces

Méthodologie

L'évaluation de la campagne de vaccination s'est appuyée sur deux types d'enquêtes (enquête quantitative, enquête qualitative). La collecte des données a duré environ une semaine et le traitement des données près de trois semaines.

La méthode d'échantillonnage en grappes, par sondage stratifié à quatre niveaux, inspiré de la méthode OMS a été utilisée. La taille estimée de l'échantillon était d'au moins 3.000 enfants âgés de 6 mois à 14 ans révolus. Au total, 40 grappes (zones de santé) ont été tirées par

province et dans chaque grappe 25 ménages. Tous les enfants âgés de 6 mois à 14 ans trouvés dans les ménages ont été enquêtés.

L'enquête qualitative avait pour objectif d'évaluer les modalités d'organisation de la campagne : planification des activités, formation du personnel, mobilisation sociale, supervision, sécurité de la vaccination. La technique utilisée était l'interview semi-directif des populations cibles suivantes : responsables de santé, membres des comités locaux d'organisation de la campagne, leaders d'opinion, agents de santé, mobilisateurs et populations bénéficiaires.

Conclusions

La campagne de vaccination de rattrapage contre la rougeole a été globalement réussie :

- *une couverture vaccinale globale élevée dans chaque province, supérieure à l'objectif visé par la campagne (95%) (Equateur : **98,1 %** ; province Orientale : **96,35%**).*
- *Un écart important a été constaté entre les résultats de l'enquête et les données administratives dues à la non maîtrise du dénominateur (dernier recensement de la population datant de 1984)*
- *la non-disponibilité de l'équipe de vaccination, l'éloignement des centres de santé et l'indisponibilité des mères ainsi que la peur des parents des effets secondaires constituent les principales de la non vaccination des enfants (1,9% à l'Equateur et 3,65% dans la Province Orientale).*

Recommandations

Des résultats observés et constats effectués les recommandations suivantes peuvent être proposées.

- Poursuivre les actions de sensibilisation pour accroître non seulement la couverture de la vaccination de routine mais aussi pour mieux organiser les prochaines campagnes de vaccination.
- Organiser le recensement général de la population et de l'habitat dans un délai le plus bref possible pour permettre au PEV de mieux déterminer la population cible (dénominateur) et de travailler sur des bases fiables.
- Prendre des mesures appropriées pour assurer l'élimination des déchets qui respecte les normes de protection de l'environnement et du cadre de vie.
- Renforcer les capacités des cadres nationaux à tous les niveaux dans la préparation des campagnes et la supervision des activités.

INTRODUCTION

La République Démocratique du Congo (RDC) a organisé une campagne de vaccination contre la rougeole dans la Province de l'Equateur et la Province Orientale, du 06 au 10 octobre 2005¹. Cette campagne constituait l'une des activités clés du plan d'action 2005. Pour en valider les résultats, le Gouvernement a commandité une évaluation externe, avec le soutien financier de l'OMS et l'appui technique de l'UNICEF et de l'USAID. L'objectif principal de cette évaluation est de déterminer, par une démarche scientifique, la couverture vaccinale de cette campagne et d'apprécier le déroulement des activités planifiées dans ce cadre. Les termes de référence de cette évaluation qui est réalisée par un consultant externe avec la collaboration des services techniques de la Direction du PEV sont les suivants.

1. *Develop the methodology and plan to conduct a coverage survey in the targeted provinces using the EPI cluster survey methodology, and a qualitative survey of the community perceptions of the catch-up measles campaign that was completed recently.*
2. *Determine the sample, develop the questionnaire and train data collectors in order to conduct a coverage survey using the EPI cluster survey methodology in order to corroborate the results of the administrative coverage.*
3. *Will lead the process of the conduct of good quality data collection for the coverage survey and analysis of the community perceptions of the campaign in the identified provinces.*
4. *Analyse the data and submit a detailed report within a month of the end of data collection.*

Le présent rapport aborde les principaux points suivants :

- le contexte de la campagne de vaccination,
- la méthodologie de l'évaluation,
- les résultats de l'enquête quantitative,
- les résultats de l'enquête qualitative,
- les difficultés rencontrées,
- les recommandations.

Le rapport est complété par un certain nombre de documents utiles présentés en annexes (documents d'enquête, rapport de la mission effectuée à Kisangani, liste des personnes rencontrées, liste des documents consultés, etc.).

1. CONTEXTE DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION ET DE LA MISSION

1.1. La rougeole, une des principales causes de décès d'enfants en RDC

En dépit des stratégies de contrôle et de lutte contre la rougeole mises en œuvre par le Gouvernement avec l'appui des partenaires, cette maladie constitue encore l'une des

¹ Initialement prévue pour cette période, cette campagne s'est finalement étalée sur trois semaines dans certaines zones de santé en raison des difficultés d'accès de certaines populations aux sites de vaccination et à celles relatives à la logistique (transport des intrants et déplacements des équipes de vaccination et de supervision).

principales causes de morbidité et de mortalité des enfants de moins de 15 ans en RDC. Elle sévit sous forme de nombreuses épidémies dans plusieurs zones de santé du pays. Aussi, le Gouvernement mène-t-il des actions pour renforcer la lutte contre ce fléau. Mis en place en 1981 par un arrêté ministériel, le Programme élargi de vaccination (PEV) constitue le principal dispositif de cette lutte. Il est axé sur la vaccination de routine et sur les activités de vaccination supplémentaires (AVS) ou campagnes de vaccination.

1.2. Le manque de données démographiques, un obstacle pour l'évaluation des résultats des stratégies mises en œuvre

Il est toutefois difficile, à l'heure actuelle, de déterminer, avec précision, l'ampleur des progrès accomplis et l'impact des actions menées sur le terrain, faute d'indicateurs de base sur la population fiables et à jour. En effet, le dernier recensement général de la population remonte à plus de 20 ans et aucune enquête démographique d'envergure nationale n'a été réalisée entre-temps. Dans ces conditions, il est difficile voire impossible de déterminer l'effectif exact de la population des enfants en âge d'être vaccinés, et donc de connaître le dénominateur permettant de calculer le taux de couverture vaccinale. Il est également difficile d'évaluer correctement les besoins de la population en matière de vaccination.

La solution adoptée par les responsables nationaux du PEV consistant à projeter les effectifs de population estimés lors de l'élaboration des micro-plans d'intervention n'est qu'un palliatif du manque de statistiques appropriées. Car les troubles socio-politiques connus par le pays au cours des deux dernières décennies ont certainement modifié la structure de la population ainsi que les schémas de la fécondité, de la mortalité et des migrations, si bien que l'hypothèse d'un taux annuel d'accroissement démographique uniforme de 3% utilisée par le PEV pour effectuer les projections démographiques ne reflète certainement pas la réalité. On rencontre aussi, dans ces conditions, des difficultés pour l'échantillonnage pour réaliser une enquête par sondage permettant d'évaluer la couverture vaccinale d'une campagne de vaccination comme celle d'octobre 2005, la base de sondage (population des zones et des aires de santé) n'étant pas connue.

1.3. Un cadre institutionnel adapté

Depuis près de trois décennies, le Ministère de la santé met en œuvre le *Programme élargi de vaccination*. En 2002, il a adopté une *politique nationale du PEV* qui s'inscrit dans le cadre global de la restructuration du système national de santé. Cette politique vise globalement à réduire la morbidité et la mortalité des enfants dues aux maladies cibles du PEV.

L'organisation opérationnelle de ce programme repose sur un découpage pyramidal du territoire tenant compte de la très grande superficie du pays (environ 2 350 000 km²) qui est une contrainte majeure de la mise en œuvre de ce programme. Ainsi, la structure opérationnelle du PEV comprend, de la base vers le sommet, les niveaux suivants : le Centre de santé (site de vaccination pour les interventions de routine), l'Aire de santé, la Zone de santé, l'Antenne PEV, la Coordination provinciale PEV et la Direction nationale PEV. Des efforts sont faits par le Gouvernement, avec le soutien appréciable des partenaires comme l'OMS, l'UNICEF et l'USAID pour doter chaque structure opérationnelle des ressources humaines et matérielles nécessaires. Mais les besoins à satisfaire sont encore importants. Ceux-ci sont aggravés par le déficit d'énergie électrique dont souffrent certaines zones, ainsi que par les problèmes d'accessibilité géographique qui affectent presque toutes les provinces du pays, du fait non seulement de la grande superficie du pays mais surtout de la pauvreté et

de la précarité des voies de communication et des moyens de transport. L'instabilité politique observée au cours de ces dix dernières années et son corollaire, l'insécurité de la population, constituent deux autres facteurs importants ayant freiné les programmes de santé en général et les activités du PEV en particulier.

1.4. Situation récente de la couverture vaccinale

Compte tenu de la situation socio-politique du pays marquée par l'insécurité, les efforts du Ministère de la santé déployés au cours des cinq dernières années dans le cadre des actions de vaccination supplémentaires ont porté principalement sur les provinces des parties méridionale et occidentale du pays relativement calmes. Ainsi, une campagne VAR a été organisée en 2002 dans les provinces du Kasai Oriental et du Nord-Kivu, et en 2004 une autre campagne a couvert les provinces suivantes : Kasai occidental, Katanga, Maniema et Sud-Kivu. Les résultats de ces campagnes présentés dans le tableau 1 ci-dessous montre une performance inégale d'une province à l'autre.

Tableau 1 : Taux de couverture des campagnes VAR de 2002 et 2004 par province

Province	Taux de couverture en %
CAMPAGNE VAR 2002	
Kasai Oriental	96,3
Nord-Kivu	96,1
CAMPAGNE VAR 2004	
Kasai Occidental	91,5
Katanga	88,5
Maniema	95,1
Sud-Kivu	66,2

Source : Rapports d'activités Direction du PEV

La situation s'étant normalisée dans la partie orientale du pays, le plan d'action du PEV 2005 avait prévu d'organiser une campagne VAR dans la province de l'Equateur et la province Orientale en octobre 2005. La population concernée par cette campagne a été évaluée à 7 839 894 enfants âgés de 6 mois à 14 ans révolus, répartis dans 152 zones de santé, soit 46% de la population totale des deux provinces estimée à 17 043 248 habitants.

