



CPHA ACSP

CANADA'S PUBLIC HEALTH LEADER
LE LEADER CANADIEN EN SANTÉ PUBLIQUE



Association de Santé Publique d'Haïti (ASPCHA)
33, 1^{ère} Ave. du Travail Turgeau, Port-au-Prince, Haïti (W.I.)
Phone : (509) 244-5177 Fax : (509) 244-5177 Courriel: asphaa@yahoo.fr

Bibliothèque Nationale d'Haïti
Port-au-Prince, Haïti

DL : 12-09-363
ISBN : 978-99935-7-283-1

**LES DETERMINANTS DE L'ABANDON DE LA VACCINATION CHEZ LES ENFANTS DE 1-5 ANS
DANS LE DEPARTEMENT SANITAIRE DE NIPPES.**

MOT DU PRESIDENT

L'Association de Santé Publique d'Haïti (ASPHA) et la Direction Sanitaire de Nippes (DSNi) s'estiment heureux de voir se concrétiser l'enquête sur les Déterminants de l'abandon de la vaccination dans le Département Sanitaire de Nippes avec l'assistance technique et administratif de l'Association Canadienne de Santé Publique et le financement de l'Initiative de Recherche en Santé Mondiale (IRSM) à travers l'Initiative Canadienne d'Immunsation Internationale pour Haïti (CIII2-Haiti). Les travaux ont été réalisés grâce à une subvention du Centre de recherches pour le développement international, établi à Ottawa, Canada, et à l'aide financière du gouvernement du Canada versée par l'entremise de l'Agence canadienne de développement international (ACDI).

Cette enquête a confronté beaucoup de problèmes pour sa réalisation avec les troubles sociopolitiques et les troubles sismiques obligeant de retarder ou de renvoyer des activités prévues à la survenue des élections ou la période du tremblement de terre du 12 janvier 2010. La perspicacité de l'équipe de chercheurs haïtiens, canadiens et des enquêteurs ont été un facteur positif pour le déroulement de l'enquête. Nous félicitons les participants et la Direction Sanitaire de Nippes qui se sont évertués pour faciliter la sortie des équipes de terrain et la réalisation des groupes de discussion dans la population.

Nos remerciements s'adressent en premier lieu à l'Association Canadienne de Santé Publique pour l'encadrement fourni aux chercheurs haïtiens de l'Association de Santé Publique d'Haïti (ASPHA). Ceci a permis de former une équipe de chercheurs qui disposent actuellement d'une certaine expertise pour la conception et la réalisation d'études de recherche opérationnelle. Ces chercheurs haïtiens se sont familiarisés aux techniques d'enquête et sont actuellement une richesse pour l'ASPHA et le Ministère de la Santé pour leurs activités de recherche au niveau national.


Nos remerciements s'étendent à l'Initiative de Recherche en Santé Mondiale (IRSM) pour l'appui financier sans lequel l'enquête n'aurait pas été possible. L'Association de Santé Publique (ASPHA) souhaite le resserrement des liens avec l'ACSP, l'IRSM et le CRDI pour la poursuite d'activités similaires au bénéfice du peuple haïtien.

La mise en place de cette étude a sollicité la présence constante de l'ancien Président de la ASPHA, le Dr Jean Robert Antoine et du comité exécutif d'alors pour un appui moral, logistique et administratif bénéfiques. Qu'ils en soient remerciés ! Aussi, l'appui de l'Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatiques et de l'Institut Haïtien de l'Enfance ont servi de guide pour la facilitation de l'enquête. Nous savons que la collaboration que ces organismes n'ont jamais marchandée servira de levier pour la promotion de la santé en Haïti.

Nos souhaits s'adressent aux bénéficiaires de cette étude que sont le Ministère de la Santé Publique et de la Population et le Département Sanitaire de Nippes qui méritent une attention spéciale : le Ministère pour avoir autorisé l'étude et la population du Département pour avoir permis la collecte des données et accepté de fournir des informations pertinentes pour arriver à un changement de la couverture vaccinale. Les causes de l'abandon de la vaccination fournies dans le département de Nippes montrent là où il faut attaquer le problème, et sont identiques à tous les départements.

L'Association de Santé Publique d'Haïti (ASPHA) s'engage à côté d'associations partenaires à mettre ensemble leurs capacités pour faire remonter la couverture vaccinale et combattre les causes d'abandon grevant la mortalité infantile en Haïti. Ensemble, nous pouvons combattre ces défis dont les causes sont maintenant mieux compris à travers cette enquête.




Dr. Mikael LEANDRE
Président

**Les déterminants de l'abandon de la vaccination
dans le département des Nippes**

***Par**

Dr. Eddy Jean Baptiste, Dr. Carroll Delpé, Prof. Donna Moralejo et Dr. Jacques Laroche

Rapport Technique Final

le 3 avril, 2012

Publié par : l'Association de Santé Publique d'Haïti en collaboration avec l'Association Canadienne de Santé Publique et le Département Sanitaire des Nippes

Lieu : Port-au-Prince et Ottawa

Numéro du projet : 105521-006

Titre du projet du CRDI : Canadian International Immunization Initiative for Haiti (CIII2 - Haiti) – Les déterminants de l'abandon de la vaccination dans le département des Nippes

Pays / Région : Département des Nippes, Haïti – Caraïbes – Amérique latine et des Caraïbes

Institution de recherche :

Association de Santé Publique d'Haïti (ASPHA)
#33, 1^{ère} Avenue du Travail
Port-au-Prince, Haïti

Nom des chercheurs / des membres de l'équipe de recherche :

ASPHA : Eddy Jean Baptiste : Chercheur / Codemandeur Principal (dejn Baptiste@yahoo.fr)
Caroll Delpé : Chercheur (caroll_delpé@yahoo.fr)

DSNi : Jacques Laroche : Utilisateur de recherche / Codemandeur Principal
Anne Denise Exant : Utilisateur de recherche
Kerby Renoncourt : Utilisateur de recherche

ACSP : Donna Moralejo : Chercheur (moralejo@mun.ca)
Manjula Alles et Anick Charbonneau : Administrateurs (info@cpha.ca)

Ce rapport est présenté tel qu'il a été reçu du (des) bénéficiaires(s) de la subvention accordée pour le projet. Il n'a pas fait l'objet d'un examen par les pairs ni d'autres formes de révision.

Le présent document est utilisé avec la permission de l'Association de Santé Publique d'Haïti

Copyright 2012, l'Association de Santé Publique d'Haïti

Résumé :

Ce rapport présente les résultats d'un projet dans lequel l'Association de Santé Publique d'Haïti (ASPHA) a collaboré avec les collègues de la Direction Sanitaire du Département des Nippes et avec des chercheurs canadiens, membres de l'Association Canadienne de Santé Publique (ACSP) qui ont fourni les appuis technique et administratif. Le financement pour entreprendre cette recherche est fourni grâce à l'Initiative Recherche en Santé Mondiale (IRSM) à travers l'Initiative Canadienne d'Immunsation Internationale pour Haïti (CIII2-Haïti) et le Centre de Recherches pour le Développement International (CRDI).

La **section 1** explique le contexte du projet. La vaccination complète des enfants demeure l'une des stratégies efficaces pour réduire la mortalité infantile. En 2005-2006, 67% des enfants d'Haïti n'auraient pas été vaccinés selon le calendrier prévu avant l'âge de un an. Donc, il est important de comprendre les facteurs qui influent sur la vaccination dans le contexte local afin d'identifier les stratégies pertinentes pour accroître la couverture.

La **section 2** présente les objectifs du projet, soit : 1) documenter les causes de l'abandon de la vaccination afin de formuler des stratégies permettant de mieux atteindre les groupes cibles et de maintenir les cohortes dans le processus de vaccination et 2) renforcer les capacités de recherche opérationnelles de l'ASPHA.

La **section 3** présente la méthodologie. Deux études ont été réalisées dans trois zones de résidence dans deux communes du département des Nippes avec une faible couverture vaccinale: Miragoane-urbain, Miragoane-rural et Arnaud. Pour l'enquête quantitative, un échantillon aléatoire de 240 ménages a été sélectionné et les participants interrogés à l'aide d'un questionnaire. Pour l'étude qualitative, 8 groupes de discussion ont été réalisés avec : 1) des agents de santé, des auxiliaires et infirmières, 2) des leaders naturels, 3) des mères et gardiennes d'enfants et 4) des tradipraticiens.

La **section 4** présente les activités réalisées dans chacune des quatre étapes : (i) *l'étape préparatoire* avec la revue de la littérature, et le recrutement et la formation des enquêteurs ; (ii) *l'enquête quantitative* avec la collecte de données par l'enquête auprès des ménages ; (iii) *l'étude qualitative* avec les groupes de discussion; et (iv) *la restitution et dissémination des résultats*, avec deux réunions de restitution (présentation et discussion des résultats) avec les responsables du PEV, MSPP et membres de l'ASPHA ainsi que des communautés (groupes d'interlocuteurs clés) afin de présenter et discuter les recommandations sortant de l'étude.

La **section 5** présente les résultats clés et les extraits (tous les documents produits comme guides, questionnaires et rapports). Le taux de couverture par zone était 60.0% - 62.9%. L'enquête quantitative a identifié que l'âge, le rang de naissance, et le manque de consultation post-natale sont les facteurs de risques significatifs pour l'abandon. Les groupes de discussion ont signalé quelques causes principales, y compris l'accès géographique, l'insuffisance de personnel de santé, le manque de sensibilisation des responsables, les effets secondaires des vaccins, et la mauvaise organisation du service. Ils ont aussi identifié plusieurs stratégies pour améliorer la couverture vaccinale, y compris la sensibilisation des parents, les sessions de vaccination porte-à-porte, l'implication des écoles et autres acteurs, et la mobilisation de moyens financiers suffisants pour le service.

La **section 6** présente les incidences. Huit indicateurs de succès sont discutés, relié aux deux objectifs, en termes de la façon dont chacun a été réalisé. Les indicateurs incluent la dissémination des résultats, la formulation des stratégies pour accroître la couverture, les suggestions pour l'application des recommandations et le renforcement des capacités de recherches.

La **section 7** présente l'appréciation d'ensemble et recommandations, y compris la nécessité d'entreprendre les mesures appropriés selon les recommandations des deux études, tel qu'augmenter les activités de sensibilisation et assurer une organisation du service de vaccination adaptée à l'environnement montagneux des campagnes et aux besoins de la zone. D'autres recommandations sont liées aux futures activités d'ASPHA, par exemple, la mise en place de stratégies plus novatrices pour sensibiliser ses membres en vue d'un meilleur engagement de leur part dans les activités de recherches.

Abrégé :

Les objectifs : 1) Documenter les causes de l'abandon de la vaccination dans deux communes du département sanitaire des Nippes, et 2) renforcer les capacités de recherche opérationnelle de l'ASPHA.

La méthodologie : *L'enquête quantitative* : un échantillon aléatoire de 240 ménages; participants interrogés à l'aide d'un questionnaire. *L'étude qualitative* : 8 groupes de discussion avec : 1) des agents de santé, des auxiliaires et infirmières, 2) des leaders naturels, 3) des mères et gardiennes d'enfants et 4) des tradipraticiens.

Les résultats : Le taux de couverture par zone était 60.0% - 62.9%. L'enquête quantitative a identifié que l'âge, le rang de naissance, et le manque de consultation post-natale sont les facteurs de risques significatifs pour l'abandon. Les groupes de discussion ont signalé quelques causes principales, y compris l'accès géographique, l'insuffisance de personnel de santé, le manque de sensibilisation des responsables, les effets secondaires des vaccins, et la mauvaise organisation du service. Ils ont aussi identifié plusieurs stratégies pour améliorer la couverture vaccinale, y compris la sensibilisation des parents, les sessions de vaccination porte-à-porte, l'implication des écoles et autres acteurs, et la mobilisation de moyens financiers suffisants pour le service.

La conclusion : Ces résultats ont été discutés avec les acteurs impliqués dans la vaccination d'enfants ; les résultats peuvent servir dans l'amélioration de la couverture vaccinale. La capacité des chercheurs de l'ASPHA était augmentée pour entreprendre d'autres études comme celle-ci.

Mots clés : vaccination, immunisation, l'abandon, enfant, facteurs de risque

Table des matières

Section 1 : Problème (ayant fait l'objet de la recherche)	7
Section 2 : Objectifs	8
Section 3: Méthodologie	8
Section 4: Activités réalisées	8
Section 5 : Extrants et constatation de la recherche	10
Section 6 : Incidences	15
Section 7 : Appréciation d'ensemble et recommandations	19

Annexes

Annexe A: Tableau d'avancement du projet	21
Annexe B: L'enquête quantitative	30
Annexe B1 : Guide d'enquête auprès les ménages	30
Annexe B2 : Questionnaire en français.....	43
Annexe B3 : Calendrier de formation	53
Annexe B4 : Manuel d'instruction des superviseurs de terrain	54
Annexe B5 : Rapport de l'atelier de formation des enquêteurs et superviseurs.....	57
Annexe B6 : Rapport de collecte de données.....	67
Annexe B7 : Rapport de l'enquête quantitative : résultat complet	73
Annexe B8 : Rapport abrégé de l'enquête quantitative.....	99
Annexe B9 : Échantillonnage et liste de SDE retenu.....	118
Annexe C: L'enquête qualitative	120
Annexe C1 : Guide d'entretien pour les groupes de discussion dirigée.....	120
Annexe C2 : Rapport des groupes de discussion	131
Annexe C3 : Rapport abrégé des groupes de discussion	145
Annexe D: Revue de la littérature	155
Annexe D1: Tableau de la revue de la littérature.....	155
Annexe D2 : Revue de la littérature.....	178
Annexe E: Dissemination	189
Annexe E1 : Rapport intégré des études	189
Annexe E2 : Rapport de la première session de restitution	208
Annexe E3 : Rapport de deuxième session de restitution.....	210
Annexe E4 : Présentation pour les sessions de restitutions.....	212
Annexe E5 : Présentation pour la session à Montréal.....	213

Section 1 : Problème (ayant fait l'objet de la recherche)

La vaccination complète des enfants de moins d'un an demeure l'une des stratégies efficaces pour réduire la mortalité infantile et faciliter l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) en santé pour ce groupe d'âge. Selon la 4^e Enquête Mortalité Morbidité et Utilisation des Services en Haïti 2005-2006 (EMMUS IV), 67% des enfants d'Haïti n'auraient pas été vaccinés en 2005-06 selon le calendrier prévu avant l'âge de un an et 25% des femmes de 15 à 49 ans ne le sont pas non plus. Si ces chiffres reflètent encore la situation actuelle, il existe de nombreux obstacles à la vaccination complète en Haïti. La santé publique reconnaît que ces obstacles peuvent concerner des aspects liés aussi bien à l'offre qu'à la demande de services.

Beaucoup de stratégies dites institutionnelles et communautaires ont été utilisées depuis le début des années 80 avec des résultats plutôt mitigés en termes d'atteinte des objectifs de couverture fixés. Beaucoup d'obstacles à la vaccination complète des enfants ont été déjà identifiés et qui sont liés aussi bien à l'offre qu'à la demande de services. Donc, il est important de comprendre les facteurs qui influent sur la vaccination dans le contexte local afin d'identifier les stratégies pertinentes pour accroître la couverture.

Les enfants et les femmes d'Haïti ne sont donc pas vaccinés pour la période considérée malgré l'application de stratégies avancées et de campagnes régionales ou nationales. En ce sens mener des recherches opérationnelles visant à expliciter les obstacles liés à la demande de services de vaccination se révèle tout à fait pertinent à l'heure actuelle en Haïti. Concernant les études déjà menées sur le sujet dans le pays, la littérature n'en rapporte que très peu particulièrement une étude réalisée dans la région de Pont Sonde qui rapporte des facteurs d'ordre religieux et culturels à l'origine de l'abandon de la vaccination. Au niveau international, la revue de littérature fait état d'une étude de même nature conduite en Ethiopie qui a permis de relever des facteurs tels que l'accessibilité à une institution de santé, le manque d'information de la mère, la crainte des réactions adverses, l'interruption des activités routinières à la base de la faible couverture vaccinale rapportée par ce pays.

Cette étude veut donc investiguer les causes de l'abandon du processus de vaccination dans des communautés rurales et périurbaines du département sanitaire des Nippes. Cette recherche permettra d'apporter un éclairage objectif sur les cinq interrogations suivantes :

- (1) Quels sont les obstacles à la complétude de la vaccination (par exemple l'âge des mères, des contraintes économiques, l'accès géographique, etc) ?
- (2) Quels sont les facteurs clés qui influencent la vaccination des enfants de moins de cinq ans (par exemple la relation père-mère, les croyances religieuses, l'égalité entre les sexes, etc) ?
- (3) Quelles seraient selon les mères les causes principales de l'abandon vaccinal ?
- (4) Quelles seraient selon les prestataires de services les causes principales de l'abandon vaccinal ?
- (5) Quelle serait l'influence de l'organisation des services de santé sur l'abandon du processus de vaccination ?

Donc, l'Association de Santé Publique d'Haïti (ASPHA) a collaboré avec des chercheurs canadiens, membres de l'Association Canadienne de Santé Publique (ACSP) en fournissant un appui technique et administratif à l'ASPHA, dans le but de mieux comprendre ces facteurs. Les chercheurs ont aussi collaboré avec les collègues de la Direction sanitaire du département des Nippes, le plus jeune et le moins encadré des départements sanitaires d'Haïti. Le financement pour entreprendre cette recherche est fourni grâce à l'Initiative Recherche en Santé Mondiale (IRSM) à travers l'Initiative Canadienne d'Immunisation Internationale pour Haïti (CIII2-Haïti) et le Centre de Recherches pour le Développement International (CRDI).

Section 2 : Objectifs

Les Objectifs du projet sont :

Objectif # 1 : Documenter les causes de l’abandon de la vaccination afin de formuler des stratégies permettant de mieux atteindre les groupes cibles et de maintenir les cohortes dans le processus de vaccination.

Objectif # 2 : Renforcer les capacités de recherche opérationnelles de l’ASPHA par le biais d’une collaboration avec des chercheurs canadiens.

Section 3: Méthodologie

Ce projet a été mené en quatre étapes, soit (i) l’étape préparatoire ; (ii) l’enquête quantitative; (iii) l’étude qualitative; et (iv) la restitution et dissémination des résultats. Pour réaliser cette recherche, l’ASPHA a collecté des données qualitatives et quantitatives sur le sujet sous étude dans trois zones de résidence dans deux communes du département des Nippes avec une faible couverture vaccinale: Miragoane-urbain, Miragoane-rural et Arnaud.

Veillez trouver dans le tableau ci-dessous la liste des documents inclus dans ce paquet de référence des outils de recherche que l’ASPHA gardera dans ces archives. Le tableau d’avancement sur les résultats du projet est trouvé en Annexe A. Tous les documents (y compris les outils et les rapports) liés à l’enquête quantitative sont trouvés en annexe B et tous les documents C liés à l’enquête qualitative. Les annexes sont organisées par étude (quantitative ou qualitative) et pas par type du document (outil ou rapport). Voir aussi la section des extraits pour une liste des autres documents développés pour ce projet.

Tableau 1 : Les documents et outils de recherche

Documents administratives	<ul style="list-style-type: none"> • Le tableau d’avancement sur les résultats du projet (Annexe A)
Outils de l’enquête quantitative	<ul style="list-style-type: none"> • Guide d’enquête auprès les ménages (Annexe B1) • Le questionnaire (Annexe B2)
Outils de l’enquête qualitative	<ul style="list-style-type: none"> • Guide de groupes de discussion y compris la liste des questions utilisées pour les groupes de discussion (Annexe C1)

La méthodologie est développée dans les sections suivantes, alors que le détail des activités réalisées sont développés dans les guides et les rapports des études en annexes B et C.

Les méthodes étaient appropriées pour adresser les questions de recherches. Elles sont réalisées comme prévue mais retardées à cause des événements hors du contrôle des chercheurs, comme expliqué dans la section suivant de l’étape préparatoire.

Section 4: Activités réalisées

Veillez vous référer au tableau d’avancement sur les résultats du projet donnant un aperçu de progression des activités réalisées lors de ce projet (voir l’Annexe A).

1. Étape préparatoire (générale)

Le plan de travail du projet a été réalisé couvrant la période visée du projet cependant l'échéancier a été ajusté et changé au besoin, particulièrement en considération de plusieurs événements sociopolitique et environnemental, par exemple le tremblement de la terre, l'épidémie du choléra et les élections qui ont eu lieu en Haïti.

Durant cette phase, une revue de la littérature scientifique sur *PubMed* a été réalisée (voir l'Annexe D) afin de faciliter le développement des questions pour les enquêtes quantitative et qualitative. Le questionnaire pour l'enquête quantitative, le guide d'enquête et autres matériaux développés ont été élaborés, pré-testés, et traduit en créole si nécessaire. Les enquêteurs et superviseurs ont été recrutés et ont reçu une formation de quatre jours. Voir l'Annexe B pour les documents pertinents. En outre un cadre pour la présentation des résultats et des indicateurs pour le projet a été élaboré afin de guider le suivi régulier des activités du projet.

Lors de cette phase entre avril - mars 2011 l'accès à la cartographie de la distribution des ménages a été rendu possible grâce aux bons offices de l'IHSI. Ceci a permis non seulement d'identifier les zones d'interventions mais aussi de faire le choix des ménages devant faire partie de l'échantillon.

2. Enquête quantitative

Pour l'enquête quantitative, un échantillon aléatoire de 240 ménages, trouvés dans 20 sections d'énumération dans les trois zones, a été sélectionné. Un ménage était admissible s'il y avait au moins un enfant du groupe d'âge 1-5 ans; selon le calendrier de vaccination, les enfants devraient être complètement vaccinés avant l'âge d'un an. L'étude s'est déroulée sur une période de deux semaines en avril 2011. Deux équipes d'enquêteurs ont été déployées sur le terrain pour recueillir les données à l'aide d'un questionnaire (voir l'Annexe B2). Après avoir expliqué l'objet de l'étude et obtenu leur consentement à participer, les enquêteurs ont interrogé les participants et écrit leurs réponses. Le questionnaire de 56 questions a été élaboré par les chercheurs et a été basé sur les facteurs de risque identifiés dans la revue de la littérature. L'administration de chaque questionnaire a pris environs 30 minutes. Les questionnaires ont été codifiés pour assurer l'anonymat des participants.

Deux opérateurs de saisie ont fait la saisie informatique des données collectées. Les variables étudiées dans les questions fermées ont été traitées avec les logiciels statistiques SPSS et Stata. Les chercheurs de l'ASPHA ont fait un résumé descriptif des variables en utilisant SPSS et la chercheuse Canadienne a vérifié les résultats préliminaires et a réalisé les autres tests statistiques, utilisant Stata, pour évaluer la signification des différences trouvées. Les différences dans les proportions ont été testées à l'aide de test du khi-carré, pour signification statistique.

3. Enquête qualitative

Pour l'étude qualitative, deux chercheurs en sciences humaines ont réalisé 8 groupes de discussion, à la fin du mois de juin et au début du mois de juillet 2011, auprès des groupes cibles, tels : 1) des agents de santé, des auxiliaires et infirmières, 2) des leaders naturels, 3) des mères et gardiennes d'enfants et 4) des tradipraticiens. Quatre groupes, un avec chaque population de cible, ont été réalisés à Miragoane et quatre à Arnaud. Voir l'Annexe C pour les documents pertinents.

Les participants aux groupes de discussion ont eu l'opportunité de faire des échanges entre eux sur les facteurs de risques qui, selon eux, peuvent expliquer les causes de l'abandon de la vaccination. Le guide d'entrevue, y compris les questions préliminaires pour discussion, ont été préparés par les deux chercheurs et validés par les cadres de l'ASPHA et de l'ACSP. Les questions pour discussion ont été basées sur les résultats de l'enquête quantitative et ont été adaptés pour les groupes différents. Les animateurs ont aussi identifié autres questions pertinents pendant les discussions. Les participants ont pu librement fournir des informations pertinentes sur leurs propres perceptions des véritables causes de l'abandon de la vaccination ainsi que les moyens à mobiliser pour augmenter la couverture vaccinale dans la région des Nippes. Les informations ont été collectées à partir de notes manuscrites et d'enregistrement audio des discussions tenues avec les personnes rencontrées dans les deux communes. Les

informations ont été par la suite traitées puis analysées par tous les chercheurs pour tirer les conclusions (voir la Section 5) en fonction des questions soulevées.

4. Restitution & dissémination

Restitution :

Pour cette étape les stratégies utilisées comprennent des réunions de restitution (présentation et discussion des résultats) avec les responsables du PEV, MSPP et membres de l'ASPHA ainsi que des communautés (groupes d'interlocuteurs clés) afin de présenter et discuter les recommandations sortant de l'étude. Les participants ont reçu un rapport abrégé des résultats clés avant de la session (voir l'Annexe E1).

Le premier atelier de restitution a été réalisé le 30 août, 2011 à l'occasion de l'anniversaire de l'ASPHA. Cette activité a réuni une trentaine de participants a inclus la présence du Directeur Général du MSPP, représentants de PEV et d'autres organisations. Un second atelier de restitution a été réalisé le 15 Octobre, 2011 dans les Nippes. Cette activité était organisée par le DNSI et a réuni une trentaine de participants incluant la présence de représentants du CRDI, représentants de PEV et d'autres organisations. La présentation PowerPoint pour les sessions et les rapports des sessions sont trouvés en Annexe E (E2 à E4).

Le rapport final sera remis aux autorités sanitaires au niveau central et des Nippes. Des séances de travail sont également prévues avec les Responsables de la DPEV pour un meilleur suivi des conclusions et recommandations de cette étude.

Dissémination :

La dissémination des résultats est l'activité essentielle du transfert des connaissances acquises. Elle a été réalisée lors de la tenue d'ateliers de restitution avec les membres de l'équipe départementale de santé des Nippes (DSNi), et continuera avec les organisations de groupes spécifiques de la population du département ou lors de rencontres scientifiques médicales ou socio sanitaires.

Le document final de l'étude sera publié par une firme d'édition locale à raison d'une cinquantaine d'exemplaires et expédié à différentes institutions et agences de coopération technique partenaires du MSPP incluant trois originaux qui seront, comme dépôt légal, à la bibliothèque nationale selon les lois haïtiennes régissant la matière.

Le rapport synthétique résumant les faits saillants (voir l'Annexe E1) devant constituer la base d'un article à publier dans une revue scientifique ou dans l'un des journaux du pays à été produit.

L'ASPHA et l'ACSP ont eu l'occasion de présenter quelques résultats préliminaires de l'étude à la Conférence de l'ACSP à Montréal en juin 2011. La présentation est trouvée en annexe E5.

Par ailleurs l'ASPHA et l'ACSP ainsi que la DSNi se proposent de soumettre, en mars ou avril 2012, un article pour publication dans des journaux scientifiques en Haïti et au Canada. L'ASPHA et l'ACSP publient toutes deux des bulletins d'information trimestriels. Si l'article n'est pas accepté pour publication dans la revue de l'ACSP, il sera soumis à un autre journal.

Section 5 : Extrait et constatation de la recherche

5A Résultats de la recherche

Cette section récapitule les résultats principaux de la revue de la littérature et des deux enquêtes. Les résultats plus détaillés peuvent être trouvés dans les rapports en annexes B, C et D.

La revue de la littérature

La revue a retrouvé seulement trois études conduites en Haïti. Sloand (2010) a identifié que la participation dans un club de pères peut augmenter le taux de vaccination. EMMUS-IV (2006) a identifié le rang de naissance et le niveau d'instruction de la mère comme les facteurs de risque, et Muula (2009) a trouvé que les mères qui utilisent les services des guérisseurs naturels ne conduisent pas leurs enfants à la vaccination. Ces études ont seulement examiné un nombre très limité de facteurs. Il était donc important de considérer des études entreprises dans d'autres pays en voie de développement.

Les 22 autres études retrouvées ont identifiés des facteurs multiples liés à la vaccination complète et incomplète. Ceux-ci incluent des caractéristiques d'enfant, de mère, de ménage, de communauté et de service de santé. Il est difficile d'identifier quels facteurs sont les plus importants car certaines fois les méthodologies des études, les variables, les antigènes, les cultures, les définitions, et les critères sont différents. Certains articles n'ont pas fait de différenciation entre un enfant complètement vacciné, partiellement vacciné ou non vacciné. L'échantillonnage pour certaines études a manqué une puissance suffisante de détecter une différence significative. La majorité des études ont été descriptives, ce qui ne nous permet pas d'affirmer que tous les facteurs de risque sont responsables de la faible couverture vaccinale.

En dépit de toutes ces différences, la revue de la littérature nous a aidés à identifier les facteurs de risque potentiels à inclure dans le questionnaire de l'enquête quantitative sur les raisons de l'abandon de la vaccination en Haïti.

Les participants

L'échantillon final de l'enquête quantitative s'est composé de 240 ménages avec un total de 308 enfants d'âge 1 à 5 ans : 64 ménages et 94 enfants à Miragoane-urbain, 147 ménages et 180 enfants à Miragoane-rural, et 29 ménages et 34 enfants à Arnaud. Les trois zones ont été semblables dans certaines caractéristiques (exemples : les mères ont été les responsables pour la décision de faire vacciner les enfants, revenu irrégulier). Miragoane-rural a été semblable à Arnaud dans certaines caractéristiques (exemples : plus de cultivateurs, temps de marche du centre de santé) mais n'a pas été plus semblable à Miragoane-urbain dans d'autres caractéristiques (exemples : religion, revenu de plus de 80 gourdes par jour), et a été différent dans d'autres (exemples : plus d'enfants d'âge 4 ou 5 ans). Le niveau d'instruction a été beaucoup plus faible à Arnaud et Miragoane-rural qu'à Miragoane-urbain avec de nombreux incapables de lire. Les différences ont été significatives.

Pour l'étude qualitative, 8 groupes de discussion ont été réalisés, auprès des groupes cibles, tels : 1) des agents de santé, des auxiliaires et infirmières, 2) des leaders naturels, 3) des mères et gardiennes d'enfants et 4) des tradipraticiens. Quatre groupes de 6-10 personnes, un groupe avec chaque population de cible, ont été réalisés à Miragoane et quatre à Arnaud.

Bien qu'il y ait eu des différences par zone, les réponses dans les groupes de discussion n'ont pas été influencées par les croyances religieuses ou par les autres caractéristiques sociodémographiques.

Le statut vaccinal

Presque toutes les mères ont été vaccinées contre le tétanos (94.3% - 100%) mais le taux de couverture pour les enfants a été plus faible que le taux de 67% pour Haïti en 2005-2006 (EMMUS-IV) et beaucoup plus faible que le taux de couverture ciblée par l'OMS (80%). Le taux de couverture, calculé basé sur les carnets de vaccination, a été 62.0% et a été similaire dans chaque zone (60.0% - 62.9%). Une moyenne de 76.9% (73.5% - 78.9%) des enfants ont eu les carnets de vaccination qui ont été vérifiées prouvant par ainsi le statut vaccinal des enfants. Seulement 3 secteurs d'énumération de 20 ont eu un taux de couverture plus de 80%, et 5 ont eu un taux de 50% ou moins.

En général, les enfants dans le même ménage ont le même statut vaccinal (complètement ou partiellement vaccinés). Toutefois, dans 14 ménages, il y a eu un mélange d'enfants vaccinés complètement et d'enfants qui ont été partiellement vaccinés ou non vaccinés. Il n'y a eu aucun modèle clair lié aux doses et aux vaccins manqués. Pour beaucoup, la rougeole était manquante, et pour d'autres, les troisièmes doses de DTP et la poliomyélite ont été manquantes.

Caractéristiques de l'enfant

Les enfants d'un an ont moins de probabilité d'être vaccinés complètement que les enfants des autres âges (57.9%- 75.0%). La différence entre le taux vaccinal pour les enfants d'un an (45.8%) comparé au taux pour les enfants de 5 ans (75.0%) a été significative ($p = .0056$) mais les autres différences n'ont pas été significatives.

Les enfants de premier ou deuxième rang de naissance ont été plus probables d'être complètement vaccinés (69.9%- et 60.9%) que les enfants des autres rangs de naissance (52.6% - 57.9%), mais les différences n'ont pas été significatives. Les filles ont eu presque des chances égales d'être complètement vaccinées, 60.4%, que les garçons, 64.7%.

Les facteurs associés aux parents et aux ménages

Chaque groupe de discussion a identifié un manque de connaissance et de sensibilisation comme une cause principale de l'abandon. La plupart des répondants de sondage (>92%) ont su qu'il faut vacciner tous les enfants, qu'il faut vacciner l'enfant plusieurs fois, que la vaccination est gratuite, et ou il faut aller faire vacciner les enfants. Plus de 98% ont dit qu'ils croient que la vaccination est importante pour la santé des enfants et qu'il y a un bénéfice pour les enfants, et recommanderaient aux autres parents de faire vacciner leurs enfants. Certaines des questions-fermées ont peut être limité la capacité d'évaluer la connaissance et la croyance des répondants. Cependant, le sondage a identifié certaines des matières où la connaissance était faible. Par exemple, la plupart n'ont pas connu l'horaire du centre de santé. Les enfants ont eu plus de probabilité d'être complètement vaccinés si le répondant a connu l'horaire, mais la différence n'a pas été significative. Bien que les répondants aient corrects en identifiant le statut vaccinal de leurs enfants, la plupart n'ont pas pu identifier quels vaccins sont exigés, en général et spécifiquement pour les enfants qui ont été partiellement vaccinés.

Chaque groupe de discussion a aussi identifié les effets secondaires que les vaccins provoquent comme une cause principale de l'abandon. Selon le sondage, les enfants ont un peu plus de probabilité d'être complètement vaccinés si les répondants ne croient pas que les vaccins ont les effets secondaires (61.5%) que s'ils croient qu'il y a des effets (52.5%), mais la différence n'a pas été significative. Une autre matière qui n'a pas été bien comprise a été que des enfants peuvent être vaccinés même lorsqu'ils sont malades. Deux-tiers ont dit qu'elles ne vaccinent pas leurs enfants s'ils sont malades, mais cette croyance n'a pas été associée avec le statut vaccinal.

Selon le sondage, en général, les mères ont été responsables pour la décision de faire vacciner les enfants. Le niveau d'instruction des responsables de la décision a été faible : 23.1% des responsables au niveau de Miragoane-rural et 27.6% au niveau d'Arnaud n'ont pas su ni lire, ni écrire, et moins d'un tiers ont eu plus de l'enseignement primaire. Dans la commune de Miragoane-urbain, en contraste, 54.7% ont eu plus de l'enseignement primaire et seulement 6.3% n'ont pas su ni lire, ni écrire. Les différences ont été significatives ($p < .005$). Cependant, le niveau d'instruction de la personne responsable pour la décision de faire vacciner n'a pas été un facteur important qui facilite ou empêche clairement la vaccination.

Six groupes de discussion, y compris les mères et gardiennes, ont identifié la négligence des parents et responsables d'enfants comme un autre facteur. Les agents de santé à Arnaud ont suggéré que cette négligence est liée à l'immaturité de certaines mères et/ou gardiennes, et les représentants légaux à Arnaud ont suggéré un manque de motivation. Quelques mères et gardiennes ont avoué n'avoir pas toujours assez de temps pour emmener vacciner leurs enfants.

La plupart des mères ont été à une consultation prénatale (89.5% - 96.1%), mais 56.5% à 73.% ont été à une consultation post-natale. Parmi les mères sans consultation post-natale, tous les enfants dans le ménage ont été complètement vaccinés pour 72.3% des mères à Miragoane-urbain, 45.2% à Miragoane-rural, et 83.3% à Arnaud. Les différences entre Miragoane-rural et les autres zones ont été significative ($p < .015$). Dans la zone de Miragoane-urbain, la plupart des mères ont accouché à l'hôpital ou au centre de santé, mais à Miragoane-rural et à Arnaud, la plupart ont accouché à domicile.

Le service de vaccination

Chaque groupe de discussion, sauf pour les tradipraticiens à Miragoane, a identifié l'accès géographique comme un facteur contribuant à l'abandon de vaccination. Deux groupes, les agents de santé à Arnaud et les mères à Miragoane, ont mis l'accent sur la distance, mais les autres groupes ont mis l'accent sur les autres causes de l'abandon. Chaque groupe, y compris ceux qui ont souligné la distance comme un problème, ont convenu que l'accès physique ne peut expliquer qu'en partie l'abandon.

La plupart des répondants dans le sondage (moyenne : 92.1%) ont dit que les services de vaccination sont accessibles, sans beaucoup de différence entre les zones. Un tiers de répondants qui a avoué que les services sont accessibles ont été constitué de ménages avec les enfants partiellement vaccinés. Selon les résultats de l'enquête quantitative, 40.0%-55.6% des enfants à Miragoane-rural et à Arnaud qui vivaient à une distance de 30 minutes à 3 heures de marche de centre de santé ont été complètement vaccinés, comparé aux enfants qui vivaient à une distance de moins de 30 minutes ou qui vivaient à Miragoane-urbain (60%-70%). Cependant, 8 des 11 enfants à une distance de plus de 3 heures de marche ont été complètement vaccinés, suggérant que la distance n'est pas la seule cause de l'abandon.

Dans le sondage, les répondants ont été questionnés sur ce qui a facilité l'accès aux services de vaccination. Il y a eu des différences dans les réponses par zone. Par exemple, seulement une moyenne de 9.6% a dit que les campagnes de vaccination facilitent la vaccination ; les répondants à Miragoane- rural (11.6%) ont été plus favorables aux campagnes que ceux à Arnaud (3.4%). Seulement une moyenne de 25.4% a dit que l'horaire du centre de santé facilite la vaccination, et une moyenne de 11.3% a dit que l'accueil dans le centre de santé est important. Moins de 5% ont dit que la manière du personnel, la qualité de service ou les incitatifs ont facilité l'accès aux services de vaccination, sans beaucoup de différence entre les zones. Aucun de ces facteurs n'a été discuté par les groupes de discussion. Il est possible que les participants des deux études fussent peu disposés à dire des commentaires négatifs au sujet du service.

Comme dernière question du sondage, les répondants devaient formuler des commentaires additionnels selon leur propre connaissance sur le sujet. La réponse la plus fréquente a été d'ajouter un autre centre de santé dans la zone. Cinq des huit groupes de discussion ont aussi identifié l'ajout d'un centre de santé comme une recommandation. Plutôt que de se concentrer sur l'ajout d'un centre de santé ou d'améliorer les conditions de la route, chaque groupe a mis l'accent sur l'augmentation du nombre de travailleurs dans le domaine de la vaccination ou la réorganisation des services. Par exemple, les agents de santé ont dit qu'ils n'ouvrent pas des flacons de vaccins pour seulement un ou deux enfants. Une autre recommandation a été d'organiser des sessions de vaccination. La plupart ont recommandé des sessions de porte-à-porte. Selon le sondage, dans la commune d'Arnaud, 55.2% des répondants ont considéré qu'une visite de l'agent de santé a facilité la vaccination, comparé à 14.1%-15% à Miragoane (urbain et rural, respectivement). La différence a été significative ($p < .0001$). Ils ont aussi suggéré des postes de vaccination ou d'organiser les sessions dans les écoles (« kindergarten », pour les enfants d'âge 2-3 ans), et ont identifié quelques rôles que les membres et organisations communautaires pourraient jouer dans la vaccination.

Tous les groupes ont identifié le besoin de sensibilisation des parents comme une priorité. Ils ont suggéré les postes de rassemblement, des campagnes régulières de sensibilisation et de commencer la sensibilisation des mères depuis les cliniques prénatales. Un message clair a été de s'assurer que l'organisation du service de vaccination est adaptée aux différents endroits montagneux des campagnes et aux besoins de la zone.

La discussion et la conclusion

Le taux de couverture est toujours faible et reste un problème qui doit être abordé dans chaque zone. L'enquête quantitative a identifié que l'âge, rang de naissance et le manque de consultation post-natale sont les facteurs de risques significatifs pour l'abandon. Les groupes de discussion ont signalé l'accès géographique, l'insuffisance de personnel de santé, le manque de sensibilisation des responsables, l'organisation non efficace du service de vaccination, les effets secondaires de vaccins et la négligence des parents comme les causes principales. Les participants des groupes de discussion ont identifiés plusieurs stratégies pour améliorer la couverture vaccinale, y compris l'augmentation de nombre de personnel, la sensibilisation des parents, les sessions de vaccination porte-à-porte, l'implication des écoles et des autres acteurs et la mobilisation des moyens financiers suffisants pour le service.

Une limitation principale de l'étude est la petite taille de l'échantillon. Quelques différences sont intéressantes mais pas significatives à cause du manque de puissance statistique. Bien que l'étude n'ait pas clairement identifié tous les facteurs de risque pour la vaccination inachevée, elle a permis de relever quelques facteurs importants et les stratégies potentielles pouvant aider dans la révision du programme de vaccination.

5 B Extrants

1) Étape préparatoire

Les faits saillants de cette étape sont résumés dans le plan de travail figurant dans l'Annexe A (le tableau d'avancement). Les guides pour les études quantitative et qualitative sont trouvés en Annexes B et C. La revue de la littérature était une activité clé dans cette étape; voir Annexe D pour le rapport de revue de la littérature.

2) Enquête quantitative

Voir l'annexe B pour trouver les documents clés produits pour l'enquête quantitative :

- Le guide d'enquête auprès les ménages (Annexe B1)
- Le questionnaire en français (Annexe B2)
- Calendrier de formation (Annexe B3)
- Manuel d'instruction pour les enquêteurs et superviseurs (Annexe B4)
- Rapport d'atelier de formation des enquêteurs et superviseurs (Annexe B5)
- Rapport de collecte de données (Annexe B6)
- Rapport de collecte de données (Annexe B7)
- Rapport abrégé de l'enquête quantitative (Annexe B8)
- Échantillonnage et liste de SDE retenu (Annexe B9)

3) Enquête qualitative

Voir l'annexe C pour trouver les documents clés produits pour l'enquête qualitative :

- Guide d'entretien pour les groupes de discussion (Annexe C1)
- Rapport des groupes de discussion (Annexe C2)
- Rapport abrégé des groupes de discussion (Annexe C3)

4) Restitution & dissémination

Voir l'annexe E pour trouver les documents clés produits pour la restitution et dissémination :

- Rapport intégré des études (Annexe E1)
- Rapport de première session de restitution (Annexe E2)
- Rapport de deuxième session de restitution (Annexe E3)
- Présentation (PowerPoint) pour les sessions de restitutions (Annexe E4)
- Présentation (PowerPoint) pour la session à Montréal (Annexe E5)
- Publication dans un journal scientifique (en cours)

Section 6 : Incidences

Objectif #1 : Documenter les causes de l'abandon de la vaccination afin de formuler des stratégies permettant de mieux atteindre les groupes cibles et de maintenir les cohortes dans le processus de vaccination.

Résultats attendus :

- a) **Une meilleure connaissance des causes de l'abandon de la vaccination en milieu rural et urbain dans le département des Nippes;**

Indicateur : La réalisation des enquêtes quantitative et qualitatives dans deux communes du département des Nippes;

A travers les deux enquêtes entreprises dans le département des Nippes, les facteurs causant l'abandon de la vaccination ont été identifiés. C'est dans ce sens que les deux études quantitative et qualitative mettent en relief les causes suivantes de l'abandon de la vaccination :

- a.1) le groupe d'âge auquel appartient l'enfant;
- a.2) le rang de naissance de l'enfant;
- a.3) le manque de connaissances des mères et/ou gardiennes d'enfants;
- a.4) les effets secondaires des vaccins;
- a.5) le manque de ressources humaines attachées aux activités de vaccination;
- a.6) la faiblesse dans l'organisation des services de vaccination.

Veuillez vous référer aux Annexes B, C et E pour les rapports et présentations résumant ces résultats.

Indicateur : Les résultats de l'étude sont largement disséminés par le biais de réunions de restitution, présentations et publication de rapports et articles scientifiques. (ASPHA et les DSNi)

Les résultats de cette recherche ont été disséminés à travers des réunions de restitutions à Port-au-Prince et dans les Nippes; une présentation de l'étude et les résultats préliminaires quantitatifs a été faite à la conférence de l'ACSP à Montréal. Quelques articles seront publiés dans les bulletins de l'ASPHA, l'ACSP et l'Université Mémorial (Terre-Neuve, Canada). Le travail est en progrès pour préparer un article scientifique à soumettre à un journal scientifique crédible dans le futur et pour les détails. Dans le même ordre d'idées, des séances de discussion sont programmées avec les Responsables de la DPEV et l'IHE pour explorer les pistes de coopération entre ces deux entités et l'ASPHA pour la mise en œuvre des conclusions et recommandations de cette étude et l'utilisation des

résultats des groupes de discussion dans le cadre des travaux d'une autre étude du même type mais avec un volet plus détaillé sur les interventions sur le terrain en termes d'activités de vaccination.

b) Des stratégies pratiques formulées pour maintenir les cohortes dans le processus de vaccination en Haïti.

Indicateurs : Discussion des recommandations et formulation des stratégies;

Quelques recommandations ont été formulées par les participants des deux sessions de restitution; les rapports de ces sessions sont trouvés en annexe E2 et E3. Plusieurs stratégies reliées aux résultats des études ont été identifiées, y compris augmenter le personnel, la participation des leaders communautaires dans le processus de sensibilisation et la mise à jour des plans d'action pour la vaccination. Les responsables du Département sanitaire des Nippes et du PEV doivent travailler ensemble pour développer et mettre en application un plan avec des actions spécifiques.

Le suivi des enfants identifiés comme non vaccinés lors des enquêtes de terrain reste problématique en raison des contraintes d'ordre éthique. Les dirigeants locaux devront donc mettre en œuvre d'autres plans pour diversifier leurs interventions afin de les atteindre et leur permettre de compléter leur calendrier vaccinal. L'identification des secteurs avec les plus bas taux de couverture peut les aider à choisir des régions prioritaires pour cette initiative.

Indicateurs : Comment les utilisateurs de la recherche (DSNi et PEV-MSPP) comptent appliquer les recommandations et stratégies formulées pour maintenir les cohortes dans le processus de vaccination.

L'ASPHA se propose de continuer à faire le plaidoyer pour la mise en œuvre des conclusions et recommandations pour l'amélioration de la couverture vaccinale. L'idée de création d'un comité de suivi formé de membres du DSNi, de la DPEV et de l'ASPHA n'est pas à écarter pour leur meilleur suivi. La contribution d'autres associations socioprofessionnelles comme l'Association Médicale Haïtienne (AMH) et l'Association Nationales des Infirmières Licenciées d'Haïti (ANILH) représenterait un plus à ne pas dédaigner. D'autre part, le partenariat entre l'IHE et l'ASPHA en vue de l'utilisation de la base de données sur les groupes de discussion est en cours et sera matérialisé sous peu.

Objectif #2 : Renforcer les capacités de recherche opérationnelles de l'ASPHA par le biais d'une collaboration avec des chercheurs canadiens.

Les chercheurs locaux qui ont mené à terme l'étude ont grandement bénéficié de l'appui technique des collègues de l'ACSP surtout en ce qui concerne leurs connaissances, aptitudes et comportements à planifier, coordonner les interventions de terrain, à développer les outils de collecte et à gérer et interpréter l'ensemble des informations collectées.

Beaucoup d'efforts ont été consentis par les dirigeants du DSNi pour accompagner l'équipe de chercheurs et à ce titre ceci constitue un garant certain de leur volonté d'assurer le suivi des conclusions et recommandations formulées dans le document final de cette étude.

Les contacts avec les jeunes superviseurs et enquêteurs mobilisés durant les opérations de collecte de données doivent être maintenus et consolidés pour d'éventuelles activités du même genre que l'ASPHA compte conduire dans le futur puisque l'expérience acquise par eux risque de disparaître si elle n'est pas utilisée dans un futur proche. Pour les dirigeants du secteur public de la santé, les constats faits sur le terrain ne feront qu'apporter des éléments de réponse à certaines des interrogations qu'ils avaient concernant la problématique de la couverture vaccinale.

Résultats attendus :

a) Une capacité accrue (connaissances; compétences et assurance) des chercheurs et membres de l'ASPHA de réaliser ce type de recherche en Haïti;

Au cours de ce projet d'étude, le travail technique été organisé au cours de séances de réflexion et de planification puis de travaux sur le terrain. Les méthodes participatives ont été utilisées afin d'assurer une participation maximum des principaux acteurs concernés et une distribution efficiente des tâches.

Le renforcement des capacités a touché les participants à deux niveaux :

Indicateur : Capacité renforcée de l'équipe de chercheurs;

Le premier niveau inclus un petit groupe des chercheurs de l'ASPHA et collaborateurs du DSNi, directement impliqués et responsables de la recherche, comme les principaux bénéficiaires de ce renforcement avec l'appui technique de l'ACSP. Le renforcement a été réalisé par un appui à distance (par courrier électronique, et appel conférence) et sur place de l'ACSP (2 visites de terrain), par des réunions de travail et des discussions et échanges. Pour l'ACSP son rôle principalement était le renforcement de la capacité de l'équipe de recherche de l'ASPHA. A travers l'appui fourni par le Dr. Moralejo, les bonnes pratiques en méthodologie de recherche ont été partagées et les étapes de la recherche respectées par l'ASPHA. A travers cet appui, l'ACSP a contribué à l'inventaire des connaissances et de documentation de l'ASPHA.

Généralement, les chercheurs ont eu l'opportunité d'augmenter leurs connaissances dans la coordination et la gestion des intervenants sur le terrain tout en cultivant l'esprit d'initiatives de façon à leur permettre d'aborder avec calme et sérénité les contraintes liées à certains aléas non prévisibles tels les conflits électoraux, les catastrophes naturelles. Ils ont appris à collaborer étroitement avec des experts internationaux et profiter de leur savoir et savoir-faire pour maîtriser les concepts et apprendre à prendre des décisions opportunes pour mener à terme ce genre d'opérations. Il ne fait de doute que les expériences acquises leur serviront à l'avenir pour toute activité de recherche à conduire dans le futur.

Les capacités renforcées l'ont été dans les domaines suivants :

- L'élaboration de proposition de projets de recherches ;
- La connaissance des méthodologies de recherche qualitative et quantitative ;
- Le développement d'outils d'enquêtes (questionnaires, guides d'entrevue, etc) ;
- La collecte des données ;
- L'utilisation des logiciels ;
- L'analyse critique de données ;
- La rédaction et la présentation de rapports et synthèses de recherches ;
- La gestion financière de projet.

