Enquête sur l'évaluation de la campagne intégrée MenA-VAR, couplée à l'enquête de couverture vaccinale de routine dans les 8 régions sanitaires en Guinée.

Rapport Final

MAI 2025

REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail- Justice -Solidarité

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

Direction Nationale de l'Epidémiologie et de la Lutte contre la Maladie (DNELM)

MINISTERE DU PLAN ET DE LA COOPERATION INTERNATIONALE

Institut National de la Statistique

PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION ET SOINS DE SANTE PRIMAIRES

(PEV/SSP)

Enquête sur l'évaluation de la campagne intégrée MenA-VAR, couplée à l'enquête de couverture vaccinale de routine dans les 8 régions sanitaires de la Guinée

Rapport Final

Financement : GAVI/UAGCP

Structure de Mise en œuvre : Institut National de la Statistique (INS)- Guinée

Bénéficiaire : PEV – Guinée

***MAI* 2025**

Sigles et abréviations

ASV	Activité Supplémentaire de Vaccination
BCR	Bureau Central du Recensement
BSD	Bureau de Stratégie et de Développement
CAPI	Computer Assisted Personal Interviewing
DNELM	Direction Nationale des Grandes Endémies et de la Lutte contre la Maladie
RS	Région Sanitaire
DS	District Sanitaire
ECV	Enquête de Couverture Vaccinale
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
INS	Institut National de la Statistique
LCR	Pléiocytose du Liquide Céphalorachidien
MAPI	Manifestations Post vaccinales Indésirables
MenA	Méningite à méningocoque-A
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
NmA	Neisseria meningitidis de type A
OIM	Organisation Internationale de la Migration
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SAF	Service Administratif et Financier
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSP	Soins de Santé Primaire
TDR	Termes de Référence
UAGCP	Unité d'Appui de Gestion et de Coordination des Projets
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'Enfance
UP	Unité Primaire
US	Unité Secondaire
VAR	Vaccin Antirougeoleux
ZD	Zone de Dénombrement

Table des matières

Glossaire....9
Résumé de l'étude....2
1. Généralité sur le contexte de l'étude....5
1.1 Généralités sur la Guinée....5
1.2 Programme Elargi de vaccination (PEV) de la Guinée....6
1.2.1 Présentation générale du PEV-Guinée....6
1.2.2 Populations cibles du PEV et types d'antigène à administrer....7
1.2.3 Calendrier vaccinal et stratégie de vaccination....7
1.2.4 Stratégies de vaccination pour atteindre les populations cibles du PEV....8
1.2.5 Couverture de routine chez les enfants....9
1.2.6 Tétanos maternel et néonatal....11
2. Justification de l'étude....13
3. But....14
4. Objectifs....14
1.4 Objectifs principaux....14
1.5 Objectifs secondaires....14
3. Méthodologie....17
A. Etude quantitative....17
1. Critères d'inclusion....17
2. Critère d'exclusion .... **Erreur ! Signet non défini.**
3. Collecte des données....20
4. Variables à mesurer....77
5. Analyse des données....78
6. Représentativité....21
B. Etude qualitative .... **Erreur ! Signet non défini.**
1. Examen théorique et adaptation de l'outil .... **Erreur ! Signet non défini.**
2. Etude de terrain.... **Erreur ! Signet non défini.**
3. Compilation des données recueillies assorties de recommandations**Erreur ! Signet non défini.**
5. Ethique....23
4. RESULTATS DE L'ETUDE....25
5. COMMENTAIRES....57

6. RECOMMANDATIONS 60
6. Limites éventuelles 63
7. ANNEXE 64
7. Fiches de consentement 64
8. Chronogramme actualisé 66
Références 68

Liste des tableaux

Tableau I. 1 : Proportion des populations cibles par rapport à la population totale.....7
Tableau I. 2 : Calendrier vaccinal de routine des enfants 0 à 18 mois et des femmes enceintes, 2023 Guinée.....8
Tableau I. 3 : Couvertures vaccinales administratives (%) en Guinée de 2015 à 2022..... 10
Tableau I. 4 : Couverture vaccinale en Td2+ par région et par année en Guinée, de 2018 à 2022.... 12
Tableau I. 5 : Résultats clés de l'évaluation de la pré-élimination du TMN en 2023 en Guinée**Erreur ! Signet non défini.**

Tableau 3. 1 : par type d'enquête les populations cibles et champs d'études..... 17
Tableau 3. 2 : Taille de l'échantillon des grappes, ménages, dans chaque strate..... 19
Tableau 3. 3 : Répartition de la charge de travail..... 74
Tableau 3. 4 : Description du profil de l'échantillon et de sa qualité..... 79
Tableau 3. 5 : Liste de données et documents à fournir par le PEV et ses partenaires**Erreur ! Signet non défini.**
Tableau 3. 6 : Résumé de l'étude de terrain par niveau d'administration de la santé...**Erreur ! Signet non défini.**

Tableau 4. 1 : Couverture des grappes, ménages, enfants et femmes éligibles selon la région sanitaire, ENCV 2024, Guinée 25
Tableau 4. 2 : Caractéristiques sociodémographiques des enfants (12-23 mois), des mères/gardiennes et des femmes ayant accouché il y a moins d'un an 27
Tableau 4. 3 : Caractéristiques des enfants de 12-23 mois et femmes de 15-49 ans ayant accouché il y a moins d'un an selon le statut de possession d'un document de vaccination..... 29
Tableau 4. 4 : Couverture brute BCG..... 30
Tableau 4. 5 : Couverture brute VPO 0..... 31
Tableau 4. 6 : Couverture brute PENTA 1..... 31
Tableau 4. 7 : Couverture brute PENTA 2..... 31
Tableau 4. 8 : Couverture brute PENTA 3..... 32
Tableau 4. 9 : Couverture brute VPO1 32
Tableau 4. 10 : Couverture brute VPO2..... 33
Tableau 4. 11 : Couverture brute VPO3..... 33
Tableau 4. 12 : Couverture brute VPI 33
Tableau 4. 13 : Couverture brute VAA..... 34
Tableau 4. 14 : Couverture brute MenA..... 34
Tableau 4. 15 : Couverture brute VAR 1..... 35
Tableau 4. 16 : Couverture brute VAR 2..... 35
Tableau 4. 17 : Enfants complètement vaccines avec des doses brutes..... 36
Tableau 4. 18 : Proportion d'enfants zéro dose par région sanitaire 36
Tableau 4. 19 : Proportion d'enfants jamais vaccinés 37
Tableau 4. 20 : Proportion d'enfants de 12-23 mois sous vaccinés 37
Tableau 4. 21 : Proportions d'abandons avec des Couvertures brutes 38
Tableau 4. 22 : Couvertures vaccinales valides..... 39

Tableau 4. 23 : Visites au cours desquelles les enfants étaient éligibles à une dose de vaccin valide sans la recevoir 39
Tableau 4. 24 : Enfants ayant été confrontés à des occasions manquées de vaccination par dose de vaccins 40
Tableau 4. 25 : Synthèses des occasions manquées de vaccination par enfants de 12-23 mois 41
Tableau 4. 26 : Gains potentiels en Couverture valide en l'absence d'occasions manquées. 41
Tableau 4. 27 : A réalisé au moins une consultation prénatale. 42
Tableau 4. 28 : Raison d'avoir reçu moins de deux doses de TT depuis la naissance par région. 43
Tableau 4. 29 : Enfants complètement vaccinés avec des doses brutes 44
Tableau 4. 30 : Pourcentage d'enfants zéro dose 45
Tableau 4. 31 : Proportions d'abandons avec des couvertures brutes 46
Tableau 4. 32 : Comparaison des Couvertures vaccinales administratives avec les bornes inférieures (BIC) et supérieures de confiance (BSC) à 95% des estimations de l'enquête 46
Tableau 4. 33 : Information sur la campagne selon la région 48
Tableau 4. 34 : Source d'information sur la campagne 48
Tableau 4. 35 : Couverture vaccinale par région 49
Tableau 4. 36 : Couvertures selon le sexe 50
Tableau 4. 37 : Couverture selon le milieu de résidence 50
Tableau 4. 38 : Couvertures selon l'âge 50
Tableau 4. 39 : Atteinte des objectifs programmatiques de la campagne 51
Tableau 4. 40 : Comparaisons avec les couvertures administratives 51
Tableau 4. 41 : Information sur la campagne selon la région 52
Tableau 4. 42 : Source d'information sur la campagne 53
Tableau 4. 43 : Couverture vaccinale par région 54
Tableau 4. 44 : Couvertures selon le sexe 54
Tableau 4. 45 : Couvertures selon le milieu de résidence 55
Tableau 4. 46 : Couvertures selon l'âge 55
Tableau 4. 47 : Raisons de non-vaccination pendant la campagne 55
Tableau 4. 48 : Atteinte des objectifs programmatiques de la campagne 56
Tableau 4. 49 : Comparaisons avec les couvertures administratives 56

Tableau 8. 1 : Chronogramme des activités 66
Tableau 8. 2 : Répartition du nombre de ZD, ménage total, population totale, nombre d'enfants éligibles (12- 23 mois) de la base de sondage par district sanitaire 84

Liste des cartes, figures et graphique

Carte 1 : Découpage administratif de la Guinée 5
Carte 2 : Proportion des femmes ayant accouché il y a moins d'un an qui ont présenté un document de vaccination par région administrative..... 29
Carte 3 : Proportion des femmes de 15-49 ans ayant accouché lors des 12 derniers qui ont réalisé une consultation prénatale selon la région sanitaire. 42
Carte 4 : Couverture vaccinale de la campagne contre la rougeole par région 49
Carte 5 : Couverture vaccinale de la campagne contre la Méningite par région..... 54

Figure 1: Tendance des couvertures vaccinales selon l'enquête démographique et de santé (EDS 1999, 2005, 2012 et 2018) 11
Figure 2: Tendances des couvertures estimées (WUNIEC) en penta 1 de 2011 à 2022, Guinée..... 11
Figure 3 : Tendances des couvertures administratives en Td2+ de 2018 à 2022 en Guinée..... 12

Graphique 1: Comparaison des Couvertures vaccinales administratives 47
Graphique 2 : Tendance de couverture vaccinale par âge des enfants pendant la campagne 51
Graphique 3 : Comparaisons avec les couvertures administratives..... 52

Glossaire

- **Couverture brute par carnet** : La couverture brute par carnet est calculée à partir des doses reçues attestées par le carnet. Elle ne prend pas en compte les critères de validité.
- **Couverture brute par carnet et histoire** : Celle-ci est calculée à partir des doses reçuesattestées par le carnet et des doses reçues selon les déclarations (par histoire). Elle ne prend pas en compte les critères de validité.
- **Couverture valide** : Il s'agit du nombre de doses valides reçues. Seules les doses reportées dans le carnet avec une date complète sont prises en compte.
- **Document de vaccination :** Les documents de vaccination comprennent le carnet ou la carte de vaccination, la fiche de vaccination, la fiche de pesée avec mention des vaccinations, la fiche de consultation prénatale, le carnetde santé ou les cahiers dans lesquels les vaccinations étaient retranscrites.
- **Dose valide :** une dose est dite valide, si elle remplit les conditions définies par le calendrier vaccinal, à savoir : l'âge minimum à la vaccination et l'intervalle minimum entre 2 doses, si c'est un vaccin multidose.
- **Dose invalide** : une dose est dite invalide, si elle ne remplit pas les conditions d'administration définies par le calendrier vaccinal.
- **Enfant complètement vacciné** : un enfant est considéré comme étant complètement vacciné, s'il a reçu toutes les doses prévues dans le calendrier vaccinal. Il s'agit de :
  - 1 dose de BCG,
  - 3 doses de vaccin antipoliomyélitique oral (hormis la dose à la naissance),
  - 1 dose du vaccin antipoliomyélitique injectable,
  - 3 doses de vaccin combiné DTC-HepB-Hib,
  - 2 doses de vaccin contre la rougeole
  - 1 dose de vaccin contre la fièvre jaune ;
  - 1 dose de vaccin contre la méningite.
- **Enfant jamais vacciné :** un enfant est dit jamais vacciné, s'il n'a reçu aucun contact avec les services de vaccination.
- **Enfant zéro dose** : un enfant est à zéro dose, s'il n'a pas reçu la première dose du vaccin Pentavalent (Penta1).
- **Enfant sous vacciné** : un enfant sous vacciné est un enfant qui n'a pas reçu la troisième dose du vaccin Pentavalent (Penta3).
- **Enfant protégé à la naissance contre le tétanos** : Il s'agit d'un nouveau-né dont la mère :
  - a reçu au moins 2 doses valides de vaccin antitétanique, avec la 2ème dose administrée au moins 15 jours avant l'accouchement ou
  - était protégée contre le tétanos avant l'accouchement.
- **Occasion manquée de vaccination (OMV) :** Il s'agit de toute visite d'un enfant (ou d'un adulte) remplissant les conditions requises pour la vaccination (non vacciné, non à jour danssa vaccination et ne présentant aucune contre-indication à la vaccination) dans un établissement de santé qui n'aboutit pas à l'administration de toutes les doses de vaccins pour lesquelles ce dernier remplit les conditions. Dans le cadre de cette enquête, ce sont les OMV survenues lors des séances de vaccination qui ont été évaluées.
- **Vaccination selon le carnet** : C'est une vaccination dont la date d'administration estattestée par un document de vaccination disponible au moment de l'enquête.
- **Vaccination selon l'histoire ou la déclaration** : C'est une vaccination pour laquelle il n'existe pas de document pour attester l'administration du vaccin, mais le parent affirme que l'enfant est vacciné.

Résumé de l'étude

Dans le cadre de l'élaboration de la stratégie nationale de vaccination (SNV) et du processus de planification du portefeuille complet pour les soumissions au financement de Gavi, la Guinée a conduit une enquête nationale de couverture vaccinale (ENCV) couplée à la campagne de vaccination contre la Var/MenA en mai 2022. Les objectifs de l'enquête sont les suivants :

- estimer la couverture vaccinale par antigène chez les enfants de 12 à 23 mois ;
- déterminer les proportions d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés, jamais vaccinés, zéro dose et sous vaccinés ;
- mesurer les indicateurs de qualité de l'offre des services de vaccination (accessibilité, continuité du circuit vaccinal entamé, promptitude, validité des doses administrées et occasions manquées de vaccination) ;
- déterminer le niveau de protection contre le tétanos des femmes ayant accouché ily a moins d'un an ainsi que la proportion d'enfants nés protégés contre le tétanos ;
- identifier les facteurs associés à la vaccination incomplète et les déterminants du statut vaccinal chez les enfants ;
- estimer les couvertures vaccinales de Var et MenA pendant la campagne de mai 2022.

Cette enquête est une enquête transversale par sondage en grappes à deux degrés, utilisant les nouvelles directives de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'enquête s'est déroulée dans chacune des huit Régions Sanitaires de la Guinée, avec comme cibles, les enfants de 12 à 23 mois et les femmes ayant accouché il y a moins d'un an.

La collecte des données a été réalisée du 13 juillet au 19 août 2024 par 168 enquêteurs suivis par 8 Superviseurs régionaux, 20 superviseurs préfectoraux et 56 chefs d'équipe En outre, 75 véhicules et leur chauffeur ont été déployés pour assurer le transport des équipes . Elle a été précédée de 14 jours de formation pour les acteurs. Les outils utilisés sont le formulaire de recensement des membres du ménage, le formulaire "enfant de 12 à 23 mois", le formulaire "femme ayant accouché il y a moins d'un an" et la technique technologie d'Interview Personnelle Assistée par Ordinateur (CAPI). Chaque outil avait son manuel d'utilisation. Des programmes informatiques conçus sous le logiciel CSPro® ont été incorporées dans les tablettes (fonctionnant sous Android).

Un informaticien programmeur a été chargé de tout le processus de digitalisation des formulaires, notamment la gestion, l'extraction et les exportations des données. Les superviseurs numériques ont contrôlé journalièrement les données reçues sur le serveur en vue de s'assurer de la complétude des données, leur cohérence et de présence de valeurs aberrantes Ils faisaient un feedback immédiat et réguliers aux superviseurs sur le nombre de grappes, le nombre de ménages visités, le nombre d'éligibles, la cohérence interne et la logique des données. La base de données a été exportée dans le logiciel Stata.
La couverture vaccinale chez les enfants de 12 à 23 mois, décrite par le niveau atteint par cinq (4) indicateurs que sont la BCG, la polio, le pentavalent, la rougeole et la fièvre jaune, indique qu'en dépit des efforts tengibles accomplis dans ce domaine, des défis persistent.

En effet, l'enquête révèle que dans l'ensemble, 71,4% des enfants ont reçu le vaccin BCG, 68,9% la première dose de vaccin oral contre la polio (VPO0), 74,6% la première dose de

vaccin pentavalent (Penta1), 62,7% le vaccin contre la rougeole (VAR1) et 60,2% le vaccin contre la fièvre jaune (VAA).
Par ailleurs, le taux d'abandon entre la première et la troisième dose de Penta est de 31%.
Plusieurs facteurs expliquent ces résultats. C'est notamment le problème d'aaccès aux services. En effet, les distances et les coûts de transport influencent l'accès aux services de vaccination. Il est de même de l'ignorance des populations des services de vaccination ainsi que la sensibilisation sur l'importance de la vaccination et les calendriers de vaccination.

Au titre des recommandations, l'analyse des résultats de cette enquête suggère :

- ✓ **L'amélioration de l'accès** par lerenforcementdes stratégies de vaccination avancées et mobiles pour atteindre les zones éloignées.

- ✓ **Le Renforcement de la sensibilisation** enintensifiant les campagnes de sensibilisation pour améliorer la connaissance des calendriers de vaccination et l'importance des vaccins.

- ✓ **L'amélioration du Suivi et de l'évaluation** par la poursuite de la surveillance et l'évaluation des campagnes de vaccination pour identifier et combler les lacunes.

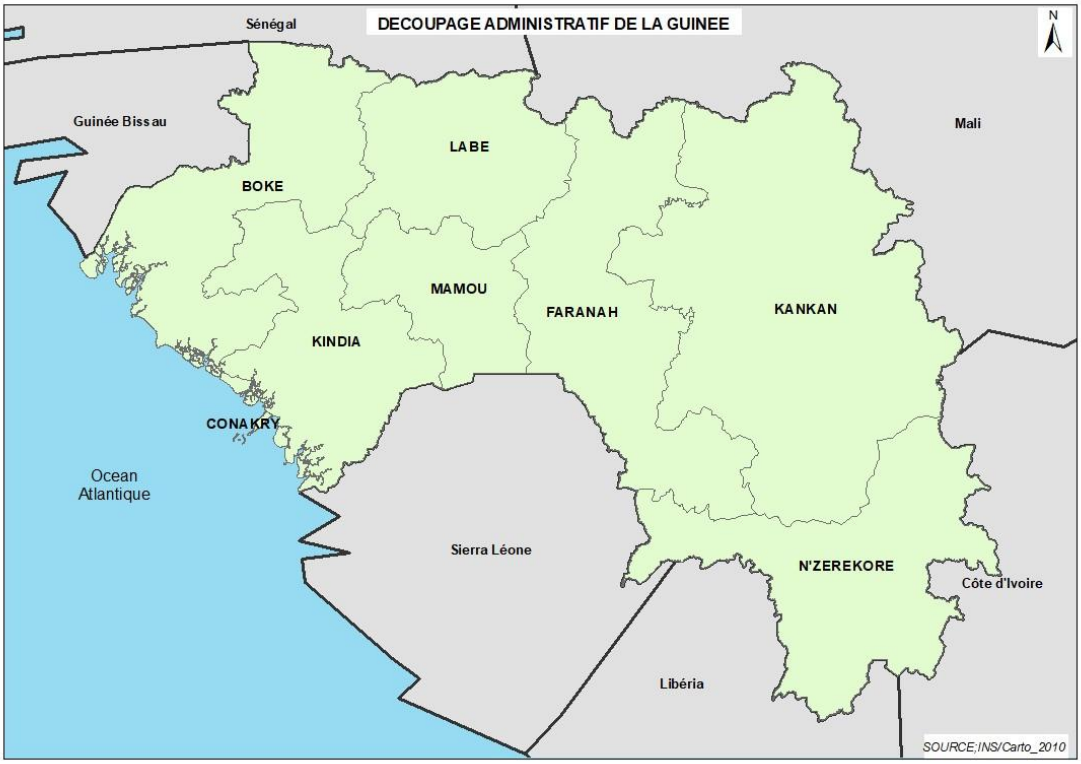
Contexte, justification et objectifs de l'ENCV

1. Généralités sur le contexte de l'étude

1.1 Généralités sur la Guinée

La République de Guinée, un pays d'Afrique de l'Ouest, s'étend sur une superficie de 245 857 km². C'est un pays côtier avec 300 km de littoral atlantique, situé à mi-chemin de l'équateur et du tropique du cancer. Ses frontières incluent l'Océan Atlantique à l'ouest, la Sierra Leone et le Liberia au sud, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'est, et la Guinée-Bissau, le Sénégal et le Mali au nord. Le pays se caractérise par un climat à deux saisons dont la durée varie de 3 mois (au nord) à 9 mois (au sud-est). Il est divisé en quatre régions naturelles (Basse Guinée, Moyenne Guinée, Haute Guinée et Guinée Forestière). Administrativement, la Guinée compte 8 régions, y compris la zone spéciale de Conakry, et chaque région administrative est divisée en préfectures, correspondant aux districts sanitaires sur le plan sanitaire. Au total, il y a 38 districts sanitaires en Guinée, dont 5 à Conakry et 33 à l'intérieur du pays.
Selon les projections de l'Institut National de Statistique, la population guinéenne était estimée à 13 261 638 habitants en 2022. Cette population se compose de 52 % de femmes, 25 % de femmes en âge de procréer, 44 % de jeunes de moins de 15 ans, 3,6 % d'enfants de moins d'un an et 20 % d'enfants de moins de 5 ans. La majorité de la population (70 %) vit en zone rurale. Le taux d'accroissement annuel est de 2,9 %, et l'indice synthétique de fécondité est de 4,8 enfants par femme. Cependant, le taux d'alphabétisation général est faible, s'élevant à seulement 32,0 % pour les personnes de 15 ans et plus. Sur le plan socioéconomique, la Guinée est confrontée à une persistance de la pauvreté, avec une incidence nationale de la pauvreté atteignant 43,7 %, indiquant que près de la moitié de la population guinéenne vit en dessous du seuil de pauvreté.

Carte 1 *: Découpage administratif de la Guinée*



La politique nationale de santé repose sur l'approche des soins de santé primaires, avec un accent particulier sur la santé communautaire en tant que principale stratégie d'intervention pour améliorer l'accès aux services de soins de santé essentiels. Le système de santé est organisé de manière pyramidale, comprenant les sous-secteurs public, parapublic, privé et communautaire. Le sous-secteur public comprend trois niveaux : primaire (centres de santé et postes de santé), secondaire (hôpitaux régionaux, hôpitaux préfectoraux et centres médico-communaux) et tertiaire (hôpitaux nationaux). Le parapublic est constitué de dispensaires et d'hôpitaux d'entreprises minières et agricoles, tandis que le secteur privé comprend à la fois des entités à but lucratif et non lucratif, cette dernière catégorie incluant des ONG et des institutions religieuses.

En 2015, suite aux états généraux de la santé, la Guinée a adopté une nouvelle politique de santé et un plan national de développement sanitaire (PNDS) couvrant la période 2015-2024. Le PNDS énonce les grandes orientations pour renforcer les différents piliers du système de santé en vue d'améliorer le bien-être de la population guinéenne. Il vise à contribuer à l'amélioration de la santé maternelle et infantile, à la prévention des maladies, et au renforcement du système national de santé, englobant les services, le financement, les médicaments, les ressources humaines et la gouvernance. Malgré ces efforts, l'état de santé de la population guinéenne reste préoccupant, avec des taux élevés de mortalité maternelle et infantile, une faible couverture des services de santé et une prévalence élevée de certaines maladies, mettant le pays face à des défis liés aux épidémies émergentes et réémergentes.

1.2 Programme Elargi de vaccination (PEV) de la Guinée

1.2.1 Présentation générale du PEV-Guinée

Le Programme élargi de vaccination (PEV) de la Guinée est intégré au système de santé à structure pyramidale. Le lancement des premiers centres de santé du PEV/SSP/ME (programme élargi de vaccination/soins de santé primaires/médicaments essentiels) en Guinée forestière a débuté en mars 1988. À l'origine, il s'est concentré sur les 4 antigènes traditionnels : BCG, VPO, DTC et VAR. Au fil du temps, le PEV/SSP/ME a introduit de nouveaux vaccins, tels que le VAA en 2022, le HepB en 2006, le Hib sous forme Penta (DTC-HepB-Hib infl) en 2008, le VPI en 2015, le MenA en 2020 et la seconde dose du VAR en 2022. En 2022, la vaccination contre la COVID-19 a été intégrée pour la population âgée de 12 ans et plus.

La politique nationale de vaccination de la Guinée promeut la vaccination tout au long du cycle de vie. La vaccination systématique cible les enfants de 0 à 23 mois, les filles de 9 à 13 ans et les femmes enceintes. Les campagnes de masse visent les enfants de 0 à 59 mois et ceux de 9 mois à 9 ans, les femmes en âge de procréer (15-49 ans) et toutes les personnes à partir de 18 ans. Le PEV vise à administrer tous les antigènes aux enfants avant l'âge de 23 mois, en 6 contacts. En vue de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination, le Ministère de la Santé envisage l'introduction de nouveaux vaccins dans la vaccination de routine, tels que le vaccin contre les pneumonies (PCV-13), le vaccin contre les diarrhées à rotavirus, le vaccin contre le cancer du col de l'utérus (HPV), le vaccin contre l'hépatite-B à la naissance, le vaccin contre la rougeole et la rubéole (RR) et le vaccin contre le paludisme (RTS, s).

Pour coordonner la mise en œuvre des activités de vaccination sur tout le territoire national, le Programme Elargi de Vaccination (PEV) a été créé et est rattaché à la Direction Nationale de l'Epidémiologie et de la Lutte contre la Maladie (DNELM). Il comprend une Coordination, une Section immunisation, une Section de suivi-évaluation et recherches, une Section communication et de mobilisation sociale, ainsi que des unités logistique/Chaine du froid et surveillance, et des services comptables et financiers. La Coordination du PEV est soutenue par des organes consultatifs et

techniques tels que le Comité de coordination inter-agences du PEV (CCIA) et le CCIA technique. D'autres comités ad hoc, comme le Comité national des experts de la poliomyélite (CNEP) et le Comité National de Certification (CNC), contribuent à la gestion des activités.

Pour améliorer l'état de santé de la population, la Coordination nationale du PEV s'est dotée d'un Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2016-2020, avec un plan intérimaire couvrant la période jusqu'à décembre 2023. Ces plans visent à augmenter la couverture vaccinale, introduire de nouveaux vaccins, améliorer la qualité des activités de vaccination supplémentaires (AVS), améliorer la qualité des données de vaccination, optimiser la gestion des vaccins, de la chaine de froid et de la logistique, renforcer la surveillance des maladies évitables par la vaccination, améliorer la communication et la mobilisation sociale, ainsi que renforcer la gestion du programme PEV. Un nouveau plan stratégique de vaccination pour la période 2024-2028 est en cours d'élaboration.

Les maladies ciblées par le PEV en Guinée incluent la Tuberculose, la Poliomyélite, la Diphtérie, le Tétanos, la Coqueluche, l'Hépatite virale B, les infections à Haemophilus influenzae type B, la Rougeole, la Fièvre Jaune, et la Méningite à méningocoque A. La vaccination de routine concerne les enfants de 0 à 18 mois et les femmes enceintes.

1.2.2 Populations cibles du PEV et types d'antigène à administrer

Le PEV-Guinée cible diverses populations. L'estimation de ces différentes populations cibles du PEV se fait à partir des données populationnelles issues du Recensement Général de la Population (RGPH), actualisées par l'Institut National de la Statistique pour les périodes entre deux recensements. Le tableau ci-dessous présente les proportions des populations cibles par rapport à la population totale du pays.

Tableau I. 1 *: Proportion des populations cibles par rapport à la population totale.*

Tranche d'âge	Pourcentage par rapport à la population totale (%)	Type d'antigène à administrer
Naissances vivantes	4	BCG, VPOb
Nourrissons survivants (0-6 mois)	1	BCG, DTC-HepB-Hib, VPOb, VPI
Nourrissons survivants (0-9 mois)	2	BCG, DTC-HepB-Hib, VPOb, VPI, VAR, VAA
Nourrissons survivants (0- 11 mois)	3,6	BCG, DTC-HepB-Hib, VPOb, VPI, MenA, VAR, VAA
Enfants 0-59 mois	20	BCG, DTC-HepB-Hib, VPOb, VPI-1, 2, Men-A, VAR1, VAR2, VAA, PCV-13, Rota
Enfants 9-59 mois	18	DTC-HepB-Hib, VPOb, VPI-2, Men-A, VAR1, VAR2, VAA, PCV-13, Rota
Enfants 0-15 ans	45	BCG, DTC-HepB-Hib, VPOb, VPI-2, Men-A, VAR1, VAR2, VAA, HPV, PCV-13, Rota
Femmes enceintes	4,5	Td
Femmes en âge de procréer (15-49 ans)	25	Td

1.2.3 Calendrier vaccinal et stratégie de vaccination

Le calendrier vaccinal pour les enfants comprend six (6) rendez-vous correspondant aux différents âges de 1 à 18 mois. Chaque tranche d'âge correspond à un type de vaccin et vise la prévention d'un type de maladie donné.

En revanche, la vaccination des femmes enceintes se déroule en ce cinq(5) phases. Chaque phase correspond à un type de vaccin pour la protection contre une catégorie de maladie visée.

Tableau I. 2 : Calendrier vaccinal de routine des enfants 0 à 18 mois et des femmes enceintes, 2023 Guinée

CALENDRIER VACCINAL - GUINEE			
A. Enfants			
Rendez-vous	Ages	Vaccins	Maladies Evitables
1er Rendez-vous	Naissance	BCG	Tuberculose
		VPOb0	Poliomyélite
2ème Rendez-vous	6 semaines	Penta 1	Diphtérie Téténos Coqueluche Hépatite viral B infection à haemophilis influenzae type B
		VPOb1	Poliomyélite
3ème Rendez-vous	10 semaines	Penta 2	Diphtérie Téténos Coqueluche Hépatite viral B infection à haemophilis influenzae type B
		VPOb2	Poliomyélite
4ème Rendez-vous	14 semaines	Penta 3	Diphtérie Téténos Coqueluche Hépatite viral B infection à haemophilis influenzae type B
		VPOb3	Poliomyélite
		VPI	Poliomyélite
5ème Rendez-vous	9 à 11 Mois	VAR	Rougeole
		VAA	Fièvre jaune
		VPI2	Poliomyélite
6ème Rendez-vous	15 à 18 Mois	MenA	Méningite
		VAR2	Rougeole
B. Femmes enceintes			
Périodes de vaccination		Vaccins	Avantages
Au premier contact ou dès que possible pendant la grossesse		Td1	Préalable à la protection
Au moins 4 semaines après le Td1		Td2	3 ans de protection
6 Mois après le Td2		Td3	5 ans de protection
1 an Après le Td3		Td4	10 ans de protection
1 an après le Td4		Td5	Protection à vie

1.2.4 Stratégies de vaccination pour atteindre les populations cibles du PEV

Le programme Elargi de vaccination (PEV) propose deux grandes catégories de stratégies pour atteindre les populations cibles : les stratégies de vaccination de routine et les stratégies de vaccination supplémentaire.

a) Stratégie de vaccination

Les stratégies de vaccination de routine sont diversifiées, comprenant des sous-stratégies fixes, avancées, mobiles, et des postes fixes temporaires. Les séances de vaccination fixes sont organisées au sein des formations sanitaires publiques ou privées intégrées au PEV, conformément à un programme établi, visant les groupes cibles résidant dans un rayon d'environ 5 km. Les stratégies avancées élargissent cette portée en organisant des séances en dehors des formations sanitaires, ciblant une partie de la population dans un rayon de 5 à 15 km, voire moins en fonction des spécificités locales. Ces stratégies avancées impliquent le déplacement des agents vaccinateurs vers des points avancés préalablement identifiés, nécessitant un équipement de vaccination, une moto ou un véhicule avec carburant, et un personnel formé. Il est recommandé de mener au moins une stratégie avancée par mois pour chaque point sélectionné. Les stratégies mobiles consistent à déployer des équipes dans des localités éloignées, au-delà d'un rayon de 15 km, pour plusieurs jours de vaccination et d'activités de santé, suivant les mêmes principes que la stratégie avancée. Les stratégies par postes fixes temporaires installent des postes de vaccination dans la communauté (écoles, gares, marchés, etc.) pour une durée déterminée, rapprochant ainsi les services de vaccination de la population conformément au paquet minimum d'activités.

b) Stratégies de vaccination supplémentaires

Les stratégies de vaccination supplémentaires comprennent plusieurs approches. La vaccination porte-à-porte voit les vaccinateurs se déplacer de ménage à ménage pour administrer les vaccins aux enfants cibles, particulièrement pendant les campagnes de vaccination telles que celles contre la polio. Les stratégies en poste fixe/temporaire organisent la vaccination des vaccins injectables lors des campagnes (rougeole, fièvre jaune, Pentavalent, etc.) dans des communautés ou des formations sanitaires en poste fixe pendant la période de la campagne. Enfin, les stratégies spéciales sont utilisées lors d'activités de vaccination supplémentaires dans des zones particulières telles que gares, postes de péage, marchés, églises, mosquées, champs, débarcadères, îles, îlots et frontières, visant à assurer un accès équitable aux vaccins pour toute la population cible. Ces stratégies s'inscrivent dans une approche holistique visant à maximiser la couverture vaccinale et à garantir la santé des communautés.

1.2.5 Couverture de routine chez les enfants

L'analyse des données de routine extraites du DIHS2 montre de bonnes tendances des couvertures vaccinales administratives du PEV de routine de 2015 à 2022, démontrant globalement une performance satisfaisante du pays en termes de couvertures vaccinales pour toutes les années et tous les antigènes. Les couvertures les plus élevées ont été enregistrées en 2017, atteignant des niveaux allant de 100,5% à 108,5% (voir tableau ci-dessous). Il est cependant important de noter que les nouveaux vaccins ou les doses de vaccins présentent encore des couvertures administratives faibles. Cela concerne notamment le Men A, dont la couverture est passée de 0,53% en 2020 à 34,4% en 2022, et le VAR 2, dont la couverture est passée de 2,2% en 2021 à 3,3% en 2022.

Tableau I. 3 *: Couvertures vaccinales administratives (%) en Guinée de 2015 à 2022*

Antigènes	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
BCG	78,0	96,1	101,2	91,8	94,9	90,9	93,0	69,3
VPO1	87,4	99,2	108,5	99,7	102,3	93,3	80,4	85,4
VPO3	80,5	88,3	100,9	90,3	96,1	87,9	75,2	79,2
VPI		87,3	100,5	90,6	102,1	90,5	83,4	82,9
Penta 1	88,1	101,5	108,0	97,3	100,0	95,7	96,5	95,2
Penta 3	79,9	94,9	101,9	90,1	92,2	89,3	88,1	87,5
VAR1	84,4	96,0	102,6	80,2	87,3	85,2	90,5	86,5
VAR2							2,2	3,3
VAA	82,9	94	101,6	92,5	99,5	90,0	88,5	87,6
Men A						0,53	9,1	34,4

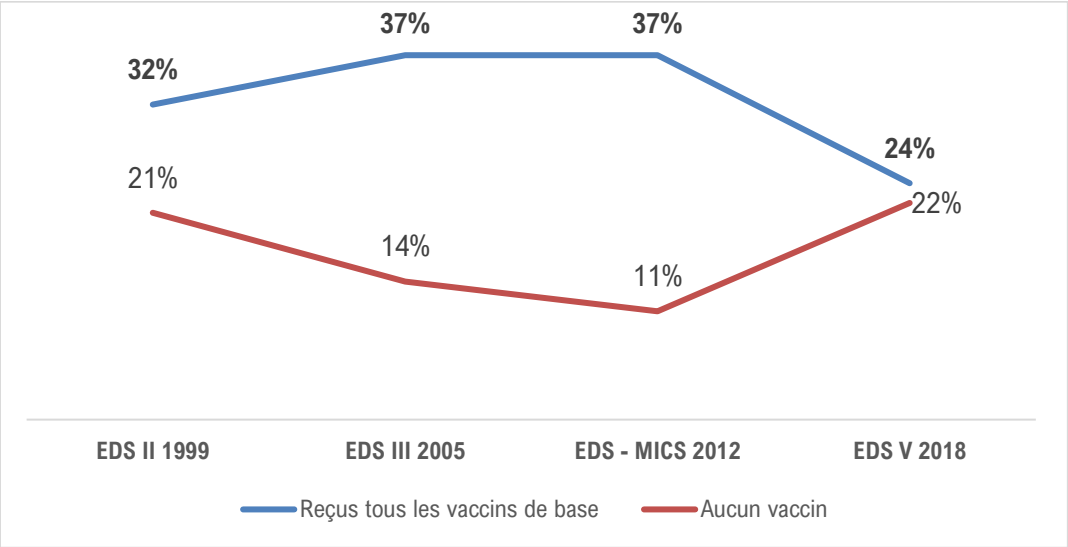
En dépit de bonnes couvertures vaccinales administratives, les résultats de l'EDS de 2018 ont révélé que seulement 24 % des enfants âgés de 12 à 23 mois avaient reçu tous les vaccins de base au moment de l'enquête (enfants complètement vaccinés), et seulement 19 % les avaient reçus avant la fin de leur premier anniversaire. Dans le même ordre d'idées, 22 % n'avaient reçu aucun vaccin. Selon l'EDS 2018, cette discordance entre les couvertures administratives et celles issues des enquêtes indépendantes pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs :

- la sous-estimation de la cible 12–23 mois ;
- la mauvaise qualité des données ;
- la non-coordination des interventions ;
- l'insuffisance de la communication ;
- la rupture de la confiance entre la communauté et les prestataires de santé.

En ce qui concerne les antigènes pris isolément, il a été observé que 73 % ont reçu le vaccin BCG. De plus, 40 % des enfants de 12-23 mois ont bénéficié de leur troisième dose de pentavalent, 40 % également contre la poliomyélite et 40% contre la rougeole et la fièvre jaune. Des déperditions entre les premières doses de polio et de penta ont également attiré l'attention, passant de 65 % (polio 1) et 62 % (penta 1) à 40 % (polio 3 et penta 3).