1.5. Brève présentation des deux provinces

La province Orientale et celle de l'Equateur sont parmi les plus grandes provinces de la RDC tant au plan de la superficie que de la taille de la population. Avec 503 293 km², la province Orientale occupe la première position du point de vue de la superficie avant le Katanga (496 877 km²). Ces deux provinces représentent respectivement 21,4% et 21,1 % de la superficie totale du pays. La province de l'Equateur, elle, vient en troisième position, avec 403 292 km², soit 17,2% de la superficie du pays. Cette vaste étendue des deux provinces conjuguée avec les difficultés de transport a constitué une contrainte majeure pour l'organisation des activités de la campagne VAR d'octobre 2005. Concernant précisément le transport, il convient de relever le fait que ces deux provinces, comme d'ailleurs le reste du pays, souffrent de sérieux problèmes d'enclavement aggravés par la présence de la forêt dense, d'un relief montagneux et d'un réseau hydrographique abondant. Le transport aérien

entre Kinshasa et les capitales provinciales ainsi qu'à l'intérieur des provinces est tributaire des aléas des compagnies aériennes en présence à cause de l'insuffisance des infrastructures routières, si bien qu'il était difficile de respecter le calendrier des activités de la campagne. Aussi a-t-on été obligé de prolonger d'une semaine ou plus le déroulement de la campagne dans certaines de zones de santé. Ces difficultés ont eu aussi pour conséquence le retard de la transmission des données des zones de santé au niveau central.

Sur le plan démographique, la province Orientale et celle de l'Equateur occupent respectivement la deuxième et la troisième positions, après celle du Katanga. D'après des estimations de 1996, la province Orientale représente 13% et celle de l'Equateur 10% de la population totale du pays évaluée en 2005 à 57,5 millions d'habitants (Rapport de l'UNFPA sur l'état de la population mondiale, 2005).

2. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION

L'évaluation de la campagne de vaccination s'est appuyée sur deux types d'enquêtes : une enquête quantitative et une enquête qualitative. La collecte des données a duré environ une semaine et le traitement des données a duré près de trois semaines.

2.1. L'Enquête quantitative

L'enquête quantitative avait pour objectif de recueillir des informations permettant de déterminer le niveau de couverture de la campagne de vaccination. La population cible était constituée des enfants âgés de 6 mois à 14 ans révolus. Il s'agissait d'une enquête-ménage, les enfants éligibles devant être repérés dans les ménages ; le questionnaire était adressé aux mères.

2.1.1. L'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage appliquée était le sondage stratifié à quatre niveaux, inspirée de la méthode OMS ; toutes les antennes de chaque province étant incluses dans le champ de l'enquête, l'échantillonnage a consisté à tirer dans chaque antenne PEV de la province considérée :

- 1^{er} niveau : les zones de santé à enquêter ;
- 2^{ème} niveau : dans chaque zone de santé tirée, l'aire de santé à enquêter ;
- 3^{ème} niveau : dans l'aire de santé tirée, le village, le quartier ou la rue à enquêter ;
- 4^{ème} niveau : dans chaque village/quartier/rue tiré, les ménages à enquêter.

La taille estimée de l'échantillon était d'au moins 3000 enfants âgés de 6 mois à 14 ans révolus.

La conséquence de ce mode de tirage est la difficulté de faire l'analyse des données au niveau des zones de santé (équivalents des districts de santé dans les autres pays), car la représentativité de l'échantillon n'est assurée qu'au niveau de la province et des antennes².

² Cette méthode a été utilisée pour contourner la difficulté liée au manque de statistiques détaillées et à jour sur les populations des zones et des aires de santé ainsi que sur celles des villages et quartiers.

Au total, 40 grappes (zones de santé) devaient être tirées par province et dans chaque grappe 25 ménages. Tous les enfants âgés de 6 mois à 14 ans trouvés dans les ménages devaient être enquêtés. La répartition des grappes par province est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Nombre total de zones de santé et nombre de zones de santé tirées par province

Antennes	Nombre total de zones de santé	Nombre de zones de santé tirées ³
Province de l'ÉQUATEUR		
Boende	12	5
Bumba	5	4
Gbadolite	11	6
Gemena	16	9
Lisala	7	5
Mbandaka	18	8
Total	69	37
Province ORIENTALE		
Aru + Bunia	30	18
Buta	9	4
Isiro	12	5
Kisangani	6	4
Lokutu	17	8
Total	74	39

La collecte des données a été assurée par 80 enquêteurs placés sous le contrôle de 15 superviseurs. La vérification préalable des fiches des données collectées avant leur saisie a été effectuée par une équipe de deux personnes indépendantes au PEV. La saisie des données a été assurée par six personnes. Ce personnel impliqué dans la conduite de cette enquête a été formé en deux jours par le consultant, avec l'appui d'un cadre du PEV et d'un cadre de l'ONG Immunization Basics, partenaire du PEV. Le traitement des données a été réalisé à l'aide du logiciel Access pour ce qui concerne la saisie des données et du logiciel Stata version 7 pour la production des tableaux. Cette phase du travail a bénéficié de l'appui technique du Data Manager de l'ONG Immunization Basics.

2.1.2. Le questionnaire

Le questionnaire utilisé pour l'évaluation quantitative de la campagne est relativement simple. Il comporte au total 17 variables qu'on peut regrouper dans les rubriques suivantes :

- Localisation du ménage (antenne, zone de santé, aire de santé, grappe, village/quartier/rue) ;
- Identification de l'enfant (nom, sexe, âge) ;
- Statut vaccinal ;
- Caractéristiques de la mère (niveau d'instruction, présence dans le ménage) ;

³ Sur le terrain, le nombre de zones enquêtées est effectivement de 40 car les antennes de Lisala, Bumba et Gemena ont été subdivisées en deux chacune. Il en est de même de Aru.

- Disponibilité de la carte de vaccination (pour les enfants vaccinés) ;
- Raison de la non-vaccination (pour les enfants non vaccinés).

La simplification du questionnaire était liée au souci des responsables du PEV de réaliser l'enquête dans un délai suffisamment court pour disposer des résultats au courant du mois de janvier 2006 au plus tard⁴. Le questionnaire et le guide pour son remplissage figurent en annexe du présent rapport.

L'analyse des données est descriptive, basée sur les tableaux de fréquence et les tableaux croisés. Pour la mise en évidence du lien éventuel entre le statut vaccinal des enfants et quelques variables de différenciation, nous avons eu recours au test statistique du Khi-deux, avec comme seuil de signification 5%.

2.2. L'Enquête qualitative

L'enquête qualitative avait pour objectif d'évaluer les modalités d'organisation de la campagne VAR d'octobre 2005 : planification des activités, formation du personnel, mobilisation sociale, supervision, sécurité de la vaccination, etc.

La technique d'enquête utilisée était l'interview semi-directif, avec comme population cible les personnes suivantes : les responsables de santé, les membres des comités locaux d'organisation de la campagne, les leaders d'opinion, les agents de santé, les mobilisateurs et les populations bénéficiaires. Les personnes à interroger étaient choisies au hasard. La grille d'interview figure en annexe.

L'analyse des données a été faite selon la méthode d'analyse des contenus.

3. DEROULEMENT DE LA MISSION

Les activités suivantes ont été réalisées au cours de la mission :

- Discussion préliminaire avec les points focaux OMS en matière de PEV et de surveillance sur les termes de référence, la méthodologie et les aspects généraux de la campagne ;
- Visite de courtoisie au Représentant de l'OMS,
- Visite de courtoisie à l'Administrateur des programmes de l'UNICEF, partenaires du PEV,
- Prise de contact avec les responsables et les cadres du PEV national,
- Discussion de la méthodologie de l'enquête et de l'organisation générale de l'évaluation avec l'équipe du PEV,
- Collecte et exploitation de la documentation relative à la campagne et à l'épidémiologie de la rougeole,
- Descentes sur le terrain dans l'Antenne de Kisangani (province Orientale) pour le suivi de l'enquête,
- Suivi du traitement des données,

⁴ A notre arrivée à Kinshasa, nous avons trouvé un projet de questionnaire préparé par l'équipe du PEV que nous avons amendé en y ajoutant des variables permettant d'analyser les aspects différentiels de la couverture vaccinale (niveau d'instruction de la mère, présence de la mère dans le ménage, etc.) et d'autres variables de contrôle telles que le numéro d'ordre de l'enfant, le nombre d'enfants âgés de 6 mois à 14 ans révolus à la date de la campagne, etc.).

- Préparation du plan de tabulation et du plan d'analyse en liaison avec le superviseur de la saisie des données
- Elaboration des résultats préliminaires de l'enquête quantitative à partir des données saisies de 50% des questionnaires,
- Présentation des résultats préliminaires à l'équipe conjointe du PEV, de l'OMS, de l'UNICEF et de l'ONG Immunisation Basics lors de la séance de restitution.

Le chronogramme des activités est présenté en annexe.

4. RÉSULTATS L'ENQUÊTE QUANTITATIVE

4.1. Caractéristiques de l'échantillon

4.1.1. Taille de l'échantillon

Dans l'Equateur l'enquête a porté sur 3338 enfants âgés de 6 mois à 14 ans vivant dans 1000 ménages, soit en moyenne 3,3 enfants par ménage. Dans la province Orientale on a identifié 3371 enfants dans 999 ménages soit en moyenne 3,4 enfants par ménage. Si on estime à 7 personnes environ la taille moyenne des ménages, on peut dire que la charge sociale des ménages est élevée car la moitié des membres des ménages constituée d'enfants de moins de 15 ans. Cette structure est la conséquence d'une forte fécondité estimée à 6,7 enfants par femme en 2005 (Rapport sur l'Etat de la population mondiale, FNUAP 2005)⁵.

La répartition des ménages et des enfants entre les antennes PEV (tableau 3) est inégale et fonction du nombre des zones de santé tirées (voir méthodologie). Dans l'Equateur le plus grand nombre de ménages enquêtés se trouve dans l'antenne de Gemena (250) et le plus petit dans celle de Bumba (100). Dans la province Orientale c'est l'antenne d'Aru qui a le plus grand nombre de ménages (275) et celles de Buta et Lokutu, le plus petit nombre (100 ménages chacune).

Tableau 3 : Répartition des ménages et des enfants enquêtés par province et antenne PEV

Antennes	Nombre de ménages	Pourcentage	Nombre d'enfants	Pourcentage
PROVINCE DE L'EQUATEUR				
Boende	125	12,5	354	10,6
Bumba	100	10,0	302	9,0
Gbadolite	150	15,0	539	16,2
Gemena	250	25,5	872	26,1
Lisala	175	17,5	683	20,5
Mbandaka	200	20,0	588	17,6
Total	1000	100,0	3338	100,0
PROVINCE ORIENTALE				
Aru	275	27,5	843	25,0
Bunia	200	20,0	592	17,6
Buta	100	10,0	321	9,5

⁵ L'échantillonnage prévoyait le tirage de 1000 ménages par province. Mais dans la province Orientale, un ménage n'a pas été enquêté dans l'antenne de KISANGANI. Ceci n'a cependant pas d'effet sur les résultats de l'étude

Isiro	125	12,5	448	13,3
Kisangani	199	20,0	828	24,6
Lokutu	100	10,0	339	10,0
Total	999	100,0	3371	100,0

4.1.2. Structure de l'échantillon

La répartition des ménages selon le nombre d'enfants d'âge vaccinal identifiés dans le ménage (tableau 4) montre qu'un peu plus des trois quarts des ménages ont entre 1 et 4 enfants (76,5% pour l'Equateur et 75,8% pour la province Orientale) .