Cependant, les quelques changements opérés au sein de l'équipe n'ont nullement refroidi leur ardeur. La manipulation de certains outils qui ne leur était pas familier tels que l'élaboration des bases de données et la revue de littérature sont des éléments additionnels d'expertise qu'ils ont pu conforter et qu'ils pourront mettre à disposition de l'ASPHA dans le futur.

Parmi les réalisations ponctuelles sur lesquelles on doit pouvoir compter pour que l'ASPHA s'engage davantage dans les opérations de recherche, on peut mentionner sa capacité à recruter des superviseurs et des enquêteurs qui peuvent être mobilisés à tout moment pour entreprendre des activités liées aux recherches opérationnelles.

Concernant l'enquête quantitative, dix superviseurs et enquêteurs ont bénéficié d'une formation en techniques de conduite d'enquête de terrain (opérations de collecte de terrain incluant le remplissage de questionnaire et la

technique d'entrevue). Quatre statisticiens dont un en provenance de l'IHSI et trois venant d'autres institutions de formation locale ont supporté l'activité de sélection des ménages à partir de la liste des SDE mise gracieusement à notre disposition par l'IHSI. Ils ont beaucoup aidé dans l'élaboration des différents tableaux.

Concernant l'enquête qualitative, le sociologue et le scripteur ont joué un rôle important dans le développement d'un guide d'enquête et la conduite des groupes de discussion et ont certainement pu mettre en pratique les notions acquises à la faculté des sciences humaines tout en cultivant, au terme de cette consultation, l'esprit de travail d'équipe.

Indicateur : Capacité renforcée des membres de l'ASPHA, étudiants et utilisateurs des recherches (DSNi et MSPP);

Un deuxième groupe plus élargi de collaborateurs, membres de l'ASPHA, étudiants, et utilisateurs de la recherche (DSNi et MSPP) a participé à plusieurs des activités et rencontres liés à l'étude et a vu leurs connaissances et leurs capacités aussi renforcées, mais à un moindre degré.

Du côté des dirigeants du DSNi, ils ont grandement contribué dans la planification de toutes les activités liées à la recherche proprement dite, dans les opérations de collecte et dans les discussions des recommandations. L'ASPHA doit tout mettre en œuvre pour les accompagner afin de faire atterrir les faiblesses constatées dans la couverture vaccinale puisque la plupart des causes de ses faiblesses sont identifiées et mises en évidence dans le document final de recherche.

Les étudiants qui seront recrutés dans le futur comme enquêteurs bénéficieront notamment d'une session de formation pour les habilitier à bien remplir leur mandat et du même coup seront initiés à certaines méthodologies de collecte de données et auront l'occasion de participer à la réalisation de recherche sur le terrain.

Les résultats préliminaires obtenus ont été partagés avec les autorités sanitaires départementales et avec la population cible au fur et à mesure du déroulement des travaux à travers des rapports, des réunions techniques et des rencontres d'échanges. Ceci a contribué à développer leur appréciation de l'utilisation des données de la recherche dans la définition et la mise en place de stratégies d'intervention.

La mise à disposition des autorités sanitaires du pays du document final pour la prise de décisions en faveur de la population fait partie du cahier de charge des investigateurs. L'ASPHA et DSNi doivent à ce titre profiter de cette expérience pour représenter un élément incontournable et ils se doivent, comme partenaires privilégiés du MSPP, de jouer un rôle actif dans toutes les décisions de santé publique qui pourront être prises dans le futur pour améliorer les conditions de vie de la population.

Indicateur : Système de gestion et d'administration pour les projets de recherches.

En termes de gestion et administration du projet, l'ACSP a appuyé et renforcé les capacités de l'ASPHA et l'équipe des chercheurs avec l'introduction d'outils de planification des activités, le suivi budgétaire et la rédaction des rapports.

Un plan de travail et un calendrier d'exécution de projet a été implémenté et ajusté au besoin afin de respecter l'échéancier du projet. Un appui technique a été fourni à travers des visites sur place et à distance afin d'assister pour l'élaboration des rapports d'étapes ainsi que les rapports final technique et financier du projet.

b) Un modèle de travail de recherche pour d'autres organisations socioprofessionnelles haïtiennes œuvrant dans le domaine de la santé publique ou autres.

Indicateur : Du matériel de recherche à utiliser comme modèles pour d'autres projets est disponible à l'ASPHA;

Dans la mise en œuvre des activités de recherche à travers les enquêtes quantitative et qualitative, plusieurs matériels de recherche (ex. guides, questionnaires, méthodes et matériels de recrutement, lettres de demande de collaboration avec d'autres; etc.) ont été développés. En termes de renforcement des capacités de recherche opérationnelle de l'ASPHA, l'Association est bien équipée avec ces mêmes matériels de recherche organisés en forme d'un paquet des outils de recherche (Annexes B, C, D et E) qui seront toujours disponibles à utiliser dans les autres activités de recherche dans le futur et feront partie du patrimoine de l'ASPHA. Ils seront conservés pour consultation par les membres de l'association, les collaborateurs de DSNI, et/ou d'autres chercheurs intéressés. Les rapports et la revue de littérature peuvent également servir de modèle à de futurs rapports. Avec chaque présentation au sujet du projet, il y a eu, et il y aura, publicité au sujet de la disponibilité de ces ressources.

Cependant, il est important de noter que les questionnaires remplis et les notes manuscrites et enregistrements audio dont la confidentialité doit être respectée seront détruits dans l'été de 2012, un an après la collecte de données. La base de données électronique sera gardée pour cinq ans au minimum, comme recommandé par le comité d'éthique à l'Université Memorial. Le comité d'éthique en Haïti n'a pas recommandé une période spécifique.

Section 7 : Appréciation d'ensemble et recommandations

Les deux études nous ont permis de relever quelques facteurs importants et des stratégies potentielles pouvant aider dans la révision du programme de vaccination de la région des Nippes. Les résultats ont été présentés aux responsables du service de vaccination avec plusieurs recommandations spécifiques, tel qu'augmenter les activités de sensibilisation et assurer une organisation du service de vaccination adaptée à l'environnement montagneux des campagnes et aux besoins de la zone. Nous recommandons maintenant qu'ils prennent les mesures appropriées.

D'autres recommandations sont liées aux futures activités d'ASPHA. L'ASPHA doit envisager la mise en place de stratégies plus novatrices pour sensibiliser ses membres en vue d'un meilleur engagement de leur part dans les activités de recherche. Elle doit aussi envisager l'utilisation d'incitatifs qui restent à définir en vue d'une plus grande mobilisation des acteurs engagés dans les activités de recherche en santé publique qui est un domaine traité en parent pauvre dans le pays. Pour y parvenir, elle se doit de mettre en place un comité de suivi des conclusions et recommandations tirées du document final qui aura également comme mission l'identification de mesures d'accompagnement des dirigeants du DPEV et du DSNI pour améliorer la couverture vaccinale des enfants de moins d'un an.

Il ne faut pas négliger les activités de plaidoyers visant la diffusion sur une large échelle du document de recherche afin d'ouvrir la voie vers d'autres initiatives du même genre. L'ASPHA, qui a servi d'institution ombrelle pour la gestion technique et administrative de ce projet de recherche, peut s'enorgueillir de la visibilité obtenue à travers cette étude et elle se doit d'exploiter à bon escient cette passerelle d'opportunités pour s'engager résolument dans la voie de la recherche scientifique en la faisant rentrer dans nos us et coutumes et combler ainsi un vide qui existait dans le milieu de la santé publique en Haïti. Parmi les modifications qu'il faudrait rendre effective dans le futur, il convient de mentionner le renforcement du Secrétariat de l'ASPHA pour une meilleure utilisation des ressources mobilisées lors de ce genre d'études mais aussi un plus ferme engagement des chercheurs pour éviter à l'avenir les différents changements de personnel constatés durant le déroulement des opérations liées à cette recherche même s'il faut pour cela passer par l'emploi à plein temps et pendant toute la durée d'un chercheur principal. L'option de partenariat proposée par l'IHE lors du premier atelier de restitution en vue de l'exploitation de la base de données sur les groupes de discussion animée mérite de sérieuses considérations et il faudrait voir comment la matérialiser concrètement.

Le support technique et administratif des collègues de l'ACSP mérite d'être mis en exergue dans la mesure où beaucoup des aspects liés à la recherche échappaient à la sagacité des chercheurs locaux et il est évident que sans eux beaucoup de nos échéanciers n'auraient pas été respectés. A ce titre, le partenariat ASPHA et ACSP en est sorti très consolidé et il faudra profiter de ce momentum pour enrichir et diversifier cette relation entre deux institutions qui se partagent le goût de la santé publique. Le DSNi et la DPEV peuvent s'estimer heureux de disposer d'informations fiables et actualisées sur les véritables causes de l'abandon de la vaccination dans les zones ciblées. Il faudra certes les accompagner dans le suivi et la mise en œuvre des conclusions de cette étude.

Cependant en dépit de ces constats, l'ASPHA devra identifier de meilleures stratégies pour mobiliser ses membres autour de l'importance de la recherche en santé publique afin de garantir leur plus grande participation dans de telles opérations. Une telle opportunité sera offerte dans un bref délai dans la mesure où cette promesse de partenariat avec l'IHE dans le cadre d'une autre étude à peu près similaire pourra se matérialiser.

Du côté des chercheurs, la confiance dans l'avenir de la recherche en santé publique s'est raffermie. En plus des fonds mobilisés pour la conduite des interventions, beaucoup de temps et d'énergie ont été dépensés et l'amélioration de la couverture vaccinale dans le DSNi représente l'unique manière de voir leurs efforts couronnés de succès.

Annexe A

Tableau d’avancement sur les résultats du projet (septembre 2010 – mars 2012)

Étape / Activité		Résultats espérés	Indicateurs de succès	Les réalisations et les écarts
I. Étape préparatoire (générale)				
	1. Plan de travail	Plan de travail fonctionnel et respecté	Activités mises en œuvre selon le plan	<p>Quelques retards dans la mise en œuvre ont été provoqués par les événements sociopolitiques et l'épidémie de choléra. Le calendrier a été ajusté au besoin mais aucune étape n'a été écartée et l'équipe a pu respecter le délai d'aout prévu pour finaliser tout le processus.</p> <p>Moyens de vérification : Chronogramme Compte-rendu d'activités</p>
	2. Confirmer l'équipe de recherches	Équipe stable et fonctionnelle	Rôles définis de chacun Implication de chaque membre selon son rôle	<p>En mai 2011, le Dr Carol Delpé a été recruté en remplacement du Dr Katia Pétion (Co-Investigateur Adjoint). D'autres experts ont été aussi recrutés pour de courtes durées pour des raisons précises (informaticien)</p> <p>Moyens de vérification : Feuille de présences Compte-rendu d'activités</p>
	3. Mettre en place système de gestion de projet	Un système de gestion fonctionnel	Disponibilité des intrants	<p>Le projet est géré selon les procédures en place par l'ASPHA. L'ACSP se propose de continuer d'appuyer l'ASPHA dans la préparation des rapports narratifs et financiers.</p> <p>Moyens de vérification : Inventaire Rapports d'activités Cahiers de comptabilité</p>

Étape / Activité	Résultats espérés	Indicateurs de succès	Les réalisations et les écarts
	4. Révision des statistiques	Choix des communes suivant les critères proposés	Liste des communes avec leurs taux de couverture vaccinale Accessibilité à la base de données de l'IHSI Les statistiques ont été revues en mars – avril 2011 et le choix des ménages opéré avec l'aide de l'IHSI. Moyens de vérification : Disponibilité de la liste des communes et de la base de données de l'IHSI
	5. Achat d'équipement	Equipment nécessaires achetés selon les normes	Activités mises en œuvre avec les équipements achetés Les équipements (2 Lap tops et 1 imprimante) ont été achetés en janvier 2011. L'achat de l'enregistreur audio est effectif actuellement. Moyens de vérification : Inventaire Rapports d'activités
	6. Développement questions d'évaluation et indicateurs	Questions d'évaluation et indicateurs servent au suivi régulier des activités	Activités mises en œuvre suivant le calendrier établi Membres de l'équipe sont impliqués dans la réalisation des activités planifiées Complété en Octobre 2010 pour les indicateurs Moyens de vérification : Rapports d'activités Compte rendus de réunions Programmation
	7. Revue de la littérature	Utilisation des informations tirées du sommaire dans l'élaboration du questionnaire	Questionnaire basé sur la revue de la littérature Recherche sur Pub-Med réalisée entre octobre 2010 et mars 2011; ébauche des sommaires; Les résultats ont été utilisés pour le questionnaire quantitatif; Mai –Juin 2011 – Finalisation du rapport de la revue de la littérature; Moyens de vérification : Sommaire de la revue de la littérature disponible Questionnaire
	8. Élaboration du rapport de l'étape	Rapport disponible	Respect des délais Qualité du rapport Auto-évaluation des chercheurs sur l'apprentissage Premier rapport d'étape (septembre 2010-février 2011) complété et envoyé : Février 2011 Deuxième rapport d'étape (mars –mai 2011) envoyé : Juin 2011

Étape / Activité		Résultats espérés	Indicateurs de succès	Les réalisations et les écarts
				Moyens de vérification : Deux rapports d'étapes soumis au bailleur
II. Enquête quantitative				
1.	Préparation			
	1. Choisir les communes	Choix des communes suivant les critères proposés	Deux communes choisies suivant les critères proposés	Deux communes (Miragoane et Arnaud) choisies en octobre; Les 20 SDE : choisies en avril 2011; Moyens de vérification : Couverture vaccinale 2009 par commune Distribution des deux communes choisies selon les milieux urbain et rural
	2. Déterminer la méthode pour choisir les ménages	Ménages choisis suivant la méthodologie proposée	Échantillon final randomisé	<ul style="list-style-type: none"> • Complété en avril 2010 • Cartographie de l'IHSI utilisée pour la sélection des Sections d'Énumération et le choix des 240 ménages qui ont été identifiés • Recrutement d'un cartographe et utilisation du statisticien départemental démissionnaire pour l'identification des SDE et le marquage des maisons sélectionnées. Démarche appuyée par le Co-Investigateur Principal lors d'une visite de planification et de reconnaissance des lieux. Moyens de vérification : Cartographie des résidences des ménages dans les deux communes sélectionnées disponible
	3. Développer le questionnaire	Questionnaire développé suivant les normes	Questionnaire clair, précis	<ul style="list-style-type: none"> • Ébauche en Octobre 2010 • Processus de finalisation des Versions française et Créole • Finalisation en avril 2011 Moyens de vérification : Disponibilité du questionnaire dans ses deux versions
	4. Développer le masque de saisie	Masque de saisie disponible	Masque de saisie fonctionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Complété en avril 2011 Moyens de vérification :

Étape / Activité	Résultats espérés	Indicateurs de succès	Les réalisations et les écarts
			Données analysées
5. Développer le plan d'analyse	Plan d'analyse développé suivant le questionnaire	Plan d'analyse clair, précis et cohérent	<ul style="list-style-type: none"> Valider le plan d'analyse avant sa mise en œuvre Moyens de vérification : Disponibilité du plan d'analyse Rapports d'activités
6. Tester le questionnaire	Questionnaire bien compris par les enquêteurs et les ménages Temps pris pour le remplissage du questionnaire	Questionnaire finalisé	<ul style="list-style-type: none"> Intégrer les observations faites lors du pré test dans la version finale du questionnaire Moyens de vérification : Disponibilité du questionnaire finalisé Rapport final de la formation des enquêteurs et des superviseurs
7. Développer le guide pour l'enquête	Guide pour l'enquête facilement utilisé par les enquêteurs	Guide pour l'enquête finalisé, clair et compréhensible	Rédigé en 1 ^r / 2 ^e trimestre –entre octobre 2010 et mars 2011; Finalisé en Avril 2011 Moyens de vérification : Disponibilité du guide pour l'enquête Rapports des pré-tests Rapports des superviseurs
8. Développer le contenu de la formation	Plan de formation élaboré sert de guide pour la formation	Formateurs bien imbus de leurs tâches	<ul style="list-style-type: none"> Guide de formation des enquêteurs et des superviseurs Recrutement de Mme. Civil et de Mr Dorcélus. Moyens de vérification : Disponibilité du plan de formation Rapport final de la formation
9. Recrutement des enquêteurs et superviseurs	Recrutement des enquêteurs et des superviseurs suivant les critères définis	Nombre de superviseurs (2) et d'enquêteurs recrutés (8)	Complété en mars-avril 2011 Moyens de vérification : Rapport final de la formation Contrats de recrutement

Étape / Activité	Résultats espérés	Indicateurs de succès	Les réalisations et les écarts
	10. Formation	Enquêteurs et superviseurs ont bien compris le guide et sont capables de conduire l'enquête et de rédiger les rapports	Enquête conduite suivant le calendrier établi Complété en avril 2011 Référer rapport de formation de Mme Civil Moyens de vérification : Questionnaires bien remplis par les enquêteurs disponibles Rapport des formateurs
	11. Visite de reconnaissance	Meilleure connaissance de la zone Leaders de la zone informés du projet	Meilleure participation des leaders dans la mise en œuvre du projet • Complété en mars- avril 2011 Moyens de vérification : Rapport de la visite de reconnaissance Répartition des superviseurs et des enquêteurs sur le terrain Disponibilité de moyens logistiques pour le déploiement du personnel de terrain
2.	La collecte de données		
	1. La mobilisation et la répartition des équipes	Déploiement des équipes sur le terrain	Équipe sur le terrain à temps • Complété en avril 2011 Moyens de vérification : Questionnaires bien remplis par les enquêteurs; Rapports des superviseurs
	2. La réalisation de l'enquête	Enquête réalisée selon le plan de travail et calendrier	Cible des ménages à enquêter rencontré à au moins 80% • Complété en avril 2011 Moyens de vérification : Questionnaires bien remplis par les enquêteurs; Rapports des superviseurs
	3. La supervision de l'administration des questionnaires	Encadrement efficace de la collecte de données	Résolution efficace des problèmes; Cible des ménages à enquêter rencontré à au moins 80% • Complété en avril 2011 Moyens de vérification : Validation de questionnaire à chaque jour; Rapports des superviseurs; rapport des enquêteurs Révision des questionnaires Validation des questionnaires
	4. La saisie informatique des données collectées	Les données collectées sont disponible sous forme de base de données prête pour l'analyse	Base de données fonctionnelle et prête pour l'analyse • Complété en juin 2011 Moyens de vérification : Base de données disponibles Tableaux prêts pour l'analyse

Étape / Activité		Résultats espérés	Indicateurs de succès	Les réalisations et les écarts
3	L'analyse des données			
	1. Analyse des données	Analyse réalisée selon le plan d'analyse	Résultats préliminaires de l'enquête disponible	<ul style="list-style-type: none"> Complété en Juillet 2011 Moyens de vérification : Rapport d'analyse
	2. L'élaboration du rapport de l'étape	Rapport d'étape rédigé Mise en œuvre du projet documenté; problèmes identifiés et solutions apportées	Rapport d'étape disponible Respect des délais Auto-évaluation des chercheurs sur l'apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> Complété en aout 2011 Moyens de vérification : Rapport soumis au bailleur de fonds
III. Enquête qualitative				
1	1. L'élaboration d'un guide d'entrevues	Guide d'entrevues élaboré en fonction des résultats de l'enquête et selon le contexte des Nippes	Guide d'entrevue disponible et adapté; Liste de questions d'entrevues pertinentes pour les groupes de discussion	<ul style="list-style-type: none"> Recrutement d'un Sociologue et d'un Scripteur Élaboration du draft de guide d'entrevue par Julio Mérisier Guide d'entrevue finalisé mi juin 2011 Moyens de vérification : Guide d'entrevues
	2. développement des questions pour les groupes de discussion			<ul style="list-style-type: none"> Complété Mai 2011 Moyens de vérification : Disponibilité des questions pour les groupes de discussions animée
	3. Choix des animateurs et scripteurs	Un animateur et un scripteur capables de réaliser les groupes de discussions recrutés	Un animateur et un scripteur recrutés	Processus finalisé au début de juin 2011. Moyens de vérification : Contrats
	4. Formation des animateurs et scripteurs	Animateur et scripteur habilités à réaliser les groupes de discussions	10 groupes de discussion bien réalisés	Finalisé du début de juin 2011 Moyens de vérification : Compte-rendu et enregistrements de 8 sessions en lieu et place des 10 sessions de discussion prévues et cela pour des raisons techniques et administratives.
	5. Recrutement des participants aux groupes de discussion	Une centaine de personnes sont recrutés pour participer à 10 groupes de discussion	10 groupes de discussion formés	Processus en cours mi juin 2011 Moyens de vérification : Lettres d'invitation

Étape / Activité	Résultats espérés	Indicateurs de succès	Les réalisations et les écarts
			Appels téléphoniques
6. Disposition de matériel et équipements	Matériel et équipement disponible pour la tenue et l'enregistrement des sessions	Papier, magnétophone, cassettes et piles disponibles pour chaque session	Bordereau d'achat de l'enregistreur audio soumis en juin 2011 Moyens de vérification : Compte-rendu et enregistrements des 8 sessions de discussion
2	Réalisation des groupes de discussion	Information qualitative sur les causes de l'abandon vaccinal est disponible	10 groupes de discussion ont eu lieu <ul style="list-style-type: none">Réalisation de 8 sessions dans les deux communes pour un total de 80 participantsComplété en juillet 2011 Moyens de vérification : Compte-rendu et enregistrements des 8 sessions de discussion
3	L'analyse des données	Connaissance accrue des causes de l'abandon vaccinal	Rapport d'analyse des groupes de discussion contenant des informations pertinentes et qui complètent les données quantitatives et des pistes de stratégies pour maintenir les cohortes dans la vaccination <ul style="list-style-type: none">Élaboration d'une grille d'analyseAnalyse des informations et rédaction du rapport d'analyseComplété en août 2011 Moyens de vérification : Rapport d'analyse des groupes de discussion
	1. Élaboration du rapport de l'étape	Rapport d'étape rédigé Mise en œuvre du projet documenté; problèmes identifiés et solutions apportées	Rapport d'étape disponible Respect des délais Auto-évaluation des chercheurs sur l'apprentissage <ul style="list-style-type: none">Collecte des informations pour la rédaction du rapport final complété en octobre 2011 Moyens de vérification : Rapport final soumis en voie de finalisation pour soumission au bailleur de fonds
IV. Restitution & dissémination			
	1. Réunions de restitution avec responsables du PEV et communautés	Responsables du PEV et communautés informés des résultats de la recherche et des stratégies potentielles pour maintenir les cohortes dans la vaccination	Nombre de réunions réalisées divisé par le nombre prévues au moins (80%). <ul style="list-style-type: none">Élaboration d'un plan de restitution du rapport finalMise en œuvre de ce planRéalisation du premier atelier de restitution en septembre 2011Planification du second atelier de restitution à

Étape /	Activité	Résultats espérés	Indicateurs de succès	Les réalisations et les écarts
				réaliser dans les Nippes pour le mi octobre 2011. Moyens de vérification : Liste de présence à chaque réunion Rapport de chaque réunion
	2. Rédaction d'articles d'information et scientifique	Article publié	Au moins un article soumis pour publication	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'articles scientifiques pour publication • Transmission d'articles scientifiques aux journaux et revues locaux et au MSPP pour large diffusion • Processus en cours Moyens de vérification : Accusé de réception de l'article et copie de l'article (si publié)
	3. Présentation dans des conférences	Diffusion des résultats par présentation(s) dans des conférences (ASCP, ASPHA)	Nombre des présentations réalisées divisé par le nombre prévus	Préparation Mai 2011 Présentation à la conférence de l'ACSP en juin 2011 Présentation du rapport final d'études lors de conférences locales et internationales Moyens de vérification : Liste de présentations à des conférences Lettres d'invitation officielle aux conférences locales et internationales
	4. Rapport technique final	Rapport technique satisfait les bailleurs	Le rapport correspond au format requis et est prêt à temps	<ul style="list-style-type: none"> • Rédaction du rapport technique final d'étude à partir d'une grille standard fournie par le CRDI • Partage du rapport technique final avec le MSPP, la DSNI et l'ACSP • Finalisation (mars 2012) Moyens de vérification : Accusé de Réception du rapport par le CRDI
	5. Rapport administratif final	Rapport administratif satisfait les bailleurs	Le rapport correspond au format requis et est prêt a temps	<ul style="list-style-type: none"> • Rédaction du rapport technique final d'étude à partir d'une grille standard fournie par le CRDI • Partage du rapport technique final avec le MSPP,

Étape /	Activité	Résultats espérés	Indicateurs de succès	Les réalisations et les écarts
				la DSNI et l'ACSP <ul style="list-style-type: none"> • Finalisation (février 2012) Moyens de vérification : Accusé de Réception du rapport par le CRDI

Annexe B

Annexe B1: Guide d'enquête auprès les ménages

GUIDE D'ENQUETE

**LES CAUSES
D'ABANDON DE
LA VACCINATION
CHEZ LES
ENFANTS DE 1 A 5
ANS DANS LES
NIPPES**

ASPHA/ACSP OCTOBRE 2010

TABLE DES MATIERES

I - Introduction	p.30
II - Résumé du projet	p.31
III – Objectif de l’enquête	p.32
IV – Le personnel de la collecte des données	p.33
V - Le déploiement	p.33
VI - Les 5 étapes d’une bonne entrevue	p.33
VII - Présentation du questionnaire	p.36
VIII- Rapports et suivi des questionnaires	p.38
IX - Les instructions au superviseur	p.39

I. INTRODUCTION

Ce présent document se veut être un guide, comme son nom l'indique, pour tout ce qui a trait à l'enquête en question. Il a été conçu pour expliquer aux agents enquêteurs et aux superviseurs leurs tâches et leurs responsabilités. Il décrit la conduite à avoir sur le terrain et fournit les informations indispensables pour l'administration efficace du questionnaire. En effet, il contient la description détaillée du questionnaire et les instructions à suivre pour l'administrer. Les agents enquêteurs et les superviseurs doivent bien lire ce guide pour comprendre la méthode et les procédés de l'enquête ce qui assurera une cohésion des activités. Ils doivent aussi l'avoir en leur possession durant toute l'opération de collecte des données et respecter scrupuleusement les instructions qui y figurent.

Ce guide sera le manuel de référence des agents enquêteurs et des superviseurs tout au long de la collecte des données.

II. RÉSUMÉ DU PROJET

La vaccination complète des enfants de moins d'un an demeure l'une des stratégies efficaces pour réduire la mortalité infantile et faciliter l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Selon les données disponibles en Haïti, 67% des enfants de moins d'un an ne sont pas complètement vaccinés selon le calendrier du Programme élargi de vaccination, et ce malgré l'application de stratégies avancées et de campagnes régionales et nationales. La mise en évidence des obstacles à la vaccination complète revêt donc un caractère pertinent à l'heure actuelle en Haïti.

L'Association de santé publique d'Haïti (ASPHA), avec l'appui de l'Association Canadienne de Santé Publique (ACSP), propose de documenter et d'analyser les causes de l'abandon du processus de vaccination dans deux communes et de formuler des stratégies permettant de mieux atteindre les cibles et de maintenir les cohortes dans le processus de vaccination dans le jeune Département sanitaire des Nippes.

Pour réaliser cette étude, deux outils de collectes sont proposés : soit (a) une enquête transversale avec échantillonnage aléatoire totalisant 240 mères ou gardiennes d'enfants de moins de cinq ans ; et (b) une enquête qualitative à partir de groupes de discussion dirigée avec les prestataires de services de santé, administrateurs et leaders communautaires et des mères.

L'enquête sur les causes de l'abandon de la vaccination chez les enfants de 1 à 5 ans dans le département des Nippes s'inscrit dans le cadre de l'Initiative Canadienne d'Immunisation Internationale pour Haïti (CIII2-Haïti). Ces informations constitueront les éléments de base à l'élaboration de stratégies devant permettre d'atteindre la couverture universelle du Programme Élargi de Vaccination (PEV) dans les Nippes.

III. OBJECTIF DE L'ENQUETE

L'objectif de l'enquête est de recueillir les informations se rapportant aux causes qui ont mené à l'abandon de la vaccination chez les enfants de 1 à 5 ans dans le département des Nippes. Ces informations constitueront les éléments de base à l'élaboration de stratégies devant permettre d'atteindre la couverture universelle retenue par le Programme Elargi de Vaccination (PEV).

III. LE PERSONNEL DE LA COLLECTE DES DONNEES

L'équipe de terrain de l'enquête est constituée de 2 superviseurs de terrain et 8 agents enquêteurs. *L'agent enquêteur* collecte les informations en remplissant le questionnaire selon les instructions reçues (voir le profil de l'enquêteur en annexe). *Le superviseur* de terrain s'occupe de la bonne marche des activités et du bien-être des enquêteurs sur le terrain. Il fait la liaison entre l'agent enquêteur et l'ASPHA (voir le profil du superviseur en annexe).

L'agent enquêteur sur le terrain :

- est avant tout un bon auditeur (il sait écouter pour ne pas laisser passer les informations)
- il respecte le silence de l'enquête
- il est courtois
- -l s'habille décentement
- il est patient et reformule au besoin la question pour l'enquêté afin de s'assurer de la bonne compréhension de ce dernier
- il s'exprime clairement
- il est neutre face aux opinions de l'enquêté
- il est discret
- il est consciencieux (remplit clairement son questionnaire)
- il est honnête (remplit EFFECTIVEMENT son questionnaire, pas de données imaginaires)
- il est sourd, aveugle et muet vis-à-vis de toutes informations qui ne concernent pas l'enquête particulièrement une fois admis dans la maison de l'enquêté
- il est ponctuel
- il est poli
- il est respectueux des croyances, des mœurs et coutumes des enquêtés
- il reste impassible à TOUT ce qu'il pourrait entendre (pas de mimiques de désapprobation, pas de signe d'étonnement)
- il ne porte pas de jugement
- en cas de doute par rapport à une question soulevée et une réponse obtenue il voit son superviseur pour savoir quelle attitude adoptée
- il respecte les consignes de sécurité données par le superviseur
- il a toujours son manuel d'instruction guide de l'enquête avec lui qu'il consulte en cas de confusion lors d'une question posée ou d'une réponse donnée par l'enquêté
- il sait finir l'entretien sur une bonne note

V. LE DEPLOIEMENT

Deux communes du Département des Nippes ont été choisies : Miragoâne et Arnaud. Un échantillon de 210 ménages a été choisi dans la commune de Miragoâne et 30 ménages dans la commune d'Arnaud.

Chaque superviseur de terrain a sous sa responsabilité 4 agents enquêteurs. La répartition des agents enquêteurs par superviseur de terrain est faite par tirage au sort. Chaque superviseur est responsable de X ménages regroupés par grappes, répartis en milieu rural et urbain dans les communes de Miragoâne et d'Arnaud. Un moyen de locomotion est mis à la disposition des 2 équipes ainsi formées pour les amener à un point de rencontre sécuritaire (église, ONG, notable de la zone, etc.) le plus proche de la zone d'enquête.

Le superviseur donnera une liste de ménage à visiter à chaque agent enquêteur. Par souci d'efficacité, le superviseur est le seul à donner des consignes une fois sur le terrain. Toutes les communications entre l'ASPHA/ACSP passent par lui. L'hébergement et les repas du personnel déployé sur place seront de la responsabilité de l'ASPHA avec le support logistique des autorités sanitaires de la zone pendant toute la durée de l'enquête qui ne doit pas excéder dix (10) jours.

VI. LES 5 ETAPES D'UNE BONNE ENTREVUE

- a) la préparation
- b) l'introduction
- c) le consentement éclairé
- d) la formulation des questions
- e) la conclusion

a) La préparation

L'enquêteur s'assure d'avoir dans son sac à dos tout le matériel nécessaire pour son travail :

- la liste des ménages à visiter pour la journée
- son badge
- de quoi écrire
- les questionnaires
- le guide de l'enquête
- le formulaire récapitulatif des ménages visités pendant la journée de travail
- son téléphone avec des unités pour téléphoner et la batterie chargée
- un pardessus/parapluie
- une torche électrique
- de l'eau potable
- une casquette pour se protéger du soleil.

b) L'introduction

La présentation est primordiale pour se rendre crédible et attirer la confiance des gens. Une mauvaise présentation peut vous fermer la porte de ce ménage. Evitez les pantalons trop grands qu'on porte au-dessous de la taille, évitez de laisser paraître vos sous-vêtements, portez des chaussures fermées, soyez propre. Comme agent enquêteur vous devez :

- 1) commencer par frapper à la porte (au cas où il n'y aurait ni porte ni barrière il devra taper des mains pour signaler sa présence ou crier "Honneur"(ne pas siffler)
- 2) saluer poliment la personne qui vous reçoit et identifiez-vous immédiatement en donnant votre prénom et votre nom et en montrant la pièce d'identité qui vous sera donnée par l'ASPHA. L'enquêteur doit bien préciser qu'il travaille pour **l'ASSOCIATION DE SANTE PUBLIQUE HAITIENNE** et **l'ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTE PUBLIQUE** (ne pas utiliser de sigle)
- 3) expliquer la raison de sa visite (voir le texte d'introduction du questionnaire)
- 4) demander s'il y a des enfants de 1 à 5 ans dans la maison.

A ce stade il y a 4 possibilités :

- Il n'y a pas d'enfants de 1 à 5 ans dans la maison. Dans ce cas vous remerciez la personne et vous lui dites "au revoir"
- La personne qui amène l'enfant à la vaccination n'est pas là. Il faut dans ce cas demander les disponibilités de cette personne pour pouvoir repasser à un moment où il est le plus probable de la rencontrer
- La personne qui amène l'enfant à la vaccination est présente mais occupée. Il faut insister **GENTILEMENT** pour avoir un rendez-vous.
- La personne qui amène l'enfant à la vaccination est disponible et disposée à vous recevoir. Il faut faire montre de politesse et de tact pour que l'entrevue se déroule bien.

Il faut toujours documenter les dates et heures de passage dans chaque ménage. Les rendez-vous pris sont marqués dans la case "Remarques" de la page de couverture de même que les causes pour lesquelles le questionnaire n'a pas été administré pour le ménage (il n'y a pas d'enfants de 1 à 5 ans dans ce ménage, le responsable n'est pas là, le responsable est occupé).

c) Le consentement éclairé

Aucun questionnaire ne sera administré sans explication au préalable de la procédure au répondant. Ce qui signifie qu'il ne suffit pas d'avoir le consentement du répondant. Il faut aussi lui expliquer et s'assurer qu'il a bien compris le bien fondé de la démarche. S'il le faut reprenez les explications pour la personne. Il en va de la bonne marche de l'opération de collecte enquête en général (biais de "rétention", question d'éthique) et de votre sécurité (vous êtes étranger de la zone et vous posez des questions sur des enfants). La personne devra accepter pour que vous continuiez l'entrevue.

L'anonymat des répondants est garanti par un système de numérotation des questionnaires.

Les informations recueillies, en totalité ou en partie, ne peuvent être reproduites à votre compte ou pour le compte d'un tiers et ceci pendant et après l'enquête. Les questionnaires une fois remplis ne sont montrés à personne d'autre ne faisant pas partie de l'équipe. L'entrevue est confidentielle. A part le superviseur de terrain, les investigateurs et un membre du ménage visité, personne d'autre ne peut y assister. L'agent enquêteur ne peut **en aucun cas** se faire remplacer par quelqu'un d'autre. En cas de maladie, l'agent enquêteur doit voir le superviseur de terrain qui saura remédier à son indisponibilité.

Cette enquête a l'aval du comité d'éthique national. L'équipe de l'enquête doit respecter les normes éthiques en vigueur dans le pays. En aucun cas, l'agent enquêteur ou le superviseur de terrain ne peut modifier les informations données par le répondant. L'enquêteur ne peut pas contraindre les personnes contactées à répondre aux questions en leur faisant des promesses ou en leur proposant une contrepartie quelconque.

Une fois au sein des ménages évitez d'évaluer le mobilier du regard, ne prêtez pas attention aux conversations se déroulant dans les autres pièces.

L'enquête n'est pas une visite de courtoisie. Il faut de ce fait éviter de se laisser prendre dans des palabres. Il faut être clair, concis et précis. Administrez le questionnaire et partez ! Refusez poliment toute boisson et toute nourriture qui vous seront offertes (les accepter vous fera non seulement perdre du temps mais aussi diminuera votre crédibilité aux yeux de l'enquêté).

Au moment de la collecte des données, ni l'agent enquêteur ni le superviseur de terrain n'a aucun droit de se promener avec une tierce personne ou une connaissance quelconque. Si vous rencontrez quelqu'un que vous connaissez vous le saluez brièvement et vous lui dites que vous travaillez. Il sera toujours temps de rencontrer cette personne plus tard.

d) La formulation des questions

Il faut parler clairement, éviter trop de détails. Le créole est la langue de l'opération de collecte des données. Eviter les termes ronflants. Suivez bien le libellé du questionnaire pour ne pas vous égarer.

e) La conclusion

L'enquêteur doit finir l'interrogatoire sur une bonne note et assurer le répondant de la confidentialité et de la bonne utilisation des informations recueillies.

VII. PRESENTATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire est le principal instrument de travail de l'agent enquêteur. Il comprend 10 parties :

1. une page de couverture ayant un tableau d'identification du document et un tableau relatif au degré de remplissage du document et au nombre de passage effectué dans le ménage.
2. le consentement
3. les caractéristiques sociodémographiques du répondant
4. les caractéristiques sociodémographiques des enfants
5. le statut vaccinal de l'enfant
6. les connaissances, aptitudes et croyances
7. l'accessibilité physique, économique et culturelle au service de la vaccination
8. le statut vaccinal de la mère
9. les remarques et suggestions
10. la conclusion

La structure du questionnaire est très simple. Ses différentes parties sont construites sous forme de tableau pour faciliter la collecte des données.

- L'agent enquêteur entoure le numéro correspondant à la réponse ou entoure la bonne réponse.
- Pour les réponses n'ayant aucun rapport à la question suivante des instructions sont notées dans la colonne "Instructions" permettant à l'agent enquêteur de faire des sauts de questions et d'aller plus vite.
- La réponse "autres" pour une question donnée correspond à toutes les réponses qui ne figurent pas dans le questionnaire pour cette question.

Le questionnaire a été rédigé par l'équipe d'investigateurs de l'enquête. Les questions posées correspondent à des trouvailles, remarques et hypothèses relevées dans la littérature scientifique nationale et internationale. Le questionnaire fera l'objet d'une évaluation lors d'une pré-enquête.

L'agent enquêteur et le superviseur de terrain n'ont aucune habilité à changer le contenu du questionnaire. Au cas où il y aurait un problème dans l'administration du questionnaire l'enquêteur le notera dans son rapport quotidien tout en attirant l'attention de son superviseur sur ce fait.

Le remplissage du questionnaire

Avant de commencer l'application du questionnaire, la partie d'identification de la page de couverture doit être remplie. Chaque questionnaire sera identifié par un code. Un numéro est affecté à chaque agent enquêteur et superviseur de terrain.

L'identification des quartiers et ménages est faite par les sections d'énumération que le superviseur a à sa disposition.

Le questionnaire doit être administré à **la personne qui amène l'enfant à la vaccination**. La population cible de l'enquête est constituée par les enfants de 1 à 5 ans. Si dans un ménage il n'y a pas d'enfants de cette tranche d'âge ce n'est pas la peine d'administrer le questionnaire.

Si une personne refuse d'être interrogée, il faut lui demander le pourquoi car ou bien elle n'est pas disposée au moment du passage de l'agent enquêteur ou bien encore elle n'a pas bien compris l'objectif de la démarche auquel cas il faudra bien gentiment lui demander si on peut repasser pour appliquer le questionnaire. Si malgré cette tentative, la personne maintient son refus alors il faut poliment s'excuser du dérangement et repartir en la remerciant. L'agent enquêteur prendra alors le soin de noter ce refus dans le questionnaire destiné à ce ménage.

Les caractéristiques sociodémographiques du répondant

Ces informations concernent seulement la personne qui amène l'enfant à la vaccination. Le niveau de responsabilité est le lien qui lie l'enfant à cette personne.

Le niveau d'instruction "alphabétisation" se réfère aux personnes qui savent lire et écrire. Le niveau "primaire" s'applique à ceux ayant obtenu leur certificat d'études primaires, le niveau "secondaire" à ceux ayant été au cours secondaire et le niveau "supérieur" à ceux ayant été à l'université.

Pour la question relative à l'occupation du répondant les "activités génératrices de revenus" sont toutes les activités qui rapportent de l'argent dans le ménage (commerce informelle, cultivateur, petit boulot, job ou "dégagé").

Il peut arriver que le répondant ne connaisse pas son âge. Dans ce cas, sa tranche d'âge peut être déterminée en lui demandant qui était président à sa naissance ou bien utiliser certains événements spécifiques à la zone comme par exemple la fête patronale ou le passage d'un cyclone ou d'un ouragan dans la zone dont l'enquêté pourrait se rappeler.

La réponse "gardien" de la question « niveau de responsabilité » correspond à toute personne qui n'a pas forcément de lien de sang avec l'enfant mais qui est autorisée par ses parents à s'en occuper.

Les enfants d'un (1) an en général ont X dents et commencent à marcher. Leur âge est le plus souvent connu par la maisonnée et est exprimé en mois. Les enfants de 5 ans doivent en principe aller à la grande école (école primaire) l'année suivante.

Si aucun des enfants n'est vacciné il faut arrêter l'application du questionnaire car l'enquête se penche sur les causes d'abandon de la vaccination.

Même si le carnet de vaccination n'est pas vu il faut poursuivre l'interrogatoire en ayant soin de noter que le carnet n'a pas été vérifié dans la case disposée à cet effet.

Les caractères sociodémographiques des enfants intéressent seulement les enfants de 1 à 5 ans du ménage. Si deux enfants ont la même initiale il faut les différencier par leur rang. Le rang est la position de l'enfant dans la fratrie. Le rang 1 correspond au premier enfant (l'ainé). En cas de jumeaux (marassa), celui qui est né en premier est l'ainé.

A l'aide du carnet vaccinal, il faut noter tous les vaccins reçus par l'enfant dans la case correspondante en y faisant une croix. Si le carnet n'a pas été vérifié il faut noter ce que dit la mère en spécifiant que le carnet n'a pas été vérifié dans la case correspondante.

Le numéro 21 du questionnaire est réservé au superviseur de terrain. Il ne faut rien y écrire.

Les questions fermées doivent être respectées. C'est-à-dire que la réponse doit être strictement "OUI" ou "NON".

Les questions traitant des connaissances, aptitudes, croyances et pratiques du répondant sont très sensibles. Le visage de l'enquêteur doit être impassible. Ne laisser transparaître ni l'étonnement, ni la moquerie, ni la désapprobation. Une mimique involontaire peut porter le répondant à se taire ou à mentir.

La question 30 est différente de la question 16. Un enfant vacciné ne veut pas dire qu'il est complètement vacciné.

Pour l'accessibilité, il faut savoir si une fois la décision prise, le répondant arrive à faire vacciner l'enfant. Pour les contraintes, les facteurs facilitateurs à la vaccination et les raisons qui ont découragé le répondant à faire vacciner l'enfant il peut y avoir plusieurs réponses. L'enquêteur doit bien entourer ces différentes réponses.

Le statut vaccinal de la mère intéresse la mère de l'enfant qui peut ne pas être la personne interrogée au moment du passage de l'agent enquêteur. Attention à ne pas la confondre avec le répondant. Quoique le répondant peut être aussi la mère. Interrogez sur le nombre d'enfants nés vivants et non sur le nombre de grossesses.

VIII. RAPPORT ET SUIVI DES QUESTIONNAIRES

Etant responsable des questionnaires l'agent enquêteur les garde toujours propres et bien tenus pour faciliter leur correction par le superviseur de terrain et leur déchiffrement par l'opérateur de saisie. L'agent enquêteur doit remettre les questionnaires dûment remplis à son superviseur de terrain quotidiennement. Le superviseur de terrain compte le nombre de questionnaire reçu et révisé avec l'agent enquêteur en accordant une attention particulière à ceux considérés comme mal remplis ou incomplets. Une fois les

questionnaires remis au superviseur de terrain ce dernier en devient responsable jusqu'à leur retour à l'ASPHA.

L'agent enquêteur fait quotidiennement un rapport sur ses activités de la journée en utilisant le formulaire destinée à cet effet qu'il soumet à son superviseur de terrain (voir la feuille de rapport d'activités journalières des enquêteurs). Il y mentionne les difficultés rencontrées sur le terrain et les solutions trouvées. Le superviseur de terrain fait aussi son rapport et ajoute une synthèse des rapports des agents enquêteurs.

Fin de la collecte des données

La collecte des données sera terminée quand chaque agent enquêteur aura fini de collecter les informations pour toutes les grappes de ménages qui lui seront assignées. A la fin de la collecte des données l'agent enquêteur remet **TOUS** les questionnaires utilisés ou non à son superviseur.

IX. LES INSTRUCTIONS AU SUPERVISEUR DE TERRAIN

L'Enquête sur les causes d'abandon de la vaccination chez les enfants de 1 à 5 ans dans le département des Nippes est très importante. Il demande des ressources humaines qualifiées pour pouvoir répondre de manière satisfaisante aux objectifs préalablement fixés. Le Superviseur qui a un rôle déterminant dans la phase de collecte des données doit être très dynamique pour mener à bien la tâche qui lui sera assignée.

L'objectif principal de cet addendum ou de ces instructions est de définir d'une part, les tâches du Superviseur de terrain; et d'autre part, de fixer ses responsabilités face à cette enquête. Ainsi le Superviseur de terrain doit bien lire et bien approfondir ce manuel afin d'accomplir avec soin le travail qui lui est confié.

Il est important de rappeler que le manuel d'instructions aux Agents-Enquêteur est le manuel de base de l'Enquête, le Superviseur doit l'assimiler parfaitement bien.

Tâches du Superviseur de terrain

Dès la signature du contrat avec l'Association de Santé Publique d'Haïti (ASPHA) / l'Association Canadienne de Santé Publique (ACSP) jusqu'à la fin des travaux de terrain, les tâches du Superviseur sont les suivantes :

a) Prise de contact avec les autorités locales

Dans le cadre de la motivation de l'enquête sur les causes d'abandon de la vaccination chez les enfants de 1 à 5 ans dans le département des Nippes, le superviseur de terrain a aussi un travail de sensibilisation à faire auprès des Autorités politiques et administratives de la Commune concernant le déroulement de la collecte des données. Cependant dès son arrivée dans la commune le Superviseur de terrain doit contacter les autorités municipales,

policières et aussi les membres d'Administration des sections communales pour établir un plan de travail. Il doit expliquer:

- 1) Ce qu'est l'enquête sur les causes d'abandon de la vaccination chez les enfants de 1 à 5 ans dans le département des Nippes
- 2) La nécessité de réaliser cette enquête
- 3) L'utilité des données collectées lors d'une enquête
- 4) Son intérêt dans les résultats de l'enquête

Pour mieux jouer son rôle, le Superviseur de terrain doit :

- Etre une personne connue de sa zone de supervision ;
- Avoir une très bonne connaissance des coutumes afin de faciliter le mode d'approche des agents enquêteurs ;
- Gagner la confiance de la population ;
- Repérer les limites des zones de travail placées sous sa juridiction ;
- Assister les agents relevant de sa juridiction ;
- Diriger les activités de collecte des données sur le terrain et de s'assurer que les agents remplissent bien les tâches qui leur ont été confiés ;
- Assurer que les travaux remis par les agents sont de bonne qualité ;
- Réviser et corriger les questionnaires reçus ;
- Contrôler et acheminer les matériels de collecte au bureau

Aspect social

Le Superviseur doit avoir une bonne connaissance du milieu dans lequel il va travailler. Il doit connaître le mode de vie de la population, sa pratique d'activité économique afin de mieux gérer ses rapports avec elle durant toute la période de collecte.

Préparation technique

Une fois installé par le Superviseur de terrain, l'agent enquêteur doit se pencher sur l'aspect technique du travail. C'est lui qui va organiser la collecte de données dans la Commune.

Supervision et Contrôle

La fiabilité des données de l'enquête dépend en grande partie du contrôle et de la supervision de l'enquête. C'est pourquoi un contrôle rigide à tous les niveaux s'avère nécessaire.

Le Superviseur de terrain doit s'assurer que les agents enquêteurs font leur travail de façon régulière. Il doit organiser sa supervision et son contrôle comme suit :

- Faire un planning de contrôle que l'on exécutera par sondage
- Visiter autant que possible chaque agent enquêteur pendant toute la durée de l'opération de collecte et surtout pendant les premiers jours de collecte pour pouvoir déceler les lacunes des agents enquêteurs
- Prendre des mesures appropriées lorsque le travail accuse du retard
- Respecter le plus possible les consignes pour le contrôle de qualité et de couverture
- Faire un contrôle d'exhaustivité sur le nombre de ménage à visiter
- Remplir le formulaire de rapport d'activités journalières.

Gestion du Personnel et du matériel

Pendant toute la durée de la collecte des données, le Superviseur de terrain a sous sa responsabilité un personnel et un lot de matériel à gérer. Il est recommandé de gérer ces matériels avec soin afin d'en assurer une utilisation rationnelle. De même le Superviseur de terrain doit maintenir de bonnes relations avec ses Subalternes.

Le Superviseur de terrain doit tout mettre en œuvre pour disposer d'avance de tout le matériel dont il a besoin pour la bonne marche du travail.

Afin d'éviter du retard dans la réception et la distribution du matériel de travail, la procédure suivante est recommandée :

- Produire de très tôt une demande de matériel au Co-investigateur principal de l'ASPHA
- Dès la réception du matériel faire un contrôle et accuser réception à l'ASPHA
- Stockage du matériel
- Etablir un calendrier de distribution
- Partager les documents (questionnaires, formulaires, etc.)
- Distribuer les fournitures (Plumes, crayon, etc)
- Prévoir un petit stock pour les déplacements
- Tenir à temps le co-investigateur principal de l'ASPHA/ACSP informé de ses inquiétudes éventuelles, documents insuffisants, documents en surnombre, etc.