La dernière enquête indépendante remonte à 2018. La comparaison des résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) V (2018) avec ceux des enquêtes précédentes montre que le pourcentage d'enfants ayant reçu tous les vaccins de base avait augmentée entre 1999 et 2005, passant de 32 % à 37 %. Cependant, cette amélioration ne s'est pas poursuivie entre 2005 et 2012, le niveau de la couverture vaccinale restant inchangé à 37 %. Entre 2012 et 2018, on a même enregistré une baisse du pourcentage d'enfants ayant reçu tous les vaccins de base recommandés, descendant à 24 % en 2018, un niveau inférieur à celui de 1999 (32 %). De plus, le pourcentage d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin, qui avait pratiquement diminué de moitié entre 1999 et 2012 (de 21 % à 11 %), a augmenté à nouveau depuis 2012, passant de 11 % à 22 %, pratiquement identique à celui de 1999 (21 %).

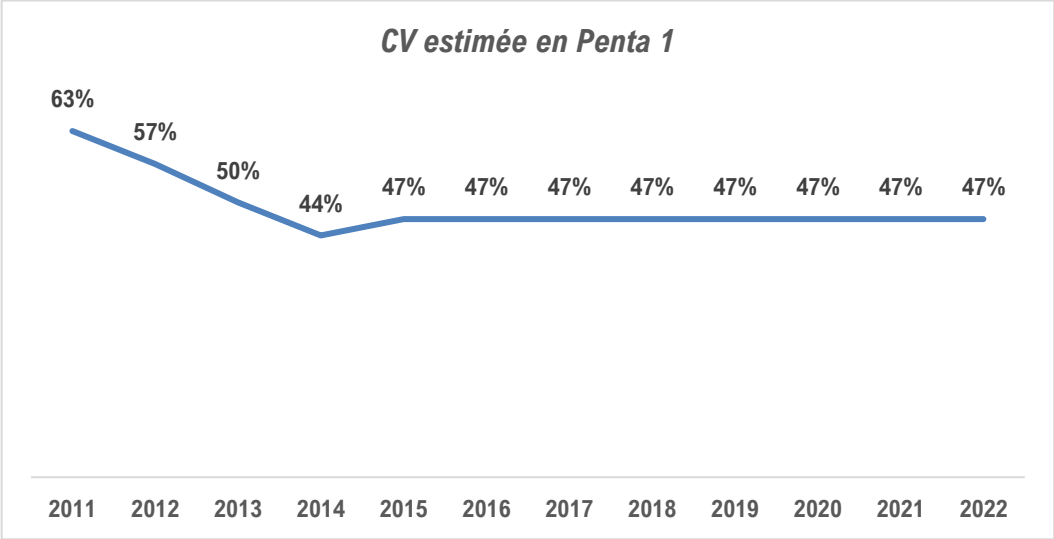
Figure 1: Tendance des couvertures vaccinales selon l'enquête démographique et de santé (EDS 1999, 2005, 2012 et 2018)



Source : EDS II, EDS III, EDS-MICS 2012 et EDS V 2018, Guinée

Les estimations de l'OMS/UNICEF montrent que la couverture vaccinale en Penta 1 a régressée entre 2011 et 2014 (63 % à 44 %). De 2015 à 2022, la couverture en Penta 1 est restée stagnante (47 %) (voir figure ci-dessous).

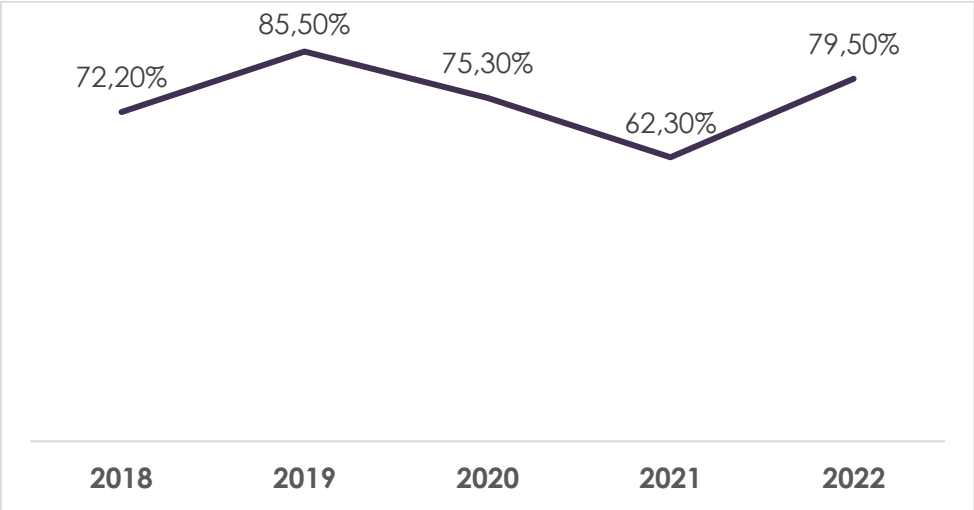
***Figure 2**: Tendances des couvertures estimées (WUNIEC) en penta 1 de 2011 à 2022, Guinée*



1.2.6 Tétanos maternel et néonatal

L'analyse des données de routine révèle que la couverture vaccinale contre la Td2+ chez les femmes enceintes est demeurée inférieure à la norme nationale de 95 % au cours de la période 2018-2022. Les taux les plus bas ont été enregistrés en 2018 et 2021 (voir figure 3).

Figure 3 : Tendances des couvertures administratives en Td2+ de 2018 à 2022 en Guinée



Les couvertures annuelles en Td2+ varient en fonction des régions (Cf. Tableau ci-dessous).

Tableau I. 4 *: Couverture vaccinale en Td2+ par région et par année en Guinée, de 2018 à 2022.*

REGIONS	Couverture vaccinale en Td2 et plus chez les femmes enceintes (en %)				
	2018	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Conakry	78,70	117,20	68,20	42,00	64,90
Boké	66,30	87,80	77,30	61,80	77,60
Faranah	58,50	54,70	56,40	47,20	88,60
Kankan	63,00	69,10	70,20	73,70	82,90
Kindia	72,20	84,70	95,30	77,00	85,60
Labé	84,50	107,20	68,90	66,20	75,60
Mamou	88,70	77,80	72,80	59,40	73,00
N'Zérékoré	74,10	80,20	84,10	63,40	85,60

2. Justification de l'étude

Il est estimé que près de 3 millions de décès, dont 1,4 million d'enfants de moins de cinq (5) ans, sont évités chaque année dans le monde grâce à la vaccination. Plus d'un million et demi (1,5) d'autres décès pourraient être prévenus simplement en améliorant la couverture vaccinale dans tous les pays [1,2]. Dans les pays développés, la vaccination a permis de maîtriser plusieurs maladies infectieuses [3,4]. Il s'agit de l'une des mesures de santé publique les plus efficaces pour prévenir la mortalité, la morbidité et les complications des maladies infectieuses [5]. La couverture vaccinale est un indicateur important de la santé de la population et reflète la susceptibilité aux maladies évitables par la vaccination [5]. L'efficacité des vaccins n'est possible que si la grande majorité de la population est vaccinée [6].

C'est pourquoi, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande depuis 1978 la mise en œuvre de programmes nationaux de vaccination connus sous le vocable de Programmes Elargis de Vaccination (PEV), ayant pour objectif d'assurer un taux de couverture vaccinale d'au moins 80% contre sept (7) maladies infectieuses, à savoir : la diphtérie, la coqueluche, la poliomyélite, le tétanos, la tuberculose, la rougeole et la fièvre jaune. La réalisation de ce taux permettrait, s'il est maintenu, d'éviter l'éclosion de la poussée épidémique [4]. Cependant, cette couverture reste faible dans certains pays à revenu ou intermédiaire.

En Guinée, la comparaison des résultats de l'EDSG 2018 avec ceux des EDS précédentes permet d'évaluer les changements intervenus dans la couverture vaccinale entre 1999 et 2018. Ainsi, entre 1999 et 2005, une augmentation de la proportion d'enfants complètement vaccinés a été constatée, passant de 32 % à 37 %, puis un maintien en plateau en 2012, avant une baisse à 24 % en 2018. Ce résultat est nettement inférieur aux objectifs nationaux, qui visent une couverture de 95 %. Dans la dynamique d'amélioration de la couverture vaccinale afin de réduire l'incidence des maladies évitables par la vaccination, la Guinée a, ces dernières années, réalisé des actions visant à augmenter la couverture vaccinale. Il s'agit notamment de l'organisation des journées nationales de vaccination et des activités intensifiées de vaccination, de la création de centres fixes de vaccination au niveau des postes de santé, de l'amélioration de la chaîne du froid, de l'élaboration de documents stratégiques et de normes, etc. Ces actions ont été rendues possibles grâce à l'appui de l'État et de ses partenaires techniques et financiers. Elles ont permis d'améliorer le niveau des couvertures administratives.

Depuis septembre 2021, avec l'avènement du CNRD au pouvoir, le gouvernement guinéen, à travers le département de la santé, a placé l'amélioration des services de vaccination parmi ses priorités. Ceci inclut une analyse situationnelle basée sur les données probantes afin de définir et mettre en œuvre des actions appropriées pour augmenter la couverture vaccinale. Ces derniers temps, il est permis de constater que les couvertures administratives vaccinales sont en hausse. Eu égard à la faible qualité des données de routine dans le pays, il s'avère important de faire appel aux données d'enquête de couverture vaccinale.

Il est reconnu que l'évaluation régulière de la couverture vaccinale à travers des enquêtes offre une perspective globale sur l'état de santé de la population infantile. L'enquête contribuera à évaluer la réalisation des objectifs nationaux en matière de santé infantile, définis par les autorités sanitaires. En comprenant les raisons sous-jacentes à la non-vaccination, l'enquête peut aider à identifier les lacunes potentielles dans la protection contre des maladies évitables par la vaccination, contribuant ainsi à l'élaboration de stratégies de santé publique ciblées. Cela permettra d'ajuster les interventions du programme de vaccination pour garantir une conformité optimale avec les normes de santé établies.

C'est dans ce cadre que le Ministère de la santé, à travers la Coordination nationale du PEV et l'Unité d'Appui à la Gestion et à la Coordination des programmes de santé, en collaboration avec ses partenaires

techniques et financiers, se propose d'organiser en 2023 une enquête pour estimer la couverture vaccinale de routine en utilisant la technique d'échantillonnage par grappe mise en place et recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Sur ce, l'Institut National de la Statistique (INS) de la Guinée a été identifié comme prestataire externe par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique pour réaliser une enquête de couverture vaccinale (ECV-2023), couplée à l'évaluation de la campagne de vaccination contre la méningite (Men A).

3. But

Le but de cette enquête est de contribuer à améliorer la qualité du programme élargi de vaccination de la Guinée en fournissant aux décideurs des informations pertinentes et crédibles sur la situation du PEV de routine ainsi que la campagne de vaccination contre la rougeole.

4. Objectifs

Dans cette étude il s'agissait de quatre enquêtes spécifiques faites en un, avec des objectifs principaux et secondaires par type d'enquête.

1.4 Objectifs principaux

- Enquête sur la vaccination de routine des enfants de (12 -23 mois) : il était question d'estimer le niveau et les déterminants de la couverture vaccinale des antigènes du PEV de routine chez les enfants âgés de 12 à 23 mois dans chacune des 8 régions sanitaires et au niveau national ;
- Enquête sur la vaccination au tétanos des femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois : elle a consisté à estimer la proportion d'enfants protégés contre le tétanos à la naissance (PAB) dans chacune des 8 régions sanitaires et au niveau national ;
- Enquête couverture post-campagne contre la méningite et la rougeole de mai 2022 : il fallait estimer la couverture vaccinale de la campagne contre la rougeole chez les enfants de 6 à 59 mois au moment de la campagne et la méningite chez les enfants de 1à 6 ans dans 15 districts sanitaires et 1 à 7 dans les districts sanitaires de Mandiana et Siguiri au moment de la campagne ;
- Enquête sur la préparation et mise en œuvre de la campagne contre la rougeole et la méningite de mai 2022 : il s'est agit d'évaluer la qualité de la préparation et mise en œuvre de la campagne de vaccination contre la rougeole et la méningite de mai 2022.

1.5 Objectifs secondaires

- pour l'enquête sur la vaccination de routine des enfants de (12 -23 mois), les objectifs spécifiques sont :
  - estimer la proportion d'enfants complètement vaccinés ;
  - estimer la proportion d'enfants jamais ou insuffisamment vaccinés ;
  - estimer les taux d'abandon ;
  - estimer la disponibilité des documents de vaccination conservés à domicile ;
  - évaluer la proportion de vaccin reçus à temps opportun ;
  - évaluer la proportion des occasions manquées de vaccination ;
  - écrire les facteurs sociaux et comportementaux influençant la vaccination ;
  - décrire quels ont été les obstacles et les facteurs favorables à la vaccination ;
  - décrire comment les services de vaccination ont été appréciés ;
  - décrire les facteurs associés à une vaccination incomplète ;

- pour l'enquête sur la vaccination au tétanos des femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois, les objectifs spécifiques sont :
  - estimer le nombre de consultation prénatales réalisées ;
  - estimer la couverture vaccinale Td ;

- estimer la proportion d'accouchement dans une structure sanitaire ;
- estimer la proportion d'application de substances sur le cordon ombilicale ;

➢ en ce qui concerne l'enquête post-campagne méningite et rougeole de mai 2022 les objectifs spécifiques sont :
  - estimer la proportion de mères ou gardien(ne)s qui ont reçu l'information sur la campagne ;
  - identifier et classifier les sources d'informations des mères ou gardien(ne) d'enfants sur la campagne ;
  - estimer la couverture des Activités Supplémentaire de Vaccination (AVS) par tranche d'âge ;
  - estimer la couverture des AVS en fonction du nombre de doses préalablement reçues ;
  - identifier et classifier les raisons de réticence des communautés bénéficiaires ;
  - estimer l'atteinte ou non des objectifs des campagnes ;
  - identifier les types de manifestation post vaccinales indésirable (MAPI) ;
  - estimer la proportion d'enfant qui ont connu une manifestation post vaccinales indésirable (MAPI).

➢ concernant l'enquête sur la préparation et la mise en œuvre de la campagne contre la rougeole et la méningite de mai 2022, il s'est agi d'évaluer :
  - la planification préalable : micro plans, ressources (financière, humaines, matériel) ;
  - la communication et la mobilisation ;
  - la stratégie de vaccination ;
  - la chaîne de froid et la gestion des vaccins ;
  - la sécurité des injections y compris la gestion des déchets ;
  - le transport et la logistique ;
  - la gestion des manifestations post vaccinales indésirables (MAPI) ;
  - le monitoring de la campagne ;
  - l'évaluation post campagne.

Méthodologie de l'ENCV

3. Méthodologie

Cette étude, est une étude quantitative pour les trois premiers types d'enquêtes (Enquête sur la vaccination de routine des enfants de (12 -23 mois), Enquête sur la vaccination au tétanos des femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois et Enquête post-campagne méningite et rougeole de mai 2022).

A. Etude quantitative

Il a été consigné dans le tableau ci-dessous le type d'enquête, la population cible et le champ de l'étude.

Tableau 3. 1 *: par type d'enquête les populations cibles et champs d'études*

Type enquête	Populations Cibles	Champs d'étude
Vaccination de Routine	Elle concerne les enfants de tous sexes âgés de 12 – 23 mois au moment de l'enquête	Cette enquête se fera à l'échelle nationale et concernera chacun des huit (8) régions sanitaires qui constituent la Guinée
Vaccination contre le tétanos	Elle concerne toutes les femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois à la date de l'enquête	Cette enquête se fera à l'échelle nationale et concernera chacun des huit (8) régions sanitaires qui constituent la Guinée
Couverture de la campagne	Elle concerne les enfants âgés de 6 – 59 mois en mai 2022 pour la rougeole VAR	Cette enquête se fera dans les 38 districts sanitaires (DS) du pays
	Elle concerne les enfants âgés de 1 – 6 ans en mai 2022 pour la méningite MenA	Cette enquête se fera dans 15 districts sanitaires (DS) du pays[1]
	Elle concerne les enfants âgés de 1 – 7 ans en mai 2022 pour la méningite MenA	Cette enquête se fera dans les districts sanitaires (DS) de Siguiri et Mandiana

1. Critères d'inclusion

A été inclue dans l'étude toute personne remplissant un des critères suivants :

- être âgé de 12 – 23 mois au moment de l'enquête ;
- avoir accouché au cours des 12 derniers mois à la date de l'enquête ;
- être âgé de 6 à 59 mois en mai 2022 et avoir participé à la campagne de vaccination contre la rougeole de mai 2022 ;
- être âgé de 1 à 6 ans en mai 2022 dans un des 15 districts sanitaires (Gaoual, Koundara, Dabola, Dinguiraye, Faranah, Kissidougou, Kankan, Kérouané, Kouroussa, Koubia, Labé, Lélouma, Mali, Tougué et Beyla) et avoir participé à la campagne de vaccination contre la méningite de mai 2022 ;
- être âgé de 1 à 7 ans dans les districts de Mandiana et Siguiri ans en mai 2022 et avoir participé à la campagne de vaccination contre la méningite de mai 2022.

➢ Base de sondage pour la sélection de ZD

[1]Gaoual, Koundara, Dabola, Dinguiraye, Faranah, Kissidougou, Kankan, Kérouané, Kouroussa, Koubia, Labé, Lélouma, Mali, Tougué et Beyla.

La base de sondage des zones de dénombrement (ZD) qui a été utilisée pour cette enquête est celle établie par l'Institut nationale de la Statistique après le troisième recensement général de la population de l'habitation (RGPH-3) de 2014 et mise à jour en 2017. Cette base de sondage est un fichier informatique de 9 668 zones de dénombrement (ZD), 1 505 805 ménages et 11 555 061 résidents en 2017. Voir en détail tableau 1 en annexe.

➢ Type d'étude

Il s'est agi d'une enquête transversale d'estimation à passage unique par sondage en grappe à deux (2) degrés. Chaque région administrative a constitué une strate, soit 8 au total. Dans chaque strate indépendamment des autres, au premier degré a été tiré un nombre d'Unités primaires de sondage (UPS) qui ont correspondu dans cette étude aux zones de dénombrement (ZD), puis dans chaque UPS-échantillonné a été tiré un nombre d'Unité secondaire de Sondage (USS) qui a correspondu dans cette étude aux ménages. Toutefois pour l'enquête post-campagne, il s'agit de trois degrés de sondage. Le troisième degré a consisté à tirer dans chaque Unité secondaire de sondage (ménage) une Unité Tertiaire de Sondage (UTS) qui a correspondu à un enfant éligible pendant la campagne.
Les indicateurs ont été produits au niveau de chaque strate, c'est-à-dire pour chaque région administrative, puis par un système de pondération agrégé au niveau national.

➢ Calcul de la taille d'échantillon

La taille minimum de l'échantillon tenant compte de l'objectif inférentiel a été calculée pour les enfants de 12 à 23 mois, pour chaque strate (région administratif). Le calcul comprenait : le nombre de grappes, ménages et éligibles. La progression du calcul s'est faite ainsi : (1) Taille effective de l'échantillon ; (2) Taille de l'échantillon (TE) ; (3) Taille finale de l'échantillon (TFE) ; (4) Nombre de grappes (NG) ; (5) Nombre de ménages par grappe et (5) Le nombre total de sujets.

<u>Taille effective de l'échantillon (TEE)</u>

La taille effective d'échantillon (TEE) est la taille qui a été requise s'il s'agit d'un échantillon aléatoire simple (non par grappes). Les 3 paramètres qui ont servi à calculer la taille effective de l'échantillon sont :

- la couverture vaccinale attendue qui a été ici la proportion des enfants ayant reçu la troisième dose de Penta3 fixée à 70 % pour les régions de Conakry, Faranah, Kindia et Nzérékoré et à 80 % pour les régions de Boké, Kankan, Labé et Mamou.
- l'objectif inférentiel, la précision désirée de l'estimation de la couverture (demi-largeur de l'IC) fixée ici à +/- 10 % pour toutes les régions ;
- le niveau de confiance a été exprimé en fonction du paramètre (α) fixé ici à 5 %, ce qui a correspondu à un niveau de confiance de (100-α) %, c'est-à-dire de 95 %.

<u>Taille de l'échantillon (TE)</u>

Taille de l'échantillon (TE) =TEE*effet de plan de sondage (EPS)

- EPS= $[1 + (m - 1) \times ICC] * [1 + CV_w^2]$
- ICC = Coefficient de corrélation intra grappe = 0,333 (1/3)
- CV_w = Coefficient de variation des poids d'échantillonnage= 0,7
- m= Nombre de sujets par grappe= 7

<u>Taille finale de l'échantillon (TFE)</u>

Taille finale de l'échantillon (TFE)=TE * (1+ Taux de non-réponse des éligibles).

<u>Nombre de grappe</u>

Nombre de grappes (NG) =TFE/Taille d'une grappe.

Nombre de ménages par grappe

Nombre minimum de ménage pour une grappe * (1 + Taux de non-réponse)
Au total, l'enquête a concerné **504** grappes et **14 742** ménages.

Tableau 3. 2 *: Taille de l'échantillon des grappes, ménages, dans chaque strate*

REGIONS	Boké	Conakry	Faranah	Kankan	Kindia	Labé	Mamou	N'Nzérékoré	National
Nbre ZD	1024	1241	881	1762	1375	1032	852	1501	**9668**
Ménage 2017	151739	236736	128065	216077	228035	166835	140071	238247	**1505805**
Population 2017	1190724	1826019	1035162	2157381	1715504	1091633	803483	1735155	**11555061**
Enfant de 12-23 mois (N)	42039	48382	38461	86014	61748	37256	26700	61308	**401908**
Couverture attendue (en %)	80	70	70	80	70	80	80	70	
Niveau de confiance (en %)	95	95	95	95	95	95	95	95	
Précision (IC+/-x%) (en %)	10	10	10	10	10	10	10	10	
Taille effective échantillon (TEE)	88	103	103	88	103	88	88	103	
Taille des grappes (m)	7	7	7	7	7	7	7	7	
ICC	0,333	0,333	0,333	0,333	0,333	0,333	0,333	0,333	
CVw	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	
EPS	4,47	4,47	4,47	4,47	4,47	4,47	4,47	4,47	
Taille de l'Echantillon (Nombre total d'entrevues complètes nécessaires)	393	460	460	393	460	393	393	460	
Eligibles Non-répondants	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	
Taille finale Echantillon	405	474	474	405	474	405	405	474	
Nombre de grappes	58	68	68	58	68	58	58	68	**504**
Proportion 12-23 mois (en %)	3,5	2,6	3,7	4,0	3,6	3,4	3,3	3,5	
Taille moyenne des ménages	7,8	7,7	8,1	10	7,5	6,5	5,7	7,3	
Probabilité d'avoir 1 enfant dans 1 ménage	0,277	0,204	0,300	0,398	0,271	0,223	0,191	0,257	
Nombre minimum de ménages pour une grappe	25,266	34,252	23,308	17,585	25,851	31,347	36,722	27,202	
Ménages non-répondants (en %)	3	3	3	3	3	3	3	3	
Nombre ménage à enquêter par grappe	27	36	25	19	27	33	38	29	

REGIONS	Boké	Conakry	Faranah	Kankan	Kindia	Labé	Mamou	N'Nzérékoré	National
Total des ménages par strate à enquêter	1566	2448	1700	1102	1836	1914	2204	1972	**14742**
Proportion de ZD (en %)	6	5	8	3	5	6	7	5	5

Source : Institut National de la statistique

➢ Echantillonnage

Pour le premier niveau de sélection, la base de sondage de ZD a été la liste exhaustive de toutes les zones de dénombrement (ZD) de chaque strate (région administrative). Il s'est agi d'un tirage aléatoire sans remise proportionnelle à la taille estimée en nombre de ménages des ZD.

Une liste exhaustive de ménages d'une ZD a été obtenue par dénombrement de tous les ménages de la ZD. Cette opération a été faite dans chaque ZD échantillonnée.

Au second degré, les ménages à enquêter ont été choisis dans chacune des ZD échantillonnées par sélection aléatoire simple dans une liste exhaustive des ménages de ZD.

Au niveau de chaque ménage, tous les enfants de 12 – 23 mois ont été enquêté à travers leurs mères biologiques ou gardien(ne)s principal(e), toutes les femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois à la date de l'enquête ont été enquêté et un seul enfant parmi les enfants de la cible des enfants de la campagne(6-59 mois pour la rougeole,1-6 ans dans 15 districts sanitaires et 1- 7 ans à Mandiana et Siguiri pour la méningite) a été enquêté à travers sa mères biologiques ou gardien(ne)s principal(e)s.

2. Collecte des données

➢ Source de données

Les données sur la vaccination ont été recueillies à partir des documents de vaccination conservés à domicile ainsi que de l'histoire verbale racontée par la personne qui a accompagné habituellement l'enfant de 12 – 23 mois à la vaccination. Par ailleurs, il y'a eu lieu de préciser qu'il n'y a pas eu de consultation des registres des centres de vaccination.

➢ Outils de collecte de données

Trois types de questionnaires ont été élaboré pour l'ensemble de l'étude : un questionnaire ménage, un questionnaire enfant et un questionnaire femme. Cependant en plus des autres questions, les questions qui ont concerné cette enquête ont été pour la plupart extraites du questionnaire standardisé de l'OMS et reparties sur l'ensemble des trois questionnaires.

Le questionnaire ménage a servi à recueillir les informations sur les caractéristiques sociodémographique de tous les membres du ménage ainsi que sur les caractéristiques environnementales du logement et de l'habitation du ménage. Tout membre du ménage âgé de 15 ans ou plus ayant des aptitudes et des connaissances sur le ménage ont pu répondre à ce questionnaire.

Le questionnaire enfant a servi à recueillir les informations sur la situation vaccinale de l'enfant. Ce questionnaire a été adressé pour chaque enfant de 12 -23 mois à la personne qui a accompagné habituellement l'enfant à la vaccination.

Le questionnaire femme a servi à recueillir les informations sur les caractéristiques de la mère biologique de l'enfant vivant dans le ménage de ou gardien(ne) de l'enfant de 12 – 23 mois ou personne qui a accompagné habituellement l'enfant 12 – 23 mois à la vaccination, ainsi que les caractéristiques et

informations sur la situation vaccinale des femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois à la date de l'enquête.

En plus des trois questionnaires précités, une fiche de dénombrement, un manuel de l'agent enquêteur, un guide du superviseur et un programme de sélection des ménages échantillon ont été élaborés.

La fiche de dénombrement a servi à faire le dénombrement des ménages dans chaque ZD échantillonnée avec des informations sur le nom et prénom, numéro de téléphone du chef de ménage et le nombre d'enfant de 12 – 23 mois vivant dans le ménage.

Le manuel de l'agent enquêteur a présenté les normes et bonnes pratiques en matière d'enquête, la procédure de collecte de données et la méthode de remplissage des documents techniques et administratifs.

Le guide du superviseur a présenté les normes et bonnes pratiques en matière de supervision, la procédure de détection des incohérences et la méthode de remplissage des documents techniques et administratifs.

Les questionnaires ménages, enfants, femmes, la fiche de dénombrement et le programme de sélection des ménages échantillon ont été par la suite traduit en programme informatique par l'outil CSPro® et implémenté dans des tablettes. Ces tablettes ont été celles qui ont servi de support de collecte sur le terrain.

➢ Durée de collecte

La collecte de données a duré 35 jours répartis comme suit :

- 1 jour de voyage pour l'équipe pour se rendre dans sa zone de collecte ;
- 3 jours comme somme des temps de déplacement de l'équipe pour se déplacer d'une grappe à une autre ;
- 30 jours de travail effectif sur le terrain ;
- 1 jour de voyage pour l'équipe à la fin de la collecte pour se rendre à Conakry.

Pendant les 30 jours de travail effectif, chaque équipe a mis 3,33 jours de travail par ZD répartis comme suit :

- 1 jours 7h 55 mn de temps de dénombrement des ménages ;
- 2 jours de collecte de données dans les ménages échantillonnés.

3. Représentativité

L'échantillonnage de cette étude étant effectué sur la base de l'approche de la probabilité proportionnelle à la taille de l'échantillon, il est donc nécessaire que l'analyse soit pondérée, car les probabilités d'échantillonnage ont été différentes pour les différents répondants. Ainsi, les données de chaque répondant ont été accompagnées par deux poids.

Dans notre cas le calcul des poids d'échantillonnage a été réalisé en des étapes suivante :

➢ Calcul des poids de sondage

Le poids de sondage correspond à l'inverse de la probabilité que le répondant soit sélectionné pour participer à l'enquête, c'est-à-dire le produit des probabilités de sélection à chaque étape. Rappelons que ces probabilités sont calculées dans chaque strate indépendamment des autres.

1- P_{ZD} est la probabilité que la ZD ait été sélectionnée à partir de la base de sondage parmi toutes les ZD de la strate. Cette probabilité est obtenue par l'opération suivante : (nombre total de ménage dans la ZD * nombre total de ZD à sélectionner dans la strate) / Nombre total de ménages dans la strate ;

2- P_m est la probabilité qu'un ménage ait été sélectionné parmi la liste exhaustive des ménages de la ZD obtenu à l'issue du dénombrement. Cette probabilité est obtenue par l'opération suivante : (nombre total d'individus dans le ménage*nombre total de ménage à sélectionner dans la ZD) /nombre total de population dans la ZD ;
3- P_{rm} est la probabilité qu'un répondant ait été sélectionné parmi la liste des répondants du ménage. Cette probabilité est obtenue par l'opération suivante : (nombre d'enfants dans le ménage à sélectionner et qui étaient éligibles à la campagne de vaccination de mai 2022 / nombre total d'enfant dans le ménage qui étaient éligibles à la campagne de vaccination de mai 2022). Cette dernière probabilité ne concerne que l'enquête post-campagne méningite et rougeole de mai 2022.

Dans cette étude toutes les personnes éligibles ont été sélectionnées pour l'enquête sur la vaccination de routine des enfants de (12 -23 mois) et l'enquête sur la vaccination au tétanos des femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois, ainsi la liste de ZD a été mise à jour par un dénombrement exhaustif des ménages de ZD.

La probabilité qu'un répondant soit sélectionné P_{sel} est donc calculé par :

$$P_{sel} = P_{ZD} * P_m$$

Ainsi le poids de sondage P_{Son}est obtenu par :

$$P_{son} = \frac{1}{P_{sel}}$$

Par ailleurs, pour l'enquête post-campagne méningite et rougeole de mai 2022, un seul éligible a été sélectionné, qu'il soit éligible au vaccin contre la méningite ou au vaccin contre la rougeole ou aux deux vaccins.

Ainsi la probabilité qu'un répondant soit sélectionné P_{sel} est donc calculé par :

$$P_{sel} = P_{ZD} * P_m * P_{rm} \quad \text{où}$$

$$P_{rm} = \frac{1}{\text{nombre total d'enfant dans le ménage qui étaient éligibles à la campagne de vaccination de mai 2022 quelque soit le type de}}$$

Et le poids de sondage P_{Son}est obtenu par :

$$P_{son} = \frac{1}{P_{sel}}$$

- Ajustement de non-réponse

Pour assurer une représentativité de la population cible, un ajustement est apporté au poids de sondage pour transférer le poids d'échantillonnage des non-répondants aux répondants de l'enquête.

Bien qu'il existe plusieurs façons d'ajuster la non-réponse, dans notre cas nous formerons des classes d'ajustement dans chaque strate puis ajuster le poids de sondage dans chacune des classes. Dans chaque strate (régions sanitaire), nous avons considéré les districts sanitaires comme des classes de non-réponse.

Le facteur d'ajustement de la non-réponse $f_{ajustNR}$ dans chaque classe de non-réponse a été calculé comme suit :

$$f_{ajustNR} = \frac{somme\ des\ poids\ de\ sélections\ dans\ la\ classe}{somme\ des\ poids\ des\ répondants}$$

Par la suite nous avons calculé le poids de réponse pour chaque observation de la base P_{rep} comme suit :

$$P_{rep} = poids\ de\ selection\ du\ répondant * facteur\ d'ajustement$$

$$P_{rep} = P_{son} * f_{ajustNR}$$

Ce calcul a attribué un poids égal à 0 au non-répondant et ils ont été exclus de la base de données finale à analyser.

Par ailleurs, pour cette étude nous ne prévoyons pas de faire de la post-stratification pour des raisons suivant :

- la liste des ménages des ZD a été mise à jour pendant le dénombrement ;
- nous estimons que les données recueillies ont été de qualité ;
- les résultats de chaque entretien a été enregistré.

5. Ethique

Dans cette étude, aucun prélèvement biologique, aucune information sensible n'a été demandée et la confidentialité sur l'identité des répondants a été garantie par la loi statistique en vigueur en Guinée. Au regard de ces différents aspect le consentement verbal a été celui qui a été proposé au répondant pour obtenir leurs accords.

En plus de la loi statistique qui garantit la confidentialité de l'identité des répondants et membres du ménage, les cadres de l'Institut National de la Statistique qui ont eu accès à la base de données dans tous ces aspects ont été des cadres assermentés, et lors du partage de la base de données avec des personnes externe à l'INS cela ne s'est fait qu'avec des identifiants numériques ou alphanumériques unique des répondants.t Le nom et prénom du répondant et les membres de son ménage été fournis.

Résultats de l'ENCV 2024

4. RESULTATS DE L'ETUDE

DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

Les taux de couverture des grappes, des ménages, des enfants et des femmes éligibles aux vaccinations de routine, ventilés par région sanitaire sont consignés dans le tableau **Tableau 4. 1**.

Au total, 504 grappes ont été sélectionnées pour l'enquête, dont 489 ont effectivement été couvertes, correspondant à un taux de couverture de 97 %. Les régions sanitaires de Faranah, Labé et Nzérékoré se distinguent par une couverture complète des grappes sélectionnées. En revanche, les régions de Mamou (91,4 %) et de Conakry (94,9 %) affichent des taux de couverture inférieurs à 95 %. Dans le cas spécifique de Mamou, sur les 58 grappes sélectionnées, cinq n'ont pas pu être couvertes. La principale cause de cette non-couverture est l'inaccessibilité des zones en période de saison des pluies, les travaux de terrain ayant été réalisés durant les mois de juillet et août 2024, une période marquée par de fortes précipitations en Guinée.

La phase cartographique, consistant à dénombrer l'ensemble des ménages des grappes échantillonnées, a permis de sélectionner 14 196 ménages, dont 14 183 ont été effectivement enquêtés, soit un taux de participation exceptionnellement élevé de 99,9 %. Toutes les régions présentent une couverture quasi intégrale des ménages sélectionnés. Le recensement de ces ménages a permis de dénombrer 78 455 individus, soit une taille moyenne de 5,5 personnes par ménage. On observe que les plus grandes tailles de ménages se trouvent dans les régions de Kankan (moyenne de 6,9 personnes par ménage) et de Faranah (6,3 personnes par ménage). En revanche, les régions de la Moyenne Guinée, comme Mamou (moyenne de 4,3 personnes par ménage) et Labé (4,4 personnes), se caractérisent par des tailles de ménages plus réduites.

Concernant la population recensée dans les ménages interviewés, on note la présence de 20642 enfants âgés de 1 à 10 ans, représentant 26,3 % de la population totale dénombrée, ainsi que 1 771 femmes âgées de 15 à 49 ans ayant accouché dans les 12 mois précédant l'enquête, soit 2,3 % de la population. À l'instar des ménages, la quasi-totalité des enfants éligibles ont été inclus dans l'enquête. Toutefois, un petit nombre de femmes n'ont pas pu être interviewées, avec environ 3 % de non-participation, principalement dans les régions de Conakry et de Kindia, où les taux de participation des femmes atteignent respectivement 90,7 % et 93,6 %. À l'inverse, dans les régions de Faranah, Kankan, Mamou et Nzérékoré, toutes les femmes éligibles ont été effectivement interrogées.

***Tableau 4. 1** : Couverture des grappes, ménages, enfants et femmes éligibles selon la région sanitaire, ENCV 2024, Guinée*

	Région sanitaire								
Couverture	**Boké**	**Conakry**	**Faranah**	**Kankan**	**Kindia**	**Labé**	**Mamou**	**Nzérékoré**	**GUINEE**
Grappe									
Sélectionnées	58	78	68	58	68	58	58	58	504
Visitées	56	74	68	57	65	58	53	58	489
Taux de couverture (en %)	96,6	94,9	100,0	98,3	95,6	100,0	91,4	100,0	97,0
Nombre moyen d'enfants (1-10 ans)	45,3	35,2	42,3	46,1	41,3	35,6	40,7	47,9	41,5

	Région sanitaire								
Couverture	**Boké**	**Conakry**	**Faranah**	**Kankan**	**Kindia**	**Labé**	**Mamou**	**Nzérékoré**	**GUINEE**
Nombre moyen de femmes ayant accouché depuis moins d'un an	3,04	4,68	4,56	2,4	3,28	2,24	2,78	4,93	3,56
Ménage									
Sélectionnées	1519	2551	1776	1108	1688	1865	2019	1670	14196
Visitées	1516	2550	1774	1108	1687	1865	2018	1665	14183
Taux de couverture (en %)	99,8	100,0	99,9	100,0	99,9	100,0	100,0	99,7	99,9
Population totale dans les ménages visités	9046	14227	11154	7622	9519	7929	8884	10074	78455
Taille moyenne des ménages	5,96	5,58	6,28	6,88	5,64	4,25	4,4	6,03	5,53
Proportion d'enfants (1-10 ans)	28,1	19,32	25,8	34,48	29,08	26	25,19	27,58	26,31
Proportion de femmes ayant accouché il y a moins d'un an	1,88	2,57	2,78	1,8	2,31	1,64	1,72	2,84	2,26
Enfants (1-10 ans) dans les ménages visités									
Recensés	2539	2748	2878	2628	2768	2065	2238	2778	20642
Visités	2539	2745	2878	2626	2768	2065	2237	2778	20636
Taux de participation (en %)	100,0	99,9	100,0	99,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Femmes ayant accouché il y a moins d'un an									
Recensés	170	365	310	137	220	130	153	286	1771
Visités	169	331	310	137	206	129	153	286	1721
Taux de participation (en %)	99,4	90,7	100,0	100,0	93,6	99,2	100,0	100,0	97,2

VACCINATION DE ROUTINE

Caractéristiques sociodémographiques des enfants (12-23 mois) et des mères/gardiennes et des femmes ayant accouché il y a moins d'un an

La vaccination de routine en Guinée constitue un pilier fondamental du Programme Élargi de Vaccination (PEV). Ce programme a pour objectif de protéger la population, en particulier les enfants de moins de deux ans et les femmes enceintes ou ayant accouché au cours des 12 derniers mois, contre des maladies évitables par la vaccination.

La répartition des enfants âgés de 12 à 23 mois et des femmes ayant accouché au cours de l'année précédente selon leur milieu de résidence se trouve dans le le **Tableau 4. 2**. Il inclut également des informations relatives au niveau d'instruction et à l'âge des femmes, ainsi qu'au sexe et à l'âge des enfants.

Les résultats montrent au total, 1 664 enfants âgés de 12 à 23 mois ont été inclus dans l'étude. Près des deux tiers de ces enfants (64,9 %) résident en milieu rural, avec une légère surreprésentation des garçons (51 %). En termes d'âge, la majorité (54 %) des enfants a entre 15 et 18 mois.