Tableau 4 : Répartition des ménages en % selon le nombre d'enfants de 6 mois à 14 ans identifiés dans le ménage par province.

Nombre d'enfants par ménage	Province de l'EQUATEUR	Province ORIENTALE
1	18,1	17,2
2	20,6	21,3
3	21,4	21,0
4	16,4	16,3
5	10,7	10,8
6	6,6	5,3
7	3,1	3,8
8	1,2	3,2
9	0,8	0,7
10 et plus	1,1	0,4
Total	100,0	100,0

La structure par âge de l'échantillon montre que la grande majorité des enfants enquêtés (70%) a un âge compris entre 1 et 10 ans. Toutefois dans l'Equateur plus d'un tiers des enfants se trouve dans la classe d'âge 1-4 ans tandis que c'est dans le groupe 5-9 ans qu'on trouve la même proportion dans la province Orientale. Le pourcentage d'enfants dont l'âge n'a pas été déclaré est négligeable (inférieur à 1%). Ceci montre que la qualité des données sur l'âge des enfants est bonne.

La structure par sexe de l'échantillon montre un léger surnombre de garçons par rapport aux filles dans l'Equateur, avec un rapport de masculinité de 106 garçons pour 100 filles. Dans la province Orientale, par contre, on a trouvé autant de garçons que de filles (tableau 5 ~~---~~).

Tableau 5 : Répartition des enfants enquêtés selon le sexe et l'âge par province

Antenne	Masculin	Féminin	Ensemble	Effectif total
Province de l'ÉQUATEUR				
6-11 mois	2,0	1,8	1,9	64
1-4 ans	36,1	35,4	35,8	1189
5-9 ans	35,2	35,8	35,5	1180
10-14 ans	26,3	26,7	26,5	881
Âge non déclaré	0,4	0,3	0,3	11

Total	100,0	100,0	100,0	3325*
Province ORIENTALE				
6-11 mois	2,5	3,0	2,7	92
1-4 ans	34,0	32,2	33,1	1114
5-9 ans	35,2	36,1	35,6	1200
10-14 ans	28,3	28,6	28,5	958
Âge non déclaré	---	0,1	0,1	2
Total	100,0	100,0	100,0	3366

* Cet effectif exclut les 14 enfants âgés de moins de 6 mois enregistrés par erreur et considérés lors de la tabulation des données comme des « missing values ».

4.2. Couverture vaccinale

4.2.1. Couverture globale et variation par antenne

La qualité des données sur le statut vaccinal des enfants n'appelle aucune observation, car la proportion des enfants dont le statut n'a pas été déclaré est négligeable. En effet, cette proportion est quasi nulle (0,1 %) dans chaque province. Par ailleurs, on a enregistré très peu de valeurs manquantes (missing values) lors du traitement des données.

Les données de l'enquête révèlent **une couverture vaccinale globale élevée** dans chaque province, supérieure à l'objectif visé par la campagne (95%). Ainsi, la province de l'Equateur a atteint une couverture globale de **98,1 %** et la province Orientale **96,3%** (tableau 6). La performance de la campagne a donc été meilleure dans l'Equateur que dans la province Orientale. Cette inégalité serait imputable aux spécificités de chaque province. Mais elle pourrait aussi s'expliquer par les effets néfastes du conflit socio-politique qu'a connu récemment la province Orientale, auxquels on peut ajouter l'inaccessibilité géographique de certaines zones de santé, l'existence de poches d'insécurité, etc.

Tableau 6 : Répartition des enfants en % selon le statut vaccinal, par antenne

Antenne	Vacciné	Non vacciné	Ne sait pas	Total	Effectif total
Province de l'ÉQUATEUR					
Boende	95,8	4,2	--	100,0	354
Bumba	99,0	1,0	--	100,0	302
Gbadolité	99,3	0,7	--	100,0	539
Gemena	97,1	2,8	0,1	100,0	871
Lisala	98,4	1,3	0,3	100,0	683
Mbandaka	99,1	0,9	--	100,0	585
Total	98,1	1,8	0,1	100,0	3334
Province ORIENTALE					
Aru	92,0	7,6	0,4	100,0	842
Bunia	97,3	2,7	--	100,0	590
Buta	97,2	2,8	--	100,0	320
Isiro	99,3	0,7	--	100,0	447
Kisangani	97,8	2,1	0,1	100,0	827
Lokutu	97,1	2,9	--	100,0	339
Total	96,3	3,5	0,1	100,0	3365

Il existe un écart important entre *la couverture vaccinale brute et la couverture vaccinale nette*, celle qui correspond à la proportion d'enfants vaccinés dont les mères ont présenté la carte de vaccination. Le tableau 7 ci-dessous montre que la couverture brute est largement supérieure à la couverture nette (98% contre 78% dans l'Equateur, 96% contre 71% dans la province Orientale) ; ceci reflète le fait qu'un nombre élevé de mère (plus de 20%) n'a pas présenté la carte de vaccination pour confirmer le statut vaccinal de l'enfant, ce qui peut faire douter de la véracité de la déclaration de la mère. La couverture nette, à l'instar de la couverture brute, est plus élevée dans la province de l'Equateur que dans la province Orientale.

Dans chaque province, la couverture vaccinale brute et la couverture vaccinale nette varient sensiblement entre les antennes. Toutefois, la courbe de variation des deux types de couverture ne suit pas la même évolution. Dans l'Equateur, c'est l'antenne de Boende qui affiche la couverture brute la plus basse (96%) et celle de Gbadolité la plus élevée (99,3%), tandis que le taux de couverture nette le plus faible est enregistré dans l'antenne de Mbandaka (66%) et le plus élevé à Lisala (88,9%). Dans la province Orientale, la plus grande couverture brute a été enregistrée dans l'antenne de Isiro (99,3%) et la plus petite à Aru (92%); concernant la couverture nette, le taux le plus élevé est également à Isiro (79,2%) mais le plus bas est enregistré à Bunia (64,6%).

Tableau 7 : Couverture vaccinale brute et couverture vaccinale nette (en %) par province et par antenne

Antenne	Couverture brute	Couverture nette
Province de l'EQUATEUR		
Boende	95,8	72,3
Bumba	99,0	85,8
Gbadolité	99,3	81,1
Gemena	97,1	75,8
Lisala	98,4	88,9
Mbandaka	99,1	66,0
Ensemble	98,1	78,1
Province ORIENTALE		
Aru	92,0	70,2
Bunia	97,3	64,6
Buta	97,2	77,2
Isiro	99,3	79,2
Kisangani	97,8	69,8
Lokutu	97,1	74,9
Ensemble	96,3	71,1

4.2.2. Comparaison des données de l'enquête et des données administratives

La comparaison des taux de couverture trouvés par l'enquête et de ceux issus des données rapportées par les équipes du PEV (tableau 8) montre un écart important entre les deux sources et confirme l'incertitude des données rapportées. Concernant ce dernier aspect, on note que les données des antennes de Boende et de Bumba dans l'Equateur sont particulièrement entachées d'erreurs, avec des taux de couverture supérieurs à 100% qui

montrent que le dénominateur a été mal sous-estimé. La faiblesse relative de l'écart entre les taux rapportés et ceux issus de l'enquête dans la province Orientale laisse penser que les données de la campagne ont été mieux rapportées dans cette province que dans l'Equateur. Il convient de signaler toutefois que les difficultés de transport et de communication entre Kinshasa, la Capitale, et Aru n'ont pas permis d'obtenir à temps les données de terrain de cette antenne.

Tableau 8 : Couverture vaccinale issue de l'enquête et couverture vaccinale issue des données administratives

Antenne	Couverture issue de l'enquête	Couverture rapportée	Ecart
Province de l'EQUATEUR			
Boende	96	106	-10
Bumba	99	106	-7
Gbadolité	99	80	+19
Gemena	97	84	+7
Lisala	98	73	+25
Mbandaka	99	84	+15
Ensemble	98	87	+11
Province ORIENTALE			
Aru	92	--	--
Bunia	97	89	+8
Buta	97	98	-1
Isiro	99	89	+9
Kisangani	98	98	0
Lokutu	97	87	+10
Ensemble	96	91	+5

4.2.3. Variation de la couverture vaccinale selon certaines caractéristiques des enfants

Les caractéristiques des enfants retenues dans l'enquête sont : le sexe, l'âge, le niveau d'instruction de la mère et la présence de la mère dans le ménage.

a) Variation selon le sexe de l'enfant

Les données de l'enquête montrent qu'il n'existe pas de différences significatives de la couverture vaccinale des enfants en fonction du sexe. Autrement dit, il n'y a pas de discrimination sexuelle des enfants en matière de vaccination et probablement en matière de soins de santé d'une façon générale, aussi bien dans l'Equateur que dans la province Orientale. Quel que soit leur sexe, tous les enfants ont donc pratiquement la même chance d'être vaccinés. Toutefois, dans l'antenne de Bumba (Equateur) et dans celle de Kisingani (province Orientale), on note un écart de plus de 2 points entre les garçons et les filles à l'avantage des premiers. Signalons que le test du Khi-deux non significatif au seuil de 5% confirme l'absence de lien entre le statut vaccinal et le sexe de l'enfant.