Clôture des opérations

A la fin des opérations de collecte de données, le Superviseur de terrain a pour devoir de transmettre au co-investigateur principal de l'ASPHA/ACSP les éléments suivants :

- Les formulaires remplis par le Superviseur de terrain
- Les formulaires remplis par les agents enquêteurs
- Les lots de questionnaires remplis pour chaque ménage
- Les sacs des Agents-enquêteurs et des Superviseurs de terrain et leurs cartes d'identification
- Les questionnaires vierges et autres fournitures non utilisées.

Annexe B2 : Questionnaire en français

ASSOCIATION DE SANTE PUBLIQUE D’HAITI
ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTE PUBLIQUE

Questionnaire sur les causes d’abandon de la vaccination chez les enfants de 1 ans à 5 ans dans deux communes des Nippes

Département	10
Commune	01= Miragoane 02= Arnaud
Quartier	000
Ménage	000
Code de l’enquêteur	00

	Date jour/mois/année ... /..... /.....
Premier passage	<ol style="list-style-type: none"> 1. Questionnaire administré 2. Questionnaire non-administré 3. Questionnaire incomplet
Deuxième passage	<ol style="list-style-type: none"> 1. Questionnaire administré 2. Questionnaire non-administré 3. Questionnaire incomplet

Bonjour madame/monsieur

Nous sommes ici pour faire un sondage sur les causes d'abandon de la vaccination des enfants de 1 an à 5 ans. Avec les informations recueillies dans ce sondage nous allons proposer des stratégies au Ministère de la Santé Publique et de la Population afin de lui permettre de surmonter ces défis et améliorer la couverture vaccinale dans la région. Nous aimerions parler à la personne en charge d'amener les enfants à la vaccination.

Votre participation doit être volontaire et il n'y aura aucune conséquence directe ou indirecte suite à votre participation ou non participation à cette enquête. Cette entrevue ne sera pas longue et se basera sur les raisons de l'abandon de la vaccination des enfants de 1 an à 5 ans qui se trouvent sous votre responsabilité. Le questionnaire est anonyme. Les informations recueillies ne serviront que pour la bonne marche de cette étude.

Le consentement

#	Questions	Réponses	Instructions
1	Il y a-t-il des enfants de moins de 5 ans dans cette maison?	1. OUI 2. NON	-Remercier et dire au revoir
2	Consentez-vous à participer à cette enquête	1. OUI 2. NON	-Aller à la question 5
3	Pourquoi?		Quelque soit la réponse aller à la question 4
4	Peut-on repasser?	1. OUI 2. NON	-Essayer de prendre un rendez-vous -Remercier et dire au revoir

Les caractéristiques sociodémographiques du répondant

5	Sexe	1. Femme 2. Homme
6	Groupe d'âge	1. < 15 2. 15-49 3. > 49
7	Niveau de responsabilité	1. Mère 2. Père 3. Grands-parents 4. Frère/sœur 5. Gardien 6. Autres
8	Niveau d'instruction	1. Aucun 2. Alphabétisation 3. Primaire 4. Secondaire 5. Supérieur

9	Occupation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chômage 2. Salarié 3. Activités génératrices de revenus 4. Cultivateurs 5. Autres 	
10	Revenu journalier ou de combien d'argent dispose le ménage pour vivre chaque jour	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun 2. Moins de 40 gourdes/jour 3. Entre 40 et 80 gourdes/jour 4. Plus de 80 gourdes/jour 	
11	Fréquence du revenu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Régulier 2. Irrégulier 	
12	Statut matrimonial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Célibataire 2. Marié(e) 3. Divorcé(e) 4. Veuf (ve) 5. Séparé(e) 6. Placé (e) 7. Autres 	
13	Religion	<ol style="list-style-type: none"> 1. Catholique 2. Protestant (adventiste, témoins de Jéhovah, Méthodiste, Baptiste...) 3. Vaudouisant 4. Sans religion 5. Autres 	
14	A combien de temps de marche êtes-vous du centre de santé le plus près?	<ol style="list-style-type: none"> 1. < ½ heure 2. 1/2 -1 heure 3. 1-3 heures 4. > 3 heures 	
#	Questions	Réponses	Instructions
15	Combien d'enfants entre 1 an et 5 ans il y a-t-il dans cette maison?		
16	Sont-ils tous vaccinés?	<ol style="list-style-type: none"> 1. OUI Combien? <input type="text"/> 2. CERTAINS SONT VACCINES Combien? <input type="text"/> 	

		-AUCUN N'EST VACCINE	-Dire merci et au revoir
17	Qui a décidé de les faire vacciner?	1. Mère 2. Père 3. Grands-parents 4. Frère/sœur 5. Gardien 6. Autres	
18	Quel est le niveau d'instruction de la personne qui a décidé de faire vacciner les enfants? (si ce n'est pas le répondant)	1. Aucun 2. Alphabétisation 3. Primaire 4. Secondaire 5. Supérieur	
19	Peut-on voir le carnet de vaccination des enfants vaccinés? (Expliquer à la personne que vous voulez avoir les noms exacts des vaccins reçus.)	1. OUI 2. NON	-Aller à la question 22
20	Pourquoi?	1. Carnet perdu (égaré, abimé et jeté...) 2. Carnet pas là (dans une autre maison, au centre de santé, à l'école...) 3. Vacciné sans carnet	-Aller à la question 22 -Aller à la question 22
21	Si le carnet n'est pas accessible POUR LE MOMENT, peut-on revenir après pour le voir?	1. OUI 2. NON	Prendre un rendez-vous

22. Caractéristiques sociodémographiques des enfants.

Initiales	Age	Sexe	Rang	Carnet vérifié
Enf. 1		1. Fille 2. Garçon		1. OUI 2. NON
Enf. 2		1. Fille 2. Garçon		1. OUI 2. NON
Enf. 3		1. Fille 2. Garçon		1. OUI 2. NON
Enf. 4		1. Fille 2. Garçon		1. OUI 2. NON
Enf. 5		1. Fille 2. Garçon		1. OUI 2. NON

23. Vaccins reçus par les enfants (Faire une croix dans la case correspondant aux dires du responsable de l'enfant ou à ce qui est porté sur le carnet de vaccination)

Initiales	BCG	POLIO 0	POLIO 1	POLIO 2	POLIO 3	DITEPER 1	DITEPER 2	DITEPER 3	ROUGEOLE
Enf. 1									
Enf. 2									
Enf. 3									
Enf. 4									
Enf. 5									

24. Statut vaccinal des enfants. ATTENTION!!!RESERVER AU SUPERVISEUR. NE PAS REMPLIR!!!PASSER A LA QUESTION 16

Initiales	Statut vaccinal
Enf. 1	1. Aucun vaccin 2. Complet 3. Incomplet
Enf. 2	1. Aucun vaccin 2. Complet 3. Incomplet
Enf. 3	1. Aucun vaccin 2. Complet 3. Incomplet
Enf. 4	1. Aucun vaccin 2. Complet 3. Incomplet
Enf. 5	1. Aucun vaccin 2. Complet 3. Incomplet

Connaissances, aptitudes et croyances

#	Questions	Réponses	Instructions
25	Savez-vous qu'il faut vacciner tous les enfants âgés de 0 à 5 ans?	1. OUI 2. NON	
26	Savez-vous qu'il faut vacciner	1. OUI	

	l'enfant plusieurs fois pour qu'il soit protégé contre certaines maladies?	2. NON	
27	Savez-vous que la vaccination est gratuite?	1. OUI 2. NON	
28	Où pouvez-vous faire vacciner vos enfants?	1. Réponse correcte (centre de sante, poste de rassemblement, hôpital, clinique mobile, clinique privée) 2. Réponse incorrecte 3. Ne sait pas	
29	Quel est l'horaire du centre de santé pour la vaccination?	1. Réponse correcte 2. Réponse incorrecte 3. Ne sait pas	Réponse correcte 8hres A.M-1hres P.M
30	Les enfants de cette maison sont-ils complètement vaccinés? ATTENTION!!!Question différente du # 14	1. OUI 2. NON 3. NE SAIT PAS	-Aller à la question 32 -Aller à la question 32
31	Pouvez-vous me dire quel vaccin et quelle dose qui manquent pour qu'ils soient complètement vaccinés?	1. OUI 2. NON	Si la réponse est oui demander à la personne de citer le vaccin et la dose manquante.
Nom du vaccin :		Dose :	
32	Quelqu'un a-t-il influencé la décision de faire vacciner l'enfant?	1. OUI 2. NON	-Aller à la question 34 -Aller à la question 35
33	Quelqu'un a-t-il influencé la décision de ne pas faire vacciner l'enfant?	1. OUI 2. NON	-Aller à la question 35 -Aller à la question

			36
34	Qui a influencé la décision de ne pas faire vacciner l'enfant?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un membre de la famille 2. Un agent de santé 3. Un guérisseur traditionnel 4. Un leader religieux 5. Une personnalité célèbre 6. Autres 	
35	Quelqu'un de la famille n'a pas approuvé que vous fassiez vacciner les enfants?	<ol style="list-style-type: none"> 1. OUI 2. NON 	
36	Si oui, qui?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mère 2. Père 3. Grands-parents 4. Frère/sœur 5. Gardien 6. Autres 	
37	Croyez-vous que la vaccination est importante pour la santé des enfants?	<ol style="list-style-type: none"> 1. OUI 2. NON 	
38	Croyez-vous qu'il y a un bénéfice pour les enfants qui sont vaccinés?	<ol style="list-style-type: none"> 1. OUI 2. NON 	
39	De quelles maladies vos enfants seront protégés par la vaccination?		
40	Faites-vous vacciner vos enfants quand ils sont malades? (fièvre, diarrhée, vomissements...)	<ol style="list-style-type: none"> 1. OUI 2. NON 	
41	Croyez-vous que le vaccin a des effets secondaires sur vos enfants? (fièvre, diarrhée, vomissements...)	<ol style="list-style-type: none"> 1. OUI 2. NON 	

Accessibilité physique, économique et culturelle au service de vaccination

#	Questions	Réponses
42	Les services de vaccination sont-ils accessibles?	<ol style="list-style-type: none"> 1. OUI 2. NON
43	Quelles sont les contraintes que vous avez eues pour faire vacciner les enfants?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le centre est trop loin 2. La route était en mauvaise état

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Manque de moyens de transport 4. Pas d'argent pour payer le transport 5. Saison pluvieuse 6. Saison cyclonique 7. Personne pour accompagner l'enfant 8. Pas le temps pour accompagner l'enfant 9. Autres
44	Qu'est-ce qui vous a découragé à faire vacciner vos enfants?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le mauvais accueil au centre de santé 2. La qualité du service 3. Les ruptures de stock en vaccins 4. L'absence ou le retard du personnel de santé 5. Le carnet de vaccination est perdu 6. Ne fait pas confiance au personnel de santé 7. Ne peut pas payer les frais 8. Autres

#	Questions	Réponses	Instructions
45	Vous êtes-vous senti obliger de faire vacciner vos enfants?	<ol style="list-style-type: none"> 1. OUI 2. NON 	-Aller à la question 47
46	Pourquoi?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pour baptiser l'enfant 2. Pour l'inscrire à l'école 3. Un parent a insisté 4. L'agent de santé a insisté 5. Autres 	
47	Qu'est-ce qui a facilité l'accès de vos enfants aux services de vaccination	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les campagnes nationales ou régionales 2. L'agent de santé est venu à domicile 3. La proximité des 	

		centres 4. Les horaires de travail des centres de santé 5. L'accueil au centre de santé 6. Le professionnalisme du personnel de santé 7. La qualité du service 8. Les incitatifs (rations sèches...) 9. Autres	
--	--	--	--

48. Recommanderiez-vous aux autres parents de faire vacciner leurs enfants?

1. OUI 2. NON

Statut vaccinal de la mère

#	Questions	Réponses	Instructions
49	La mère de l'enfant a eu combien de grossesse menée à terme? (enfants nés vivants)		
50	La mère a-t-elle été à la consultation pré-natale?	1. OUI 2. NON	
51	La mère de l'enfant a-t-elle été vaccinée contre le tétanos pendant la grossesse	1. OUI 2. NON	-Aller à la question 55
52	Peut-on voir le carnet de vaccination de la mère	1. OUI 2. NON	-Aller à la question 54
53	Carnet vérifié	1. OUI 2. NON	
54	Pourquoi ne peut-on pas voir le carnet de vaccination de la mère?	1. Carnet perdu 2. Carnet pas la 3. Vaccinée sans carnet	
55	La mère a-t-elle accouché à l'hôpital ou à la maison?	1. Maison 2. Hôpital/centre de santé	
56	La mère a-t-elle eu un accouchement par voie basse ou une césarienne?	1. Voie basse 2. Césarienne	
57	La mère a-t-elle été à la	1. OUI	

consultation post-natale?	2. NON	
---------------------------	--------	--

58. L'entretien est terminé. Auriez-vous une remarque ou une suggestion?

Je vous remercie pour votre patience et votre collaboration. Une fois de plus nous vous assurons de l'anonymat de ces informations. Au revoir!

Signature de l'enquêteur :

Signature du superviseur :

Annexe B3 : Calendrier de formation

Calendrier de Formation

Jour I

9h-9h30	Accueil des Participants - Présentation
9h30-10h30	Objectifs de l'enquête
10h30-10h45	Pause café
10h45-11h45	Présentation des différents documents de l'enquête
11h45-12h30	Introduction
	Renseignements généraux (résumé du projet, objectif, Considérations éthiques généraux)
12h30 – 1h30	Lunch
1h30 – 2h30	Personnel (l'équipe, comportements professionnels)
2h30 – 3h00	Questions

Jour II

9h00 -10h30	Le déploiement
	Les cinq (5) étapes d'une bonne entrevue
10h30 –10h45	Pause café
10h45- 12h30	Le questionnaire (présentation générale et comment le remplir)
12h30-1h30	Lunch
1h30-2h30	Questions sur le remplissage du questionnaire
2h30-3h00	Application du questionnaire entre les agents enquêteurs

Jour III

9h00 – 10h30	Rapport et suivi des questionnaires
	Résumé des activités journalières
10h30- 11h45	Pause café
11h45 – 12h30	Logistique et sécurité
12h30 – 1h30	Lunch
1h30 – 2h30	Test d'évaluation
2h30 – 3h00	Correction

Jour IV

9h00 – 12h30	Application du questionnaire sur le terrain
	Quatre (4) questionnaires par agent
	Zone choisie (Carrefour)
12h30 – 1h30	Lunch
1h30 – 3h00	Révision

Jour V

9h00 – 10h30	Formation pour les superviseurs
10h30-10h45	Pause café
10h45-11h15	Formation des superviseurs (suite et fin)

Annexe B4 : Manuel d’instruction des superviseurs de terrain

MANUEL D’INSTRUCTION DES SUPERVISEURS DE TERRAIN

Introduction.

L’Enquête sur les causes d’abandon de la vaccination chez les enfants de 1 à 5 ans dans le département des Nippes est très importante. Il demande des ressources humaines qualifiées pour pouvoir répondre de manière satisfaisante aux objectifs préalablement fixés. Le Superviseur qui a un rôle déterminant dans la phase de collecte des données doit être très dynamique pour mener à bien la tâche qui lui sera assignée.

L’objectif principal de ce manuel d’instructions est de définir d’une part, les tâches du Superviseur de terrain; et d’autre part, de fixer ses responsabilités face à cette enquête. Ainsi le Superviseur de terrain doit bien lire et bien approfondir ce manuel afin d’accomplir avec soin le travail qui lui est confié.

Il est important de rappeler que le manuel d’instructions aux Agents-Enquêteur est le manuel de base de l’Enquête, le Superviseur doit l’assimiler parfaitement bien.

Tâche du superviseur de terrain

Dès la signature du contrat avec l’Association de Santé Publique d’Haïti (ASPHA) / l’Association Canadienne de Santé Publique (ACSP) jusqu’à la fin des travaux de terrain, les tâches du Superviseur sont les suivantes :

b) Prise de contact avec les autorités locales

Dans le cadre de la motivation de l’enquête sur les causes d’abandon de la vaccination chez les enfants de 1 à 5 ans dans le département des Nippes, le superviseur de terrain a aussi un travail de sensibilisation à faire auprès des Autorités politiques et administratives de la Commune concernant le déroulement de la collecte des données. Cependant dès son arrivée dans la commune le Superviseur de terrain doit contacter les autorités municipales, policières et aussi les membres d’Administration des sections communales pour établir un plan de travail. Il doit expliquer :

- 5) Ce qu’est l’enquête sur les causes d’abandon de la vaccination chez les enfants de 1 à 5 ans dans le département des Nippes

- 6) La nécessité de réaliser cette enquête
- 7) L'utilité des données collectées lors d'une enquête
- 8) Son intérêt dans les résultats de l'enquête

Pour mieux jouer son rôle, le Superviseur de terrain doit :

- Etre une personne connue de sa zone de supervision ;
- Avoir une très bonne connaissance des coutumes afin de faciliter le mode d'approche des agents enquêteurs ;
- Gagner la confiance de la population ;
- Repérer les limites des zones de travail placées sous sa juridiction ;
- Assister les agents relevant de sa juridiction ;
- Diriger les activités de collecte des données sur le terrain et de s'assurer que les agents remplissent bien les tâches qui leur ont été confiés ;
- Assurer que les travaux remis par les agents sont de bonne qualité ;
- Réviser et corriger les questionnaires reçus ;
- Contrôler et acheminer les matériels de collecte au bureau

L'agent enquêteur doit travailler en étroite collaboration avec le Superviseur de terrain. Il doit l'informer régulièrement dans des rapports détaillés sur l'état d'avancement des travaux, sur les problèmes rencontrés dans la mise en application des consignes de l'Association de Santé Publique d'Haïti (ASPHA) / Association Canadienne de Santé Publique (ACSP) et présenter des suggestions quant aux solutions à apporter pour le redressement des erreurs et l'amélioration du plan de collecte.

Aspect social

Le Superviseur doit avoir une bonne connaissance du milieu dans lequel il va travailler. Il doit connaître le mode de vie de la population, sa pratique d'activité économique afin de mieux gérer ses rapports avec elle durant toute la période de collecte.

Préparation technique

Une fois installé par le Superviseur de terrain, l'agent enquêteur doit se pencher sur l'aspect technique du travail. C'est lui qui va organiser la collecte de données dans la Commune.

Supervision et Contrôle

La fiabilité des données de l'enquête dépend en grande partie du contrôle et de la supervision de l'enquête. C'est pourquoi un contrôle rigide à tous les niveaux s'avère nécessaire.

Le Superviseur de terrain doit s'assurer que les agents enquêteurs font leur travail de façon régulière. Il doit organiser sa supervision et son contrôle comme suit :

- Faire un planning de contrôle que l'on exécutera par sondage

- Visiter autant que possible chaque agent enquêteur pendant toute la durée de l'opération de collecte et surtout pendant les premiers jours de collecte pour pouvoir déceler les lacunes des agents enquêteurs
- Prendre des mesures appropriées lorsque le travail accuse du retard
- Respecter le plus possible les consignes pour le contrôle de qualité et de couverture
- Faire un contrôle d'exhaustivité sur le nombre de ménage à visiter
- Remplir le formulaire de rapport d'activités journalières.

Gestion du Personnel et du matériel

Pendant toute la durée de la collecte des données, le Superviseur de terrain a sous sa responsabilité un personnel et un lot de matériel à gérer. Il est recommandé de gérer ces matériels avec soin afin d'en assurer une utilisation rationnelle. De même le Superviseur de terrain doit maintenir de bonnes relations avec ses Subalternes.

Le Superviseur de terrain doit tout mettre en œuvre pour disposer d'avance de tout le matériel dont il a besoin pour la bonne marche du travail.

Afin d'éviter du retard dans la réception et la distribution du matériel de travail, la procédure suivante est recommandée :

- Produire de très tôt une demande de matériel au Co-investigateur principal de l'ASPHA
- Dès la réception du matériel faire un contrôle et accuser réception à l'ASPHA
- Stockage du matériel
- Etablir un calendrier de distribution
- Partager les documents (questionnaires, formulaires, etc.)
- Distribuer les fournitures (Plumes, crayon, etc)
- Prévoir un petit stock pour les déplacements
- Tenir à temps le co-investigateur principal de l'ASPHA/ACSP informé de ses inquiétudes éventuelles, documents insuffisants, documents en surnombre, etc.

Clôture des opérations

A la fin des opérations de collecte de données, le Superviseur de terrain a pour devoir de transmettre au co-investigateur principal de l'ASPHA/ACSP les éléments suivants :

- Les formulaires remplis par le Superviseur de terrain
- Les formulaires remplis par les agents enquêteurs
- Les lots de questionnaires remplis pour chaque ménage
- Les sacs des Agents-enquêteurs et des Superviseurs de terrain et leurs cartes d'identification
- Les questionnaires vierges et autres fournitures non utilisées.

Annexe B5: Rapport de l'atelier de formation des enquêteurs et superviseurs

Port-au-Prince, le 31 Mars 2011

Au : Docteur Eddy **JEAN-BAPTISTE**

Co-Investigateur Principal de l'ASPHA / ACSP

De : Madame M. C. Chimène **CIVIL**

Monsieur Pierre Michel **MARCELLUS**

Objet : Rapport de l'atelier de formation

Monsieur,

Nous vous faisons parvenir sous ce couvert le rapport de l'atelier de formation « Les causes d'abandon de la vaccination chez les enfants de 1 à 5 ans dans les deux communes du département des Nippes » qui s'est déroulé au local de l'Association Santé Publique Haïtienne (ASPHA) du 26 au 30 Mars 2011.

Nous vous prions de recevoir, Monsieur, l'expression de nos salutations les plus distinguées.

cc. Docteur Jean Robert **ANTOINE**

Président de l'ASPHA

RAPPORT DE L'ATELIER DE FORMATION
LES CAUSES D'ABANDON DE LA VACCINATION CHEZ LES
ENFANTS DE 1 A 5 ANS DANS LES DEUX COMMUNES DU
DEPARTEMENT DES NIPPES

LOCAL
ASSOCIATION SANTE PUBLIQUE HAITIENNE (ASPHA)
DU 26 AU 30 MARS 2011

Préparé par :
Madame CIVIL M.C.Chimène
Monsieur MARCELLUS P.Michel

INTRODUCTION

L'association Santé Publique Haïtienne (ASPHA) en collaboration avec l'Association Canadienne Santé Publique a organisé un atelier de formation sur «Les causes d'abandon de la vaccination chez les enfants de 1 à 5 ans dans deux communes du département des Nippes ». Cet atelier de formation s'est tenu au local de l'Association du 26 au 29 Mars 2011.

Deux (2) grandes étapes ont été identifiées au niveau de cet atelier : Une phase qui s'est déroulée sur la formation des enquêteurs et une autre portant sur les activités de terrain.

La phase I réalisée au cours des deux (2) premiers jours était consacrée à la compréhension des différentes parties du guide des agents enquêteurs et du questionnaire. La phase II consacrée spécifiquement à des travaux de terrain dans la zone de Rivière Froide (Carrefour).

Lors de la première phase, onze (11) participants avaient pris part dont plusieurs étaient des personnels de santé (Etudiants en Médecine, Auxiliaires, Infirmières).

Le Président de l'Association Santé Publique Haïtienne (ASPHA) Docteur Jean Robert Antoine était présent pour accueillir les participants, faire la présentation de l'équipe de l'enquête et des participants et parler en peu de mots de l'objectif de l'enquête.

OBJECTIF DE L'ATELIER

L'objectif principal de cet atelier était de connaître « Les causes d'abandon de la vaccination chez les enfants de 1 à 5 ans dans deux communes du département des Nippes ».

ORGANISATION DE L'ATELIER

Plan

De manière globale, les points suivants ont été débattus :

- Règles et principes de la formation ;
- Renseignements et considérations éthiques généraux ;
- L'équipe de terrain et son comportement ;

- Le déploiement ;
- Les cinq (5) étapes d'une bonne entrevue ;
- Le questionnaire (Présentation générale et comment le remplir) ;
- Questions sur le remplissage du questionnaire ;
- Application du questionnaire entre les agents enquêteurs ;
- Rapport et suivi des questionnaires ;
- Application du questionnaire sur le terrain ;

DEROULEMENT DES JOURNEES DE L'ATELIER

PREMIERE JOURNEE (26 Mars 2011)

OUVERTURE

L'ouverture de l'atelier de formation a été faite par le Docteur Jean Robert ANTOINE, Président de l'Association Santé Publique Haïtienne qui dans son allocution a souhaité aux différents participants la bienvenue et une bonne participation. Il a aussi mentionné que cette enquête permettra de nous renseigner davantage sur les causes de l'abandon de la vaccination dans le département des Nippes plus précisément dans la Commune de Miragoâne et d'Arnaud en plus du renforcement de la capacité de l'association à mener ce genre d'enquête..

A dix heures AM, nous avons commencé avec la formation

La première chose était de familiariser les participants avec les différents documents de l'enquête.

En second lieu, les des deux premiers modules ont été développé:

1. Renseignements et considérations éthiques généraux ;
2. L'équipe de terrain et ses comportements.

A partir de ces deux (2) modules il leur a été expliqué en très peu de mots ce qu'est un guide et pourquoi il a été conçu, le comportement qu'on doit avoir sur le terrain et la manière d'administrer le questionnaire.

- Par la suite, les deux autres modules ont été abordés à savoir :
 1. Le déploiement ;
 2. Les cinq étapes d'une bonne entrevue.

La méthodologie par échantillonnage stratifié en grappes de 120 ménages qui a été retenue dans le cadre de cette étude, la sélection des ménages ainsi que celle utilisée pour le choix des deux communes ont été aussi traités.

Formation des groupes : On aura besoin de deux groupes d'enquêteurs qui seront déployés dans chacune des deux communes sélectionnées. Chaque groupe sera formé d'un superviseur et de quatre (4) agents enquêteurs, chaque superviseur aura en sa possession les listes des différents ménages avec les nom/ et prénom du responsable de ménage et le numéro qui est inscrit sur la porte ou le mur du ménage qu'il va remettre à chaque agent pour faire le travail qui leur sera assigné.

Les cinq (5) étapes d'une bonne entrevue ont été passées en revue :

- a) La préparation ;
- b) L'introduction ;
- c) Le consentement éclairé ;
- d) La formulation des questions ;
- e) La conclusion.

Toutes ces étapes ont été développées et plusieurs questions ont été posées par les participants.

Deuxième Journée (27 Mars 2011)

Présentation du Choléra et mesures de prévention par le Docteur Jean Robert ANTOINE

Poursuite du programme

La présentation générale du questionnaire et comment le remplir

La logistique et la Sécurité des questionnaires furent les deux autres thèmes discutés lors de cette seconde journée.

Toutes les questions qui ont rapport au remplissage du questionnaire ont été débattues.

Pour mieux les évaluer, un questionnaire a été remis à chaque participant pour pouvoir collecter des données chez un voisin ou chez lui s'il a des enfants dont l'âge est compris entre un (1) et cinq (5) ans.

Troisième Journée (28 Mars 2011)

On n'a pas eu de formation à cause de la grève lancée par le syndicat des chauffeurs de transport public qui a paralysé la circulation ce jour là.

Quatrième Journée (29 Mars 2011)

Les questions administratives furent discutées avec le Docteur Eddy JEAN-BAPTISTE qui est le Co-Investigateur de l'Association Santé Publique Haïtienne (ASPHA).

A 9h00 du matin on a du se rendre à Carrefour (Rivière Froide) pour tester le questionnaire.

Arrivé sur place, on a rencontré le CASEC de la section communale pour lui expliquer l'objectif du travail de terrain et il nous a donné l'autorisation de visiter certains ménages disposant d'enfants du groupe d'âge qui nous intéresse. Nous avons formé deux (2) équipes comme si c'était le jour de l'enquête et nous les formateurs, nous nous sommes faits passer pour des superviseurs de terrain. Nous sommes passés dans chaque ménage pour d'abord nous présenter, leur dire pour quelle institution nous travaillons, leur faire part de l'objectif de l'enquête et leur demander de nous accorder une trentaine de minutes si cela ne leur dérange pas pour pouvoir répondre à quelques questions. Ils ont été même trop disposés pour répondre à nos attentes et ont même demandé quel jour nous allons revenir. Deux (2) questionnaires ont été administrés par chaque agent enquêteur. On est retourné à l'ASPHA à une (1) heure PM.

Après le lunch, un test d'évaluation a été remis à chaque participant pour permettre de déterminer les superviseurs et les enquêteurs selon leur aptitude à répondre aux questions formulées.

Le test et les questionnaires remplis sur le terrain ont été révisés par la suite.

On a gardé dix (10) personnes parmi les onze (11)

Cinquième Journée (30 mars 2011)

C'était la formation des superviseurs en leur faisant comprendre qu'ils sont responsables de la bonne marche de l'enquête.

- Dès leur arrivée, ils doivent prendre contact avec l'autorité locale, leur expliquer ce qu'est l'enquête, la nécessité de réaliser cette enquête, l'utilité des données collectées lors d'une enquête ;
- Encadrer les agents enquêteurs ;
- Vérifier les questionnaires ;
- Respecter les espaces aménagés à l'intérieur du questionnaire.

Degré de compréhension des participants

En salle, le questionnaire a été bien assimilé / compris par tous les participants mais avec un degré moindre pour Evelyne FRANCOIS et Rose Agosta JOSEPH. Arrivé sur le terrain, on a pu faire le même constat pour ces deux, mais particulièrement pour Eveline FRANCOIS qui a pris plus de temps et avec beaucoup de tâtonnements pour pouvoir administrer deux (2) questionnaires. Malgré tout, elle a omis plusieurs questions, mais on espère qu'elle peut se rattraper avec plus de training ou d'exercices.

Etant donné qu'on nous a fixé au préalable un nombre d'agents bien précis (8) et le nombre de superviseurs (2) qui vont être déployés sur le terrain en vue de collecter les informations relatives aux principales causes de l'abandon de la vaccination des enfants de 1 à 5 ans dans les communes de Miragoane et d'Arnaud, on avait donc l'obligation d'en décider avec toute équité et transparence (Voir annexe)

Conclusion

Tout a été bien durant toute la formation. Seulement dans le questionnaire on a relevé quelques erreurs. Il faut retourner dans le questionnaire et regarder à tête reposée les questions pour pouvoir apporter les corrections quand il y a des sauts. Par exemple, il faut préciser :

Si c'est oui on doit aller à si c'est non, on doit aller à

ANNEXE

LISTE DES PARTICIPANTS

#	NOM	PRENOM	TEST	Q.TER	Q.MAIS	PARTICIP.	TOT/40
1	CASSEUS	Marie	9	6	6	7	28
2	CADET	Irlande	6	7	6	8	27
3	LEMAIRE	Pascale	6	6	6	7	25
4	VICTOR	W.Jameson	8	8	6	7	29
5	FRANCOIS	Evelyne	5	3	5	6	19
6	LAGUERRE	J.Bertrand	7	6	6	7	26
7	JOSEPH	R.Agosta	4	5	5	6	20
8	OLIVE	Lima	6	7	6	7	26
9	LINDOR	R.Myrette	7	7	7	7	28
10	PIERRE	J.Romel	8	9	9	9	35
11	AUREL	J.Emmanuel	10	9	9	9	37

Voici le nom des deux (2) superviseurs

- 1) **AUREL J. Emmanuel**
- 2) **PIERRE J. Romel**

Voici le nom des huit (8) agents enquêteurs

- 1) **CASSEUS Marie**
- 2) **CADET Irlande**
- 3) **LEMAIRE Pascale**
- 4) **VICTOR W. Jameson**
- 5) **LAGUERRE J. Bertrand**
- 6) **JOSEPH R. Agosta**
- 7) **OLIVE Lima**
- 8) **LINDOR R. Myrette**

Commentaires

- a) Ce serait mieux d'ajouter sur la page de couverture une ligne en dessous des communes pour y mettre section communale
- b) Question # 38, ce serait mieux de reformuler cette question « Eské ou kwè lè timoun yo vaksinen, yo ka pwotege kont kek maladi ? »
- c) Question # 21, Dans le cas ou l'enquêté a répondu non, on devrait dire : Voir le superviseur
- d) En ce qui concerne les questions 30 à 36, on devrait les reformuler ainsi :
 - # 30 , eské tout ti moun kay sa a pran vaksen ? Atansyon kesyon sa diferan ak kesyon # 16 la
 - 1-oui ale nan 35
 - 2 non on continue
- e) # 31, si repons la wi mande moun nan pou li di non vaksen an ak doz li manke a
 - Si non ale nan 37
 - Non Vaksen an Doz la
- f) # 32 Eske se yon moun ki fe nou pa ale vaksinen ti moun yo
 - Wi.....
 - Non ale nan 37
- g) # 33 Eske yon moun nan fanmi an pat dako pou fe vaksinen timoun yo ?
 - 1 Wi
 - 2 Non ale nan 37
- h) # 34 Ki yes ki pat dako fe vaksinen ti moun yo
- i) # 35 Eske se yon moun ki te fe nou ale vaksinen ti moun yo?
 - 1 wi
 - 2 non ale nan 37
- j) # 36 Kiles ki te ale fe nou vaksinen timoun yo?
 - # 42 1 wi ale nan 45
 - 2 non
- k) # 24
 - On pourrait ajouter à la question 23 ale nan kesyon 16 ak 23
 - # 28 1 sant sante, ps rassemblement, lopital, klinik mobil
 - 2- lot (presize)

Annexe B6 : Rapport de collecte de données

Port-au-Prince, le 6 Juin 2011

Au : Docteur Eddy **JEAN-BAPTISTE**

Co-Investigateur Principal de l'ASPHA / ACSP

De : Madame M. C. Chimène **CIVIL**

Monsieur Jode **BEAUPLAN**

Objet : Rapport de la collecte des données de l'enquête quantitative

Monsieur,

Nous vous faisons parvenir sous ce couvert le rapport des opérations de collecte des données de l'enquête quantitative réalisée dans le département des Nippes durant la période 21 au 28 Avril 2011 pour le compte de l'Association Santé Publique Haïtienne (ASPHA).

Nous vous prions de recevoir, Monsieur, l'expression de nos salutations les plus distinguées.

cc. Docteur Jean Robert **ANTOINE**

Président de l'ASPHA

**RAPPORT DES OPERATIONS DE COLLECTE DE DONNEES de
l'ENQUETE QUANTITATIVE**

**LES CAUSES D'ABANDON DE LA VACCINATION CHEZ LES
ENFANTS DE 1 A 5 ANS DANS LES DEUX COMMUNES DU
DEPARTEMENT DES NIPPES**

**ASSOCIATION SANTE PUBLIQUE HAITIENNE (ASPHA)
DU 21 AU 28 AVRIL 2011**

**Préparé par :
Madame CIVIL M.C.Chimène
Monsieur BEAUPLAN Jode**

INTRODUCTION

L'Association Santé Publique d'Haïti (ASPHA) en collaboration avec l'Association Canadienne Santé Publique a réalisé une enquête quantitative visant à documenter «Les causes de l'abandon de la vaccination chez les enfants de 1 à 5 ans dans deux communes du département des Nippes ». Cette activité s'est déroulée durant la période du 21 au 28 avril 2011.

Deux (2) grandes phases ont été accomplies simultanément au début : Une première phase au cours de laquelle les deux groupes d'enquêteurs ont conjugué leurs efforts pour finaliser la sélection des ménages et par la suite, les enquêteurs ont procédé au remplissage des questionnaires au sein des ménages sélectionnés.

Au cours de leurs interventions, les huit (8) enquêteurs ont travaillé sous la conduite de deux (2) superviseurs qui avaient pour mission de garantir le bon déroulement de la collecte et d'intervenir au besoin pour apporter les correctifs nécessaires pour que les objectifs visés soient atteints.

Los enquêteurs assistés de leurs superviseurs ont été appuyés pendant les deux premiers jours par de deux (2) encadreurs, en l'occurrence Mr Beauplan et Mme Civil, chargés de leur fournir une assistance technique et aussi pour les introduire auprès des autorités locales.

OBJECTIF DE L'NEQUETE QUANTITATIVE

L'objectif principal de cette collecte vise à appliquer 240 questionnaires dans des ménages choisis sur la base d'un échantillon aléatoire simple et les répondants étaient soit des chefs de ménages, des mères ou des gardiennes d'enfants de 1 à 5 ans dans deux communes du département des Nippes ».

DEROULEMENT DES OPERATIONS DE COLLECTE DE DONNEES

Une fois parvenus sur le terrain et après une rencontre formelle de travail organisée avec l'équipe départementale sur l'objet de la visite, le plan de travail ainsi que

le calendrier de déplacement du personnel sur le terrain, le groupe a pris logement des espaces qui ont été réservés par l'administrateur départemental.

Une fois cette opération parvenue à terme et que la restauration des superviseurs et des enquêteurs ainsi que des deux accompagnateurs effective, tout le groupe s'est dirigé sur le théâtre des opérations afin de finaliser la sélection des ménages initiée au tout début du mois par le Co-Investigateur Principal et deux Consultants. Dans le même temps, un autre groupe d'enquêteurs encadrés par l'un des superviseurs procédait au remplissage des questionnaires dans les maisons déjà identifiées. Pour le début des interventions, l'appui d'un bénévole a été des plus utiles en permettant de délimiter les maisons à partir des cartes des SDE fournies par l'Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique (IHSI).

ANNEXE

LISTE DES PARTICIPANTS

#	NOM	PRENOM	TEST	Q.TER	Q.MAIS	PARTICIP.	TOT/40
1	CASSEUS	Marie	9	6	6	7	28
2	CADET	Irlande	6	7	6	8	27
3	LEMAIRE	Pascale	6	6	6	7	25
4	VICTOR	W.Jameson	8	8	6	7	29
5	FRANCOIS	Evelyne	5	3	5	6	19
6	LAGUERRE	J.Bertrand	7	6	6	7	26
7	JOSEPH	R.Agosta	4	5	5	6	20
8	OLIVE	Lima	6	7	6	7	26
9	LINDOR	R.Myrette	7	7	7	7	28
10	PIERRE	J.Romel	8	9	9	9	35
11	AUREL	J.Emmanuel	10	9	9	9	37

Voici le nom des deux (2) superviseurs

- 3) AUREL J. Emmanuel
- 4) PIERRE J. Romel

Voici le nom des huit (8) agents enquêteurs

- 9) CASSEUS Marie
- 10) CADET Irlande
- 11) LEMAIRE Pascale
- 12) VICTOR W. Jameson
- 13) LAGUERRE J. Bertrand
- 14) JOSEPH R. Agosta
- 15) OLIVE Lima
- 16) LINDOR R. Myrette

Commentaires

- l) Ce serait mieux d'ajouter sur la page de couverture une ligne en dessous des communes pour y mettre section communale
- m) Question # 38, ce serait mieux de reformuler cette question « Eské ou kwè lè timoun yo vaksinen, yo ka pwotege kont kek maladi ? »
- n) Question # 21, Dans le cas ou l'enquêté a répondu non, on devrait dire : Voir le superviseur
- o) En ce qui concerne les questions 30 à 36, on devrait les reformuler ainsi :
 - # 30 , eské tout ti moun kay sa a pran vaksen ? Atansyon kesyon sa diferan ak kesyon # 16 la
 - 1-oui ale nan 35
 - 2 non on continue
- p) # 31, si repons la wi mande moun nan pou li di non vaksen an ak doz li manke a
 - Si non ale nan 37
 - Non Vaksen an Doz la
- q) # 32 Eske se yon moun ki fe nou pa ale vaksinen ti moun yo
 - Wi.....
 - Non ale nan 37
- r) # 33 Eske yon moun nan fanmi an pat dako pou fe vaksinen timoun yo ?
 - 1 Wi
 - 2 Non ale nan 37
- s) # 34 Ki yes ki pat dako fe vaksinen ti moun yo
- t) # 35 Eske se yon moun ki te fe nou ale vaksinen ti moun yo?
 - 1 wi
 - 2 non ale nan 37
- u) # 36 Kiles ki te ale fe nou vaksinen timoun yo?
 - # 42 1 wi ale nan 45
 - 2 non
- v) # 24
 - On pourrait ajouter à la question 23 ale nan kesyon 16 ak 23
 - # 28 1 sant sante, ps rassemblement, lopital, klinik mobil
 - 2- lot (presize)

Annexe B7 : Rapport de l'enquête quantitative : résultat complet

ASPHA/ ASCP

**LES CAUSES D'ABANDON DE LA VACCINATION
CHEZ LES ENFANTS DE 1 A 5 ANS DANS LES
NIPPES**

L'enquete auprès des ménages

**Résultats complète
21 août 2011**

*Préparé par:
Dr. Donna Moralejo
Dr. Eddy Jean-Baptiste
Dr. Caroll Delpé
M. Massé*

TABLE DES MATIERES

Introduction	p. 3
La méthodologie	p. 3
Les résultats.....	p. 4
Les participants	p. 4
Le statut vaccinal	p. 7
Les décisions liées à la vaccination	p. 9
Statut vaccinal et caractéristiques de l'enfant et du répondant	p.10
La connaissance et les croyances.....	p.12
L'accessibilité physique	p.15
Facteurs qui empêchent ou facilitent la vaccination.....	p.17
Le tétanos maternel	p.19
La discussion et conclusion.....	p.21
Annexe A : Le questionnaire (non inclus)	
Annexe B : Autres résultats.....	p.22

Introduction

Selon la 4^e Enquête Mortalité Morbidité et Utilisation des Services en Haïti 2005-2006 (EMMUS IV), 67% des enfants d'Haïti n'auraient pas été vaccinés en 2005 - 2006 selon le calendrier prévu avant l'âge d'un an. De plus, 25% des femmes de 15 à 49 ans ne sont pas vaccinées contre le tétanos. Il est important de comprendre les facteurs qui influent sur la vaccination dans le contexte local afin d'identifier les stratégies pertinentes pour accroître la couverture. Donc, l'Association de Santé Publique d'Haïti (ASPHA) a collaboré avec des chercheurs canadiens, membres de l'Association Canadienne de Santé Publique (ACSP), dans le but de mieux comprendre ces facteurs. Les chercheurs ont aussi collaboré avec les collègues de la Direction sanitaire du département des Nippes, le plus jeune et le moins encadré des départements sanitaires d'Haïti.

L'objectif principal du projet est de documenter les causes de l'abandon de la vaccination, utilisant une enquête quantitative et les groupes de discussion dirigée. Le projet a aussi pour deuxième objectif de renforcer les capacités de recherches opérationnelles de l'ASPHA. Ce rapport résume tous les résultats de l'étude quantitative, une enquête auprès des ménages. On trouvera des détails sur les groupes de discussion et le projet global dans d'autres documents.

La méthodologie

Trois zones de résidence dans deux communes du département des Nippes, avec une faible couverture vaccinale, ont été identifiées pour conduire cette enquête : Miragoane-urbain, Miragoane-rural et Arnaud. Un échantillon aléatoire de 240 ménages, trouvés dans 24 sections d'énumération dans les trois zones, a été sélectionné. Un ménage était admissible s'il y avait au moins un enfant du groupe d'âge 1-5 ans. L'approbation du Comité National de Bioéthique et de son homologue canadien a été obtenue avant de commencer la collecte de données. L'étude s'est déroulée sur une période de deux semaines en avril 2011. Deux équipes d'enquêteurs ont été déployées sur le terrain après reçu une formation de quatre jours pour recueillir les données à l'aide d'un questionnaire qui a été pré-testé et traduit en créole. Après avoir expliqué l'objet de l'étude et obtenu leur consentement à participer, les enquêteurs ont interviewé les participants et écrit leurs réponses. Le questionnaire de 56 questions a été élaboré par les chercheurs et était basé sur les facteurs de risque identifiés dans une revue de la littérature. On trouvera plus de détails sur la méthodologie et une revue de la littérature dans d'autres documents.

Les résultats

Ce rapport contient tous les résultats. Des différences dans les proportions ont été testées à l'aide de test du khi-carré, pour signification statistique ; les valeurs de probabilité sont signalées ici seulement pour les différences significatives.

Les participants

Sur un total de 243 ménages visités, 3 n'ont pas eu un enfant admissible. Personne n'a refusé de participer. Donc, l'échantillon final se compose de 240 ménages avec un total de 308 enfants d'âge 1 à 5 ans. Le tableau 1 montre la distribution des enfants et des ménages dans les 3 zones de résidence.

Tableau 1 : Répartition des enfants et ménages selon leurs zones de résidence.

	Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
	Nbre de ménages	Nbre d'enfants	Nbre de ménages	Nbre d'enfants	Nbre de ménages	Nbre d'enfants	Nbre de ménages	Nbre d'enfants
1 enfant	44	44	114	114	25	25	183	183
2 enfants	12	24	33	66	3	6	48	96
3 enfants	6	18	0	0	1	3	7	21
4 enfants	2	8	0	0	0	0	2	8
Total	64	94	147	180	29	34	240	308

Caractéristiques démographiques et sociales des répondants.

Parmi les 240 répondants on retrouve une moyenne de 87.9% de sexe féminin, et une moyenne de 90.0% des répondants proviennent du groupe d'âges 15-49 ans, sans beaucoup de différence entre les zones. Les mères sont en majorité mais elles représentent un pourcentage de 65.5% à Arnaud par rapport à 79.7% à Miragoane-urbain. Il y avait plus de grands-parents qui étaient des répondants à Arnaud (10.3%) et à Miragoane-rural (9.5%) qu'à Miragoane-urbain (4.7%). Parmi les répondants, une moyenne de 51.3% est en situation de placages et une moyenne de 16.3% est célibataire. Dans la commune d'Arnaud, 31.0% sont mariés contre 12.5% à Miragoane-urbain et 20.4% à Miragoane-rural. Du point de vue de la religion, le Catholicisme prédomine à Miragoane (rural et urbain) avec 51.0% - 51.6% suivi du protestantisme (Baptiste, Pentecôtiste, Témoins de Jéhovah, etc.) avec 44.2% - 46.9%. Par contre, dans la commune d'Arnaud le protestantisme domine à 48.3% contre 41.4% de Catholicisme. Ces caractéristiques démographiques et sociales des répondants peuvent être trouvées dans les tableaux B-1 à B-5 dans l'annexe B.

Concernant le niveau d'éducation des répondants, il y a quelques différences entre les zones, montré dans le tableau 2. Quant à la ville de Miragoane, plus que la moitié (57.8%) des interviewés a un niveau secondaire et seulement 4.7% ne savent ni lire ni

écrire. Cependant, 29.9% des gens au niveau de Miragoane-rural et 24.1% au niveau d'Arnaud ne savent ni lire, ni écrire. Les différences sont significative ($p < .01$).

Tableau 2 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et leurs niveaux d'instruction.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹
Niveau d'instruction	Aucun*	3	4.7%	44	29.9%	7	24.1%	54	22.5%
	Alphabétisation ²	9	14.1%	25	17.0%	12	41.4%	46	19.2%
	Primaire	15	23.4%	28	19.1%	4	13.8%	47	19.6%
	Secondaire*	37	57.8%	48	32.7%	6	20.7%	91	37.9%
	Supérieur	0	0%	2	1.4%	0	0%	2	0.8%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

¹% = Le pourcentage de tout le nombre de ménages dans la zone de résidence.

²Connaissances des lettres.

* Différences significative : $p < .01$

En ce qui concerne leurs activités économiques et sociales génératrices de revenus, montrés dans le tableau 3, on constate qu'il y a un peu plus de chômage à Miragoane-rural (25.9%) qu'à Miragoane-urbain (18.8%) ou à Arnaud (20.7%). Comme prévu, plus des répondants à Miragoane-urbain pratiquent des activités génératrices de revenus ou sont salariés tandis qu'il y avait plus de cultivateurs à Miragoane-rural et à Arnaud.

Tableau 3 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et leurs activités économiques et sociales exercées.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹
Occupation	Chômage	12	18.8%	38	25.9%	6	20.7%	56	23.3%
	Salarié	4	6.3%	7	4.8%	0	0%	11	4.6%
	Activités génératrices de revenus	41	64.1%	70	47.6%	17	58.6%	128	53.3%
	Cultivateurs	1	1.6%	24	16.3%	5	17.2%	30	12.5%
	Autres	6	9.4%	8	5.4%	1	3.4%	15	6.3%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

¹% = Le pourcentage de tout le nombre de ménages dans la zone de résidence.

En ce qui a trait au revenu journalier, à Miragoane-urbain et à Miragoane-rural, 71.9% et 68.7% respectivement gagnent un revenu excédent 80 G (US \$2) par jour comparé à Arnaud (51.7%), mais la différence n'est pas significative ($p = .0581$). Cependant, seulement une moyenne de 9.6% a gagné aucun argent ou moins de 40 gourdes par jour. La plupart (72.8%-82.8%) dans chaque zone ont perçu des revenus irréguliers. Ces résultats peuvent être trouvés dans les tableaux B-6 et B-7 dans l'annexe B.

Pour se faire vacciner ou pour toute autre visite dans un centre de santé, le tableau 4 montre que 42.2% - 55.2% des gens doivent marcher pendant moins de 30 minutes. Dans la commune de Miragoane-urbain, seulement 6.3% doivent marcher plus d'une heure de temps, mais à Miragoane-rural et à Arnaud, 19.0% et 24.1% respectivement marchent entre 1-3 heures de temps, et 7.5% et 3.4% respectivement marchent plus de 3 heures de temps. Les différences sont significative ($p < .005$).

Tableau 4 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et le temps mis pour arriver au centre de santé le plus proche.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹
A combien de temps de marche êtes-vous du centre de santé le plus près?	Moins de ½ heure	32	50.0%	62	42.2%	16	55.2%	110	45.8%
	1/2 -1 heure	28	43.8%	46	31.3%	5	17.2%	79	32.9%
	1-3 heures	4	6.3%	28	19.0%	7	24.1%	39	1.3%
	Plus de 3 heures	0	0%	11	7.5%	1	3.4%	12	5.0%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

¹% = Le pourcentage de tout le nombre de ménages dans la zone de résidence.

Caractéristiques des enfants.

Environ la moitié des enfants dans chaque zone étaient des filles. Il y a un peu plus des enfants d'âge de 5 ans à Miragoane-rural (22.8%) que dans les autres zones (11.8% - 14.9%), mais tous les âges sont bien représentés dans chaque zone. Ces résultats peuvent être trouvés dans les tableaux B-8 et B-9 dans l'annexe B. Le rang de naissance pour la plupart des enfants dans chaque zone étaient premier ou deuxième, montré dans le tableau 5. Plus de 16% des enfants à Miragoane-rural a eu un rang de naissance de quatrième ou plus par rapport à 6.7% à Miragoane-urbain et 2.3% à Arnaud. La différence est significative ($p = .0168$).