En ce qui concerne les femmes ayant accouché au cours de l'année précédant l'enquête, 842 d'entre elles ont effectivement participé aux entretiens. Contrairement aux enfants, la majorité des femmes (64 %) vit en milieu urbain. Néanmoins, le faible niveau d'instruction des femmes guinéennes demeure préoccupant. Parmi les mères ou gardiennes d'enfants, quatre sur cinq

n'ont jamais fréquenté d'école formelle, et seulement 12,8 % ont atteint le niveau secondaire et 4 % le niveau supérieur. Les femmes ayant accouché il y a moins d'un an présentent un profil similaire : deux sur trois n'ont pas fréquenté d'école formelle, tandis que seulement 3 % d'entre elles ont poursuivi des études supérieures.

S'agissant de la répartition par âge, une grande majorité des femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois (72,9 %) se situe dans la tranche d'âge de 20 à 35 ans, les femmes de moins de 20 ans représentant une minorité (12,2 %).

Tableau 4. 2 *: Caractéristiques sociodémographiques des enfants (12-23 mois), des mères / gardiennes et des femmes ayant accouché il y a moins d'un an.*

	Enfants (12-23 mois)	**Femmes ayant accouché il y a moins d'un an**
Milieu de résidence		
Rural	1080	304
Urbain	544	539
Guinée	1624	843
Niveau d'instruction des femmes (en %)		
Aucun	75,0	66,2
Primaire	7,9	14,0
Secondaire	12,8	17,2
Universitaire	4,2	2,6
Age des femmes (en %)		
Moins de 20 ans	-	12,2
20-24 ans	-	25,9
25-29 ans	-	27,4
30-34 ans	-	19,6
35 ou plus	-	15,0
Sexe de l'enfant (en %)		
Féminin	49,1	-
Masculin	50,9	-
Age de l'enfant (en %)		
12	6,5	-
13	8,1	-
14	9,5	-
15	9,8	-
16	12,3	-
17	11,9	-
18	20	-
19	5,4	-
20	4,4	-
21	3,1	-
22	4,6	-
23	4,7	-

Possession d'un document de vaccination conservé à domicile

Le document de vaccination, aussi appelé carnet de vaccination, constitue un registre officiel dans lequel sont consignés les vaccins administrés à un individu, incluant les dates de vaccination, les types de vaccins reçus, et les rappels à venir. La possession de ce document revêt une importance capitale, tant pour le suivi rigoureux du calendrier vaccinal que pour la continuité des soins, l'optimisation des campagnes de vaccination, et la production de données fiables en santé publique. Il contribue également à renforcer la confiance des populations dans le système de santé.

Le **Tableau 4. 3** présente la répartition des enfants 12-23 mois et des femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois selon la possession d'un document de vaccination conservé à domicile (ou carnet de vaccination), en fonction de la région sanitaire, du milieu de résidence, du niveau de vie et du rang de naissance des enfants.

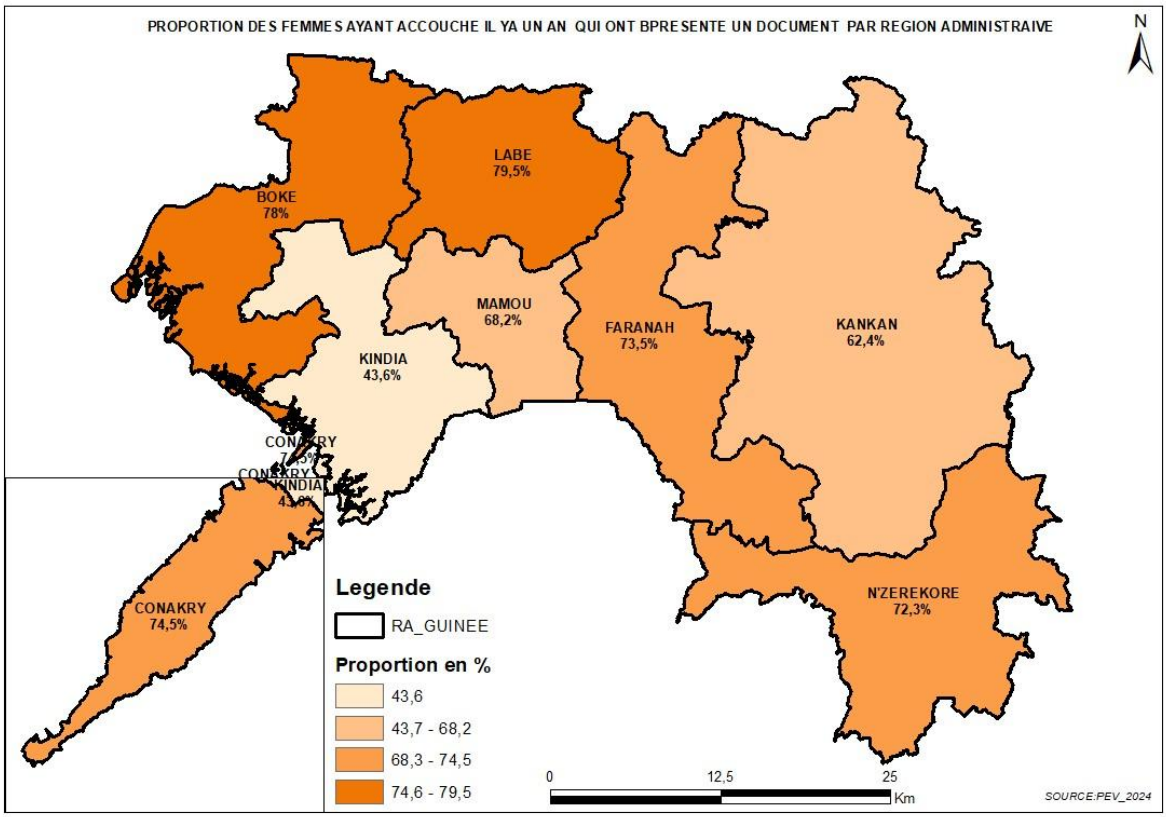
Globalement, 66,9 % des enfants âgés de 12 à 23 mois possèdent un carnet de vaccination. Cependant, une proportion significative d'entre eux a pu présenter ce document aux agents de terrain lors de la visite des ménages, avec 66,0 % d'enfants de cette tranche d'âge ayant effectivement montré leur carnet.

Des disparités régionales notables sont observées. Dans les régions de Labé, Conakry et Mamou, plus de 71 % des enfants possèdent un carnet de vaccination, tandis que les régions de Kankan (59,2 %), Faranah (64,7%) et Kindia (67,8 %) présentent des taux relativement faibles. Cette tendance reflète systématiquement dans la présentation du carnet lors du passage des agents de terrain. En effet, les régions de Labé (77,0 %), Conakry (72,4 %) et Mamou (71,5 %) affichent les taux les plus élevés d'enfants ayant présenté leur carnet aux enquêteurs.

En ce qui concerne le milieu de résidence et le niveau de vie, les enfants vivant en milieu urbain sont plus susceptibles de posséder un document de vaccination (72,9 %) et de le présenter aux agents (71,9 %), comparativement aux enfants issus de milieux défavorisés. Le pourcentage d'enfants possédant un carnet augmente également avec le niveau de vie. Ainsi, 63,3 % des enfants issus de ménages très pauvres possèdent un document de vaccination, contre 72,3 % chez les enfants des ménages aisés. De plus, en termes d'accessibilité, seuls 63,3 % des enfants des ménages très pauvres ont pu montrer leur document aux agents, tandis que ce chiffre s'élève à 72,3 % chez les ménages plus aisés.

Concernant les femmes ayant accouché il y a moins d'un an, la grande majorité possède un document de vaccination qui a été vu par les agents de collecte. Plus de deux tiers des femmes (68,4 %) ont pu présenter leur carnet aux enquêteurs. Les femmes des régions de Labé (79,5 %) et Boké (78 %) sont les plus enclines à rendre ce document disponible, tandis que celles de Kindia (43,6 %) rencontrent davantage de difficultés à le conserver et le rendre accessible lors des enquêtes.

***Carte 2** : Proportion des femmes ayant accouché il y a moins d'un an qui ont présenté un document de vaccination par région administrative.*



Enfin, le rang de naissance des enfants n'indique pas de tendance claire quant à la possession d'un carnet de vaccination. Indépendamment du rang, au moins 65 % des enfants en possèdent un. Les enfants de rang 5 (71,6%), 2 (71,8%) et 6 (69,3%) sont les plus nombreux à avoir un carnet. En termes de disponibilité au moment du passage des agents, les enfants de rang 2 (70,1%), 5 (70,3%) et 6 (69,1%) ont été les plus nombreux à présenter leur carnet de vaccination aux enquêteurs.

***Tableau 4. 3** : Caractéristiques des enfants de 12-23 mois et femmes de 15-49 ans ayant accouché il y a moins d'un an selon le statut de possession d'un document de vaccination conservé à domicile (ou carnet de vaccination).*

	Enfants de 12 à 23 mois		Femmes ayant accouché depuis moins de 1 an
	Possession document (%)	Document présenté (%)	Document présenté (%)
REGION			
Boké	71,2	71,2	78,0
Conakry	72,4	71,2	74,5
Faranah	64,7	62,3	73,5
Kankan	59,2	57,5	62,4
Kindia	67,8	66,8	43,6
Labé	77,0	77,0	79,5
Mamou	71,5	71,5	68,2
Nzérékoré	65,5	65,5	72,3
MILIEU DE RESIDENCE (en %)			
Rural	64,1	63,3	-
Urbain	72,9	71,9	-

NIVEAU DE VIE			
Très pauvre	63,3	63,1	-
Pauvre	60,7	60,1	-
Moyen	68,1	66,8	-
Nantis	71,0	69,4	-
Très nantis	72,3	71,3	
RANG DE NAISSANCE			
1	67,4	67,1	-
2	71,8	70,1	-
3	65,0	64,2	-
4	66,8	65,6	-
5	71,6	70,3	-
6	69,3	69,1	-
NSP	54,0	53,0	
GUINEE	**66,9**	**66,0**	**68,4**

Lien de l'Enfants de 12 à 23 mois avec la femme interviewée

Liens	Proportion
Mère	100%
Autres membres de la famille	-
Autres personnes	-

VACCINATION DES ENFANTS DE 12-23 MOIS

COUVERTURES VACCINALES BUTES

Couverture brute BCG

La couverture brute du BCG (Carnet ou Histoire) est de **71,4** % (

Tableau 4. 4). Cependant, selon les régions administratives, les couvertures les plus faibles observées se trouvent dans les régions de Kankan (59,5 %), Faranah (54,2 %). Les couvertures du BCG les plus élevées sont observées dans les régions de : N'Zérékoré (87,1 %), Labé (82,8 %) et Conakry (78,6 %).

Tableau 4. 4 : *Couverture brute BCG (en %)*

	Carte		Histoire		Carte, Histoire	
REGIONS	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**
Boké	58,9	(49.9, 67.4)	16,7	(10.5, 25.3)	75,6	(67.2, 82.4)
Conakry	56,3	(48.7, 63.7)	22,3	(17.2, 28.5)	78,6	(72.8, 83.5)
Faranah	39,7	(30.0, 50.3)	14,5	(9.8, 20.7)	54,2	(44.4, 63.6)
Kankan	43,5	(35.1, 52.4)	16,0	(10.9, 22.7)	59,5	(51.3, 67.2)
Kindia	55,6	(43.9, 66.8)	12,9	(7.9, 20.4)	68,5	(58.1, 77.4)
Labé	67,8	(58.1, 76.2)	15,0	(9.4, 22.9)	82,8	(72.7, 89.7)
Mamou	59,6	(49.8, 68.6)	11,1	(6.4, 18.5)	70,6	(59.8, 79.6)
N'Zérékoré	51,4	(37.9, 64.7)	35,7	(23.5, 50.1)	87,1	(81.4, 91.3)
GUINEE	**52,1**	**(48.2, 56.1)**	**19,3**	**(16.2, 22.9)**	**71,4**	**(68.3, 74.4)**

Couverture brute VPO 0

La couverture brute du VPO 0 (Carnet + Histoire) est environ 69% (**Tableau 4. 5**). Toutefois, selon les régions administratives, les couvertures brutes (carnet ou histoire) du VPO 0 sont assez proches, oscillant entre 49% et 82,6%. La Région de Faranah (49%), affiche la plus petite couverture.

Tableau 4. 5 : Couverture brute VPO 0 (en %)

	Carte		Histoire		Carte. Histoire	
REGIONS	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**
Boké	57,8	(48.3, 66.7)	17,7	(11.6, 26.0)	75,5	(65.4, 83.3)
Conakry	53,0	(45.3, 60.6)	22,5	(16.1, 30.6)	75,6	(68.2, 81.7)
Faranah	37,2	(28.3, 47.1)	11,8	(8.2, 16.7)	49,0	(38.9, 59.1)
Kankan	41,7	(33.0, 51.0)	12,6	(8.5, 18.5)	54,4	(45.7, 62.7)
Kindia	54,4	(42.8, 65.6)	14,8	(8.5, 24.4)	69,2	(58.7, 78.1)
Labé	66,6	(57.6, 74.6)	18,9	(12.6, 27.2)	85,5	(75.6, 91.8)
Mamou	57,9	(47.2, 67.9)	13,1	(7.5, 21.8)	71,0	(60.3, 79.8)
N'Zérékoré	51,2	(38.0, 64.3)	31,4	(20.8, 44.3)	82,6	(76.4, 87.4)
GUINEE	**50,5**	**(46.6, 54.5)**	**18,3**	**(15.4, 21.7)**	**68,9**	**(65.5, 72.0)**

Couverture brute PENTA 1

La couverture brute du PENTA 1 est de 74,6 % (**Tableau 4. 6**). Les données des régions administratives (carnet ou histoire) sont assez proches, oscillant entre 62,7 % et 86,2%. Cependant, quelle que soit la Région la valeur reste au-dessus de 62 %.

Tableau 4. 6 : Couverture brute PENTA 1 (en %)

	Carte		Histoire		Carte, Histoire	
REGIONS	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**
Boké	69,5	(62.1, 76.0)	10,3	(5.7, 17.9)	77,0	(69.4, 83.1)
Conakry	69,6	(62.2, 76.0)	15,2	(10.1, 22.2)	80,8	(73.0, 86.7)
Faranah	59,5	(51.9, 66.6)	9,4	(5.4, 15.6)	65,4	(59.2, 71.2)
Kankan	54,3	(44.6, 63.7)	10,5	(6.5, 16.6)	62,7	(54.1, 70.5)
Kindia	64,6	(54.4, 73.5)	10,1	(4.8, 20.3)	73,2	(64.4, 80.5)
Labé	75,0	(65.1, 82.8)	12,7	(7.8, 20.2)	84,4	(75.2, 90.6)
Mamou	69,7	(59.3, 78.3)	10,7	(6.1, 18.2)	76,6	(66.1, 84.6)
N'Zérékoré	63,8	(52.9, 73.4)	30,8	(19.6, 44.9)	86,2	(77.5, 91.9)
GUINEE	**63,8**	**(60.2, 67.2)**	**14,6**	**(11.7, 18.1)**	**74,6**	**(71.6, 77.5)**

Couverture brute PENTA 2

La couverture brute du PENTA 2 (Carnet + Histoire) dans l'ensemble est de 65,3 % (**Tableau 4. 7**). Parlant des régions administratives, ce sont les régions de Labé (78,5 %) suivi de Conakry (75,4 %) qui enregistrent le plus grand pourcentage, contrairement à Kankan qui a 52,3 %.

Tableau 4. 7 : Couverture brute PENTA 2 (en %)

	Carte		Histoire		Carte. Histoire	
REGIONS	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**
Boké	69,2	(61.8, 75.7)	6,7	(3.7, 11.9)	74,6	(67.0, 80.9)
Conakry	69,6	(62.2, 76.0)	8,2	(4.8, 13.5)	75,4	(67.6, 81.9)
Faranah	59,0	(51.4, 66.2)	2,7	(1.0, 6.7)	61,4	(54.5, 67.8)
Kankan	48,9	(40.0, 57.8)	4,7	(2.2, 9.7)	52,3	(43.9, 60.6)
Kindia	62,3	(51.9, 71.7)	2,4	(1.0, 5.5)	63,5	(53.0, 72.7)
Labé	72,7	(62.4, 81.1)	6,9	(3.4, 13.6)	78,5	(68.8, 85.8)
Mamou	63,5	(51.8, 73.7)	5,4	(2.6, 10.8)	66,3	(54.4, 76.4)
N'Zérékoré	62,6	(51.8, 72.3)	7,0	(4.1, 11.7)	67,2	(56.9, 76.1)
GUINEE	**61,4**	**(57.9, 64.8)**	**5,4**	**(4.2, 7.0)**	**65,3**	**(61.9, 68.5)**

Couverture brute PENTA 3

La couverture brute du PENTA 3 (Carnet + Histoire) est de 51,1 % (**Tableau 4. 8**). Ce sont les régions administratives de Kankan (39,5 %), Kindia (46 %), Faranah (46,2 %) et Mamou (47,6 %) dont la couverture en PENTA1 reste faible. Le plus bas niveau de couverture en PENTA 3 a été enregistré à Kankan (39,5 %) et le plus haut niveau à Labé (66,1 %).

Tableau 4. 8 *: Couverture brute PENTA 3 (en %)*

	Carte		Histoire		Carte. Histoire	
REGION	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**
Boké	56,8	(48.4, 64.9)	2,4	(0.9, 6.0)	59,2	(50.2, 67.6)
Conakry	58,4	(51.8, 64.7)	2,0	(0.8, 4.8)	59,7	(53.1, 66.0)
Faranah	46,2	(38.1, 54.6)	0,3	(0.0, 2.1)	46,2	(38.1, 54.6)
Kankan	37,1	(29.3, 45.7)	2,8	(1.3, 6.1)	39,5	(32.0, 47.6)
Kindia	45,2	(36.2, 54.4)	0,8	(0.2, 3.2)	46,0	(37.0, 55.2)
Labé	62,0	(51.2, 71.7)	5,4	(2.4, 11.6)	66,1	(55.7, 75.2)
Mamou	46,6	(37.2, 56.3)	1,7	(0.5, 5.5)	47,6	(38.0, 57.3)
N'Zérékoré	56,7	(46.8, 66.2)	0,7	(0.1, 3.7)	56,7	(46.8, 66.2)
GUINEE	**49,6**	**(46.3, 52.9)**	**1,9**	**(1.3, 2.8)**	**51,1**	**(47.8, 54.3)**

Couverture brute VPO1

La couverture vaccinale brute du VPO1 (Carnet + Histoire) en Guinée, nous avons un pourcentage égal à 64 % (**Tableau 4.9**), alors que les régions de Conakry (75,7 %), Labé (75,1 %) et Mamou (68,7 %) ont enregistré les plus grands pourcentages, contrairement à la région de Faranah qui a le plus faible pourcentage (48,3 %).

Tableau 4. 9 *: Couverture brute VPO1 (en %)*

	Carte		Histoire		Carte. Histoire	
REGIONS	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**
Boké	58,9	(50.0, 67.2)	10,8	(6.8, 16.8)	69,7	(60.0, 78.0)
Conakry	54,9	(46.9, 62.6)	20,8	(14.8, 28.3)	75,7	(69.0, 81.2)
Faranah	37,5	(28.4, 47.6)	10,8	(7.1, 16.1)	48,3	(38.2, 58.5)
Kankan	42,3	(33.7, 51.4)	11,5	(7.1, 18.1)	53,8	(45.2, 62.2)
Kindia	53,8	(42.4, 64.8)	11,7	(6.5, 20.3)	65,5	(54.4, 75.1)
Labé	65,3	(55.0, 74.3)	9,8	(5.4, 17.3)	75,1	(65.3, 82.9)
Mamou	57,9	(47.9, 67.3)	10,8	(6.7, 17.1)	68,7	(57.6, 78.1)
N'Zérékoré	51,2	(37.8, 64.4)	15,2	(10.2, 22.1)	66,4	(53.3, 77.4)
GUINEE	**50,8**	**(46.8, 54.8)**	**13,1**	**(11.1, 15.6)**	**64,0**	**(60.2, 67.6)**

Couverture brute VPO2

Il y a 52 % de la couverture vaccinale brute du VPO2 (Carnet ou Histoire) est enregistré dans l'ensemble du pays (

Tableau 4. 10). En revanche, selon les régions administratives, on observe les plus faibles couvertures en VPO2 à Kankan (39,2 %) et Faranah (42,7%). La couverture en VPO2 la plus élevée est dans la région de Labé (68,2 %).

Tableau 4. 10 : Couverture brute VPO2 (en %)

	Carte		Histoire		Carte. Histoire	
REGIONS	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**
Boké	57,7	(48.8, 66.1)	3,8	(1.7, 8.3)	61,5	(51.2, 70.8)
Conakry	54,3	(46.6, 61.8)	7,0	(4.3, 11.1)	61,3	(53.7, 68.4)
Faranah	37,2	(28.2, 47.2)	5,5	(2.8, 10.5)	42,7	(32.5, 53.5)
Kankan	37,6	(29.5, 46.5)	1,6	(0.6, 4.4)	39,2	(30.8, 48.3)
Kindia	48,1	(38.1, 58.3)	4,7	(1.8, 11.6)	52,8	(42.9, 62.5)
Labé	63,3	(52.9, 72.5)	4,9	(2.1, 11.2)	68,2	(58.2, 76.8)
Mamou	54,0	(45.0, 62.8)	2,8	(1.1, 7.1)	56,8	(47.7, 65.5)
N'Zérékoré	50,1	(37.2, 63.1)	2,5	(0.9, 6.6)	52,6	(39.8, 65.1)
GUINEE	**48,1**	**(44.4, 51.9)**	**3,8**	**(2.8, 5.2)**	**52,0**	**(48.2, 55.8)**

Couverture brute VPO3

La couverture brute du VPO3 (Carnet + Histoire) dans le pays est de 45,3 % (**Tableau 4.11**). Cependant ce sont les régions Administratives de Labé (59,1 %) suivi de Conakry (55,2 %) qui enregistrent les plus grands pourcentages et Faranah qui présente le plus faible (32,9 %).

Tableau 4. 11 : Couverture brute VPO3 (en %)

	Carte		Histoire		Carte. Histoire	
REGIONS	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**
Boké	53,6	(44.2, 62.7)	0,2	(0.0, 2.7)	53,9	(44.5, 62.9)
Conakry	52,3	(44.9, 59.6)	2,8	(1.1, 6.9)	55,2	(48.0, 62.1)
Faranah	32,9	(23.9, 43.3)	0,0	(0.0, 1.6)	32,9	(23.9, 43.3)
Kankan	34,6	(27.6, 42.4)	0,4	(0.1, 2.5)	35,0	(28.0, 42.7)
Kindia	41,8	(32.0, 52.3)	1,3	(0.3, 5.7)	43,1	(33.4, 53.4)
Labé	57,5	(46.7, 67.8)	1,6	(0.4, 6.5)	59,1	(48.0, 69.3)
Mamou	51,7	(43.0, 60.3)	0,0	(0.0, 2.8)	51,7	(43.0, 60.3)
Nzérékoré	47,4	(34.9, 60.2)	0,5	(0.1, 3.0)	47,9	(35.4, 60.6)
GUINEE	**44,4**	**(40.8, 48.2)**	**0,9**	**(0.5, 1.7)**	**45,3**	**(41.7, 49.0)**

Couverture brute VPI

La couverture brute du VPI (Carnet + Histoire) est de 60,4 % dans l'ensemble du pays (

Tableau 4. 12). En ce qui concerne les régions administratives, ce sont les régions de Nzérékoré (78,9 %) suivi de Labé (71,6 %) et Conakry (69,9 %) qui ont les couvertures élevées, alors que Faranah (41,2 %) et Kankan (46 %) affichent les faibles couvertures en VPI.

Tableau 4. 12 : Couverture brute VPI (en %)

	Carte		Histoire		Carte. Histoire	
REGIONS	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**
Boké	54,3	(45.4, 63.0)	12,4	(7.7, 19.5)	66,8	(57.0, 75.2)
Conakry	52,6	(45.0, 60.1)	17,3	(11.9, 24.6)	69,9	(62.6, 76.4)
Faranah	33,3	(25.4, 42.3)	7,9	(4.9, 12.5)	41,2	(32.7, 50.3)

Kankan	35,9	(28.5, 43.9)	10,1	(6.1, 16.3)	46,0	(39.1, 53.1)
Kindia	42,4	(32.7, 52.8)	12,5	(7.8, 19.4)	54,9	(45.8, 63.6)
Labé	59,6	(49.3, 69.2)	12,0	(7.2, 19.2)	71,6	(62.2, 79.4)
Mamou	51,8	(42.9, 60.5)	11,2	(6.3, 19.0)	63,0	(52.7, 72.2)
N'Zérékoré	48,4	(35.9, 61.1)	30,5	(19.8, 43.9)	78,9	(71.5, 84.8)
GUINEE	**45,3**	**(41.7, 49.0)**	**15,1**	**(12.3, 18.4)**	**60,4**	**(57.2, 63.5)**

Couverture brute VAA

La couverture brute du VAA (Carnet + Histoire) est de 60,2 % dans l'ensemble du pays (**Tableau 4. 13**). C'est dans les régions administratives de Labé (76,7 %) suivi de Conakry (70 %) et N'Zérékoré (68,9 %) où on retrouve les plus grandes couvertures contrairement à Faranah qui a une faible couverture (42,4 %).

Tableau 4. 13 *: Couverture brute VAA (en %)*

	Carte		Histoire		Carte. Histoire	
REGIONS	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**
Boké	56,9	(47 ,7 ; 65 ,7)	10 ;3	(5 ,8 ; 17 ,8)	67 ;3	(58 ,4 ; 75 ,0)
Conakry	52,0	(44 ,6 ; 59 ,2)	18 ;1	(12 ,4 ; 25 ,5)	70 ;0	(62 ,5 ; 76 ,6)
Faranah	34,4	(25 ,8 ; 44 ,2)	8 ;0	(4 ,6 ; 13 ,3)	42 ;4	(33 ,3 ; 52 ,0)
Kankan	38,1	(29 ,9 ; 47 ,0)	10 ;0	(5 ,9 ; 16 ,4)	48 ;1	(40 ,2 ; 56 ,1)
Kindia	47,4	(36 ,3 ; 58 ,6)	10 ;7	(5 ,3 ; 20 ,4)	58 ;1	(47 ,4 ; 68 ,1)
Labé	63,7	(53 ,1 ; 73 ,2)	13 ;0	(7 ,9 ; 20 ,6)	76 ;7	(65 ,6 ; 85 ,1)
Mamou	52,0	(42 ,8 ; 61 ,1)	9 ;4	(4 ,9 ; 17 ,3)	61 ;5	(51 ,2 ; 70 ,8)
Nzérékoré	45,5	(33 ,8 ; 57 ,7)	23 ;5	(15 ,5 ; 33 ,8)	68 ;9	(57 ,4 ; 78 ,5)
GUINEE	**46,6**	**(42 ,9 ; 50 ,4)**	**13 ;5**	**(11 ,1 ; 16 ,4)**	**60 ;2**	**(56 ,6 ; 63 ,6)**

Couverture brute MenA

Il est important de signaler que le MenA a été introduit, il y a 2 ans en Guinée. Il est administré aux enfants à partir de 15 mois jusqu'à 18 mois selon le calendrier vaccinal. Cependant, les cibles pour lesquelles les indicateurs ont été calculés sont des enfants de 12-23 mois, par conséquent, ils n'ont pas encore eu une histoire de prise de dose d'antigène MenA. Ainsi, contrairement aux autres antigènes, les résultats de couverture en MenA sont présentés selon la carte de vaccination dans le **Tableau 4. 14**.

Les résultats montrent dans l'ensemble que la couverture brute du MenA est de 13,9 %. Selon les régions administratives, quelle qu'en soit la région, cette couverture reste faible en dessous de 24 %. Les régions de Kankan (9,8 %) et Kindia (6,5 %) affichent les plus faibles couvertures. Tandis que les régions de Labé et Conakry quant à elles ont la plus grande couverture soit 23 %.

Tableau 4. 14 *: Couverture brute MenA (en %)*

	Carte		Histoire		Carte. Histoire	
REGIONS	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**
Boké	11,4	(6 ,8 ; 18 ,4)	0	0	11 ;4	(6 ,8 ; 18 ,4)
Conakry	22,9	(17 ,1 ; 29 ,9)	0	0	22 ;9	(17 ,1 ; 29 ,9)
Faranah	10,0	(5 ,1 ; 18 ,7)	0	0	10 ;0	(5 ,1 ; 18 ,7)
Kankan	9,8	(5 ,6 ; 16 ,5)	0	0	9 ;8	(5 ,6 ; 16 ,5)
Kindia	6,5	(3 ,5 ; 11 ,9)	0	0	6 ;5	(3 ,5 ; 11 ,9)
Labé	22,8	(13 ,2 ; 36 ,5)	0	0	22 ;8	(13 ,2 ; 36 ,5)
Mamou	10,0	(6 ,0 ; 16 ,1)	0	0	10 ;0	(6 ,0 ; 16 ,1)

N'Zérékoré	19,1	(13 ,0 ; 27 ,1)	0	0	19 ;1	(13 ,0 ; 27 ,1)
GUINEE	**13,9**	**(11 ,7 ; 16 ,5)**	**0**	**0**	**13 ;9**	**(11 ,7 ; 16 ,5)**

Couverture brute VAR 1

La couverture vaccinale brute de 62,7 % du VAR 1 (Carnet ou Histoire) dans l'ensemble (**Tableau 4. 15**). Parmi les régions, Labé enregistre le plus grand pourcentage de couverture brute (75,5 %), tandis que Faranah a la plus faible proportion (43,5 %).

Tableau 4. 15 *: Couverture brute VAR 1 (en %)*

	Carte		Histoire		Carte. Histoire	
REGIONS	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**
Boké	57,6	(48 ,6 ; 66 ,1)	11 ;7	(6 ,6 ; 19 ,8)	69 ;3	(60 ,0 ; 77 ,2)
Conakry	51,5	(43 ,6 ; 59 ,4)	21 ;6	(15 ,6 ; 29 ,1)	73 ;1	(65 ,7 ; 79 ,5)
Faranah	36,3	(27 ,4 ; 46 ,3)	7 ;1	(3 ,7 ; 13 ,5)	43 ;5	(34 ,1 ; 53 ,3)
Kankan	38,6	(30 ,7 ; 47 ,2)	14 ;1	(9 ,2 ; 21 ,1)	52 ;8	(44 ,2 ; 61 ,1)
Kindia	44,9	(35 ,7 ; 54 ,5)	13 ;4	(7 ,4 ; 23 ,2)	58 ;4	(48 ,9 ; 67 ,3)
Labé	59,6	(48 ,8 ; 69 ,6)	15 ;9	(10 ,3 ; 23 ,8)	75 ;5	(65 ,6 ; 83 ,3)
Mamou	53,8	(44 ,6 ; 62 ,8)	11 ;3	(6 ,6 ; 18 ,6)	65 ;1	(53 ,8 ; 75 ,0)
N'Zérékoré	47,4	(35 ,1 ; 60 ,1)	25 ;1	(17 ,2 ; 35 ,1)	72 ;5	(63 ,7 ; 79 ,9)
GUINEE	**46,7**	**(43 ,0 ; 50 ,4)**	**16 ;0**	**(13 ,4 ; 19 ,0)**	**62 ;7**	**(59 ,3 ; 65 ,9)**

Couverture brute VAR 2

La couverture brute du VAR 2 dans le **Tableau 4. 16** (Carnet ou Histoire) est de 55,3 %. Les régions de Mamou (49,4 %), Kankan (46,8 %) et Faranah (41,1 %) ont les couvertures les plus faibles, alors que les régions de Boké (68,7 %) et de Conakry (65,5 %) affichent les taux de couvertures brutes les plus élevés.

Tableau 4. 16 : *Couverture brute VAR 2 (en %)*

	Carte		Histoire		Carte. Histoire	
REGIONS	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**	**CV**	**IC**
Boké	65,6	(51 ,6 ; 77 ,3)	3,1	(0,5; 16,5)	68,7	(54,5; 80,1)
Conakry	55,0	(44 ,2 ; 65 ,4)	10,5	(5,4; 19,3)	65,5	(54,0; 75,5)
Faranah	39,8	(31 ,1 ; 49 ,2)	1,3	(0,3; 5,5)	41,1	(32,2; 50,7)
Kankan	43,0	(32 ,7 ; 53 ,8)	3,8	(1,5; 9,2)	46,8	(37,0; 56,9)
Kindia	50,1	(36 ,6 ; 63 ,5)	8,4	(3,8; 17,6)	58,5	(46,3; 69,7)
Labé	60,3	(48 ,1 ; 71 ,4)	3,9	(1,2; 11,7)	64,2	(52,8; 74,2)
Mamou	49,4	(37 ,3 ; 61 ,6)	0,0	(0,0; 6,2)	49,4	(37,3; 61,6)
Nzérékoré	46,7	(36 ,2 ; 57 ,4)	9,2	(4,6; 17,6)	55,9	(45,4; 65,9)
GUINEE	**49,4**	**(45 ,1 ; 53 ,8)**	**5,9**	**(4,1; 8,3)**	**55,3**	**(51,1; 59,5)**

Enfants complètement vaccinés

Par "Enfant complètement vacciné" on entend par un enfant qui a reçu toutes les doses prévues dans le calendrier vaccinal. Selon l'OMS, la définition d'enfant complètement vacciné inclus tous les antigènes proposés par le programme PEV, qui ont été introduit dans le pays depuis au moins 2 ans. Lors de l'ENCV 2024, les informations sur la vaccination ont été recueillies de deux manières : soit elles étaient relevées à partir des carnets de vaccination (ce qui permet

d'établir avec certitude la couverture vaccinale ainsi que le calendrier des vaccinations), soit enregistrées à partir des réponses données par la mère lorsque le carnet de l'enfant n'était pas disponible. Dans la procédure de VCQI à la page 58, les 2 modes opératoires (cartes et histoire) sont pris en compte dans le calcul du taux d'enfants complètement vaccinés. Ainsi, le pourcentage d'enfants de 12-23 mois qui ont reçu des vaccins spécifiques à n'importe quel moment avant l'enquête (selon le carnet de vaccination ou la déclaration de la mère). L'EDS-2028 a considéré qu'un enfant a reçu tous les vaccins de base, s'il a reçu au moins :

- ✓ une dose du vaccin BCG qui protège contre la tuberculose ;
- ✓ trois doses de vaccin DTCoq qui protège contre le tétanos, la diphtérie, la coqueluche ;
- ✓ trois doses de vaccin contre la polio ;
- ✓ une dose de vaccin contre la rougeole.

Dans le souci de comparer l'évolution du taux de vaccination complète des enfants, les mêmes antigènes ont été retenus dans le calcul de cet indicateur dans l'ENCV2024.

Dans l'ensemble, la proportion d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés reste globalement faible avec de fortes disparités régionales. Au niveau national est de 35,4 % pour les doses brutes (**Tableau 4. 17**).

Les Régions ayant les proportions d'enfants complètement vaccinés les plus élevées à partir des doses brutes sont Labé (51,5 %), Boké (44,8 %), Conakry (44,4 %) et N'Zérékoré (36,6 %). Les régions les moins performantes pour cet indicateur sont Faranah (26,8 %) et Kankan (27,6 %) d'enfants de 12-23 mois.

Tableau 4. 17 *: Enfants complètement vaccines avec des doses brutes (en %)*

Caractéristiques	Proportion	95% CI
REGIONS		
Boké	44,8	(35,2; 54,9)
Conakry	44,4	(36,6; 52,4)
Faranah	26,8	(19,0; 36,4)
Kankan	27,6	(21,2; 35,2)
Kindia	29,5	(21,8; 38,5)
Labé	51,5	(40,2; 62,7)
Mamou	34,2	(26,5; 43,0)
Nzérékoré	36,6	(26,6; 47,9)
GUINEE	**35,4**	**(32,1; 38,8)**

Enfants zéro dose

Dans le

Tableau 4. 18 sont présentées les proportions d'enfants de 12-23 mois "zéro dose". Nous entendons dans le cadre de cette enquête par enfant "zéro dose", tout enfant qui n'a pas reçu la première dose du vaccin Pentavalent (Penta1).

Dans l'ensemble, la proportion d'enfants zéro dose est de 25,4 % de couverture brute (Carnet ou Rappel de la mère) des enfants de 12-23 mois au niveau national et varie fortement selon les régions. Elle est estimée à 13,8 % dans la région de Nzérékoré, à 19,2 % dans la région de Conakry et à 15,6% dans la région de Labé, régions de faibles proportions. Elle atteint son pic dans la région de Kankan (37,3 %), suivie des régions de Faranah (34,6 %), Kindia (26,8 %).

Ces régions sanitaires affichent des proportions d'enfants zéro dose très préoccupant puisque plus d'un enfant de 12-23 mois sur deux n'a pas reçu la première dose du pentavalent parmi les enfants d'âge 12-23 mois dans ces régions.

Tableau 4. 18 *: Proportion d'enfants zéro dose par région sanitaire (en %)*

Caractéristiques	COUVERTURE BRUTE	
	Proportion	95% CI
REGIONS		
Boké	23,0	(16,9; 30,6)
Conakry	19,2	(13,3; 27,0)
Faranah	34,6	(28,8; 40,8)
Kankan	37,3	(29,5; 45,9)
Kindia	26,8	(19,5; 35,6)
Labé	15,6	(9,4; 24,8)
Mamou	23,4	(15,4; 33,9)
Nzérékoré	13,8	(8,1; 22,5)
Total	**25,4**	**(22,5; 28,4)**

Enfants jamais vaccinés

Dans le **Tableau 4. 19** sont présentées les proportions d'enfants "jamais vaccinés". Pour cette enquête, un enfant "jamais vacciné", est un enfant qui n'a reçu aucune de dose de vaccin peu importe le lieu pour lui éviter d'attraper la maladie. Leur proportion est élevée, atteignant 16,8 % de couverture brute (Carnet ou Rappel de la mère) des enfants de 12-23 mois au niveau national. La proportion d'enfants jamais vaccinés varie fortement selon les régions. Il ressort des résultats du Tableau 4.19, que les régions de Kankan (28,1%), Faranah (26,4 %), Mamou (19,0 %) sont les régions sanitaires où ces statistiques sont les plus élevées tandis que les régions de Nzérékoré (7,1 %), Conakry (8,4 %) et Labé (7,7 %) sont les régions où la proportion d'enfant n'ayant aucune dose de vaccin est faible.

Parmi les enfants de 12-23 mois n'ayant reçu aucune dose de vaccin (couverture brute), 77,7 % n'ont pas reçu une dose valide au niveau national. Cette proportion varie légèrement selon les régions et passe de 69,3 % (Labé) à 87,9 % (Kindia).