Tableau 9 : Variation du statut vaccinal selon le sexe de l'enfant,
par province et antenne

EQUATEUR

Antenne	Vacciné	Non vacciné	Ne sait pas	Total	Effectif total
Sexe masculin					
Boende	95,4	4,6	--	100,0	176
Bumba	100,0	--	--	100,0	162
Gbadolité	99,7	0,3	--	100,0	291
Gemena	97,3	2,5	0,2	100,0	438
Lisala	98,5	1,5	--	100,0	341
Mbandaka	99,7	0,3	--	100,0	303
Total	98,4	1,5	0,1	100,0	1711
Sexe féminin					
Aru	96,1	3,9	--	100,0	178
Bunia	97,9	2,1	--	100,0	140
Buta	98,8	1,2	--	100,0	248
Isiro	97,0	3,0	--	100,0	433
Kisangani	98,2	1,2	0,6	100,0	341
Lokutu	98,6	1,4	--	100,0	282
Ensemble	97,8	2,1	0,1	100,0	1622
Ensemble des deux sexes					
Aru	95,8	4,2	--	100,0	354
Bunia	99,0	1,0	--	100,0	302
Buta	99,3	0,7	--	100,0	539
Isiro	97,1	2,8	0,1	100,0	871
Kisangani	98,4	1,3	0,3	100,0	683
Lokutu	99,1	0,9	--	100,0	585
Ensemble	98,1	1,8	0,1	100,0	3334

Province ORIENTALE

Antenne	Vacciné	Non vacciné	Ne sait pas	Total	Effectif total
Sexe masculin					
Aru	92,7	7,1	0,2	100,0	436
Bunia	96,8	3,1	--	100,0	286
Buta	96,3	3,7	--	100,0	163
Isiro	99,5	0,5	--	100,0	207
Kisangani	99,0	1,0	--	100,0	411
Lokutu	97,8	2,2	--	100,0	179
Total	96,7	3,2	0,1	100,0	1682
Sexe féminin					
Aru	91,4	8,1	0,5	100,0	406
Bunia	97,7	2,3	--	100,0	304
Buta	98,1	1,9	--	100,0	157
Isiro	99,2	0,8	--	100,0	240
Kisangani	96,7	3,1	0,2	100,0	416

Lokutu	96,2	3,7	--	100,0	160
Ensemble	96,0	3,8	0,2	100,0	1683
Ensemble des deux sexes					
Aru	92,0	7,6	0,4	100,0	842
Bunia	97,3	2,7	--	100,0	586
Buta	97,2	2,8	--	100,0	320
Isiro	99,3	0,7	--	100,0	447
Kisangani	97,8	2,1	0,1	100,0	827
Lokutu	97,0	3,0	--	100,0	339
Ensemble	96,3	3,5	0,1	100,0	3365

b) Variation selon l'âge

Comme le sexe, l'âge ne constitue pas un facteur important de différenciation de la couverture vaccinale des enfants. On note toutefois que dans la province Orientale les enfants de 6 à 11 mois ont une couverture nettement inférieure à celle des enfants plus âgés ; dans l'Equateur on observe une situation inverse (tableau 10). Il est difficile d'expliquer ce résultat et le test du Khi-deux non significatif au seuil de 5% montre qu'il n'y a pas de lien statistique entre le statut vaccinal et l'âge des enfants dans l'Equateur mais ce lien existe dans la province Orientale.

Tableau 10 : Statut vaccinal des enfants selon l'âge, par province

Âge	Vacciné	Non vacciné	Ne sait pas	Total	Effectif total
Province de l'EQUATEUR					
6-11 mois	98,4	1,6	--	100,0	64
1-4 ans	97,7	2,2	0,1	100,0	1187
5-9 ans	98,5	1,3	0,2	100,0	1181
10-14 ans	98,1	1,9	--	100,0	880
Non déclaré	100,0	--	--	100,0	11
Ensemble				100,0	3323
Province ORIENTALE					
6-11 mois	91,2	8,8	--	100,0	91
1-4 ans	96,0	4,0	--	100,0	1112
5-9 ans	96,0	2,9	0,2	100,0	1200
10-14 ans	96,7	3,2	0,1	100,0	958
Non déclaré	--	50,0	50,0	100,0	2
Ensemble	96,3	3,5	0,2	100,0	3363

4.2.4. Variation de la couverture selon les caractéristiques de la mère

Si les caractéristiques individuelles de l'enfant peuvent différencier les enfants en matière de vaccination, celles de la mère peuvent aussi jouer ce rôle. Le niveau d'instruction de la mère et la présence de la mère dans le ménage sont les deux caractéristiques saisies lors de l'enquête pour vérifier cette hypothèse.

a) Variation selon le niveau d'instruction de la mère

Les données de l'enquête montrent que le niveau d'instruction de la mère de la mère est un facteur important de différenciation de la couverture vaccinale des enfants dans la province Orientale. Car dans cette province la proportion d'enfants vaccinés augmente avec le niveau d'instruction de la mère : on passe ainsi de 93% pour les enfants de mère illettrées à 98% pour les enfants de mères ayant le niveau primaire puis à 97% pour ceux dont la mère a le niveau secondaire (tableau 11). On note toutefois que du fait certainement des petits effectifs (15 enfants seulement), la proportion des enfants vaccinés issus de mères ayant atteint le niveau supérieur est inférieure aux deux précédentes. Quoique la corrélation observée ne soit pas nette, les différences observées sont statistiquement significatives dans la province Orientale mais elles ne le sont pas dans la province de l'Equateur. Le nombre relativement élevé de mères dont le niveau d'instruction n'a pas été déclaré a certainement une incidence sur les tendances observées.

Tableau 11 : Statut vaccinal des enfants selon le niveau d'instruction de la mère, par province

Niveau d'instruction	Vacciné	Non vacciné	Ne sait pas	Total	Effectif total
Province de l'EQUATEUR					
Aucun	97,7	2,3	--	100,0	1068
Primaire	98,3	1,6	0,1	100,0	1416
Secondaire	98,1	1,8	0,1	100,0	741
Supérieur	100,0	--	--	100,0	10
Non déclaré	100,0	--	--	100,0	71
Ensemble	98,1	1,8	0,1	100,0	3306
Province ORIENTALE					
Aucun	93,2	6,5	0,3	100,0	850
Primaire	97,8	2,2	--	100,0	1547
Secondaire	97,1	2,9	--	100,0	801
Supérieur	93,3	6,7	--	100,0	15
Non déclaré	95,0	4,3	0,7	100,0	139
Ensemble	96,3	3,6	0,1	100,0	3352

b) Variation selon la présence de la mère dans le ménage

L'enquête a révélé l'existence d'un lien étroit entre la présence de la mère dans le ménage et le statut vaccinal des enfants. Il apparaît ainsi que les enfants dont la mère vit dans le ménage (au moment de l'enquête) ont une couverture plus élevée que ceux dont la mère ne vit pas dans le ménage ou est décédée (tableau 12). Toutefois dans la province Orientale les enfants dont la mère est décédée présentent une couverture plus grande que les autres enfants. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que dans certaines communautés de cette province, les orphelins bénéficient généralement de plus d'attention que les autres, en raison de l'attachement des parents à la mémoire de la mère décédée ; ce qui ne serait pas le cas dans la province de l'Equateur. Les différences constatées sont statistiquement significatives au seuil de 5%. Il découle de ce résultat la nécessité de cibler, lors des prochaines campagnes de sensibilisation, les orphelins et les enfants dont la mère ne vit plus dans le ménage afin d'accroître leur couverture vaccinale.

Tableau 12 : Statut vaccinal des enfants selon la présence de la mère dans le ménage

Présence de la mère	Vacciné	Non vacciné	Ne sait pas	Total	Effectif total
Province de l'ÉQUATEUR					
Mère dans le ménage	98,2	1,7	0,1	100,0	3119
Mère hors du ménage	97,1	2,9	--	100,0	173
Mère décédée	91,9	8,1	--	100,0	37
Ensemble	98,1	1,8	0,1	100,0	3329
Province ORIENTALE					
Mère dans le ménage	96,9	3,0	0,1	100,0	2812
Mère hors du ménage	93,2	6,8	--	100,0	471
Mère décédée	97,3	1,4	1,3	100,0	73
Ensemble	96,4	3,5	0,1	100,0	3356

4.2.5. Disponibilité de la carte de vaccination

La carte de vaccination permet non seulement de prouver le statut vaccinal de l'enfant mais aussi d'assurer le suivi de la prise des vaccins recommandés par le Programme élargi de vaccination. L'enquête montre que dans leur grande majorité (80% dans l'Équateur et 74% dans la province Orientale) les mères ont présenté la carte de vaccination. Ce résultat suggère néanmoins que l'effort de sensibilisation entrepris soit poursuivi pour amener toutes les mères à conserver soigneusement cette carte pour pouvoir la présenter en cas de besoin. Pour aider les mères à atteindre cet objectif, il conviendrait d'agrandir le format actuel de cette carte qui, parce que trop petit, facilite son égarement par certaines mères peu ordonnées.

Dans chacune des deux provinces, on note une variation considérable de la proportion de mères ayant présenté la carte, d'une antenne à l'autre. Dans l'Équateur cette proportion passe de 66% dans l'Antenne de Mbandaka à 90,3% dans celle de Lisala. L'antenne de Bumba occupe la deuxième position après Lisala avec une proportion de 87%. Dans la province Orientale, les écarts entre antennes sont moins prononcés : on passe ainsi de 80% dans Isiro à 66% à Bunia ; Buta occupe la deuxième position après Isiro, avec un pourcentage de 79%.

Tableau 13 : Répartition des enfants selon la disponibilité de la carte de vaccination, par antenne

Antenne	Carte vue	Carte non vue	Pas de carte	Total	Effectif total
Province de l'ÉQUATEUR					
Boende	75,5	15,3	9,1	100,0	339
Bumba	86,6	10,0	3,4	100,0	289
Gbadolité	81,7	18,3	--	100,0	535
Gemena	78,0	21,9	0,1	100,0	846
Lisala	90,3	9,4	0,3	100,0	672
Mbandaka	66,6	30,9	2,6	100,0	580
Ensemble	79,6	18,6	0,1	100,0	3271
Province ORIENTALE					
Aru	75,0	20,0	5,0	100,0	775
Bunia	66,5	33,2	0,3	100,0	573
Buta	79,4	20,6	--	100,0	311
Isiro	79,7	20,3	--	100,0	444

Kisangani	71,4	28,6	--	100,0	808
Lokutu	77,2	22,8	--	100,0	329
Total	73,9	3,5	1,3	100,0	3240

4.3. Les raisons de la non-vaccination

Quoique très peu d'enfants n'aient pas été vaccinés lors de la campagne d'octobre 2005, il est néanmoins intéressant de connaître les raisons pour lesquelles cette frange d'enfants s'est soustraite à la vaccination en dépit des dispositions prises par les pouvoirs publics pour toucher tous les enfants. La connaissance de ces raisons permettra de prendre des mesures appropriées pour surmonter les obstacles ainsi identifiés lors des prochaines campagnes.

Il ressort du tableau 14 que les raisons avancées sont variées et ont une importance inégale selon la province et selon les antennes. Dans l'Equateur on relève trois raisons principales : *la non-disponibilité de l'équipe de vaccination, l'éloignement des centres de santé et l'indisponibilité des mères.*

Mentionnée par 17% des mères environ, *la non-disponibilité de l'équipe de vaccination* traduit la confusion que certaines mères ont pu faire entre la campagne VAR d'octobre 2005 organisée en stratégie fixe et d'autres campagnes basées sur la stratégie avancée nécessitant le déplacement des équipes de vaccination dans les ménages. Ce constat laisse penser que les messages de sensibilisation n'ont pas suffisamment expliqué à la population l'approche utilisée pour cette campagne.

Cité par environ 14% des mères, *l'éloignement du centre de santé* traduit l'insuffisance des postes de vaccination et par conséquent une faiblesse de la planification des activités de la campagne.

L'indisponibilité de certaines mères qui ont déclaré qu'*elles étaient occupées* pendant la campagne est également mentionnée par 14% des mères. Cette raison reflète la négligence de certains parents qui n'accordent pas une grande importance à la vaccination. Il découle de ce résultat la nécessité de renforcer la sensibilisation de la population sur le rôle de la vaccination en général et de la vaccination anti-rougeoleuse en particulier.