Tableau 5 : Répartition des enfants selon leurs rangs et leurs zones de résidences.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹
Rang de l'enfant.	Premier	48	51.1%	89	49.4%	15	44.1%	152	49.4%
	Deuxième	26	27.7%	36	20.0%	7	20.6%	69	22.4%
	Troisième	14	14.9%	19	10.6%	8	23.5%	41	13.3%
	Quatrième	4	4.3%	14	7.7%	3	1.7%	21	6.8%
	Cinquième ou plus	2	2.2%	16	8.9%	1	0.6%	19	6.2%
	Non inscrit	--	--	6	3.3%	--	--	6	1.9%
	Total	94	100%	180	100%	34	100%	308	100%

¹% = Le pourcentage de tout le nombre de ménages dans la zone de résidence.

Statut vaccinal

Les enquêteurs ont demandé aux participants s'ils pourraient voir les carnets de vaccination des enfants. Le tableau 6 montre qu'un total de 76.9% des carnets a été vérifié et que 62.0% de 237 enfants avec un carnet vérifié ont été complètement vaccinés.

Tableau 6 : Répartition des enfants selon leurs statuts vaccinal après vérification et leurs zones de résidences.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹
Carnet vérifié ²	Oui	70	74.5%	142	78.9%	25	73.5%	237	76.9%
	Non	23	24.5%	33	18.3%	6	17.6%	62	20.1%
	Non inscrit	1	1.1%	5	2.8%	3	8.8%	9	2.9%
Statut vaccinal après vérification du carnet ³	Statut complet	44	62.9%	88	62.0%	15	60%	147	62.0%
	Statut partiel	26	37.1%	53	37.3%	10	40%	89	37.6%
	Non vacciné	-	-	1	0.7%	-	-	1	0.4%
	Non inscrit	-	-	-	-	-	-	-	-
Statut vaccinal sans vérification du carnet ²	Statut complet	58	61.7%	102	56.7%	21	61.8%	181	58.8%
	Statut partiel	34	36.2%	76	42.2%	13	38.2%	123	39.9%
	Non vacciné	1	1.1%	2	1.1%	-	-	3	0.9%
	Non inscrit	1	1.1%	-	-	-	-	1	0.3%

¹% = Le pourcentage de tout le nombre de ménages dans la zone de résidence.

²% calculé sur 94 pour Miragoane-urbain, 180 pour Miragoane-rural, 34 pour Arnaud et 308 en total.

³% calculé sur 70 pour Miragoane-urbain, 142 pour Miragoane-rural, 25 pour Arnaud et 237 en total.

Le tableau 6 montre aussi que le taux de vaccination fondé (58.8%) sur les réponses des répondants (sans vérification du carnet) est sensiblement similaire au taux calculé basé sur les carnets de vaccination (62.0%). Seulement quelques répondants à Miragoane-rural ont sous-estimé si les enfants ont été complètement vaccinés, 56.7% contre 62.0% vérifiés par carnet. Bien que les taux soient similaires, pour le reste de l'analyse, nous utiliserons le statut vaccinal comme vérifiée par le carnet. Nous avons perdu un peu de la puissance pour détecter des différences statistiquement significatives mais les résultats sont plus valides.

La raison la plus fréquente pour laquelle le carnet n'a pas pu être vérifié, donnée par 32 répondants (24 à Miragoane-rural) était parce qu'il a été perdu ou égaré. Neuf ont dit que le carnet n'est pas dans la maison.

Le tableau 7 montre quels vaccins n'ont pas administré aux 72 enfants partiellement vaccinés qui demeurent dans les 62 ménages où tous les enfants sont partiellement vaccinés. Le vaccin contre la rougeole a été le seul vaccin manquant pour 17 enfants, tandis que le vaccin contre la polio était manquant pour 24 enfants. Un vaccin ou plus de DTP-3, Polio-3 ou la rougeole était manquants pour 24 enfants (33.3%). Quinze enfants n'avait pas reçu 4 ou plus vaccins, manquant en général DTP-2, DTP-3, la rougeole et un dose de polio (Polio-0 ou Polio-3).

Tableau 7 : Répartition (nombre) des enfants partiellement vaccinés selon leurs zones de résidence et les noms de différents vaccins manquants.

Vaccins/doses manquants	Miragoane urbain	Miragoane rural	Arnaud	Total	
				n	%
Polio-0	-	7	2	9	12.5%
BCG, Polio-0	-	1	-	1	1.4%
Rougeole	6	10	1	17	23.6%
Polio-3, DTP-3,	3	9	1	12	16.7%

Rougeole					
2 vaccins de: Polio-3, DTP-3, Rougeole	1	8	3	12	16.7%
Autres: 2 manquants	-	2	2	4	5.6%
Autres: 3 manquants	1	1	1	2	2.8%
Autres: 4 manquants	1	5	1	7	9.7%
Autres: 5 manquants	1	5	2	8	11.1%
Total	13	48	11	72	--

Le tableau 8 montre le statut vaccinal des 183 ménages où les carnets pour chaque enfant ont été vérifiés. En général, les enfants dans le même ménage ont le même statut vaccinal (complètement ou partiellement vacciné). Toutefois, dans 14 ménages, il y avait un mélange d'enfants vaccinés complètement et d'enfants qui ont été partiellement vaccinés ou non vaccinés. Pour le reste de l'analyse, nous rendrons compte des résultats par zone et aussi par ce statut vaccinal du ménage quand il est pertinent.

Tableau 8 : Statut vaccinal des ménages.

	Miragoane-urbain		Miragoane-rural		Arnaud		Total	
	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹
Les enfants...								
Tous ont été vaccinés complètement.	27	58.7%	68	58.1%	12	60.0%	107	58.5%
Tous ont été vaccinés partiellement.	13	28.3%	41	35.0%	8	40.0%	62	33.9%
Mélange d'enfants complètement et non-complètement vaccinés.	6	13.0%	8	6.8%	0	0%	14	7.7%
Total	46	100%	117	100%	20	100%	183	100%

¹% = Le pourcentage de tout le nombre de ménages dans la zone de résidence.

Décisions liées à la vaccination

Le tableau 9 montre que, en général, les mères sont responsables pour la décision de faire vacciner les enfants. Dans la commune d'Arnaud, les grands-parents ont plus d'un rôle (13.8%) que ailleurs (1.4% - 3.1%), mais la différence n'est pas significative.

Tableau 9 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidences et la personne décidant la vaccination de l'enfant.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹
Qui a décidé de les faire vacciner?	Mère	57	89.1%	136	92.5%	25	86.2%	218	90.8%
	Père	4	6.3%	7	4.8%	0	0%	11	4.6%
	Grands parents	2	3.1%	2	1.4%	4	13.8%	8	3.3%
	Frère/sœur	0	0%	2	1.4%	0	0%	2	0.8%
	Gardien	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Autres	1	1.6%	0	0%	0	0%	1	0.4%
	Total		64	100%	147	100%	29	100%	240

¹% = Le pourcentage de tout le nombre de ménages dans la zone de résidence.

Le niveau d'instruction des responsables de la décision est faible, comme le montre le tableau 10 ; 23.1% des responsables au niveau de Miragoane-rural et 27.6% au niveau d'Arnaud ne savent ni lire, ni écrire, et moins d'un tiers ont plus de l'enseignement primaire. Dans la commune de Miragoane-urbain, en contraste, 54.7% ont plus de l'enseignement primaire. Les différences sont significative ($p < .005$).

Tableau 10 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidences et le niveau d'instruction de la personne décidant la vaccination l'enfant.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹
Le niveau d'instruction de la personne qui a décidé de faire vacciner	Aucun	4	6.3%	34	23.1%	8	27.6%	46	19.2%
	Alphabétisation	7	10.9%	27	18.4%	10	34.5%	44	18.3%
	Primaire	16	25.0%	26	17.7%	3	10.3%	45	18.8%
	Secondaire	35	54.7%	48	32.7%	6	20.7%	89	37.2%
	Supérieur	0	0%	1	0.7%	0	0%	1	0.4%
	Non inscrit	2	3.1%	11	7.5%	2	6.9%	15	6.3%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

¹% = Le pourcentage de tout le nombre de ménages dans la zone de résidence.

Les participants ont été demandés s'il y a quelqu'un qui a influencé la décision de faire vacciner ou les a empêchés d'aller vacciner leurs enfants. Seulement 12 participants ont dit qu'il y a une telle influence. Une participant a identifié un agent de santé and 11 ont identifié un membre de la famille : 3 à Miragoine-urbain, 7 à Miragoane-rural et 1 à Arnaud.

Statut vaccinal et caractéristiques de l'enfant et du responsable

Les tableaux 11 et 12 présentent les résultats des analyses relatives au statut vaccinal (pour les enfants avec les carnets vérifiés) et quelques caractéristiques de l'enfant et du responsable. Ces résultats ne sont pas présentés par zone parce que les taux de vaccination sont si similaires entre les zones.

Le tableau 11 montre une comparaison de statut vaccinale de l'enfant par caractéristiques sélectionné : l'âge, le sexe et le rang de naissance des enfants. Les enfants d'un an sont moins probables d'être vaccinés complètement que les enfants des autres âges. La différence entre le taux vaccinal pour les enfants d'un an comparé au taux pour les enfants de 5 ans est significative ($p = .0056$) mais les autres différences ne sont pas significatives.

Les enfants de premier ou deuxième rang de naissance sont plus probables d'être complètement vaccinés que les enfants des autres rangs de naissance, mais les différences ne sont pas significatives. Les filles ont presque des chances égales d'être complètement vaccinées, 60.4%, que les garçons, 64.7%.

Tableau 11: Répartition des enfants selon leurs statuts vaccinaux et leurs caractéristiques.

		Nbre d'enfants	Complètement vacciné*		Partiellement vacciné*	
			n	%**	n	%**
L'âge de l'enfant	1 an	48	22	45.8%	26	54.2%
	2 ans	57	33	57.9%	24	42.1%
	3 ans	52	35	67.3%	17	48.6%
	4 ans	39	27	69.2%	12	30.1%
	5 ans	40	30	75.0%	10	25.0%
Sexe	Fille	114	69	60.5%	45	39.5%
	Garçon	116	75	64.7%	41	35.3%
Rang	1	93	65	69.9%	28	30.1%
	2	64	39	60.9%	25	39.1%
	3	38	20	52.6%	18	47.4%
	4	22	12	54.5%	10	45.5%
	5+	19	11	57.9%	8	42.1%

* Les enfants dans la même maison sont tous complètement ou partiellement.

** % calculé sur le nombre des enfants avec la catégorie de caractéristique spécifié.

Le tableau 12 montre une comparaison de statut vaccinal de ménage par caractéristiques sélectionné.

Tableau 12 : Répartition des répondants selon leurs caractéristiques et le statut vaccinal de ménage

		Complètement*		Partiellement*		Mélange*		Total n
		n	%**	n	%**	n	%**	
Qui est responsable	Mère	100	59.9%	53	31.7%	14	8.4%	167
	Autres	7	50.0%	7	50.0%	-	-	14
Niveau d'instruction du responsable	Aucun	24	64.9%	11	29.7%	2	5.4%	37
	Alphabétisation	20	57.1%	14	40.0%	1	2.9%	35
	Primaire	13	40.7%	15	46.9%	4	12.5%	32
	Secondaire ou plus	49	70.0%	15	21.4%	6	8.6%	70
Nombre de grossesse de mère	1	42	71.2%	17	28.8%	0	0%	59
	2	26	55.3%	16	34.9%	5	10.6%	47
	3	18	50.0%	12	33.3%	6	16.7%	36
	4	10	45.5%	10	45.5%	2	9.0%	22
	5+	11	57.9%	7	36.8%	1	5.3%	19

* Les enfants dans la même maison sont tous complètement ou partiellement vaccinés ou il y a un mélange des enfants de différent statut vaccinal.

** % calculé sur le nombre des répondants avec la catégorie de caractéristique spécifié.

Les enfants dont les mères étaient responsables de prendre la décision pour vacciner étaient légèrement plus probables pour être vaccinés complètement que des enfants avec

d'autres personnes chargées de la décision. Plus d'enfants dont les mères ont eu seulement une grossesse ont été complètement vaccinés que les enfants dont les mères ont eu plus d'une grossesse, mais la différence n'est pas significative. Cependant, ni le niveau d'instruction (montré dans le tableau 12) ni le statut matrimonial de la personne responsable pour la décision de faire vacciner n'étaient des facteurs importants qui facilitent ou empêche clairement la vaccination. Les mères qui sont mariées (31,4%) ou placées (35,8%) sont plus probables d'avoir les enfants partiellement vaccinés que les mères avec le statut matrimonial « célibataire » (22,2%).

Le revenu journalier peut être un facteur lié à la vaccination : Tous les enfants sont complètement vaccinés dans seulement 1 ménage de 16 ménages (6.3%) avec un revenu entre 0-40 gourdes par jour, comparé à 55.5% des ménages avec un revenu entre 40-80 gourdes par jour, et 66.4% des ménages avec un revenu plus de 80 gourdes par jour. Les différences sont significatives ($p < .001$).

Connaissance et croyances

La plupart des répondants (>92%) savent qu'il faut vacciner tous les enfants, qu'il faut vacciner l'enfant plusieurs fois, que la vaccination est gratuite, et ou il faut aller faire vacciner les enfants. Plus de 98% ont dit qu'ils croient que la vaccination est importante pour la santé des enfants et qu'il y a un bénéfice pour les enfants, et recommanderaient aux autres parents de faire vacciner leurs enfants. Ces résultats peuvent être trouvés dans les tableaux B-10 à B-16 dans l'annexe B.

Les répondants ont été demandé auxquelles maladies protègent les vaccins (résultats pas présentés dans un tableau). Dix-sept (7.1%) n'ont pas donné une réponse et 12 (5.0%) ont donné une réponse très générale comme « toutes maladies » ou « les microbes ». Seulement 47 répondants (19.6%) ont donné une bonne réponse, mais incomplète : 23 (9.6%) ont dit seulement « la rougeole », 14 (5.7%) ont identifié 2 vaccins et 10 (4.2%) ont identifié 3 vaccins. La plupart des autres réponses étaient partiellement correctes ; les répondants ont identifié quelques maladies correctes mais ont aussi identifié quelques maladies immuno-contrôlables mais pas inclus dans le programme de PEV (exemple : la grippe ou la fièvre typhoïde) ou ont mentionné les maladies non immuno-contrôlables. Par exemple, 82 (34.2%) ont identifié le paludisme. Le statut vaccinal de ménage n'est pas lié à la connaissance : 55.3% des répondants qui ont donné une bonne réponse proviennent des ménages où les enfants étaient tous complètement vaccinés, comparé à 57.1% des répondants qui n'ont pas donné une bonne réponse et à 54.5% des répondants qui n'ont donné aucune réponse.

La plupart des répondants ne connaissaient pas l'horaire de centre de santé; le tableau 13 montre que seulement 29.7% des répondants à Miragoane-urbain ont donné une bonne réponse. Moins à Miragoane-rural, 16.3%, connaissaient l'horaire correct et à Arnaud, seulement 3.4% le connaissaient. Les différences sont significatives ($p < .03$). Tous les enfants dans le ménage étaient complètement vaccinés dans 62.5% des ménages où le répondant connaissait l'horaire, comparé à 57.6% des ménages où le répondant ne connaissait pas l'horaire ; la différence n'est pas significative.

Tableau 13 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et leurs connaissances de l'horaire des centres de santé.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹
Quel est l'horaire du centre de santé pour la vaccination?	Bonne réponse	19	29.%	24	16.3%	1	3.4%	44	18.3%
	Incorrect	45	70.3%	123	83.7%	28	96.6%	196	81.7%
	Ne sait pas	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

¹% = Le pourcentage de tout le nombre de ménages dans la zone de résidence.

Un autre domaine où les connaissances sont faibles et toujours lié à la vaccination des enfants traite de leur état de santé au moment de prendre la décision de les emmener au centre de santé pour recevoir leurs doses de vaccins (sont-ils malades ou pas). La plupart des répondants, montré dans le tableau 14, ont dit qu'ils ne vaccinent leurs enfants quand ils sont malades, mais, en général, une maladie comme la fièvre ou de la diarrhée n'est pas une contre-indication à la vaccination. Les résultats dans le tableau 15 suggèrent que cette croyance n'empêche pas la vaccination en réalité ; les différences entre le pourcentage d'enfants complètement ou partiellement vaccinés par cette croyance ne sont pas significatives.

Tableau 14 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et le moment de faire vacciner leurs enfants.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹
Faites-vous vacciner vos enfants quand ils sont malades de fièvre, diarrhée, vomissements...	Oui	18	28.1%	41	27.9%	20	69.0%	79	32.9%
	Non	46	71.9%	106	72.1%	9	31.0%	161	67.1%
	Non inscrit	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

¹% = Le pourcentage de tout le nombre de ménages dans la zone de résidence.

Tableau 15 : Répartition des répondants selon leurs connaissances sur le moment de faire vacciner leurs enfants et le statut vaccinal de ménage

		Complètement*		Partiellement*		Mélange*		Total
		n	%**	n	%**	n	%**	n
Faites-vous vacciner vos enfants quand ils sont malades	Oui	32	52.5%	21	34.4%	8	13.1%	61
	Non	75	61.5%	41	33.6%	6	5.4%	122

* Les enfants dans la même maison sont tous complètement ou partiellement vaccinés ou il y a un mélange des enfants de différent statut vaccinal.

** % calculé sur le nombre des répondants avec la catégorie de caractéristique spécifié.

Le tableau 16 montre qu'environ la moitié des répondants à Miragoine (urbain : 51.6% ; rural : 45.6%) croient que les vaccins ont des effets secondaires, tandis que seulement 31.0% des répondants à Arnaud croient cela. Les résultats dans le tableau 17 suggèrent

que cette croyance n'empêche pas la vaccination en réalité ; les différences ne sont pas significatives..

Tableau 16 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et les effets secondaires que pourraient causer la vaccination sur leurs enfants.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹
Croyez-vous que le vaccin a des effets secondaires sur vos enfants (fièvre, diarrhée, vomissements...)	Oui	33	51.6%	67	45.6%	9	31.0%	111	46.3%
	Non	31	48.4%	80	54.4%	20	69.0%	129	53.8%
	Non inscrit	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

¹% = Le pourcentage de tout le nombre de ménages dans la zone de résidence.

Tableau 17 : Répartition des répondants selon leurs connaissances sur les effets secondaires et le statut vaccinal de ménage

		Complètement*		Partiellement*		Mélange*		Total
		n	%**	n	%**	n	%**	n
Croyez-vous que le vaccin a des effets secondaires	Oui	41	54.7%	30	40.0%	4	5.3%	75
	Non	66	61.1%	32	29.6%	10	9.3%	108

* Les enfants dans la même maison sont tous complètement ou partiellement vaccinés ou il y a un mélange des enfants de différent statut vaccinal.

** % calculé sur le nombre des répondants avec la catégorie de caractéristique spécifié.

Les répondants ont été demandés si tous les enfants dans la maison sont complètement vaccinés. Des 183 ménages où tous les carnets ont été vérifiés, seulement un répondant était incorrect dans l'identification, que tous enfants aient été complètement vaccinés ou pas. Dans le ménage de cette mère, un enfant était complètement vacciné et l'autre partiellement. Les répondants ont été aussi demandés les vaccins et doses manquants. Dans les 52 ménages avec seulement un enfant qui était partiellement vacciné, 10 répondants (19.2%) ont donné une bonne réponse Neuf (17.3%) ont donné une réponse partiellement correcte. Six de ces neuf répondants ont dit, en erreur, que 3 doses de rougeole sont manquantes.

Accessibilité physique

La plupart des répondants (moyenne : 92.1%) ont dit que les services de vaccination sont accessibles, montré dans le tableau 18, sans beaucoup de différence entre les zones. Un tiers de répondants qui ont dit que les services étaient accessibles étaient des ménages avec les enfants partiellement vaccinés. Il n'est pas clair si les enfants n'étaient pas vaccinés en raison des facteurs autres que l'accessibilité ou si les répondants étaient peu disposés à dire que les services n'étaient pas accessibles.

Tableau 18 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et la disponibilité du service de vaccination.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹
Les services de vaccination sont-ils accessibles?	Oui	59	92.2%	135	91.8%	27	93.1%	221	92.1%
	Non	5	7.8%	12	8.2%	2	6.9%	19	7.9%
	Non inscrit	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

¹% = Le pourcentage de tout le nombre de ménages dans la zone de résidence.

Tableau 19 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et l'accès de leurs enfants aux services de vaccination grâce à la proximité des centres.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹
La proximité des centres de santé a facilité l'accès de vos enfants aux services de vaccination.	Oui	25	39.1%	39	26.5%	9	31.0%	73	30.4%
	Non	39	60.9%	108	73.5%	20	69.0%	167	69.6%
	Non applicable	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Non inscrit	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

¹% = Le pourcentage de tout le nombre de ménages dans la zone de résidence.

Selon les répondants, la proximité au centre de santé était plus d'un facteur favorable à Arnaud (31.0%) et à Miragoane-urbain (39.1%) qu'à Miragoane-rural (26.5%), montré dans le tableau 19.

Le tableau 20 montre que la probabilité d'avoir les enfants complètement ou partiellement vaccinés ne change pas avec le temps de marche de centre de santé à Miragoane-urbain.

Tableau 20 : Répartition des répondants selon leurs distances aux centres de santé et le statut vaccinal de ménage : Miragoane-urbain

		Complètement*		Partiellement*		Mélange*		Total
		n	%**	n	%**	n	%**	n
A combien de temps de marche êtes-vous du centre de santé le plus près?	Moins de ½ heure	12	60.0%	7	31.8%	3	13.6%	22
	1/2 -1 heure	13	61.9%	5	23.8%	3	14.3%	21
	1-3 heures	2	66.7%	1	33.3%	0	0%	3
	Plus de 3 heures	-	-	-	-	-	-	0

* Les enfants dans la même maison sont tous complètement ou partiellement vaccinés ou il y a un mélange des enfants de différent statut vaccinal.

** % calculé sur le nombre des répondants avec la catégorie de caractéristique spécifié.

Tableau 21 : Répartition des répondants selon leurs distances aux centres de santé et le statut vaccinal de ménage : Miragoane-rural

		Complètement*		Partiellement*		Mélange*		Total
		n	%*	n	%*	n	%*	n
A combien de temps de marche êtes-vous du centre de santé le plus près?	Moins de ½ heure	30	62.5%	15	31.3%	3	6.3%	48
	1/2 -1 heure	20	55.6%	14	38.9%	2	5.6%	36
	1-3 heures	11	47.8%	10	43.8%	2	8.7%	23
	Plus de 3 heures	7	70.0%	2	20.0%	1	10.0%	10

* Les enfants dans la même maison sont tous complètement ou partiellement vaccinés ou il y a un mélange des enfants de différent statut vaccinal.

** % calculé sur le nombre des répondants avec la catégorie de caractéristique spécifié.

Les tableaux 21 et 22 montrent une situation différente à Miragoane-rural et à Arnaud : les répondants à une distance de 1 à 3 heures de marche sont peu probables d’avoir les enfants complètement vaccinés que les répondants à plus proche de centre, et les répondants à un distance de 30 minutes à 1 heure de marche sont peu probables d’avoir les enfants complètement vaccinés que les répondants à une distance de moins de 30 minutes, mais les différences ne sont pas significatives. Cependant, les 11 répondants à un distance de plus de 3 heures de marche sont plus probables d’avoir les enfants complètement vaccinés. Bien que cette réponse soit assez surprenante, la seule explication qu’on peut apporter consiste dans cette possibilité qui existe dans le fait que plus d’efforts aient été fait de faire vacciner les enfants à cause de la distance.

Tableau 22 : Répartition des répondants selon leurs distances aux centres de santé et le statut vaccinal de ménage : Arnaud

		Complètement*		Partiellement*		Total
		n	%*	n	%*	n
A combien de temps de marche êtes-vous du centre de santé le plus près?	Moins de ½ heure	7	70.0%	3	30.0%	10
	1/2 -1 heure	2	50.0%	2	50.0%	4
	1-3 heures	2	40.0%	3	60.0%	5
	Plus de 3 heures	1	100%	0	0%	1

* Les enfants dans la même maison sont tous complètement ou partiellement vaccinés.

** % calculé sur le nombre des répondants avec la catégorie de caractéristique spécifié.

Comme dernière question du sondage, les répondants les répondants devaient formuler des commentaires additionnels selon leur propre connaissance sur le sujet. La réponse la plus fréquente était d’ajouter un autre centre de santé dans la zone. Quatre ont donné cette réponse à Miragoane-urbain, comparé à 16 à Miragoane-rural et 2 à Arnaud. Trois autres ont recommandé plus de visites dans la zone par les agents de santé.

Facteurs qui empêchent et facilitent la vaccination

Seulement 19 répondants ont dit que les services de vaccination ne sont pas accessible, donc ils ont été demandés les raisons que pourraient les décourager à vacciner les enfants.

Deux à Arnaud et 7 à Miragoane-rural ont dit que le centre est trop loin, 2 à Miragoane-rural ont dit que la route était en mauvais état, 2 à Miragoane-urbain et 2 à Miragoane-rural ont dit qu'ils manquent de moyen de transport, et 1 à Miragoane-urbain n'a pas quelqu'un pour accompagner l'enfant. Les mêmes individus ont aussi identifié quelques autres facteurs qui les ont découragés de vacciner leurs enfants: la qualité de service (4), pas de vaccins à l'heure de visite (4), et pas de confiance au personnel de santé (1). Ces résultats peuvent être trouvés dans les tableaux B-17 and B-18 dans l'annexe B.

Presque tous les participants (98.3%) se sentent obligés à vacciner leurs enfants : 8.8% se sentent obligés pour le baptême et 34.2% pour l'inscrire à une école. Seulement un répondant a dit qu'elle s'est sentie obligée suite à la persistance d'un parent. Ces résultats peuvent être trouvés dans les tableaux B-19 à B-22 dans l'annexe B.

Les répondants ont été demandés ce qui a facilité l'accès aux services de vaccination. Il y avait des différences dans les réponses par zone, montré dans les tableaux 23 et 24. Seulement une moyenne de 9.6% a dit que les campagnes de vaccination facilitent la vaccination ; les répondants à Miragoane- rural (11.6%) étaient plus favorables aux campagnes que ceux à Arnaud (3.4%).

Tableau 23 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et l'accès de vos enfants aux services de vaccination suite aux campagnes nationales ou régionales.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹
Campagne vaccination nationale ou régionale : cause de la facilité de faire vacciner les enfants	Oui	5	7.8%	17	11.6%	1	3.4%	23	9.6%
	Non	59	92.2%	130	88.4%	28	96.6%	217	90.4%
	Non applicable	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Non inscrit	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

¹% = Le pourcentage de tout le nombre de ménages dans la zone de résidence.

Dans la commune d'Arnaud, 55.2% a considéré qu'une visite de l'agent de santé a facilité la vaccination, comparé à 14.1%-15% à Miragoane (urbain et rural, respectivement). La différence est significative ($p < .0001$). Tous les enfants dans le ménage étaient complètement vaccinés dans 6 de 11 ménages (54.6%) à Arnaud où le répondant a dit qu'une visite a facilité la vaccination comparé à 67.7% des ménages (6 de 9) où le répondant a répondu « non » à la question. Il n'est pas clair si les répondants parlaient de l'expérience ou s'ils pensent que cette stratégie sera utile.

Tableau 24 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et l'accès de vos enfants aux services de vaccination suite à la visite d'un agent de santé à domicile.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹
Visite de l'agent de santé chez le répondant : cause de la facilité de faire vacciner les enfants	Oui	9	14.1%	22	15.0%	16	55.2%	47	19.6%
	Non	55	85.9%	125	8.0%	13	44.8%	193	80.4%
	Non applicable	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Non inscrit	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

¹% = Le pourcentage de tout le nombre de ménages dans la zone de résidence.

Seulement une moyenne de 25.4% a dit que l'horaire du centre de santé facilite la vaccination, et une moyenne de 11.3% a dit que l'accueil dans le centre de santé est important. Moins de 5% ont dit que la manière du personnel, la qualité de service ou les incitatifs ont facilité l'accès aux services de vaccination, sans beaucoup de différence entre les zones. Ces résultats peuvent être trouvés dans les tableaux B-23 à B-27 dans l'annexe B.

Le tétanos maternel

Nous avons analysé les données sur le tétanos maternel pour les 176 répondants qui étaient les mères des enfants. Dans la commune d'Arnaud, 100% des mères ont été vaccinées contre le tétanos mais seulement 47.4% ont eu un carnet de vaccination disponible pour vérification, montré dans les tableaux 25 et 26. Seulement 49.0% des mères à Miragoane-urbain et 33.0% à Miragoane-rural ont eu des carnets vérifiés. La plupart des mères à Miragoane ont été vaccinées aussi, sauf pour 8 mères (96.1% à Miragoane-urbain et 94.3% à Miragoane-rural). Ces 8 mères n'ont pas eu un carnet à vérifier. Donc il n'est pas clair si ces mères ne sont pas vraiment non-vaccinées. Environ deux-tiers des mères avaient eu deux grossesses ou plus menées à terme ; ces résultats peuvent être trouvés dans le tableau B-28 dans l'annexe B.

Tableau 25 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et la vaccination de la mère en grossesses contre le tétanos.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹
La mère de l'enfant a-t-elle été vaccinée contre le tétanos pendant la grossesse ?	Oui	49	96.1%	100	94,3%	19	100%	68	95%
	Non	2	3.9%	4	3.8%	0	0%	6	4,2%
	Non inscrit	0	0%	2	1,9%	0	0%	2	0,8%
	Total	51	100%	106	100%	19	100%	176	100%

¹% = Calculé sur le nombre de répondants qui étaient les mères des enfants: 51 pour Miragoane-urbain, 106 pour Miragoane-rural, 19 pour Arnaud et 176 en total.

Tableau 26 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et la vérification du carnet de la mère de l'enfant.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹
Peut-on voir le carnet de vaccination de la mère	Oui	25	49.9%	35	33.0%	9	47.4%	69	39.2%
	Non	23	45.1%	65	61.3%	10	52.6%	98	55.7%
	Non inscrit	3	5.9%	6	5.7%	0	0%	9	5.1%
	Total	51	100%	106	100%	19	100%	176	100%

¹% = Calculé sur le nombre de répondants qui étaient les mères des enfants: 51 pour Miragoane-urbain, 106 pour Miragoane-rural, 19 pour Arnaud et 176 en total.

Il y a une grande différence entre le lieu d'accouchement de la mère, montré dans le tableau 27; à Arnaud, seulement 10.5% ont accouché à l'hôpital et 89.5% ont accouché à domicile. En contraste, 68.6% à Miragoane-urbain et 30.2% à Miragoane-rural ont accouché à l'hôpital. Les différences sont significatives ($p < .0005$). Peu de mères ont eu un accouchement par une césarienne : 3.9% à Miragoane-urbain, 2.8% à Miragoane-rural et personne à Arnaud. Ces résultats peuvent être trouvés dans le tableau B-29 dans l'annexe B.

Tableau 27 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et le lieu d'accouchement de la mère.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹
La mère a-t-elle accouché à l'hôpital ou à la maison?	Maison	16	31.4%	72	67.9%	17	89.5%	105	59.7%
	Hôpital/centre de santé	35	68.6%	32	30.2%	2	10.5%	69	39.2%
	Non inscrit	0	0%	2	1.9%	0	0%	2	1.1%
	Total	51	100%	106	100%	19	100%	176	100%

¹% = Calculé sur le nombre de répondants qui étaient les mères des enfants: 51 pour Miragoane-urbain, 106 pour Miragoane-rural, 19 pour Arnaud et 176 en total.

Les tableaux 28 et 29 montrent que la plupart des mères, 89.5% à 96.1%, ont été à la consultation prénatale, mais moins ont été à la consultation post-natale. Par exemple, seulement 54.7% des mères à Miragoane-rural ont été à la consultation post-natale comparé à 72.6% à Miragoane-urbain; la différence est significative ($p = .0323$).

Tableau 28 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et la suivie des consultations prénatales par la mère.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹
La mère a-t-elle été à la consultation prénatale?	Oui	49	96.1%	101	95.3%	17	89.5%	167	94.9%
	Non	2	3.9%	5	4.7%	2	10.5%	9	5.1%
	Total	51	100%	106	100%	19	100%	176	100%

¹% = Calculé sur le nombre de répondants qui étaient les mères des enfants: 51 pour Miragoane-urbain, 106 pour Miragoane-rural, 19 pour Arnaud et 176 en total.

Tableau 29 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et la visite de mère de l'enfant suite à leur accouchement.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹
La mère a-t-elle été à la consultation post-natale?	Oui	37	72.6%	58	54.7%	11	57.9%	106	60.2%
	Non	14	27.5%	48	45.3%	8	42.1%	70	39.8%
	Total	51	100%	106	100%	19	100%	176	100%

¹% = Calculé sur le nombre de répondants qui étaient les mères des enfants: 51 pour Miragoane-urbain, 106 pour Miragoane-rural, 19 pour Arnaud et 176 en total.

Il y avait 6 mères, 1 à Arnaud et 5 à Miragoane-rural, sans consultation ni prénatale, ni post-natale. Une de ces femmes a eu une grossesse, mais les autres ont eu trois à neuf grossesses. Les enfants de 4 mères ont été complètement vaccinés, vérifié par le carnet. Les enfants des 2 autres mères ont été partiellement vaccinés selon les mères ; les carnets n'ont pas été disponibles. Le temps de marche au centre de santé était plus de 30 minutes pour 5 de ces 6 femmes, et plus de 3 heures pour 3.

La discussion et la conclusion

Ces résultats seront discuté avec les représentatives du département sanitaire des Nippes et autres impliqués dans la vaccination d'enfants. Beaucoup d'informations tirées de cette étude peuvent servir d'identifier quelques stratégies pour l'amélioration de la couverture vaccinale.

Annexe B : Tableaux des Résultats

Note : Pour tous les tableaux sauf les tableaux 28 et 29, % = le pourcentage de tout le nombre de ménages dans la zone de résidence.

Tableau B-1 : Répartition des répondants selon leurs sexes et leurs zones de résidence.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sexe	Femme	56	87.5%	131	89.1%	24	82.8%	211	87,9%
	Homme	8	12.5%	15	10.2%	5	17.2%	28	11,7%
	Non inscrit	0	0%	1	0,7%	0	0%	1	0,4%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

Tableau B-2 : Répartition des répondants selon leurs tranches d'âges.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Groupe d'âge	Moins de 15 ans.	2	3.1%	2	14%	0	0%	4	1.7%
	Entre 15-49 ans	59	92.2%	132	89.8%	25	86.2%	216	90.0%
	Plus de 49 ans	2	3.1%	12	8.2%	4	13.8%	18	7.5%
	Non inscrit	1	1.6%	1	0.7%	0	0%	2	0.8%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

Tableau B-3 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et leur lien de parenté avec l'enfant.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Niveau de responsabilité	Mère	51	79.7%	106	72.1%	19	65.5%	176	73.3%
	Père	6	9.4%	13	8.8%	4	13.8%	23	9.6%
	Grands-parents	3	4.7%	14	9.5%	3	10.3%	20	8.3%
	Frère/sœur	1	1.6%	3	2.0%	0	0%	4	1.7%
	Gardien	1	1.6%	0	0%	3	10.3%	4	1.7%
	Autres	2	3.1%	11	7.5%	0	0%	13	5.4%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

Tableau B-4 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et leurs statuts matrimoniaux.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Statut matrimonial	Célibataire	13	20.3%	20	13.6%	6	20.7%	39	16.3%
	Divorcé(e)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Marié(e)	8	12.5%	30	20.4%	9	31.0%	47	19.6%
	Veuf (ve)	2	3.1%	4	2.7%	2	6.9%	8	3.3%
	Séparé(e)	8	12.5%	11	7.5%	0	0%	19	7.9%
	Placé (e)	32	50.0%	79	53.7%	12	41.4%	123	51.3%
	Autres	1	1.6%	3	2.0%	0	0%	4	1.7%
Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%	

Tableau B-5 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et leurs religions.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Religion	Catholique	33	51.6%	75	51.0%	12	41.4%	120	50.0%
	Protestant	30	46.9%	65	44.2%	14	48.3%	109	45.4%
	Sans religion	1	1.6%	7	4.8%	3	10.3%	11	4.6%
	Non inscrit	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

Tableau B-6 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et leurs revenus journalier.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Revenu journalier	Aucun	1	1.6%	1	0.7%	0	0%	2	0.8%
	Moins de 40 gourdes/jour	6	9.4%	12	8.2%	3	10.3%	21	8.8%
	Entre 40 et 80 gourdes/jour	11	17.2%	33	22.4%	11	37.9%	55	22.9%
	Plus de 80 gourdes/jour	46	71.9%	101	68.7%	15	51.7%	162	67.5%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

Tableau B-7 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et leurs fréquences de revenus journalier.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Fréquence du revenu	Régulier	11	17.2%	38	25.9%	5	17.2%	54	22.5%
	Irrégulier	52	81.3%	107	72.8%	24	82.8%	183	76.3%
	Non inscrit	1	1.6%	2	1.4%	0	0%	3	1.3%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

Tableau B-8 : Répartition des enfants selon leurs sexes et leurs zones de résidences.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sexe	Garçon	52	55.30%	78	43.3%	17	50.0%	147	47.7%
	Fille	42	44.70%	92	51.1%	17	50.0%	151	49.70%
	Non inscrit	--	--	10	5.6%	--	--	10	3.2%
	Total	94	100%	180	100%	34	100%	308	100%

Tableau B-9 : Répartition des enfants selon leurs tranches d'âges et leurs zones de résidences.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Age des enfants	1ans	26	27.7%	29	16.1%	8	23.5%	64	20.8%
	2ans	22	23.4%	40	22.2%	8	23.5%	69	22.4%
	3 ans	18	19.1%	39	21.7%	7	20.6%	64	20.8%
	4 ans	14	14.9%	32	17.7%	7	20.6%	53	17.2%

	5 ans	14	14.9%	40	22.2%	4	11.8%	58	18.8%
	Total	94	100%	180	100%	34	100%	308	100%

Tableau B-10: Répartition des répondants selon leurs zones de résidences et leurs connaissances du devoir de vacciner tous les enfants de 0 à 5 ans.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Savez-vous qu'il faut vacciner tous les enfants âgés de 0 à 5 ans?	Oui	59	92.2%	145	98.6%	29	100%	233	97.1%
	Non	5	7.8%	2	1.4%	0	0%	7	2.9%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

Tableau B-11 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidences et leurs connaissances quant à l'importance de la vaccination.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Savez-vous qu'il faut vacciner l'enfant plusieurs fois pour les protégés contre certaines maladies?	Oui	60	93.8%	146	99.3%	28	96.6%	234	97.5%
	Non	4	6.3%	1	0.7%	1	3.4%	6	2.5%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

Tableau B-12 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidences et leurs connaissances sur la gratuité de la vaccination.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Savez-vous que la vaccination est gratuite?	Oui	61	95.3%	146	99.3%	29	100%	236	98.3%
	Non	3	4.7%	1	0.7%	0	0,0%	4	1.7%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

Tableau B-13 : Répartition des répondants selon leurs et leurs connaissances sur les lieux de vaccination.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Où pouvez-vous faire vacciner vos enfants?	Bonne réponse	64	100%	146	99.3%	29	100%	239	99.6%
	Incorrect	0	0%	1	0.7%	0	0%	1	0.4%
	Ne sait pas	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

Tableau B-14 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et leurs affirmations sur l'importance de la vaccination de leurs enfants.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Croyez-vous que la vaccination est importante pour la santé des enfants?	Oui	64	100%	146	99.3%	29	100%	239	99.6%
	Non	0	0%	1	0.7%	0	0%	1	0.4%
	Non inscrit	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

Tableau B-15 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et leurs impressions d'un bénéfice pour les enfants en les vaccinant.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Croyez-vous qu'il y a un bénéfice pour les enfants qui sont vaccinés?	Oui	64	100%	145	98.6%	29	100%	238	99.2%
	Non	0	0%	2	1.4%	0	0%	2	0.8%
	Non inscrit	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

Tableau B-16 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et les recommandations faites aux autres parents pour se faire vacciner leurs enfants.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Recommanderiez-vous aux autres parents de faire vacciner leurs enfants?	Oui	63	98.4%	146	99.3%	28	96.6%	237	98.8%
	Non	0	0%	1	0.7%	1	3.4%	2	0.8%
	Non inscrit	1	1.6%	0	0%	0	0%	1	0.4%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

Source: ASPHA, Mai 2011.

Tableau B-17 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidences et leurs opinions sur les contraintes causant la non-vaccination de leurs enfants.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Quelles sont les contraintes que vous avez eues pour vous rendre aux postes de vaccination ou centres de santé pour faire vacciner les enfants?	Le centre est trop loin	0	0%	7	4.8%	2	6.9%	9	3.8%
	La route était en mauvaise état	0	0%	2	1.4%	0	0%	2	0.8%
	Manque de moyens de transport	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Pas d'argent pour payer le transport	2	3.1%	2	1.4%	0	0%	4	1.7%
	Saison pluvieuse	0	0%	1	0.7%	0	0%	1	0.4%
	Saison cyclonique	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Personne pour accompagner l'enfant	1	1.6%	0	0%	0	0%	1	0.4%
	Pas le temps pour accompagner l'enfant	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Autres	2	3.1%	0	0%	1	3.4%	3	1.3%
	Non applicable	59	92.2%	135	91.8%	26	89.7%	220	91.7%
Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%	

Tableau B-18 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et leurs opinions sur les raisons que pourraient les décourager à vacciner leurs enfants.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Une fois au poste de vaccination ou centre de santé, qu'est-ce qui vous a découragé à faire vacciner	Le mauvais accueil au centre de santé	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	La qualité du service	2	3.1%	2	1.4%	0	0%	4	1.7%
	Pas de vaccins et/ou seringues	2	3.1%	2	1.4%	0	0%	4	1.7%
	L'absence ou le retard du personnel de santé	0	0%	1	0.7%	0	0%	1	0.4%
	N'avait pas le carnet de vaccination	0	0%	2	1.4%	0	0%	2	0.8%
	Ne fait pas confiance au personnel de santé	1	1.6%	0	0%	0	0%	1	0.4%
	Ne peut pas payer les frais	0	0%	1	0.7%	0	0%	1	0.4%
	Autres	1	1.6%	2	1.4%	2	6.9%	5	2.1%

vos enfants ?	Non applicable	58	90.6%	137	93.2%	27	93.1%	222	92.5%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

Tableau B-19 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et leur perception d'une obligation de faire vacciner leurs enfants.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Vous êtes-vous senti obliger de faire vacciner vos enfants?	Oui	64	100%	143	97.3%	29	100%	236	98.3%
	Non	0	0%	4	2.7%	0	0%	4	1.7%
	Non inscrit	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

Tableau B-20 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et leur obligation de faire vacciner leurs enfants pour cause de baptême.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Ressentiment de l'obligation de faire vacciner l'enfant pour son baptême	Oui	5	7.8%	15	10.2%	1	3.4%	21	8.8%
	Non	59	92.2%	128	87.1%	28	96.6%	215	89.6%
	Non applicable	0	0%	4	2.7%	0	0%	4	1.7%
	Non inscrit	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

Tableau B-21 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et l'obligation de faire vacciner leurs enfants pour les inscrire à l'école.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Ressentiment de l'obligation de faire vacciner l'enfant pour l'inscrire à une école	Oui	27	42.2%	44	29.9%	11	37.9%	82	34.2%
	Non	37	57.8%	99	67.3%	18	62.1%	154	64.2%
	Non applicable	0	0%	4	2.7%	0	0%	4	1.7%
	Non inscrit	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

Tableau B-22 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et leur obligation de faire vacciner leurs enfants suite à la persistance d'un parent.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Ressentiment de l'obligation de faire vacciner l'enfant suite à la persistance d'un parent	Oui	1	1.6%	0	0%	0	0%	1	0.4%
	Non	63	98.4%	143	97.3%	29	100%	235	97.9%
	Non applicable	0	0%	4	2.7%	0	0%	4	1.7%
	Non inscrit	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

Tableau B-23: Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et l'accès de vos enfants aux services de vaccination suite aux horaires de travail des centres de santé.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Jour et heure de travail du centre de santé a facilité l'accès de vos enfants aux services de vaccination.	Oui	17	26.6%	38	25.9%	6	20.7%	61	25.4%
	Non	47	73.4%	109	74.1%	23	79.3%	179	74.6%
	Non applicable	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Non inscrit	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

Tableau B-24 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et l'accueil au centre de santé facilitant l'accès de vos enfants aux services de vaccination.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Accueil dans le centre de santé a facilité l'accès de vos enfants aux services de vaccination.	Oui	10	15.6%	17	11.6%	0	0%	27	11.3%
	Non	54	84.4%	130	88.4%	29	100%	213	88.8%
	Non applicable	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Non inscrit	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

Tableau B-25 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et le professionnalisme du personnel de santé a facilité l'accès de vos enfants aux services de vaccination.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Manière dont le personnel du centre sert le patient a facilité l'accès de vos enfants aux services de vaccination	Oui	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Non	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%
	Non applicable	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Non inscrit	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

Tableau B-26 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et la qualité de service a facilité l'accès de vos enfants aux services de vaccination.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Qualité du service a facilité l'accès de vos enfants aux services de vaccination.	Oui	0	0%	9	6.1%	1	3.4%	10	4.2%
	Non	64	100%	138	93.9%	28	96.6%	230	95.8%
	Non applicable	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Non inscrit	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

Tableau B-27 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et les incitatifs facilitant l'accès de vos enfants aux services de vaccination.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Les incitatifs (riz, pois, ...) ont facilité l'accès de vos enfants aux services de vaccination.	Oui	0	0%	2	1.4%	0	%	2	0.8%
	Non	64	100%	145	98.6%	29	100%	238	99.2%
	Non applicable	0	0%	0	0%	0	%	0	0%
	Non inscrit	0	0%	0	0%	0	%	0	0%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

Tableau B-28 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et le nombre d'enfant vivant que la mère a donné naissance.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
¹ Nombre de grossesse menée à terme	1	17	33.3%	35	33.0%	7	36.8%	59	33.5%
	2	15	29.4%	27	25.5%	2	10.5%	44	25.9%
	3	10	19.6%	15	14.2%	3	15.8%	28	15.9%
	4	7	13.7%	12	11.3%	6	31.6%	25	14.2%
	5	1	2.0%	7	6.6%	1	5.3%	9	5.1%
	6	1	2.0%	2	1.9%	0	0%	3	1.7%
	Plus de 6	0	0%	8	7.6%	0	0%	8	4.5%
	Total	51	100%	106	100%	19	100%	176	100%

¹% = Calculé sur le nombre de répondants qui étaient les mères des enfants: 51 pour Miragoane-urbain, 106 pour Miragoane-rural, 19 pour Arnaud et 176 en total.

Tableau B-29 : Répartition des répondants selon leurs zones de résidence et la qualité de l'accouchement de la mère.

		Miragoane urbain		Miragoane rural		Arnaud		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
¹ La mère a-t-elle eu un accouchement par voie basse ou une césarienne?	Voie basse	60	93,8%	141	95,9%	29	100%	230	95,8%
	Césarienne	4	6,3%	5	3,4%	0	0%	9	3,8%
	Non applicable	0	0%	1	0,7%	0	0%	1	0,4%
	Total	64	100%	147	100%	29	100%	240	100%

¹% = Calculé sur le nombre de répondants qui étaient les mères des enfants: 51 pour Miragoane-urbain, 106 pour Miragoane-rural, 19 pour Arnaud et 176 en total.

Annexe B8 : Rapport abrégé de l'enquête quantitative

ASPHA/ ASCP

**CHEZ LES ENFANTS DE 1 A 5 ANS DANS LES
NIPPES**

L'enquete auprès des ménages

**Rapport préliminaire
20 août 2011**

*Préparé par:
Dr. Donna Moralejo
Dr. Eddy Jean-Baptiste
Dr. Carol Delpé
M. Massé*

TABLE DES MATIERES

Introduction	p.3
La méthodologie	p.3
Les résultats	p.3
Les participants	p.4
Le statut vaccinal	p.5
Les décisions liées à la vaccination.....	p.6
La connaissance et les croyances.....	p.7
Autres facteurs qui peuvent faciliter ou empêcher la vaccination.....	p.8
L’accessibilité physique et le statut vaccinal.....	p.9
Le statut vaccinal et les facteurs pertinentes.....	p.10
Le tétanos maternel	p.12
La discussion	p.13
Conclusion.....	p.18
Annexe A	p.19

Introduction

Selon la 4^e Enquête Mortalité Morbidité et Utilisation des Services en Haïti 2005-2006 (EMMUS IV), 67% des enfants d'Haïti n'auraient pas été vaccinés en 2005 - 2006 selon le calendrier prévu avant l'âge d'un an. De plus, 25% des femmes de 15 à 49 ans ne sont pas vaccinées contre le tétanos. Il est important de comprendre les facteurs qui influent sur la vaccination dans le contexte local afin d'identifier les stratégies pertinentes pour accroître la couverture. Donc, l'Association de Santé Publique d'Haïti (ASPHA) a collaboré avec des chercheurs canadiens, membres de l'Association Canadienne de Santé Publique (ACSP), dans le but de mieux comprendre ces facteurs. Les chercheurs ont aussi collaboré avec les collègues de la Direction sanitaire du département des Nippes, le plus jeune et le moins encadré des départements sanitaires d'Haïti.

L'objectif principal du projet est de documenter les causes de l'abandon de la vaccination, utilisant une enquête quantitative et les groupes de discussion dirigée. Le projet a aussi pour deuxième objectif de renforcer les capacités de recherches opérationnelles de l'ASPHA. Ce rapport résume les résultats de l'étude quantitative, une enquête auprès des ménages. On trouvera des détails sur les groupes de discussion et le projet global dans d'autres documents.