Tableau 4. 19 *: Proportion d'enfants jamais vaccinés (en %)*

Caractéristiques	COUVERTURE BRUTE		COUVERTURE VALIDE	
	Proportion	95% CI	Proportion	95% CI
REGIONS				
Boké	13,8	(8,5 ; 21,6)	80,4	(70,0 ; 87,9)
Conakry	8,4	(5,0 ; 13,7)	72,9	(64,2 ; 80,1)
Faranah	26,4	(20,6 ; 33,2)	70,6	(57,7 ; 80,8)
Kankan	28,1	(21,0 ; 36,5)	83,7	(75,7 ; 89,5)
Kindia	17,4	(11,6 ; 25,4)	87,9	(80,2 ; 92,9)
Labé	7,7	(3,7 ; 15,4)	69,3	(60,1 ; 77,2)
Mamou	19,0	(11,7 ; 29,2)	74,4	(63,6 ; 82,8)
Nzérékoré	7,1	(4,5 ; 10,9)	72,8	(62,8 ; 80,9)
GUINEE	**16,8**	**(14,5 ; 19,4)**	**77,7**	**(74,4 ; 80,8)**

Enfants de 12-23 mois sous vaccinés

Le **Tableau 4. 20** présente les proportions d'enfants "sous vaccinés". Dans le cadre de cette enquête, un enfant "sous vacciné" est tout enfant qui n'a pas reçu la troisième dose du vaccin Pentavalent (Penta3).

La proportion d'enfants sous vaccinés est de 48,9 % de couverture brute (Carnet ou Rappel de la mère) des enfants de 12-23 mois au niveau national. Elle varie légèrement selon les régions. Elle est plus faible à Labé (33,9 %), Conakry (40,3 %) et Boké (40,8 %) (Labé). Par contre, elle est plus préoccupante à Faranah (53,8 %), Kindia (54 %) et Kankan (60,5 %).

Tableau 4. 20 *: Proportion d'enfants de 12-23 mois sous vaccinés (en %)*

Caractéristiques	Enfants sous vaccinés	
	Proportion	95% CI
REGIONS		
Boké	40,8	(32 ,4 ; 49 ,8)
Conakry	40,3	(34 ,0 ; 46 ,9)
Faranah	53,8	(45 ,4 ; 61 ,9)
Kankan	60,5	(52 ,4 ; 68 ,0)
Kindia	54,0	(44 ,8 ; 63 ,0)
Labé	33,9	(24 ,8 ; 44 ,3)
Mamou	52,4	(42 ,7 ; 62 ,0)
Nzérékoré	43,3	(33 ,8 ; 53 ,2)
GUINEE	**48,9**	**(45 ,7 ; 52 ,2)**

Abandon du circuit vaccinal entamé

L'abandon de l'enfant du circuit vaccinal est capté soit pour les vaccins multidoses en faisant l'écart entre la couverture de la dose finale à celle de la dose initiale ou pour un vaccin monodose dont la couverture est comparée à celle d'un vaccin spécifique de base qui a été administré antérieurement. Ces taux sont jugés élevés lorsqu'ils dépassent 10%.

Au niveau national, le taux d'abandon spécifique du Penta (Penta3-Penta1), du VPO (VPO3-VPO1) et du VAR (VAR2-VAR1) sont tous élevés (supérieurs au seuil normal de 10 %). Parmi les enfants ayant reçu du Penta1, 31 % n'ont pas reçu de Penta3, 29,1 % n'ont pas reçu de VPO (29,1%). De même, environ 22 % des enfants de 12-23 mois ayant reçu du VAR1, n'ont pas reçu de VAR2.

Dans toutes les régions de la Guinée, les taux d'abandon spécifique du Penta, du VPO et du VAR varient considérablement, passant de 26 % (Boké) à 39,4 % (Kankan) pour le Penta, de 22,1 % (Labé) à 40 % (Kankan) pour le VPO et de 14 % (Boké) à 29,5 % (Mamou).

Tableau 4. 21 *: Proportions d'abandons avec des Couvertures brutes (en %)*

CARACTERISTIQUES	PENTA_1/ PENTA_3	VPO_1/ VPO_3	VAR_1/ VAR_2
REGIONS			
Boké	26,0	25,9	14,0
Conakry	28,6	27,8	18,8
Faranah	32,5	30,3	27,9
Kankan	39,4	40,0	15,0
Kindia	33,8	37,1	21,0
Labé	23,3	22,1	20,8
Mamou	34,6	22,9	29,5
Nzérékoré	31,0	26,9	25,6
GUINEE	**31,0**	**29,1**	**21,9**

Couvertures vaccinales valides

Par définition, une couverture valide est une couverture calculée à partir des doses reçues au moment où elles devaient être administrées. Seules les doses reportées dans le carnet avec une date complète sont prises en compte dans le calcul.
Dans l'ensemble, les couvertures vaccinales valides sont faibles, variant de 1,2 % pour le MenA à 20,3 % pour le BCG. Les couvertures vaccinales valides de moins de 10 % sont obtenues pour le MenA (1,2 %), le VAR2 (3,7 %), le VAA (8,4 %) et le VPO3 (9 %). Les couvertures valides sont élevées pour le BCG (20,3 %), le Penta (18,8 %) et le VPO1 (18 %). Les autres doses de vaccins pour les enfants de 12-23 mois sont à des niveaux intermédiaires.

Tableau 4. 22 *: Couvertures vaccinales valides (en %)*

Doses	CV	IC
BCG	20,3	(17,3 ; 23,5)
VPO0	15,7	(13,3 ; 18,6)
VPO1	18,0	(15,3 ; 21,0)
VPO2	13,9	(11,5 ; 16,8)
VPO3	9,0	(7,1 ; 11,3)
PENTA1	18,8	(16,0 ; 22,0)
PENTA2	16,3	(13,6 ; 19,4)
PENTA3	11,6	(9,5 ; 14,0)
IPV	13,9	(11,6 ; 16,6)
VAR1	12,4	(10,0 ; 15,3)
VAR2	3,7	(2,4 ; 5,7)
VAA	8,4	(6,5 ; 10,8)
MENA	1,2	(1,0 ; 1,6)
Complet	0	

Occasions manquées de vaccination avec des doses valides

L'un des objectifs de cette étude était d'évaluer les occasions manquées de vaccination (OMV) survenues lors des visites dans un centre de vaccination. Au niveau national, pour toutes les doses de vaccins confondues, 32,3 % des enfants de 12-23 mois ont manqué au moins une occasion de vaccination (OMV) pendant qu'ils se trouvaient dans un centre de vaccination.

Ces OMV concernent principalement le VPO0 (38,5 %) et le VPI (46,7 %). Les plus faibles proportions d'OMV sont enregistrées au niveau du Penta2 (3,7 %), VPO3 (9,7 %), VPO2 (5,6 %) et VAR2 (0 %).

Tableau 4. 23 : Visites au cours desquelles les enfants étaient éligibles à une dose de vaccin valide sans la recevoir

Doses	Proportion (%)	Effectif (N)
BCG	20,1	408
VPO0	38,5	416
VPO1	19,8	273
VPO2	5,6	197
VPO3	9,7	176
PENTA1	14,8	318
PENTA2	3,7	242
PENTA3	13,7	233
VPI	46,7	424
VAR1	18,3	218
VAR2	0,0	32
VAA	16,5	164

MENA	NA	NA
Quelques soit la dose	**32,3**	**1 511**

Enfants ayant été confrontés à des occasions manquées de vaccination par dose de vaccins

Les données du **Tableau 4. 24** fournissent les proportions d'enfants de 12 à 23 mois qui ont eu des OMV pour certaines doses de vaccin pendant que le vaccin qui devait être administré à la même date avait été administré. Parmi ces OMV, on retrouve des couvertures valides (OMV corrigées) et des couvertures non valides (OMV non corrigées) alors qu'il était possible de le faire en vérifiant le carnet et en fournissant les doses manquées. Ces occasions sont calculées par dose.

Pour les doses à la naissance, 22,8 % des enfants de 12 à 23 mois (avec 31,7 % de dose non valide et 68,3 % de dose valide pendant l'enquête) ont eu une OMV pour le VPO0. Cette proportion est de 14,6 % (avec 20,4 % de dose valide et 79,6 % de dose non valide pendant l'enquête) pour le BCG.

S'agissant des doses de vaccins à la sixième semaine (VPO1 et Penta1), 15,4% des enfants de 12 à 23 mois ont des OMV pour le VPO1(avec 25,7 % de dose valide et 74,3 % de dose valide pendant l'enquête) ou le Penta1(11,4 % de dose non valide et 88,6% de dose non valide) pendant que l'un ou l'autre de ces vaccins était administré.

Pour ce qui est des vaccins de la dixième semaine (VPO2 et Penta2), on constate des faibles OMV pendant que l'un des deux vaccins avait été administré. Environ 3,8 % des enfants de 12 à 23 mois (soit 0 % de dose non valide, contre 100 % de dose valide) ont eu une OMV pour le VPO2 alors que le Penta 2 ont été administré pour cet enfant à l'inverse 3,4 % de ces enfants (soit 0 % de dose non valide contre 100 % de dose valide) avaient eu une OMV alors que le VPO2 était administré en ce temps-là.

A la semaine 14 de la naissance, l'enfant doit recevoir le VPO3, le Penta3 et le VPI. Selon les estimations du Tableau 4. 24, on constate un grand écart entre les OMV du VPI et des deux autres vaccins. Près de trois enfants de 12 à 23 mois sur cinq (45,2 %) ont eu une OMV au moment où le Penta3 ou le VPO3 a été administré (avec 19,6 % de dose non valide et 80,4 % de dose valide). Cette proportion est de 7,9 % pour VPO3 pendant que le VPI ou le Penta3 a été administré à l'enfant au moment de l'OMV avec des doses à moitié valide.

Pour ce qui est du VAR1 et VAA, 14,6% des enfants de 12 à 23 mois (avec 25,9 % de dose non valide et 74,1 % de dose valide) ont eu une OMV pour le VAR1 pendant que le VAA a été administré. Par contre, 25 % des enfants de 12 à 23 mois ont eu une OMV pour le VAA (75 % de dose non valide et 25,6 % de dose valide) cependant en ce moment le VAR1 avait été administré à l'enfant.

Tableau 4. 24 *: Enfants ayant été confrontés à des occasions manquées de vaccination par dose de vaccins*

Antigènes	Occasions manquées[1]		Non corrigées[2]		Corrigées[3]		Visite éligible[4]
Doses	N	%	N	%	N	%	N
BCG	49	14,6	10	20,4	39	79,6	336
VPO0	63	22,8	20	31,7	43	68,3	276
VPO1	35	15,4	9	25,7	26	74,3	228
VPO2	7	3,8	0	0,0	7	100,0	186
VPO3	13	7,9	6	46,2	7	53,8	165
PENTA1	44	15,9	5	11,4	39	88,6	276
PENTA2	8	3,4	0	0,0	8	100,0	233
PENTA3	22	10,5	9	40,9	13	59,1	210

VPI	112	45,2	22	19,6	90	80,4	248
VAR1	27	14,6	7	25,9	20	74,1	185
VAR2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	32
VAA	24	15,5	18	75,0	6	25,0	155
MENA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

[1]Les répondants n'ont pas reçu un vaccin auquel ils étaient éligibles à une occasion où ils ont reçu un autre vaccin.
[2]Les répondants n'avaient toujours pas reçu de dose valide au moment de l'enquête.
[3]Les répondants avaient reçu une dose valide au moment de l'enquête.
[4]Dénominateur pour OM est le nombre de répondants qui ont eu des visites éligibles.
Dénominateur des OM non corrigés et corrigés est le nombre d'OM.

Synthèses des occasions manquées de vaccination par enfants de 12-23 mois

Le **Tableau 4. 25** fait la synthèse des occasions manquées de vaccination (OMV) par enfant de 12-23 mois selon la situation de l'occasion manquée. Dans l'ensemble 57,9% des enfants ont eu des OMV quel que soit la dose, 14,1% ont eu des OMV non corrigées, 67,1% des enfants de 12-23 mois ont eu des OMV corrigées et 18,8% de ces enfants ont eu au moins des OMV corrigées. S'agissant des visites éligibles, le Tableau 4. 25 indique que 368 enfants de 12-23 mois ont eu des visites de vaccination éligibles pour n'importe quelle dose de vaccin.

Tableau 4. 25 *: Synthèses des occasions manquées de vaccination par enfants de 12-23 mois*

Situation des OM	Effectif (N)	Proportion (%)
Enfants qui avaient des OM quel que soit la dose	**213**	**57,9**
Enfants pour qui aucune des OMV n'étaient corrigées	**30**	**14,1**
Enfants pour qui toutes les OMV ont été corrigées	**143**	**67,1**
Enfants pour qui certaines OMV (pas tous) ont été corrigées	**40**	**18,8**
A eu des visites éligibles pour n'importe quelle dose	**368**	

Gains potentiels en couverture valide en l'absence d'occasions manquées

Si toutes les occasions manquées de vaccination avaient été rattrapées, il y aurait eu un gain appréciable des couvertures par antigène et par dose d'antigène avec un pourcentage minimum de 10 %. La couverture du VAA serait par exemple passée de 8,4 % à 15,2 %, avec un gain relatif de 80,39 % (**Tableau 4. 26**). Celle du OPV3 serait quant à elle passée de 9 % à 17 % avec un gain relatif de 88,89 %. Etant donné que le BCG et OPV0 sont supposés être donnés au même moment, on constate que le gain relatif lié au OPV0 (43,31 %) est environ trois fois supérieur à celui du BCG. Pour les antigènes multidoses, le gain relatif augmente à mesure que les doses augmentent. Ainsi, le gain relatif à la première dose de l'antigène de OPV (18,33 %) est environ trois fois inférieur à celui de sa troisième dose (88,89 %). Ce constat est pratiquement le même pour l'antigène du pentavalent dont le gain relatif à la première dose PENTA1(13,3 %) est environ trois fois inférieur à celui de la troisième dose PENTA3 (46,55 %).

Tableau 4. 26 *: Gains potentiels en Couverture valide en l'absence d'occasions manquées.*

Doses	CV	CV si pas OM	IC	Gain relatif	Ratio
BCG	20,3	22,5	(19,5 ;25,9)	10,84	1,11
VPO0	15,7	22,5	(19,5 ; 25,9)	43,31	1,43
VPO1	18	21,3	(18,3 ; 24,7)	18,33	1,18
VPO2	13,9	19,3	(16,4 ; 22,7)	38,85	1,39

Doses	CV	CV si pas OM	IC	Gain relatif	Ratio
VPO3	9,0	17,0	(14,2 ; 20,2)	88,89	1,89
PENTA1	18,8	21,3	(18,3 ; 24,7)	13,30	1,13
PENTA2	16,3	19,3	(16,4 ; 22,7)	18,40	1,18
PENTA3	11,6	17	(14,2 ; 20,2)	46,55	1,47
IPV1	13,9	19,7	(16,7 ; 23,0)	41,73	1,42
VAR1	12,4	15,2	(12,6 ; 18,3)	22,58	1,23
VAR2	3,7	2,4	(1,6 ; 3,6)	-35,14	0,65
VAA	8,4	15,2	(12,6 ; 18,3)	80,95	1,81
MENA	NA	NA	NA	NA	NA

Protection contre le tétanos néonatal

En Guinée, environ 87,6 % des femmes réalisent au moins une consultation prénatale. Cette proportion varie de 66,2 % dans la région de Kindia à 96,8 % à Nzérékoré. La moyenne nationale est surpassée dans les régions de Nzérékoré (96,8%), Conakry (96,7%), Boké (95%) et Kankan (93,4%).

Carte 3 *: Proportion des femmes de 15-49 ans ayant accouché lors des 12 derniers qui ont réalisé une consultation prénatale selon la région sanitaire.*

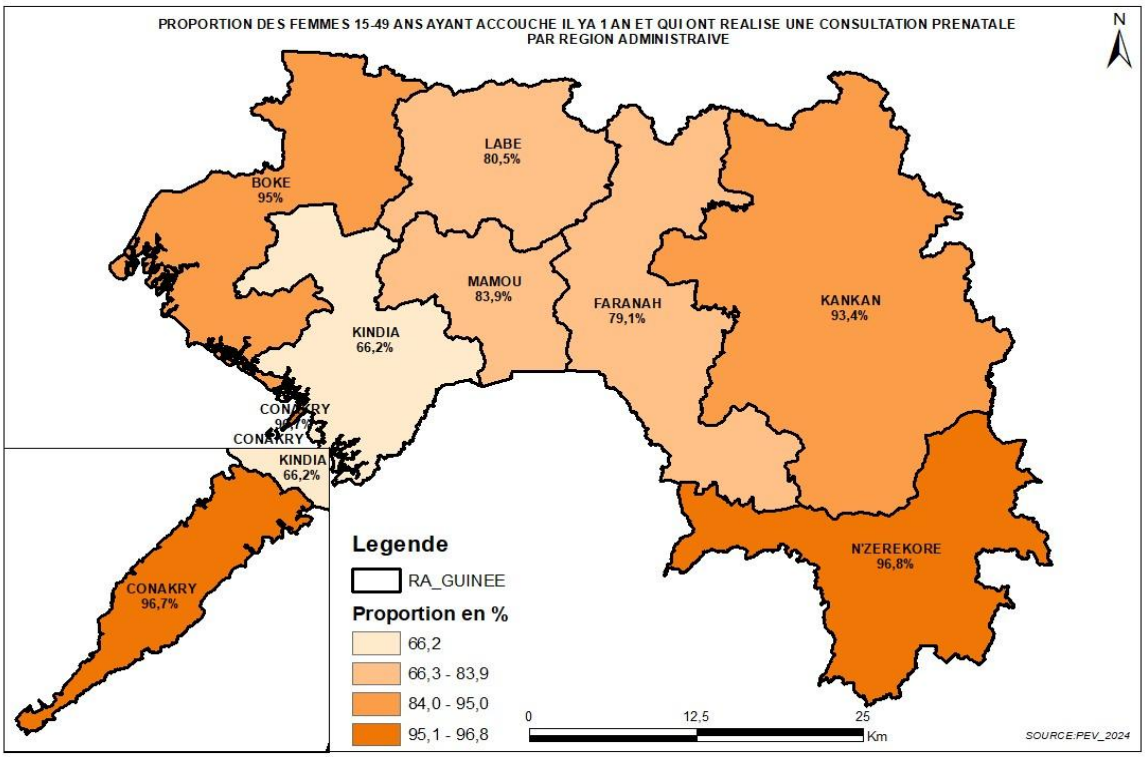


Tableau 4. 27 *: A réalisé au moins une consultation prénatale.*

REGIONS	Proportion	ICI	ICS
Boké	95,0	88,2	98,0
Conakry	96,7	91,6	98,7
Faranah	79,1	66,7	87,7
Kankan	93,4	81,1	97,9
Kindia	66,2	34,4	88,0

Labé	80,5	68,6	88,6
Mamou	83,9	71,4	91,6
N'Zérékoré	96,8	93,0	98,5
GUINEE	**87,6**	**80,7**	**92,2**

Raison d'avoir reçu moins de deux doses de tétanos depuis la naissance par région

Parmi les femmes guinéennes qui accouchent, existe celles ayant reçu moins de deux doses de VAT/Td depuis leurs naissances. Et ce pour diverses raisons. Sans toutefois considérer la raison autre qui est le regroupement de plusieurs autres raison individuelles, la raison dominante est que la femme n'a pas saisi l'importance de la deuxième dose au moins deux semaines avant l'accouchement (37,7%) suivi du fait que la femme ne recourt pas à la vaccination (16,9%) et du fait qu'elle ne sait où ni quand ont lieu les séances de vaccinations (7,8%) (**Tableau 4. 28**).

A la différence de la région de Kankan où la raison dominante est le fait que la femme ne recourt pas à la vaccination (41,7%) suivi du fait que la femme n'a pas saisi l'importance de la deuxième dose au moins deux semaines avant l'accouchement (25%) puis du fait qu'elle ne sait où ni quand ont lieu les séances de vaccinations (16,7%), la hiérarchie des raisons dans les autres régions est similaire au niveau national.

Cependant, en considérant la raison autre, elle se présente comme étant la deuxième raison la plus importante au niveau national de même que dans les régions à l'exception de Faranah (66,7%), Boké (50%) et Conakry (42,9%) où elle représente la première raison pour les femmes d'avoir reçu moins de deux doses de VAT/Td depuis leurs naissances.

Tableau 4. 28 *: Raison d'avoir reçu moins de deux doses de TT depuis la naissance par région.*

REGIONS	N'a pas saisi l'importance de la deuxième dose au moins deux semaines avant l'accouchement	Ne recourt pas a la vaccination	Ne sait ou ni quand ont lieu les séances de vaccinations	Craint les effets secondaires	N'a pas effectué de consultation postnatale	A reporte la consultation a une date ultérieure	**Autre*** **
Boké	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	50,0
Conakry	28,6	21,4	0,0	0,0	7,1	0,0	42,9
Faranah	16,7	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0	66,7
Kankan	25,0	41,7	16,7	8,3	0,0	0,0	8,3
Kindia	71,4	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	14,3
Labé	42,9	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	42,9
Mamou	66,7	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1	22,2
N'Zérékoré	33,3	16,7	16,7	0,0	0,0	0,0	33,3
GUINEE	**37,7**	**16,9**	**7,8**	**1,3**	**1,3**	**2,6**	**32,5**

****N'a pas confiance aux vaccins, il y a des rumeurs, site de vaccination trop loin, horaires incompatibles, personnel vaccinateur absent, pas de vaccins, etait trop occupee, probleme familial (maladie, n'est pas allee se faire vacciner car elle etait malade, ~~malade~~, elle est allee se faire vacciner, sans succes, prix de la carte de vaccination cher, les seringues sont trop chères, attente trop longue, n'a pas confiance aux vaccins, il y a des rumeurs, site de vaccination trop loin, horaires incompatibles, personnel vaccinateur absent, pas de vaccins, était trop occupée, problème familial (maladie, n'est pas allee se faire vacciner car elle était malade, ~~malade~~, elle est allée se faire vacciner, sans succès, prix de la carte de vaccination cher, les seringues sont trop chères, attente trop longue.*

ASPECTS D'EQUITE

Enfants complètement vaccinés avec des doses brutes

Le **Tableau 4. 29** présente la proportion d'enfants complètement vaccinés en fonction de différentes caractéristiques socio-économiques et démographiques. On observe que selon le Niveau de vie du ménage, les enfants issus des ménages très nantis sont les plus nombreux à être complètement vaccinés (45,7%), tandis que les enfants issus des ménages très pauvres présentent une couverture vaccinale beaucoup plus faible (29,4%). Cela souligne une disparité importante en matière de vaccination liée au niveau de vie du ménage.

Selon le Milieu de résidence, la différence entre les enfants vivant en milieu rural (32,7%) et en milieu urbain (41%) est relativement modérée, mais elle montre une légère meilleure couverture en milieu urbain.

Selon le Rang de naissance, Les enfants ayant un rang de naissance plus élevé (5) montrent une meilleure couverture vaccinale (48,3%) par rapport à ceux ayant un rang de naissance inférieur, ce qui pourrait refléter une attention accrue pour les enfants les plus jeunes.

Selon le Sexe de l'enfant, les garçons (36,6%) sont légèrement plus nombreux à être complètement vaccinés par rapport aux filles (34,1%), mais la différence reste faible.

***Tableau 4. 29** : Enfants complètement vaccinés avec des doses brutes*

Caractéristiques	Proportion	95% CI
NIVEAU DE VIE		
Très pauvre	29,4	(22.9, 36.8)
Pauvre	32,9	(26.4, 40.0)
Moyen	35,0	(29.5, 41.0)
Nantis	34,4	(27.7, 41.7)
Très nantis	45,7	(38.7, 52.8)
MILIEU DE RESIDENCE		
Milieu Rural	32,7	(28.8, 37.0)
Milieu Urbain	41,0	(35.5, 46.9)
RANG DE NAISSANCE		
1	35,7	(29.5, 42.3)
2	38,5	(32.0, 45.5)
3	34,8	(27.9, 42.4)
4	36,5	(28.8, 44.9)
5	48,3	(39.9, 56.7)
6	34,7	(26.6, 43.9)
98	18,1	(12.1, 26.1)
SEXE DE L'ENFANT		
Féminin	34,1	(29.9, 38.5)
Masculin	36,6	(32.1, 41.2)
GUINEE	**35,4**	**(32.1, 38.8)**

Les enfants avec zéro dose de vaccin ou Jamais vaccinés

Le **Tableau 4. 30** examine la proportion d'enfants n'ayant reçu **aucune dose de vaccin** et la couverture vaccinale brute et valide selon diverses caractéristiques.

Globalement en Guinée, le pourcentage d'enfants zéro dose est de **16,8%**, avec une couverture valide de **77,7%.**

Niveau de vie : La proportion d'enfants zéro dose est plus élevée parmi les très pauvres (21%) et diminue au fur et à mesure que le niveau de vie augmente, atteignant son minimum chez les très nantis (8%). Cependant, la couverture valide des très pauvres reste relativement élevée (82,4%), ce qui suggère que, même si l'accès initial aux vaccins est limité, ceux qui y accèdent complètent souvent leur schéma vaccinal.

Milieu de résidence : Le milieu rural a une proportion d'enfants zéro dose plus élevée (20,5%) par rapport au milieu urbain (8,0%). Cependant, une fois la vaccination commencée, les enfants en milieu rural ont une couverture valide plus élevée (79,4% contre 74,3% pour l'urbain).

Rang de naissance : Les enfants de rang 1 ont une proportion zéro dose de 74,8%, qui diminue pour les rangs suivants avant de remonter pour le rang 6 (79,6%). Cela peut indiquer des variations de l'attention et des ressources disponibles au sein des familles selon le nombre d'enfants.

Sexe de l'enfant : Les proportions d'enfants zéro dose sont proches pour les filles (16,1%) et les garçons (17,4%), avec des couvertures valides similaires autour de 78%.

Tableau 4. 30 *: Pourcentage d'enfants avec zéro dose de vaccin*

	COUVERTURE BRUTE		COUVERTURE VALIDE	
Caractéristiques	**Proportion**	95% CI	**Proportion**	95% CI
NIVEAU DE VIE				
Très pauvre	19,0	(14.0, 25.1)	82,4	(75.9, 87.4)
Pauvre	21,0	(15.5, 27.9)	77,6	(71.0, 83.1)
Moyen	21,1	(15.8, 27.6)	77,3	(70.5, 82.9)
Nantis	12,8	(8.6, 18.7)	81,6	(75.6, 86.4)
Très nantis	8,0	(5.0, 12.6)	70,2	(63.5, 76.1)
MILIEU DE RESIDENCE				
Milieu Rural	20,5	(17.4, 23.9)	79,4	(75.0, 83.1)
Milieu Urbain	8,9	(6.4, 12.3)	74,3	(68.9, 79.0)
RANG DE NAISSANCE				
1	16,8	(12.1, 23.0)	74,8	(68.1, 80.5)
2	17,2	(12.1, 23.9)	74,1	(67.2, 80.1)
3	15,5	(10.6, 22.2)	73,1	(66.5, 78.9)
4	18,6	(12.8, 26.2)	78,9	(71.8, 84.6)
5	12,3	(7.7, 19.1)	71,4	(62.3, 79.1)
6	11,3	(6.2, 19.9)	79,6	(71.6, 85.8)
98	26,0	(16.6, 38.3)	97,7	(92.8, 99.3)
SEXE DE L'ENFANT				
Féminin	16,1	(13.2, 19.6)	77,6	(73.5, 81.2)
Masculin	17,4	(14.2, 21.1)	77,9	(73.2, 81.9)
GUINEE	**16,8**	**(14.5, 19.4)**	**77,7**	**(74.4, 80.8)**

Abandon du circuit vaccinal entamé

Le ***tableau 4.29*** analyse les abandons du circuit vaccinal pour trois types de vaccins (PENTA, OPV et VAR).

Niveau de vie : Les très nantis montrent une plus grande constance dans la continuité des doses (abandon plus faible pour PENTA_1/PENTA_3 à 28,7%). En revanche, les très pauvres

montrent des taux d'abandon plus élevés (35,4% pour PENTA_1/PENTA_3), ce qui indique des difficultés à suivre le calendrier vaccinal complet.

Milieu de résidence : Les taux d'abandon sont relativement similaires entre le milieu rural et le milieu urbain, avec des variations mineures selon les types de vaccins. Les enfants en milieu rural ont des taux d'abandon élevés pour le vaccin VAR_1/VAR_2 (24,5%), tandis que ceux en milieu urbain abandonnent plus souvent OPV_1/OPV_3 (31%), ce qui pourrait refléter des défis différents dans l'accès aux types spécifiques de vaccins selon le lieu de résidence.

Rang de naissance : Les taux d'abandon fluctuent en fonction du rang de naissance, sans tendance clairement marquée. Par exemple, le rang 3 montre un taux élevé pour OPV_1/OPV_3 (33,3%) et encore plus élevé pour VAR_1/VAR_2 (25%).

Sexe de l'enfant : Les différences d'abandon entre garçons et filles est plus élevée chez les filles, ce qui montre que le genre a une influence sur la continuité du schéma vaccinal.
Les taux d'abandon chez les filles varient entre 23,9% (VAR_1/VAR_2) et 32,4% (PENTA_1/PENTA_3), montrant une disparité dans le suivi des différents vaccins.

Tableau 4. 31 *: Proportions d'abandons avec des couvertures brutes*

CARACTERISTIQUES	PENTA_1/ PENTA_3	OPV_1/ OPV_3	VAR_1/ VAR_2
NIVEAU DE VIE			
Très pauvre	35,4	30,2	22,2
Pauvre	29,2	29,2	25,2
Moyen	29,2	24,7	23,1
Nantis	33,3	32,7	22,2
Très nantis	28,7	29,9	17,1
MILIEU DE RESIDENCE			
Milieu Rural	30,9	27,9	24,5
Milieu Urbain	31,0	31,0	17,3
RANG DE NAISSANCE			
1	27,8	28,6	26,2
2	31,6	29,8	19,8
3	31,6	33,3	25,0
4	28,1	29,8	19,8
5	24,4	18,8	19,4
6	33,6	29,3	19,0
98	44,9	34,6	,0
SEXE DE L'ENFANT			
Féminin	32,4	30,6	23,9
Masculin	29,6	27,7	19,9
GUINEE	**31,0**	**29,1**	**21,9**

COMPARAISON AVEC LES ENQUETES DE COUVERTURE VACCINALE PASSEES

Comparaison avec les couvertures administratives

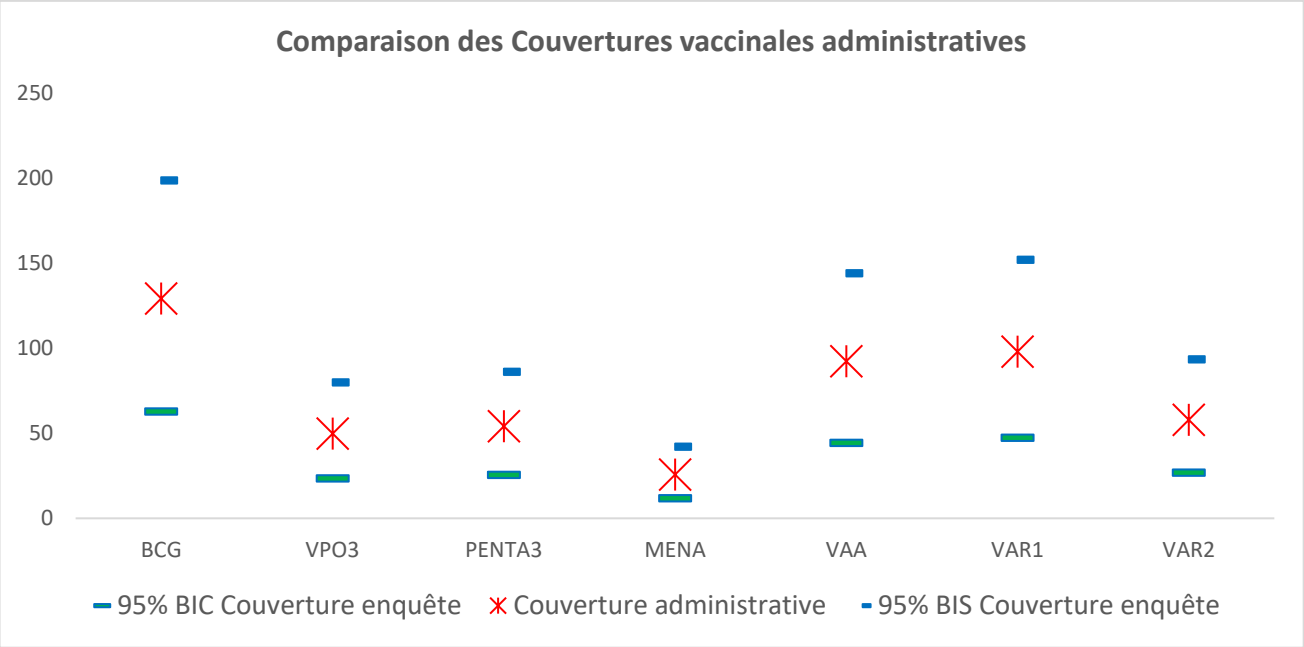
Le **Tableau 4. 32** compare les couvertures administratives de divers vaccins avec les bornes de confiance des estimations de l'enquête. On constate que la **couverture vaccinale**

administrative se situe souvent entre les bornes inférieures et supérieures de confiance des estimations de l'enquête, ce qui montre que les données administratives et les enquêtes concordent généralement. Pour le **BCG** et le **VAR1**, les couvertures administratives (66,3% et 50,7%) sont très proches des bornes supérieures de l'enquête, suggérant que ces vaccins sont bien suivis. Cependant, des écarts plus importants sont observés pour des vaccins comme **PENTA3** et **VPO3**, indiquant peut-être une couverture insuffisante ou des problèmes de rapport dans certains cas.

Tableau 4. 32 *: Comparaison des Couvertures vaccinales administratives avec les bornes inférieures (BIC) et supérieures de confiance (BSC) à 95% des estimations de l'enquête (Vérifier BIC BIS et BSC)*

Antigènes	95% BIC Couverture enquête	95% BIS Couverture enquête	Couverture administrative
BCG	62,8	69,6	66,3
VPO3	23,3	30,0	26,5
PENTA3	25,4	32,0	28,6
MENA	11,7	16,5	13,9
VAA	44,3	51,8	48,0
VAR1	47,3	54,0	50,7
VAR2	26,8	35,6	31,1

Graphique 1: *Comparaison des Couvertures vaccinales administratives*



CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE DE MAI 2022 POUR LES ENFANTS DE 2 à 10 ANS.

Jusqu'en mai 2022, la Guinée faisant partie des pays de la région africaine ayant de faibles couvertures vaccinales. Les différentes revues et enquêtes de couverture vaccinale, ont corroboré ces faibles couvertures. En effet, selon les estimations de l'OMS/UNICEF, la couverture vaccinale en VAR n'a pas dépassé 47% au cours des 5 dernières années. De plus, la deuxième dose de VAR n'est pas encore introduite dans le Programme Elargi de Vaccination

(PEV). Cette faiblesse de la couverture vaccinale est à l'origine de la persistance des épidémies dues aux maladies évitables par la vaccination comme la rougeole.

Pour faire face aux épidémies récurrentes de rougeole, plusieurs activités de vaccination supplémentaires ainsi que de ripostes ont été conduites. A cet effet, en mai 2022, le PEV a organisé une campagne de vaccination contre la rougeole couplée avec celle de la lutte contre la méningite pour les enfants de 2 à 10 ans, suite à la déclaration de plus de 8.000 cas suspects de rougeole dont 298 cas confirmés au laboratoire recensés dans la quasi-totalité des districts sanitaires du pays avec de multiples foyers épidémiques localisés et une épidémie qui a tendance à se généraliser. La campagne a touché 17 districts sanitaires dans 5 régions sanitaires suivantes : **Boké** (Boké, Koundara et Gaoual), **Labé** (Lélouma, Koubia, Mali, Tougué et Labé), **Faranah** (Dabola, Dinguiraye, Kissidougou et Faranah), **Kankan** (Kérouané, Kouroussa, et Kankan) et **N'Zérékoré** (N'Zérékoré et Beyla).

Toutefois, lors de l'enquête des enfants qui avaient bénéficié à la campagne de vaccination contre la rougeole de mai 2022 dans ces régions ont été identifiés dans les régions non concernées par la campagne et leurs parents ont été interrogés pour donner des informations sur leur état de santé les concernant.

Information sur la campagne de vaccination contre la rougeole

Les résultats du **Tableau 4. 33**, montrent les niveaux d'informations sur la campagne de vaccination contre la rougeole par région sanitaire. En effet ; le niveau d'information sur la campagne est de 62% pour l'ensemble du pays. Le plus grand niveau d'information sur la campagne de vaccination contre la rougeole a été enregistré à Boké (71%) et le plus faible à Faranah (51%).

Tableau 4. 33 *: Information sur la campagne selon la région*

REGIONS	Informés sur la campagne (%)
Boké	70,8
Conakry	61,2
Faranah	50,9
Kankan	61,4
Kindia	54,5
Labé	69,7
Mamou	62,9
N'Zérékoré	67,6
GUINEE	**62,0**

Source d'information sur la campagne de vaccination contre la rougeole

Les sources d'informations ont été demandées aux mères/parents/gardiennes des enfants cibles de la campagne de vaccination contre la rougeole. Il ressort des résultats du **Tableau 4. 34** que la principale source d'information est la radio (29%), suivie des lieux de cultes, mosquée/église (22%) et de télévision ainsi que les chefs de quartier ou village (respectivement environ de 13% et 12%).