Dans la province Orientale, deux raisons majeures sont mises en évidence : l'indisponibilité des mères (17%) et la peur des effets secondaires (11%). Cette dernière raison traduit, elle aussi, la méconnaissance des modalités de la vaccination par les mères. Elle suggère par conséquent la nécessité d'améliorer l'information de la population sur la vaccination afin d'éviter la réticence ainsi observée chez certaines mères liée à leur ignorance. Cette réticence est d'autant moins fondée qu'on a observé très peu de cas de MAPI après cette campagne.

Tableau : Importance relative des raisons de la non vaccination

Raisons mentionnées	Province de l'Equateur	Province Orientale
Je ne savais pas qu'il fallait vacciner l'enfant	4,8	3,7
Je ne savais pas où le faire vacciner	--	4,6
Le centre de santé était éloigné	14,3	0,9
J'étais occupé	14,3	16,7
L'équipe de vaccination n'est pas passée	16,7	--
J'avais peur des effets secondaires	4,8	11,1

Autres raisons	45,2	63,0
Total	100,0	100,0

5. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE QUALITATIVE

L'évaluation du déroulement de la campagne VAR d'octobre 2005 porte sur les aspects suivants : coordination et supervision des activités de la campagne, mobilisation sociale, formation du personnel, sécurité des injections et gestion des déchets, gestion des MAPI, fonctionnement de la chaîne de froid, aspects logistiques. Pour chacun de ces aspects seront relevés les points forts et les points faibles soulignés soit par les entretiens menés sur le terrain, soit par les rapports examinés.

5.1. Coordination et supervision des activités de la campagne

Au niveau central, les autorités de la Santé ont mis en place un comité national de coordination de la campagne présidé par le Ministre de la Santé. Dans chaque province, la coordination des activités de la campagne s'est articulée autour du comité provincial de coordination présidé par le gouverneur de la province. Au niveau inférieur, conformément aux directives prescrites par le Ministre de la Santé, des comités locaux de coordination ont été mis en place à tous les niveaux opérationnels des services de santé (antenne, zone de santé, aire de santé) pour servir de relais en assurant un suivi et une coordination de proximité.

Points forts

- Fonctionnement effectif des comités à travers des réunions régulières tant lors de la phase préparatoire que pendant la campagne même,
- Réunions multipartites entre le gouvernement et les partenaires (OMS, UNICEF et USAID) pour assurer le suivi et l'évaluation de la campagne,
- Participation des représentants des partenaires, notamment de l'OMS et de l'UNICEF à la supervision de la campagne aussi bien au niveau central que départemental.
- Appui technique de l'OMS aux équipes des Directions départementales de la Santé et de districts pour l'organisation des activités de terrain.
- Tenue de réunions de coordination avant et pendant la campagne, aussi bien au niveau central que départemental et local.
- Tenue de réunions quotidiennes de suivi au niveau local
- Réunion générale à la fin de la campagne pour valider les résultats

Point faibles

- Des dysfonctionnements liés notamment à la non-transmission des procès-verbaux des comités territoriaux à la coordination centrale
- Insuffisance des frais de carburant et des moyens de déplacement dans certaines zones de santé freinant le suivi des activités par les équipes de supervision

5.2. La mobilisation sociale

Le taux de couverture élevé enregistré traduit l'impact positif de la mobilisation sociale entreprise par les organisateurs de la campagne. Cette mobilisation reposait sur un plan d'action élaboré au niveau central et adapté au contexte de chaque province.

Points forts

- Organisation des activités de mobilisation de manière échelonnée : province, district et zone de santé.
- Une bonne implication des autorités administratives et politiques : elles ont, tant au niveau national que régional et local, assuré le lancement officiel de la campagne ; au niveau national, c'est le Ministre de la santé qui a effectué ce lancement ; au niveau provincial c'est le Gouverneur de la province.
- Combinaison de plusieurs canaux de communication pour atteindre toutes les couches de la population : (crieurs, banderoles, affiches, radio, télévision, T-shirts, établissements scolaires, églises, etc.) ; toutefois, les crieurs constituent le canal qui a eu le plus d'impact sur la population.
- Effet attractif de la carte de vaccination distribuée aux mères pendant les séances de vaccination.
- Le paiement d'une indemnité aux agents mobilisateurs a eu un effet positif sur leur rendement.
- Dans les zones enclavées, recrutement de agents mobilisateurs natifs de ces zones.
- Grande implication des médecins-chefs provinciaux, des médecins-chefs de zones, des médecins épidémiologistes, des infirmiers titulaires, etc.
- Recours aux leaders d'opinion comme agents relais auprès de leurs communautés respectives.

Points faibles

- Prorogation de la campagne pendant plusieurs jours voire plusieurs semaines après la date officielle de clôture.
- Insuffisance des moyens logistiques pour assurer la sensibilisation de proximité
- Réticence et même refus des certaines femmes de faire vacciner leur enfants, en raison de leur attachement aux croyances traditionnelles relatives aux préjugés défavorables à la vaccination anti-rougeoleuse ou tout simplement par négligence.
- Impact négatif de la grève des enseignants du primaire sur l'information des élèves et l'utilisation des écoles comme sites de vaccination.
- Le nombre minimum d'enfants à vacciner par jour (250 en zone rurale et 500 en milieu urbain) n'a pas été atteint dans la plupart des sites de vaccination.

5.3. Formation du personnel

Le plan de formation élaboré au niveau central devait être mis en œuvre dans chaque province en tenant compte du contexte provincial. Un aide-mémoire des activités de mobilisation et celles de vaccination a été élaboré à cet effet.

Points forts

- Existence d'un plan et d'un calendrier de la formation pour les différentes catégories de personnel de terrain.
- Application de la méthode MLM (multi-level management).
- Formation de bonne qualité.

Points faibles

- Insuffisance de la quantité de documents de formation reproduite, avec pour conséquence la non disponibilité des documents dans certaines zones ou certains sites de vaccination.
- Brièveté du temps de formation et difficulté de respecter la durée prévisionnelle de la formation (deux jours) dans certaines zones.

5.4. Sécurité des injections et gestion des déchets

Points forts

- Utilisation des seringues autobloquantes
- Agents vaccinateurs bien formés

Points faibles

- Déficit de l'énergie électrique dans certaines zones pour assurer la chaîne de froid
- Absence d'incinérateurs et utilisation des trous ordinaires pour la destruction des déchets
- Non-respect des normes édictées par l'OMS pour le creusage des trous d'enfouissement des déchets.
- Utilisation des boîtes de sécurité non effective dans les premiers jours de la campagne
- Insuffisance des trous pour l'élimination des déchets à cause de la non-disponibilité des parcelles à certains endroits.

5.5. Gestion des MAPI

Points forts : Très peu de cas de MAPI observés dans l'ensemble du pays

Point faible : Insuffisance de Kits pour la prise en charge des cas d'urgence de MAPI

5.6. Aspects logistiques

Points faibles : Insuffisance des moyens de déplacement dans plusieurs zones de santé rendant difficile la supervision et le transfert des déchets sur les sites de destruction.

6. PERCEPTIONS RELATIVES A LA ROUGEOLE ET A LA CAMPAGNE DE VACCINATION

Faute de temps et de magnétophone, il n'a pas été possible d'organiser des groupes de discussions (focus groups discussion) pour saisir les perceptions de la population relatives à la rougeole et à la campagne de vaccination. Nous avons plutôt eu recours aux interviews

dirigées. Les résultats trouvés ne sont pas extrapolables, l'échantillon n'étant pas statistiquement représentatif, mais ils renseignent suffisamment sur les aspects abordés.

6.1. Perception de la rougeole

Les femmes interrogées ne connaissent pas la définition de la rougeole ni ses causes immédiates. En revanche, elles en maîtrisent les divers symptômes (éruptions cutanées, fièvre, affections respiratoires, etc.), ainsi que ses conséquences (complications respiratoires, décès, etc.). Pour la plupart, elles savent aussi qu'on peut protéger les nouveau-nés contre la rougeole en les faisant vacciner. Aussi, il apparaît que dans l'ensemble, les femmes interrogées ont toutes déjà fait vacciner leurs enfants. Toutefois, une infime proportion de femmes pense que les pratiques traditionnelles permettent aussi d'assurer la prévention de la maladie. Cette méconnaissance du rôle irremplaçable de la vaccination pour la prévention de la rougeole montre qu'il y a encore des efforts à faire pour le renforcement des actions d'information et d'éducation en matière de vaccination en général et de vaccination contre la rougeole en particulier.

6.2. Pertinence de la campagne de vaccination

La pertinence de la campagne de vaccination d'octobre 2005 a été reconnue par toutes les femmes interrogées. Cette opération, selon elles, était d'ailleurs attendue par la population de puis longtemps, face aux ravages de la rougeole dans le pays.

6.3. Mobilisation sociale

Il ressort aussi des interviews que l'information sur la campagne a atteint l'immense majorité de la population. A cet égard, il apparaît que ce sont les crieurs (griots) qui ont eu le plus grand impact pour l'information de la population et que les autres moyens de communication (banderoles, radio-diffusion, télévision, journaux, affiches, etc.) ont joué un rôle assez limité. Par ailleurs, l'impact négatif de la fermeture des écoles pour cause de grève des enseignants a été reconnu par presque toutes les personnes interrogées.

7. RECOMMANDATIONS

Les constats effectués suggèrent les recommandations suivantes.

a) En s'appuyant sur la couverture brute, il apparaît que l'objectif de la campagne a été largement atteint. Mais la couverture nette montre qu'il y a encore des efforts importants à faire pour assurer une bonne couverture vaccinale des enfants. Aussi, les actions de sensibilisation doivent-elles être poursuivies voire accentuées pour accroître non seulement la couverture de la vaccination de routine mais aussi mieux organiser les prochaines campagnes de vaccination.

b) Etant donné la difficulté de déterminer la population cible et, partant, de mesurer avec précision la couverture vaccinale, à cause du manque de données de base fiables et récentes sur la population aussi bien au niveau national que départemental et des localités, il est urgent que le gouvernement réalise un recensement général de la population et de l'habitat dans un délai le plus proche possible et en publie les résultats le plus tôt possible.

c) En attendant l'organisation du prochain recensement dont la préparation pourrait prendre beaucoup de temps, un dispositif doit être mis en place pour permettre au PEV de disposer de données fiables sur la population d'âge vaccinal. Ce dispositif devrait permettre un enregistrement permanent de la population au niveau des aires de santé. Des institutions spécialisées nationales et internationales pourraient apporter un appui technique et financier au Ministère de la santé pour la mise en place d'un tel dispositif.

d) La réticence de certaines femmes à faire vacciner leurs enfants, du fait de leur attachement aux croyances traditionnelles défavorables à la vaccination, ou en raison de la peur des effets secondaires du vaccin, devra être prise en compte par le PEV pour intensifier l'information et l'éducation de la population sur les avantages de la vaccination en général et ceux du vaccin anti-rougeoleux en particulier et les modalités de son administration.

e) L'élimination des déchets provenant des activités de la vaccination s'est effectuée dans des conditions qui ne garantissent pas la protection de l'environnement. Aussi, recommandons-nous que lors des prochaines campagnes, les mesures appropriées soient prises pour assurer une élimination des déchets qui respecte les normes de protection de l'environnement et du cadre de vie (budgétisation suffisante, contrôle effectif de l'élimination par les superviseurs, construction des incinérateurs ou à défaut creusage des fosses suivant les normes de l'OMS, etc.).

f) Le retard observé dans la transmission des données des aires de santé à la coordination centrale suggère que lors des prochaines campagnes un soin particulier soit apporté à cet aspect, que les équipes de supervision s'occupent aussi de cette question et que des moyens appropriés soient mis à disposition pour la transmission de ces données.

g) Les partenaires (OMS et UNICEF notamment) ont joué un rôle déterminant aussi bien pour la préparation que lors du déroulement même de la campagne. Afin de faciliter l'appropriation des telles opérations par les services et les cadres nationaux concernés, il est souhaitable que les partenaires mettent plus d'accent sur la formation des cadres nationaux à tous les niveaux ainsi que sur les activités de supervision.