La méthodologie

Trois zones de résidence dans deux communes du département des Nippes, avec une faible couverture vaccinale, ont été identifiées pour conduire cette enquête : Miragoane-urbain, Miragoane-rural et Arnaud. Un échantillon aléatoire de 240 ménages, trouvés dans 24 sections d'énumération dans les trois zones, a été sélectionné. Un ménage était admissible s'il y avait au moins un enfant du groupe d'âge 1-5 ans. L'approbation du Comité National de Bioéthique et de son homologue canadien a été obtenue avant de commencer la collecte de données. L'étude s'est déroulée sur une période de deux semaines en avril 2011. Deux équipes d'enquêteurs ont été déployées sur le terrain après reçu une formation de quatre jours pour recueillir les données à l'aide d'un questionnaire qui a été pré-testé et traduit en créole. Après avoir expliqué l'objet de l'étude et obtenu leur consentement à participer, les enquêteurs ont interviewé les participants et écrit leurs réponses. Le questionnaire de 56 questions a été élaboré par les chercheurs et était basé sur les facteurs de risque identifiés dans une revue de la littérature. On trouvera plus de détails sur la méthodologie et une revue de la littérature dans d'autres documents.

Les résultats

Ce rapport contient les résultats clés. On trouvera une présentation plus détaillée des résultats dans le rapport complet de l'enquête. Des différences dans les proportions ont été testées à l'aide de test du khi-carré, pour signification statistique ; les valeurs de probabilité sont signalées ici seulement pour les différences significatives.

Les participants

L'échantillon final se compose de 240 ménages avec un total de 308 enfants d'âge 1 à 5 ans. Le tableau 1 présente les caractéristiques démographiques et sociales des répondants. Les mères sont en majorité mais il y avait un peu moins de mères et plus de grands-parents qui sont des répondants à Arnaud et à Miragoane-rural qu'à Miragoane-urbain.

Tableau 1 : Caractéristiques des répondants, ménages et enfants

Caractéristiques	Miragoane-urbain	Miragoane-rural	Arnaud	Total
Caractéristiques des répondants¹				
Mère	79.7%	72.1%	65.5%	73.3%
Grands-parents	4.7%	9.5%	10.3%	8.3%
Sexe féminin	87.5%	89.1%	82.8%	87.9%
Groupe d'âge 15-49 ans	92.2%	89.8%	86.2%	90.0%
Catholique	51.6%	51.0%	41.4%	50.0%
Célibataire	20.3%	13.6%	20.7%	16.3%
Niveau d'instruction : secondaire ou plus *	57.8%	34.1%	20.7%	37.9%
Niveau d'instruction : aucun ou alphabétisation *	18.8%	36.9%	65.5%	22.5%
Caractéristiques des ménages¹				
Chômage	18.8%	25.7%	20.7%	23.3%
Revenu : > 80 gourdes/jour	71.9%	68.7%	51.7%	67.5%
Revenu irrégulier	81.3%	72.8%	82.8%	76.3%
Temps de marche au centre de santé : < 30 minutes	50.0%	42.2%	55.2%	45.8%
Temps de marche au centre de santé : > 1 heure *	6.3%	26.5%	27.5%	21.3%
Caractéristiques des enfants²				
Fille	44.7%	51.1%	50.0%	49.0%
Age : 1 an ou 2 ans *	51.1%	38.3%	47.0%	43.2%
Rang : 1 ou 2	78.8%	69.4%	64.7%	71.8%
Rang : 4 ou plus *	6.5%	16.5%	12.9%	13.0%

¹% = Calculé sur le nombre de ménages Miragoane-urbain = 64, Miragoane-rural = 147, Arnaud = 29, total = 240

²% Calculé sur le nombre d'enfants admissible : Miragoane-urbain = 94, Miragoane-rural = 180, Arnaud = 34, total = 308.

* Différences significatives : $p < .05$.

Le tableau 1 montre aussi qu'il n'y a pas beaucoup de différence entre les zones dans le sexe ou le groupe d'âge des répondants. Dans la commune d'Arnaud le protestantisme domine mais le catholicisme domine à Miragoane (urbain et rural). Le statut matrimonial traduisant le « célibat » est plus accentué à Miragoane-rural (13.6 %) qu'ailleurs. Des 240 répondants, la plus grande différence entre les zones concerne le niveau d'instruction. Quant à la ville de Miragoane, plus que la moitié (57.8%) des interviewés a un niveau secondaire ou plus comparé à Miragoane-rural (34.1% ; $p = .0012$) et à Arnaud (20.7% ; $p = .0009$). Les différences sont significatives. Les différences sont également significatives entre les proportions avec aucune éducation ou seulement alphabétisation : 18.8% à Miragoane-urbain comparé à Miragoane-rural (36.9% ; $p = .0001$) et à Arnaud (65.5% ; $p < .0001$).

Les proportions de répondants avec un statut de chômage et de revenus irréguliers sont similaires entre les zones. Seulement 51.7% à Arnaud gagnent plus de 80 gourdes par jour comparé à environ 70% dans les deux autres zones, mais la différence n'est pas significative ($p = .0581$). Arnaud et Miragoane-rural ont des proportions similaires d'agriculteurs, et plus de répondants dans ces zones ont vécu plus d'une heure de marche à pied pour se rendre à un centre de santé comparé aux répondants à Miragoane-urbain. Les différences sont significatives ($p = .0045$ et $p = .0008$, respectivement).

Environ la moitié des enfants dans chaque zone sont des filles. Il y a un peu moins d'enfants d'âge 1 an ou 2 ans à Miragoane-rural que dans les autres zones, une différence significative ($p = .0431$) mais tous les âges sont bien représentés dans chaque zone. Le rang de naissance pour la plupart des enfants dans chaque zone accuse une meilleure concentration de ce groupe parmi le premier ou deuxième. Plus d'enfants à Miragoane-rural a eu un rang de naissance de quatrième ou plus par rapport à Miragoane-urbain ; la différence est significative ($p = .0168$).

Le statut vaccinal

Le tableau 2 montre qu'un total de 76.9% des carnets de vaccination a été vérifié prouvant par ainsi le statut vaccinal des enfants. Le taux de vaccination (58.8%) fondé sur les réponses des répondants, sans vérification du carnet, est sensiblement similaire au taux calculé basé sur les carnets de vaccination (62.0%). Seulement quelques répondants à Miragoane-rural ont sous-estimé si les enfants ont été complètement vaccinés, 56.7% contre 62.0% vérifiés par carnet. Bien que les taux soient similaires, pour le reste de l'analyse, nous utiliserons le statut vaccinal vérifié par le carnet. Nous avons perdu un peu de la puissance pour détecter des différences statistiquement significatives mais les résultats sont plus valides.

Le tableau 2 montre aussi le statut vaccinal des 183 ménages où les carnets pour chaque enfant ont été vérifiés. En général, les enfants dans le même ménage ont le même statut vaccinal (complètement ou partiellement vaccinés). Toutefois, dans 14 ménages, il y avait un mélange d'enfants vaccinés complètement et d'enfants qui ont été partiellement vaccinés ou non vaccinés.

Tableau 2 : Statut vaccinal des enfants et des ménages

	Miragoane-urbain	Miragoane-rural	Arnaud	Total
¹ Carnet vérifié	74.5%	78.9%	73.5%	76.9%
¹ Complètement vacciné, après vérification de carnet	62.9%	62.0%	60.0%	62.0%
¹ Complètement vacciné, sans vérification de carnet	61.7%	56.7%	61.8%	58.8%
² Tous les enfants ont été complètement vaccinés	58.7%	58.1%	60.0%	58.5%
² Tous les enfants ont été partiellement vaccinés	28.3%	35.0%	40.0%	33.9%
² Mélange d'enfants de statut vaccinal différent	13.0%	6.8%	0%	7.7%

¹ % calculé sur le nombre d'enfants admissible: 94 pour Miragoane-urbain, 180 pour Miragoane-rural, 34 pour Arnaud et 308 en total.

²% = Calculé sur le nombre de ménages : 64 pour Miragoane-urbain, 147 pour Miragoane-rural, 29 pour Arnaud et 240 en total.

Des 72 enfants partiellement vaccinés qui demeurent dans les 62 ménages où tous les enfants sont partiellement vaccinés, le vaccin contre la rougeole est le seul vaccin manquant pour 17 enfants, tandis que le vaccin contre la polio-0 est manquant pour 10 enfants. Un vaccin ou plus de DTP-3, Polio-3 ou la rougeole est manquant pour 24 enfants (33.3%). Quinze enfants n'ont pas reçus 4 ou plus vaccins, manquant en général DTP-2, DTP-3, la rougeole et une dose de polio (Polio-0 ou Polio-3).

Les décisions reliées à la vaccination

En général, les mères sont responsables pour la décision de faire vacciner les enfants. Dans la commune d'Arnaud, les grands-parents ont plus d'un rôle (13.8%) qu'ailleurs (1.4% - 3.1%) mais la différence n'est pas significative. Le niveau d'instruction des responsables de la décision est faible : 23.1% des responsables au niveau de Miragoane-rural et 27.6% au niveau d'Arnaud ne savent ni lire, ni écrire, et moins d'un tiers ont plus de l'enseignement primaire. Dans la commune de Miragoane-urbain, en contraste, 54.7% ont plus de l'enseignement primaire et seulement 6.3% ne savent ni lire, ni écrire. Les différences sont significatives ($p < .005$).

A la question concernant si quelqu'un a influencé la décision de faire vacciner ou les a empêchés d'aller vacciner leurs enfants, seulement 12 participants ont dit qu'il y a une telle influence.

La connaissance et les croyances

La plupart des répondants (>92%) savent qu'il faut vacciner tous les enfants, qu'il faut vacciner l'enfant plusieurs fois, que la vaccination est gratuite, et ou il faut aller faire

vacciner les enfants. Plus de 98% ont dit qu'ils croient que la vaccination est importante pour la santé des enfants et qu'il y a un bénéfice pour les enfants, et recommanderaient aux autres parents de faire vacciner leurs enfants.

Concernant les maladies contre lesquelles les enfants sont protégées par la vaccination, seulement 47 répondants (19.6%) ont donné une bonne réponse, mais incomplète : 23 (9.6%) ont dit seulement « la rougeole », 14 (5.7%) ont identifié 2 vaccins et 10 (4.2%) ont identifié 3 vaccins. La plupart des autres réponses étaient partiellement correctes ; les répondants ont identifié quelques maladies correctes mais ont aussi identifié quelques maladies immuno-contrôlables mais pas inclus dans le programme de PEV (exemple : la grippe ou la fièvre typhoïde) ou ont mentionné le paludisme (34.2%) ou autres maladies non immuno-contrôlables.

Le tableau 3 montre que la plupart des répondants ne connaissent pas l'horaire de fonctionnement du centre de santé ; à Arnaud, seulement 3.4% le connaissent. Les différences sont significatives ($p < .03$). Un autre domaine où les connaissances sont faibles et toujours lié à la vaccination des enfants traite de leur état de santé au moment de prendre la décision de les emmener au centre de santé pour recevoir leurs doses de vaccins (sont-ils malades ou pas). La plupart des répondants ont dit qu'ils ne vaccinent pas leurs enfants quand ils sont malades, mais, en général, une maladie comme la fièvre ou la diarrhée n'est pas une contre-indication à la vaccination. La différence entre Arnaud et Miragoane (rural et urbain, 72%) est significative ($p < .0001$). Environ la moitié des répondants à Miragoane (urbain et rural) croient que les vaccins ont des effets secondaires, tandis que seulement 31.0% des répondants à Arnaud croient cela. La différence n'est pas significative.

Des 183 ménages où tous les carnets ont été vérifiés, seulement un répondant est incorrect dans l'identification que tous enfants aient été complètement vaccinés ou pas. Cependant, dans les 52 ménages avec seulement un enfant qui était partiellement vacciné, peu des répondants (19.2%) peuvent identifier correctement les vaccins et doses manquants.

Tableau 3 : Connaissances et croyances

¹ Facteur	Miragoane-urbain	Miragoane-rural	Arnaud	Total
Ne connaissent pas l'horaire*	70.3%	83.7%	96.6%	81.7%
Ne vaccinent pas les enfants quand ils sont malades*	71.9%	72.1%	31.0%	67.1%
Croient que le vaccin a des effets secondaires	51.6%	45.6%	31.0%	53.8%

¹% = Calculé sur le nombre de ménages : 64 pour Miragoane-urbain, 147 pour Miragoane-rural, 29 pour Arnaud et 240 en total.

* Différences significatives : $p < .05$.

Autres facteurs qui peuvent faciliter ou empêcher la vaccination

Le tableau 4 montre que la plupart des répondants ont dit que les services de vaccination sont accessibles. La proximité du centre de santé, l'horaire du centre, et les campagnes de vaccination ne sont pas les facteurs majeurs facilitant la vaccination, sans beaucoup de différence entre les zones. Seulement 19 répondants ont dit que les services de vaccination ne sont pas accessibles. Ils ont donné quelques raisons qui pourraient les décourager à vacciner les enfants : le centre est trop loin (9), la route était en mauvais état (2), le manque de moyen de transport (4), il n'y a pas quelqu'un pour accompagner l'enfant (1), la qualité de service (4), pas de vaccins à l'heure de visite (4), et pas de confiance au personnel de santé (1).

Tableau 4 : Facteurs qui peuvent faciliter ou empêcher la vaccination

Pensent que...	Miragoane-urbain	Miragoane-rural	Arnaud	Total
Les services de vaccination sont accessibles	92.2%	91.8%	93.1%	92.1%
La proximité a facilité la vaccination	39.1%	26.5%	31.0%	30.4%
L'horaire de centre de santé a facilité la vaccination	26.6%	25.9%	20.7%	25.4%
Campagne de vaccination a facilité la vaccination	7.8%	11.6%	3.4%	9.6%
Visite de l'agent de santé a facilité la vaccination*	14.1%	15.0%	55.2%	19.6%

¹% = Calculé sur le nombre de ménages : 64 pour Miragoane-urbain, 147 pour Miragoane-rural, 29 pour Arnaud et 240 en total.

* Différence significative : $p < .05$.

Presque tous les participants (98.3%) se sentent obligés de vacciner leurs enfants : 8.8% se sentent obligés pour le baptême et 34.2% pour l'inscription à une école. Moins de 5% ont dit que le manière du personnel, la qualité de service ou les incitatifs ont facilité l'accès aux services de vaccination (résultats non montrés). Il y a une grande différence entre les zones, comme ceci apparaît dans le tableau 4 : dans la commune d'Arnaud, 55.2% des répondants ont considéré qu'une visite de l'agent de santé a facilité la vaccination, comparé à 14.1%-15% à Miragoane (urbain et rural, respectivement). La différence est significative ($p < .0001$).

L'accessibilité physique et le statut vaccinal

La plupart des répondants (moyenne : 92.1%) ont dit que les services de vaccination sont accessibles, sans beaucoup de différence entre les zones. Un tiers de répondants qui a avoué que les services sont accessibles est constitué de ménages avec les enfants

partiellement vaccinés. Il n'est pas clair que les enfants ne sont pas vaccinés en raison de facteurs autres que l'accessibilité ou si les répondants sont peu disposés à dire que les services ne sont pas accessibles.

Le tableau 5 montre que, à Miragoane-urbain, la probabilité d'avoir les enfants complètement vaccinés ne change pas beaucoup avec le temps de marche de centre de santé.

Tableau 5 : Répartition des répondants avec le statut vaccinal de ménage «complètement vacciné » selon leurs distances aux centres de santé et zone

Facteur		Miragoane-urbain		Miragoane-rural		Arnaud	
		N*	%**	N*	%**	N*	%**
A combien de temps de marche êtes-vous du centre de santé le plus près?	Moins de ½ heure	22	60.0%	48	62.5%	10	70.0%
	1/2 -1 heure	21	61.9%	36	55.6%	4	50.0%
	1-3 heures	3	66.7%	23	47.8%	5	40.0%
	Plus de 3 heures	-	-	10	70.0%	1	100.0%

* N : Nombre d'enfants dans la zone qui demeure au temps de marche indiqué.

** % calculé sur le nombre d'enfants dans la zone qui demeure au temps de marche indiqué.

Il y a une situation différente à Miragoane-rural et à Arnaud : les répondants à une distance de 1 à 3 heures de marche sont peu probables d'avoir les enfants complètement vaccinés que les répondants plus proches du centre, et les répondants à une distance de 30 minutes à 1 heure de marche sont peu probables d'avoir les enfants complètement vaccinés que les répondants à une distance de moins de 30 minutes, mais les différences ne sont pas significatives. Cependant, les 11 répondants à une distance de plus de 3 heures de marche sont plus probables d'avoir les enfants complètement vaccinés. Bien que cette réponse soit assez surprenante, la seule explication qu'on peut apporter consiste dans cette possibilité qui existe dans le fait que plus d'efforts aient été fait de faire vacciner les enfants à cause de la distance.

Comme dernière question du sondage, les répondants devaient formuler des commentaires additionnels selon leur propre connaissance sur le sujet. La réponse la plus fréquente est d'ajouter un autre centre de santé dans la zone.

Le statut vaccinal et les facteurs qui peuvent faciliter ou empêcher la vaccination

Le tableau 6 montre une comparaison de statut vaccinal de l'enfant par caractéristique sélectionnée : l'âge, le sexe et le rang de naissance des enfants. Les enfants d'un an sont moins probables d'être vaccinés complètement que les enfants des autres âges. La différence entre le taux vaccinal pour les enfants d'un an comparé au taux pour les enfants de 5 ans est significative ($p = .0056$) mais les autres différences ne sont pas significatives.

Tableau 6: Répartition des enfants selon leur statut vaccinal et leurs caractéristiques.

Facteur		Nombre d'enfants	Complètement vacciné*		Partiellement vacciné*	
			n	%**	N	%**
L'âge de l'enfant	1 an	48	22	45.8%***	26	54.2%
	2 ans	57	33	57.9%	24	42.1%
	3 ans	52	35	67.3%	17	48.6%
	4 ans	39	27	69.2%	12	30.1%
	5 ans	40	30	75.0%	10	25.0%
Sexe	Fille	114	69	60.5%	45	39.5%
	Garçon	116	75	64.7%	41	35.3%
Rang	1	93	65	69.9%	28	30.1%
	2	64	39	60.9%	25	39.1%
	3	38	20	52,6%	18	47.4%
	4	22	12	54.5%	10	45.5%
	5+	19	11	57.9%	8	42.1%

* Les enfants dans la même maison sont tous complètement ou partiellement.

** % calculé sur le nombre des enfants avec la catégorie de caractéristique spécifié.

***Différence significative entre 1 an et 5 ans : $p < .05$.

Le tableau 6 montre aussi que les enfants de premier ou deuxième rang de naissance sont plus probables d'être complètement vaccinés que les enfants des autres rangs de naissance, mais les différences ne sont pas significatives. Les filles ont presque des chances égales d'être complètement vaccinées, 60.4%, que les garçons, 64.7%. Le tableau 7 montre une comparaison de statut vaccinal de ménage par caractéristique sélectionné.

Tableau 7 : Répartition des répondants selon leurs caractéristiques et le statut vaccinal de ménage

Facteur		Complètement*		Partiellement*		Mélange*		Total n
		n	%**	n	%**	n	%**	
Qui est responsable	Mère	100	59.9%	53	31.7%	14	8.4%	167
	Autres	7	50.0%	7	50.0%	-	-	14
Niveau d'instruction du responsable	Aucun	24	64.9%	11	29.7%	2	5.4%	37
	Alphabétisation	20	57.1%	14	40.0%	1	2.9%	35
	Primaire	13	40.7%	15	46.9%	4	12.5%	32
	Secondaire ou plus	49	70.0%	15	21.4%	6	8.6%	70
Nombre de grossesse de mère	1	42	71.2%	17	28.8%	0	0%	59
	2	26	55.3%	16	34.9%	5	10.6%	47
	3	18	50.0%	12	33.3%	6	16.7%	36
	4	10	45.5%	10	45.5%	2	9.0%	22

	5+	11	57.9%	7	36.8%	1	5.3%	19
--	----	----	-------	---	-------	---	------	----

* Les enfants dans la même maison sont tous complètement ou partiellement vaccinés ou il y a un mélange des enfants de différent statut vaccinal.

** % calculé sur le nombre des répondants avec la catégorie de caractéristique spécifié.

Les enfants dont les mères étaient responsables de prendre la décision pour vacciner avaient légèrement plus de probabilité pour être vaccinés complètement que des enfants avec d'autres personnes chargées de la décision. Plus d'enfants dont les mères ont eu seulement une grossesse ont été complètement vaccinés que les enfants dont les mères ont eu plus d'une grossesse, mais la différence n'est pas significative. Ni le niveau d'instruction (montré dans le tableau 6) ni le statut matrimonial de la personne responsable pour la décision de faire vacciner n'étaient des facteurs importants qui facilitent ou empêchent clairement la vaccination. Les mères qui sont mariées (31,4%) ou placées (35,8%) sont plus probables d'avoir les enfants partiellement vaccinés que les mères avec le statut matrimonial « célibataire » (22,2%).

La plupart des répondants connaissent les avantages de la vaccination, savent que les vaccins sont gratuits etc., et presque tous les participants (98.3%) se sentent obligés de vacciner leurs enfants : 8.8% se sentent obligés pour le baptême et 34.2% pour l'inscription à une école. Donc, ces aspects de la connaissance et des croyances n'ont pas été associés au statut vaccinal de ménage. Le tableau 8 montre que le statut vaccinal du ménage n'a pas été également associé à la connaissance au sujet des maladies immuno-contrôlables. Les enfants ont un peu plus de probabilité d'être complètement vaccinés si les répondants connaissent l'horaire du centre de santé ou si le répondant ne croit pas que les vaccins ont les effets secondaires, mais les différences ne sont pas significatives. Bien que la plupart ont dit qu'ils ne vaccinent pas les enfants quand ils sont malades, cette croyance n'était pas associée avec le statut vaccinal.

Tableau 8 : Connaissance, croyances, revenu et vaccination complète

Variable	Catégorie	% avec vaccination complète*
Connaissent les maladies immuno-contrôlables	Oui	53.3%
	Non	57.1%
	Pas de réponse	54.5%
Connaissent l'horaire du centre de santé	Oui	62.5%
	Non	57.6%
Croient que les vaccins ont les effets secondaires	Oui	54.7%
	Non	61.1%
Vaccinent les enfants quand les enfants sont malades	Oui	52.5%
	Non	61.5%
Revenu : gourdes par jour*	0-40	6.3%
	40-80	55.5%
	>80	66.4%

* % calculé sur le nombre des répondants avec la catégorie de caractéristique spécifié.

** Différence significative : $p < .001$

Le tableau 8 montre que le revenu journalier peut être un facteur lié à la vaccination : Tous les enfants sont complètement vaccinés dans seulement 1 ménage de 16 (6.3%) avec un revenu entre 0-40 gourdes par jour, comparé à > 55% des ménages avec un revenu plus de 40 gourdes par jour ($p = .0006$). La différence est significative.

Dans la commune d'Arnaud, 55.2% a considéré qu'une visite de l'agent de santé a facilité la vaccination, comparé à 14.1%-15% à Miragoane (urbain et rural, respectivement). La différence est significative ($p < .0001$).

Tous les enfants dans le ménage étaient complètement vaccinés dans 6 de 11 ménages (54.6%) à Arnaud où le répondant a dit qu'une visite a facilité la vaccination comparé à 67.7% des ménages (6 de 9) où le répondant a répondu « non » à la question. Il n'est pas clair si les répondants parlent de l'expérience ou s'ils pensent que cette stratégie sera utile.

Le tétanos maternel

Nous avons analysé les données sur le tétanos maternel pour les 176 répondants qui étaient les mères des enfants. Dans la commune d'Arnaud, 100% des mères ont été vaccinées contre le tétanos mais seulement 47.4% ont eu un carnet de vaccination disponible pour vérification. Seulement 49.0% des mères à Miragoane-urbain et 33.0% à Miragoane-rural ont eu des carnets vérifiés. La plupart des mères à Miragoane ont été vaccinées aussi, sauf pour 8 mères (96.1% à Miragoane-urbain et 94.3% à Miragoane-rural). Ces 8 mères n'ont pas eu un carnet à vérifier. Donc il n'est pas clair si ces mères ne sont pas vraiment non-vaccinées. Environ deux-tiers des mères avaient eu deux grossesses ou plus menées à terme.

Tableau 9 : Facteurs qui peuvent faciliter ou empêcher la vaccination

Facteur	Miragoane-urbain	Miragoane-rural	Arnaud	Total
Accouchement à l'hôpital ou au centre de santé	68.6%	30.2%	10.5%	39.2%
La mère a été à la consultation prénatale	96.1%	95.3%	89.5%	94.9%
La mère a été à la consultation post-natale	72.6%	54.7%	57.9%	60.2%

¹% = Calculé sur le nombre de répondants qui étaient les mères des enfants: 51 pour Miragoane-urbain, 106 pour Miragoane-rural, 19 pour Arnaud et 176 en total.

Le tableau 9 montre qu'à Miragoane-urbain, la plupart des mères ont accouché à l'hôpital ou au centre de santé, mais à Miragoane-rural et à Arnaud, la plupart ont accouché à domicile. Les différences sont significatives ($p < .0005$). Une moyenne de 94.9% des mères a été à la consultation prénatale. Seulement 60.2% a été à la consultation post-natale ; la différence entre Miragoane-rural et Miragoane-urbain est significative ($p = .0323$). Il y avait 6 mères, 1 à Arnaud et 5 à Miragoane-rural, sans consultation ni prénatale, ni post-natale. Une de ces femmes a eu une grossesse, mais les autres ont eu trois à neuf grossesses. Les enfants de 4 mères ont été complètement

vaccinés, vérifié par le carnet. Les enfants des 2 autres mères ont été partiellement vaccinés selon les mères ; les carnets n'ont pas été disponibles. Le temps de marche au centre de santé était plus de 30 minutes pour 5 de ces 6 femmes, et plus de 3 heures pour 3.

Des mères sans consultation post-natale, tous les enfants dans le ménage sont complètement vaccinés pour 72.3% des mères à Miragoane-urbain, 45.2% à Miragoane-rural, et 83.3% à Arnaud. Les différences entre Miragoane-rural et les autres zones sont significative ($p < .015$).

La discussion

Voici quelques points clés et leurs implications.

Points clés	Implications
<p>Les zones étaient différentes les unes des autres en termes de caractéristiques des répondants.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les trois zones sont semblables dans certaines caractéristiques (exemples : les mères sont les responsables pour la décision de faire vacciner les enfants, revenu irrégulier) • Miragoane-rural était semblable à Arnaud dans certains caractéristiques (exemples : plus de cultivateurs, temps de marche de centre de santé) mais était plus semblable à Miragoane-urbain dans d'autres caractéristiques (exemples: religion, revenu de plus de 80 gourdes par jour), et était différent dans d'autres (exemples : plus d'enfants d'âge 4 ou 5 ans) 	<ul style="list-style-type: none"> • Différentes stratégies peuvent être nécessaires dans chaque zone. • On ne peut pas tirer des conclusions sur une zone basée sur les données d'une autre zone.
<p>Le niveau d'instruction était beaucoup plus faible à Arnaud et Miragoane-rural qu'à Miragoane-urbain avec de nombreux incapables de lire. Les différences sont significatives.</p>	<p>Le contenu, les outils et les méthodes d'enseignement sur la vaccination devront être ajusté pour la sensibilisation de ceux sans alphabétisation.</p>
<p>Le taux de couverture était 62, 0% et était similaire dans chaque zone. Il était plus faible que le taux de 67% pour Haïti en 2005-2006 (EMMUS-IV) et beaucoup plus faible que le taux de couverture ciblée par l'OMS (80%).</p> <p>Cependant par comparaison avec les données fournies par la DPEV pour le premier semestre de l'année 2011 avec un taux de 31 % pour le DTP3 et la Polio 3, on peut dire que le taux de couverture retrouvé lors de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faible couverture vaccinale est encore un problème qui doit être abordé dans chaque zone. • Il y a deux groupes cibles : Ceux qui ne sont pas actuellement complètement vaccinés (« catch up ») et tous les enfants âgés de moins de 1 an (pour assurer un taux de couverture amélioré). • Quelle est la fiabilité des

Points clés	Implications
cette étude est plus élevé.	données disponibles à la DPEV pour l'année 2011?
Ce sont ces enfants (72) qu'il faut localiser en fonction du lieu de résidence des ménages qui vont constituer les cohortes d'enfants qu'il faudra suivre après. Et si cela est possible, il faudra aussi ajouter ceux non vaccinés pour compléter cette cohorte. Recommandations appropriées à formuler dans ce sens	Le suivi des enfants identifiés comme non vaccinés lors des enquêtes de terrain reste problématique en raison des contraintes d'ordre éthique.
Il n'est pas clair si la faible couverture des enfants < 1 an est à cause de la situation dans le pays après le tremblement de terre en janvier 2010.	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il un changement dans le service de vaccination, l'année dernière, ce qui pourrait expliquer les résultats pour les enfants plus jeunes ? • Même si il y avait un changement en raison du tremblement de terre, couverture au cours des cinq dernières années a été faible, donc ils doivent toujours tenir compte du service.
Environ un quart des répondants n'a pas eu leurs carnets de vaccination. Cependant, en général, ils ont connu le statut vaccinal de leurs enfants, donc le taux de couverture est probablement correct.	<ul style="list-style-type: none"> • Le taux actuel peut être plus faible que calculé si tous les enfants sans un carnet ne sont pas complètement vaccinés. • Si le carnet pourrait être employé comme rappel, un quart n'aurait pas l'avantage de cette stratégie. • Il faut renforcer l'importance des carnets (comme rappel et comme preuve de vaccination) et identifier quelques stratégies pour porter les mères à garder les carnets et à les avoir disponibles une fois nécessaires.
En général, tous les enfants dans un ménage ont eu le même statut vaccinal.	Toutes les fois qu'un agent de santé trouve un enfant qui est partiellement vacciné, il devrait demander le statut vaccinal des frères et des sœurs de l'enfant.
Il n'y avait aucun modèle clair lié aux doses et aux vaccins manqués. Pour beaucoup, la rougeole était manquante, et pour d'autres, les troisièmes doses de DTP et la poliomyélite étaient manquantes.	Les différentes stratégies peuvent être nécessaires pour différents vaccins Exemples : <ul style="list-style-type: none"> • Une campagne juste pour la rougeole • les méthodes pour identifier tous les nouveau-nés et pour leur donner

Points clés	Implications
	polio-0 <ul style="list-style-type: none"> • suivi des enfants manquant des deuxième ou troisième doses après avoir donné les deuxièmes doses pour être sûr qu'ils obtiennent les troisièmes doses.
Les mères étaient principalement responsables de vacciner les enfants, mais les pères et les grands-parents ont également eu un rôle. Bien que peu de répondants aient dit quelqu'un a influencé leur décision pour vacciner ou pas, tous ont dit qu'ils recommanderaient la vaccination à d'autres. L'appui social pourrait être utile en faisant un rappel pour les mères, ou en les aidant physiquement, à vacciner leurs enfants. Il est intéressant que les mères « célibataires » ne fussent pas différentes des autres en termes de présence d'enfants qui ont été complètement vaccinés.	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer, avec chacun dans la communauté, la nécessité de se rappeler et de s'aider à obtenir la vaccination complète des enfants. • Renforcer avec les agents de santé en leur demandant de rappeler aux parents de faire vacciner leurs enfants et de vérifier que tous les enfants sont vaccinés. Ils peuvent également aider des parents à identifier des solutions aux problèmes que les parents ont, comme par exemple trouver quelqu'un pour apporter l'enfant pour la vaccination ou faisant la vaccination porte à porte.
La connaissance était bonne en général, mais la plupart ne pouvait pas identifier quels vaccins sont exigés, en général et spécifiquement pour les enfants qui ont été partiellement vaccinés. Beaucoup ont identifiés quelques maladies qui ne sont pas immuno-contrôlables. Ceci pourrait mener à des problèmes si les enfants tombent malades et les parents pensent que les vaccins ne sont pas efficaces. Plusieurs ont identifiés le paludisme.	<ul style="list-style-type: none"> • Enseigner aux parents quels vaccins, et combien de doses de chacun sont exigées. • Renforcer d'autres stratégies appropriées pour empêcher les autres maladies identifiées (comme la malaria et la diarrhée). • Modifier le carnet dans son volet relatif à la date de rendez-vous de sorte qu'il puisse servir de rappel dès que le moment de faire vacciner les enfants arrive et quels vaccins et doses sont exigées.
La plupart ne connaissaient l'horaire du centre de santé. Les enfants sont plus probables d'être complètement vaccinés si le répondant a connu l'horaire, mais la différence n'est pas significative.	<ul style="list-style-type: none"> • Faire de la publicité concernant l'horaire de fonctionnement des centres de santé de sorte que les parents sachent quand ils peuvent obtenir les vaccins. • Assurer que le centre de santé est ouvert et que les vaccins sont disponibles selon l'horaire.
La plupart ne vaccine pas les enfants s'ils sont malades. Les enfants sont plus probables d'être complètement	<ul style="list-style-type: none"> • Enseigner aux parents qu'une maladie comme la fièvre ou de la

Points clés	Implications
vaccinés si le répondant a dit qu'il vaccine l'enfant quant l'enfant est malade, mais la différence n'est pas significative.	diarrhée n'est pas une contre-indication à la vaccination. <ul style="list-style-type: none"> • Si la mère refuse, l'agent de santé devrait lui rappeler l'importance de la vaccination et identifier un autre temps pour elle pour retourner. • Les agents de santé devraient demander le statut vaccinal de l'enfant toutes les fois qu'un enfant vient à la clinique pour une raison non liée à la vaccination, et faire le suivi si l'enfant a besoin de quelques vaccins.
Les enfants ont un peu plus de probabilité d'être complètement vaccinés si les répondants ne croient pas que les vaccins ont les effets secondaires, mais la différence n'est pas significative.	<ul style="list-style-type: none"> • Enseignez aux parents que les effets secondaires des vaccins sont minimaux et facilement traités. • Renforce les avantages de la vaccination qui sont beaucoup plus grands que les effets secondaires.
<ul style="list-style-type: none"> • La plupart des répondants ont dit que les services de vaccination sont accessibles. Seulement 19 répondants ont dit que les services de vaccination ne sont pas accessibles, exemples : le centre est trop loin (9), la route était en mauvais état (2), ils manquent de moyen de transport (4), il n'y a pas quelqu'un pour accompagner l'enfant (1). • Les enfants qui vivent loin du centre de santé ont un peu moins de probabilité d'être complètement vaccinés que les enfants qui vivent plus proche, bien que les différences n'aient pas été significatives. • La réponse la plus fréquente à la dernière question (liée aux commentaires additionnables) était d'ajouter un autre centre de santé dans la zone. • Dans la commune d'Arnaud, 55.2% a considéré qu'une visite de l'agent de santé a facilité la vaccination 	Il n'est pas faisable pour adresser la plupart des raisons identifiées, mais les services changeants pour inclure plus des efforts « outreach » (visites communautaires) pourraient aider. <p>Il faudra voir avec le DSNi si les normes du MSPP prévoient la construction de centre de santé dans les zones ciblées dans un proche avenir autrement il faudra identifier des stratégies avancées comme les journées communales de vaccination et le porte à porte pour atteindre les groupes cibles.</p>
Des enfants en plus bas âge étaient moins complètement vaccinés que des enfants plus âgés, bien que les enfants qui étaient des premiers ou en second rang de naissance aient plus de probabilité d'être complètement vaccinés que ceux nés plus tard dans la famille.	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a deux groupes cibles : Ceux qui ne sont pas actuellement complètement vaccinés (« catch up ») et tous les enfants âgés de moins de 1 an (pour assurer un taux de couverture amélioré). • Différentes stratégies peuvent être nécessaires pour chaque groupe cible.
Un revenu de < 40 gourdes/jour était un facteur de	Les services doivent être diversifiés

Points clés	Implications
risque à Arnaud. Ceci pourrait être lié aux répondants étant des cultivateurs ou vie loin du centre de santé, plutôt qu'au revenu réel.	pour inclure plus d'efforts (visites communautaires) pour atteindre les enfants avec un statut vaccinal incomplet ou non vaccinés.
<ul style="list-style-type: none"> • Presque toutes les mères ont été vaccinées contre le tétanos et ont été à une consultation prénatale, mais 56,5% à 73,4% ont été à une consultation post-natale. Des mères sans consultation post-natale, tous les enfants dans le ménage sont complètement vaccinés pour 72.3% des mères à Miragoane-urbain, 45.2% à Miragoane-rural, et 83.3% à Arnaud. Les différences entre Miragoane-rural et les autres zones sont significative (p < .015).	La consultation post-natale présente un bon moyen de renforcer le besoin de présenter le programme de vaccination pour les enfants et la mère.
<ul style="list-style-type: none"> • Dans la zone de Miragoane-urbain, la plupart des mères ont accouché à l'hôpital ou au centre de santé, mais à Miragoane-rural et à Arnaud, la plupart ont accouché à domicile. <ul style="list-style-type: none"> • Bien que nous ayons utilisé l'échantillonnage aléatoire afin de réduire les biais d'échantillonnage, la limitation principale de l'étude est la représentativité de l'échantillon. • Une autre limitation est la petite taille de l'échantillon. Quelques différences sont intéressantes mais pas significative à cause de la manque de puissance statistique. Mais il faut aussi mentionner que pour beaucoup de variables, les différences étaient statistiquement significatives et que pour plusieurs de ces différences leur implémentation peut certainement conduire à une amélioration de la couverture vaccinale dans les zones faisant partie de l'échantillon. • Certaines des questions-fermées ont peut être limité la capacité d'évaluer la connaissance et la croyance des répondants de sorte qu'ils aient pu manifester peu de volonté à critiquer le système de santé. 	Beaucoup d'informations tirées de cette étude peuvent servir dans l'amélioration de la couverture vaccinale.

Conclusion

Bien que l'étude n'ait pas clairement identifié les facteurs de risque pour la vaccination inachevée, elle a permis de relever quelques facteurs importants pouvant aider dans la révision du programme de vaccination. Des leçons ont été également tirées concernant la

capacité des chercheurs de l'ASPHA à entreprendre une telle étude de sorte que leurs expériences puissent servir pour d'autres études dans d'autres zones ou sur d'autres matières avec un peu plus d'aisance.

Annexe A

Tableau A-1 : Statut vaccinal par SDE

SDE	Carnet vérifié			Carnet non vérifié	
	*Nombre d'enfants	**Nombre vaccinés	% vaccinés***	*Nombre d'enfants	**Nombre vaccinés
Miragoane-urbain					
841-90-002-501	12	5	41.7%	4	3
841-90-006-501	25	17	68.0%	7	4
841-90-011-503	17	12	70.6%	8	5
841-90-015-502	16	10	62.5%	3	2
Miragoane-rural					
841-01-002-019	7	6	85.7%		
841-01-006-013	14	9	64.3%	1	0
841-01-011-014	9	5	55.6%	1	0
841-01-014-014	18	11	61.1%	2	0
841-01-018-015	10	8	80.0%	2	1
841-01-023-016	4	10	40.0%	1	1
841-01-028-017	11	8	72.7%	6	6
841-02-003-019	5	5	100%	2	2
841-02-009-020	8	4	50.0%	3	0
841-02-014-022	8	4	50.0%	7	1
841-02-019-022	10	6	60.0%	3	3
841-03-004-026	11	5	54.5%	2	0
841-03-009-025	11	8	72.7%	1	1
841-03-014-023	10	4	40.0%	2	0
Arnaud					
851-06-003-007	14	9	64.3%	1	1
851-06-008-008	11	6	54.5%	5	3

* Nombre d'enfants dans la SDE avec le carnet de vaccination vérifiés ou non

** Nombre d'enfants dans la SDE avec le carnet de vaccination vérifiés ou non qui ont été complètement vaccinés

*** Pourcentage complètement vaccinés : calculé sur le nombre d'enfants dans la SDE avec le carnet de vaccination vérifiés. A cause du petit nombre des enfants dont les carnets n'ont pas vérifiés, il n'était pas approprié de calculer le pourcentage d'enfants vaccinés dans ce groupe.

Annexe B9 : Échantillonnage et liste de SDE retenu

Échantillonnage et liste de SDE retenu

Après le recensement de 2003, l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI) a procédé au découpage de la commune de Miragoâne en quatre-vingt-quatre (84) sections d'énumération dont dix-sept (17) en zones urbaines, soit 20% des sections d'énumération de cette commune et soixante-sept (67) en zones rurales, soit 80% des sections d'énumération de cette commune et la commune d'Arnaud en dix (10) sections d'énumération, toutes en zones rurales. L'échantillon pour cette enquête sur les causes d'abandon de la vaccination dans le département des Nippes suit la méthode d'échantillonnage en grappes. Le premier niveau est constitué de la sélection de deux communes de ce département (Miragoâne et Arnaud), choisies suivant les résultats du Programme Elargi de la Vaccination (PEV). Le deuxième niveau est composé des sections d'énumérations, il tient compte de 20% de ces sections d'énumérations dans chacune des communes à l'intérieur desquelles on sélectionne les deux cent quarante (240) mères et/ou gardiennes d'enfants de moins de 5 ans. Le tableau suivant présente le nombre de sections d'énumérations retenues pour cette enquête dans chacune des communes.

Tableau No 1: Nombre de sections d'énumérations retenues pour cette enquête dans chacune des communes

<i>Communes</i>	<i>Zones</i>	<i>Nombre de sections d'énumérations (NbreSE)</i>	<i>Nombre de sections d'énumérations retenues (0.2*NbreSE)</i>
<i>Miragoâne</i>	Zone urbaine	17	4
	Zone rurale	67	14
<i>Arnaud</i>	Zone rurale	10	2

S'appuyant sur la méthodologie d'un tirage systématique proportionnelle à la taille et en considérant la structure de la population de ces communes en 2003. La liste des sections d'énumération (SDE) retenues pour l'enquête est déterminée suivant un tirage systématique proportionnelle au nombre de ménages des SDE en 2003. Et pour

déterminer le nombre de ménages à interviewer dans chacun des SDE, on tient compte du poids du nombre total de ménages de la SDE retenue par rapport au nombre total de ménages des vingt (20) SDE retenues. Le nombre de ménages à interviewer dans une SDE est donc égal au produit par son poids par la taille de l'échantillon (240).

Tableau No 2 : Liste des sections d'énumération retenues par strate et nombre ménages à interviewer

		CODE	ZONE	Ménages	Poids de la SDE	Nombre de ménages à interviewer
Strate I : Miragoâne	Rurale	841 01 002 019	1ère Chalon	56	0.02	5
		841 01 006 013	1ère Chalon	137	0.05	12
		841 01 011 014	1ère Chalon	112	0.04	10
		841 01 014 014	1ère Chalon	180	0.07	17
		841 01 018 015	1ère Chalon	126	0.05	12
		841 01 023 016	1ère Chalon	94	0.04	10
		841 01 028 017	1ère Chalon	150	0.06	14
		841 02 003 019	2ème Belle Rivière	86	0.03	6
		841 02 009 020	2ème Belle Rivière	95	0.04	10
		841 02 014 022	2ème Belle Rivière	150	0.06	14
		841 02 019 022	2ème Belle Rivière	93	0.04	10
		841 03 004 026	3ème Dessources	131	0.05	12
		841 03 009 025	3ème Dessources	111	0.04	10
		841 03 014 023	3ème Dessources	119	0.04	10
		Strate I : Miragoâne	Urbaine	841 90 002 501	Ville de Miragoâne	172
841 90 006 501	Ville de Miragoâne			184	0.07	17
841 90 011 503	Ville de Miragoâne			181	0.07	17
841 90 015 502	Ville de Miragoâne			164	0.06	14
Strate II : Arnaud ud	Rurale	851 06 003 007	3ème Arnaud	148	0.06	14
		851 06 008 008	3ème Arnaud	120	0.05	12
Total				2609	1.00	240

Annexe C

Annexe C1 : Guide d'entretien pour les groupes de discussion

Projet ASPHA- ACSP

**Les déterminants de l'abandon de la vaccination
dans le département des Nippes**

**Guide d'entretien
Groupes de discussion dirigée**

Juin 2011

**Animateur : Julio MERISIER
Scripteur : Stherson SENAT**

1. Sommaire du projet

Selon les données disponibles en Haïti, 67% des enfants de moins d'un an ne sont pas complètement vaccinés selon le calendrier du Programme élargi de vaccination, et ce malgré l'application de stratégies avancées et de campagnes régionales et nationales. La mise en évidence des obstacles à la vaccination complète revêt donc un caractère pertinent à l'heure actuelle en Haïti.

L'Association de santé publique d'Haïti (ASPHA), avec l'appui de l'Association Canadienne de Santé Publique (ACSP), propose de documenter et d'analyser les causes de l'abandon du processus de vaccination dans deux communes et de formuler des stratégies permettant de mieux atteindre les cibles et de maintenir les cohortes dans le processus de vaccination dans le jeune Département sanitaire des Nippes. La Direction sanitaire des Nippes (DSNi) sera le principal utilisateur des résultats de cette étude et participera aussi à sa planification et réalisation.

Dans un contexte de carence de travaux scientifiques en Haïti, cette démarche conduite sur une année, a aussi pour objectif de renforcer les capacités en recherche opérationnelle des acteurs impliqués. Pour réaliser cette étude, deux outils de collectes sont proposés : soit (a) une enquête transversale avec échantillonnage aléatoire totalisant 240 mères ou gardiennes d'enfants de moins de cinq ans ; et (b) une enquête qualitative à partir de groupes de discussion dirigée avec les prestataires de services de santé, administrateurs et leaders communautaires et des mères.

2. Objectifs des groupes de discussion dirigée

Le but des groupes de discussion dirigée est d'obtenir des informations de nature qualitative pour compléter et enrichir les données quantitatives recueillies dans l'enquête. Les questions seront dérivées des résultats de l'enquête transversale dans le but d'explorer plus en profondeur certains thèmes et rechercher des solutions possibles.

Il y a deux grands objectifs pour ces groupes de discussion :

- (i) mieux comprendre les facteurs de risque pour l'abandon de vaccination; et**
- (ii) obtenir des suggestions concrète pour améliorer le service de vaccination et la couverture.**

Le deuxième est le plus important. Les animateurs doivent bien comprendre ces deux objectifs et s'assurer que les discussions donnent des éléments de réponse pertinents.

3. Groupes ciblés (Nombre de groupes et catégories)

Les groupes de discussion seront réalisés avec des groupes homogènes de 8 à 10 personnes sous la conduite de 2 chercheurs. L'un assurant l'animation du groupe et l'autre l'enregistrement et la prise de notes (le scripteur).

Ces groupes comprendront : (i) le personnel des institutions de santé (auxiliaires, collaborateurs et volontaires), (ii) les administrateurs, (iii) les tradipraticiens (matrones, hougans et autres), (iv) les représentants légaux et légitimes des communautés et (v) les mères. Il y aura donc cinq différents groupes de discussion par commune comprise dans l'étude (Miragoâne et Arnaud), pour un total de dix.

L'identité des participants aux groupes de discussions ne sera pas enregistrée afin d'éviter tout biais et garantir la confidentialité. Les discussions seront enregistrées mais non transcrites et serviront à valider le compte-rendu de la discussion.

4. Recrutement des participants :

Les invitations seront faites avec la collaboration des responsables départementaux. Ces invitations s'étendront aux cinq groupes mentionnés à la section 3.

Pour le choix des ménages devant participer à cette activité, les questionnaires dument remplis lors de l'enquête quantitative ont été mis à contribution pour récupérer les numéros de leurs portables pour pouvoir les atteindre. Concernant les quatre autres groupes d'invités, il reviendra à l'administration d'utiliser la liste de son personnel pour retracer les agents de santé, les infirmières et auxiliaires tandis que les leaders et tradipraticiens seront sélectionnés grâce à l'appui de Mme Exant qui a joué un rôle actif durant tout le processus. La communication téléphonique sera privilégiée pour lancer les invitations pour pouvoir aboutir à une présence éclairée et volontaire des participants ciblés. Il est prévu au moins deux appels téléphoniques vers eux dont l'un servant de confirmation de leurs présences.

5. L'organisation logistique:

Le déploiement sur le terrain de l'équipe chargée de conduire cette enquête sera de la responsabilité de la DSNi. Au niveau de l'invitation à lancer aux participants, la gestion administrative de leurs déplacements et le choix des espaces pour la tenue des groupes de discussions, leur rôle sera aussi déterminant. Pour les interventions à mener dans la commune d'Arnaud, l'appui du Révérend Père Enauld Casimir sera sollicité. L'équipe de recherche fortement appuyée par le Secrétariat de l'ASPHA apportera un soutien régulier et permanent durant toutes les phases de cette activité et interviendra, au besoin, comme facilitateur pour résoudre un problème quelconque survenant lors de leur exécution.

Le lap top et l'enregistreur audio de l'association seront mis à la disposition des techniciens devant conduire les opérations sur le terrain; il en sera de même de tout autre matériel requis par ces derniers (cassettes pour enregistreur audio, piles pour lampe de poches, bloc notes et crayons etc.).

Concernant les participants aux groupes de discussion animée au nombre d'une centaine, il est aussi prévu de leur octroyer, en plus d'un petit viatique pour leurs déplacements, une petite pause café sur place.

Un ensemble de dix sessions est programmé à raison de dix (10) participants par session et chacune de ses sessions devra durer environ 45 minutes.

6. Le début des discussions :

L'ouverture est le moment pour l'animateur d'accueillir le groupe, présenter le but et le contexte du groupe de discussion, expliquer ce qu'est un groupe de discussion et comment il se déroulera, la durée et faire les présentations. Il est important d'obtenir l'accord de participants pour la retranscription. Le respect de l'anonymat et de toutes les opinions est obligatoire et doit être clairement présenté en début de séance.

Introduction de l'Animateur

Je suis Julio MERISIER, ici présent pour assurer l'animation d'une série de groupe de discussion dans le cadre du projet entrepris par la dénommée association professionnelle ASPHA (Association de Sante Publique d'Haïti) en Collaboration avec l'ACSP (Association Canadienne de Sante Publique) en vue de mieux comprendre les facteurs de risques pour l'abandon de la vaccination des enfants de moins cinq ans et d'obtenir des suggestions concrètes afin d'améliorer la couverture vaccinale. Je suis accompagné de mon collègue Stherson SENAT, qui est chargé de l'enregistrement et de la prise de notes dans le courant des discussions.