Tableau 4. 34 *: Source d'information sur la campagne*

Sources	Proportion (%)
Radio	29,3
Télévision	12,8

Membre du ménage	5,4
Voisins/amis	2,4
Travailleurs de santé communautaires	5,7
Chef de quartier/village	11,9
Mosquée/Eglise	21,9
Crieurs/annonceurs/message orange	5,6
Ecole/Banderoles/Affiches	4,3
Non informé	0,7

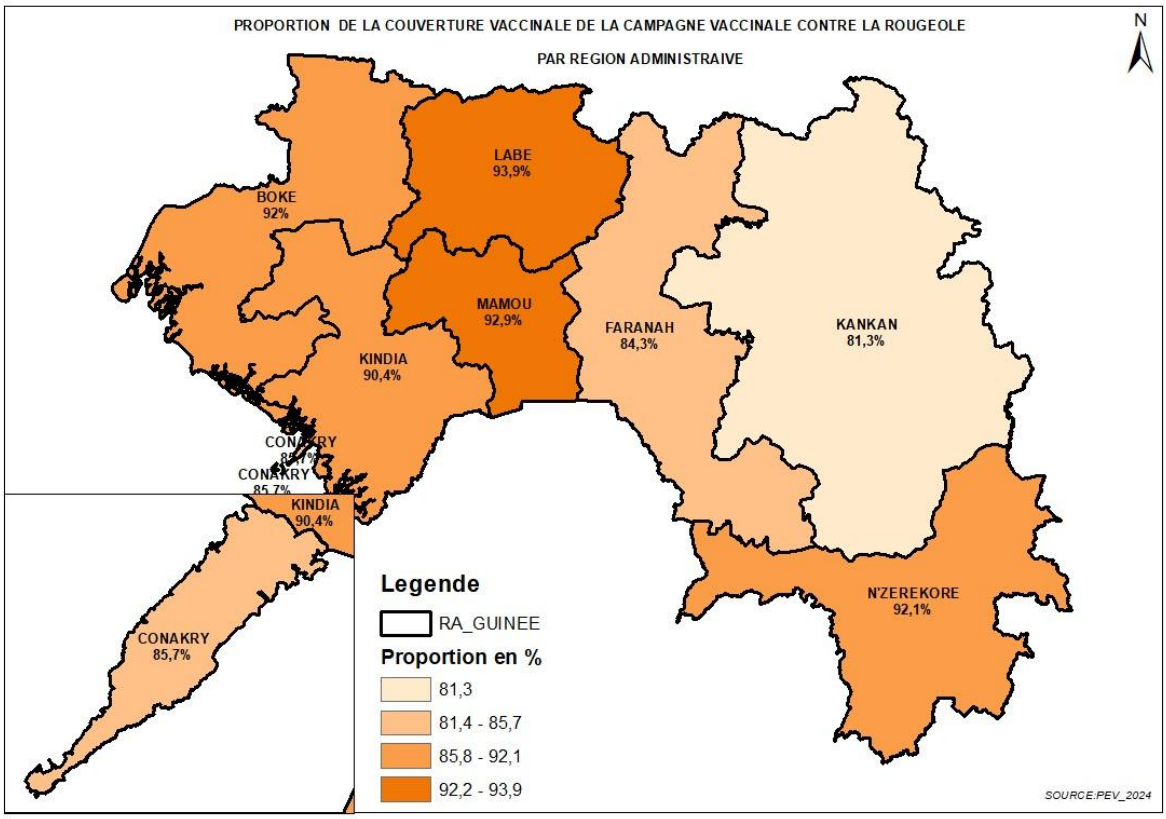
Couverture vaccinale après la campagne

Les couvertures vaccinales des enfants après la campagne de mai 2022 sont présentées dans le tableau ci-dessous. D'après les données du **Tableau 4. 35,** la couverture globale avait atteint un niveau de 88% avec IC (86% à 90%) pour l'ensemble du pays. La couverture la plus élevée a été enregistrée dans la région administrative de Labé (94%), alors que la plus faible couverture a été enregistrée dans la région de Kankan (81%).

Tableau 4. 35 *: Couverture vaccinale par région*

REGIONS	Couverture vaccinale	IC
Boké	92,0	(88.6, 94.4)
Conakry	85,7	(82.0, 88.7)
Faranah	84,3	(79.2, 88.3)
Kankan	81,3	(73.5, 87.2)
Kindia	90,4	(86.3, 93.3)
Labé	93,9	(89.3, 96.6)
Mamou	92,9	(90.1, 94.9)
Nzérékoré	92,1	(88.8, 94.5)
GUINEE	**88,1**	**(86.1, 89.9)**

Carte 4 *: Couverture vaccinale de la campagne contre la rougeole par région*



COUVERTURES SELON

Couvertures selon le sexe

Il n'y a pas de différence entre la couverture vaccinale après la campagne contre la rougeole pour les enfants de sexe féminin et les enfants de sexe masculin. En effet ; celle-ci s'établit respectivement de 88,2% pour les filles contre 88,1% pour les garçons (**Tableau 4. 36**).

Tableau 4. 36 *: Couvertures selon le sexe*

Sexe	Couverture (%)
Féminin	88,2
Masculin	88,1

Couvertures selon le milieu de résidence

Selon le **Tableau 4. 37**, les couvertures estimées par milieu de résidence ne sont pas très différentes. Ainsi, il apparait que la couverture dans la zone urbaine est de 89% contre 88% dans la zone rurale.

Tableau 4. 37 *: Couverture selon le milieu de résidence*

Milieu de résidences	Couverture (%)
Rural	87,9

Urbain	88,7

Couvertures selon l'âge

Le **Tableau 4. 38** indique la couverture vaccinale selon l'âge. Les données montrent que la couverture vaccinale présente des distorsions légères selon l'âge avec des taux élevés et presque constants dans les différents âges. En effet, la couverture varie de 75% pour les enfants de 2 ans à 92% pour ceux ayant 7 ans.

Tableau 4. 38 *: Couvertures selon l'âge*

Age en années	Couverture (%)
1	-
2	75,0
3	89,6
4	87,9
5	86,7
6	89,5
7	91,8
8	-
9	-
10	-

Graphique 2 *: Tendance de couverture vaccinale par âge des enfants pendant la campagne*

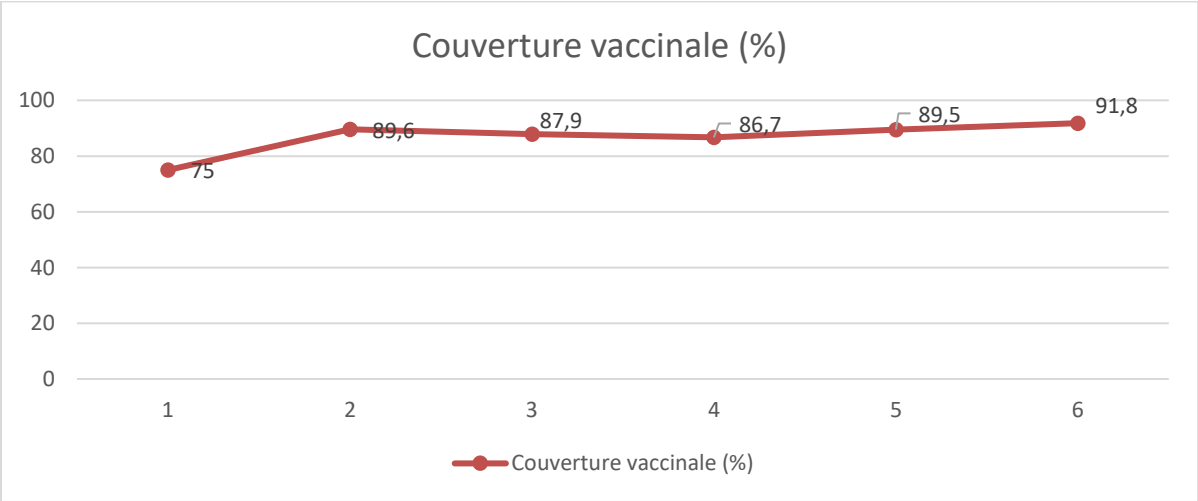


Tableau 4. 39 *: Atteinte des objectifs programmatiques de la campagne*

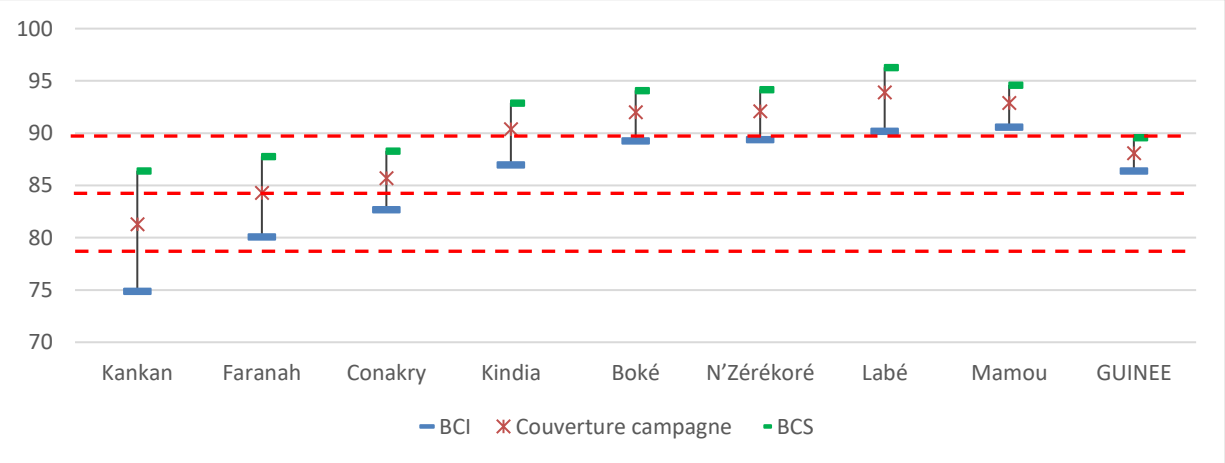
REGIONS	Couverture campagne	BCI	BCS
Boké	92,0	89,3	94,1
Conakry	85,7	82,7	88,3

REGIONS	Couverture campagne	BCI	BCS
Faranah	84,3	80,1	87,8
Kankan	81,3	74,9	86,4
Kindia	90,4	87,0	92,9
Labé	93,9	90,2	96,3
Mamou	92,9	90,6	94,6
Nzérékoré	92,1	89,4	94,2
GUINEE	**88,1**	**86,4**	**89,6**

Tableau 4. 40 *: Comparaisons avec les couvertures administratives*

REGIONS	Couverture campagne	BCI	BCS
Boké	92,0	89,3	94,1
Conakry	85,7	82,7	88,3
Faranah	84,3	80,1	87,8
Kankan	81,3	74,9	86,4
Kindia	90,4	87,0	92,9
Labé	93,9	90,2	96,3
Mamou	92,9	90,6	94,6
N'Zérékoré	92,1	89,4	94,2
GUINEE	**88,1**	**86,4**	**89,6**

Graphique 3 *: Comparaisons avec les couvertures administratives*



CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA MENINGITE DE MAI 2022 POUR LES ENFANTS DE 2 à 10 ANS.

Dans le cadre de la lutte contre la méningite, la Guinée a enregistré entre 2005-2014, plusieurs épisodes épidémiques de méningite à méningocoque avec 488 cas suspects dont 39 décès notifiés. Parmi ces cas, 12 ont été confirmés au Neisseria meningitidis de type A (NemA).

De la semaine 1 à la semaine 41 de l'année 2021, un total de 580 échantillons de LCR ont été traités dans les différents laboratoires du pays, parmi lesquels 16 cas se sont révélés positifs. Face à cette situation épidémiologique, une campagne préventive sub-nationale de vaccination contre la Méningite a été organisée avec l'appui de Gavi dans 17 districts sanitaires. Elle a ciblé les enfants âgées de 2 à 10 ans avec un taux de couverture administrative de 95,4%.

Pour réduire l'impact de ces maladies à potentiel épidémique (Rougeole et Méningite) sur la santé des populations et dans la perspective d'introduction de la deuxième dose du VAR dans le PEV de routine, le ministère de la santé avait organisé, avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers, une campagne de vaccination contre la rougeole et la méningite à méningocoque A dans l'ensemble des 38 districts sanitaires dont 17 ont été concernés par la campagne intégrée VAR/Men-A en mai 2022.
Il est important de signaler que pendant l'enquête, les enfants qui avaient bénéficié de la campagne de vaccination intégrée VAR/MenA de mai 2022 dans les 5 régions ont été identifiés dans d'autres non concernées par la campagne et leurs parents ont été interrogés pour communiquer des informations les concernant.

Information sur la campagne de vaccination contre la méningite

Le **Tableau 4. 41** indique le pourcentage des personnes informées sur la campagne de vaccination contre la méningite selon la région, avec une moyenne nationale de 62,0%. On constate aussi que Boké a enregistré la plus grande proportion de 70,8% au-dessus de la moyenne nationale et la région de Faranah (50,9%) a le plus bas niveau en termes d'information sur la campagne contre la rougeole en mai 2022.

Tableau 4. 41 *: Information sur la campagne selon la région*

REGIONS	Informés sur la campagne (%)
Boké	70,8
Conakry	61,2
Faranah	50,9
Kankan	61,4
Kindia	54,5
Labé	69,7
Mamou	62,9
N'Zérékoré	67,6
GUINEE	**62,0**

Sources d'information sur la campagne

Le **Tableau 4. 42** décrit le pourcentage des sources d'information sur la campagne de vaccination contre la méningite de mai de 2022 pour les enfants de 2 à 10 ans selon la région. En effet, cela montre que les chefs de quartier ou de village sont les sources principales d'information (32,1%), suivis par la radio (19,9%) et les travailleurs de santé communautaires (16,5%). La source d'information qui n'est presque pas suivie est Ecole/Banderoles/Affiches (0,8%).

Tableau 4. 42 *: Source d'information sur la campagne*

Sources	Proportion (%)
Radio	19,9
Télévision	6,5
Membre du ménage	3,4
Voisins/amis	7,9
Travailleurs de santé communautaires	16,5
Chef de quartier/village	32.1
Mosquée/Eglise	7,9
Crieurs/annonceurs/message orange	4,9
Ecole/Banderoles/Affiches	0,8
Non informé	0,02

Couverture vaccinale par région

Le **Tableau 4. 43** présente la répartition de la couverture vaccinale par région qui est bien cadré dans un intervalle de confiance. En effet, les intervalles de confiance montrent la fiabilité des données et leur étendue. Ainsi, certaines régions comme Mamou affichent un taux parfait de 100%, tandis que d'autres, comme Kindia, ont des intervalles de confiances assez larges. La moyenne nationale est de 87,9%.

Carte 5 *: Couverture vaccinale de la campagne contre la Méningite par région*

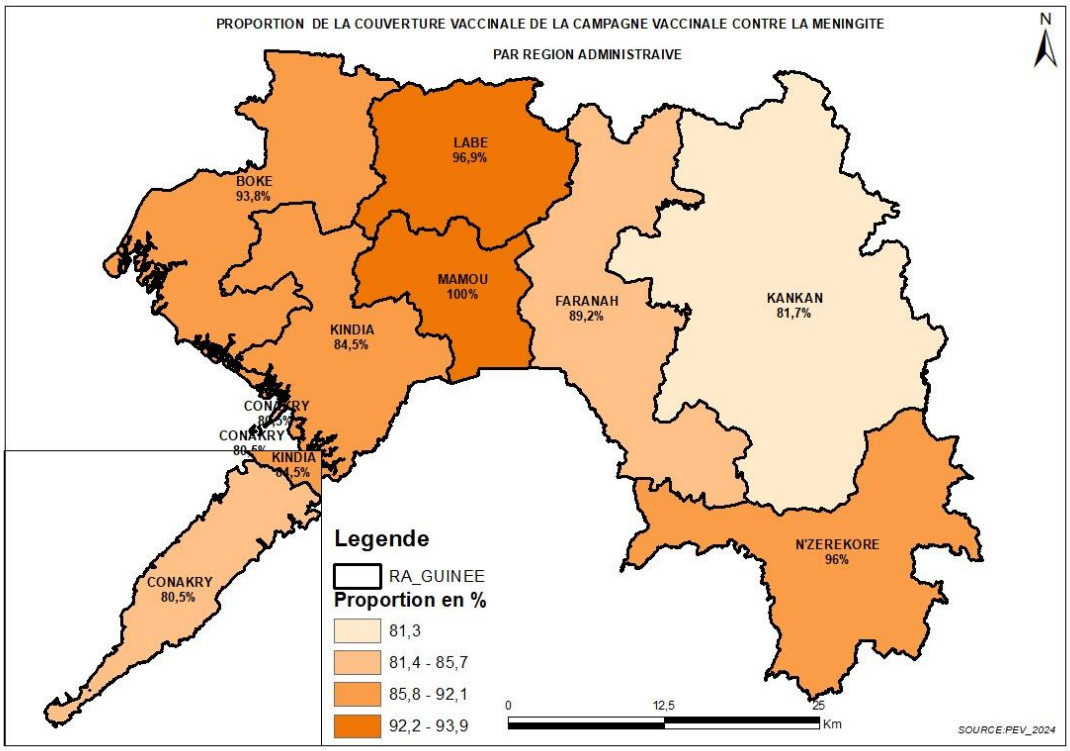


Tableau 4. 43 : Couverture vaccinale par région

REGIONS	Couverture vaccinale	IC
Boké	93,8	(87.1, 97.1)
Conakry	80,5	(53.4, 93.7)
Faranah	89,2	(85.0, 92.4)
Kankan	81,7	(74.7, 87.1)
Kindia	84,5	(37.2, 98.1)
Labé	96,9	(95.5, 97.9)
Mamou	100,0	
N'Zérékoré	96,0	(90.1, 98.4)
GUINEE	**87,9**	**(84.1, 90.9)**

COUVERTURES SELON

Couvertures selon le sexe

Le **Tableau 4. 44** décrit la couverture vaccinale selon le sexe. Il semblerait que les femmes (88,5%) aient une couverture vaccinale légèrement supérieure à celle des homme (87,4%). Des données très proches, mais qui montrent une petite différence.

Tableau 4. 44 : Couvertures selon le sexe

Sexe	Couverture (%)
Féminin	88,5
Masculin	87,4

Couvertures selon le milieu de résidence

Le **Tableau 4. 45** met en exergue la répartition de la couverture vaccinale selon le milieu de résidence. Les données montrent une couverture vaccinale significativement plus élevée en

milieu urbain (94,1%) par rapport au milieu rural (88,5%). Probablement dû à un meilleur accès aux services de santé en zone urbaine.

Tableau 4. 45 *: Couvertures selon le milieu de résidence*

Milieu de résidences	Couverture (%)
Rural	86,3
Urbain	94,1

Couvertures selon l'âge

Le **Tableau 4. 46** indique la couverture vaccinale selon l'âge. Cela montre une progression de la couverture vaccinale avec des taux élevés et constants dans les différents âges, cumulant à 100% pour les enfants de 9 ans.

Tableau 4. 46 *: Couvertures selon l'âge*

Age en années	Couverture (%)
1	-
2	-
3	85,4
4	88,4
5	89,4
6	86,6
7	88,9
8	89,3
9	100,0
10	-

Rasons de non-vaccination des enfants lors de la campagne

Les raisons de non-vaccination pendant la campagne sont consignées dans le

Tableau 4. 47 . En effet, les principales raisons de non-vaccination semblent être la méconnaissance de la campagne (91%), suivi de la confusion entre les vaccins (67%) et la longue attente (50%).

Tableau 4. 47 *: Raisons de non-vaccination pendant la campagne*

Raisons	Proportion (%)
Pas au courant de la campagne	91%
Confusion entre les vaccins (croyait que l'enfant était déjà vacciné)	67%
Enfant ou parent/personne prenant soin de l'enfant absent à l'époque	14%
Peur des piqûres	13%
Pas confiance des vaccins	29%
Site de vaccination trop éloigné	5%
Peur des effets secondaires	33%
Ne sait pas où aller pour le vaccin	30%
Horaires de la vaccination inadaptés	33%
Longue attente	50%
Plus de vaccin au site de vaccination	30%
Personnel absent au site de vaccination	23%
Pas autorisé par le chef de ménage	20%
Malade lors de vaccination	20%

Absent ou en voyage lors de la campagne	23%
Trop occupé pour accompagner l'enfant	11%
Enfant malade	14%
Enfant déjà vacciné contre la méningite	10%
Enfant n'avait pas atteint l'âge	2%

Tableau 4. 48 *: Atteinte des objectifs programmatiques de la campagne*

REGIONS	Couverture campagne	BCI	BCS
Boké	99,5	99,0	99,8
Conakry	100,0	99,9	100,0
Faranah	99,2	98,8	99,5
Kankan	98,3	97,3	99,0
Kindia	100,0	99,9	100,0
Labé	99,5	99,2	99,7
Mamou	100,0	99,9	100,0
N'Zérékoré	100,0	99,9	100,0
GUINEE	**99,5**	**99,2**	**99,6**

Tableau 4. 49 *: Comparaisons avec les couvertures administratives*

REGIONS	Couverture campagne	BCI	BCS
Boké	99,5	99,0	99,8
Conakry	100,0	99,9	100,0
Faranah	99,2	98,8	99,5
Kankan	98,3	97,3	99,0
Kindia	100,0	99,9	100,0
Labé	99,5	99,2	99,7
Mamou	100,0	99,9	100,0
N'Zérékoré	100,0	99,9	100,0
GUINEE	**99,5**	**99,2**	**99,6**

5. COMMENTAIRES

PEV DE ROUTINE

Accessibilité et Continuité

- ***Documents de Vaccination*** : 67% des enfants possèdent un carnet de vaccination, mais seulement 66% ont pu le présenter lors de l'enquête.

- ***Abandon du Circuit Vaccinal*** : Les taux d'abandon pour les vaccins multidoses sont élevés, avec 31% pour le Penta et 29,1% pour le VPO.

Occasions manquées

- ***Occasions Manquées de Vaccination (OMV)*** : 32,3% des enfants ont manqué au moins une occasion de vaccination.

Couvertures vaccinales

- **BCG :** 74,1% des enfants de 12-23 mois ont reçu le vaccin BCG.

- **Polio :** La couverture pour la dose de polio à la naissance est de 68,9%.

- **Pentavalent :** La couverture pour les doses de Penta1, Penta2 et Penta3 **est** respectivement de 74,6%, 65,3%, et 51,1%.

- **Rougeole (VAR) :** 62,7% des enfants ont reçu la première dose de VAR, mais seulement 55,3% ont reçu la deuxième dose.

- **Fièvre Jaune (VAA) :** 60,2% des enfants ont été vaccinés contre la fièvre jaune.

Equité

- Les enfants des ménages très pauvres ont une couverture vaccinale plus faible (29,4% complètement vaccinés) comparé aux enfants des ménages très nantis (45,7%) ;

- Les enfants en milieu rural ont une proportion plus élevée de zéro dose (20,5%) par rapport aux enfants en milieu urbain (8,9%).

Différences entre région

- **Basse Guinée (Boké, Conakry, Kindia)**

    - **Conakry** a une couverture vaccinale relativement élevée pour plusieurs vaccins, notamment le BCG (78,6%) et le VAR1 (73,1%).
    - **Boké** et **Kindia** montrent des couvertures plus faibles pour certains vaccins comme le VPO3 (53,9% et 41,1% respectivement).

- **Moyenne Guinée (Labé, Mamou)**

- **Labé** se distingue par des couvertures vaccinales élevées, par exemple, le BCG (82,8%) et le VAR1 (75,5%).
- **Mamou** a des taux de couverture plus faibles pour certains vaccins comme le VAR2 (49,4%).

- **Haute Guinée (Kankan, Faranah)**

  - **Kankan** présente des couvertures vaccinales parmi les plus basses, notamment pour le Penta3 (39,5%).
  - **Faranah** a également des couvertures faibles pour plusieurs vaccins comme en VAR1 (43,5%), mais légèrement meilleures que Kankan.

- **Guinée Forestière (Nzérékoré)**
  - **Nzérékoré** affiche des taux de couverture élevés pour plusieurs vaccins, comme le BCG (87,1%) et le VAR1 (72,5%).

CAMPAGNES DE VACCINATION INTEGREE MENA-VAR EN GUINEE

Contexte et Objectifs

- La campagne de vaccination intégrée MenA-VAR, couplée à l'enquête de couverture vaccinale de routine, a été menée en Guinée en mai 2022. Cette campagne visait à vacciner les enfants contre la méningite à méningocoque-A (MenA) et la rougeole (VAR) dans les 17 districts sanitaires du pays. L'objectif principal était de réduire l'incidence de ces maladies évitables par la vaccination et d'améliorer la couverture vaccinale de routine.

Méthodologie

- **Population Cible** : Enfants âgés de 1 à 8 ans pour la rougeole et de 1 à 6 ans pour la méningite.
- **Collecte de Données** : Utilisation de questionnaires administrés aux ménages, aux mères/gardiennes d'enfants.

Résultats Clés

- **Couverture Vaccinale** :

  - **Rougeole (VAR)**: La couverture vaccinale nationale après la campagne était de 88,1%, avec des variations régionales allant de 81,3% à Kankan à 93,9% à Labé.
  - **Méningite (MenA)**: La couverture vaccinale nationale était de 87,9%, avec des taux élevés dans des régions comme Labé (96,9%) et Nzérékoré (96%).

- **Sources d'Information** :
  - Les principales sources d'information sur la campagne étaient la radio (29%), les lieux de culte (22%), et les chefs de quartier/village (12%).
- **Effets Secondaires** :

- Les effets secondaires les plus courants signalés après la vaccination étaient la douleur au point d'injection, la fièvre, et le gonflement.

Défis et Recommandations

- **Défis** :
  - Accès limité aux centres de vaccination dans certaines régions rurales.
  - Manque de sensibilisation et de compréhension de l'importance des vaccins parmi certaines populations.

- **Recommandations** :

  - Renforcer les campagnes de sensibilisation, en particulier dans les zones rurales.
  - Améliorer l'accès aux services de vaccination en augmentant le nombre de centres de vaccination et en réduisant les coûts de transport.

Conclusion

- La campagne de vaccination intégrée MenA-VAR en Guinée a été largement réussie, atteignant des taux de couverture élevés pour la rougeole et la méningite. Cependant, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour surmonter les défis d'accès et de sensibilisation afin d'assurer une couverture vaccinale complète et équitable dans toutes les régions du pays.

6. RECOMMANDATIONS

Les résultats de cette enquête mettent en évidence plusieurs défis majeurs dans la mise en œuvre des interventions de vaccination de routine en Guinée :

- Faible accès aux services de vaccination (couverture initiale au Penta 1 < 80 %)
- Faible continuité des services (taux d'abandon entre Penta 1 et Penta 3 > 10 %)
- Disparités de couverture entre antigènes administrés simultanément
- Occasions manquées de vaccination élevées (32,3 % toutes doses confondues)
- Inégalités régionales marquées (couvertures plus élevées à Labé et plus faibles à Kankan), révélant un problème d'équité

Face à ces constats, nous formulons les recommandations ci-dessous.

1. **Étendre l'offre et améliorer l'accessibilité des services de vaccination**
   - Créer de nouveaux points de vaccination et renforcer les infrastructures existantes, y compris dans les postes de santé et les structures privées.
   - Renforcer les stratégies avancées et mobiles pour atteindre les populations reculées.
   - Renforcer l'intégration des services de vaccination à d'autres interventions de santé (santé maternelle et infantile, nutrition, etc.).
   - Organiser les activités de vaccination intensifiées pour rattraper les enfants non ou incomplètement vaccinés.

2. **Réduire les inégalités d'accès à la vaccination**
   - Identifier et cibler les zones à faible couverture : zones rurales, bidonvilles, îles, sites miniers, ports de pêche.
   - Élaborer des stratégies spécifiques pour les populations mobiles et difficiles à atteindre (éleveurs, nomades, déplacés internes).

3. **Stimuler la demande et renforcer l'adhésion communautaire**
   - Mener des campagnes de sensibilisation à large diffusion (radio, télévision, affichage).
   - Impliquer activement les leaders communautaires et religieux.

- Utiliser les outils numériques et les réseaux sociaux pour l'information, les rappels de rendez-vous et la lutte contre la désinformation.
- Renforcer les stratégies de lutte contre l'hésitation vaccinale et les fausses croyances.
- Intégrer l'approche genre dans la planification et la mise en œuvre des interventions pour favoriser une participation inclusive.

4. Renforcer la disponibilité des vaccins et la chaîne du froid

- Installer des chambres froides régionales et équiper les nouveaux postes de santé.
- Optimiser l'approvisionnement régulier en vaccins et intrants.
- Mettre en place un système digitalisé de suivi de la chaîne du froid.
- Développer un dispositif efficace de maintenance à tous les niveaux, incluant des prestataires privés.

5. Mobiliser et motiver les ressources humaines pour la vaccination

- Recruter et motiver des volontaires dans les zones prioritaires à faible couverture.
- Renforcer le rôle des agents de santé communautaires dans le repérage et l'orientation des enfants zéro dose (EZD) et enfants sous-immunisés (ESI).
- Mettre en place un système d'incitation à la performance pour les équipes de terrain.
- Faire un plaidoyer pour l'effectivité de la fonction publique locale.

6. Innover dans la micro-planification équitable (approche ACD)

- Former les acteurs opérationnels à la micro-planification basée sur l'approche ACD.
- Accompagner les 38 districts sanitaires dans l'élaboration de micro-plans adaptés, avec l'implication des communautés.
- Appuyer la mise en œuvre effective de ces micro-plans pour réduire les inégalités et améliorer la couverture.

7. Renforcer le suivi, l'évaluation et la redevabilité

- Suivre régulièrement les engagements gouvernementaux en faveur de l'indépendance vaccinale.
- Développer une plateforme de géolocalisation et de suivi en temps réel des stratégies mobiles.

- Digitaliser la formation continue et les supervisions pour améliorer les compétences des vaccinateurs.
- Informatiser les registres de vaccination et introduire un système automatisé de rappel des rendez-vous.
- Réaliser des audits de qualité des données et des études d'impact pour ajuster les stratégies en fonction des résultats.

FAIBLESSES DE L'ENQUÊTE

6. Limites éventuelles

- Biais de rappel des parents (la mère biologique de l'enfant ou du gardien(ne) de l'enfant, la personne qui a accompagné habituellement l'enfant au lieu de vaccination,
- Manque de disponibilité ou d'intégrité des carnet/carte de vaccination ou tout autre document comportant les informations sur la vaccination de l'enfant,
- Difficultés d'accès à certains villages éloignés,
- Possibilité de biais de sélection lors de l'échantillonnage,
- Toutes les variables potentiellement demandées par VCQI n'ont pas été collectées.

7. ANNEXE

7. Fiches de consentement

Les textes du consentement éclairé ont été les suivant :
ce consentement a été lu au début du questionnaire ménage

Bonjour, je m'appelle (***nom***). Je travaille pour l'Institut National de la Statistique (INS). Nous menons une étude sur la situation vaccinale des enfants et des femmes pour le compte du Ministère de la Santé. Je voudrais parler avec vous de ces sujets. L'entretien prend environ 30 mn. A la suite de cela, je pourrais avoir besoin de mener d'autres entretiens avec vous ou avec d'autres membres de votre ménage. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question, je vais passer ou si vous voulez stopper l'entretien, merci de me le faire savoir. Puis-ie commencer maintenant ?

Ce consentement a été lu dans le cas où le répondant au questionnaire enfant a été différent du répondant au questionnaire ménage

Bonjour, je m'appelle (**nom**). Je travaille pour l'Institut National de la Statistique (INS). Nous menons une étude sur la situation vaccinale des enfants et des femmes pour le compte du Ministère de la Santé. Je voudrais parler avec vous de la santé de (***Nom de l'Enfant***). Cet entretien prend habituellement 30 minutes. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l'entretien, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?

Ce consentement a été lu dans le cas où le répondant au questionnaire enfant a été celui qui a répondu au questionnaire ménage

Je voudrais parler avec vous de la santé de (***Nom de l'Enfant à UF3***). Cet entretien prend habituellement 30 minutes. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l'entretien, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?

Ce consentement est lu dans le cas où le répondant au questionnaire femme est différent du répondant au questionnaire ménage

Bonjour, je m'appelle (***Nom***). Je travaille pour l'Institut national de la Statistique (INS). Nous menons une étude sur la situation vaccinale des enfants et des femmes pour le compte du Ministère de la Santé. Je voudrais parler avec vous de ces sujets. L'entretien prend environ 30 mn. A la suite de cela, je pourrais avoir besoin de mener d'autres entretiens avec vous ou avec d'autres membres de votre ménage. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question, je vais passer ou si vous voulez stopper l'entretien, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer

Ce consentement a été lu dans le cas où le répondant au questionnaire femme a été celui qui a répondu au questionnaire ménage

Maintenant Je voudrais parler avec-vous de votre santé et d'autres sujets. Cet entretien prend habituellement 20 minutes. Nous nous entretenons également avec les mères au sujet de leurs enfants. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes Si vous ne voulez pas répondre à une question dites le moi, je passerai à la question suivante ou si voulez stopper l'entretien, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?

8. Chronogramme actualisé

Chronogramme détaillé de l'enquête

Tableau 8. 1 *: Chronogramme des activités*

N°	Libellé de l'activité	Nature de l'activité	Durée en jours	Calendrier																	
				Temps 0						M1				M2				M3			
				S1	S2	S3	S4	S5	S6	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
1	Elaboration du protocole technique	Atelier technique	6																		
2	Approbation du protocole technique par le partenaire technique	Soumission	7																		
3	Elaboration des outils de collecte	Atelier technique	14																		
4	Réunion de cadrage avec les partenaires	Partenaires	1																		
5	Développement des programmes de collecte	Atelier technique	14																		
6	Validation des programmes de collecte	Atelier technique	4																		
7	Formation des formateurs	Atelier de formation	3																		
8	Formation des agents	Atelier de formation	8																		
9	Enquête pilote sur terrain	Collecte terrain	6																		
10	Prise en compte des observations de l'enquête pilote	Atelier technique	1																		
11	Organisation logistique et déploiement sur le terrain	Bureau et terrain	2																		
12	Collecte des données auprès des ménages	Collecte terrain	30																		
13	Supervision de terrain	Visite de terrain	20																		
14	Elaboration des outils d'analyse des données.	Atelier technique	10																		
15	Atelier de traitement des données	Atelier technique	14																		

N°	Libellé de l'activité	Nature de l'activité	Durée en jours	Calendrier																	
				Temps 0						M1				M2				M3			
				S1	S2	S3	S4	S5	S6	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
16	Analyse des données	Atelier technique	14																		
17	Rédaction du rapport	Atelier technique	20																		
18	Validation technique des résultats de l'enquête	Atelier technique	1																		

9. Personnel de l'enquête PEV de l'INS

Coordination de l'enquête PEV 2024.

1. Coordinateur de l'enquête : Dr Makan DOUMBOUYA, DG INS
2. Coordinateur Adjoint : Mamadou CAMARA, DGA INS
3. Superviseur Général : Aly KOMAH, DSD-BCR INS
4. Directeur technique de l'enquête : Lansana CAMARA CR INS

Appui Technique ADS

1- Dr Koffi David, Consultant principal ADS
2- Cyrille HOUMBACLON, Informaticien ADS

Equipe de rédaction du rapport

1- Lansana CAMARA
2- Kekoura GBANAMOU
3- Yatouma DIALLO
4- Nicolas Akoï GOEPOGUI
5- Aboubacar Sidiki CHERIF
6- Thierno Ousmane DALDE
7- Aly Yabara CAMARA
8- Mahdiou BARRY

Equipe support de l'enquête PEV 2024.

5. Djene KABA, SAF INS
6. Mamadouba BANGOURA, Chef Comptable INS
7. Abdoulaye SOUMAH, Comptable INS
8. Moussa KOUROUMA, Comptable INS
9. Makhissa KEITA, DRH INS
10. Aboubacar DIABY, Assistant RH INS
11. Alya CONTE, Appui logistique INS
12. Alfred TOURE, Appui logistique INS
13. Salimatou BALDE, Assistante RH
14. Mariame Ly, Assistante RH
15. Saran TOURE, Assistante RH
16. Helene MAOMOU, Assistante RH.