La durée de la mission s'est avérée trop courte ; en effet, trois semaines pour concevoir et exécuter entièrement (collecte, traitement et analyse des données) une enquête à deux volets (quantitatif et qualitatif) est pratiquement impossible. La difficulté s'aggrave lorsqu'il s'agit d'un pays vaste et souffrant de plusieurs sortes de déficits. Ce manque de temps a constitué la principale difficulté rencontrée dans l'exécution de cette mission. Certes elle a été atténuée par la collaboration des Experts du Bureau de l'OMS à Kinshasa et des cadres et responsables du PEV que je remercie vivement. La durée minimum de ce type de mission devrait s'échelonner entre six et huit semaines, si l'on veut réaliser un travail rigoureux, suivant les règles de l'art.

CONCLUSION

Au terme de cette évaluation, nous pouvons affirmer que la campagne de vaccination de masse contre la rougeole organisée en octobre 2005 dans la province de l'Equateur et la province Orientale en RDC a été globalement réussie. Les raisons suivantes justifient cette réussite :

- plus de 9 enfants sur 10 ont été vaccinés ;

- vu ce taux de couverture, on peut affirmer que le contexte socio-politique actuel n'a pas eu d'effet négatif sur la campagne, contrairement à ce qu'on aurait pu attendre ;
- les deux provinces disposent désormais des données sur la couverture vaccinale anti-rougeoleuse permettant d'étudier l'évolution de la situation à l'avenir ;
- on a observé une forte mobilisation de la population et des autorités politiques et administratives ;
- on a noté une implication des pouvoirs publics à un niveau élevé ;
- on a noté une pleine participation des partenaires à toutes les phases de la campagne.

L'expérience acquise au cours de cette campagne par les populations, les pouvoirs publics et les partenaires devra être capitaliser non seulement pour mieux organiser les campagnes futures aussi bien contre la rougeole que celles contre les autres maladies telles que la poliomyélite, le tétanos maternel et néonatal, l'hépatite, etc.

ANNEXES

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE
PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

**FICHE D'EVALUATION DE LA COUVERTURE VACCINALE POST CAMPAGNE ROUGEOLE
2005**

Province : Antenne : Zone de Santé :

Grappe n°	Aire de santé de :	Avenue /Village :
Notez les informations de tous les enfants qui étaient âgés de 6 mois à 14 ans révolus au moment de la campagne (nés entre le 11 avril 1990 et le 10 avril 2005)		

Q1. N° d'ordre du ménage	/ _ / _ /							
	Nombre d'enfants de âgés de 6 mois à 14 ans révolus à la date de la campagne / _ /							
	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4	Enfant 5	Enfant 6	Enfant 7	Enfant 8
Q2. Nom des enfants dans le ménage	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Q3. Date de naissance (jj / mm / aa) ou âge **	_ / _ / _	_ / _ / _	_ / _ / _	_ / _ / _	_ / _ / _	_ / _ / _	_ / _ / _	_ / _ / _

Q4. Sexe de l'enfant 1=masculin, 2=féminin	/ _	/ _	/ _	/ _	/ _	/ _	/ _	/ _
Q5. L'enfant a-t-il été vacciné contre la rougeole pendant la campagne d'octobre 2005 ? 1 = Oui 2 = Non 3 = ne sait pas	/ _	/ _	/ _	/ _	/ _	/ _	/ _	/ _
Q6. Si non, pourquoi 1=je ne savais pas qu'il fallait vacciner l'enfant, 2=je ne savais où le faire vacciner, 3=le centre de santé était trop éloigné, 4=j'étais occupé, 5=l'équipe de vaccination n'est pas passée, 6=j'avais peur des effets secondaires, 7=autres raison	/ _	/ _	/ _	/ _	/ _	/ _	/ _	/ _
Q7. Si l'enfant a été vacciné pendant la campagne, a-t-il une carte ? 1= Oui, carte vue, 2=Oui, carte non vue, 3= Non pas de carte	/ _	/ _	/ _	/ _	/ _	/ _	/ _	/ _
Q8. Si la carte est vue, copiez la date de vaccination de la carte jj / mm / aa	_ / _ / _	_ / _ / _	_ / _ / _	_ / _ / _	_ / _ / _	_ / _ / _	_ / _ / _	_ / _ / _
Q9. Quelle est le niveau d'instruction de la mère ? 0=aucun, 2=primaire, 3=secondaire, 4=supérieur, 5=je ne sais pas	/ _	/ _	/ _	/ _	/ _	/ _	/ _	/ _
Q10. La mère de l'enfant vit-elle dans le ménage ? 1=mère vit dans le ménage, 2=mère en dehors du ménage, 3=mère décédée	/ _	/ _	/ _	/ _	/ _	/ _	/ _	/ _

Noms de l'enquêteur :

Date :

Signature :

Noms du superviseur :

Date :

Signature :

* NB : Remplissez une fiche d'évaluation pour un seul ménage

* Age : marquez l'âge en mois ou en année et bien préciser « mois » ou « année »

ENQUETE POST CAMPAGNE DE VACCINATION VAR D'OCTOBRE 2005 EN RDC

INSTRUCTIONS POUR LE REMPLISSAGE DE LA FICHE D'ENQUETE

1. Sensibilisation

Il est nécessaire de sensibiliser la population du site sélectionné avant le démarrage de l'enquête proprement dite. A votre arrivée dans le site à enquêter, vous devez immédiatement contacter le chef du village/quartier/rue qui va vous introduire dans le village. Il est indispensable que vous vous fassiez accompagner par un Guide désigné par l'Infirmier Titulaire responsable de l'aire de santé.

La sensibilisation consiste à présenter aux autorités locales et aux ménages sélectionnés les points suivants :

- L'évaluation en cours fait suite à la campagne de vaccination contre la rougeole d'octobre 2005 ;
- Cette évaluation vise à déterminer le pourcentage des enfants effectivement vaccinés contre la rougeole.
- Pour la mettre en œuvre, le PEV a sélectionné au hasard un certain nombre de ménages dans lesquels des agents vont passer pour interroger les chefs des ménages ou d'autres personnes adultes et remplir une fiche.
- Il faut préciser que le questionnaire est bref et que son remplissage prend peu de temps.
- Les informations recueillies sont confidentielles et ne doivent en aucun cas être divulguées.
- Les ménages à enquêter ont été choisis au hasard.

2. Choix des ménages

Pour choisir les ménages à enquêter vous devez vous devez appliquer scrupuleusement la démarche exposée dans le document conduite de l'enquête qui a été expliqué par le superviseur.

3. Remplissage de la fiche d'évaluation de la couverture vaccinale post campagne rougeole 2005

- Vous devez remplir une seule fiche par ménage. Toutefois, si vous rencontrez un ménage comptant plus de 8 enfants âgés de 6 mois à 14 ans révolus, vous devez compléter l'enquête en prenant une deuxième fiche pour ce ménage. Sur la deuxième fiche, il faudra reprendre les mêmes informations sur la localisation du ménage en question.
- Vous devez remplir complètement la fiche et vérifier que tous les renseignements ont été notés avant de quitter le ménage.
- Le remplissage se fait par enfant en commençant par l'enfant le moins âgé et en terminant par le plus âgé. Chaque enquêteur sera muni d'un guide d'âge.

a) Localisation du ménage

- Province : inscrire le nom de la province concernée
- Antenne : inscrire le nom de l'antenne PEV
- Zone de santé : inscrire le nom de la zone de santé qui a été tirée au hasard au niveau du PEV central .
- Grappe n° : inscrire le numéro de la grappe qui vous a été communiqué par le superviseur
- Aire de santé : inscrire le nom de l'aire de santé qui a été tiré au hasard par le superviseur en présence du MCA/MCP ou MID/MED ou MEP/MIP.
- Avenue : écrire le nom de la rue (en milieu urbain)
- Village : écrire le nom du village (en milieu rural)

b) Caractéristiques de l'enfant et son statut vaccinal

Q1. N° d'ordre du ménage : Avant de commencer à poser des questions, inscrire le numéro d'ordre du ménage (01, 02, 25)

Demandez ensuite le nombre total d'enfants de ce ménage âgés de 6 mois à 14 ans révolus au moment de la campagne et notez-le dans la case réservée à cet effet.

Relevez sur une feuille de brouillon les noms de ces enfants.
Posez ensuite les questions en commençant par le plus jeune enfant.

Q2. Noms des enfants : Inscrive le nom de l'enfant concerné

Q3. Date de naissance ou âge : Demandez la date de naissance de l'enfant et à l'aide du guide d'âge, inscrire l'âge révolu.

Pour les moins d'un an, inscrire le nombre de mois révolus suivi de la lettre « m » exemple : si l'enfant a 6 mois, écrire « 6m »

Pour ceux âgés de plus d'un an , inscrire le nombre d'années révolues suivi de la lettre « a ». Par exemple , si l'enfant a 4 ans, écrire « 4a ».

Q4 : Sexe de l'enfant : Inscrive 1 pour le sexe masculin et 2 pour le sexe féminin

Q5 : Posez la question suivante : « l'enfant (X) a-t-il été vacciné lors de la campagne d'octobre 2005 ? » Inscrive dans la case prévue à cet effet :

- 1 si la réponse est oui ; Passez alors à Q7 et continuez la suite.
- 2 si la réponse est non ; Posez la question Q6 puis sautez Q7 et Q8 et continuez Q9 et Q10.
- 3 si la personne interrogée répond qu'elle ne sait pas, passez à Q9 et 10.