Au nom des associations (**maitresses**) **impliquees** dans le projet, ASPHA et ACSP, nous tenons à vous remercier d'avoir accepté de vous mettre disponible pour et de partager avec nous votre expertise. Aussi, nous vous annonçons que toutes vos interventions seront enregistrées; voila pourquoi nous sollicitons votre assentiment dessus.

De plus, nous vous garantissons la confidentialité des propos relatés au cours des discussions; c'est pourquoi nous ne vous demanderons pas vos noms. Et les sons enregistrés seront vidés de l'enregistreur, une fois que leur utilisation prend fin.

A remarquer que nous sommes largement intéressés à écouter vos expériences; toutes les interventions sont importantes et se valent. Ainsi nous souhaitons pleinement que personne ne va ridiculiser l'intervention de l'autre, au contraire, vous aurez à réagir sur toutes les interventions. Toutefois, vu le fait que les discussions seront enregistrés, vous êtes priés d'éviter de parler simultanément, afin de ne pas créer de cacophonie. Si vous aurez des questions et suggestions après les discussions, n'hésitez d'appeler l'ASPHA sur ces numéros : 2940-0739 qui vous mettra en contact avec nous.

Nous allons débiter les discussions, nous voudrions que tout le monde indistinctement participe, à noter qu'elles vont s'étendre sur un intervalle de 30 à 60 minutes. Pour démarrer avec les débats, nous lancerons une question centrale autour de laquelle

découleront toutes les autres questions. A noter, de nouvelles questions surgiront à l'épuisement de la question précédente.

Soyez à l'aise pour échanger vos expériences aussi diversifiées qu'elles soient : plus différentes sont vos idées, plus nous aurons d'informations sur lesquelles travailler. Nous vous alerterons lorsque nous serons à la fin des discussions, pour que vous puissiez être plus claire, concis et précis.

Si vous avez des questions avant de commencer, vous les poser; sinon je vous dis merci.

Introduction

Selon la 4^e Enquête Mortalité Morbidité et Utilisation des Services en Haïti 2005-2006 (EMMUS IV), 67% des enfants d'Haïti n'auraient pas été vaccinés en 2005 - 2006 selon le calendrier prévu avant l'âge de un an et 25% des femmes de 15 à 49 ans ne le sont pas non plus. Si ces chiffres reflètent encore la situation actuelle, il existe de nombreux obstacles à la vaccination complète en Haïti. La santé publique reconnaît que ces obstacles peuvent concerner des aspects liés aussi bien à l'offre qu'à la demande de services.

Les enfants et les femmes d'Haïti ne sont donc pas vaccinés pour la période considérée malgré l'application de stratégies avancées et de campagnes régionales ou nationales. En ce sens mener des recherches opérationnelles visant à expliciter les obstacles liés à la demande de services de vaccination se révèle tout à fait pertinent à l'heure actuelle en Haïti.

L'Association de santé publique d'Haïti (ASPHA) propose donc de rechercher, d'obtenir et d'analyser les perceptions des bénéficiaires sur la vaccination et les causes de l'abandon du processus dans des communautés rurales et péri urbaines du département sanitaire des Nippes d'Haïti.

De plus dans un contexte de carence de travaux de recherche en Haïti, l'intervention permettra d'atteindre un autre objectif qui est le renforcement des capacités en recherche opérationnelle des acteurs impliqués de l'ASPHA et du département sanitaire des Nippes. Lors de la restitution, les informateurs clés ainsi que la population cible sera sensibilisée à l'importance la recherche scientifique dans l'amélioration des interventions techniques. ASPHA et ACSP apporteront en ce sens les compétences de leurs cadres respectifs.

7. La discussion, les questions et questions d'approfondissement :

Durant le déroulement de la discussion il y aura deux personnes : un animateur pour mener la discussion et un scripteur pour prendre de notes et observer le groupe.

Une demi-douzaine de questions courtes et claires ont été élaborées. Elles sont ouvertes pour stimuler la discussion de groupe. Elles vont du plus général au plus spécifique. La première réunion peut permettre de vérifier si le questionnaire est bien adapté.

Voici les questions développées pour ces groupes de discussion :

1. Pourquoi les enfants (qui sont partiellement vaccinés) ne sont pas complètement vaccinés? Quels sont les facteurs qui empêchent la vaccination?
- 2 Pour les enfants qui sont complètement vaccinés, quels sont les facteurs qui favorisent la vaccination? (Particulièrement s'il y a des enfants complètement et partiellement vaccinés dans la même maison!)
3. Quelles stratégies peuvent être utilisées par les agents de santé (le système de santé) ou la communauté pour améliorer la couverture vaccinale?
4. Comment est-ce qu'on peut prendre d'avantage des « opportunités manquées » pour améliorer la couverture vaccinale? Par exemple, quand l'enfant ou la mère visite le centre de santé pour une autre raison.
5. Comment est-ce qu'on peut utiliser le carnet de vaccination comme un rappel pour la vaccination et renforcer l'importance du carnet?

Pour les questions 1 et 2, l'animateur peut utiliser les réponses des questions 42 et 43 de l'enquête comme suggestions pour commencer ou continuer la discussion. Pour la question 3, il peut utiliser les réponses de la question 58 pour commencer ou continuer la discussion.

Des modifications ou adaptations de ces questions sont aussi nécessaires pour les groupes différentes (par exemple : les agents de santé ou les leaders ou les tradipraticiens).

Questions d'approfondissement

- 1- Comment appréciez-vous l'organisation du service de vaccination dans le département, particulièrement dans votre commune?
- 2- Pensez-vous que l'accès géographique est suffisant pour expliquer le fait qu'un parent n'emmène vacciner son enfant, si vraiment il est important pour l'enfant?
- 3- Quelle est votre perception des Agents de santé?
- 4- D'après vous, que peut-on faire pour améliorer la couverture vaccinale dans le département?
- 5- Qu'est-ce qui diffère les parents qui emmènent vacciner ses enfants régulièrement de ceux qui ne le font pas?

8. Clôture des discussions :

Il est aussi souhaitable d'avoir un script ou un guide pour clore la discussion. Ceci comprend remercier les participants; leur donner la possibilité d'apporter des derniers commentaires et questions et leur rappelant comment les données seront utilisées une fois le processus terminé.

Exemple de mots de clôture :

Chers ami(e)s

Mon collègue et moi sommes très heureux des efforts que vous avez consentis pour nous aider à bien comprendre les raisons expliquant l'abandon de la vaccination dans les communes de Miragoane et d'Arnaud.

Grace à vos commentaires et réflexions, nous avons pu discuter et voir ensemble plusieurs facteurs pouvant influencer dans un sens ou dans l'autre les chances de couverture des enfants de moins de cinq ans dans la zone. Les informations que vous avez bien voulu partager avec nous vont certes garder leur anonymat mais elles nous aideront certainement à mieux poser la problématique du non respect du calendrier vaccinal des mères ou gardiennes d'enfants dans le domaine.

Au cas où vous aurez des commentaires additionnels par rapport aux thèmes abordés durant nos discussions c'est encore le moment de le faire

Attendre quelques deux minutes pour donner la parole pour d'autres brèves interventions sinon conclure par des mots de remerciements traditionnels.

9. Rôles et trucs pratiques pour l'animateur et le scripteur :

Les groupes de discussion seront réalisés sous la conduite de 2 chercheurs. L'un assurant l'animation du groupe (l'animateur) et l'autre l'enregistrement et la prise de notes (le scripteur).

Avant les discussions

- Observation de l'espace physique où va se dérouler les discussions
- Présentation de l'animateur et du scripteur.
- Remplissage des fiches sociodémographiques par les participants
- Exposition des consignes inhérentes à la réalisation des discussions

Pendant les discussions

- Veiller au respect des consignes
- Prêter attention aux différentes interventions afin de mener à bien les discussions

- Enregistrer et prendre de notes par le scripteur

Après les discussions

- Utilisation des notes prises et remarques formulées au cours des discussions
- Élaboration d'une analyse préliminaire
- Préparation du rapport final à partir des analyses préliminaires.

10. Le sommaire des notes à la fin de la séance :

Les discussions seront enregistrées mais non transcrites et serviront à valider le compte-rendu de la discussion. A la fin de chaque séance il faut faire un sommaire des notes prises et identifier tout problème à adresser avant la tenue des prochaines séances.

Pendant le groupe de discussion, l'animateur prendra quelques notes : les mots clés, questions à poser, etc. Le scripteur prendra des notes plus détaillées (exemples : citations exactes, contexte, l'humeur, qui a dit quoi, les comportements etc.).

Immédiatement après chaque groupe de discussion, l'animateur et le scripteur devront compléter leurs notes, d'abord chacun de leur côté pour s'assurer que l'un n'influence pas l'autre. Après avoir fini, les deux feront une comparaison des notes et ajouteront des détails ou points clés qui manquent.

Le sommaire des notes sera présenté dans le format suivant :

Le but principal de la prise de notes est de faciliter la mémorisation de l'essentiel des interventions de chaque participant indistinctement et de permettre de rédiger le rapport final des discussions. Une bonne prise de notes nécessite deux préparations : a) une préparation matérielle où est déterminé avec et sur quoi prendre des notes, b) une préparation intellectuelle où est déterminé quelle note prendre.

Ainsi, relativement aux objectifs du projet, nous favoriserons l'utilisation du format de prise de notes suivant :

Contexte et objectifs du travail

ASPHA et ACSP, associations spécialisées dans les domaines de Santé Publique interviennent dans les domaines se rapportant à l'abandon de la vaccination dans le département des Nippes dans le cadre de l'exécution de ce projet. Les Associations auront à effectuer un travail de recherche aux près des différentes entités concernées. Pour atteindre les objectifs du projet qui : de déterminer les facteurs de risques de l'abandon de la vaccination et d'obtenir des suggestions concrètes pour améliorer la couverture vaccinale, les groupes ciblés sont : les administrateurs ; le personnel des institutions de santé ; les mères et gardiennes d'enfants ; les tradipraticiens. Pour ce, on a

sollicité les services des deux chercheurs en sciences sociales suivants : Julio MERISIER et Stherson SENAT.

Méthodologie

La méthode de collecte retenue est celle des entrevues dirigées de groupe de discussion (« focus group »), parce que parmi les types de collecte en recherche qualitative, il est celui qui offre le plus un espace de discussion propice aux échanges, aux critiques, et aux débats souhaités. Sur une base volontaire, environ cent participantes ont été mobilisées pour constituer des groupes de discussion. Ces réunions auront lieu dans des endroits bien aérés, bien éclairés, propices à la prise de notes et à l'enregistrement audio.

Temps : les rencontres de groupe seront réalisées dans le cadre des groupes de discussion. Les rencontres seront un peu longues. 45 à 60 mns ont sanctionné chacune dans un cadre plutôt naturel pour les participants.

Lieu : Les groupes de discussion seront réalisés aux communes de Miragoane et d'Arnaud, Les zones cibles pour le recrutement des informateurs sont diverses dans les communes.

Analyse

Les données recueillies à partir des fiches sociodémographiques seront traitées dans le but de permettre de présenter le profil des participantes. Pour les données qualitatives émanant des discussions, nous procéderons à la catégorisation et à la classification par thèmes et sous thèmes à partir des objectifs de l'étude. Une analyse logico sémantique nous permettra de parvenir à la meilleure conclusion.

Instruments et Outils

Deux outils seront utilisés : le Guide d'entrevue et la fiche sociodémographique. Le guide d'entrevue, inspiré des objectifs du projet a été utilisé comme cadre de l'animation des groupes de discussion. La fiche sera remplie pour chaque participant aux groupes de discussion au tout début des rencontres. Elle prend en compte des informations de base telles : l'âge, le sexe, la religion, le statut matrimonial, le niveau d'instruction. Ces informations permettront de dresser le profil des participants. Outre ces outils, la réalisation des rencontres nécessitera d'autres moyens logistiques comme l'enregistreur, caméra numérique, les grilles d'analyse, papiers, bloc-notes, plumes, crayons, lampe de poche, marqueurs etc.

11. Analyse préliminaire :

Avec ces notes, l'animateur et le scripteur seront prêts pour la première analyse :

(i) Est-ce que le processus était bien fait? (exemple, est-ce que chaque participant a parlé? Est-ce les règles de fonctionnement de groupe ont été respectés?) Quelles modifications sont nécessaires avant le prochain groupe pour améliorer la discussion?

(ii) Quels sont les résultats clés? (Pour chaque question). Les objectifs ont-ils été atteints? Quelles modifications sont nécessaires aux questions? Y a-t-il des nouvelles questions ou idées à examiner?

Les réponses à ces questions aideront l'animateur à bien se préparer pour le prochain groupe. Il faudra aussi que l'animateur révise les questions en fonction des caractéristiques des participants. Par exemple, on peut discuter des mêmes points clés ou stratégies avec les mères, les agents de santé, et les leaders communautaires, mais c'est probablement nécessaire de modifier la formulation des questions ou de mettre l'accent sur un aspect particulièrement pertinent pour le groupe.

Il est très important qu'un membre de l'équipe de recherche de l'ASPHA soit impliqué dans cette analyse préliminaire. Les chercheurs comprennent mieux que les animateurs le projet de recherche et comment interpréter les résultats des discussions. C'est les chercheurs qui ont le mot final quant aux décisions liées aux questions pour la discussion.

Il faut donc planifier les groupes de discussion pour avoir assez de temps entre les groupes pour que l'animateur et le scripteur puissent écrire et réviser leurs notes, et pour qu'au moins un membre de l'équipe de recherche de l'ASPHA puisse revoir leurs notes et en discuter avec eux. Idéalement, le chercheur peut aussi écouter l'enregistrement de session.

12. Le rapport d'analyse :

Déoulé du format de la prise de notes, la grille d'analyse que nous utiliserons satisfera aux obligations suivantes : a) La conception de base des participants du thème de recherche, b) La dimension critique de leurs interventions, c) La qualité de leurs suggestions, d) Les facteurs généraux et d) Les rôles que doivent jouer le Ministère de la Santé et de la Population et ses partenaires.

L'analyse des résultats consiste en une présentation des principales tendances relatives aux points de vue des personnes qui auront à prendre part aux groupes de discussion. Dans cette partie, nous présentons une synthèse des opinions et des différentes discussions des groupes, ce qui nous permettra de prendre en compte l'ensemble des points du guide à la lumière des objectifs de l'étude, notamment :

- la compréhension et la clarté

- les améliorations suggérées
- l'identification du public ciblé
- Le profil des participants. (fiche socio démographique)

Compréhension

La compréhension du message s'analysera à travers les multiples réponses données par les participants en ce qui concerne la finalité de l'étude. Les objectifs principaux de l'étude sont de:

- Déterminer les facteurs de risques de l'abandon vaccinal dans le département des Nippes
- Obtenir des suggestions concrètes pour améliorer la couverture vaccinale dans le département.

Annexe C2 : Rapport des groupes de discussion

ASPHA/ ASCP

**LES CAUSES D'ABANDON DE LA VACCINATION
CHEZ LES ENFANTS DE 1 A 5 ANS DANS LES
NIPPES**

Rapport de l'étude qualitative

Juillet 2011

Préparé par:

**Julio MERISIER
Stherson SENAT**

Déroulement des activités de l'enquête qualitative

Pour réaliser cette phase de l'étude l'ASPHA et l'ACSP ont réquisitionné l'expertise de deux chercheurs en sciences humaines (Julio MERISIER, étudiant finissant en Communication Sociale et Stherson SENAT, étudiant finissant en Sociologie) pour effectuer une recherche qualitative (« focus group ») auprès des groupes cibles, tels : des administrateurs, des membres du personnel de santé, des mères et gardiennes d'enfants et des tradipraticiens.

Le guide d'entrevue et le questionnaire une fois préparé par les deux chercheurs et validé par les cadres de l'ASPHA et l'ACSP à la fin du mois de Juin et au début du mois de Juillet 2011, les interventions de terrain se sont déroulées en deux phases. Un premier déploiement de ce personnel a été opéré du 24 au 26 Juin 2011 au cours duquel deux groupes de discussion animée ont été réalisés ; de retour à Port-au-Prince, l'analyse des données a été faite durant la période du 27 au 30 Juin sous la supervision de l'un des chercheurs principaux et des corrections dans le rapport d'analyse ont été apportées par les chercheurs au premier jour du mois de Juillet. Lors du second déplacement (2ème phase) sur le terrain, des deux enquêteurs du 08 au 11 Juillet, les huit autres groupes de discussion animée se sont tenues avec les acteurs ciblés. Il s'agit au cours de huit autres séances rassemblant chacune dix participants par groupe de discussion et réunissant les groupes cibles suivants :

- a) Mères ou gardiennes d'enfants ;
- b) Guérisseurs traditionnels
- c) Infirmières ou auxiliaires infirmières ;
- d) Leaders légaux et légitimes (Maires, pasteurs, prêtres, professeurs, etc.)

Les participants aux groupes de discussion animée ont eu l'opportunité de faire des échanges entre eux sur les facteurs de risques qui, selon eux, peuvent expliquer les causes de l'abandon de la vaccination. Ils ont pu librement fournir des informations pertinentes sur leurs propres perceptions des véritables causes de l'abandon de la vaccination ainsi que les moyens à mobiliser pour augmenter la couverture vaccinale dans la région des Nippes. Les informations ont été collectées à partir de notes manuscrites et d'enregistrement audio des discussions tenues avec les personnes rencontrées dans les deux communes. Les informations ont été par la suite traitées puis analysées pour tirer les conclusions suivantes en fonction des questions soulevées.

Le profil des participants est trouvé en Annexe A, et les questions sont trouvées en Annexe B.

Analyse des résultats des différentes rencontres réalisées.

L'analyse des résultats consistera en une présentation des principales tendances relatives aux points de vue des personnes qui ont pris part aux groupes de discussion. Puisqu'il s'agissait de déterminer les facteurs de risque de l'abandon de la vaccination complète des enfants et de recueillir des propositions concrètes pouvant aider à améliorer le service

dans le département, nous procéderons, en guise d'analyse finale des résultats, à avancer les principales causes relatées par les différents participants de chaque groupe. Les réponses des groupes rassemblant les personnes de même catégorie (tradipraticiens, personnels de santé, etc.) ont été fusionnées.

Les participants ont eu l'opportunité de discuter des différents facteurs de risques qui, selon eux, expliquent l'abandon de la vaccination ; mais surtout ils ont pu dégager des solutions concrètes devant conduire à l'augmentation de la couverture vaccinale. Les opinions émises par chacun des groupes représentés lors de ces rencontres seront reprises ici et nous les avancerons toutes.

Résumé des rencontres avec les tradipraticiens de Miragoane d'Arnaud.

N.B- Mr. Renoncourt, administrateur de la direction sanitaire des Nippes, facilitateur principal dans le cadre de cette étude, a assigné à une personne-antenne le rôle d'invitant ; cette personne a invité, comme tradipraticiens de Miragoane, dix individus, deux des invités se sont absentes (les motifs de leur absence ne nous ont pas été parvenus) ; huit ont répondu à l'invitation. Toujours dans une section du bâtiment logeant la direction sanitaire des Nippes, nous avons organisé la rencontre.

Pour la rencontre avec les tradipraticiens d'Arnaud, dix (10) participants, soit quatre (4) femmes et six (6) hommes ont pris part. Cinq (5) d'entre eux, soit, 50% n'ont aucune formation académique ; trois (3), soit 30% d'entre eux ont atteint le premier cycle fondamental (Primaire) ; les deux (2) autres, soit 20% ont atteint respectivement le niveau secondaire et universitaire. En fait, l'inégalité de la formation académique que partageait le groupe des tradipraticiens n'était pas restée sans conséquence sur le déroulement de la discussion. Les plus avisés sur le plan académique ont en quelque sorte monopolisé le débat, parce que peut-être leur avance intellectuelle leur donnait une compréhension plus large et plus rapide des questions. Ils répondaient avec tact et précision à presque toutes les questions. En dépit de notre insistance à faire parler tout le monde, certains n'ont rien dit. Toutefois, ils ont fait des gestes en guise d'accord ou de désaccord par rapport à certains arguments avancés par d'autres.

Les principales causes de l'abandon de la vaccination complète des enfants de 1 à 5 ans selon les tradipraticiens d'Arnaud et de Miragoane :

- Le manque de sensibilisation des parents concernant l'importance du vaccin,
- La mauvaise organisation du service de vaccination dans la commune qu'ils ont mis l'accent,
- Les effets secondaires des vaccins, assez souvent mal compris par les parents et les responsables d'enfants,
- Le manque de formation des parents et responsables d'enfants (assez souvent ils n'ont aucune formation académique, aucune éducation comme mère ou père et non plus, aucune information sur ce qui est important ou pas pour maintenir la santé des enfants)
- La plupart d'entre eux avancent que l'incomplétude vaccinale des enfants est due à la négligence des parents qui n'emmènent pas vacciner leurs enfants,

- Le difficile accès géographique est aussi mentionné parmi les possibles causes de l'abandon de la vaccination des enfants.

Les principales propositions qu'ils ont faites sont :

- Il faut augmenter le nombre des agents et centres de santé dans les communes,
- Il faut une forme d'organisation du service de vaccination adaptée aux différents endroits montagneux des campagnes – par exemple, il faut mobiliser suffisamment de ressources humaines compétentes, pour cela il faut organiser régulièrement des séances de formation pour les jeunes qui seraient intéressés à servir dans ce domaine
- On peut aussi utiliser les personnes les plus avisées des zones, les former et les intégrer dans le système en les considérant comme un sous-système plus ou moins permanent dans les zones mêmes, on aura seulement à les approvisionner en stock de vaccins
- Il faut organiser des campagnes de sensibilisation sur l'importance du vaccin pour la santé des enfants de 0 à 5 ans.
- L'Etat central en allouant des budgets régulièrement et les autorités communales en participant dans la sensibilisation des populations doivent s'impliquer davantage dans la question.

Résumé de la rencontre avec les personnels et agents de santé de *Miragoane et d'Arnaud.*

N.B- *Et à Miragoane et à Arnaud, pour les rencontres avec les agents et les personnels de santé, les facilitateurs ont peut-être mal reçu les recommandations, ce fut Au moment de commencer les discussions qu'à deux reprises (à Arnaud et à Miragoane) que nous nous sommes rendus à l'évidence que le groupe « Personnel de Santé » incluait également les agents de sante, plus précisément, cinq agents de santé et cinq infirmières et auxiliaires. Nous n'avions eu aucun choix, car aucune autre planification n'étant plus possible. Pour réaliser les discussions, on a regroupé ensemble les agents et les personnels de santé.*

Les principales causes de l'abandon de la vaccination complète des enfants de 1 à 5 ans selon les personnels et agents de santé d'Arnaud et de Miragoane :

- Les effets secondaires des vaccins que les parents et responsables d'enfants interprètent mal (ils ne sont pas formés et informé sur l'importance des vaccins pour les enfants, ils se fixent seulement sur la petite fièvre et la petite douleur que provoque la pique du vaccin. Ils ignorent que les vaccins ont plus d'effets bénéfiques),
- Le manque d'informations et de formation des parents et responsables d'enfants,
- Le manque de sensibilisation des mères et responsables d'enfants sur tout ce qui a rapport avec le vaccin,
- L'accès géographique,
- Les personnels de santé avouent que, de leur coté, par souci d'éviter tout gaspillage, des fois il arrive qu'il y a des facteurs qui causent la non vaccination des enfants (ils avancent que certains flacons de vaccin contiennent 20 doses

(BCG, par exemple) et ne se conservent pas après ouverture du flacon. Si par exemple un seul ou deux parents emmènent vacciner son enfant, pour éviter le gaspillage, ils n'ouvrent pas des flacons de 20 doses (BCG) ou de 10 doses (Rougeole) pour seulement un seul ou deux enfants).

Les différentes propositions faites par les personnels et agents de santé de Miragoane et d'Arnaud sont :

- Il faut commencer la sensibilisation des mères depuis les cliniques prénatales,
- Il faut effectuer des sessions régulières de vaccination dans les écoles,
- Il faut donner aux parents des primes d'encouragement (leur offrir un maillot, des cahiers pour les enfants, des jouets, par exemple) pour les motiver à poursuivre la vaccination de leurs enfants (si les parents et/ou responsables d'enfants savent que chaque fois ils emmènent vacciner leurs enfants, ils trouveront quelque chose en retour, ils auront plus de motivation à le faire)
- il faut organiser de vastes sessions de vaccination en priorisant la méthode porte-à-porte,
- Il faut faire des postes de rassemblement, en profiter pour sensibiliser les parents et responsables d'enfants à s'intéresser aux vaccins en leur montrant leur importance pour la santé des enfants de 0 à 5 ans.
- Il faut aussi donner aux parents des primes d'encouragement en vue de les motiver à emmener vacciner leurs enfants.

Résumé de la rencontre avec les mères et gardiennes d'enfants d'Arnaud et de Miragoane.

N.B- *L'administrateur de la direction sanitaire des Nippes, Mr Renoncourt a réquisitionné les services d'une autre personne pour procéder à l'invitation des mères. Venant de différents endroits de la commune de Miragoane, pour celles constituent le groupe de cette dite commune, (emmenées en voiture par l'invitant), elles ont toutes été présentes (dix ont été invitées, toutes les dix ont répondu à l'invitation et à Miragoane et à Arnaud) et ont participé à cœur joie dans l'étude.*

Les principales causes de l'abandon de la vaccination complète des enfants de 1 à 5 ans selon les mères et gardiennes d'enfants d'Arnaud et de Miragoane :

- Les effets secondaires des vaccins sur leurs enfants sont les causes principales qui causent leur désintérêt à emmener vacciner leurs enfants.
- Elles font aussi savoir qu'il n'y a pas assez de centre et de personnels de santé dans la commune,
- Elles relatent aussi le problème de la distance : l'accès géographique (elles habitent très loin et vu leur trop lourde responsabilité, elles n'ont pas toujours assez de temps pour emmener vacciner un enfant dans un centre qui par rapport à leur ménage, se situe trop loin)
- Certaines d'entre elles avancent que certaines fois c'est la négligence qui leur empêche d'emmener vacciner les enfants.
- Elles avouent n'être pas trop informées de l'importance du vaccin pour la santé des enfants.

- La plupart d'entre elles pensent mieux faire en évitant de vacciner leurs enfants (les effets secondaires des vaccins sur leurs enfants les attristent énormément)

Les différentes propositions faites par les mères et gardiennes d'enfants d'Arnaud et de Miragoane sont :

- Les mères et gardiennes d'enfants de Miragoane et d'Arnaud pensent qu'il faut augmenter le nombre des agents et des centres de santé où elles peuvent emmener vacciner leurs enfants,
- Il faut organiser des campagnes de sensibilisation et de vaccination afin d'informer les parents et d'apporter chez eux les vaccins.
- Il faut aussi organiser des campagnes de vaccination.

Résumé de la rencontre avec des représentants légaux d'Arnaud et de Miragoane.

Les principales causes de l'abandon de la vaccination complète des enfants de 1 à 5 ans selon les représentants légaux d'Arnaud et de Miragoane :

- Les représentants légaux d'Arnaud et de Miragoane pensent que le manque de formation des parents et responsables d'enfants est pour beaucoup dans le phénomène de l'abandon de la vaccination complète des enfants de la commune d'Arnaud.
- Ils avancent aussi le problème de l'accès géographique,
- L'insuffisance du nombre de centres et d'agents de santé dans la commune,
- Ils relatent aussi le problème de l'incompréhension des parents des effets secondaires des vaccins,
- Ils pensent aussi que certains parents préfèrent certaines substances naturelles aux vaccins.
- Le manque de formation des parents et responsables d'enfants,
- La négligence des parents est aussi mise en cause.

Les propositions faites par les représentants légaux de la commune d'Arnaud :

- Les représentants légaux des communes d'Arnaud et de Miragoane suggèrent qu'on encourage les parents à emmener vacciner leurs enfants en donnant des primes d'encouragement à ceux qui emmènent leurs enfants au centre de santé pour la vaccination,
- Ils relatent qu'il faut impliquer les autorités locales dans le travail en leur donnant la sensibilisation des parents et responsables d'enfants comme tâche,
- Ils souhaitent aussi qu'on implique les écoles et les églises, car les responsables d'écoles et d'églises ont un contact constant avec les parents, ils peuvent toujours les sensibiliser sur l'importance de la vaccination des enfants.
- Il faut faire des postes de rassemblement,
- Il faut mieux encadrer les personnels et agents de santé (leur donner beaucoup plus de moyens afin d'alléger leurs travaux dans la commune)

Résumé

Les principales causes d'abandon de la vaccination retenues par les différents groupes :

- *Manque de formation, d'information, et de motivation des parents*
- *Accès géographique (distance)*
- *Insuffisance de centres de sante*
- *Carence de ressources humaines*

Les propositions suivantes ont été suggérées par les participants :

- Organisation d'une vaste campagne de sensibilisation
- Diffusion de spots dans les radios et a la télévision
- Sessions de formation, d'éducation, dans les centres, au niveau des cliniques prénatales
- Implication des autorités locales dans la campagne de sensibilisation
- Séances de vaccination dans les écoles maternelles
- Organisation de poste de rassemblements, du porte à porte
- Augmentation des centres de sante, et du personnel de sante
- Profiter de toutes les opportunités de toutes les opportunités pour vacciner les enfants

Appréciations d'ensemble et recommandations

En gros, les différentes différents groupes de participants suggèrent qu'il faut augmenter le nombre des agents et centres de santé ; on doit les encadrer, leur donner beaucoup plus de moyens afin d'alléger leur travail. Il paraît donc impératif, si on veut atteindre l'objectif d'avoir tous les enfants de 1 à 5 ans vacciner complètement, il faut aider à mettre en place d'autres centres de santé, mais aussi augmenter le personnel travaillant dans le secteur de la vaccination. Le seul centre de santé d'Arnaud n'a que deux infirmières qui desservent toute une population. Il faut embrigader l'Etat haïtien, par le biais de son ministère de santé publique à s'impliquer davantage dans le domaine. L'Etat doit être motivé à allouer des budgets suffisants et réguliers aux administrateurs des centres de santé afin d'organiser des campagnes de sensibilisation pour les populations. Il n'est pas un secret que les populations rurales sont peu formées et mal informées, on peut impliquer les autorités locales (CASEC, ASEC) dans le travail de sensibilisation. Il faut aussi impliquer les dirigeants des écoles et des églises dans le travail de sensibilisation, car ils ont un contact constant avec les parents, ils peuvent toujours les sensibiliser sur l'importance de la vaccination des enfants. Les mères et responsables d'enfants doivent être régulièrement sensibilisées. Certaines femmes ne sont pas éduquées en tant que mère, elles ignorent assez souvent leur responsabilité en tant que responsables d'enfants ; on doit les sensibiliser, commencer à leur sensibiliser depuis les cliniques prénatales, comme le suggère les personnels et agents de santé de Miragoane et d'Arnaud. Il faut effectuer des sessions régulières de vaccination dans les écoles. Les enfants arrivent en *Kindergarden* à 2 ou 3 ans, pour ceux d'entre eux qui n'ont pas eu la chance de recevoir les vaccins nécessaires, on peut leur en donner afin de rattraper les pertes. Certains

parents et/ou responsables d'enfants sont très réticents aux informations quelles qu'elles soient, pour les convaincre d'emmener vacciner leur enfants, on peut leur donner des primes d'encouragement (leur offrir un maillot, des cahiers pour les enfants, des jouets, par exemple) pour les motiver à poursuivre la vaccination de leurs enfants ; car s'ils savent que chaque fois ils emmènent vacciner leurs enfants, ils trouveront quelque chose en retour, ils auront plus de motivation à le faire. Il faut organiser des sessions de vaccination, prioriser la méthode porte-à-porte, on doit marcher vers les ménages; il faut faire des postes de rassemblement pour vacciner et sensibiliser en même temps.

Annexe A : Le profil des participants

Fiche 1 : Profil Sociodémographique: Groupe de discussion réalisé à Arnaud avec les Tradipraticiens.

Numéro	Sexe	Tranche d'âge	Niveau d'étude	Religion	Activité Professionnelle
1-	M	44 ans	Aucun	Vaudouisant	Houngan
2-	M	44 ans	Primaire	Vaudouisant	Houngan
3-	M	42 ans	Aucun	Vaudouisant	Houngan
4 -	M	41 ans	Primaire	Vaudouisant	Houngan
5 -	F	57 ans	Aucun	Catholique	Mambo
6 -	F	65 ans	Primaire	Catholique	Guérisseur
7 -	F	57 ans	Aucun	Catholique	Mambo
8 -	M	47 ans	Aucun	Catholique	Houngan
9 -	F	59 ans	Secondaire	Protestant	Guérisseur
10 -	M	39 ans	Universitaire	Catholique	Guérisseur

La moyenne d'âge de ce groupe est de 49,5 ans. En ce qui concerne leur croyance religieuse, 4, soit 40% d'entre eux déclarent qu'ils sont de confession vaudouesque ; 5 d'entre eux, soit 50% se déclarent catholique ; un seul, soit 5% d'entre eux se dit protestant.

Fiche 2 : Profil sociodémographique : Groupe de discussion réalisé à Miragoane avec les Tradipraticiens

Numéro	Sexe	Tranche d'âge	Niveau d'étude	Religion	Activité Professionnelle
1-	M	48 ans	Primaire	Vaudouisant	Houngan/Charpentier
2-	F	82 ans	Primaire	Catholique	Guérisseur
3-	F	47 ans	Primaire	Vaudouisant	Mambo
4 -	M	61 ans	Primaire	Vaudouisant	Houngan
5 -	M	45 ans	Primaire	Vaudouisant	Houngan
6 -	M	46 ans	Primaire	Catholique	Guérisseur
7 -	F	60 ans	Primaire	Catholique	Guérisseur
8 -	M	59 ans	Primaire	Catholique	Guérisseur

Des huit participants, 3, soit 37,5% sont de sexe féminin et 5, soit 62,5% sont de sexe masculin. Les tradipraticiens de Miragoane qui ont pris part aux discussions sont relativement âgés ; la moyenne d'âge des huit est de 56 ans. 4 d'entre eux, soit 50% se disent catholique et les 4 autres, soit les 50% restant se disent vaudouisant (religion populaire d'Haïti). Tous les huit participants n'ont pas atteint un haut niveau académique

(ils n'ont qu'un niveau primaire), ceci a très grandement marqué les discussions. Ils arrivent difficilement à comprendre les questions et n'ont pas avancé des réponses appréciables.

Fiche 3 : Profil sociodémographique : Groupe de discussion réalisé à Miragoane avec les agents de santé et le personnel des institutions de Santé.

Numéro	Sexe	Tranche d'âge	Niveau d'étude	Religion	Activité Professionnelle
1-	F	25 ans	Universitaire	Catholique	Infirmière
2-	F	42 ans	Universitaire	Protestant	Auxiliaire-Infirmière
3-	F	43 ans	Universitaire	Protestant	Infirmière
4 -	F	30 ans	Universitaire	Catholique	Infirmière
5 -	M	35 ans	Universitaire	Protestant	Pasteur/Agent de santé
6 -	F	24 ans	Universitaire	Catholique	Infirmière
7 -	F	27 ans	Universitaire	Catholique	Auxiliaire-Infirmière
8 -	F	45 ans	Universitaire	Catholique	Infirmière
9 -	M	63 ans	Universitaire	Protestant	Infirmière

A Miragoane, des dix personnels et agents invités, 9 ont répondu à l'invitation ; on ne sait pas la raison qui a causé l'absence de celui ou celle qui ne s'est pas présenté (e). Des personnes rencontrées dans ce groupe, 7 des neuf sont de sexe féminin, les 2 autres sont de sexe masculin. La moyenne d'âge du groupe est de 33,4 ans.

Fiche 4: Profil sociodémographique : Groupe de discussion réalisé à Arnaud avec le personnel des institutions de Santé

Numéro	Sexe	Tranche d'âge	Niveau d'étude	Religion	Activité Professionnelle
1-	F	30 ans	Secondaire	Pentecôtiste	Infirmière
2-	M	40 ans	Secondaire	Catholique	Agent de Santé
3-	F	38 ans	Secondaire	Protestant	Secrétaire
4 -	F	32 ans	Secondaire	Adventiste	Infirmière
5 -	F	41 ans	Secondaire	Adventiste	Pharmacienne
6 -	F	32 ans	Universitaire	Adventiste	Infirmière
7 -	M	37 ans	Primaire	Catholique	Agent de Santé
8 -	M	48 ans	Secondaire	Catholique	Agent de Santé
9 -	F	36 ans	Universitaire	Adventiste	Infirmière Responsable
10 -	F	30 ans	Universitaire	Catholique	Infirmière

Des 10 participants du groupe des personnels de santé d'Arnaud, 7, soit 70% d'entre eux sont de sexe féminin ; 3, soit 30% d'entre eux sont de sexe masculin. La moyenne d'âge de ce groupe est de 36,4 ans. 6 d'entre eux, soit 60% ont atteint le niveau secondaire ; 2, soit 20% d'entre eux ont atteint le niveau supérieur ; 1 seul, soit 10% d'entre a un niveau primaire.

Fiche 5: Profil sociodémographique : groupe de discussion réalisé à Arnaud avec les Mères et Gardiennes d'enfants.

Numéro	Sexe	Tranche d'âge	Niveau d'étude	Religion	Activité Professionnelle
1-	F	49 ans	Primaire	Catholique	Commerçante
2-	F	38 ans	Primaire	Catholique	Commerçante
3-	F	38 ans	Primaire	Protestant	Commerçante
4 -	F	30 ans	Primaire	Catholique	Commerçante
5-	F	31 ans	Secondaire	Catholique	Commerçante
6 -	F	30 ans	Primaire	Catholique	Commerçante
7 -	F	26 ans	Primaire	Catholique	Commerçante
8 -	F	36 ans	Secondaire	Adventiste	Commerçante
9 -	F	42 ans	Secondaire	Protestant	Commerçante
10 -	F	35 ans	Primaire	Catholique	Commerçante

La moyenne d'âge du groupe des mères et gardiennes d'enfants d'Arnaud est de 35,5 ans. Sept (7) soit 70% des dix (10) n'ont atteint que le niveau primaire; les trois (3) autres, soit 30% ont atteint le secondaire. En ce qui concerne leur croyance religieuse, sept (7), soit 70% se déclarent catholique; deux (2), soit 20% se déclarent protestantes et un (1) seul, soit 10% se dit adventiste.

Fiche 6 : profil sociodémographique : Groupe de discussion réalisé à Miragoane avec les Mères et gardiennes d'enfant

Numéro	Sexe	Tranche d'âge	Niveau d'étude	Religion	Profession
1-	M	28 ans	Primaire	Protestant	Commerçante
2-	M	47 ans	Primaire	Protestant	Ménagère
3-	M	30 ans	Primaire	Catholique	Commerçante
4 -	M	27 ans	Secondaire	Protestant	Commerçante
5 -	M	28 ans	Secondaire	Protestant	Commerçante
6 -	M	35 ans	Aucun	Protestant	Commerçante
7 -	M	23 ans	Secondaire	Protestant	Commerçante
8 -	M	35 ans	Primaire	Protestant	Commerçante
9 -	M	60 ans	Aucun	Protestant	Commerçante
10 -	M	28 ans	Secondaire	Catholique	Commerçante

Nous avons eu pour la rencontre avec les mères de Miragoane, des femmes en majorité assez jeunes : 5 d'entre elles, soit 50% n'ont pas encore atteint la trentaine. En ce qui a trait à leur formation académique, 4 d'entre elles, soit 40% ont atteint le niveau primaire ; 4, soit 40% ont atteint le niveau secondaire et 2, soit 20% n'ont aucun niveau. Pour ce qui concerne leur croyance religieuse, 7, soit 70% d'entre elles se disent être de religion protestante et 3, soit 30% se disent catholique. On sait que l'expérience, le niveau intellectuel et la croyance religieuse sont les trois facteurs qui peuvent influencer les réponses d'une personne sur un sujet donné. Les discussions avec les mères ont été marquées par non seulement le manque d'expérience des mères (elles sont pour la plupart assez jeunes et ne sont pas très expérimentées dans leur rôle de mères ; leur moyenne d'âge est de 31,6 ans), mais aussi de leur manque de formation académique.

Fiche 7 : Profil Sociodémographique : groupe de discussion réalisé à Arnaud avec les Représentants Légitimes et Légaux

Numéro	Sexe	Tranche d'âge	Niveau d'étude	Religion	Activité Professionnelle
1-	M	56 ans	Université	Catholique	Ingénieur
2-	M	39 ans	Université	Protestant	Avocat/Educateur
3-	M	34 ans	Université	Catholique	Prêtre /Professeur
4 -	M	47 ans	Primaire	Catholique	Cultivateur
5 -	M	34 ans	Secondaire	Protestant	Professeur
6 -	M	29 ans	Universitaire	Catholique	Diplomate
7 -	M	42 ans	Aucun	Catholique	Cultivateur/ASEC
8 -	M	65 ans	Primaire	Catholique	Cultivateur/ASEC
9 -	M	61 ans	Primaire	Catholique	Cultivateur/ASEC
10 -	M	45 ans	Universitaire	Protestant	Professeur

La moyenne d'âge des dix représentants légaux de la commune d'Arnaud est de 45,2 ans. En ce qui concerne leur formation académique, 5, soit 50% d'entre eux ont atteint le niveau universitaire; 2, soit 20% ont un niveau primaire; un (1), soit 10% a un niveau secondaire et un (1), soit 10% n'a aucune formation académique. Pour ce qui a trait à leur croyance religieuse, sept (7), soit 70% d'entre eux se déclarent catholique et trois (3), soit 30% se déclarent protestants.

Fiche 8 : Profil Sociodémographique : Groupe de discussion réalisé à Miragoane avec les Représentants des communautés

Numéro	Sexe	Tranche d'âge	Niveau d'étude	Religion	Activité Professionnelle
1-	M	63 ans	Primaire	Catholique	Prêtre
2-	M	27 ans	Secondaire	Catholique	Agent de Pompiers
3-	M	23 ans	Secondaire	Catholique	Agent de

Numéro	Sexe	Tranche d'âge	Niveau d'étude	Religion	Activité Professionnelle
					Pompiers
4 -	M	21 ans	Secondaire	Pentecôtiste	Chauffeur
5 -	M	25 ans	Secondaire	Catholique	Aucune
6 -	M	47 ans	Universitaire	Protestant	Gestionnaire
7 -	M	26 ans	Secondaire	Catholique	Pharmacien
8 -	M	59 ans	Secondaire	Protestant	Officier Sanitaire
9 -	F	20 ans	Secondaire	Protestant	Aucune
10 -	M	66 ans	Primaire	Protestant	Agent de Santé

La moyenne d'âge du groupe des représentants légaux de la commune de Miragoane est de 37,7 ans. En ce qui concerne leur formation académique, sept (7), soit 70% d'entre eux ont atteint le niveau secondaire; deux (2), soit 20% d'entre eux n'ont qu'un niveau primaire et un (1) seul, soit 10% d'entre eux a atteint le niveau universitaire. Pour ce qui a trait à leur croyance religieuse, cinq (5), soit 50% des dix se déclarent protestants et les cinq (5) autres, soit l'autre proportion de 50% se déclarent catholiques.

Annexe B : Le questionnaire

1. Que savez-vous du vaccin ?
2. D'après vous, que peut-on faire pour améliorer la couverture vaccinale dans le département?
3. Quelles stratégies peuvent être utilisées par les agents de santé (le système de santé) ou la communauté pour améliorer la couverture vaccinale?
4. Quelle perception avez-vous des agents de santé?
5. Quelle différence faites-vous entre un parent qui emmène vacciner son enfant et ceux qui ne le font pas?
6. Pourquoi les enfants (qui sont partiellement vaccinés) ne sont pas complètement vaccinés? Quels sont les facteurs qui empêchent la vaccination?
7. Pour les enfants qui sont complètement vaccinés, quels sont les facteurs qui favorisent la vaccination? (Particulièrement s'il y a des enfants complètement et partiellement vaccinés dans la même maison!)
8. « Comment appréciez-vous l'organisation du service de vaccination dans le département, particulièrement dans votre commune? »
9. Pensez-vous que l'accès géographique est suffisant pour expliquer le fait qu'un parent n'emmène vacciner son enfant, si vraiment il est important pour l'enfant?
10. D'après vous, que peut-on faire pour améliorer la couverture vaccinale dans le département?
11. Quelles stratégies peuvent être utilisées par les agents de santé (le système de santé) ou la communauté pour améliorer la couverture vaccinale?

Annexe C3 : Rapport abrégé des groupes de discussion

Introduction

Selon la 4^e Enquête Mortalité Morbidité et Utilisation des Services en Haïti 2005-2006 (EMMUS IV), 67% des enfants d’Haïti n’auraient pas été vaccinés en 2005 - 2006 selon le calendrier prévu avant l’âge d’un an. De plus, 25% des femmes de 15 à 49 ans ne sont pas vaccinées contre le tétanos. Il est important de comprendre les facteurs qui influent sur la vaccination dans le contexte local afin d'identifier les stratégies pertinentes pour accroître la couverture. Donc, l’Association de Santé Publique d’Haïti (ASPHA) a collaboré avec des chercheurs canadiens, membres de l’Association Canadienne de Santé Publique (ACSP), dans le but de mieux comprendre ces facteurs. Les chercheurs ont aussi collaboré avec les collègues de la Direction sanitaire du département des Nippes, le plus jeune et le moins encadré des départements sanitaires d’Haïti.

L’objectif principal du projet est de documenter les causes de l’abandon de la vaccination, utilisant une enquête quantitative et une étude qualitative. Le projet a aussi pour deuxième objectif de renforcer les capacités de recherches opérationnelles de l’ASPHA. Ce rapport résume les résultats de l’étude qualitative, les groupes de discussion dirigée. On trouvera des détails sur l’enquête auprès des ménages et le projet global dans d'autres documents.

La méthodologie

Deux communes du département des Nippes, avec une faible couverture vaccinale, ont été identifiées pour conduire cette enquête : Miragoane et Arnaud. Deux chercheurs en sciences humaines ont réalisé 8 groupes de discussion, à la fin du mois de Juin et au début du mois de Juillet 2011, auprès des groupes cibles, tels : 1) des agents de santé, des auxiliaires et infirmières, 2) des leaders naturels, 3) des mères et gardiennes d’enfants et 4) des tradipraticiens. Quatre groupes, un avec chaque population de cible, ont été réalisés à Miragoane et quatre à Arnaud.

Les participants aux groupes de discussion animée ont eu l’opportunité de faire des échanges entre eux sur les facteurs de risques qui, selon eux, peuvent expliquer les causes de l’abandon de la vaccination. Le guide d’entrevue et le questionnaire ont été préparés par les deux chercheurs et validé par les cadres de l’ASPHA et l’ACSP ; le questionnaire ont été basé sur les résultats de l’enquête quantitative. Les participants ont pu librement fournir des informations pertinentes sur leurs propres perceptions des véritables causes de l’abandon de la vaccination ainsi que les moyens à mobiliser pour augmenter la couverture vaccinale dans la région des Nippes. Les informations ont été collectées à partir de notes manuscrites et d’enregistrement audio des discussions tenues avec les personnes rencontrées dans les deux communes. Les informations ont été par la suite

traitées puis analysées pour tirer les conclusions suivantes en fonction des questions soulevées. On trouvera plus de détails sur la méthodologie dans le guide d'entrevue.

Les résultats

Ce rapport contient un résumé des résultats clés. Les tableaux 1 et 2 présentent les thèmes identifiés pour les causes de l'abandon et les stratégies recommandées respectivement, par groupe de discussion. Les tableaux 3 à 6 présentent les points clés des discussions, par groupe. On trouvera une présentation plus détaillée des résultats dans le rapport complet de l'étude qualitative.

Tableau 1 : Causes de l'abandon : Thèmes, par groupe de discussion

Thème	Miragoane				Arnaud			
	Santé	Mères	Tradi	Leaders	Santé	Mères	Tradi	Leaders
Effets secondaires	√	√	√	√	√	√	√	√
Manque de formation des responsables	√	√	√	√	√		√	√
L'accès géographique	√	√		√	√	√	√	√
N'ouvre pas des flacons multi-doses	√				√			
La négligence des parents		√	√	√	√	√		√
L'immaturation des responsables					√			
Manque de sensibilisation		√	√		√	√	√	
Manque de connaissance		√						
L'organisation non efficace du service		√	√				√	
L'insuffisance de personnel de santé		√				√	√	√
Manque de temps		√						

Santé : Le personnel et les agents de santé

Mères : Les mères et les gardiennes d'enfants

Tradi : Les tradipraticiens

Leaders : Les représentants légaux

Tableau 2 : Stratégies: Thèmes, par groupe de discussion

Thème	Miragoane				Arnaud			
	Santé	Mères	Tradi	Leaders	Santé	Mères	Tradi	Leaders
Porte à porte	√	√			√	√		
Sessions ou postes de vaccination	√			√				
Moyens financiers suffisants	√			√			√	√
Postes de rassemblement	√				√			
Sensibiliser les parents	√	√	√	√	√	√	√	
Primes d'encouragement	√							√
Augmenter le nombre d'agents de santé	√	√	√	√	√	√	√	√
Avoir un sous-système des vaccinateurs		√					√	√
Augmenter le nombre de centre de santé			√	√	√			√
Assurer de stocks de vaccin		√			√			
Impliquer les écoles	√	√			√	√		√
Impliquer les églises	√							√
Impliquer autres							√	√
Saisir les occasions manquées		√			√	√		
Formation des agents ex. à intervenir dans le domaine				√			√	

Santé : Le personnel et les agents de santé

Mères : Les mères et les gardiennes d'enfants

Tradi : Les tradipraticiens

Leaders : Les représentants légaux

Tableau 3 : Résultats des rencontres avec le personnel et les agents de santé

	Miragoane	Arnaud
Remarques générales	<ul style="list-style-type: none"> • La plupart des participants sont des infirmières travaillant entre autre dans le domaine de la vaccination. • Ils n'ont pas présenté leurs observations sur différentes causes ou stratégies pour les emplacements ruraux et urbains. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un mélange des infirmières, agents de santé, une secrétaire, une pharmacienne. • Il n'est pas clair si ils travaillent dans le domaine de la vaccination.
Les causes de l'abandon	<ul style="list-style-type: none"> • Les effets secondaires que les parents interprètent mal • Les responsables ne sont pas formés et informés sur l'importance des vaccins • Ils ignorent que les vaccins ont plus d'effets bénéfiques que des mauvais • L'accès géographique • Pour éviter le gaspillage, ils n'ouvrent pas des flacons de 20 doses (BCG) ou de 10 doses (Rougeole) pour seulement un ou deux enfants • Ils ne mettent pas trop l'accent sur l'organisation du service, mais plutôt sur la formation des parents 	<ul style="list-style-type: none"> • Ils ont mis beaucoup d'accent sur la distance des ménages par rapport au centre de santé mais ont dit que croit l'accès géographique ne peut expliquer qu'en partie de l'abandon • La négligence des parents et responsables d'enfants • L'immaturation de certaines mères et/ou gardiennes • Le manque et de sensibilisation concernant les vaccins • Manque de formation (académique) des parents • Les effets secondaires qu'ils provoquent • Les mères éprouvent trop de pitié pour les enfants, quand ils souffrent de fièvre après la pique des vaccins • Ils notent aussi qu'en général, les haïtiens n'accordent pas d'importance aux services gratuits.
Les stratégies proposées	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser des sessions de porte-à-porte • Mobiliser suffisamment de moyens financiers, pour atteindre les populations qui habitent les hauteurs • Faire des postes de rassemblement, en profiter pour sensibiliser les parents et responsables d'enfants à s'intéresser aux vaccins en leur montrant leur importance 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter le nombre de centre de santé et le nombre de personnes travaillant dans le domaine de la vaccination dans la commune • Organiser régulièrement des campagnes de sensibilisation • Faire des postes de rassemblement; • Faire des sessions de vaccination en priorisant la

	Miragoane	Arnaud
	<ul style="list-style-type: none"> • Donner aux parents des primes d'encouragement (ex. un maillot, des cahiers pour les enfants, des jouets) • Sensibiliser les parents • Augmenter les agents de santé • Organiser des sessions de vaccination dans les écoles (kindergarten, pour les enfants d'âge 2-3 ans) • Employer les efforts conjoints pour porter les écoles à exiger le carnet de vaccination lors des inscriptions des enfants; et dans les églises on doit sensibiliser les parents sur l'importance du vaccin • Commencer la sensibilisation des mères depuis les cliniques prénatale 	<p>méthode porte-à-porte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire en sorte que la commune ne manque jamais de stocks de vaccin. • Les écoles et/ou toute autre institution qui sera appelée un jour ou l'autre à recevoir des enfants peuvent exiger le carnet de vaccination • Si un enfant visite le centre de santé alors qu'il n'a pas pris certaines doses qu'il devait prendre, on peut rattraper les pertes et mettre à point la vaccination de l'enfant en question afin de favoriser sa vaccination complète. • Si un enfant visite le centre pour une autre circonstance, on peut toujours en profiter pour lui donner certaines doses de vaccin.