Equipes Techniques

1- Liste des Formateurs/Superviseurs

Prénoms et NOM	Profession	Fonction	Statut
Kekoura GBANAMOU	Expert démographe	Formateur INS	Superviseur de terrain
Yatouma DIALLO	Expert démographe	Formateur INS	Superviseur de terrain
Thierno Ousmane BALDE	Expert démographe	Formateur INS	Superviseur de terrain
Aly Yabara CAMARA	Expert démographe	Formateur INS	Superviseur de terrain
Saloum CHERIF	Informaticien	Formateur INS	Superviseur numérique
Sory CHERIF	Informaticien	Formateur INS	Superviseur numérique
Mahdiou BARRY	Statisticien	Formateur INS	Superviseur de terrain
Dr Abdoulaye SOUMAH	Médecin	Formateur PEV	Superviseur de terrain
Alpha Mamadou SYLLA	Cartographe	Formateur INS	Superviseur de terrain
Abdourahamane DIALLO	Cartographe	Formateur INS	Superviseur de terrain
Mouctar SOUMAH	Spécialiste santé publique	Formateur INS	Superviseur numérique
Mohamed Kefing KABA	Sociologue	Formateur INS	Superviseur de terrain
Aboubacar Sidiki CHERIF	Expert démographe	Formateur INS	Superviseur de terrain
Nicolas Akoï GOEPOGUI	Adjoint Statisticien	Formateur INS	Superviseur de terrain
Adama Hawa DIALLO	Statisticien	Formatrice INS	Superviseur numérique
Fatoumata CAMARA	Economiste	Formatrice INS	Superviseur numérique

2- Liste des chefs d'équipe

Prénoms et NOM	Fonction	Equipe (E)
Aissatou BARRY	Chef d'équipe	E1
Idy Amin TOURE	Chef d'équipe	E2
Tokpa Jean Jacques OLEMOU	Chef d'équipe	E3
Mohamed Lamine GUIRASSY	Chef d'équipe	E4
Tibou TOURE	Chef d'équipe	E5
Famoudou SANGANRE	Chef d'équipe	E6
Aissatou DANSOKO	Chef d'équipe	E7
Kandet SANKHON	Chef d'équipe	E8
Fatoumata BANGOURA	Chef d'équipe	E9
Amadou Aissatou DIALLO	Chef d'équipe	E10
Amadou SIDIBE	Chef d'équipe	E11
Aye Bailo BAH	Chef d'équipe	E12
Elhadj Boubacar Biro DIALLO	Chef d'équipe	E13
Hawa BARRY	Chef d'équipe	E14

Mamadou Saliou DIAKITE	Chef d'équipe	E15
Ramatoulaye BAH	Chef d'équipe	E16
Ibrahima DIALLO	Chef d'équipe	E17
Ansoumane CAMARA	Chef d'équipe	E18
Alpha Souleymane BAH	Chef d'équipe	E19
Ibrahima sory BARRY	Chef d'équipe	E20
Mamadou Hafiziou BARRY	Chef d'équipe	E21
Boubacar DOUMBOUYA	Chef d'équipe	E22
Mamady NABE	Chef d'équipe	E23
Alamako CAMARA	Chef d'équipe	E24
Tamba Victor MILLIMONO	Chef d'équipe	E25
Watta CAMARA	Chef d'équipe	E26
Tamba Bernard KOUNDOUNO	Chef d'équipe	E27
Pkpayé II TOUPOU	Chef d'équipe	E28
Jean Paul DELAMOU	Chef d'équipe	E29
Honoré NYANBALAMOU	Chef d'équipe	E30
Fatoumata Binta DIALLO	Chef d'équipe	E31
Aminata KOUROUMA	Chef d'équipe	E32
Aly CISSE	Chef d'équipe	E33
Souleymane TRAORE	Chef d'équipe	E34
Mariama Cire CAMARA	Chef d'équipe	E35

3- Liste des agents enquêteurs

Prénoms et NOM	Fonction	Equipe (E)
Souleymane TOURE	Agent enquêteur	E1
Mariame CAMARA	Agent enquêtrice	E1
Mohamed MANSARE	Agent enquêteur	E1
Djenabou FOFANA	Agent enquêtrice	E2
Almamy Facinet FOFANA	Agent enquêteur	E2
Saratou Taibata DIALLO	Agent enquêtrice	E2
Mariame TRAORE	Agent enquêtrice	E3
Mory CAMARA	Agent enquêteur	E3
Bintou KEITA	Agent enquêtrice	E3
Fatoumata TOURE	Agent enquêtrice	E4
M'mahawa BANGOURA	Agent enquêtrice	E4
Fodé Issiaga DRAME	Agent enquêteur	E4
Mohamed Daouda CAMARA	Agent enquêteur	E5
Assamadi SACKO	Agent enquêtrice	E5
Ballakhissa BANGOURA	Agent enquêtrice	E5
Daniel Sarah MOLO	Agent enquêteur	E6
Fode Alhassane FOFANA	Agent enquêteur	E6
Aissata KABA	Agent enquêtrice	E6
Mariame TRAORE	Agent enquêtrice	E7
Hyppolite Mamba TRAORE	Agent enquêteur	E7

Mamadi CAMARA	Agent enquêteur	E7
Mballou SANOH	Agent enquêtrice	E8
Fatoumata CAMARA	Agent enquêtrice	E8
Alseny SOUMAH	Agent enquêteur	E8
Zainoul Abidine CAMARA	Agent enquêteur	E9
Idiatou KABA	Agent enquêtrice	E9
Moussa KEITA	Agent enquêteur	E9
Mohamed Lamine DIABY	Agent enquêteur	E10
Fatoumata Cherif HAIDARA	Agent enquêtrice	E10
Oumar DIAKITE	Agent enquêteur	E10
Ibrahima DIALLO	Agent enquêteur	E11
Youssouf CISSE	Agent enquêteur	E11
Kerfala CONDE	Agent enquêteur	E11
Mamoudou BARRY	Agent enquêteur	E12
Alhassane BARRY	Agent enquêteur	E12
Fatoumata Binta DIALLO	Agent enquêtrice	E12
M'Balou Fatoumata DIALLO	Agent enquêtrice	E13
Maimouna DIALLO	Agent enquêtrice	E13
Thierno Mariama CAMARA	Agent enquêteur	E13
Mamadou Billo BAH	Agent enquêteur	E14
David tolon MAOMY	Agent enquêteur	E14
Mariame Touré TOURE	Agent enquêtrice	E14
Mabinty Tamisso CAMARA	Agent enquêtrice	E15
Mandjoula CAMARA	Agent enquêtrice	E15
M'mah FOFANA	Agent enquêtrice	E15
Sekou SACKO	Agent enquêteur	E16
Mohamed KALOGA	Agent enquêteur	E16
Oumou DIALLO	Agent enquêtrice	E16
Thierno Saadou DIALLO	Agent enquêteur	E17
Laye SYLLA	Agent enquêteur	E17
Zenab BAH	Agent enquêtrice	E17
Mamadou Yero SOW	Agent enquêteur	E18
Mamadou Baba TAMBADOU	Agent enquêteur	E18
Mamoudou KABA	Agent enquêteur	E18
Mamadou Diouldé SOW	Agent enquêteur	E19
Hafisatou BALDE	Agent enquêtrice	E19
Abou SOUARE	Agent enquêteur	E19
Hadja Aissatou DIALLO	Agent enquêtrice	E20
Mamadou DIALLO	Agent enquêteur	E20
Aliou DIALLO	Agent enquêteur	E20
Mabinty CAMARA	Agent enquêtrice	E21
Salematou Diariou BAH	Agent enquêtrice	E21
Mamadou Yaya BALDE	Agent enquêteur	E21
Boubacar DIALLO	Agent enquêteur	E22
Mohamed MAGASSOUBA	Agent enquêteur	E22

Lonceny CAMARA	Agent enquêteur	E22
Saliou CISSE	Agent enquêteur	E23
Ibrahim DOUMBOUYA	Agent enquêteur	E23
Mory BAYOH	Agent enquêteur	E23
Mamya Tam CAMARA	Agent enquêtrice	E24
Aboubacar CAMARA	Agent enquêteur	E24
Issa Touré TOURE	Agent enquêteur	E24
N'famory CONDE	Agent enquêteur	E25
Mamaissata CAMARA	Agent enquêtrice	E25
Ibrahima CHERIF	Agent enquêteur	E25
Karamokoba CISSE	Agent enquêteur	E26
Madeleine YOMBOUNO	Agent enquêtrice	E26
Salifou 2 DIAKITE	Agent enquêteur	E26
Adelle TENGUIANO	Agent enquêtrice	E27
Ibrahima Kalil KEITA	Agent enquêteur	E27
Sia Germaine MILIMOUNO	Agent enquêtrice	E27
Nene Dorcas GUILAVOGUI	Agent enquêtrice	E28
Pokpazouo DOPOVOGUI	Agent enquêteur	E28
Simone PIVI	Agent enquêtrice	E28
Seny LOUA	Agent enquêtrice	E29
Nathalie LAOUAMOU	Agent enquêtrice	E29
Elie KPAMOU	Agent enquêteur	E29
Marie Christine KOLAMOU	Agent enquêtrice	E30
Mathias DORE	Agent enquêteur	E30
Nowai 2 LAMAH	Agent enquêtrice	E30
Rosalie Lamah LAMAH	Agent enquêtrice	E31
Gbamon GBILIMOU	Agent enquêteur	E31
Marie Ernest LOUA	Agent enquêtrice	E31
Sekou DOUKOURE	Agent enquêteur	E32
Alphonse BAMBA	Agent enquêteur	E32
Aissata KOMAN	Agent enquêtrice	E32
Mohamed Lamine KABA	Agent enquêteur	E33
Bakary KABA	Agent enquêteur	E33
Marie Salima JONHSON	Agent enquêtrice	E33
Yousouf KEITA	Agent enquêteur	E34
Aly DIANE	Agent enquêteur	E34
Kanko DIOUBATE	Agent enquêtrice	E34
Soufiana CISSE	Agent enquêteur	E35
Saran CAMARA	Agent enquêtrice	E35
Mamadi TRAORE	Agent enquêteur	E35

10. Intervention du personnel de terrain

La collecte de données a mobilisé des superviseurs régionaux, superviseurs préfectoraux, superviseurs numériques, chefs d'équipes et agents enquêteurs, chauffeur et guides locaux.

- Le superviseur régional a évolué au niveau de la région, il a été celui qui a introduit les différentes équipes évoluant dans sa région au niveau des autorités régionales. Il s'est assuré de la présence effective des superviseurs préfectoraux relevant de sa région dans leurs lieux de travail, a contrôlé leur travail et leurs a facilité le travail auprès des autorités et la communauté. Il s'est assuré que les superviseurs préfectoraux ont agis conformément aux consignes de travail reçu.
- Le superviseur préfectoral a évolué au niveau de la préfecture, il a été celui qui a introduit les différentes équipes évoluant dans la préfecture au niveau des autorités préfectorale. Il a contrôlé le travail des équipes de sa zone géographique, et s'est assuré que les chefs d'équipes et agents enquêteurs ont été effectivement présent dans leurs lieux de travail et qu'ils ont effectué correctement leur travail. Une fois qu'une équipe sous sa responsabilité a terminé l'enquête dans une ZD, il a sélectionné aléatoirement 10% des ménages enquêtés de manière à couvrir la même proportion pour chaque agent enquêteur et a mené des interviews de contrôles. Si des erreurs importantes ont été trouvées, toute la ZD devra être recensée de nouveau. Si le problème a été dû à des erreurs systématiques et qu'il n'a pas été possible de les corriger dans le formulaire d'interview, alors toutes la ZD devra être recensé de nouveau.
- Le chef d'équipe a été le premier responsable de son équipe, il a été celui qui a introduit l'équipe auprès des autorité locales, il a assuré la répartition équitable de la charge de travail entre les membres de son équipe, a veillé au respect par les membres de l'équipe de la procédure de collecte de données tel qu'a été indiqué lors de la formation. A chaque fin de journée, il a vérifié avec les membres de son équipe la cohérence des données recueillies par chaque membre de son équipe avec une insistance sur les informations concernant la vaccination. Il a validé les données de chaque ZD et les a transférés au serveur. Il a été le garant de la qualité des donnés de son équipe.
- L'agent enquêteur a travaillé sous la supervision et les conseils de son chef d'équipe, il a été responsable de la collecte des données selon les instructions mentionnées dans le questionnaire et manuel de formation. Ils ont été responsables des données qu'ils ont recueillies et de la façon dont ils les ont recueillies.
- Le chauffeur a été responsable du ~~maintien~~ respect des horaires et pour la fiabilité et la sécurité du transport des équipes sur les sites et leur retour. Son rôle a été essentiel, il a été parti intégrante de l'équipe et responsable du respect des horaires.
- Le guide local a aidé les équipes d'enquêteurs à connaitre les ZD qui leur ont été attribuées, a introduit l'équipe de collecte auprès des responsables et notables de la ZD, a conseillé les enquêteurs sur les périodes les plus propices pour visiter les ménages et si besoin, a introduit les enquêteurs auprès des résidents. Il n'a joué aucun rôle dans le choix des ménages ni a interviewé, ni a collecté de données.

En somme, pour l'exécution de cette étude a été mobilisés :

- 175 agents de collecte dont 35 chefs d'équipes et 140 agents enquêteurs.
- 20 superviseurs préfectoraux
- 8 superviseurs régionaux
- 35 chauffeurs

11. Charge de travail par agent, équipe, superviseur de terrain et superviseur numérique

Une équipe a été constitué d'un chef d'équipe et trois agents enquêteurs. Chaque équipe a eu à charge d'enquêter au moins 246 ménages pendant 30 jours. Les strates (région sanitaires) n'ont pas eu les mêmes nombres de ménages à enquêter par ZD, la charge de travail a été allouée en fonction du nombre total de ménages à enquêter par équipe. Ce qui par conséquence a laissé paraitre une variation du nombre de ZD à enquêter par équipe d'une région sanitaire à une autre.
Les superviseurs numériques ont eu à contrôler la qualité des données d'en moyenne 4 équipes. Les superviseurs préfectoraux ont supervisé en moyenne 3 équipes et les superviseurs régionaux ont contrôlé quant à eux en moyenne 3 superviseurs préfectoraux.

Tableau 3. 3 *: Répartition de la charge de travail*

REGION SANITAIRE	Nombre d'équipe	Nombre de chef d'équipe	Nombre d'agents enquêteurs	Total agent de collecte	Nombre de superviseurs préfectoraux	Nombre d'équipes par superviseur préfectorale	Superviseurs régionaux	Nombre de ZD	Nombre de ZD par équipe	Nombre de ménage par ZD
Boké	6	6	18	24	2	3,0	1	58	10	27
Conakry	9	9	28	37	3	3,1	1	68	7	36
Faranah	6	6	19	26	2	3,2	1	68	11	25
Kankan	4	4	13	17	2	2,1	1	58	14	19
Kindia	7	7	21	28	3	2,3	1	68	10	27
Labé	7	7	22	29	2	3,6	1	58	8	33
Mamou	8	8	25	33	3	2,8	1	58	7	38
N'Nzérékoré	7	7	22	30	3	2,5	1	58	8	29
Total National	56	56	168	223	20	2,8	8	504	9	29

12. Formation du personnel d'appui et de terrain (formateurs, agent enquêteur et superviseur)

La formation du personnel d'appuis et de terrain s'est fait de manière séquentielle en commençant par les formateurs, les superviseurs et agents enquêteurs.

- Au compte de la formation des formateurs, 20 personnes qui sont venues de l'Institut national de la Statistique et du programme élargi de vaccination ainsi que d'autre service de santé ont été formées durant 3 jours sur le protocole de recherche et la procédure d'échantillonnage de l'étude. Toutes les sections du questionnaire ménage, enfant et femme ainsi que la procédure de remplissage de la fiche de dénombrement ont été également abordé au cours de la formation pour leurs meilleures compréhensions. Cette formation s'est tenue à Conakry dans une salle d'une capacité de 30 personnes louer à cet effet. Au terme de la formation une évaluation de connaissance des participants a permi d'identifier sur la base du mérite 12 formateurs

des agents et les 8 autres personnes ont participé à la formation des agents en qualité de personne d'appuis des formateurs.

- Dans un second temps 292 auditeurs composés d'enquêteurs habituels de l'INS dans le domaine des enquêtes de santé (EDS, MICS, EIPA, etc.), ont été mobilisés pour être formés comme agents de collecte pendant 10 jours à l'aide du manuel de formation conçu à cet effet. Cette formation s'est tenue à Conakry dans 6 salles d'une capacité minimum de 50 personnes louée à cet effet. Dans chaque salle la formation a été animée par deux (2) formateurs et une personne d'appuis. La formation s'est faite sous deux formes, une forme théorique et une forme pratique. La forme théorique a consisté à dérouler et à expliquer parallèlement le manuel de formation, les questionnaires ménage, enfant et femme imprimés sur des supports physiques ainsi que la fiche de dénombrement des ménages dans les ZD. Cette forme théorique a duré 5 jours. La forme pratique a été axée sur l'utilisation des tablettes dans lesquelles ont été implémentés les programmes informatiques des questionnaires ménages, enfants et femmes ainsi que la fiche de dénombrement. Cette forme pratique a duré 3 jours et a été couronnée par des simulations en langues nationales des différents questionnaires. La 9ème journée de formation des agents a été sanctionnée par une série de questions réponses entre formateurs et auditeurs, puis suivi d'une évaluation de connaissances des auditeurs qui a permis d'identifier sur la base du mérite 223 agents de collectes. Ainsi au 10ème jour de formation 53 agents mieux classés ont bénéficié d'une formation pratique sur les rôles et responsabilités du superviseur.

13. Procédure de collecte de données

Les données de cette étude ont été hébergées dans un espace clos qui a servi de serveur et dont la location a été assurée pendant six mois.

L'outil principal de collecte a été la tablette dans laquelle a été incorporée un programme informatique du questionnaire ménage, enfant et femme ainsi que la fiche de dénombrement, le programme de sélection des ménages échantillon et les informations sur les 504 ZD échantillonnées repartis par région sanitaire transcrit sous CSPro®.

Sur les tablettes de collectes deux menus ont existé, à savoir : le menu agent et le menu chef d'équipe.

- Le menu agent a été le seul menu accessible sur les tablettes des agents avec un volet dénombrement et un volet questionnaire.

    - Le volet dénombrement a été l'implémentation de la fiche de dénombrement. L'agent enquêteur l'a utilisé pour dénombrer et enregistrer les ménages dans une ZD échantillonnée qui lui a été affecté par son chef d'équipe.
    - Le volet questionnaire a été l'implémentation des questionnaires ménage, enfant et femme. L'agent enquêteur l'a utilisé pour entamer une interview dans les ménages échantillonnés dans la ZD qui lui ont été affecté par son chef d'équipe.

- Le menu chef d'équipe est ~~été~~ celui dédié au chef d'équipe. Il lui a permis de faire des assignations et de recevoir des données de ses agents. Bien que le chef d'équipe ait eu

accès sur sa tablette au menu agent, il ne l'a utilisé que quand l'urgence pour lui de faire des interviews s'est présentée.

Une équipe a été composé d'un chef d'équipe et de trois agents enquêteurs, identifié chacun de manière unique par un code agent associé à son nom et prénom. En fonction de la zone ou des zones d'affectation d'une équipe la programmation a été faite de tel sorte qu'une quelconque assignation de ZD ou de ménage à un agent enquêteur n'a été rendu possible qu'après sélection du nom et prénom, et code agent du chef d'équipe.

Avant le déploiement des agents de collecte sur le terrain, les croquis des ZD de chaque équipe ont été remis au chef d'équipe. Une fois dans la ZD le chef d'équipe a assigné à chaque agent de son équipe le numéro de la ZD de travail à dénombrer. Cela étant fait, ils ont procédé à la délimitation de la ZD et a procédé au dénombrement suivant l'une des deux approches suivantes :

- Se sont suivis dans un alignement successif de sorte que quand un ménage est en train d'être dénombrer par un agent de l'équipe, le ménage non dénombré qui lui est plus proche soit dénombré par le prochain agent libre ou qui vient de terminer le dénombrement d'un autre ménage. Ainsi de suite jusqu'à couvrir toute la ZD.

- Segmenter la ZD en quadrant, c'est-à-dire quatre blocs et affecter un bloc à chacun des trois agents enquêteurs pour dénombrement. Le quatrième bloc a pu être dénombré par le premier agent à terminer le bloc qui affea été affecté ou par l'ensemble des agents suivant la première approche.

Une fois le dénombrement de la ZD terminé les agents ont transféré toutes les données de la ZD au chef d'équipe. Le programme de tirage des ménages développé sous CSPro® et incorporé dans la tablette du chef d'équipe ont permis de tirer indépendamment d'une quelconque intervention raisonnée du chef d'équipe, le nombre fixé de ménages à tirer dans la ZD.

Les ménages à enquêter étant sélectionnés par le programme, le chef d'équipe s'est chargé de les assigner de manière équitable à ses agents pour démarrer les interviews. A la fin de chaque journée d'interview, les agents enquêteurs ont revérifié chaque questionnaire pour sa complétude, cohérence et lisibilité, et chaque photo de carte de vaccination ou carnet ou autre document pour sa lisibilité ~~et son cadrage~~, ensuite ils ont corrigé les anomalies qui n'ont pas nécessité la reprise de l'interview, puis ont envoyé au chef d'équipe qui, à son tour les a vérifiées à nouveau avec une attention particulière sur les informations liées à la vaccination. Idéalement le chef d'équipe a fait les contrôles de cohérences en présence des membres de son équipe. Après vérification au cas par cas des interviews, le chef d'équipe a notifié les cas d'anomalies au principaux concernés pour correction. Après avoir effectué les corrections, les agents ont renvoyé à nouveau les interviews au chef d'équipe qui les a revérifiées de nouveau et ~~a~~ validé puis les a soumises au server. Après cette étape, le chef d'équipe a informé son superviseur numérique pour une dernière vérification des données et un retour d'information avant de se rendre dans une autre ZD.

14. Contrôle de qualité

Des contrôles qualité ont été conduits par l'équipe technique pour s'assurer que le travail réalisé par chaque équipe a été acceptable. Les membres de l'équipe technique ont visité les régions sanitaires durant la période de collecte de donnée, afin d'évaluer la qualité de 10% des ZD terminées. Au cours de leur passage, ils ont choisi pour chaque équipe 10% des grappes terminés et ont mené des interviews de contrôle dans 10% des ménages enquêtés. Si des erreurs importantes ont été trouvées, toute la ZD devra être recensée de nouveau. Si le problème est dû à des erreurs systématiques et qu'il n'a pas été possible de les corriger dans le formulaire d'interviews, alors tous les ménages de la ZD devra être recensées de nouveau.

Il faut aussi retenir que 12 superviseurs numériques ont été munis d'ordinateurs et basés à l'Institut national de la statistique, ils ont suivi jour après jour la montée des données des différentes équipes. ~~et ont examiné conformément au contrôle de cohérence du questionnaire~~. Cette procédure a concerné des questionnaires ménage, enfant et femme. Si pour un formulaire, les informations sur la vaccination (dates) ont été fournies sur la base de document physique présenté (carnet, carte etc.) qui a été photographié, le superviseur numérique vérifie que les données portées sur l'image du document ont été effectivement ceux saisies dans le formulaire, même si le document a mentionné des informations invalides. Si une différence est constatée le superviseur numérique apporte des corrections conformément aux informations portées sur l'image du document et interpelle l'agent enquêteur concerné ainsi que son chef d'équipe pour des explications. Si les informations ont été fournie sur la base des souvenirs le superviseur sur la base du principe qu'entre deux doses de vaccins donnée, deux types de vaccins donnés, il y'a une date normale de prise de vaccin /dose à respecter et une date au plus tôt et au plus tard qui mérite des interrogations même si cela pourrait s'avérer dans les faits. Toutefois si les cas de date au plus tôt et date au plus tard sont importante dans un formulaire, le superviseur n'a pas à apporter de modification, mais il interpelle le chef d'équipe sur le constat fait et lui instruit de renforcer le contrôle du travail et des données de l'agent en question.

15. Variables à mesurer

Pour la mise en œuvre de cette étude les sections suivantes sont abordées par type de questionnaire :
Questionnaire ménage : Panneau d'information, caractéristiques sociodémographiques du ménage, Niveau d'instruction et Alphabétisation des membres du ménage, l'utilisation d'énergie par le ménage, eau et assainissement.

Questionnaire enfant : Panneau d'information sur l'enfant, caractéristiques de l'enfant, couverture vaccinale de routine.

Questionnaire femme : Panneau d'information sur la femme ou la personne qui prend soin de l'enfant, Caractéristique de la femme ayant accouché au cours des 12 derniers mois ou la personne qui prend soin de l'enfant, Fécondité de la femme ayant accouché au cours des 12 derniers mois, santé maternelle et du nouveau-né.
Toutes variables de l'étude sont disponibles en annexe dans par type de questionnaire.

16. Analyse des données

- Traitement des données

Dans les trois types de questionnaires (ménage, enfant et femme) prévus pour cette étude, les instructions de contrôle sont prévues pour éviter la saisie d'information aberrantes. Les questionnaires et instructions sont traduits en langage informatique sous CSPro®, puis implémentés dans des tablettes pour enregistrer les interviews.

Lors des interviews les instructions de contrôle se présentent sous trois formes.

- Bloquant : ces situations se présentent souvent dans le cas où une question doit être renseignée obligatoirement. Exemple : la question sur la date de naissance.
- Message : ces situations se présentent dans les cas où une information renseignée semble contredire ou pas en cohérence avec une autre précédemment fournie.
- Saut : il permet au cours de l'interview en fonction d'informations antérieures renseigné de ne pas poser certaines questions.

Cependant malgré tous ces contrôles en amont des interviews, il n'est pas exclu qu'après la collecte des données que la base de données contienne des valeurs aberrantes. D'où la nécessité de procédé à un traitement des données avant de procédé à leur analyse.
Dans le cadre de cette étude, le logiciel statistique stata est celui qui a été utilisé pour le traitement des données.

Trois bases de données distinctes au format stata ont été extraites du serveur. Il s'est agi d'une base ménage, une base enfant et une base femme.

Dans la pratique le traitement des données s'est fait comme suit :

- Vérifier que les saisies ne sont pas doubles ou que des questionnaires n'ont pas été omis.
- Quand une information est donnée sur un individu dans le questionnaire ménage mais qu'elle ne coïncide pas à celle fournie dans le questionnaire individuel, on doit changer l'information dans le questionnaire ménage par celle du questionnaire individuel. Exemple la date de naissance dans le questionnaire ménage est différente de celle dans le questionnaire individuel conserver par tout la date du questionnaire individuel.
- Vérifier la plausibilité des valeurs et la validité des relations logiques. Exemple : chaque date de vaccination d'un enfant donnée doit survenir entre sa date de naissance et celle de l'interview ; chaque questionnaire doit être enregistré sous la date de visite de l'équipe dans cette grappe ; les coordonnées GPS de chaque questionnaire doit tomber dans les limites GPS de la ZD sous laquelle elle est enregistré.
- Corriger les valeurs peu plausibles : si cela concerne la date de vaccination, recourir à la photo de la carte de vaccination pour savoir s'il s'agit d'une erreur de saisi et apporter la correction. Si l'erreur est aussi sur le document original traiter avec beaucoup d'attention par exemple pour les mois de début d'année (janvier et février) les gens sont tentés d'écrire l'année précédente. Dans ce cas il est possible d'apporter une correction sur l'année tout en conservant le mois. Cependant si l'on n'est pas sûr de ce qu'est la valeur correcte on la traite comme ***absente*** autrement dit ***manquant***.

- S'assurer que tous les sauts ont bien fonctionnés comme ils se devaient. Cependant, si des données ont été recueillies pour des questions qui auraient dû être omises les coder comme ***manquant.***
- Vérifier que chaque photo de carte de vaccination est associée à un seul numéro d'identification.
- Créer de manière unique une clé d'identification pour chaque observation qu'elle soit ménage ou individu.
- Supprimer les observations en doublon.
- Fusionner les bases deux à deux et produire une base unique prenant en compte toutes les trois bases.
- Pour les questions ouvertes, parcourir les réponses fournies, identifier les plus fréquents et regrouper les réponses et les coder en petit groupe de variables catégorielles.
- Dans le souci d'harmoniser la codification des variables, à « 1 » si la réponse est oui, « 2 » si la réponse est non et « 99 » si la réponse est ne sait pas.
- Renommer par les noms correspondant dans Vaccination Coverage Quality Indicators de l'OMS (VCQI), les variables identiques dans le questionnaire de l'étude et dans le questionnaire standardisé de l'OMS.

Au terme de l'opération de traitement des données, a été produit un document appelé livre de codes dans lequel a été inclus un résumé global qui décrit la source des données, la période et la façon dont elles ont été collectées, ainsi que les coordonnées de l'institution qui a mené l'enquête ; une liste de variable simple et claire avec des noms de variables et des labels pour une lecture rapide et analyse électronique.

- Plan d'analyse

Pour l'analyse des données de cette étude, nous avons utilisé le programme stata en accès libre développé par l'OMS intitulé « Vaccination Coverage Quality Indicators » (VCQI).

Tableau 3. 4 *: Description du profil de l'échantillon et de sa qualité*

Indicateurs	Boké	Conakry	Faranah	Kankan	Kindia	Labé	Mamou	N'Nzérékoré
Nombre total ZD								
Nombre total de ménages de l'échantillon								
Ménage avec information si un répondant éligible y a passé la nuit dernière dans le ménage								
Ménage avec information manquante								

Indicateurs	Boké	Conakry	Faranah	Kankan	Kindia	Labé	Mamou	N'Nzérékoré
Nombre d'enfants de 12 - 23 mois								
Nombre d'enfants de 12 - 23 mois pour lesquels l'information sur la vaccination a été obtenue								
Nombre d'enfants de 12 - 23 mois pour lesquels aucune information n'est disponible								
Nombre d'enfants de 12 - 23 mois pour lesquels aucune information n'est disponible par ce que la personne prenant soins de l'enfant n'était pas disponible								
Nombre d'enfants de 12 - 23 mois pour lesquels aucune information n'est disponible par ce que la personne prenant soins de l'enfant a refusé l'interview								
Nombre d'enfants de 12 - 23 mois pour lesquels aucune information n'est disponible								

Indicateurs	Boké	Conakry	Faranah	Kankan	Kindia	Labé	Mamou	N'Nzérékoré
pour autre raisons								
Nombre d'enfants garçons de 12 - 23 mois								
Nombre d'enfants filles de 12 - 23 mois								

A travers le logiciel VCQI de l'OMS, les ZD avec une couverture faible ont été identifié et présenté dans un graphique de tuyau d'orgue ainsi qu'un tableau a été généré dans lequel chaque ligne correspond à une colonne du graphique. Il a été listé les identifiants des ZD, le nombre de répondants dans la ZD, la proportion d'enfants qui sont vaccinés.

Dans la suite, les indicateurs suivants ont été produits et pondérés :

- Couverture brute (incluant toutes les doses, validées ou non) pour chaque vaccin de l'enquête par document et historique. Les répondants pour lesquels la carte de vaccination et les données de rappels sont manquantes ont été exclus dans le dénominateur et comptés comme non vacciné dans le numérateur ;
- Couverture valide pour chaque type de vaccin. A été inclut au numérateur de la couverture valide seulement les enfants qui ont reçu la dose alors qu'ils avaient l'âge requis, conformément au calendrier vaccinal de la Guinée. Par ailleurs, pour un vaccin à plusieurs doses, si le document indique qu'une des doses précédentes dans la succession a été prise avant 28 jours passés (invalide) mais suivie de doses valides, alors, dans le calcul les doses invalides sont écartées et les doses valides ultérieures transférées vers le bas et comptées comme si elle était la dose précédente ;
- Couverture des enfants complètement vaccinés à l'âge de 12 mois. Pour cette couverture les enfants sans document ont été considérés comme non-vaccinés ;
- Taux de déperdition (proportion) entre la première et la troisième dose de vaccins à doses multiples ;
- Taux de déperdition (proportion) entre le BCG ou la première dose de VPO0 et les vaccins à composante antirougeoleuse.

Dans cette étude, l'intervalle de confiance de Wilson avec correction de continuité est celle qui a été appliquée pour produire les intervalles de confiance des indicateurs.

Les intervalles de confiances ont été produits seulement pour les indicateurs pondérés où tous les répondants sont dans le dénominateur. Il n'y a pas eu de pondération pour les estimations qui utilisent seulement un sous-ensemble des répondants dans le dénominateur.

Le calcul des occasions manquées de vaccination (OMV) s'est fait selon deux types d'analyses (les analyses basées sur les visites et les analyses basées sur les enfants) et seuls les enfants avec au moins une date de vaccination documentée ont été inclus.

Selon l'approche basée sur les visites les calculs suivants ont été effectués :

- Proportion de visite résultant en au moins une OMV pour un vaccin donné.

Nombre de visite au cours desquelles l'enfant a reçu un autre vaccin (confirmé par une carte ou un registre) et qui était éligible pour la dose étudiée, mais ne l'a pas reçue **divisé par** *nombre de visites au cours desquelles l'enfant était éligible pour recevoir la dose étudiée.*

- Proportion de visites résultant en au moins une OMV.
  Nombre de visite avec au moins une OMV **divisé par** *nombre de visite au cours desquelles l'enfant était éligible pour recevoir la dose étudiée.*
- Taux d'OMV par visite (pour tous les vaccins)
  Somme du nombre d'OMV pour tous les vaccins **divisés par** *nombre de visite au cours desquelles l'enfant était éligible pour recevoir la dose étudiée.*

Selon l'approche basée sur les enfants les calculs suivants ont été effectués :

- Proportion d'enfants avec au moins une occasion manquée pour un vaccin donnée.
  Nombre d'enfants avec au moins une date de vaccin enregistrée et qui était éligibles pour la dose étudiée, mais ne l'ont pas reçue **divisé par** *nombre d'enfants avec au moins une date de vaccin enregistrée qui étaient éligibles pour recevoir*
- Proportion d'enfants avec au moins une occasion manquée pour tout vaccin
  Nombre d'enfants avec au moins une date de vaccin enregistrée n'ayant pas reçu le vaccin/la dose lorsqu'il était éligible **divisé par** *nombre d'enfants avec au moins une date de vaccin enregistrée et éligibles pour recevoir au moins un vaccin/une dose.*

En plus des indicateurs cités ci-hauts, tous les indicateurs en liens avec objectifs spécifique de l'étude ont été produits.

17. Références

1. Haddad S, Bicaba A, Feletto M, Taminy E, Kabore M, Ouédraogo B, et al. System-level determinants of immunization coverage disparities among health districts in Burkina Faso: a multiple case study. BMC Int Health Hum Rights 2009;9:S15. https://doi.org/10.1186/1472-698X-9-S1-S15.

2. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A, Jauffret-Roustide M, Jestin C, Institut de veille sanitaire (France). Enquête Nicolle 2006: connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux. Saint-Denis: INPES; 2008.

3. Immunodéprimé P Odile Launay Infectiologie, J Drucker, D Levy, Bruhl. Cochin – saintvincent de paul - ppt video online télécharger n.d. https://slideplayer.fr/slide/10295474/ (accessed March 24, 2021).

4. Ouédraogo LT, Ouédraogo SM, Ouédraogo ZT, Traore-Ouédraogo R, Kam L, Sawadogo A, et al. Déterminants du non-respect du calendrier vaccinal du programme élargi de vaccination au niveau district sanitaire : cas du district sanitaire de Boussé, Burkina Faso. Médecine Mal Infect 2006;36:138–43. https://doi.org/10.1016/j.medmal.2006.01.005.

5. Boulianne N, Bradet R, De Serres G, Audet D, Deceuninck G, Guay M, et al. Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en ...: rapport de recherche. Montréal: Institut national de santé publique; 2009.

6. OMS | La vaccination dans le monde: vision et stratégie 2006-2015. WHO n.d. https://www.who.int/immunization/givs/fr/ (accessed March 24, 2021).

7. Nguefack F, Ngwanou DH, Chiabi A, Mah E, Wafeu G, Mengnjo M, et al. Déterminants et Raisons de Non Vaccination Complète des Enfants Hospitalisés dans deux Hôpitaux de Référence Pédiatrique à Yaoundé. Health Sci Dis 2018;19.

8. Vaccination Coverage Cluster Surveys: Reference Manual. Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/IVB/18.09). World Health Organization Vaccination Coverage Cluster Surveys: Reference Manual (who.int)

18. Répartition de la taille de l'échantillon par strate régionale

Tableau 8. 2 *: Répartition du nombre de ZD, ménage total, population totale, nombre d'enfants éligibles (12- 23 mois) de la base de sondage par district sanitaire*

Région Sanitaire	District Sanitaire	Nbre ZD	Ménage 2017	Population 2017	Enfant de 12-23 mois (N)
Boké	BOFFA	218	28 113	233 731	8 939
	BOKE	404	61 640	494 796	16 840
	FRIA	96	15 799	106 349	3 518
	GAOUAL	185	28 259	212 968	7 875
	KOUNDARA	121	17 928	142 880	4 868
Conakry	DIXINN	107	20 061	149 356	3 726
	KALOUM	52	9 341	68 712	1 531
	MATAM	108	20 133	157 603	3 871
	MATOTO	493	91 423	732 601	19 761
	RATOMA	481	95 778	717 747	19 492
Faranah	DABOLA	163	25 709	199 270	7 799
	DINGUIRAYE	198	27 348	216 065	8 410
	FARANAH	234	35 096	308 201	11 475
	KISSIDOUGOU	286	39 912	311 626	10 777
Kankan	KANKAN	381	49 288	518 783	19 821
	KEROUANE	216	28 244	228 324	9 243
	KOUROUSSA	238	31 285	295 281	11 928
	MANDIANA	325	37 681	369 588	15 191
	SIGUIRI	602	69 579	745 405	29 832
Kindia	COYAH	182	36 010	289 834	9 178
	DUBREKA	269	45 604	362 975	13 479
	FORECARIAH	224	34 013	267 014	10 065
	KINDIA	399	62 955	482 904	17 168
	TELIMELE	301	49 453	312 777	11 859
Labé	KOUBIA	113	16 617	109 757	3 912
	LABE	340	56 818	349 585	11 233
	LELOUMA	189	29 896	179 195	6 290
	MALI	248	42 077	316 369	10 912
	TOUGUE	142	21 427	136 727	4 908
Mamou	DALABA	175	27 215	146 976	4 875
	MAMOU	341	58 186	350 730	12 029
	PITA	336	54 670	305 777	9 797

Région Sanitaire	District Sanitaire	Nbre ZD	Ménage 2017	Population 2017	Enfant de 12-23 mois (N)
N'Nzérékoré	BEYLA	302	39 074	358 744	14 603
	GUECKEDOU	308	45 569	319 507	11 077
	LOLA	162	28 535	188 743	6 622
	MACENTA	251	45 231	306 316	10 335
	NZEREKORE	364	61 223	436 104	14 298
	YOMOU	114	18 615	125 741	4 374
National		**9668**	**1 505 805**	**11 555 061**	**401 908**

Source : institut nationale de la statistique

19. Procédure de tirage de l'échantillon

La procédure de tirage de l'échantillon de l'enquête dans chaque strate (région administrative/région sanitaire) a été la suivante :

- L'échantillonnage au premier degré a consisté à sélectionner par tirage aléatoire systématique, le nombre total de ZD fixé à enquêter parmi l'ensemble des ZD de la strate.
  Il s'est fait comme suit :
  - Vu que toutes les ZD ont un numéro unique dans la base de sondage, la liste des ZD a été triée par numéro de ZD
  - Conformément à l'ordre de tri, un numéro séquentiel a été affecté à chaque ZD
  - Calcul du **Pas** P de sélection de ZD en divisant le nombre fixé de ZD échantillon dans la strate par le nombre total de ZD de la strate ;
  - Choix d'un nombre aléatoire K compris entre 1 et le **Pas** P ;
  - Le numéro séquentiel de ZD correspondant à K a été la première ZD sélectionnée ;
  - La deuxième ZD sélectionnée a le numéro séquentiel K+P ;
  - La troisième ZD a le numéro séquentiel K+2P ;
  - Ainsi de suite, jusqu'à l'atteinte du nombre total de ZD fixé dans la strate.

- L'échantillonnage au second degré a consisté à sélectionner par tirage aléatoire systématique le nombre total de ménage fixé à enquêter par ZD échantillon dans la strate.
  On a procèdé comme suit :

  - Recenser à l'aide d'une carte de ZD et d'une fiche de dénombrement, l'exhaustivité des ménages de la ZD échantillonnée
  - Attribuer un numéro séquentiel à chaque ménage de la ZD échantillonnée
  - Calcul du **Pas** P de sélection de ménages en divisant le nombre fixé de ménages par le nombre total de ménages de la ZD échantillonnée ;
  - Choix d'un nombre aléatoire K compris entre 1 et le **Pas** P ;
  - Le numéro séquentiel de ménage correspondant à K a été le premier ménage sélectionné ;
  - le deuxième ménage sélectionné a le numéro séquentiel K+P ;
  - le troisième ménage a le numéro séquentiel K+2P ;
  - Ainsi de suite, jusqu'au nombre total de ménage fixé pour les ZD de la strate.