Q6 : Si la réponse à la question Q5 est non, demandez pourquoi l'enfant n'a pas été vacciné. Inscrive le code qui correspond à la réponse donnée par la personne interrogée conformément aux modalités du questionnaire.

Q7 : Si la réponse à la question Q5 est oui (l'enfant a été vacciné contre la rougeole pendant la campagne d'octobre 2005), demandez à votre interlocuteur de vous présenter la carte (jeton utilisé lors de la campagne) ;

- Ecrivez 1 si la carte est présentée après vérification du nom de l'enfant et de la date de vaccination ;
- Ecrivez 2 si la carte n'a pas été retrouvée ;
- Ecrivez 3 si l'enfant n'a pas reçu de carte lors de la campagne.

Q8 : Si la carte est vue, recopiez la date de la vaccination de l'enfant en inscrivant le jour, le mois et l'année. Exemple : 08/10/05

Q9 : Demandez si la mère a été à l'école. Si la réponse est oui, demandez le niveau d'études atteint.

Ecrivez la réponse de la manière suivante :

- 0 pour les mères qui n'ont pas été à l'école ;
- 2 pour celles qui ont atteint le niveau primaire même si le cycle n'a pas été achevé ;
- 3 pour celles qui ont atteint le niveau secondaire même si le cycle n'a pas été achevé ;
- 4 pour celles qui ont atteint le niveau supérieur même si le cycle n'a pas été achevé ;
- 5 si la réponse est « je ne sais pas »

Q10 : Cette question vise la mère biologique de l'enfant et non pas la mère nourricière ni la mère sociale. Posez l'enfant suivante : « la mère qui a mis au monde l'enfant X vit-elle dans ce ménage ? ».

Notez :

- 1 si la mère vit dans le ménage,
- 2 si la mère vit en dehors du ménage,
- 3 si la mère est décédée.

A la fin du remplissage du questionnaire :

- vérifiez que toutes les questions ont été posées et les réponses enregistrées pour chaque enfant concerné par l'enquête.
- Inscrivez votre nom et la date de l'interview puis signez sur la ligne prévue.
- Avant de quitter le ménage, remerciez votre interlocuteur et passer au ménage suivant jusqu'au ménage 25.

NB :

Toutes les fiches doivent être remises à votre superviseur du niveau central pour vérification à la date convenue.

GRILLE POUR L'ENTRETIEN AVEC LES AGENTS DE SANTE

THÈMES	RÉPONSES
1. Mobilisation sociale	
1.1 Quelles sont les activités de mobilisation sociales menées dans votre zone ?	
1.2 Quelle a été l'activité la plus efficace ?	
1.3 La contribution des volontaires a-t-elle été effective ?	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>
2. Activités préparatoires	
2.1 Avez-vous reçu une formation pour la mise en œuvre de la campagne ?	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>
2.2 Si oui, quelle était la formation la plus utile ?	
2.3 Quelle était la moins utile ?	
3. Aspects logistiques	
3.1 Les fonds étaient-ils disponibles à temps ?	
3.2 Le matériel de vaccination était-il suffisant ?	
- Vaccin	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>
- Seringues autobloquants	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>
- Boîtes de sécurité	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>
- Glacières	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>
- Sachets d'eau congelée	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>
- Kits de secours	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>
- Coton	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>
4. Suivi et supervision de la campagne	
4.1 Votre superviseur vous a-t-il visité pendant la campagne ?	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>
4.2 Si oui, combien de fois	1 fois / <input type="checkbox"/> / 2 fois / <input type="checkbox"/> / plus de 2 fois / <input type="checkbox"/>
5. Obstacles rencontrés	
5.1 Avez-vous rencontré un obstacle important ?	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>
5.2 Si oui, lequel ?	
5.3 Comment l'avez-vous surmonté ?	
6. Sécurité des injections	
6.1 Quels types de seringues ont été utilisés ?	
6.2 Avez-vous éprouvé des difficultés à les utiliser ? Si oui, lesquelles ?	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>
6.3 Avez-vous disposé de boîtes de sécurité en quantité suffisante ?	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>
7. Impact de la vaccination de routine	
7.1 Les activités du PEV ont-elles été suspendues ou arrêtées pendant la campagne ?	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>
7.2 Si oui, pourquoi ?	
7.3 A votre avis, quel impact la campagne a-t-elle eu sur la vaccination de routine ?	
8. Évaluation de la couverture	
8.1 Comment avez-vous calculé le taux de couverture de votre zone ?	
8.2 Comment avez-vous procédé pour évaluer les omissions d'enfants ?	
8.3 Avez-vous organisé des séances de rattrapage ?	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>

**GRILLE POUR L'ENTRETIEN AVEC LES RESPONSABLES DE LA SANTE ,
LES MEMBRES DU COMITE D'ORGANISATION ET LES LEADERS D'OPINION**

THÈMES	RÉPONSES
1. Coordination nationale	
1.1 La coordination des activités de la campagne a-t-elle été effective ?	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>
1.2 Si non, pourquoi ?	..... .....
2. Planification des activités	
2.1 Comment les micro plans ont-ils été mis au point : - au niveau national ? - au niveau régional ? - au niveau local ?	..... ..... .....
2.2 En fonction de quel critère la ventilation des postes de vaccination a-t-elle été effectuée ? - taille de la population - facteurs géographiques - autres facteurs	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>
2.3 Les fiches de gestion du matériel ont-elles été élaborées ?	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>
3. Mobilisation sociale	
3.1 Le plan d'action de mobilisation sociale a-t-il été communiqué aux agents de santé et aux volontaires à tous les niveaux ?	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>
3.2 Quelle stratégie a été appliquée pour atteindre les populations cibles enclavées ?	..... .....
3.3 Quelle méthode de mobilisation a marché le moins bien ?	
3.4 Quelle méthode de mobilisation a le mieux marché ?	
4. Mobilisation des fonds	
4.1 Les fonds de la campagne ont-ils été mis en place à temps ?	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>
5. Formation	
5.1 Le calendrier de la formation a-t-il respecté ?	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>
5.2 Quelles catégories de personnel a été formée ? – superviseurs - agents de santé - volontaires	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>
5.3 A-t-on distribué des documents de formation au personnel ?	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>
6. Supervision	
6.1 A-t-on élaboré un plan de supervision pour chaque niveau ?	
6.2 Les superviseurs ont-ils utilisé des checklists pour le suivi de la campagne ?	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>
6.3 A-t-on identifié les enfants non vaccinés ?	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>
6.4 Si oui, a-t-on fourni distribué du matériel complémentaire aux postes pour les vacciner ?	Oui / <input type="checkbox"/> / Non / <input type="checkbox"/>

7. Aspects liés aux personnels	
7.1 Qui était chargé de la constitution des équipes de vaccination ?	.....
7.2 Quel était le nombre minimum d'enfants à vacciner par jour et par équipe ?	/__/_/
7.3 Ce nombre a-t-il été respecté sur le terrain ?	Oui /__/_/ Non /__/_/
8. Sécurité de la vaccination	
8.1 Existe-t-il des directives nationales pour la sécurisation des injections et l'élimination saine des seringues ?	Oui /__/_/ Non /__/_/
8.2 Leur application a-t-elle posé des problèmes sur le terrain ?	Oui /__/_/ Non /__/_/
8.3 Si oui lesquels ?	.....

GRILLE POUR L'ENTRETIEN AVEC LA POPULATION

Questions	Réponses
1.Qu'est-ce que la rougeole ?	
2.Quelle en est la cause ?	
3.Comment peut-on se protéger contre la rougeole ?	
4.Avez-vous entendu parler de la dernière campagne de vaccination contre la rougeole ?	Oui /___/ Non /___/
5.Si oui, par quel canal d'information ?	
6. Pensez-vous que le vaccin contre la rougeole protège effectivement les enfants ?	Oui /___/ Non /___/
7. Si non, pourquoi ?	
8.Quelles sont les conséquences de la rougeole ?	
9.Avez-vous déjà fait vacciner vos enfants contre la rougeole ?	Oui /___/ Non /___/
10.Si non, pourquoi ne l'avez-vous pas fait ?	

ENQUÊTE D'ÉVALUATION DE LA COUVERTURE VACCINALE DE LA CAMPAGNE VAR D'OCTOBRE 2005

PLAN DE TABULATION ET D'ANALYSE

Objectifs de l'analyse

- Evaluer le niveau de la couverture de la campagne dans chacune des deux provinces ;
- Déterminer les inégalités de la couverture vaccinale entre les différentes zones de santé de chaque province ;
- Déterminer les inégalités de la couverture vaccinale des enfants selon leurs caractéristiques (âge, sexe), d'une part, et selon les caractéristiques de la mère (instruction, situation par rapport au ménage), d'autre part, par province ;
- Déterminer les principales raisons de la non-vaccination de certains enfants ;
- Connaître la proportion d'enfants vaccinés disposant d'une carte de vaccination.

Remarques : On produira deux types de tableaux : les tableaux statistiques bruts (avec les effectifs) et les tableaux de proportions ou de taux selon le cas.

1. NIVEAU DE LA COUVERTURE DE LA CAMPAGNE DANS CHAQUE PROVINCE ET INEGALITES DE LA COUVERTURE

Tableau 1 : Répartition des enfants selon le statut vaccinal, par antenne et par zone de santé
(Q5*Antenne et* Zone de santé)

PROVINCE DE L'EQUATEUR				
Antenne / Zone de santé (1)	Statut vaccinal de l'enfant			Total (5)
	Vacciné (2)	Non vacciné (3)	Ne sait pas (4)	
<u>BOENDE</u> Befale Bokungu Ikela Mompono Wema				
<u>BUMBA</u> Bumba Lolo Yambulu Yamongili				
<u>GBADOLITE</u> Bili Businga Gbadolite Loko Mobayi Wapinda Wasolo Yakoma				
<u>GEMENA</u> Bangabola Bokonzi Boninenge Budjala Bwamanda Gemena Libenge Mawiya Tandala				
<u>LISALA</u> Binga Bongandanga Bosomodanda Lisala Pimu				
<u>BANDAKA</u> Bolomba Bomongo Ingende Irebu Lukolela Mbandaka Wngala				
Ensemble province				

PROVINCE ORIENTALE				
Antenne / Zone de santé (1)	Statut vaccinal de l'enfant			Total (5)
	Vacciné (2)	Non vacciné (3)	Ne sait pas (4)	
ARU Adi Angumu Aru Aungba Biringi Laybo Logo Nyarambe Rimba				
BUNIA Bunia Fataki Linga Mongbwalu Nizi Rwampara				
BUTA Aketi Buta Dingila Titule				
ISIRO Isiro Makaro Pawa Wamba Watsa				
KISANGANI Bengamisa Kabondo Lubunda Makiso Isangama Mangobo Opala Ubundu Yaleko				
LOKUTU Basali Isangi Yabaondo Yahuma Yalimbongo				
Ensemble province				