Tableau 4 : Résultats des rencontres avec les mères et gardiennes d'enfants

	Miragoane	Arnaud
Remarques générales	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'est pas clair combien de participantes étaient des mères. • Ils n'ont pas présenté leurs observations sur différentes causes ou stratégies pour les emplacements ruraux et urbains. • Les discussions avec les mères ont été marquées par non seulement le manque d'expérience des mères (elles sont pour la plupart assez jeunes et ne sont pas très expérimentées dans leur rôle de mères mais aussi de leur manque de formation académique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'est pas clair combien de participantes étaient des mères.
Les causes de l'abandon	<ul style="list-style-type: none"> • Les mères ne savent pas trop bien ce qu'est un vaccin • Elles ne sont pas trop informées de 	<ul style="list-style-type: none"> • Les effets secondaires des vaccins sur leurs enfants sont les causes

	Miragoane	Arnaud
	<p>l'importance du vaccin</p> <ul style="list-style-type: none"> • La plupart d'entre elles pensent mieux faire en évitant de vacciner leurs enfants, car les effets secondaires des vaccins sur les enfants les attristent. • Elles mettent beaucoup d'accent sur la distance de leurs ménages par rapport au centre de santé; • Les réponses n'ont pas été influencées par les croyances religieuses. • Le manque de sensibilisation des parents concernant l'importance du vaccin • Le manque de formation (assez souvent elles n'ont aucune formation académique, aucune éducation comme mère et non plus, aucune information sur ce qui est important ou pas pour maintenir la santé des enfants). • L'organisation non efficace du service de vaccination dans la commune • L'insuffisance de personnels et d'agents de santé dans la commune. • La négligence des mères et gardiennes d'enfants • Elles avouent n'avoir pas toujours assez de temps pour emmener vacciner leurs enfants 	<p>principales qui causent leur désintérêt à emmener leurs enfants.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il n'y a pas assez de centre et de personnel de santé dans la commune • Certaines d'entre elles avancent que certaine fois c'est la négligence qui les empêche d'emmener vacciner les enfants • L'accès géographique ne peut à lui seul expliquer l'abandon de la vaccination par les parents.
Les stratégies proposées	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter les stocks de vaccin, • Augmenter le nombre des personnels de santé œuvrant dans le domaine de la vaccination dans la commune. • Une forme d'organisation du service de vaccination adaptée aux différents endroits montagneux des campagnes • Organiser régulièrement des séances de formation pour les jeunes qui serait intéressés à servir dans ce domaine • On doit toujours exiger le carnet de vaccination quand on procède aux inscriptions académiques dans les écoles • Elles souhaitent aussi qu'on ne vaccine pas un enfant dont la mère oublie son carnet de vaccination quand elle l'emmène au centre de santé pour la vaccination. • Organiser les campagnes de sensibilisation sur les carnets de vaccination dans les 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter le nombre de gens qui travaille dans le domaine de la vaccination • Il faut organiser des campagnes de vaccination porte à porte afin d'informer les parents et de leur apporter à domicile les vaccins. • Elles relatent qu'on doit garder le carnet propre et le placer dans un endroit où constamment il peut tomber sous les yeux, car si on tient contact avec le carnet de vaccination, on se

	Miragoane	Arnaud
	<p>différents endroits de la commune afin de porter les parent et responsables d'enfants à se rendre compte de l'importance du carnet de vaccination pour les enfants vaccinés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concernant la possibilité de saisir les occasions manquées pour tenter de rattraper les pertes et/ou d'augmenter le nombre d'enfants vaccinés, elles jugent que ce serait louable. Toutefois, elles pensent qu'il revient au personnel de santé de prendre une telle initiative. • Apporter le service chez elles. 	<p>rappellera toujours du fait qu'on doit emmener vacciner son enfant.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quand on procède aux inscriptions dans les écoles, on doit exiger le carnet de vaccination • Si l'enfant visite le centre pour la première fois, le personnel de santé doit vérifier s'il a déjà pris les vaccins nécessaires; si non, ils doivent le faire afin de le mettre à jour.

Tableau 5 : Résultats des rencontres avec les tradipraticiens

	Miragoane	Arnaud
Remarques générales	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les huit participants n'ont pas atteint un haut niveau académique. Ils arrivent difficilement à comprendre les questions et n'ont pas avancé des réponses appréciables. • Ils n'ont pas présenté leurs observations sur différentes causes ou stratégies pour les emplacements ruraux et urbains. • Il n'est pas clair s'ils connaissent les types de vaccins à donner (noms et nombre de doses) 	<ul style="list-style-type: none"> • Il y avait une inégalité de la formation académique que partageait le groupe. Les plus avisés sur le plan académique ont en quelque sorte monopolisée le débat. En dépit de notre insistance à faire parler tout le monde, certains n'ont rien dit. Toutefois, ils ont fait des gestes en guise d'accord ou de désaccord par rapport à certains arguments avancés par d'autres.
Les causes de l'abandon	<ul style="list-style-type: none"> • La négligence des parents : pour les enfants qui sont vaccinés, c'est que leurs parents sont des gens responsables • Les effets secondaires des 	<ul style="list-style-type: none"> • Ils maitrisent très bien ce qu'est un vaccin, son rôle pour la santé et le développement des enfants; • Le manque de sensibilisation des parents concernant l'importance du vaccin

	Miragoane	Arnaud
	<p>vaccins que les parents interprètent mal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le service n'est pas efficacement organisé dans la commune • Le manque de sensibilisation sur les vaccins 	<ul style="list-style-type: none"> • Les effets secondaires des vaccins, assez souvent mal compris par les parents et les responsables d'enfants; • Le manque de formation des parents et responsables d'enfants (assez souvent ils n'ont aucune formation académique, aucune éducation comme mère ou père et non plus, aucune information sur ce qui est important ou pas pour maintenir la santé des enfants). • Il n'existe pas un service permanent qui marche à la rencontre des ménages pour vacciner les enfants; • L'insuffisance de personnels et d'agents de santé dans la commune; selon leur dire, il n'y a que deux infirmières basées dans le centre de santé d'Arnaud pour servir une population nombreuse et dispersée dans des zones très lointaines. • très peu d'entre eux relatent qu'on peut utiliser des substances naturelles (certains thés par exemple) pour palier au vaccin. • Le relief et les infrastructures en milieu rural sont plus ou moins difficiles d'accès
Les stratégies proposées	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les mères et responsables d'enfants; • Augmenter le personnel de santé et le nombre de centre de santé dans la commune 	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut une forme d'organisation du service de vaccination adaptée aux différents endroits montagneux des campagnes – par exemple, il faut suffisamment de ressources humaines compétentes, pour cela il faut organiser régulièrement des séances de formation pour les jeunes qui serait intéressés à servir dans ce domaine, • On peut aussi utiliser les personnes les plus avisées des zones, les former et les intégrer dans le système en les considérant comme un sous-système plus ou moins permanent dans les zones mêmes, on aura seulement à les approvisionner en stock de

	Miragoane	Arnaud
		vaccins <ul style="list-style-type: none"> • L'État central et les autorités communales doivent s'impliquer d'avantage dans la question (en allouant des budgets, en participant dans la sensibilisation des parents et responsables d'enfants, mais aussi dans la formation des agents à intervenir dans le domaine). • Il faut augmenter le nombre des agents et centres de santé • Il faut organiser des campagnes de sensibilisation sur l'importance du vaccin

Tableau 6 : Résultats des rencontres avec les représentants légaux

	Miragoane	Arnaud
Remarques générales	<ul style="list-style-type: none"> • Ils n'ont pas présenté leurs observations sur différentes causes ou stratégies pour les emplacements ruraux et urbains. • Prêtre, pompiers, chauffeur, pharmacien, gestionnaire, agent de santé, officier sanitaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cultivateurs, professeurs, ingénieur, prêtre.
Les causes de l'abandon	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème du manque de formation des parents et responsables d'enfants; • certaines mères n'emmènent pas vacciner leurs enfants parce qu'elles veulent éviter que leurs enfants souffrent de fièvre ou de douleur après la piqure du vaccin. • Le problème de la distance des ménages par rapport aux centres de santé • L'accès géographique n'est pas suffisant. La négligence des parents est aussi mise en cause. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le manque de formation des parents et responsables d'enfants • Le manque de motivation • Le problème de l'accès géographique mais l'accès géographique ne peut pas être responsable de tout l'abandon • L'insuffisance du nombre de centres et d'agents de santé dans la commune. • Le problème de l'incompréhension des parents des effets secondaires des vaccins. • Ils pensent aussi que certains parents préfèrent certaines substances naturelles aux vaccins.

	Miragoane	Arnaud
Les stratégies proposées	<ul style="list-style-type: none"> • Faire des postes de vaccination • Augmenter le nombre de centres et d'agents de santé dans la commune. • Sensibiliser les parents sur l'importance de la vaccination des enfants. • Faire des postes de rassemblement; • Il faut mieux encadrer les personnels et agents de santé, • Il faut leur donner beaucoup plus de moyens afin d'alléger leurs travaux dans la commune. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les autorités locales doivent apporter leurs contributions dans ce travail aux cotés des personnels • Impliquer les autorités locales dans le travail en leur donnant la sensibilisation des parents et responsables d'enfants comme tâche. • Ils souhaitent qu'on implique les écoles et les églises aussi, car les responsables d'écoles et d'églises ont un contact constant avec les parents, ils peuvent toujours les sensibiliser sur l'importance de la vaccination des enfants. • L'État doit faire en sorte que le personnel et le nombre de centres de santé soient augmentés. • Il faut organiser des séances de formation pour les jeunes des sections communales afin de les impliquer dans le travail. • Les personnels de santé doivent être payés à temps pour pouvoir être encouragé à poursuivre leur inestimable travail. • On doit donner des primes d'encouragement aux parents qui emmènent vacciner leurs enfants.

La discussion et la conclusion

Ces résultats seront discuté avec les représentatives du département sanitaire des Nippes et autres impliqués dans la vaccination d'enfants. Beaucoup d'informations tirées de cette étude peuvent servir d'identifier quelques stratégies pour l'amélioration de la couverture vaccinale.

Annexe D

Annexe D1 : Tableau de la revue de la littérature

Tableau de la revue de la littérature

Tableau 1 : Facteurs reliés à la vaccination complète et incomplète

- Cockcroft, 2009
- EMMUS-IV, 2006
- Takum, 2010

Tableau 2 : Facteurs reliés à la vaccination complète

- Babalola, 2009
- Ozcirpici, 2006
- Sia, 2007
- Sloand 2010
- Usman, 2010

Tableau 3 : Facteurs reliés au processus incomplet de vaccination

- Dugas, 2009
- Jani, 2008 (détails pertinents au processus incomplet de vaccination)
- Kumar, 2010
- Matthews, 1997
- Muula, 2007
- Omutyani, 2005
- Phimmasane, 2010
- Quaiyum, 2010
- Schwarz, 2009
- Tadesse, 2009
- Torun, 2006
- Vaahtera, 2000

Tableau 4 : Facteurs reliés aux occasions manquées

- Borus, 2004
- Daly, 2003
- Jani, 2008 (détails pertinents aux occasions manquées)
- Tugumisirize, 2002

Tableau 5 : Mères et tétanos

- Hasnain, 2007
- Rahman, 2009

Tableau 1 : Facteurs reliés à la vaccination complète et incomplète

Études	Objectifs/Échantillon/Méthodologie	Résultats clés	Commentaires
<p>Cockcroft, 2009 <i>“Local determinants of measles vaccination”</i></p> <p>Cockcroft, suite</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pakistan 3 districts urbains et 4 districts ruraux • Échantillonnage aléatoire multiple stratifié provenant du recensement • Sondages auprès des ménages • 10 423 mères • Groupes de discussion différents pour les mères et les pères. • Carnets de vaccination n’ont pas été vérifiés 	<p>Vaccination contre la rougeole : 50-86% des enfants entre 12 et 23 mois ont été vaccinés</p> <p>Plus susceptible d’avoir eu le vaccin si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La famille est moins vulnérable • Mère a eu une éducation formelle quelconque • Mère connaissait au moins une maladie évitable par la vaccination. • Mère n’avait jamais entendu parler d’effets secondaires. • Discussion concernant la vaccination dans la famille • Maison à l’intérieur de 5 km du lieu de vaccination <p>Groupe de discussion : obstacles = coûts et accès limité aux services.</p> <p>L’importance relative des facteurs variait selon le lieu.</p> <p>Variables associées à une plus grande probabilité de vaccination contre la rougeole :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mère ayant obtenu une éducation formelle : 1 district urbain (OR : 2.02 – 4.27); 3 districts rural (OR : 1.59 – 2.00) • Ménages qui ne sont pas vulnérables : 1 district urbain (OR : 1.55); 3 districts rural (OR : 1.46 – 1.77) 	<p>On retrouve des variations au sein des districts et entre ces derniers, ce qui nécessite des stratégies propres à chacun</p>

Études	Objectifs/Échantillon/Méthodologie	Résultats clés	Commentaires
		<ul style="list-style-type: none"> • Mère peut correctement identifier une maladie évitable par la vaccination : 1 district urbain (OR : 2.47); 4 districts rural (OR : 1.77 – 2.47) • Mère a discuté de l’immunisation avec sa famille : 2 districts urbain (OR : 3.36 – 4.17); 3 districts rural (OR : 2.54- 4.05) • Garçon : 1 milieu rural (OR : 1.40) • Mère a reçu la visite d’un travailleur de la santé non professionnel qui l’a informée au sujet de la vaccination : 4 districts rural (OR : 1.47 – 3.11) • Mère n’a pas entendu parler d’effets secondaires de la vaccination : 1 milieu urbain (OR : 7.75); 4 districts rural (OR : 0.44 – 3.27) 	
EMMUS-IV, 2006 <i>“Enquete Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services”</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sondage par grappes stratifié • 339 SDE sélectionnées • Des ménages tirés à partir des listes établies lors de l’opération de dénombrement • Questionnaires • Information sur la vaccination ont été recueillies des cartes de vaccination et des réponses données par la mère • Échantillon final : 9998 ménages 	<ul style="list-style-type: none"> • 73% des enfants de 12 à 23 mois ont eu un carnet de vaccination • La couverture vaccinale : 41% des enfants ont été complètement vacciné, 48% partiellement vacciné, et 11% ont reçu aucun vaccin (• Taux de couverture différente par région (Nippes : 31.7%) • Couverture variable par vaccine • Taux variable par niveau d’instruction de la mère : <ul style="list-style-type: none"> ○ Secondaire (52%) ○ Primaire (39%) ○ Aucune instruction (35%) • Taux variable par rang de naissance (pour tous les vaccins): <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 : 46.1% ○ 2-3 : 41.7 	Seulement trois facteurs de risque ont été examinés

Études	Objectifs/Échantillon/Méthodologie	Résultats clés	Commentaires
		<ul style="list-style-type: none"> ○ 4-5 : 38.3% ○ 6 ou + : 37.3% 	
<p>Takum, 2010 <i>“ Programmatic and Beneficiary-related Factors for Low Vaccination Coverage in Papum Pare district, Arunachal Pradesh, India”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inde • A utilisé la méthodologie de l'échantillonnage par groupes, ainsi qu'un questionnaire préalablement mis à l'essai et semi structuré. • Participants ont été choisis selon un échantillonnage aléatoire, proportionnel à la population. • Mères des enfants ont été interviewées. • 697 enfants, âgés entre 12 et 23 mois. <p>Les employés ont aussi été interviewés et la clinique a été observée</p>	<p>5 raisons principales pour le refus d'immunisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ignorants de la nécessité d'immunisation : 28.2% • Peur des effets secondaires : 15.1% • L'horaire des cliniques représente un inconvénient : 8.9% • Reporté à un autre moment : 8.7% • Le lieu d'immunisation est trop loin : 8.3% <p>Taux de vaccination a augmenté selon :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Connaissances de la mère : <ul style="list-style-type: none"> ○ Travailleur de la santé l'a informé du prochain rendez-vous OR = 2.8 (IC 1.2 – 6.1) • Pratiques : <ul style="list-style-type: none"> ○ Possède un carnet de vaccination OR = 13.4 (IC 6.4 – 28.1) ○ S'est présenté à au moins un examen prénatal OR = 2.6 (IC 1.3 – 4.7) ○ Mère a choisi un accouchement en milieu hospitaliers OR = 1.9 (IC 1.1 – 3.1) ○ A motivé quelqu'un d'autre à immuniser son enfant OR = 1.9 (IC 1.1 – 3.3) <p>Résultats de la révision du programme</p> <ul style="list-style-type: none"> • <30% des établissements étaient supervisé et suivi adéquatement. • 13% avaient du matériel d'éducation et de communication 	<p>Raisons principales : infrastructures inadéquates, un manque de ressources humaines ayant reçu une formation</p>

Études	Objectifs/Échantillon/Méthodologie	Résultats clés	Commentaires
		<ul style="list-style-type: none"> • 7% avaient des employés qui avaient obtenu une formation d'appoint sur l'immunisation • 19% des employés avaient une bonne connaissance de l'immunisation 	

Tableau 2 : Facteurs relié à la vaccination complète

Études	Objectifs/Échantillon/Méthodologie	Résultats clés	Commentaires
Babalola, 2009 <i>”Predicting BCG immunization: a behavioural ecological approach “</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche-action • Échantillonnage aléatoire par étapes successives • Les femmes dans les ménages (un tiers représente des pères) • Entrevues • 4242 participants • Informations provenant aussi de 255 installations de soins de santé • Statut vaccinal, si disponible par le carnet (seulement 6.6% des enfants) et sinon selon l’information verbale obtenue par les parents responsables des enfants. 	<p>Enfants ayant plus de chance d’être vaccinés :</p> <p><u>Caractéristiques des enfants</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Âge : 6-8 mois (vs <3 mois) OR = 0.74 • Lieu de naissance : Centre de santé (contre maison) OR = 1.67 • Carnet de vaccination a été vu vs n’a pas été vu OR = 1.47 <p><u>Facteurs parentaux ou facteurs des ménages (contre n’a pas été fait) : OR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mère a reçu des soins prénataux pendant sa grossesse = 2.31 • Mère connaît le calendrier de vaccination = 1.44 • Mère a été exposée à de l’information concernant la santé infantile par l’intermédiaire des médias ou des sources communautaires pendant les 6 derniers mois de grossesse = 1.29 • Conjoint approuve la vaccination = 2.44 <p><u>Caractéristiques communautaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Actions communautaires (contre aucune) OR = 2.41 • Condition des routes dans la région du gouvernement local (contre pauvre) : Passable OR = 1.54; Très bien OR = 2.04 <p><u>Service de livraison</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Régularité de l’approvisionnement des installations en soins de santé en matière de vaccination durant les 12 	<p>Bon cadre pour l’organisation des facteurs</p> <p>Nécessité de réaliser une stratégie à plusieurs niveaux</p> <p>Devraient profiter des discussions en soins prénataux</p> <p>Cibler les principaux décideurs (Ex. les pères)</p>

Études	Objectifs/Échantillon/Méthodologie	Résultats clés	Commentaires
		derniers mois (contre irrégulier) : 2-3X par mois OR = 1.35; >3X par mois OR = 2.02	
Ozcirpici, 2006 <i>“Vaccination coverage in the South-East Anatolian Project region and factors influencing low coverage”</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Turquie • Étude descriptive et transversale • Échantillonnage basé sur la population : échantillon de 1150 maisons choisies • 1126 maisons ont retourné leur questionnaire. • Échantillonnage aléatoire et taille choisie par le «State Institute of Statistics» • Personnes présentes à la maison ont complété le questionnaire. • L’historique des vaccinations a été donné par les parents 	Facteurs influençant la mise à jour des vaccins : <ul style="list-style-type: none"> • Résidence urbaine : OR = 2.62 (1.75 – 3.92) • Intervalle entre les naissances – 24+ mois contre <24 mois = plus d’enfants : OR = 2.30 (1.55 – 3.41) • Suivis des visites des sages-femmes – Présent : OR = 2.13 (1.01 – 4.49) • Niveau d’instruction des mères – Analphabètes : OR = 1 (1) Alphabètes : OR = 1.07 (0.57 – 2.02) <ul style="list-style-type: none"> • A complété des études primaires : OR = 2.19 (1.44 – 3.33) • A complété des études secondaires : OR = 3.47 (1.14 – 10.62) • A complété des études secondaires ou plus élevées : OR = 3.65 (1.37 – 9.74) 	Un nombre limité de facteurs a été évalué
Sia, 2007 <i>« Les facteurs individuels et du milieu de vie associé à la vaccination complète des enfants en milieu rural »</i>	2 sources de données : <ul style="list-style-type: none"> • L’enquête démographique 1998-1999 et de santé • l’annuaire statistique 1998 Burkina Faso 	Plusieurs variables évaluées : caractéristiques individuelles, l’expérience d’utilisation des services materno-infantiles, caractéristiques du ménage, caractéristiques de districts sanitaires. Facteurs associés à la vaccination complète : <ul style="list-style-type: none"> • Éducation de la mère ou du partenaire de la mère : primaire ou secondaire (contre. Pas d’éducation) • Au moins une source d’information 	

Études	Objectifs/Échantillon/Méthodologie	Résultats clés	Commentaires
		<ul style="list-style-type: none"> • Niveau de vie (pas pauvre) • CPN et/ou accouchement assisté • 	
Sloand , 2010 <i>“The impact of fathers’ clubs on child health in rural Haiti”</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Base de données du «Haitian Health Foundation (HHF)» en ce qui concerne les programmes en soins primaires et les ménages dans les villages. (HHF à Jérémie). • 23 villages faisant parti du programme initial (depuis 1998), sélection aléatoire de villages et 559 enfants originaires de ces villages. • Intervention = club des pères. Les enfants ont été examinés avant (témoins) et après la création du club (groupe d’intervention) 	<p>Augmentation du taux de vaccination complétée à l’âge d’un an dans les villages dont les pères font partie du club (OR : 2.20; CI : 1.4 – 3.4)</p> <p>Gains de poids et amélioration du suivi.</p> <p>Suppose que les pères ont une meilleure connaissance et de meilleures compétences quoi que ces suppositions n’aient pas réellement été évaluées.</p>	<p>Étude limitée de la fonction réelle du club des pères. Autres stratégies possibles afin d’améliorer le processus d’immunisation n’ont pas été examinées.</p>
Usman, 2010 <i>“Determinants of third dose of DTP completion among children who received DTP I at rural immunization centres in Pakistan”</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pakistan • Participants provenaient du groupe témoin (soins normaux) d’un essai clinique sur différentes stratégies de vaccination. • 6 emplacements ruraux • Sondages effectués lors de l’inscription et des suivis en clinique. • 304 mères et 74 autres participants 	<p>Facteurs associés à la complétion d’une vaccination DTP de 3 doses :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Âge de l’enfant au moment de l’inscription : <60 jours contre > 60 jours. RR = 1.39 (IC = 1.06 – 1.82) • Salaire mensuel des ménages : >3000 RR contre moins = 1.76 (IC = 1.16 – 2.65) • Temps de déplacement pour se rendre au centre d’inscription (CPI) : <10 minutes contre > 10 minutes RR = 1.31 (IC= 1.04 – 1.66) 	<p>Si l’enfant recevait son DTP1 dans un délai raisonnable, il était plus probable qu’il reçoive les doses suivantes. Les</p>

Études	Objectifs/Échantillon/Méthodologie	Résultats clés	Commentaires
			caractéristiques du programme n'ont pas été examinées. Seuls les enfants qui se sont présentés à la clinique ont été examinés.

Tableau 3 : Facteur relié au processus incomplet de vaccination

Études	Objectifs/Échantillon/Méthodologie	Résultats clés	Commentaires
Dugas, 2009 <i>Portrait of a lengthy vaccination trajectory in Burkina Faso: from cultural acceptance of vaccines to actual immunization “</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Étude ethnographique • Burkina Faso, district de Nouna • 16 groupes de discussion (4 par village X 4 villages) • 3 individus par groupe de discussion (parents ou grands-parents) suivi d’entrevues auprès de 8 familles 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceptation de la vaccination, en général • La décision de faire vacciner un enfant est prise par le chef de la famille, habituellement le père • Les femmes ne respectent pas nécessairement la décision du père, c-à-d. que si elles ne veulent pas faire vacciner l’enfant, ce dernier ne le sera pas. • Raisons de la non-vaccination : ne connaissent pas l’horaire des cliniques, craignent des effets secondaires, sont trop occupées avec le travail. • Découverte du règlement de : « pas de vaccination sans carnet de vaccination ». Ceci peut causer des problèmes pour les mères qui n’ont pas de lieu sûr où conserver ce carnet, ce dernier n’a aucune valeur à leurs yeux, attitude négative des travailleurs de la santé pour les carnets perdus ce qui encourage les mères à éviter le système de santé. 	<p>Écart entre la notion d’acceptation de la vaccination et la pratique.</p> <p>Le rôle du carnet de vaccination est intéressant.</p>
Jani, 2008 <i>“Risk factors for incomplete vaccination and missed opportunity for immunization in rural Mozambique”</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mozambique • 668 mères avec enfants <2 ans ont participé à un questionnaire transversal • Participantes ont été choisies selon si elles ont vécu dans la région 9 mois avant l’étude. • Voir l’article pour une description de la méthode d’échantillonnage 	<p>Facteurs reliés à un processus incomplet de vaccination :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Postes administratifs – En dehors du village : OR = 2.89 (1.80 – 4.64) • >60 minutes pour se rendre à un établissement de la santé : OR = 3.64 (1.71 – 7.74) • Scolarisation de la mère – Non : OR = 2.24 (1.41 – 3.56) • PEV – information – Non : OR = 2.02 (1.19 – 3.42) • Mère croit en la vaccination – Non : OR = 2.92 (1.51 – 5.62) • Naissance de l’enfant – à l’extérieur du pays : OR = 5.20 (3.35 – 11.51) 	<p>Grand nombre d’occasion de vaccination manquée (25.7% des enfants)</p>

Études	Objectifs/Échantillon/Méthodologie	Résultats clés	Commentaires
		<ul style="list-style-type: none"> • Lieu de l'accouchement – à la maison : OR = 1.78 (1.28 – 3.36) 	
<p>Kumar, 2010 « <i>Immunization status of children admitted to a tertiary care hospital in North India</i> »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inde • Étude évalue la couverture vaccinale et identifie les facteurs de non vaccination • 325 patients consécutifs choisis parmi les enfants admis en pédiatrie; mère ou père interviewé 	<p>Facteurs de risque pour la non-immunisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfant de sexe féminin • À l'extérieur du territoire de Delhi • Religion (autre que Hindou, surtout Musulman) • Accouchement à domicile • Accouchement sans un médecin • Niveau de scolarité du père ou de la mère < primaire • Rang de naissances ne représente pas un facteur de risque • Méconnaissance de l'immunisation • Effets secondaires • Manque de confiance en l'efficacité • L'enfant était malade lors du rendez-vous 	
<p>Matthews, 1997 "Child immunization in Ghana, the effects of family, location and social disparity"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ghana • 3690 enfants de moins de 5 ans ont été inclus • Un questionnaire détaillé à été distribué 	<p>Odds Ratio en ce qui concerne la prédiction des enfants non vaccinés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Âge des enfants (comparé aux enfants de 18 mois) : <ul style="list-style-type: none"> ○ 12-17 mois : 1.68 ○ 6-11 : 7.02 ○ 0-5 : 44.19 • Lieu de résidence <ul style="list-style-type: none"> ○ Rural contre urbain : 1.99 • Niveau de scolarité <ul style="list-style-type: none"> ○ Primaire contre secondaire/élevé : 2.97 ○ Aucune contre secondaire/élevé : 7.22 • Occupation du père 	

Études	Objectifs/Échantillon/Méthodologie	Résultats clés	Commentaires
Matthews, suite		<ul style="list-style-type: none"> ○ Travail manuel contre cols blancs : 1.72 ○ Agriculture contre cols blancs : 3.50 ○ N'a jamais travaillé/on ne sait pas/manquant contre cols blancs : 2.59 • Soins prénataux <ul style="list-style-type: none"> ○ Sage-femme traditionnelle contre médecins/infirmiers(ères) : 5.93 ○ Aucun contre médecins/infirmiers(ères) : 4.31 • Certaines variations entre les différentes régions géographiques ont été notées. 	
Muula , 2007 “ <i>Association between maternal use of traditional healer services and child vaccination coverage in Pont-Sonde Haiti</i> “	<ul style="list-style-type: none"> • Évalue la relation entre la vaccination et le recours à des guérisseurs traditionnels • Échantillonnage stratifié à deux degrés • n = 720 mères 	Facteurs associés à la non-vaccination <ul style="list-style-type: none"> • Recours aux services d'un guérisseur traditionnel (parfois ou souvent) • Pratique le Vaudou • Distance jusqu'au centre de santé >45 minutes • Âge de la mère et niveau de scolarité n'étaient pas des facteurs de risque. 	Évaluation limitée des autres facteurs de risque
Omutanyi, 2005 « <i>Determinants of immunization coverage in Kenya</i> »	<ul style="list-style-type: none"> • Kenya • 293 mères, provenant de 6 locations différentes et éloignée, ont reçu des questionnaires (choisies de façon aléatoire) • Étude descriptive et transversale • Devaient avoir vécu dans la région au moins 5 ans pour pouvoir 	Lien entre l'âge de l'enfant (mois) et son statut vaccinal : 0-11 mois : 86% étaient immunisés contre 32%-46% pour les enfants entre 12 et 59 mois Raisons pour immunisation partielle, dont : <ul style="list-style-type: none"> • Enfants n'ont jamais reçu de vaccins lorsqu'ils étaient malades – 48% • Perte des carnets de vaccination : 20% 	

Études	Objectifs/Échantillon/Méthodologie	Résultats clés	Commentaires
Omutanyi, suite	répondre au questionnaire. <ul style="list-style-type: none"> • Entretiens directs avec les principaux informateurs, entrevues semi-structurées • Carnets de santé des enfants ont été utilisés • Groupe de discussion ont été formés 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de moyens financiers – 17% • Manque de motivation – 15% Groupe de discussion et entrevues ont démontré : <ul style="list-style-type: none"> • Les raisons pour la non immunisation sont un manque de motivation, attitudes négatives de la part des travailleurs de la santé, longue attente, longue distance à parcourir pour se rendre à un établissement et attitudes négatives envers l'immunisation en général. 7 établissements ont été évalués et tous les réfrigérateurs fonctionnaient au gaz/fonctionnaient bien	
Phimmasane, 2010 <i>"Factors affecting compliance with measles vaccination in Lao PDR"</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Laos • Étude identifie les facteurs de la non-vaccination. • Des médecins et des travailleurs de la santé au niveau central, provincial et des districts ont été interviewés. • Une étude cas-témoins dont les cas étaient des enfants non immunisés contre la rougeole a également été réalisée. Par la suite, les parents de ces «cas» et de ces «témoins» ont été interviewés (n = 600) 	Facteurs associés à la non-vaccination : <ul style="list-style-type: none"> • Crainte des effets secondaires • Crainte des injections • Parents trop occupés • Distance jusqu'au centre de vaccination (non spécifiée) • Inefficacité du vaccin • Ignorance de la nécessité de la vaccination, bienfaits • Longue période d'attente ou heures d'ouverture • Pauvreté • Faible niveau d'instruction du père • Intervalles entre les grossesses (<4 ans) • Accouchement à domicile 	
Quaiyum, 2010 <i>"Programmatic"</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Bangladesh • Étude transversale afin de déceler 	Réponses données afin de justifier l'abandon du programme de vaccination :	

Études	Objectifs/Échantillon/Méthodologie	Résultats clés	Commentaires
<p><i>aspects of dropouts in child vaccination in Bangladesh</i></p> <p>Quaiyum, suite</p>	<p>les enfants répondant aux critères (2700 mères),</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puis une étude de suivi afin d'identifier les raisons de l'abandon (1064 mères) • Entrevues approfondies avec mères qui ont complété le processus de vaccination de leur enfant (79) et les cas d'abandon (80) • Entrevues approfondies avec les pourvoyeurs de services (136) et session d'observation PEV (131) • Enfants répondant aux critères qui ont été sélectionnés au hasard. 	<p>Facteurs reliés au programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • N'avait pas entendu parler de séances : 8.8% - 28.6% • La séance n'avait pas été tenue : 2.0% - 23.5% • Ne connaissait pas les doses nécessaires : 3.5% - 19.8% • Refus/aucun vaccin disponible : 2.0% - 8.2% • L'agent de vaccination n'avait pas informé le patient : 2.3% - 12.0% • Agent de la santé a affirmé que le processus de vaccination était complet : 2.7% - 4.7% <p>Facteurs qui ne sont pas reliés au programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peur des effets secondaires : 10.0% - 34.8% • S'est quand même présenté/ manque de temps : 7.1% - 32.0% • Négligence de la part de la mère : 1.7% - 16.5% • Centre PEV n'est pas connu : 0.6% - 1.2% • Autre : 4.3% - 10.0% <p>Séance observée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <20% ont discuté les avantages ou les dangers d'un processus de vaccination incomplet. • <15% ont été informé du nombre de visites. • 35 – 65% ont été informé de leur prochain rendez-vous • 0-44% ont encouragé les gens à se faire immuniser • Il a été remarqué que les travailleurs de la santé 	

Études	Objectifs/Échantillon/Méthodologie	Résultats clés	Commentaires
		<p>étaient peu amicaux, peu serviables si le patient n'avait pas sa carte de vaccination, n'établissait aucune communication.</p> <p>Compte-rendu des superviseurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contraints à effectuer une supervision efficace • Plusieurs postes vacants • Régions difficiles d'accès – difficile de s'y rendre et de revenir en une seule journée et manque d'argent pour rester la nuit. 	
<p>Schwarz, 2009 <i>“Reasons for non-adherence to vaccination at mother and child care clinics in Lambarene, Gabon”</i></p>	<p>Gabon 40 entrevues approfondies avec des mères de familles Les mères avec des enfants de moins de 5 ans ont été sélectionnées sur une base volontaire dans deux cliniques de la région. les entrevues ont été basées sur une enquête approfondie des mères et des travailleurs de la santé</p>	<p>Certains thèmes récurrents ont pu être dégagés, dont :</p> <p><u>Effets secondaires</u> – il a été rapporté que certaines mères refusent de vacciner les enfants parce qu'elles ont peur que cela cause de la fièvre et de l'enflure</p> <p><u>Attitudes envers la vaccination</u> – Surtout positif. La vaccination est perçue comme un devoir civil. Certaines mères croient que les vaccins servent à guérir les maladies plutôt qu'à les prévenir. Les autres membres de la famille n'ont pas désapprouvé</p> <p><u>Facteurs limitant l'accès aux établissements de santé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'argent et le temps nécessaire lorsque la distance est importante, nuit à l'adhésion. • Manque de ressources financières et d'accès aux vaccins ce qui augmente la non-adhérence. • Mauvaises expériences – attitudes et 	

Études	Objectifs/Échantillon/Méthodologie	Résultats clés	Commentaires
		<p>comportements négatifs de la part des travailleurs de la santé, surtout si patient avait manqué des vaccins ou si les travailleurs de la santé réagissaient à l'apparence de l'enfant.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horaires d'école et de travail • Pénurie – la personne s'est présentée à la clinique, mais parce qu'elle était en retard elle n'a pas pu se faire vacciner. <p>Les travailleurs de la santé n'ont pas expliqué le processus de la vaccination</p>	
<p>Tadesse, 2009 <i>“Predictors of defaulting from completion of child immunization in south Ethiopia”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Éthiopie • Étude de cas-témoins inégalee • 133 cas, 133 contrôlés et sélectionné selon un échantillonnage aléatoire (264 ont été inclus dans l'étude 99.2%) • Les cas ont été les enfants entre 9 et 23 mois qui n'ont pas complété le calendrier de vaccination recommandé. • Les infirmières formées ont fourni un questionnaire structuré. 	<p>Facteurs provenant des services de la santé et qui ont empêché l'achèvement du processus de vaccination de l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calendrier de vaccination reporté – Non : OR = 0.02 (0.002 – 0.26) • Visite PNC en cours – Non : OR = 19.52 (1.69 – 226.29) • Preuve de vaccination – Historique : OR = 1.79 (0.24 – 13.23) <p>Connaissances reliées à l'immunisation qui empêche l'achèvement du processus d'immunisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Connaît la rougeole – Non : OR = 34.72 (12.74 – 94.64) • Connaissance du calendrier de vaccination – Non : OR = 3.01 (1.42 – 6.35) • Connaissance du calendrier de vaccination contre la Polio – Non : OR = 6.52 (1.35 – 31.39) 	<p>Occasions manquées dans 46.3% des cas</p>

Études	Objectifs/Échantillon/Méthodologie	Résultats clés	Commentaires
		<ul style="list-style-type: none"> • Connaissances des bienfaits de la vaccination – Non : OR = 6.36 (0.43 – 94.54) Autres facteurs indépendant empêchant l’achèvement du processus d’immunisation : <ul style="list-style-type: none"> • Reçu de l’appui d’un établissement de la santé – Négatif : OR = 2.32 (1.52 – 7.63) • Preuve de vaccination – Historique : OR = 1.79 (0.24 – 13.23) 	
<p>Torun, 2006 <i>” Vaccination coverage and reasons for non-vaccination in a district of Istanbul”</i></p> <p>Torun, suite</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Échantillonnage en grappes de 30 rues choisies au hasard (grappe = rue) • Visites auprès des ménages • questionnaires administrés • Le carnet de vaccination a été vérifié lorsque possible (55.7%) ou le rappel de la mère • L’échantillon était de 221 enfants âgés de 9 mois à 6 ans. 	Le risque de la non vaccination augmentait selon : <ul style="list-style-type: none"> • Niveau de scolarité de la mère (<école primaire) • Niveau de scolarité du père (<école primaire) • Accouchement à domicile • Rang de naissance troisième ou dernier • Revenus familiaux moins élevés • Aucune connaissance de la vaccination • Père refusait de faire vacciner • Maladie de l’enfant et désinformation en ce qui concerne les effets secondaires de la vaccination • S’est présenté à la clinique, mais aucun vaccin n’a été donné (flacon n’a pas été ouvert) 	
<p>Vaahtera, 2000 <i>“Childhood immunization in rural Malawi: time of administration and predictors of non-compliance”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Malawi • 664 enfants de 6 mois, 630 enfants de 12 mois et 583 enfants de 24 mois • Entrevues ont été réalisées à la résidence de la mère à différents moments suivant la naissance • Étude prospective suivant des enfants pendant 2 ans après leur 	Les effets de la campagne de vaccination contre la rougeole : <ul style="list-style-type: none"> • 17(25%) des enfants non immunisés ont été vaccinés • Aucun enfant de moins de 2 ans n’a été vacciné contre la rougeole après la campagne. • De tous les enfants encore suivi à l’âge de 2 ans, 81% ont reçu un vaccin par l’entremise des services réguliers tandis que 3% ont reçu le vaccin 	

Études	Objectifs/Échantillon/Méthodologie	Résultats clés	Commentaires
<p>Vaahtera, suite</p>	<p>naissance</p>	<p>durant la campagne</p> <p>Indices de non-vaccination à 12 mois :</p> <p>Analyse bivariée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accouchement à domicile : RR = 1.8 p<0.01 • Naissances entre avril et juin : RR = 1.5 p<0.01 • Rang de naissance > 5: RR = 1.3 p<0.01 • Résidence se trouvant dans une région où il n’y a aucun accès à des cliniques : RR = 1.5 p<0.01 • Distance plus courte jusqu’au centre de santé : RR = 1.3 p<0.01 • Droit de propriété de <1 hectare de terre : RR = 1.7 p<0.01 <p>État civil de la mère, l’âge de l’enfant précédent, la religion ou le niveau de scolarité ne sont pas des facteurs associés à la négligence de compléter le processus de vaccination.</p> <p>Analyse multi variée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Résidants de la communauté sans une clinique de santé déplaçant (mobile), pour les enfants moins de 5 ans, naissances entre avril et juin, et les accouchements à la maison étaient, de façon indépendante et considérable, associés à la négligence de compléter le processus de vaccination avant l’âge d’un an. • Rang de naissance représente une influence considérable, mais pas suffisante pour être une 	

Études	Objectifs/Échantillon/Méthodologie	Résultats clés	Commentaires
		différence significative <ul style="list-style-type: none"> • Distance entre le domicile et le centre de santé ne représente pas un facteur d'influence. 	

Tableau 4: Facteurs reliés aux occasions manquées

Études	Objectifs/Échantillon/Méthodologie	Résultats clés	Commentaires
Borus, 2004 <i>"Missed opportunities and inappropriately given vaccines reduce immunization coverage in Nairobi"</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Nairobi • Évaluation transversale • 418 enfants et leur mère/tuteurs ont participé • Enfants de moins de 2 ans ont été considérés • Un questionnaire a été distribué 	Occasions manquées pour les enfants (de tout âge) : 0.4 – 5.7% Changement potentiel afin d'éviter les opportunités manquées : <ul style="list-style-type: none"> • 0% (ex : BCG) à 15% (rougeole) <u>Raisons de la non-vaccination</u> <ul style="list-style-type: none"> • Vaccin n'est plus disponible : 20% • Vaccin prévu n'est pas administré cette journée là : 35% • Enfant malade ou maigre : 20% • Enfant n'a pas encore l'âge nécessaire : 15% • Seringues pour le BCG ne sont plus disponibles : 10% 	Très peu de facteurs de risques ont été examinés – que ceux reliés au programme
Daly, 2003 <i>"Missed opportunities for vaccination in health facilities in Swaziland"</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Swaziland • Enfants de moins de 2 ans et femmes en âge de procréer ont été inclus • Données recueillies lors de l'entrevue de départ et grâce aux cartes de santé des enfants et des femmes • Entrevues réalisées auprès de 177 enfants et 200 femmes au sein de 29 établissements 	BCG, première dose antigène et la dose de rappel contre la rougeole sont les plus souvent négligées Presque 100% des femmes ont négligé la vaccination contre le tétanos – 88% des femmes quittaient les établissements de la santé <ul style="list-style-type: none"> • Etablissements offrant la vaccination et nombre d'enfants admissibles dont la vaccination a été négligée – 57.69% (p<0.05) • Etablissements n'offrant pas la vaccination et le nombre d'enfants admissibles dont la vaccination a été négligée – 42.31% (p<0.05) • Peu d'établissements offraient quotidiennement un service de vaccination • Manque d'intégration des services même si 	L'étude n'a pas examiné les raisons expliquant les occasions manquées

Études	Objectifs/Échantillon/Méthodologie	Résultats clés	Commentaires
		adéquatement dotés en personnel. <ul style="list-style-type: none"> • Raisons principales des occasions manquées – manque de sensibilisation de la part des travailleurs de la santé et des femmes 	
Jani, 2008 <i>“Risk factors for incomplete vaccination and missed opportunity for immunization in rural Mozambique”</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mozambique • 668 mères avec enfants <2 ans ont participé à un questionnaire transversal • Participantes ont été choisies selon si elles ont vécu dans la région 9 mois avant l'étude. • Voir l'article pour une description de la méthode d'échantillonnage. 	Facteurs associés à une occasion manquée de vaccination pour les enfants de moins de deux ans : <ul style="list-style-type: none"> • Naissance de l'enfant – à l'extérieur du pays : OR = 0.26 (0.12 – 0.54) • Lieu de l'accouchement - Centre hospitalier : OR = 2.29 (1.37 – 3.83) • État civil de la mère – Célibataire, divorcée et veuve : OR = 1.68 (1.07–2.64) 	Grand nombre d'occasion de vaccination manquée (25.7% des enfants)
Tugumisirize, 2002 <i>“Missed opportunities and caretaker constraints to childhood vaccination in Uganda”</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ouganda • Étude descriptive et transversale • Tuteurs de 408 enfants âgés entre 12 et 23 mois. • Information recueillie par l'entremise de questionnaires et des carnets de vaccination 	Occasions manquées lorsque les travailleurs de la santé refusent de vacciner un enfant parce qu'il était malade : 64.9% Autres facteurs reliés à la non-vaccination : <ul style="list-style-type: none"> • Mère avait moins de 5 ans de scolarité • Effets secondaires de la vaccination : 52.4% p = 0.011 • Faible motivation de la part de la mère • L'ordre de naissance et la distance ne représentaient pas des facteurs de risques 	Résultats présentés dans les tableaux étaient peu clairs

Tableau 5: Mères et le tétanos toxoïde

Études	Objectifs/Échantillon/Méthodologie	Résultats clés	Commentaires
<p>Hasnain, 2007 <i>“Causes of low tetanus toxoid vaccination coverage in pregnant woman in Pakistan”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pakistan • Échantillon aléatoire de 362 femmes qui ont accouché dans les 3 mois précédents. • Complété en 4 parties : entrevues auprès de différents ménages, discussions de groupe, entrevues individuelles avec des médecins et entrevues individuelles avec des gestionnaires 	<p>Facteurs de risques reliés au fait de ne pas recevoir une dose TT2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mère n’avait reçu aucune éducation formelle • Aucun soin prénatal lors de la grossesse précédente <p>Raisons du choix de la non-vaccination par les femmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • N’étaient pas conscientes de l’importance : 32% • Ne savaient pas où ni quand se donnaient les doses de TT : 18% • Peur des injections et des effets secondaires : 8% • N’a pas reçu la visite d’une équipe de vaccination : 6% • Croyaient que les injections TT étaient pour la planification familiale : 6% • Interdit par le mari/belle-mère : 4% <p>Raisons de la faible couverture selon les médecins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ignorance au niveau du grand public en ce qui concerne le TT : 80% • Préjugés au niveau du grand public en ce qui concerne le TT : 50% • Comportements des maris et des belles-mères : 50% • Faible taux d’alphabétisation au sein de la communauté : 40% <p>Raisons de la faible couverture selon les gestionnaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ignorance au niveau du grand public en ce qui concerne le TT : 100% • Préjugés au niveau du grand public en ce qui concerne le TT : 80% 	

Études	Objectifs/Échantillon/Méthodologie	Résultats clés	Commentaire
<p>Rahman, 2009 <i>“TT vaccination coverage and differential between urban and rural areas”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bangladesh • Résultats provenant du sondage sur la santé nationale de 2004 	<p>Facteurs expliquant le fait de ne pas recevoir la dose TT2</p> <ul style="list-style-type: none"> • L’âge de la mère (>20) • Plus de 2 enfants • Si elles avaient déjà utilisé un moyen de contraception ou non • Autorisées à se rendre au centre de santé • Veulent plus d’enfants • Religion (Musulmane) • Niveau de scolarité moins élevé (mère ou père) • Aucun accès à des campagnes médiatiques (surtout pour les régions rurales) 	

Annexe D2 : Revue de la littérature

Revue de la littérature : Facteurs liés à la vaccination

Introduction

La prévention est un mot clé dans le domaine de la Santé Publique et un vieil adage dit « Prévenir vaut mieux que guérir ». C'est effectivement le rôle que joue la vaccination en protégeant les enfants contre plusieurs maladies, particulièrement la tranche d'âge de 0 à 5ans, et les femmes de 15 à 49 ans contre le tétanos.

Cependant en dépit des efforts consentis tant au niveau international que national, la couverture vaccinale demeure faible dans beaucoup de pays en développement et Haïti n'y échappe pas. Si on se réfère à l'EMMUS IV (2006), 67% des enfants en Haïti n'auraient pas été vaccinés, suivant le calendrier retenu, avant l'âge d'un an et 25% des femmes de 15 à 49 ans ne sont pas vaccinées contre le tétanos non plus. Ceci a conduit une équipe de l'ASPHA, avec l'appui de l'Association Canadienne de Santé Publique, à mener une étude sur les raisons de l'abandon de la vaccination en Haïti, particulièrement dans deux communes du Département des Nippes : Miragoane et Arnaud. Pour être certain de considérer le maximum de facteurs de risques pertinents nous avons procédé à une revue de la littérature dans le domaine faisant l'objet de cette étude.