20. Questionnaires

REPUBLIQUE DE GUINEE
MINISTERE DU PLAN ET DE LA COOPERATION INTERNATIONALE
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

ENQUETE D'EVALUATION DE LA CAMPAGNE INTEGREE MENA-VAR COUPLEE A L'ENQUETE DE COUVERTURE VACCINALE DE ROUTINE DANS LES 38 DISTRICTS SANITAIRES EN GUINEE

QUESTIONNAIRE MENAGE

PANNEAU D'INFORMATION DU HH MENAGE	
HH1. *Numéro de grappe :* ___ ___ ___	**HH2**. *Numéro du ménage :* ___ ___ ___
HH2A. *Coordonnées géographiques du ménage:* ___ ___	*Longitude* ___ ___. ___ ___ ___ ___ *Latitude* ___ ___. ___ ___ *Altitude* ___ ___. ___ __
HH3. *Nom et Code de l'enquêteur :* NOM _____ ___ ___ ___	**HH4**. *Nom et code du chef d'équipe :* NOM ___ ___ ___
HH5. *Jour / Mois / Année de l'entretien :* ___ ___ /___ ___ / 2 0 2 3	***HH7C***. *SOUS-PREFECTURE/COMMUNE :* ___ ___ ___ ___
HH6A. *MILIEU DE RESIDENCE :* *Urbain……..1* *Rural…… ……..2*	***HH7D***. *DISTRICT/QUARTIER :* _____
HH7A. *REGION SANITAIRE :* ___	
HH7B. *DISTRICT SANITAIRE :* ___ ___	***HH7F***. *NUMERO DE ZONE DE DENOMBREMENT (ZD) :* ___ ___ ___ ___

CODE REGION
1 BOKE
2 CONAKRY
3 FARANAH
4 KANKAN
5 KINDIA
6 LABE
7 MAMOU
8 NZEREKORE

CODE DES DISTRICTS SANITAIRES

11 BOKE	23 MATAM	41 KANKAN	53 FORECARIAH	65 TOUGUE	84 MACENTA
12 BOFFA	24 MATOTO	42 KEROUANE	54 KINDIA	71 DALABA	85 NZEREKORE
13 FRIA	25 RATOMA	43 KOUROUSSA	55 TELIMELE	72 MAMOU	86 YOMOU
14 GAOUAL	31 DABOLA	44 MANDIANA	61 KOUBIA	73 PITA	
15 KOUNDARA	32 DINGUIRAYE	45 SIGUIRI	62 LABE	81 BEYLA	
21 DIXINN	33 FARANAH	51 COYAH	63 LELOUMA	82 GUEKEDOU	
22 KALOUM	34 KISSIDOUGOU	52 DUBREKA	64 MALI	83 LOLA	

Vérifier que le/la répondant(e) est un membre qui connait bien le ménage et a au moins 18 ans avant de continuer. Vous ne devez interviewer un enfant de 15-17 ans que s'il n'y a pas de membre adulte dans le ménage ou si tous les adultes sont en incapacité Vous ne devez pas interviewer un enfant de moins de 15 ans.	**HH11**. *Enregistrez l'heure de début de l'entretien.* HEURES : MINUTES __ __ : __ __

HH12. Bonjour, je m'appelle (***votre nom***). Je travaille pour l'Institut national de la Statistique (INS). Nous menons une étude sur la situation vaccinale des enfants et des femmes pour le compte du Ministère de la Santé. Je voudrais parler avec vous de ces sujets. L'entretien prend environ 30 mn. A la suite de cela, je pourrais avoir besoin de mener d'autres entretiens avec vous ou avec d'autres membres de votre ménage. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question, je vais passer ou si vous voulez stopper l'entretien, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?

OUI, PERMISSION DONNEE ..... *1* *NON, PERMISSION PAS DONNEE* *2*	1 ⇨*LISTE DES MEMBRES DU MENAGE* 2 ⇨*HH46*

HH46. *Résultat de l'enquête du Questionnaire Ménage:* *Discuter tous les résultats incomplets avec votre chef d'équipe.*	COMPLETE 01 PAS DE MEMBRE DU MENAGE A LA MAISON OU PAS DE REPONDANT DU MENAGE COMPETENT A LA MAISON AU MOMENT DE LA VISITE 02 MENAGE ENTIER ABSENT POUR UNE LONGUE PERIODE DE TEMPS 03 REFUS 04 AUTRE (*préciser*) 96

HH47. *Nom et numéro de ligne du répondant au Questionnaire Ménage* NOM _____ ___ ___	*A remplir une fois le Questionnaire Ménage complété*		*A remplir une fois que tous les questionnaires sont complétés dans le ménage*	
	NOMBRE TOTAL		NOMBRE COMPLETE	
MEMBRES DU MENAGE	**HH48**	__ __		
FEMMES DE 15-49 ANS AYANT ACCOUCHE AU COURS DES 12 MOIS	**HH49**	__ __	**HH53**	__ __
ENFANTS DE 1- 8 ANS	**HH51**	__ __	**HH55**	__ __
NOMBRE DE QUESTIONNAIRES FEMME COMPLETES			**HH56**	__ __
NOMBRE DE QUESTIONNAIRES ENFANT DE 1-8 ANS COMPLETES			**HH57**	__ __

LISTE DES MEMBRES DU MENAGE — HL

Compléter d'abord HL2, HL3 et HL4 verticalement pour tous les membres du ménage. Une fois que HL2-HL4 sont complets pour tous les membres, demander s'il n'y a pas d'autres membres comme ceux qui ne sont pas actuellement à la maison, des bébés ou jeunes enfants ou même d'autres personnes qui ne seraient pas de la famille (domestiques, amis) mais qui vivent habituellement dans le ménage. Poser les questions HL5-HL19 pour chaque membre, un par un. Si un autre questionnaire est utilisé, l'indiquer en cochant cette case : ..... ☐

HL1. *Num. de ligne*	**HL2.** Tout d'abord, dites-moi s'il vous plaît le nom de chaque personne qui vit habituellement ici, en commençant par le chef de ménage. *Insister pour les membres du ménage supplémentaires.*	**HL3.** Quel est le lien de parenté de ***(nom)*** avec le chef de ménage	**HL4.** Est-ce que ***(nom)*** est de sexe masculin ou féminin ? 1 MASC 2 FEM.	**HL5.** Quelle est la date de naissance de ***(nom)*** ? 98 NSP 9998 NSP	**HL6.** Quel âge a ***(nom)*** ? *Enregistrer en années révolues. Si 95 ans ou plus, enregistrer '95'.*	**HL7.** Est-ce que ***(nom)*** a dormi ici la nuit dernière ? 1 OUI 2 NON	**HL8.** *Vérifier HL4=2 et HL6 compris entre 15 et 49 ans.* 1 OUI 2 NON ✩ HL9	**HL8A.** Est-ce que ***(nom)*** a accouchée au cours des 12 derniers (**c'est-à-dire depuis octobre 2022**) 1 OUI 2 NON ✩ LA LIGNE SUIVANTE	**HL8B.** *Enregistrer le numéro de ligne et passer à la ligne suivante*	**HL9.** *Vérifier si Age (nom) est compris entre 1-8 ans* 1 OUI 2 NON ✩ LA LIGNE SUIVANTE	**HL10.** *Enregistrer le numéro de ligne*	**HL11.** Est-ce que la mère biologique de ***(nom)*** est en vie ? 1 OUI 2 NON ✩ *HL16* 8 NSP ✩ *HL16*	**HL12.** Est-ce que la mère biologique de ***(nom)*** vit dans ce ménage ? 1 OUI 2 NON ✩ *HL16*	**HL14.** *Enregistrer le numéro de ligne de la mère.*	**HL16.** Est-ce que le père biologique de ***(nom)*** est vivant ? 1 OUI 2 NON ✩ *HL20* 8 NSP ✩ *HL20*	**HL17** Est-ce que le père biologique de ***(nom)*** vit dans ce ménage ? 1 OUI 2 NON ✩ *HL20*	**HL18.** *Enregistrer le numéro de ligne du père.*	**HL20.** Qui est le/la gardien/ne principal/e de ***(nom)*** ? *Copier le numéro de ligne de la personne de HL1. Si personne pour un enfant de 15-17 ans, enregistrer '90'.*
LIGNE	NOM	PARENTE *	M F	MOIS	ANNEE	AGE	ON	F 15 - 49	ON		ON	Enfant (1-8 ans)	ON NSP	ON	MERE (0-11)	ON NSP	ON	PERE	GARDIENT
01		__ __	1 2	__ __	__ __ __ __	__ __	1 2			01	1 2	__ __	1 2 8	1 2	__ __	1 2 8	1 2	__ __	__ __

02			1 2			1 2			02	1 2		1 2 8	1 2		1 2 8	1 2		

EDUCATION

ALPHABETISATION

ED

ED1. Numéro de ligne	**ED2**. Nom et âge. Copier les noms et âges de tous les membres du ménage à partir de HL2 et HL6 ci-dessous et sur la page suivante de ce module		**ED3**. Agé de 3 ans ou plus ? 1 OUI 2 NON ✩ ligne suuivante	**ED4**. (Nom) a-t-il/elle déjà fréquenté l'école ou un programme d'éducation préscolaire ? 1 OUI 2 NON ✩ Colonne ED6	**ED5**. Quel est le plus haut niveau d'étude que (nom) a atteint ? NIVEAU: 00 PRESCOLAIRE 10 PRIMAIRE 20 COLLEGE. 31 LYCEE 32 PROFESSIONNEL/TECHNIQUE 33 SUPERIEUR 98 NSP	ED6. Vérifier si HL6 supérieur ou égal à 12 1 OUI 2 NON ✩ ligne suuivante	**ED7**. (nom) sait-il lire, écrire et parler dans l'une des langues suivantes ? Français……A Anglais……B Arabe……C N'ko……D Adlam……E Koré Sebeli……F Autre (préciser) X Aucune langue……Y Encercler les codes de toutes les langues écrites, parlées et lues.
LIGNE	NOM	AGE	OUI NON	OUI NON	NIVEAU	O UI NON	
01			1 2	1 2	13	1 2	
02			1 2	1 2		1 2	
03			1 2	1 2	14	1 2	
04			1 2	1 2		1 2	
05			1 2	1 2		1 2	
06			1 2	1 2	15	1 2	
07			1 2	1 2		1 2	
08			1 2	1 2		1 2	
09			1 2	1 2		1 2	
10			1 2	1 2		1 2	

11		___ ___	1 2	1 2	___ ___	1 2	
12		___ ___	1 2	1 2	___ ___	1 2	
13		___ ___	1 2	1 2	___ ___	1 2	
14		___ ___	1 2	1 2	___ ___	1 2	
15		___ ___	1 2	1 2	___ ___	1 2	

CARACTERISTIQUES HC	DU	MENAGE
HC2A. Quel est le type de logement occupé par le ménage ?	CASE ..... 1 MAISON SIMPLE (INDIVIDUELLE) ..... 2 MAISON A PLUSIEURS LOGEMENTS ..... 3 VILLA..... 4 IMMEUBLE INDIVIDUEL ..... 5 IMMEUBLE A PLUSIEURS APPARTEMENTS ..... 6 BARAQUE/TENTE/CONTENAIRE ..... 7 AUTRE (*préciser*) _____ 96	
HC3. Combien de pièces les membres de ce ménage utilisent-ils habituellement pour dormir ? *(ne pas inclure cuisines, salles de bains, corridors, balcons)*	NOMBRE DE PIECES ..... __ __	
HC4. *Matériau principal du sol du logement.* *Enregistrer l'observation.* *Si l'observation n'est pas possible, demander au répondant de vous dire quel est le matériau principal du sol du logement*	CARREAUX/MARBRE ..... 01 CIMENT/BETON ..... 02 TERRE BATTUE/SABLE ..... 03 BOUSE D'ANIMAUX..... 04 AUTRE (*préciser*)_____ 96	
HC5. *Matériau principal du toit.* *Enregistrer l'observation.*	PAS DE TOIT ..... 01 DALLE EN CIMENT..... 02 TUILE..... 03 NATTE..... 04 TOLES ..... 05 PAILLE ..... 07 BANCO..... 09 CHAUME ..... 10 NATTES ..... 11 AUTRE (*préciser*)_____ 96	
HC6. *Matériau principal des murs extérieurs.* *Enregistrer l'observation.*	PAS DE MURS..... 01 CIMENT/BÉTON/PIERRES DE TAILLE..... 02 BRIQUES CUITES ..... 03 BAC ALU, VITRES..... 04 BANCO AMÉLIORÉ/ SEMI-DUR..... 05 MATÉRIAUX DE RÉCUPÉRATION (PLANCHES, TOLES) ..... 07 PIERRES SIMPLES (TRADITIONNELLES) ..... 10 PAILLE, BANCO, MOTTE DE TERRE ..... 11 AUTRE (À PRÉCISER)_____ 96	

HC7. Est-ce qu'il y a dans ce ménage **:** [A] Une ligne de téléphone fixe ? [B] Une radio ? [C] Une lampe à pétrole ? [D] Une horloge/montre pendule ? [E] Un lit ? [F] Une table ? [G] Une chaise ? [H] Un canapé /Fauteuil? [I] Une armoire ? [J] Groupe électrogène ?	OUI NON LIGNE DE TELEPHONE FIXE ..... 1 2 RADIO ..... 1 2 LAMPE A PETROLE..... 1 2 HORLOGE..... 1 2 LIT ..... 1 2 TABLE..... 1 2 CHAISE ..... 1 2 CANAPE..... 1 2 ARMOIRE..... 1 2 GROUPE ELECTROGENE 1 2	
HC8. Avez-vous l'électricité dans votre ménage ?	OUI, CONNECTE AU SYSTEME GENERAL..... 1 OUI, EN DEHORS DU SYSTEME (GENERATEUR/SYSTEME ISOLE) ..... 2 NON..... 3	*3⇨HC10*
HC9. Est-ce qu'il y a dans ce ménage : [A] Un téléviseur? [B] Un réfrigérateur/Congélateur? [C] Une cuisinière/un réchaud [D] Une machine à laver [E] Un fer à repasser [F] Un ventilateur sur pied [G] Un chauffe-eau [H] Un four micro-ondes [I] Un lecteur DVD [J] Une pompe à eau électrique/Motopompe [K] Antenne parabolique/ Décodeur	OUI NON TELEVISEUR..... 1 2 REFRIGERATEUR/CONGELA..... 1 2 CUISINIERE/RECHAUD..... 1 2 MACHINE A LAVER ..... 1 2 FER A REPASSER..... 1 2 VENTILATEUR ..... 1 2 CHAUFFE-EAU..... 1 2 FOUR MICRO-ONDES..... 1 2 LECTEUR DVD..... 1 2 POMPE A EAU .... 1 2 ANTENNE PARABOLIQUE/ DECODEUR… 1 2	

HC10. Est-ce qu'un membre de votre ménage possède [A] Une montre? [B] Une bicyclette/Vélo ? [C] Une mobylette/moto? [E] Une voiture personnelle ? [F] Un bateau à moteur (Bateau de plaisance) ? [G] Une pirogue ou une baleinière à moteur ? [H] Une pirogue à pagaie ? [I] Un fusil de chasse ?	OUI NON MONTRE..... .....1 2 BICYCLETTE/VELO.....1 2 MOBYLETTE/MOTO / SCOOTER .....1 2 VOITURE ..... 1 2 BATEAU À MOTEUR (BATEAU DE PLAISANCE) ..... 1 2 PIROGUE OU BALEINIERE À MOTEUR…1 2 PIROGUE A PAGAIE .....1 2 FUSIL DE CHASSE.....1 2	
HC11. Est-ce qu'un membre de ce ménage a un ordinateur ?	OUI ..... 1 NON..... 2	
HC12. Est-ce qu'un membre de votre ménage a un téléphone mobile ?	OUI ..... 1 NON..... 2	
HC13. Avez-vous accès à Internet à la maison ?	OUI ..... 1 NON..... 2	
HC14. Quel est le statut d'occupation du logement ?	PROPRIETAIRE..... 1 LOCATAIRE..... 2 LOGE PAR LA FAMILLE..... 3 AUTRE (*préciser*)_____ 6	
HC15. Est-ce qu'un membre de ce ménage possède de la terre qui peut être utilisée pour l'agriculture ?	OUI ..... 1 NON..... 2	2⇨*HC17*
HC16. Combien d'hectares de terres agricoles les membres de votre ménage possèdent-ils ? *Si moins d'un hectare, enregistrer '00'.*	HECTARES..... ___ ___ 95 OU PLUS .....95 NSP.....98	
HC17. Est-ce que ce ménage possède du bétail ou de la volaille ?	OUI ..... 1 NON..... 2	2⇨*HC19*

HC18. Combien d'animaux suivants votre ménage possède-t-il ?	NOMBRE	
[A] Vaches ?	VACHE.....___ ___	
[B] Moutons ?	MOUTON.....___ ___	
[C] Chèvres ?	CHEVRE.....___ ___	
[D Cochons/porcs ?	COCHONS/PORC.....___ ___	
[E] Lapins ?	LAPIN .....___ ___	
[F] Cheval ?	CHEVAL.....___ ___	
[G] Ane ?	ANE ……..... ___ ___	
[H] Poulets	POULE .....___ ___	
[I] Canards	CANARD .....___ ___	
[J] Pintades ?	PENTADE .....___ ___	
Si Non, enregistrer '00'. Si 95 ou plus, enregistrer '95'. *Si inconnu, Enregistrer '98'.*		
HC19. Est-ce qu'un membre de ce ménage a un compte en banque ?	OUI ..... 1 NON.....2	

UTILISATION D'ENERGIE PAR LE MENAGE		EU
EU4. Quel type de combustible ou de source d'énergie est utilisé pour la cuisine? *Si plus d'un, enregistrer la source principale d'énergie de cette cuisinière.*	ÉLECTRICITE..... 01 GAZ..... 02 PETROLE/KEROSENE..... 05 CHARBON DE BOIS..... 07 BOIS..... 08 BIO DIGESTEUR/BIOGAZ ..... 09 PAS DE REPAS PREPARE DANS LE MENAGE..... 95 AUTRE (*PRECISER*) _____ 96	
EU9. Qu'est-ce que votre ménage utilise principalement pour éclairer le logement, la nuit ?	ELECTRICITE 01 LAMPE SOLAIRE02 LAMPE DE POCHE, TORCHE, LANTERNE RECHARGEABLE 03 LAMPE DE POCHE, TORCHE LANTERNE A BATTERIE 04 LAMPE A BIOGAZ 05 LAMPE A ESSENCE 06 LAMPE A PETROLE OU A PARAFFINE 07 CHARBON 08 BOIS 09 RESIDUS AGRICOLES / HERBE / PAILLE / ARBUSTES 10 BOUSES D'ANIMAUX 11 LAMPE A HUILE 12 BOUGIE 13 AUTRE (*préciser*) 96 PAS D'ECLAIRAGE DANS LE MENAGE 97	

HH13. *Enregistrer l'heure de la fin de l'entretien.*	HEURE ET MINUTES __ __ : __ __	
HH14. *Langue du questionnaire.*	FRANÇAIS 1	
HH29. *Vérifier HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE. Y a-t-il des femmes de 15-49 ans mères d'enfants de 0-8 ans ou gardienne/ gardien de 15 ans plus ?*	OUI 1 NON 2	2⇨*HH40*
HH30. *Préparer un QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME pour chaque femme MERE OU GARDIENNE D'ENFANTS DE 0-8 ANS.*		
HH32. *Vérifier HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE. Est-ce qu'un consentement est requis pour enquêter au moins une fille/garçon de 15-17 ans ?*	OUI, AU MOINS UNE FILLE/GARÇON DE 15-17 ANS AVEC HL20≠90 1 NON, HL20=90 POUR TOU(TE)S LES FILLES/GARÇON DE 15-17 ANS 2	2⇨*HH40*

HH33. Dans le cadre de l'enquête, nous interrogeons également des femmes mères ou gardiennes d'enfants de 0-8 ans. On demande à chaque personne la permission de l'enquêter		
HH40. *Vérifier HL10 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE. Y a-t-il des enfants de 12-96 mois ?*	OUI, AU MOINS UN 1 NON 2	2 ⇨ *FIN*
HH41. *Préparer un QUESTIONNAIRE ENFANT DE 12-96 MOIS Au moment de l'enquête.*		
HH45. *RETOURNER MAINTENANT AU PANNEAU D'INFORMATION DU MENAGE et,* • *Enregistrer '01' à la question HH46 (Résultat de l'enquête du Questionnaire Ménage),* • *Enregistrer le nom et le numéro de ligne (de la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE) du répondant au questionnaire ménage dans HH47,* • *Remplir les questions HH48, HH49 et HH51,* • *Remercier le répondant pour sa coopération et puis,* • *Procéder avec l'administration des questionnaires individuels restants de ce ménage.* *S'il n'y a pas de questionnaires individuels à compléter dans ce ménage, remercier le répondant pour sa coopération et aller au ménage suivant qui vous a été assigné par votre chef d'équipe.*		

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

REPUBLIQUE DE GUINEE
MINISTERE DU PLAN ET DE LA COOPERATION INTERNATIONALE
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

ENQUETE D'EVALUATION DE LA CAMPAGNE INTEGREE MENA-VAR COUPLEE A L'ENQUETE DE COUVERTURE VACCINALE DE ROUTINE DANS LES 38 DISTRICTS SANITAIRES EN GUINEE

QUESTIONNAIRE ENFANT

PANNEAU D'INFORMATION SUR L'ENFANT	UF
UF1. *Numéro de grappe :* ___ ___ ___	**UF2**. *Numéro du Ménage :*___ ___
UF3. *Nom et Numéro de ligne de l'enfant :* NOM _____ ___ ___	**UF4**. *Nom et Numéro de ligne de la Mère /Gardienne* NOM ___ ___

UF5. *Nom et Code de l'enquêteur :* NOM ___ ___ ___	**UF6**. *Nom et Code du chef d'équipe :* NOM ___ ___ ___	
UF7. *Jour/ Mois / Année de l'entretien :* ___ ___ /___ ___ / 2 0 2 3	**UF8**. *Enregistrer l'heure de début de l'entretien :*	HEURES : MINUTES __ __ : __ __

Vérifier l'âge du/de la répondant(e) à HL6 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE: Si l'âge est 15-17 ans, vérifier que le consentement d'un adulte pour l'entretien a été obtenu (HH33) ou pas nécessaire (HL20=90). Si le consentement est nécessaire mais pas obtenu, l'entretien ne doit pas commencer et '06' doit être encerclé à UF17. Le/la répondant(e) doit avoir au moins 15 ans.		
UF9. *Vérifier les questionnaires complétés dans ce ménage : Un des membres de votre équipe a-t-il déjà interviewé ce répondant sur un autre questionnaire ?*	OUI, DEJA INTERVIEWE ..... 1 NON, PREMIERE INTERVIEW 2	1 ⇨*UF10B* 2 ⇨*UF10A*
UF10A. Bonjour, je m'appelle (**nom**). Je travaille pour l'Institut National de la Statistique (INS). Nous menons une étude sur la situation vaccinale des enfants et des femmes pour le compte du Ministère de la Santé. Je voudrais parler avec vous de la santé de (***Nom de l'Enfant à UF3***). Cet entretien prend habituellement 30 minutes. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l'entretien, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?	**UF10B**. Je voudrais parler avec vous de la santé de (***Nom de l'Enfant à UF3***). Cet entretien prend habituellement 30 minutes. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l'entretien, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?	
OUI ..... *1* *NON / PAS DEMANDE*.....*2*	1 ⇨ *Module CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT* 2 ⇨*UF17*	

UF17. *Résultat de l'interview de l'enfant de 1 à 8 ans* Les Codes réfèrent à la mère/gardien(ne). Discuter tous les résultats non complets avec votre chef d'équipe ou votre superviseur.	COMPLETE 01 PAS A LA MAISON 02 REFUSE 03 PARTIELLEMENT COMPLETE 04 EN INCAPACITE (*préciser*) 05 PAS DE CONSENTEMENT D'UN ADULTE POUR CETTE R REPONDANTE AGEE DE 15-17 ANS 06 AUTRE (*préciser*) 96

CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT	**UB**
UB0. Avant que je ne commence l'entretien, pourriez-vous apporter, SVP, *le certificat de naissance de (**nom**), sa carte/carnet de vaccination ou toute autre carte où des vaccinations sont inscrites ? Nous aurons besoin de nous référer à ces documents*	

UB1. En quel jour, quel mois et quelle année ***(nom)*** est-il/elle né(e)? *Insister:* Quand est-ce son anniversaire Si la mère/gardien(ne) connait la date de naissance exacte, enregistrer aussi le jour de naissance ; sinon, encercler '98' pour jour. Les Mois et Année <u>doivent</u> être enregistrés.	DATE DE NAISSANCE JOUR __ __ NSP JOUR 98 MOIS __ __ ANNEE 2 0 2 __	
UB2. Quel âge a ***(nom)*** ? *Insister* : Quel âge a eu ***(nom)*** à son dernier anniversaire ? Enregistrer l'âge en années révolues. Enregistrer '0' si moins d'un an. Si les réponses à UB1 et UB2 sont incohérentes, insister et corriger.	AGE (EN ANNEES REVOLUES) __	
UB2A. Quel est le rang de naissance de ***(nom)*** ?	/____/ ____/ NSP 98	

CAMPAGNE DE VACCINATION POUR LES ENFANTS AGES DE 1 A 8 ANS		**CV**
CAMPAGNE INTEGREE DU VACCIN MENINGITE À MENINGOCOQUE-A (MenA) ET ANTIROUGEOLEUX (Var)		
CV1. *Vérifier UB1. Né après Avril 2015 et avant Octobre 2022 ?*	OUI 1 NON 2	*2 ⇨FIN*
CV2. Vous ou un autre membre de votre ménage avait -il eu connaissance de la campagne de vaccination de méningite et la rougeole **MenA/Var** de mai 2022?	OUI 1 NON 2 NSP …8	*2 ⇨ CV4* *8 ⇨ CV4*

CV3. Quelle était votre première source d'information sur la tenue de la campagne ?	Radio.....1 Télévision .....2 Banderoles/Affiches .....3 Crieurs/annonceurs .....4 Travailleurs de santé communautaires .....5 Ecole .....6 Membre du ménage .....7 Voisins/amis .....8 Chef de quartier/village.....9 Mosquée/Eglise..... 10 Mariage/baptême ..... 11 Funérailles ..... 12 Autres (à préciser)..... 96	
CV3A. Connaissiez-vous les maladies suivantes pour lesquelles les enfants étaient vaccinés pendant la campagne ? [A] Rougeole [B] Meningite	OUI NON Rougeole..... 1 2 Meningite..... 1 2	
CV3B. Quelle est votre perception sur la qualité de la campagne de vaccination contre la méningite et la rougeole (MenA/VAR) de mai 2022	Bonne .....1 Mauvaise……..2	
CV4. *Vérifier (UB1. Né après Avril 2015 et avant juin 2021) et (HH7B= 44 ou 45) ?*	OUI 1 NON 2	*2⇨CV7*
CV5. Dites-moi, s'il vous plaît, si ***(nom)*** a été vacciné(e) au vaccin contre la méningite (vaccin **Men A) ()** lors de la campagne de vaccination de mai 2022	OUI 1 NON 2 NSP …8	*2⇨CV6* *8⇨CV6*
CV5A. ***(Nom)*** avait-il reçu un carnet/carte de vaccination lors de la campagne de mai 2022 ?	OUI 1 NON 2	

CV5B. Dans quel lieu de vaccination (nom) a-t-il/elle été vacciné(e) lors de la campagne de vaccination mai 2022 ?	Clinique/Polyclinique……1 Centre de Santé……2 Poste de Santé ……3 Dispensaire……..……4 Domicile……5 Marché ou lieu publique……6 Centre Médicale Communale……7 Hôpital……8 Ecole……9 Autre à préciser……..…96	
CV5C. Combien de temps il vous a fallu pour vous rendre au lieu de vaccination de ***(nom)*** ?	MOINS DE 30 MINUTES……..1 ENTRE 30 MINUTES ET 1 HEURE…..……..2 PLUS DE 1 HEURE…….……...3	
CV6. Pour quelles raisons ***(nom)*** n'a-t-il pas été vacciné ?	Pas au courant de la campagne.....A Confusion entre les vaccins (croyait que l'enfant était déjà vacciné) ..... B Enfant ou parent/personne prenant soin de l'enfant absent à l'époque.....C Peur des piqures.....D Pas confiance des vaccins .....E Site de vaccination trop éloigné .....F Peur des effets secondaires .....G Ne sait pas où aller pour le vaccin .....H Horaires de la vaccination inadaptés.....I Longue attente.....J Plus de vaccin au site de vaccination.....K Personnel absent au site de vaccination.....L Pas autorisé par le chef de ménage ..... M Problème de religion ..... N Longue attente..... O Malade lors de vaccination.....P Absent ou en voyage lors de la campagne..... Q Trop occupé pour accompagner l'enfant..... R Enfant malade .....S Enfant déjà vacciné contre la méningite ..... T Enfant n'avait pas atteint l'âge .....U Autres (à préciser).....X	
CV7. *Vérifier (UB1. Né après Avril 2016 et avant juin 2021) et (HH7B≠ (44 et 45))?*	OUI 1 NON…….…….....2	*2⇨CV11*
CV9. Dites-moi, s'il vous plaît, si ***(nom)*** a été vacciné(e) au vaccin contre la méningite (vaccin **Men A) ()** lors de la campagne de vaccination de mai 2022	OUI 1 NON 2 NSP …8	*2⇨CV10* *8⇨CV10*
CV9A. ***(Nom)*** avait-il reçu un carnet/carte de vaccination lors de la campagne de mai 2022 ?	OUI 1 NON 2	

CV9B. Dans quel lieu de vaccination (nom) a-t-il/elle été vacciné(e) lors de la campagne de vaccination mai 2022 ?	Clinique/Polyclinique……1 Centre de Santé……2 Poste de Santé ……3 Dispensaire……..……4 Domicile……5 Marché ou lieu publique……6 CMC……7 Hôpital……8 Ecole……9 Autre à préciser……..…96	
CV9C. Combien de temps il vous a fallu pour vous rendre au lieu de vaccination de ***(nom)*** ?	MOINS DE 30 MINUTES 1 ENTRE 30 MINUTES ET 1 HEURE…..……...2 PLUS DE 1 HEURE…….……...3	
CV10. Pour quelle raison ***(nom)*** n'a-t-il pas été vacciné ?	Pas au courant de la campagne.....A Confusion entre les vaccins (croyait que l'enfant était déjà vacciné) ..... B Enfant ou parent/personne prenant soin de l'enfant absent à l'époque.....C Peur des piqures.....D Pas confiance des vaccins .....E Site de vaccination trop éloigné .....F Peur des effets secondaires .....G Ne sait pas où aller pour le vaccin .....H Horaires de la vaccination inadaptés.....I Longue attente.....J Plus de vaccin au site de vaccination.....K Personnel absent au site de vaccination.....L Pas autorisé par le chef de ménage ..... M Problème de religion ..... N Longue attente..... O Malade lors de vaccination.....P Absent ou en voyage lors de la campagne..... Q Trop occupé pour accompagner l'enfant..... R Enfant malade .....S Enfant déjà vacciné contre la méningite ..... T Enfant n'avait pas atteint l'âge .....U Autres (A à préciser) X	
CV11. *Vérifier UB1. Né après Aout 2017 et avant Janvier 2022?*	OUI 1 NON 2	 *2 ⇨ CV14*
CV12. Dites-moi, s'il vous plaît, si ***(nom)*** a été vacciné(e) à la **VAR (**c'est-à-dire une injection dans l'épaule gauche pour l'empêcher d'attraper la rougeole**)** lors de la campagne de vaccination de mai 2022 ?	OUI 1 NON 2 NSP …8	 *2⇨CV13* *8⇨CV13*

CV12A. Dans quel lieu de vaccination (nom) a-t-il/elle été vacciné(e) lors de la campagne de vaccination mai 2022 ?	Clinique/Polyclinique……1 Centre de Santé……2 Poste de Santé ……3 Dispensaire……..……4 Domicile……5 Marché ou lieu publique……6 CMC……7 Hôpital……8 Ecole……9 Autre à préciser……..…96	
CV12B. Combien de temps il vous a fallu pour vous rendre au lieu de vaccination de ***(nom)*** ?	MOINS DE 30 MINUTES 1 ENTRE 30 MINUTES ET 1 HEURE…..……...2 PLUS DE 1 HEURE…….……...3	
CV13. Pour quelle raison ***(nom)*** n'a-t-il pas été vacciné ?	Pas au courant de la campagne.....A Confusion entre les vaccins (croyait que l'enfant était déjà vacciné) ..... B Enfant ou parent/personne prenant soin de l'enfant absent à l'époque.....C Peur des piqures.....D Pas confiance des vaccins .....E Site de vaccination trop éloigné .....F Peur des effets secondaires .....G Ne sait pas où aller pour le vaccin .....H Horaires de la vaccination inadaptés.....I Longue attente.....J Plus de vaccin au site de vaccination.....K Personnel absent au site de vaccination.....L Pas autorisé par le chef de ménage ..... M Problème de religion ..... N Longue attente..... O Malade lors de vaccination.....P Absent ou en voyage lors de la campagne..... Q Trop occupé pour accompagner l'enfant..... R Enfant malade .....S Enfant déjà vacciné contre la méningite ..... T Enfant n'avait pas atteint l'âge .....U Autres (A à préciser) X	
CV14. *Vérifier* *(CV5=1 ou CV9=1) et CV12=1.* *ou* *(CV5=1 OU CV9=1) OU CV12=1*	OUI 1 NON 2	*2 ⇨IM1*
CV15. ***(nom)*** a-t-il développé une réaction dans les heures, jours ou semaines qui ont suivis la vaccination?	OUI 1 NON 2 NSP ..... …8	*2 ⇨IM1* *8 ⇨IM1*

CV16. Quel(s) étai(en)t le(s) problème(s) ?	Douleur au point d'injection .....A Rougeur au point d'injection ..... B Gonflement au point d'injection..... B Fièvre.....C Douleur musculaire ou articulaire .....D Gonflement des yeux .....E Gonflement du visage.....F Difficulté à respirer.....G Difficulté avaler……H Démangeaison ……..I Autres (A à préciser) X	

COUVERTURE VACCINALE DE ROUTINE DES ENFANTS DE 12 – 35 MOIS IM		
IM1. Vérifier UB1. Né après octobre 2020 et avant novembre 2022 ?	OUI 1 NON 2	 2⇨Fin
Si un carnet/carte de vaccination est disponible, recopier les dates à IM6 pour chaque vaccination et enregistrez sur le carnet/carte. Les questions IM11-IM27 ne seront posées que si un carnet/carte n'est pas disponible		
IM2. Avez-vous un carnet/carte de vaccinations ou un document d'un agent de santé privé où les vaccinations de ***(nom)*** sont enregistrées ? *Le/la répondant(e) devrait déjà avoir apporté la carte/carnet et / ou le document lorsque vous avez obtenu la permission de commencer l'entrevue.*	OUI, A SEULEMENT UN CARNET/CARTE 1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT 2 OUI, A CARNET/CARTE ET AUTRE DOCUMENT 3 NON, N'A NI CARNET/CARTE NI AUTRE DOCUMENT 4 NON, CARNET/CARTE RETENU AU CENTRE DE SANTE ……..….5	1⇨*IM5* 3⇨*IM5*
IM3. Avez-vous déjà eu un/une carnet/carte de vaccinations ou un document d'un agent de santé privé pour (***nom***)?	OUI 1 NON 2 NSP 8	 *2⇨IM11* *8⇨IM11*
IM5. Puis-je voir le carnet/carte (et/ou) l'autre document ?	OUI, CARNET/CARTE SEULEMENT VU 1 OUI, AUTRE DOCUMENT SEULEMENT VU 2 OUI, CARNET/CARTE ET AUTRE DOCUMENT VUS 3 NI CARNET/CARTE NI AUTRE DOCUMENT VU 4	 *4⇨IM11*
IM6. (a) Copier les dates de chaque vaccination à partir de la carte/carnet. (b) Ecrire '44' dans la colonne jour si le carnet ou la carte montre que la vaccination a été donnée mais la date n'est pas enregistrée.	**DATE DE VACCINATION** **JOUR** / **MOIS** / **ANNEE**	
BCG BCG	2 0 2	

Polio 0 (à la naissance)	VPO0					2	0	2		
Polio 1	VPO1					2	0	2		
Polio 2	VPO2					2	0	2		
Polio 3	VPO3					2	0	2		
Polio injectable	VPI					2	0	2		
Pentavalent (DTCHepBHib) 1	Penta1					2	0	2		
Pentavalent (DTCHepBHib) 2	Penta2					2	0	2		
Pentavalent (DTCHepBHib) 3	Penta3					2	0	2		
Rougeole (VAR)	VAR					2	0	2		
Fièvre jaune	VAA					2	0	2		
MenAfrivac	MenA					2	0	2		

IM7. *Vérifier IM6. Tous les vaccins (BCG à* VITA2*) sont enregistrés ?*	OUI 1 NON 2	1 ⇨*IM29*
IM9. En plus de ce qui est enregistré dans le document que vous nous avez montré, est-ce que (***nom***) a reçu d'autres vaccins y compris des vaccins reçus pendant les campagnes, journées nationales de vaccination?	OUI 1 NON 2 NSP 8	 2 ⇨ *IM29* 8 ⇨ *IM29*
IM10. *Retourner à IM6 et insister pour ces vaccins.* *Enregistrer '66' dans la colonne jour correspondante pour chaque vaccin reçu.* *Pour les vaccins <u>pas</u> reçus, enregistrer '00'.* *Quand <u>c'est fait</u>, continuer avec IM29.*		
IM11. Est-ce que (***nom***) a déjà reçu des vaccins pour l'empêcher d'attraper des maladies, y compris des vaccins reçus pendant des campagnes ou des journées nationales de vaccination ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	 *2 ⇨IM29* *8 ⇨IM29*
IM14. Est-ce que (***nom***) a déjà reçu le vaccin du **BCG** contre la tuberculose – c'est-à-dire une injection faite dans l'avant-bras gauche et qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	

IM16. Est-ce que (***nom***) a déjà reçu un « vaccin sous forme de gouttes dans la bouche » pour le/la protéger contre **la polio** ? *Insister en indiquant que la première dose est généralement donnée à la naissance et les autres en même temps que des injections pour empêcher d'autres maladies.*	OUI 1 NON 2 NSP 8	 2⇨*IM20* 8⇨*IM20*
IM17. Est-ce que la première dose de **Polio** a été donnée dans les 2 premières semaines après la naissance ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
IM18. Combien de fois les doses de **Polio** ont été données ?	NOMBRE DE FOIS __ NSP 8	
IM19. La dernière fois que (***nom***) a reçu des doses de Polio, est-ce qu'il/elle a également reçu une injection pour le protéger contre **la Polio** ? *Insister pour s'assurer que les deux, gouttes et injection, ont été données.*	OUI 1 NON 2 NSP 8	
IM20. Est-ce que (***nom***) a déjà reçu le vaccin **Pentavalent**– c'est-à-dire une injection dans la cuisse gauche pour l'empêcher d'attraper le tétanos, la coqueluche, la diphtérie, l'hépatite B et l'Haemophilus influenzae de type b? *Insister en indiquant que le vaccin Pentavalent est parfois donné en même temps que les gouttes de Polio.*	OUI 1 NON 2 NSP 8	 2⇨*IM26* 8⇨*IM26*
IM21. Combien de fois le vaccin **Pentavalent** a été donné ?	NOMBRE DE FOIS __ NSP 8	

IM26. Est-ce que (***nom***) a déjà reçu le **VAR** c'est-à-dire une injection dans l'épaule gauche à l'âge de 9 mois ou plus pour l'empêcher d'attraper **la rougeole** ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
IM27. Est-ce que (***nom***) a déjà reçu une injection contre la Fièvre Jaune c'est-à-dire une injection dans l'épaule droite à l'âge de 9 mois ou plus pour l'empêcher d'attraper la **Fièvre Jaune** ? *Insister en indiquant que le vaccin contre la Fièvre jaune est parfois donné en même temps que le vaccin de la rougeole.*	OUI 1 NON 2 NSP 8	
IM29. *Vérifier qu'il existe un des vaccins tel que IM6=0 ou (IM9≠1 IM11 ≠1 ou IM14≠1 ou IM16≠1 ou IM20≠1 ou IM26≠1 ou IM27≠1 ou IM28≠1). (**nom**) n'a pas reçu tous les vaccins recommandés ?* ☐*Oui⇨Aller à IM30* ☐*Non⇨Continuer avec IM31*		
IM30. Pourquoi (***nom***) n'a-t-il pas reçu tous les vaccins recommandés ? *Poliment et avec discernement notez toutes les raisons mentionnées*	Site de vaccination trop éloigné ..... A Horaire de la vaccination non connu..... B Mère trop occupée..... C Problèmes familiaux, dont maladie de la mère.. D Enfant malade non envoyé..... E Enfant malade envoyé mais non vacciné ..... F Longue attente..... G Rumeurs/ Ne crois pas en la vaccination..... H Peur des effets secondaires..... I Site et/ou horaire de la vaccination non connu K Autres (à préciser) X	
IM30A. *Vérifier que pour tous les vaccins IM6=0 et (IM11 # 1 et IM14#1 et IM16#1 et IM20#1 et IM26#1 et IM27#1 et IM28#1). (**nom**) n'a reçu aucun vaccin recommandé ?* ☐*Oui⇨Aller à IM35* ☐*Non⇨Continuer avec IM31*		
IM31. Où (***nom***) reçoit-il généralement ses vaccins ?	Clinique de santé publique locale ..... 1 Consultation médicale privée locale..... 2 Autre ressource locale..... 3	
IM31A. Combien de temps il vous faut pour vous rendre au lieu de vaccination ?	MOINS DE 30 MINUTES 1 ENTRE 30 MINUTES ET 1 HEURE……..2 PLUS DE 1 HEURE……..3	
IM31B. Quel est le moyen de transport utilisé pour se rendre au lieu de vaccination ?	Véhicule…. ..... 1 Tricycle..... 2 Moto……3 Pirogue motorisée/Bateau ..... 4 Pirogue non motorisée..... 5 Uniquement à pieds……6 Autres (A à préciser)……96	

IM31C. Quel est le coût du transport pour se rendre au lieu de vaccination ?	_____GNF	
IM32. (***Nom***) a-t-il eu un abcès (MAPI) après une vaccination ?	OUI 1 NON 2 NSP ……8	 2⇨IM34 8⇨IM34
IM33. Sur quelle partie du corps de (***Nom***) se trouvait-il l'abcès (MAPI)?	Au bras A A la cuisse B Autres (à préciser) …… X	
IM33A. Connaissez-vous la conduite à tenir en cas de MAPI ?	OUI 1 NON 2	
IM34. Vous est-il arrivé d'amener un autre enfant au centre de santé pour le vacciner et qu'il ne l'ait pas été ?	OUI 1 NON 2 NSP ……8	 2⇨IM36 8⇨IM36
IM35. Pourquoi l'enfant n'a-t-il pas été vacciné?	Pas de vaccins.....A Personnel absent (mais le service était ouvert)…. .....B Centre de santé fermé lorsque j'y suis allé.....C Enfant malade.....D Pas assez d'enfants présents pour ouvrir un flacode vaccin.....E La visite n'était pas un jour de vaccination.....F Attente trop longue .....G Ne sait pas ..... Z Autres (à préciser) X	
IM35A. Pendant les séances de vaccination, est-il arrivé que le vaccinateur vous sensibilise sur la vaccination ?	OUI 1 NON 2	
IM35B. Habituellement connaissez-vous le programme de vaccination du site de vaccination fixe ?	OUI 1 NON 2	
IM35C. Connaissez-vous le programme de vaccination en stratégie ?	OUI 1 NON 2	
IM36. Qu'avez-vous entendu dire sur la vaccination des enfants ?	Les campagnes (dates, groupes d'âge cibles) .....A Importance de la vaccination systématique……...B Où se faire vacciner .....C Age pour les vaccins systématiques .....D Revenir pour les doses suivantes des vaccins systématiques.....E Nouveau vaccins (antipneumococciquet-rotavirus).....F Rien.....G Autres (à préciser) X	

IM36A. A votre connaissance, quelles sont les maladies contre lesquelles les enfants sont vaccinés ? [A] Tuberculose [B] Polio [C] Tétanos [D] Coqueluche [E] Diphtérie [F] Hépatite B [G] Haemophilus influenzae de type b [H] Rougeole [I] Fièvre jaune [X]Autres (à préciser)	OUI NON Tuberculose.....1 2 Polio.....1 2 Tétanos.....1 2 Coqueluche .....1 2 Diphtérie.....1 2 Hépatite B.....1 2 Haemophilus influenzae type b.....1 2 Rougeole .....1 2 Fièvre jaune .....1 2 Autres (à préciser) 1 2	
IM36A. Connaissez-vous les moments pendant lesquels l'enfant doit être vacciné ? *Il s'agit ici de la connaissance de la mère/gardien(ne) de (Nom) sur les dates des différents rendez-vous de vaccination de l'enfant*	OUI 1 NON 2	
IM36B. Au cours des six derniers mois, combien de fois (***Nom***) s'est-il rendu dans un établissement de santé pour des soins.	NOMBRE DE FOIS……..__ __ NSP.....98	

UF11. *Enregistrer l'heure de la fin de l'entretien.*	HEURES ET MINUTES __ __ : __ __	

Vérifier les colonnes HL14A et HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE : Est-ce que le/la répondante est la mère/gardien(ne) d'un <u>autre</u> enfant de 1-8 ans vivant dans ce ménage ?