Indicateurs à calculer : Taux de vaccination par antenne, par zone de santé, pour chaque province → $t = \text{col (2)} / \text{col (5)} * 100$

2. INEGALITES DE LA COUVERTURE VACCINALE SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT

Tableau 2 : Répartition des enfants selon le statut vaccinal et le sexe, par antenne
(Q5 * Q4)

PROVINCE DE L'EQUATEUR				
Antenne (1)	Sexe masculin			
	Vacciné (2)	Non vacciné (3)	Ne sait pas (4)	Total (5)
BOENDE BUMBA GBADOLITE GEMENA LISALA MBANDAKA				
Ensemble province				
Antenne (1)	Sexe féminin			
	Vacciné (2)	Non vacciné (3)	Ne sait pas (4)	Total (5)
BOENDE BUMBA GBADOLITE GEMENA LISALA MBANDAKA				
Ensemble province				
Antenne (1)	Ensemble des deux sexes			
	Vacciné (2)	Non vacciné (3)	Ne sait pas (4)	Total (5)
BOENDE BUMBA GBADOLITE GEMENA LISALA MBANDAKA				
Ensemble province				

PROVINCE ORIENTALE				
Antenne (1)	Sexe masculin			
	Vacciné (2)	Non vacciné (3)	Ne sait pas (4)	Total (5)
ARU BUNIA BUTA ISIRO KISANGANI LOKUTU				
Ensemble province				
Antenne (1)	Sexe féminin			
	Vacciné (2)	Non vacciné (3)	Ne sait pas (4)	Total (5)
ARU BUNIA BUTA ISIRO KISANGANI LOKUTU				
Ensemble province				
Antenne (1)	Ensemble des deux sexes			
	Vacciné (2)	Non vacciné (3)	Ne sait pas (4)	Total (5)
ARU BUNIA BUTA ISIRO KISANGANI LOKUTU				
Ensemble province				

Indicateurs à calculer : Taux de vaccination par sexe (par antenne ou par province)

$$T = \text{col (2)} / \text{col (5)} * 100$$

Tableau 3 : Répartition des enfants selon le statut vaccinal et l'âge, par province
(Q5 * Q3)

Âge de l'enfant	Statut vaccinal de l'enfant			Total
	Vacciné	Non vacciné	Ne sait pas	
6 à 11 mois				
1 à 4 ans				
5 à 9 ans				
10 à 14 ans				
Ensemble				

Remarque : Ce tableau doit être produit séparément pour chacune des deux provinces

Indicateurs à calculer : Taux de vaccination par âge

$$T = \text{col (2)} / \text{col (5)} * 100$$

Voici les codes à utiliser pour la saisie de l'âge :

1 = 6 mois à 11 mois

2 = 1 à 4 ans

3 = 5 à 9 ans

4 = 10 à 14 ans

5 = âge non déclaré

3. INEGALITES DE LA COUVERTURE VACCINALE SELON LES CARACTERISTIQUES DE LA MERE

Tableau 4 : Répartition des enfants selon le statut vaccinal et le niveau d'instruction de la mère, par province (Q5 * Q9)

Niveau d'instruction de la mère	Statut vaccinal de l'enfant			Total
	Vacciné	Non vacciné	Ne sait pas	
Aucun				
Primaire				
Secondaire				
Supérieur				
Niveau non déclaré				
Ensemble				

Remarque : Ce tableau doit être produit séparément pour chacune des deux provinces

Indicateurs à calculer : Taux de vaccination selon le niveau d'instruction de la mère

$$T = \text{col (2)} / \text{col (5)} * 100$$

Tableau 5 : Répartition des enfants selon le statut vaccinal et la présence de la mère dans le ménage, par province (Q5 * Q10)

Situation de la mère par rapport au ménage	Statut vaccinal de l'enfant			Total
	Vacciné	Non vacciné	Ne sait pas	
Mère dans le ménage				
Mère hors du ménage				
Mère décédée				
Ensemble				

Remarque : Ce tableau doit être produit séparément pour chacune des deux provinces

Indicateurs à calculer : Taux de vaccination selon la situation de la mère

$$T = \text{col (2)} / \text{col (5)} * 100$$

4. EVALUATION DE LA DISPONIBILITE DE LA CARTE DE VACCINATION

Tableau 6 : Répartition des enfants vaccinés selon la disponibilité de la carte de vaccination

Situation de la carte	Nombre d'enfants	Pourcentage
Carte vue		
Carte non vue		
Pas de carte		
Total		

5. LES RAISONS DE LA NON-VACCINATION

Tableau 7 : Répartition des enfants non-vaccinés selon la raison de la non-vaccination

Raisons mentionnées	Nombre d'enfants	Pourcentage
Je ne savais pas qu'il fallait vacciner l'enfant		
Je ne savais où le faire vacciner		
Le centre de santé était trop éloigné		
J'étais occupé		
L'équipe de vaccination n'est pas passée		
J'avais peur des effets secondaires		
Autre raison		
Total		

Tableau 8 : Répartition des ménages selon le nombre d'enfants âgés de 6 mois à 14 ans révolus, par province

Nombre d'enfants	Nombre de ménages correspondants	Proportion
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

8		
9		
10 et plus		
Total		

Remarque : Ce tableau doit être produit séparément pour chacune des deux provinces

Indicateurs à calculer :

- Proportions de ménages selon le nombre d'enfants identifiés
- Nombre moyen d'enfants de 6 mois à 14 ans par ménage

$$N_{(6m-14a)} = \text{nombre total d'enfants} / \text{nombre total de ménages}$$
- Nombre moyen d'enfants vaccinés par ménage

$$N_v = \text{nombre total d'enfants vaccinés} / \text{nombre total de ménages}$$

6. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

Tableau 9 : Répartition des enfants enquêtés selon l'âge et le sexe, par province

Âge	Masculin	Féminin	Total
	EQUATEUR		
6-11 mois			
1-4 ans			
5-9 ans			
10-14 ans			
Age non déclaré			
Total			
ORIENTALE			
6-11 mois			
1-4 ans			
5-9 ans			
10-14 ans			
Age non déclaré			
Total			

- Indicateurs à calculer :**
- Proportions des enfants par sexe et par âge
 - Rapport de masculinité des enfants enquêtés

RAPPORT DE LA MISSION EFFECTUEE A KISANGANI DU 23 AU 25 NOVEMBRE 2005

Emmanuel NGWE
Bonaventure BWANAMDOGO

L'objectif de cette mission était de faire le suivi de l'enquête de couverture vaccinale lancée le 19 novembre avec le départ sur le terrain des premières équipes d'enquêteurs. Le programme de travail prévoyait essentiellement des contacts avec le MEP et d'autres responsables de la campagne dans la province Orientale et le contrôle du travail du superviseur et des enquêteurs. Le présent rapport rend compte des activités menées et de la situation observée sur le terrain.

1. Visite rendue au MIP

Le MIP en poste au moment de la campagne a été récemment relevé de ses fonctions et remplacé par le Docteur José BAFOA actuellement médecin-chef de l'hôpital public de Kisangani. Nous lui avons rendu une visite de courtoisie pour l'informer de notre mission mais il n'était pas possible de nous entretenir avec lui sur le déroulement de la campagne.

2. Rencontre avec le MEP

Comme attendu, le MEP a joué un rôle déterminant pour l'exécution de l'enquête dans la province Orientale. Il a notamment participé à l'identification et à la formation des enquêteurs. Il a également pris les dispositions appropriées pour mettre les moyens de travail nécessaires à la disposition des superviseurs et des enquêteurs.

La formation des enquêteurs a été dispensée avec l'appui des autres superviseurs qui n'avaient pas encore pu rejoindre leurs pools de supervision respectifs (Bunia, Buta, Isiro, Lokutu). Ceci a certainement contribué à rehausser la qualité de la formation des enquêteurs de la province Orientale. Il convient de signaler que, pour des raisons pratiques, les enquêteurs de Lokutu ont été regroupés avec ceux de Kisangani pour suivre la formation.

La rencontre avec le MEP a permis de trouver une solution pour l'exécution de l'enquête à Aru, pool qui souffre cruellement d'enclavement, les vols vers cette direction étant suspendus et les routes étant impraticables. En effet, il est impossible d'atteindre Aru à partir de Kisangani. Après concertation avec le MEP, la solution adoptée consiste à demander au MED/OMS d'Aru de recruter et former sur place un superviseur qui devra à son tour former des enquêteurs, sur la base des documents envoyés par e-mail.

Le MEP nous a par ailleurs rendu compte de l'arrangement qu'il a pu trouver avec MSF pour transférer les fonds de l'enquête à Lokutu.

3. Contacts avec différents autres responsables des services de santé

Nous avons rencontré quelques autres responsables de la santé qui ont joué un rôle important dans la campagne de vaccination VAR. Il s'agit des personnalités suivantes :

- Dr Assani Sawbezya, médecin-chef de district de Tshopo Lindi et Tshopo Lomami

- Dr Mabuaka, Médecin coordonnateur provincial du PEV,
- Dr Kikoo-Olonge, Administrateur Survie, Bureau de Liaison de l'Unicef.

Des entretiens approfondis ont été menés avec ces différents responsables sur le déroulement de la campagne dans leurs secteurs respectifs, sur la base de la grille d'entretien utilisée pour l'enquête qualitative. Il ressort des discussions que les différentes étapes de la campagne ont été exécutées dans cette province de façon globalement satisfaisante. Toutefois, on y a rencontré certains problèmes spécifiques susceptibles d'affecter la couverture vaccinale. On peut citer par exemple :

- la réticence de certaines mères face à la vaccination en raison de leurs croyances religieuses (sectes) ;
- l'impact négatif de la grève des enseignants du primaire et du secondaire sur l'utilisation des écoles comme relais de sensibilisation ou site de vaccination ;
- le déficit d'énergie électrique ayant affecté la chaîne de froid dans certaines zones de santé ;
- la situation particulière des pygmées ayant nécessité un renforcement de la sensibilisation ; etc.

4. Evaluation du travail du superviseur et des enquêteurs

Le travail effectué par le superviseur et les enquêteurs dans la ville de Kisangani présente une qualité satisfaisante. Ce résultat est certainement lié à la qualité de la sélection et de la formation des enquêteurs. Le MEP a personnellement veillé au respect des critères définis par la Coordination de l'enquête. Signalons que la plupart des enquêteurs sont des étudiants.

En conclusion, cette mission nous a permis de constater que les dispositions ont été prises pour la mise en œuvre de l'enquête dans la province Orientale ont permis le bon déroulement de l'enquête. Nous avons noté par ailleurs que le superviseur de Kisangani était à la hauteur de la tâche qui lui a été confiée. Il convient cependant de noter que l'exécution de l'enquête à Aru suscitait encore quelque inquiétude, à notre départ, en dépit des mesures prises par le MEP ; nous continuerons donc à suivre l'évolution de la situation dans ce pool.