☐ *OUI ⇨ Aller à UF17 sur le PANNEAU D'INFORMATION SUR L'ENFANT et encercler '01'. Puis aller au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT à administrer au /la même répondant(e).*

☐ *NON ⇨ Finir l'interview avec ce/cette répondant(e) en le/la remerciant pour sa coopération.*
Vérifier s'il y a d'autres questionnaires à administrer dans ce ménage

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRICE

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

REPUBLIQUE DE GUINEE
MINISTERE DU PLAN ET DE LA COOPERATION INTERNATIONALE
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

ENQUETE D'EVALUATION DE LA CAMPAGNE INTEGREE MENA-VAR COUPLEE A L'ENQUETE DE COUVERTURE VACCINALE DE ROUTINE DANS LES 38 DISTRICTS SANITAIRES EN GUINEE

QUESTIONNAIRE FEMME

PANNEAU D'INFORMATION DE LA FEMME	WM
WM1. *Numéro de grappe :* ___ ___ ___	**WM2**. *Numéro du ménage :* ___ ___
WM3. *Nom et numéro de ligne de la femme :* NOM ___ ___	**WM4**. *Nom et code du Chef d'équipe :* NOM ___ ___ ___
WM5. *Nom et code de l'enquêtrice :* NOM ___ ___ ___	**WM6**. *Jour / Mois / Année de l'entretien :* ___ ___ /___ ___ / _2_ _0_ 2_ _3

Vérifier HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE DU QUESTIONNAIRE MENAGE : Si âge = 15-17 ans, vérifier en HH33 que le consentement d'un adulte pour l'interview a été donné ou n'est pas nécessaire (HL20=90). Si le consentement est nécessaire, mais pas obtenu, l'interview ne peut pas commencer ; enregistrer alors '06' à WM17.	**WM7**. *Enregistrer l'heure de début de l'entretien :* HEURES : MINUTES __ __ : __ __

WM8. *Vérifier les questionnaires complétés dans ce ménage : Avez-vous ou un autre membre de votre équipe déjà interviewé cette répondante sur un autre questionnaire ?*	OUI, DEJA INTERVIEWEE..... 1 NON, PREMIERE INTERVIEW.....2	1 ⇨*WM9B* 2 ⇨*WM9A*

WM9A. Bonjour, je m'appelle (nom). Je travaille pour l'Institut national de la Statistique (INS). Nous menons une étude sur la situation vaccinale des enfants et des femmes pour le compte du Ministère de la Santé. Je voudrais parler avec vous de ces sujets. L'entretien prend environ 30 mn. A la suite de cela, je pourrais avoir besoin de mener d'autres entretiens avec vous ou avec d'autres membres de votre ménage. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question, je vais passer ou si vous voulez stopper l'entretien, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?	**WM9B**. Maintenant Je voudrais parler avec-vous de votre santé et d'autres sujets. Cet entretien prend habituellement 20 minutes. Nous nous entretenons également avec les mères au sujet de leurs enfants. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes Si vous ne voulez pas répondre à une question dites le moi, je passerai à la question suivante ou si voulez stopper l'entretien, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?
OUI..... *1* *NON / PAS DEMANDE*..... 2	1 ⇨*Module CARACTERISTIQUES DE LA FEMME* 2 ⇨*WM17*

WM17. *Résultat de l'enquête Femme.* *Discuter tous les résultats non complets avec votre chef d'équipe.*	COMPLETE 01 PAS A LA MAISON 02 REFUSE 03 REMPLI PARTIELLEMENT 04 EN INCAPACITE (*préciser*) 05 PAS DE CONSENTEMENT D'UN ADULTE POUR CET/CETTE REPONDANT(E) DE 15-17 ANS 06 AUTRE (*préciser*) 96

CARACTERISTIQUES DE LA FEMME		**WB**
WB1. *Vérifier numéro de ligne (WM3) de la répondante dans le PANNEAU D'INFORMATION DE LA FEMME et celui du répondant au QUESTIONNAIRE MENAGE (HH47) :*	WM3=HH47 1 WM3≠HH47 2	*1* ⇨WB14A
WB3. En quel mois et quelle année êtes-vous née ?	DATE DE NAISSANCE : MOIS __ __ NSP MOIS 98 ANNEE __ __ __ __ NSP ANNEE 9998	

WB4. Quel âge avez-vous ? *Insister:* Quel âge avez-vous eu à votre dernier anniversaire ? *Si les réponses à WB3 et WB4 sont incohérentes, insister encore et corriger. Un âge doit être enregistré.*	AGE (EN ANNEES REVOLUES) __ __	
WB5. Avez-vous déjà fréquenté l'école ou un programme d'éducation préscolaire ?	OUI 1 NON 2	2⇨*WB6A*
WB6. Quels est le plus haut niveau d'étude que vous avez atteint ?	PRESCOLAIRE……...00 PRIMAIRE **10** COLLEGE **20** LYCEE **31** PROFESSIONNEL/TECHNIQUE 1**32** SUPERIEUR **33** NSP **98**	
WB6A. *Vérifier si* **WB4** *supérieur ou égal à 12*	OUI 1 NON 2	2⇨ WB14A
WB14. Savez-vous lire, écrire et parler dans l'une des langues suivantes ?	FRANÇAIS A ANGLAIS B ARABE C N'KO D ADLAM E KORÉ SEBELI F AUTRE (A PRECISER) X AUCUNE LANGUE G	
WB14A. Quelle est votre religion **?**	MUSULMAN . . . . . 1 CHRETIEN . . . . . 2 ANIMISTE ……... 3 SANS RELIGION . . . . . 4 AUTRE RELIGION_____6 (PRECISER)	
WB14B. Quelle est votre ethnie ?	SOUSSOU . . . . . 01 PEUL . . . . . 02 MALINKE . . . . . 03 KISSI . . . . . 04 TOMA . . . . . 05 GUERZE . . . . . 06 AUTRE EHNIE_____ 96 (PRECISER) ETRANGER 97	

FECONDITE		**CM**
Ce module ne doit comprendre que les enfants nés vivants. Aucun mort-né ne doit être inclus comme réponse à une question.		
CM1. Maintenant je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous déjà enfanté ?	OUI 1 NON 2	
CM8. Avez-vous donné naissance à un fils ou une fille qui est né(e) vivant(e) mais qui est décédé(e) par la suite ? *Si 'Non' Insister en demandant :* *Je veux dire un enfant qui a respiré, crié ou montré d'autres signes de vie – même s'il n'a vécu que quelques minutes ou quelques heures ?*	OUI 1 NON 2	*CM1=2 et CM8=2 ⇨ Fin*

CM15C. Quelle est la date de naissance de votre (dernier) né (même s'il/elle est décédé(e)) ? *Mois et année doivent être enregistrés*	DATE DE NAISSANCE DU DERNIER NE MOIS..... __ __ ANNEE .....__ __ __ __	
CM17. Vérifier CM15C: La dernière naissance a eu lieu au cours des 12 derniers mois c'est-à-dire (**après septembre 2022**) ?	PAS DE NAISSANCES VIVANTES **(APRES SEPTEMBRE 2022** **……..……..……0** UNE NAISSANCE VIVANTE **(APRES SEPTEMBRE 2022** 1	0 ⇨*Fin*
CM17A. Combien d'enfants nés vivants avez-vous donné naissance au cours de cette dernière grossesse ? *Si c'est supérieur à 3, inscrire "3" et mettre le commentaire en observation*	|___|	
CM18. Demander le nom du dernier né *Si l'enfant est décédé, faire preuve de tact en se référant à lui par son nom dans les modules suivants.* *En cas des naissances multiples, enregistrez le dernier né* *Si l'enfant n'est pas baptisé nommez-le (Enfant suivi du nom de famille). Ex : Enfant Gbanamou*	NOM DU DERNIER-NE	

SANTE MATERNELLE MN ET DU NOUVEAU-NE		
MN1. Copier le nom de l'enfant ici (Nom donné à CM18) et utiliser quand indiqué : Nom_____		
MN2. Etes-vous allée en consultation prénatale au cours de la grossesse de ***(nom)*** ?	OUI 1 NON 2	2⇨*MN7*
MN3. Qui avez-vous vu ? *Insister :* Quelqu'un d'autre ? *Insister pour obtenir le type de personne vue et enregistrer toutes les réponses données.*	**PROFESSIONNEL DE SANTE** MEDECIN A INFIRMIERE B SAGE-FEMME C AGENT TECHNIQUE DE SANTE D **AUTRE PERSONNE** ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE/MATRONNE E AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIREF RELAIS COMMUNAUTAIRE G AUCUNE PERSONNE H AUTRE (*préciser*) X NE SAIT PAS Z	
MN4. De combien de semaines ou de mois étiez-vous enceinte quand vous êtes allée en consultation prénatale pour la première fois ? *Enregistrer la réponse telle que donnée par la répondante.*	SEMAINES **1** __ __ MOIS **2** __ __ NSP 8	
MN5. Combien de fois êtes-vous allée en consultation prénatale au cours de cette grossesse ? *Insister pour obtenir le nombre de fois où les consultations prénatales ont été reçues. Si une fourchette de fois est donnée, enregistrer le nombre minimum de fois où les consultations prénatales ont été faites.*	NOMBRE DE FOIS __ __	

MN7. Avez-vous un carnet ou autre document dans lequel sont inscrites toutes vos vaccinations ? *Si oui* : Puis-je le voir, s'il vous plait ? *Si un carnet est présenté, l'utiliser pour les réponses aux questions suivantes.*	OUI (CARNET OU AUTRE DOCUMENT VU) 1 OUI (CARNET OU AUTRE DOCUMENT PAS VU) 2 NON 3 NSP 8	*1 ⇨MN7A* *2 ⇨MN8* *2 ⇨MN8* *2 ⇨MN8*

MN7A. (c) Copier les dates de chaque vaccin du carnet ou de la carte. *(d)* Ecrire '44' dans la colonne "jour" si le carnet ou la carte montre qu'une dose de vaccin a été pris mais la date n'est pas donnée. *(e)* Ecrire '00' dans la colonne "jour" si les doses de vaccins <u>pas</u> reçus	Date de la vaccination								
	Jour		Mois		Année				
VAT1/DT1									
VAT2/DT2									
VAT3/DT3									
VAT4/DT4									
VAT5/DT5									

MN7B. *Vérifier MN7A. Est-ce que tous les vaccins (de **VAT1 à VAT5**) sont enregistrés ?*

☐*Oui⇨Aller à MN19*

☐NON⇨CONTINUER AVEC *MN7F*

MN7C. EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRE SUR CE CARNET/CARTE, EST-CE QUE VOUS AVEZ REÇU AU COURS DES 2 DERNIERES ANNEES D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DES CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS ?

☐*Oui⇨retourner à MN7A, insister sur ces vaccinations et écrire '66' dans la colonne jour correspondante de chaque vaccin mentionné. Quand complété, passer à IM19*

☐*Non/NSP⇨Aller à IM19*

MN7C. En plus de ce qui est enregistré sur ce carnet/carte, est-ce que vous avez reçu au cours des 2 dernières années d'autres vaccins y compris des vaccins reçus pendant les campagnes, journées nationales de vaccination ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	 2⇨ *IM19* 8⇨ *IM19*
MN7C1. *Retourner à MN7A et insister pour ces vaccins.* *Enregistrer '66' dans la colonne jour correspondante pour chaque vaccin reçu.* *Pour les vaccins pas reçus, enregistrer '00'.* *Quand c'est fait, continuer avec IM19.*		
MN8. Quand vous étiez enceinte de ***(nom),*** vous a-t-on fait une injection dans le bras ou à l'épaule pour éviter au bébé de contracter le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	 2⇨*MN11* 8⇨*MN11*
MN9. Combien de fois avez-vous reçu cette injection contre le tétanos au cours de la grossesse de ***(nom)*** ? *Si 5 fois ou plus, enregistrer '5'.*	NOMBRE DE FOIS __ NSP 8	 8⇨*MN11*
MN10. *Vérifier MN9 : Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées pour la dernière grossesse ?*	SEULEMENT 1 INJECTION 1 2 INJECTIONS OU PLUS 2	 2⇨*MN19*
MN11. Est-ce qu'à n'importe quel moment avant la grossesse de ***(nom)***, vous avez reçu une injection antitétanique, soit pour vous protéger vous-même, soit pour protéger un autre bébé ? *Inclure les vaccins DTCoq (Tétanos) reçus durant l'enfance ou les grossesses antérieures si mentionnés*	OUI 1 NON 2 NSP 8	 2⇨ *MN14C* 8⇨ *MN14C*

MN12. Avant la grossesse de ***(nom)***, combien de fois avez-vous reçu une injection antitétanique ? *Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Inclure les vaccins DTCoq (Tétanos) reçus durant l'enfance si mentionné.*	NOMBRE DE FOIS __ NSP 8	8 ⇨*MN14C*
MN13. Vérifier MN12 : Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées avant la dernière grossesse ?	SEULEMENT 1 INJECTION 1 2 INJECTIONS OU PLUS OU NSP 2	1 ⇨*MN14A* 2 ⇨*MN14B*
MN14A. Cela fait combien d'années que vous avez reçu cette injection antitétanique ?	ANNEE __ __ ans NSP 8	⇨*MN14C*
MN14B. Cela fait combien d'années que vous avez reçu la dernière injection antitétanique ? *La référence est la dernière injection reçue avant cette grossesse, comme enregistré à MN12. Si moins d'un an, enregistrer '00'*	ANNEE __ __ ans NSP 8	
MN14C. *Vérifier si les conditions suivantes sont remplies* *-Si (MN8=2 ou MN8=8 ou MN9=8) et MN12<=1 ;* *OU* *- Si MN9=1 et (MN12=0 ou MN12=8)*	☐ *Oui, la mère a reçu de toute sa vie au plus une dose de vaccin contre le tétanos.* ⇨ *Continuer avec MN14D* ☐ *Sinon* ⇨ *Aller à MN19*	

MN14D. Pourquoi de toute votre vie vous n'avez reçu qu'au plus une dose de vaccin contre le tétanos ? *(Posez d'abord la question, laissez répondre la personne, cherchez dans la liste de réponses les raisons qui correspondent)*	N'A PAS SAISI L'IMPORTANCE DE LA DEUXIEME DOSE AU MOINS DEUX SEMAINES AVANT L'ACCOUCHEMENT…..……A NE RECOURT PAS A LA VACCINATION…….……..……..…B NE SAIT OU NI QUAND ONT LIEU LES SEANCES DE VACCINATIONS……C CRAINT LES EFFETS SECONDAIRES……..……..……D N'A PAS EFFECTUE DE CONSULTATION POSTNATALE.....……..E A REPORTE LA CONSULTATION A UNE DATE ULTERIEURE….……..……..F N'A PAS CONFIANCE AUX VACCINS……..……..……G IL Y A DES RUMEURS……..……..……..……H SITE DE VACCINATION TROP LOIN……..……I HORAIRES INCOMPATIBLES……..……J PERSONNEL VACCINATEUR ABSENT……...……..…K PAS DE VACCINS……..……..…L ETAIT TROP OCCUPEE……..…..……..……M PROBLEME FAMILIAL (MALADIE) ……..……..N N'EST PAS ALLEE SE FAIRE VACCINER CAR ELLE ETAIT MALADE……..O MALADE, ELLE EST ALLEE SE FAIRE VACCINER, SANS SUCCES……..……..…P PRIX DE LA CARTE DE VACCINATION CHER……..……Q LES SERINGUES SONT TROP CHERES……..…..…R ATTENTE TROP LONGUE……..……..……S AUTRE (PRECISER) X

MN19. Qui vous a assisté pendant l'accouchement de ***(nom)*** ? *Insister:* Quelqu'un d'autre ? *Insister pour le type de personne qui a assisté l'accouchement et enregistrer toutes les réponses mentionnées.*	**PROFESSIONNEL DE SANTE** MEDECIN A INFIRMIERE B SAGE-FEMME C AGENT TECHNIQUE DE SANTE C **AUTRE PERSONNE** ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE/MATRONE F AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIREG PARENT/AMI H RELAIS COMMUNAUTAIRE I AUTRE (*préciser*) X PERSONNE/A ACCOUCHE SEULE Y NE SAIT PAS Z	
MN20. Où avez-vous accouché de ***(nom)*** ? *Insister pour obtenir le type d'endroit.* *S'il n'est pas possible de déterminer si l'endroit est un <u>établissement public ou privé</u>, inscrire le nom de l'endroit et noter temporairement '76' jusqu'à trouver la catégorie de réponse appropriée.*	**DOMICILE** DOMICILE DE L'ENQUETEE 11 AUTRE DOMICILE 12 AU CHAMP/EN BROUSSE/EN COURS DE ROUTE 13 **SECTEUR PUBLIC** HOPITAL PUBLIC/CMC 21 CENTRE DE SANTE PUBLIC. 22 POSTE DE SANTE PUBLIC. 23 AUTRE PUBLIC (*préciser*) 26 **SECTEUR MEDICAL PRIVE** HOPITAL/CLINIQUE PRIVE 31 CABINET DE SOINS PRIVE 32 AUTRE PRIVE MEDICAL (*préciser*) 36 NSP SI PUBLIC OU PRIVE (*nom de l'endroit à écrire*) _____76 AUTRE (*préciser*) 96	
WM10. *Enregistrer l'heure de la fin de l'entretien.*	HEURES ET MINUTES __ __ : __ __	
WM11. *Est-ce que l'interview entière s'est déroulée en privé ou est-ce que quelqu'un était là durant tout ou une partie de l'entretien ?*	OUI, L'ENTRETIEN ENTIER S'EST DEROULE EN PRIVE 1 NON, D'AUTRES ETAIENT PRESENTS DURANT TOUT L'ENTRETIEN (*préciser*) 2 NON, D'AUTRES ETAIENT PRESENTS UNE PARTIE DE L'ENTRETIEN (*préciser*) 3	
WM12. *Langue du questionnaire.*	FRANÇAIS 1	

WM13. *Langue de l'interview.*	FRANCAIS ..... 01 SOUSSOU ..... 02 POULAR ..... 03 MALINKE ..... 04 KISSI ..... 05 TOMA ..... 06 GUERZE ..... 07 AUTRE LANGUE *(préciser)* 96	

WM14. Quelle est votre langue maternelle ?	SOUSSOU .....01 POULAR .....02 MALINKE.....03 KISSI .....04 TOMA.....05 GUERZE.....06 AUTRE LANGUE *(préciser)* 96	
WM15. *Est-ce qu'un traducteur a été utilisé pour n'importe quelle partie de ce questionnaire ?*	OUI, QUESTIONNAIRE ENTIER .....01 OUI, PARTIES DU QUESTIONNAIRE.....02 NON, PAS UTILISE 03	

WM16. *Vérifier colonnes HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE DU QUESTIONNAIRE MENAGE : Est-ce que la répondante ou le répondant est respectivement (la mère ou la gardienne principale) ou gardien principal d'un enfant de 12-96 mois qui vit dans ce ménage ?*

☐ *Oui* ⇨ *Aller à WM17 dans le PANNEAU D'INFORMATION DE LA FEMME et enregistrer '01'. Puis aller au QUESTIONNAIRE ENFANT DE 12-96 MOIS pour cet enfant et commencer l'interview avec ce/cette Répondant(e).*

☐ *Non* ⇨ *Aller à WM17 dans le PANNEAU D'INFORMATION DE LA FEMME et enregistrer '01'. Puis terminer l'interview avec cette/ce femme/homme en la remerciant de sa coopération. Vérifier s'il y a un autre questionnaire à administrer dans ce ménage.*

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRICE

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

LISTE DES PRINCIPAUX INDICATEURS POUR L'EVALUATION DE LA CAMPAGNE INTEGREE MenA-VAR, COUPLEE A L'ENQUETE DE COUVERTURE VACCINALE DE ROUTINE EN GUINEE

I. Enquête d'évaluation de la couverture vaccinale de routine en Guinée

N°	Intitulé de l'indicateur	Mode de calcul	Stratification	Niveau de désagrégation
A. Description de l'échantillon				
ECV1.1	Pourcentage de grappes enquêtées			
ECV1.2	Pourcentage de ménages enquêtés			
ECV1.3	Répartition de l'échantillon selon les régions administratives			
ECV1.4	Répartition de l'échantillon selon les districts sanitaires			
ECV1.5	Répartition de l'échantillon selon le milieu de résidence			
ECV1.6	Age moyen des enfants enquêtés			
ECV1.7	Répartition des enfants enquêtés par tranche d'âge			
ECV1.8	Répartition des enfants enquêtés selon le rang de naissance			
ECV1.9	Age moyen de mères/gardienne d'enfants enquêtées			
ECV1.10	Répartition des mères/gardiennes d'enfants selon le niveau d'instruction			
ECV1.11	Répartition des mères/gardiennes d'enfants selon la religion pratiquée			
ECV1.12	Répartition des mères/gardiennes d'enfants selon l'appartenance ethnique			
ECV1.13	Répartition des mères/gardiennes d'enfants selon le temps mis pour rendre dans un centre de vaccination			
ECV1.14	Répartition des mères/gardiennes d'enfants selon le coût de transport pour se rendre dans un centre de vaccination			
ECV1.15	Répartition des mères/gardiennes d'enfants selon le moyen de transport utilisé pour se rendre au centre de vaccination			
ECV1.16	Répartition des mères/gardiens d'enfants selon le nombre de visites dans un établissement de santé au cours des 6 derniers mois			
ECV1.17	Répartition de l'échantillon selon les quintiles de bien-être économique			
B. Couverture vaccinale				

ECV2.1	Pourcentage pondéré d'enfants de 12 – 23 mois enquêtés possédant un carnet de santé au moment de l'enquête			• Sexe • Rang de naissance • Milieu de résidence • Niveau d'instruction de la gardienne/mère • Quintile de bien-être économique • Religion • Ethnie • Région administrative • District sanitaire
ECV2.2	Pourcentage pondéré d'enfants de 24 – 35 mois enquêtés possédant un carnet de santé au moment de l'enquête			• Sexe • Rang de naissance • Milieu de résidence • Niveau d'instruction de la gardienne/mère • Quintile de bien-être économique • Religion • Ethnie • Région administrative • District sanitaire
ECV2.3	Pourcentage pondéré d'enfants enquêtés possédant un carnet de santé au moment de l'enquête			• Sexe • Rang de naissance • Milieu de résidence • Niveau d'instruction de la gardienne/mère • Quintile de bien-être économique • Religion • Ethnie • Région administrative • District sanitaire
ECV2.4	Pourcentage pondéré d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête - BCG - Polio (0, 1, 2, 3) - Penta (1, 2, 3) - Rougeole - VPI - Fièvre jaune		• Carnet de santé • Déclaration de la mère ou gardienne d'enfants (histoire) • Ensemble	• Sexe • Rang de naissance • Milieu de résidence • Niveau d'instruction de la gardienne/mère • Quintile de bien-être économique • Religion • Ethnie • Région administrative • District sanitaire
ECV2.5	Pourcentage pondéré d'enfants de 12 – 23 mois ayant reçu tous les vaccins de base - BCG - Polio (0, 1, 2, 3) - Penta (1, 2, 3) - Rougeole		• Carnet de santé • Déclaration de la mère ou gardienne d'enfants (histoire) • Ensemble	• Sexe • Rang de naissance • Milieu de résidence • Niveau d'instruction de la gardienne/mère • Quintile de bien-être économique • Religion • Ethnie • Région administrative • District sanitaire
ECV2.6	Pourcentage pondéré d'enfants de 12 – 23 mois ayant reçu tous les		• Carnet de santé	• Sexe

	vaccins appropriés pour le groupe d'âge - BCG - Polio (0, 1, 2, 3) - Penta (1, 2, 3) - Rougeole - VPI - Fièvre jaune		• Déclaration de la mère ou gardienne d'enfants (histoire) • Ensemble	• Rang de naissance • Milieu de résidence • Niveau d'instruction de la gardienne/mère • Quintile de bien-être économique • Religion • Ethnie • Région administrative • District sanitaire
ECV2.7	Pourcentage pondéré d'enfants de 24 – 35 mois ayant reçu tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âge - BCG - Polio (0, 1, 2, 3) - Penta (1, 2, 3) - Rougeole - VPI - Fièvre jaune		• Carnet de santé • Déclaration de la mère ou gardienne d'enfants (histoire) • Ensemble	• Sexe • Rang de naissance • Milieu de résidence • Niveau d'instruction de la gardienne/mère • Quintile de bien-être économique • Religion • Ethnie • Région administrative • District sanitaire
ECV2.8	Pourcentage pondéré d'enfants complètement vaccinés (c'est-à-dire ayant reçu tous les antigènes requis avant son premier anniversaire)		• Carnet de santé • Déclaration de la mère ou gardienne d'enfants (histoire) • Ensemble	• Sexe • Rang de naissance • Milieu de résidence • Niveau d'instruction de la gardienne/mère • Quintile de bien-être économique • Religion • Ethnie • Région administrative • District sanitaire
ECV2.9	Pourcentage pondéré d'enfants de 12 – 23 mois n'ayant reçu aucun vaccin avant l'enquête		• Carnet de santé • Déclaration de la mère ou gardienne d'enfants (histoire) • Ensemble	• Sexe • Rang de naissance • Milieu de résidence • Niveau d'instruction de la gardienne/mère • Quintile de bien-être économique • Religion • Ethnie • Région administrative • District sanitaire
ECV2.10	Pourcentage pondéré d'enfants de 12 – 23 mois n'ayant pas reçu la première dose du Penta		• Carnet de santé • Déclaration de la mère ou gardienne d'enfants (histoire) • Ensemble	• Sexe • Rang de naissance • Milieu de résidence • Niveau d'instruction de la gardienne/mère • Quintile de bien-être économique • Religion • Ethnie • Région administrative • District sanitaire
ECV2.11	Pourcentage pondéré d'enfant de 12 – 23 mois avec zéro dose de vaccination		• Carnet de santé	• Sexe • Rang de naissance

			• Déclaration de la mère ou gardienne d'enfants (histoire) • Ensemble	• Milieu de résidence • Niveau d'instruction de la gardienne/mère • Quintile de bien-être économique • Religion • Ethnie • Région administrative • District sanitaire
ECV2.12	Pourcentage pondéré d'enfants de 24 – 35 mois n'ayant reçu aucun vaccin avant l'enquête		• Carnet de santé • Déclaration de la mère ou gardienne d'enfants (histoire) • Ensemble	• Sexe • Rang de naissance • Milieu de résidence • Niveau d'instruction de la gardienne/mère • Quintile de bien-être économique • Religion • Ethnie • Région administrative • District sanitaire
ECV2.13	Pourcentage pondéré d'enfants de 24 – 35 mois n'ayant pas reçu la première dose du Penta		• Carnet de santé • Déclaration de la mère ou gardienne d'enfants (histoire) • Ensemble	• Sexe • Rang de naissance • Milieu de résidence • Niveau d'instruction de la gardienne/mère • Quintile de bien-être économique • Religion • Ethnie • Région administrative • District sanitaire
ECV2.14	Pourcentage pondéré d'enfant de 24 – 35 mois avec zéro dose de vaccination		• Carnet de santé • Déclaration de la mère ou gardienne d'enfants (histoire) • Ensemble	• Sexe • Rang de naissance • Milieu de résidence • Niveau d'instruction de la gardienne/mère • Quintile de bien-être économique • Religion • Ethnie • Région administrative • District sanitaire
ECV2.15	Couverture vaccinale pondérée selon les critères de qualité		• Satisfaisant • Insatisfaisant • Intermédiaire	• Milieu de résidence • Districts sanitaires • Régions sanitaires
ECV2.16	Fréquences pondérées des raisons de non vaccination ou de vaccination insuffisante des enfants			
ECV2.17	Taux d'abandon pondéré BCG/VAR1			
ECV2.18	Taux d'abandon pondéré Pent1/Penta 3			
ECV2.19	Pourcentage des districts sanitaires avec une couverture vaccinale en Penta 3 > 80% chez les enfants de 12 – 23 mois (pondéré)			

ECV2.20	Pourcentage des districts sanitaires avec une couverture vaccinale en Penta 3 < 50% chez les enfants de 12 – 23 mois			
ECV2.21	Pourcentage des districts sanitaires avec un taux d'abandon Pent1/Penta 3 < 10%			
ECV2.22	Pourcentage pondéré de femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois qui ont reçu au moins une dose de td		• Carnet • Histoire • Ensemble	• Milieu de résidence • Niveau d'instruction de la femme • Quintile de bien-être économique • Région administrative • District sanitaire
ECV2.23	Pourcentage pondéré de femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois qui ont reçu deux doses ou plus de td		• Carnet • Histoire • Ensemble	• Milieu de résidence • Niveau d'instruction de la femme • Quintile de bien-être économique • Région administrative • District sanitaire
ECV2.24	Pourcentage pondéré de femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois qui n'ont reçu aucune dose de td			• Milieu de résidence • Niveau d'instruction de la femme • Quintile de bien-être économique • Région administrative • District sanitaire
ECV2.25	Pourcentage pondéré d'enfants protégés à la naissance contre le tétanos			• Milieu de résidence • Niveau d'instruction de la femme • Quintile de bien-être économique • Région administrative • District sanitaire
C. Connaissances des maladies évitables par la vaccination et les vaccination				
ECV2.26	Pourcentage pondéré de mères/gardiens d'enfants connaissant au moins 4 maladies cibles du PEV			• Milieu de résidence • Niveau d'instruction de la femme • Quintile de bien-être économique • Région administrative • District sanitaire
ECV2.27	Pourcentage pondéré de mères/gardiens d'enfants connaissant le calendrier vaccinal			• Milieu de résidence • Niveau d'instruction de la femme • Quintile de bien-être économique • Région administrative • District sanitaire

ECV2.28	Pourcentage pondéré de mères/gardiens d'enfants connaissant la conduite à tenir en cas de MAPI			• Milieu de résidence • Niveau d'instruction de la femme • Quintile de bien-être économique • Région administrative • District sanitaire
ECV2.29	Pourcentage pondéré de mères/gardiens d'enfants sensibilisées sur la vaccination par le vaccinateur lors de la séance de vaccination			• Milieu de résidence • Districts sanitaires • Régions administrative
ECV2.30	Pourcentage pondéré de mères/gardiens d'enfants connaissant le programme de vaccination du site de vaccination fixe			• Milieu de résidence • Districts sanitaires • Régions administrative
ECV2.31	Pourcentage pondéré de mères/gardiens d'enfants connaissance le programme de vaccination en stratégie avancée			• Milieu de résidence • Districts sanitaires • Régions administrative

II. Enquête d'évaluation de la campagne MenA et VAR

N°	Intitulé de l'indicateur	Mode de calcul	Stratification	Niveau de désagrégation
A. Caractéristiques de l'échantillon enquêté				
MVAR1.1	Nombre de ménage enquêtés			• Districts sanitaires • Régions administratives
MVAR1.2	Niveau d'instruction du chef de ménage			
MVAR1.3	Milieu de résidence du ménage			
MVAR1.4	Profession du chef de ménage			
MVAR1.5	Niveau de revenu du chef de ménage			
MVAR1.6	Age moyen des enfant enquêtés			
MVAR1.7	Tranche d'âge des enfants enquêtés			
MVAR1.8	Sexe des enfants enquêtés			
MVAR1.9	Nombre moyen de personnes dans les ménages enquêtés			
B. Couverture vaccinale, effets secondaire et informations				

MVAR1.10	Pourcentage pondéré d'enfants ayant reçu les cartes de vaccination lors de la campagne de vaccination			
MVAR1.11	Pourcentage pondéré d'enfants possédant la carte de vaccination de la campagne au moment de l'enquête			
MVAR1.12	Pourcentage pondéré de la cible vaccinée contre la rougeole lors de la campagne		• Carte • Histoire • Ensemble	
MVAR1.13	Pourcentage pondéré d'enfants ayant manifestés des effets secondaires pendant/après la campagne rougeole			
MVAR1.14	Pourcentage pondéré de la cible vaccinée contre la méningite lors de la campagne		• Carte • Histoire • Ensemble	• Milieu de résidence • Districts sanitaires • Régions administratives
MVAR1.15	Pourcentage pondéré d'enfants ayant manifestés des effets secondaires pendant/après la campagne méningite			• Districts sanitaires • Régions administratives
MVAR1.16	Fréquence des types de manifestations secondaires contre la méningite			• Districts sanitaires • Régions administratives
MVAR1.17	Pourcentage pondéré de ménages informés (ou sensibilisés) sur la campagne avant la vaccination			• Districts sanitaires • Régions administratives
MVAR1.18	Pourcentage pondéré de personnes connaissant la rougeole contre laquelle leurs enfants ont été vaccinés			• Districts sanitaires • Régions administratives
MVAR1.19	Pourcentage pondéré de personnes connaissant la méningite contre laquelle leurs enfants ont été vaccinés			• Districts sanitaires • Régions administratives
MVAR1.20	Fréquence des principales raisons de non vaccination contre la rougeole			
MVAR1.21	Fréquence des principales raisons de non vaccination contre la méningite			
MVAR1.22	Fréquence des principales sources d'information pour la campagne de vaccination MenA et VAR			
C. Evaluation du processus de la campagne				
MVAR1.23	Points forts dans le processus de l'organisation de la campagne		• Planification et coordination • Prestation de services • Logistique et sécurité des injections	• District sanitaire • Niveau central

			• Communication et mobilisation sociale • Suivi – Evaluation et gestion des données	
MVAR1.24	Points faibles dans le processus de l'organisation de la campagne		• Planification et coordination • Prestation de services • Logistique et sécurité des injections • Communication et mobilisation sociale • Suivi – Evaluation et gestion des données	
MVAR1.25	Niveau de perception des communautés et des autorités locales de la qualité de la campagne MenA/VAR		• Bonne perception • Mauvaise perception	• Districts sanitaires • Région administrative