Méthodologie

Pour entreprendre cette revue de littérature nous avons consulté PubMed et retenu quelques mots clés, y compris « vaccination », « couverture », « facteurs de risque », et « les opportunités ratées ». Les études de ce type étaient admissibles s'ils étaient conduites dans un pays en développement (exemples : Afrique, Asie et Amérique du Sud) et publiées entre 2000 et 2010. Nous avons sélectionné particulièrement les articles écrits en anglais, français et espagnol. En Haïti, nos recherches à l'OMS, UNICEF, et MSPP se sont révélées infructueuses en raison du tremblement de terre de Janvier 2010 qui a entraîné beaucoup de pertes.

Résultats

Nous avons retrouvés 25 publications pertinentes. Seulement trois études ont été conduites en Haïti (EMMUS-IV, 2006; Muula, 2009 ; Sloand, 2010). Nous avons catégorisé les études en six catégories, cinq pertinentes à la vaccination d'enfants:

1. Caractéristiques de l'enfant

2. Les connaissances et les expériences de la mère
3. Autres facteurs liés aux parents et au ménage
4. Caractéristiques de la communauté
5. Les services
6. La vaccination de mères contre le tétanos

Le sommaire des facteurs de risque se retrouve en Annexe A et les détails des études sont décrits dans les 5 tableaux en Annexe B :

- Tableau 1 : Facteurs reliés à la vaccination complète et incomplète
- Tableau 2 : Facteurs reliés à la vaccination complète
- Tableau 3 : Facteurs reliés au processus incomplet de vaccination
- Tableau 4 : Facteurs reliés aux occasions manquées
- Tableau 5 : Mères et tétanos

Caractéristiques de l'enfant

On a tenu compte de l'âge, du sexe, et du rang de l'enfant. Des six études qui ont examiné l'âge, seulement quatre l'ont trouvé comme un facteur de risque significatif lié à la non-vaccination (Babalola, 2004 ; Matthews, 1997 ; Omutanyi, 2005 ; Usman, 2009). Cependant, la tranche d'âge considérée n'a pas toujours été la même. Par exemple, Babalola (2004) a constaté que les enfants de plus de six à 8 mois sont plus à risque de ne pas être vaccinés contre le BCG que ceux de trois mois. Usman (2009) dit que les enfants enregistrés avant 60 jours sont plus susceptibles de recevoir les trois doses de DTP que ceux enregistrés après 60 jours.

Peu d'études ont considéré le sexe comme un facteur de risque mais deux études l'ont identifié comme un facteur significatif. Cockcroft (2009) a rapporté au Pakistan que les filles étaient moins souvent vaccinées contre la rougeole, alors que pour Kumar (2010), en Inde la différence concernait tous les vaccins.

Peu d'études ont aussi examiné le rang de naissances, et les résultats n'étaient pas compatibles l'un à l'autre. Selon Vaahtera (2000) et Torun (2006), le troisième enfant ou les suivants ont moins de chance de bénéficier de la vaccination, alors que Tugumisirize (2002) et Kumar (2010) n'ont pas trouvé que le rang constitue un facteur de risque. En Haïti, EMMUS-IV (2006) souligne que le rang est un facteur de risque : comparé aux trois premiers enfants nés dans une famille, le taux de vaccination était plus faible pour le quatrième enfant et les suivants.

Les connaissances de la mère

En Haïti, selon EMMUS-IV (2006), le taux de vaccination était plus faible pour les enfants dont la mère a seulement un niveau d'instruction primaire, en comparaison aux

enfants dont la mère a un niveau d’instruction secondaire. Le taux de vaccination était le plus faible pour ceux dont la mère n’a aucune instruction. Cinq autres études ont aussi trouvé que le niveau d’études inférieur au niveau primaire était un facteur de risque (Kumar, 2010 ; Ozcirpici, 2006 ; Sia, 2007 ; Tugumisirize, 2002 ; Torun, 2006). Trois autres études ont trouvé le niveau d’instruction de la mère comme un facteur de risque significatif, mais deux n’ont pas spécifié le niveau (Cockcroft, 2009 ; Jani, 2008) et l’autre a utilisé le niveau secondaire comme critère (Matthews, 1997). Seulement Vaahtera (2000), au Malawi, n’a pas trouvé un résultat significatif.

Beaucoup d’autres facteurs liés à la connaissance et l’expérience de mères ont été étudiés et ont été prouvé comme influençant la vaccination, bien que toutes les études n’aient pas examiné les mêmes aspects ou n’aient pas trouvé les mêmes résultats. En général, les mères ne comprennent pas les bénéfices de la vaccination ou ne croit pas aux bénéfices, et/ou ne savent pas qu’il est important de vacciner les enfants ou combien de doses/le calendrier (Cockcroft, 2009 ; Jani, 2008 ; Kumar, 2010 ; Omutanyi, 2005 ; Ozcirpici, 2006 ; Phimmasane, 2010 ; Quaiyum, 2010 ; Takum, 2010).

Cockcroft (2009) et Tadesse (2009) ont trouvé que les enfants étaient moins souvent vaccinés si les mères ne peuvent pas identifier au moins une maladie contrôlable par la vaccination. Plusieurs études ont trouvé que les mères ont peur des effets secondaires (Cockcroft, 2009 ; Dugas, 2009 ; Kumar, 2010 ; Phimmasane., 2010 ; Schwarz, 2009 ; Takum, 2010 ; Tugumisirize, 2002 ; Torun, 2006). Elles n’ont pas tous les renseignements pratiques ; par exemple, elles ne s’informent pas de l’horaire des institutions de santé. (Dugas, 2009 ; Quaiyum, 2010 ; Takum, 2010).

Quelques études ont trouvé que le taux de vaccination était plus faible si la mère n’a pas reçu des renseignements, ou n’a pas eu de discussion, sur la vaccination (Babalola, 2009 ; Cockcroft, 2009 ; Daly, 2003 ; Sia, 2007 ; Takum, 2010 ; Torun, 2006). Dans trois études, les participants elles-mêmes ont identifié la négligence ou l’absence de motivation, et pas seulement de connaissances, comme un facteur lié à la vaccination incomplète (Cockcroft, 2009 ; Omutyani, 2005 ; Tugumisirize, 2002).

Les facteurs liés aux parents ou aux ménages

Quelques études ont étudié quelques facteurs liés aux parents ou aux ménages, bien que toutes les études n’aient pas examiné les mêmes aspects ou n’aient pas trouvé les mêmes résultats.

Parfois le taux de vaccination était plus faible si le père ou un membre de la famille n’approuve pas la vaccination (Babalola, 2009 ; Cockcroft, 2009 ; Schwarz, 2009 ; Torun, 2006) mais d’après l’étude de Dugas (2009), les mères ne respectent pas toujours l’opinion des pères. Si la mère ne veut pas que l’enfant soit vacciné, l’enfant ne sera pas vaccine même si le père le veut.

Quatre études ont trouvé que le niveau d’instruction de père était un facteur de risque pour la vaccination incomplète : trois ont identifié le niveau d’études inférieur au niveau primaire (Kumar, 2010 ; Sia, 2007 ; Torun, 2006) et l’autre n’a pas spécifié le niveau (Phimmasane, 2010). Seulement Matthews (1997) a identifié l’occupation de père comme un facteur de risque : contre les cols blancs, le taux de vaccination était plus faible si l’occupation du père était le travail manuel ou l’agriculture, ou si le père ne travaillait pas. Selon les résultats des études de Cockcroft (2009), Dugas (2009) et Phimmasane (2010), le travail a influencé la vaccination, a cause d’un manque de temps. La pauvreté constitue un autre facteur de risque (Phimmasane, 2010 ; Sia, 2007 ; Torun, 2006 ; Usman, 2010), mais la définition de la pauvreté était différente dans chaque étude.

La religion a été étudiée dans seulement deux études. En Inde, Kumar (2010) a trouvé un taux de couverture plus faibles pour les participants d’une autre religion qu’Hindou. En Haïti (2007), Muula (2007) a trouvé le pratique de Vaudou a été associés à la vaccination incomplète.

Les enfants de mères qui n’ont pas reçu de soins prénataux ou qui ont accouché à domicile sont moins probables d’être complètement vaccinés (Babalola, 2009 ; Jani, 2008 ; Kumar, 2010 ; Matthews, 1997 ; Phimmasane, 2010 ; Sia, 2007 ; Tadesse, 2009 ; Takum, 2010 ; Torun, 2006 ; Vaahtera, 2000). Un intervalle entre les naissances de moins de 24 mois, qui correspond avec plus d’enfants dans las maison, était aussi liés à la vaccination incomplète (Ozcirpici, 2006 ; Phimmasane, 2010).

Caractéristiques de la communauté

Peu d’études ont examiné les facteurs communautaires. Les enfants qui habitent en milieu rural sont moins exposés à la vaccination complète (Jani, 2008 ; Kumar, 2010 ; Matthews, 1997 ; Ozcirpici, 2006). Babalola (2009) a identifié que le manque d’activités communautaires pour la vaccination et les mauvaises conditions des routes constituent d’autres facteurs de risques. En Haïti, Sloand (2007) a trouvé que la participation dans un club de pères était associée avec une augmentation de vaccination.

Services

Huit études ont spécifié que la distance peut être un facteur de risque pour la vaccination incomplète, bien que toutes les études n’aient pas examiné les mêmes mesures de distance. Par exemple, en Haïti, le taux de couverture était plus faible pour les enfants qui demeuraient plus loin que 45 minutes du centre de santé (comparé aux enfants plus près du centre de santé) (Muula, 2009). Usman (2010) a identifié une différence pour les enfants à plus de 10 minutes, alors que Jani (2008) trouvait une différence pour les enfants à plus de 60 minutes. D’autres chercheurs ont évalué une distance réelle : 5 kilomètres (Cockcroft, 2009) ou 4.2 kilomètres (Vaahtera, 2000). Takum (2010) et

Schwarz (2009) ont constaté une différence significative seulement si les enfants demeuraient « trop loin ». Omutyani (2005) et Phimmasane (2010) n'ont pas spécifié la distance.

Autres facteurs liés à l'organisation de service ont influencé la vaccination : l'absence de visite communautaire (Cockcroft, 2009 ; Ozcirpici, 2006 ; Vaahtera, 2000), manque de personnel ou de transport (Quaiyum, 2010), ou le manque de matériels (Babalola, 2009 ; Borus, 2004 ; Quaiyum, 2010 ; Schwarz, 2009). Quelques études ont trouvé que l'horaire de centre de vaccination ne facilite pas l'accès ou l'attente est longue (Borus, 2004 ; Omutyani, 2005 ; Phimmasane, 2010 ; Takum, 2010). Les participants dans l'étude de Quaiyum (2010) ont dit que les sessions de vaccination ont été programmées puis annulée. Dans l'étude de Muula (2009) en Haïti, les participants ont évité le système de sante ; le taux de couverture était plus faible si les mères ont consulté les tradipraticiens régulièrement.

Les politiques ont également influencé des taux de vaccination. Torun (2006) ont identifié que les agents de santé ne donnent pas le vaccin (n'ouvrent pas un flacon) s'il y a seulement un ou deux enfants. D'autres études ont trouvé que les agents de santé ne donnent pas le vaccin s'il n'y a pas un carnet de vaccination (Dugas, 2009 ; Omutyani, 2005 ; Takum, 2010).

Les connaissances et les comportements d'agents de santé ont été évalués dans plusieurs études. Cinq études ont constaté que les agents de santé ne donnent pas le vaccin si l'enfant est malade (Borus, 2004 ; Kumar, 2010 ; Omutanyi, 2010 ; Torun, 2006 ; Tugumisirize, 2002). Ceci reflète leur manque de la connaissance. Les participants ont identifié que les agents de santé n'ont pas les connaissances nécessaires (Daly, 2003 ; Quaiyum, 2020) ou n'ont pas informé la mère (Quaiyum, 2010). D'autres ont spécifié que les attitudes ou les comportements des agents de santé sont négatifs (Dugas, 2009 ; Omutanyi, 2005 ; Ozcirpici, 2006 ; Quaiyum, 2010 ; Schwarz, 2009).

Quatre études ont examiné les occasions manquées pour la vaccination. Les facteurs clés liés aux occasions manquées étaient : l'enfant est malade au moment de visite (Tugumisirize, 2002), lieu de l'accouchement (Jani, 2008), ou organisation inadéquat du service (Borus, 2004 ; Daly, 2003). Daly (2003) a constaté un manque de sensibilisation (au sujet de la possibilité a possibilité de recevoir un vaccin à l'heure de la visite) de la part des agents de santé et des femmes.

La vaccination de mères contre le tétanos

Deux études ont examiné la vaccination de mères contre le tétanos (Hasnain, 2007 ; Rahman, 2009). Ils ont trouvé plusieurs facteurs qui expliquent le fait de ne pas recevoir une deuxième dose du vaccin contre le tétanos, y compris un niveau de scolarité moins élevé, aucun accès à des campagnes médiatiques, et aucun soin prénatal.

Discussion et Conclusion

Seulement trois études trouvées ont été conduites en Haïti. Sloand (2010) a identifié que la participation dans un club de pères peut augmenter le taux de vaccination. EMMUS-IV (2006) a identifié le rang de naissance et le niveau d'instruction de la mère comme les facteurs de risque, Muula (2009) a trouvé que les mères qui utilisent les services des guérisseurs naturels ne conduisent pas leurs enfants à la vaccination. Cependant, il est important de noter que ces études ont seulement examiné un nombre très limité de facteurs. Il était donc important de considérer des études entreprises dans d'autres pays en voie de développement.

Cette revue a identifié des facteurs multiples liés à la vaccination complète et incomplète. Ceux-ci incluent des caractéristiques relié à l'enfant, la mère, le ménage, la communauté et le service de santé.

Il est difficile d'identifier quels facteurs sont les plus importants. Il est très difficile d'aboutir à une conclusion car certaines fois la méthodologie des études, les variables, les antigènes, les cultures, les définitions, et les critères sont différents. Certains articles ne font pas de différenciation entre un enfant complètement vacciné, partiellement vacciné ou non vacciné. L'échantillonnage pour certaines études n'est pas significatif. La majorité des études sont descriptives, ce qui ne nous permet pas d'affirmer que tous les facteurs de risque sont responsables de la faible couverture vaccinale.

En dépit de toutes ces différences, la revue de la littérature nous a aidés à identifier les facteurs de risque potentiels à inclure dans le questionnaire de l'enquête quantitative sur les raisons de l'abandon de la vaccination en Haïti.

Références

Babalola S, Lawan U. Factors predicting BCG immunization status in northern Nigeria: a behavioural-ecological perspective. *J Child Health Care*. 2009 Mar; 13(1): 46-62.

Borus PK. Missed opportunities and inappropriately given vaccines reduce immunisation coverage in facilities that serve slum areas of Nairobi. *East Afr Med J*. 2004 Mar; 81(3): 124-9.

Cockcroft A, Andersson N, Omer K, Ansari NM, Khan A, Chaudhry UU, Ansari U. One size does not fit all: local determinants of measles vaccination in four districts of Pakistan. *BMC Int Health Hum Rights*. 2009 Oct 14; 9 Suppl 1: S4.

Daly AD, Nxumalo MP, Biellik RJ. Missed opportunities for vaccination in health facilities in Swaziland. *S Afr Med J*. 2003 Aug; 93(8): 606-10.

Dugas M, Dubé E, Kouyaté B, Sanou A, Bibeau G. Portrait of a lengthy vaccination trajectory in Burkina Faso: from cultural acceptance of vaccines to actual immunization *BMC Int Health Hum Rights*. 2009 Oct 14; 9 Suppl 1: S9.

EMMUS-IV. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services* : Rapport Préliminaire. Publié par l'Institut Haïtien de l'Enfance, Pétionville, Haiti. 2006.

Hasnain S, Sheikh NH. Causes of low tetanus toxoid vaccination coverage in pregnant women in Lahore district, Pakistan. *East Mediterr Health J*. 2007 Sep-Oct; 13(5): 1142-52.

Jani JV, De Schacht C, Jani IV, Bjune G. Risk factors for incomplete vaccination and missed opportunity for immunization in rural Mozambique. *BMC Public Health*. 2008 May 16; 8: 161.

Kumar D, Aggarwal A, Gomber S. Immunization status of children admitted to a tertiary-care hospital of north India: reasons for partial immunization or non-immunization. *J Health Popul Nutr*. 2010 Jun; 28(3): 300-4.

Matthews Z, Diamond I. Child immunisation in Ghana: the effects of family, location and social disparity. *J Biosoc Sci*. 1997 Jul; 29(3): 327-43.

Muula AS, Polycarpe MY, Job J, Siziya S, Rudatsikira E. Association between maternal use of traditional healer services and child vaccination coverage in Pont-Sonde, Haiti. *Int J Equity Health*. 2009 Jan 8; 8: 1.

Omutanyi RM, Mwanthi MA. Determinants of immunisation coverage in Butere-Mumias district, Kenya. *East Afr Med J*. 2005 Oct; 82(10): 501-5.

Ozcirpici B, Sahinoz S, Ozgur S, Bozkurt AI, Sahinoz T, Ceylan A, Ilcin E, Saka G, Acemoglu H, Palanci Y, Ak M, Akkafa F. Vaccination coverage in the South-East Anatolian Project (SEAP) region and factors influencing low coverage. *Public Health*. 2006 Feb; 120(2): 145-54.

Phimmasane M, Douangmala S, Koffi P, Reinharz D, Buisson Y. Factors affecting compliance with measles vaccination in Lao PDR. *Vaccine*. 2010 Sep 24; 28(41): 6723-9.

Quaiyum A, Gazi R, Khan AI, Uddin J, Islam M, Ahmed F, Saha NC. Programmatic Aspects of Dropouts in Child Vaccination in Bangladesh: Findings From a Prospective Study. *Asia Pac J Public Health*. 2010 Jun 21.

Rahman M. Tetanus toxoid vaccination coverage and differential between urban and rural areas of Bangladesh. *East Afr J Public Health*. 2009 Apr; 6(1): 26-31.

Schwarz NG, Gysels M, Pell C, Gabor J, Schlie M, Issifou S, Lell B, Kremsner PG, Grobusch MP, Pool R. Reasons for non-adherence to vaccination at mother and child care clinics (MCCs) in Lambaréné, Gabon. *Vaccine*. 2009 Aug 27; 27(39):5371-5. Epub 2009 Jul 17.

Sia D, Kobiané JF, Sondo BK, Fournier P. Individual and environmental characteristics associated with immunization of children in rural areas in Burkina Faso: a multi-level analysis. *Santé*. 2007 Oct-Dec; 17(4): 201-6.

Sloand E, Astone NM, Gebrian B. The impact of Fathers' Clubs on child health in rural Haiti. *Am J Public Health* 2010; 100(2): 201-203.

Tadesse H, Deribew A, Woldie M. Predictors of defaulting from completion of child immunization in south Ethiopia, May 2008: a case control study. *BMC Public Health*. 2009 May 22; 9: 150.

Takum T, Padung D, Joshua V, Manickam P, Murhekar MV. Programmatic and Beneficiary-related Factors for Low Vaccination Coverage in Papum Pare district, Arunachal Pradesh, India. *J Trop Pediatr*. 2010 Sep 29.

Torun SD, Bakirci N. Vaccination coverage and reasons for non-vaccination in a district of Istanbul. *BMC Public Health*. 2006 May 5; 6: 125.

Tugumisirize F, Tumwine JK, Mworozzi EA. Missed opportunities and caretaker constraints to childhood vaccination in a rural area in Uganda. *East Afr Med J*. 2002 Jul; 79(7): 347-54.

Usman HR, Kristensen S, Rahbar MH, Vermund SH, Habib F, Chamot E. Determinants of third dose of diphtheria-tetanus-pertussis (DTP) completion among children who received DTP1 at rural immunization centres in Pakistan: a cohort study. *Trop Med Int Health*. 2010 Jan; 15(1): 140-7. Epub 2009 Nov 17.

Vaahtera M, Kulmala T, Maleta K, Cullinan T, Salin ML, Ashorn P. Childhood immunization in rural Malawi: time of administration and predictors of non-compliance. *Ann Trop Paediatr*. 2000 Dec; 20(4): 305-12.

ANNEXE A
Résumé: Facteurs de risque pour l'abandon de la vaccination

Facteurs de risque	Études
Caractéristiques de l'enfant	
L'âge de l'enfant	Babalola: < 3 mois vs. 6-8 mois Usman: Enregistré en clinique à l'âge >60 jours vs. < 60 jours Omutanyi : >12 mois vs. <12 mois Matthews : < 12 mois vs. > 12 mois
Sexe de l'enfant : féminin	Cockcroft: différence significative à un site rural seulement (de 7 sites ruraux/urbains) Kumar
Rang de naissance	Vaahtera (>troisième) Torun (> troisième) Pas un facteur : Togumisirize, Kumar
Les connaissances de la mère	
Niveau d'instruction de la mère	Cockcroft : plus important pour les sites ruraux Jani : niveau non spécifié Ozcirpici: < primaire Togumisirize: < 5 ans Matthews : < niveau secondaire Vaahtera: pas un facteur Torun (< primaire) Sia (< primaire) Kumar (< primaire)
Elle ne croit pas au bénéfice de la vaccination	Cockcroft: sites urbains > sites ruraux Jani, Omutanyi , Kumar, Phimmasane
Elle ne sait qu'il faut vacciner les enfants ou combien de doses/calendrier	Cockcroft: sites ruraux Takum, Jani, Quaiyum, Ozcirpici, Kumar, Phimmasane
Elle ne connaît pas au moins une maladie contrôlable par la vaccination	Cockcroft: plus important pour les sites ruraux Tadesse
Elle a peur des effets secondaires, elle a entendu parler des effets	Dugas, Cockcroft, Takum, Schwarz Togumisirize, Torun, Kumar, Phimmasane
Elle ne sait pas l'horaire du centre pour la vaccination	Dugas , Takum, Quaiyum
La mère n'a pas reçu des renseignements sur la vaccination ou n'a pas les connaissances nécessaires	Babalola, Cockcroft, Daly, Torun, Sia
Absence de discussion sur la vaccination	Cockcroft: sites urbains et ruraux Takum
Négligence ou pas de	Cockcroft: sites urbains et ruraux: raison #1

Facteurs de risque	Études
motivation	Togumisirize, Omutanyi
Les facteurs liés aux parents ou aux ménages	
Le mari ou autre membre clé de la famille n'approuve pas	Babalola, Cockcroft, Schwarz, Torun Mais Dugas a trouvé: <ul style="list-style-type: none"> • Les mères ne respectent pas toujours les décisions des autres : si la mère ne veut pas que l'enfant soit vacciné, l'enfant ne sera pas vacciné même si le père le veut
Niveau d'instruction du père	Torun (< primaire) Sia (< primaire) Kumar (< primaire) Phimmasane
Occupation de père	Matthews
Le travail (prends du temps), pas assez de temps	Dugas , Cockcroft: sites urbains et ruraux Phimmasane
Revenu (pauvreté)	Usman (< 3000 Rp) Torun, Sia, Phimmasane
Religion	Kumar Muula (Vodou) (Haïti)
La mère n'a pas reçu les soins anténatals	Babablola, Takum, Tadesse, Matthews, Sia, Kumar
Accouchement à domicile	Babalola, Takum, Jani, Vaahtera, Torun, Sia, Kumar, Phimmasane
Intervalle entre les naissances = < 24 mois (plus d'enfants dans la maison)	Ozcirpici Phimmasane (< 4 ans)
Caractéristiques de la communauté	
Site rural	Jani, Ozcirpici, Matthews, Kumar
Pas d'activités communautaires pour la vaccination (« activism »)	Babalola
Mauvaise condition des routes	Babalola
Clubs des pères	Sloand (Haïti)
Services	
Distance au centre de vaccination	Cockcroft: > 5 km Usman: > 10 minutes Takum, Schwartz: "trop loin" Jani: > 60 minutes Omutanyi (pas spécifié) Vaahtera: > 4.2 km Phimmasane (pas spécifié) Muula: > 45 minutes (Haïti)
Pas de visites à la communauté pour la vaccination	Cockroft, Ozcirpici, Vaahtera

Facteurs de risque	Études
Le personnel ou le transport sont inadéquats	Quaiyum
L'horaire de centre de vaccination ne facilite pas l'accès, l'attente est longue	Takum, Borus, Omutanyi , Phimmasane
Session de vaccination a été programmée puis annulée	Quaiyum
Pas de vaccin, seringues	Babalola, Schwarz, Quaiyum, Borus
L'agent de santé ne donne pas le vaccin s'il y a seulement 1 ou 2 enfants	Torun
Les agents de santé ne donnent pas le vaccin s'il n'y a pas un carnet de vaccination	Dugas, Omutanyi , Takum
Les agents de santé ne donnent pas le vaccin si l'enfant est malade	Togumisirize, Borus, Omutanyi , Torun, Kumar
L'agent de santé n'a pas les connaissances nécessaires	Quaiyum, Daly
L'agent de santé n'a pas informé la mère	Quaiyum
Les attitudes ou les comportements des agents de santé sont négatifs	Dugas, Schwarz, Quaiyum, Ozcirpici, Omutanyi
Consulte les tradipraticiens	Muula
Manque d'occasions pour la vaccination	Borus, Daly, Jani, Togumisirize
La vaccination de mères contre le tétanos	
Manque de connaissances	Hasnain, Rahman
Aucun soin prénatal	Hasnain

Annexe E

Annexe E1 : Rapport intégré des études

**L'Association de Santé Publique d'Haïti et
l'Association Canadienne de Santé Publique**

**VACCINATION CHEZ LES ENFANTS DE 1 A 5 ANS
DANS LES NIPPES**

**Rapport préliminaire
25 août 2011**

Préparé par:
Dr. Donna Moralejo
Dr. Eddy Jean-Baptiste
Dr. Carol Delpé
M. Merisier
M. Senat
M. Massé

RÉSUMÉ

Le contexte et les objectives : Il est important de comprendre les facteurs qui influent sur la vaccination dans le contexte local afin d'identifier les stratégies pertinentes pour accroître la couverture; en 2005-2006 le taux de couverture a été de 67%. Les deux objectifs du projet sont de : 1) documenter les causes de l'abandon de la vaccination, et 2) renforcer les capacités de recherche opérationnelle de l'ASPHA.

La méthodologie : Deux études ont été réalisées dans deux communes du département sanitaire des Nippes. Pour l'enquête quantitative, un échantillon aléatoire de 240 ménages, a été sélectionné. Deux équipes d'enquêteurs ont interrogé les participants à l'aide d'un questionnaire, basé sur les facteurs de risque identifiés dans une revue de la littérature, et qui a été pré-testé et traduit en créole. Pour l'étude qualitative, deux chercheurs en sciences humaines ont réalisé 8 groupes de discussion, auprès des groupes cibles, tels : 1) des agents de santé, des auxiliaires et infirmières, 2) des leaders naturels, 3) des mères et gardiennes d'enfants et 4) des tradipraticiens. Quatre groupes, constitué chacun avec les différentes populations cibles, ont été réalisés à Miragoane et quatre à Arnaud. Les questions pour la discussion ont été basées sur les résultats de l'enquête quantitative. Les participants aux groupes de discussion animée ont eu l'opportunité de faire des échanges entre eux sur les facteurs de risques qui, selon eux, peuvent expliquer les causes de l'abandon de la vaccination ainsi que les moyens à mobiliser pour augmenter la couverture vaccinale dans la région des Nippes.

Les résultats : Le taux de couverture est toujours faible, 62.0%, et reste un problème qui doit être abordé dans chaque zone. L'enquête quantitative a identifié que l'âge, le rang de naissance, et le manque de consultation post-natale sont les facteurs de risques significatifs pour l'abandon. Les groupes de discussion ont signalé comme causes principales:

- l'accès géographique,
- l'insuffisance de personnel de santé,
- le manque de sensibilisation des responsables,
- les effets secondaires des vaccins,
- la mauvaise organisation du service,
- la négligence des parents.

Les participants des groupes de discussion ont identifié plusieurs stratégies pour améliorer la couverture vaccinale, y compris l'augmentation du nombre de personnel, la sensibilisation des parents, les sessions de vaccination porte-à-porte, l'implication des écoles et autres acteurs, et la mobilisation de moyens financiers suffisants pour le service. Presque toutes les mères ont été vaccinées contre le tétanos (94.3% - 100%) et ont été à une consultation prénatale (89.5% - 96.1%), mais 56.5% à 73.% ont été à une consultation post-natale.

La conclusion : Ces résultats seront discutés avec les représentants du département sanitaire des Nippes et les autres acteurs impliqués dans la vaccination d'enfants. Beaucoup d'informations tirées de cette étude peuvent servir dans l'amélioration de la couverture vaccinale. Des leçons ont été également tirées concernant la capacité des chercheurs de l'ASPHA à entreprendre une telle étude de sorte que leurs expériences

puissent servir pour d'autres études dans d'autres zones ou sur d'autres matières avec un peu plus d'aisance.

TABLE DES MATIERES

Introduction	p.4
La méthodologie	p.4
Les résultats intégrés.....	p.5
Les participants.....	p.5
Le statut vaccinal	p.6
Les causes de l’abandon et les stratégies	p.6
Caractéristiques de l’enfant	p.8
Le service de vaccination.....	p.9
Les facteurs associés aux parents et aux ménages.....	p.11
Caractéristiques de la commune.....	p.13
Le tétanos maternel	p.15
La discussion et la conclusion.....	p.16
Références	p.18

Introduction

Selon la 4^e Enquête Mortalité Morbidité et Utilisation des Services en Haïti 2005-2006 (EMMUS IV), 67% des enfants d'Haïti n'auraient pas été vaccinés en 2005 - 2006 selon le calendrier prévu avant l'âge d'un an. De plus, 25% des femmes de 15 à 49 ans ne sont pas vaccinées contre le tétanos. Il est important de comprendre les facteurs qui influent sur la vaccination dans le contexte local afin d'identifier les stratégies pertinentes pour accroître la couverture. Donc, l'Association de Santé Publique d'Haïti (ASPHA) a collaboré avec des chercheurs canadiens, membres de l'Association Canadienne de Santé Publique (ACSP), dans le but de mieux comprendre ces facteurs. Les chercheurs ont aussi collaboré avec les collègues de la Direction sanitaire du département des Nippes, le plus jeune et le moins encadré des départements sanitaires d'Haïti. Le financement pour entreprendre cette recherche est fourni grâce à l'Initiative Recherche en Santé Mondiale (IRSM) à travers l'Initiative Canadienne d'Immunisation Internationale pour Haïti (CIII2-Haïti) et le Centre de Recherches pour le Développement International (CRDI).

L'objectif principal du projet est de documenter les causes de l'abandon de la vaccination, utilisant une enquête quantitative et les groupes de discussion dirigée. Le projet a aussi pour deuxième objectif de renforcer les capacités de recherches opérationnelles de l'ASPHA. Ce rapport résume les résultats de l'étude quantitative, une enquête auprès des ménages, et l'étude qualitative, les groupes de discussion dirigée. L'approbation du Comité National de Bioéthique et de son homologue canadien a été obtenue avant de commencer la collecte de données. On trouvera des détails sur ces études dans d'autres documents.

La méthodologie

Trois zones de résidence dans deux communes du département des Nippes, avec une faible couverture vaccinale, ont été identifiées pour conduire cette enquête : Miragoane-urbain, Miragoane-rural et Arnaud.

Pour l'enquête quantitative, un échantillon aléatoire de 240 ménages trouvés dans 24 sections d'énumération dans les trois zones, a été sélectionné. Un ménage était admissible s'il y avait au moins un enfant du groupe d'âge 1-5 ans. L'étude s'est déroulée sur une période de deux semaines en avril 2011. Deux équipes d'enquêteurs ont été déployées sur le terrain après avoir reçu une formation de quatre jours pour recueillir les données à l'aide d'un questionnaire qui a été pré-testé et traduit en créole. Après avoir expliqué l'objet de l'étude et obtenu leur consentement à participer, les enquêteurs ont interrogé les participants et écrit leurs réponses. Le questionnaire de 56 questions a été élaboré par les chercheurs et était basé sur les facteurs de risque identifiés dans une revue de la littérature. Des différences dans les proportions ont été testées à l'aide de test du khi-carré, pour signification statistique ; les valeurs de probabilité sont signalées ici seulement pour les différences significatives.

Pour l'étude qualitative, deux chercheurs en sciences humaines ont réalisé 8 groupes de discussion, à la fin du mois de Juin et au début du mois de Juillet 2011, auprès des groupes cibles, tels : 1) des agents de santé, des auxiliaires et infirmières, 2) des leaders

naturels, 3) des mères et gardiennes d'enfants et 4) des tradipraticiens. Quatre groupes, un avec chaque population de cible, ont été réalisés à Miragoane et quatre à Arnaud.

Les participants aux groupes de discussion animée ont eu l'opportunité de faire des échanges entre eux sur les facteurs de risques qui, selon eux, peuvent expliquer les causes de l'abandon de la vaccination. Le guide d'entrevue et le questionnaire ont été préparés par les deux chercheurs et validés par les cadres de l'ASPHA et de l'ACSP ; le questionnaire a été basé sur les résultats de l'enquête quantitative. Les participants ont pu librement fournir des informations pertinentes sur leurs propres perceptions des véritables causes de l'abandon de la vaccination ainsi que les moyens à mobiliser pour augmenter la couverture vaccinale dans la région des Nippes. Les informations ont été collectées à partir de notes manuscrites et d'enregistrement audio des discussions tenues avec les personnes rencontrées dans les deux communes. Les informations ont été par la suite traitées puis analysées pour tirer les conclusions suivantes en fonction des questions soulevées.

Les résultats intégrés

Ce rapport contient les résultats clés. On trouvera une présentation plus détaillés des résultats dans les rapports complets des études.

Les participants

L'échantillon final se compose de 240 ménages avec un total de 308 enfants d'âge 1 à 5 ans : 64 ménages et 94 enfants à Miragoane-urbain, 147 ménages et 180 enfants à Miragoane-rural, et 29 ménages et 34 enfants à Arnaud. Les trois zones sont semblables dans certaines caractéristiques (exemples : les mères sont les responsables pour la décision de faire vacciner les enfants, revenu irrégulier). Miragoane-rural était semblable à Arnaud dans certains caractéristiques (exemples : plus de cultivateurs, temps de marche du centre de santé) mais était plus semblable à Miragoane-urbain dans d'autres caractéristiques (exemples: religion, revenu de plus de 80 gourdes par jour), et était différent dans d'autres (exemples : plus d'enfants d'âge 4 ou 5 ans). Le niveau d'instruction était beaucoup plus faible à Arnaud et Miragoane-rural qu'à Miragoane-urbain avec de nombreux incapables de lire. Les différences sont significatives.

Bien qu'il y ait eu des différences par zone, les réponses dans les groupes de discussion n'étaient pas influencées par les croyances religieuses ou par les autres caractéristiques sociodémographiques.

Implications : les participants

- Différentes stratégies peuvent être nécessaires dans chaque zone.
- On ne peut pas tirer des conclusions sur une zone basée sur les données d'une autre zone.

- Le contenu, les outils et les méthodes d'enseignement sur la vaccination devront être ajustés pour la sensibilisation de ceux sans alphabétisation.

Le statut vaccinal

Le taux de couverture, calculé basé sur les carnets de vaccination, était 62.0% et était similaire dans chaque zone (60.0% - 62.9%). Une moyenne de 76.9% (73.5% - 78.9%) des carnets de vaccination a été vérifiée prouvant par ainsi le statut vaccinal des enfants. Seulement 3 SDE de 20 ont eu un taux de couverture plus de 80%, et 5 ont eu un taux de 50% ou moins.

En général, les enfants dans le même ménage ont le même statut vaccinal (complètement ou partiellement vaccinés). Toutefois, dans 14 ménages, il y avait un mélange d'enfants vaccinés complètement et d'enfants qui ont été partiellement vaccinés ou non vaccinés. Il n'y avait aucun modèle clair lié aux doses et aux vaccins manqués. Pour beaucoup, la rougeole était manquante, et pour d'autres, les troisièmes doses de DTP et la poliomyélite étaient manquantes.

Le taux de couverture était plus faible que le taux de 67% pour Haïti en 2005-2006 (EMMUS-IV) et beaucoup plus faible que le taux de couverture ciblée par l'OMS (80%). Cependant par comparaison avec les données fournies par la DPEV pour le premier semestre de l'année 2011 avec un taux de 31 % pour le DTP3 et la Polio 3, on peut dire que le taux de couverture retrouvé lors de cette étude est plus élevé.

Implications : le statut vaccinal

- Faible couverture vaccinale est encore un problème qui doit être abordé dans chaque zone.
- Il y a deux groupes cibles : Ceux qui ne sont pas actuellement complètement vaccinés (« catch up ») et tous les enfants âgés de moins de 1 an (pour assurer un taux de couverture amélioré).
- Les taux de couverture par secteur peuvent servir à identifier les zones avec les plus grands besoins d'action. Les participants ont été avisés que les résultats seront anonymes donc il n'est pas possible pour les chercheurs de fournir au Ministère de la Santé Publique et de la Population la liste des enfants qui ne sont pas complètement vaccinés.
- Il faut vérifier la fiabilité des données disponibles à la DPEV pour l'année 2011.
- Il faut renforcer l'importance des carnets (comme rappel et comme preuve de vaccination) et identifier quelques stratégies pour porter les mères à garder les carnets et à les avoir disponibles une fois nécessaires.
- Les différentes stratégies peuvent être nécessaires pour différents vaccins.
- Toutes les fois qu'un agent de santé trouve un enfant qui est partiellement vacciné, il devrait demander le statut vaccinal des frères et des sœurs de l'enfant.

Les causes de l'abandon et les stratégies potentielles

Les résultats des études quantitative et qualitative peuvent être organisées en 4 catégories: caractéristiques de l'enfant, le service de vaccination, les facteurs associés aux parents et ménages et les caractéristiques de la commune. Les tableaux 1 et 2 présentent les thèmes identifiés pour les causes de l'abandon et les stratégies recommandées respectivement, par groupe de discussion. Dans les sous-sections suivantes, les résultats des groupes de discussion dirigés seront intégrés avec les résultats de l'enquête auprès des ménages, avec les résultats sur les causes de l'abandon intégrées avec les stratégies potentielles et points pour la discussion avec les responsables du service de vaccination.

Tableau 1 : Causes de l'abandon et stratégies potentielles : Thèmes, par groupe de discussion

Thème	Miragoane				Arnaud			
	Santé	Mères	Tradi	Leaders	Santé	Mères	Tradi	Leaders
Effets secondaires	√	√	√	√	√	√	√	√
L'accès géographique	√	√		√	√	√	√	√
Manque de formation des responsables	√	√	√	√	√		√	√
La négligence des parents		√	√	√	√	√		√
Manque de sensibilisation/ connaissance		√	√		√	√	√	
L'insuffisance de personnel de santé		√				√	√	√
L'organisation non efficace du service		√	√				√	
N'ouvre pas des flacons multi-doses	√				√			

Santé : Le personnel et les agents de santé ; Mères : Les mères et les gardiennes d'enfants ; Tradi : Les tradipraticiens ; Leaders : Les représentants légaux

Tableau 2 : Stratégies: Thèmes, par groupe de discussion

Thème	Miragoane				Arnaud			
	Santé	Mères	Tradi	Leaders	Santé	Mères	Tradi	Leaders
Augmenter le nombre d'agents de santé	√	√	√	√	√	√	√	√
Sensibiliser les parents	√	√	√	√	√	√	√	
Impliquer les écoles,	√	√			√	√		√

Thème	Miragoane				Arnaud			
	Santé	Mères	Tradi	Leaders	Santé	Mères	Tradi	Leaders
les églises et autres								
Moyens financiers suffisants	√			√			√	√
Augmenter le nombre de centre de santé			√	√	√			√
Porte à porte	√	√			√	√		
Sous-système des vaccinateurs		√					√	√
Saisir les « occasions manquées »		√			√	√		
Sessions ou postes de vaccination	√			√				
Postes de rassemblement	√				√			
Primes d'encouragement	√							√
Assurer de stocks de vaccin		√			√			
Formation des agents ex. à intervenir dans le domaine				√			√	

Santé : Le personnel et les agents de santé ; Mères : Les mères et les gardiennes d'enfants ; Tradi : Les tradipraticiens ; Leaders : Les représentants légaux

Caractéristiques de l'enfant

Les enfants d'un an ont moins de probabilité d'être vaccinés complètement que les enfants des autres âges (57.9%- 75.0%). La différence entre le taux vaccinal pour les enfants d'un an (45.8%) comparé au taux pour les enfants de 5 ans (75.0%) est significative ($p = .0056$) mais les autres différences ne sont pas significatives.

Les enfants de premier ou deuxième rang de naissance sont plus probables d'être complètement vaccinés (69.9%- et 60.9%) que les enfants des autres rangs de naissance (52.6% - 57.9%), mais les différences ne sont pas significatives. Les filles ont presque des chances égales d'être complètement vaccinées, 60.4%, que les garçons, 64.7%.

Les groupes de discussion n'ont pas discuté des raisons pour lesquelles l'âge et le rang de naissance sont des facteurs de risque pour l'abandon.

Implications : caractéristiques de l'enfant

- Il y a deux groupes cibles : Ceux qui ne sont pas actuellement complètement vaccinés

(« catch up ») et tous les enfants âgés de moins de 1 an (pour assurer un taux de couverture amélioré).

- Différentes stratégies peuvent être nécessaires pour chaque groupe cible.
- Y a-t-il un changement dans le service de vaccination, l'année dernière, par exemple après le tremblement de terre de janvier 2010, ce qui pourrait expliquer les résultats pour les enfants plus jeunes ?
- Même si il y avait un changement en raison du tremblement de terre, couverture au cours des cinq dernières années a été faible, donc ils doivent toujours tenir compte du service.

Le service de vaccination

La plupart des répondants dans le sondage (moyenne : 92.1%) ont dit que les services de vaccination sont accessibles, sans beaucoup de différence entre les zones. Un tiers de répondants qui a avoué que les services sont accessibles est constitué de ménages avec les enfants partiellement vaccinés.

Chaque groupe de discussion a identifié l'insuffisance de personnel de santé et/ou l'organisation non efficace du service comme facteurs contribuant à l'abandon. Par exemple, selon un groupe, il n'y a que deux infirmières basées dans le centre de santé d'Arnaud pour servir une population nombreuse et dispersée dans des zones très éloignées. Certains groupes ont identifié directement ces facteurs comme causes tandis que les autres groupes les ont indirectement identifiés et même proposé des stratégies liées à eux. Les participants n'ont pas expliqué ce qu'ils entendent par « service inefficace », mais des recommandations précises liées à la sensibilisation des parents et de la vaccination. Un message clair était de s'assurer que l'organisation du service de vaccination est adaptée aux différents endroits montagneux des campagnes et aux besoins de la zone. Les agents de santé doivent être formés à intervenir dans le domaine.

Un manque de vaccin pourrait être un problème, indiqué par deux groupes. Les agents de santé ont aussi expliqué que, pour éviter le gaspillage, ils n'ouvrent pas des flacons de 20 doses (BCG) ou de 10 doses (Rougeole) pour seulement un ou deux enfants. Cela signifie que les enfants qui sont venus au centre de santé pour être vaccinés peuvent ne pas avoir reçu la vaccination, ce qui découragerait les mères d'amener leurs enfants.

Il y avait beaucoup de recommandations liées au service, en plus d'accroître le nombre de centres de santé. Chaque groupe a recommandé d'augmenter le nombre de personnel de santé œuvrant dans le domaine de la vaccination. Ceux-ci peuvent être des agents de santé, mais deux groupes proposent de développer un sous-système de vaccinateurs spécialement formés, par exemple les jeunes qui seraient intéressés à servir dans ce domaine ou les personnes les plus avisées des zones.

Une autre recommandation a été d'organiser des sessions de vaccination. La plupart ont recommandé des sessions de porte-à-porte. Selon le sondage, dans la commune d'Arnaud, 55.2% des répondants ont considéré qu'une visite de l'agent de santé a facilité la vaccination, comparé à 14.1%-15% à Miragoane (urbain et rural, respectivement). La

différence est significative ($p < .0001$). Ils ont aussi suggéré des postes de vaccination ou d'organiser les sessions dans les écoles (« kindergarten », pour les enfants d'âge 2-3 ans). Il faut aussi mettre en place une bonne logistique des intrants pour s'assurer que la commune ne manque jamais de stocks de vaccin.

Tous les groupes ont identifié le besoin de sensibilisation des parents comme une priorité. Ils ont suggéré les postes de rassemblement, des campagnes régulières de sensibilisation et de commencer la sensibilisation des mères depuis les cliniques prénatales. Selon le sondage, parmi les mères sans consultation post-natale, tous les enfants dans le ménage sont complètement vaccinés pour 72.3% des mères à Miragoane-urbain, 45.2% à Miragoane-rural, et 83.3% à Arnaud. Les différences entre Miragoane-rural et les autres zones sont significatives ($p < .015$). Donc, l'enseignement sur la vaccination doit commencer par les visites prénatales, mais les consultations post-natales sont importantes pour renforcer la sensibilisation des mères sur l'importance de la vaccination. Une moyenne de 94.9% des mères a été à la consultation prénatale, mais seulement 60.2% a été à la consultation post-natale.

Deux groupes ont recommandé de donner aux parents des primes d'encouragement (ex. un maillot, des cahiers pour les enfants, des jouets). Puisque les effets secondaires découragent la vaccination, discutée dans la prochaine section, il vaudrait mieux explorer l'option de donner aux mères quelques doses d'acétaminophène pour traiter les effets secondaires comparés à donner d'autres types d'incitatifs. Dans le sondage, moins de 5% des répondants ont dit que les incitatifs ont facilité l'accès aux services de vaccination. Bien que pareille initiative ne rentre pas dans la gamme des initiatives du MSPP pour augmenter l'accès aux services de vaccination, son implémentation risque d'avoir des impacts sur la fourniture des autres types de services.

Les mères ont suggéré de ne pas vacciner un enfant dont la mère oublie son carnet de vaccination quand elle l'emmène au centre de santé pour la vaccination. Elles relatent qu'on doit garder le carnet propre et le placer dans un endroit où constamment il peut tomber sous les yeux, car si on tient contact avec le carnet de vaccination, on se rappellera toujours du fait qu'on doit emmener vacciner son enfant. Dugas (2009) a constaté qu'une telle règle est un problème et n'améliore pas les taux de vaccination, parce que les mères n'ont pas toujours un endroit sûr pour garder les carnets et elles peuvent éviter le système de santé si les agents de santé ont une attitude négative envers les carnets perdus. Une telle démarche serait nouvelle car dans la pratique une fois l'enfant vacciné, le carnet de vaccination est placé dans un petit sachet en plastique et remis à l'accompagnateur en prenant la précaution de lui rappeler la date de son prochain rendez-vous.

Quelques groupes ont discuté l'idée de saisir « les occasions manquées ». Ils ont tous convenu que, si un enfant visite le centre de santé alors qu'il n'a pas pris certaines doses qu'il devait prendre, on peut rattraper les pertes et mettre à point la vaccination de l'enfant en question afin de favoriser sa vaccination complète. Également, si un enfant visite le centre pour une autre circonstance, on peut toujours en profiter pour lui donner certaines doses de vaccin.

Plusieurs groupes de discussion ont reconnu la nécessité de mobiliser suffisamment de moyens financiers pour le travail. Un groupe a dit que le personnel de santé doit être payé à temps pour pouvoir être encouragé à poursuivre leur inestimable travail.

Dans le sondage, les répondants ont été questionnés sur ce qui a facilité l'accès aux services de vaccination. Il y avait des différences dans les réponses par zone. Par exemple, seulement une moyenne de 9.6% a dit que les campagnes de vaccination facilitent la vaccination ; les répondants à Miragoane- rural (11.6%) étaient plus favorables aux campagnes que ceux à Arnaud (3.4%). Seulement une moyenne de 25.4% a dit que l'horaire du centre de santé facilite la vaccination, et une moyenne de 11.3% a dit que l'accueil dans le centre de santé est important. Moins de 5% ont dit que la manière du personnel, la qualité de service ou les incitatifs ont facilité l'accès aux services de vaccination, sans beaucoup de différence entre les zones. Aucun de ces facteurs n'a été discuté par les groupes de discussion. Il est possible que les participants des deux études fussent peu disposés à dire des commentaires négatifs au sujet du service.

Implications : le service

- Il faudra voir avec le DSNi si les normes du MSPP prévoient la construction de centre de santé dans les zones ciblées dans un proche avenir autrement il faudra identifier des stratégies avancées comme les journées communales de vaccination et le porte à porte pour atteindre les groupes cibles.
- Il y a beaucoup d'options à explorer avec les différents acteurs dans le système de santé et de la communauté. Exemples : les journées communales de vaccination et le porte à porte pour atteindre les groupes cibles, un sous-système de vaccinateurs locaux.
- Modifier le carnet dans son volet relatif à la date de rendez-vous de sorte qu'il puisse servir de rappel dès que le moment de faire vacciner les enfants arrive et quels vaccins et doses sont exigées.
- Renforcer avec les agents de santé en leur demandant de rappeler aux parents de faire vacciner leurs enfants et de vérifier que tous les enfants sont vaccinés.
- Il faut renforcer l'importance des carnets (comme rappel et comme preuve de vaccination) et identifier quelques stratégies pour porter les mères à garder les carnets et à les avoir disponibles une fois nécessaire.
- Toutes les fois qu'un agent de santé trouve un enfant qui est partiellement vacciné, il devrait demander le statut vaccinal des frères et des sœurs de l'enfant.
- Différentes stratégies peuvent être nécessaires en fonction du type de vaccins. Exemples :
 - Une campagne juste pour la rougeole.
 - Les méthodes pour identifier tous les nouveau-nés et pour leur donner polio-0.
 - Suivi des enfants manquant des deuxième ou troisième doses après avoir donné les deuxième doses pour être sûr qu'ils obtiennent les troisièmes doses.
- Explorer l'option de donner aux mères quelques doses d'acétaminophène pour traiter les effets secondaires comparés à donner d'autres types d'incitatifs.

Les facteurs associés aux parents et aux ménages

Chaque groupe de discussion a identifié un manque de connaissance et de sensibilisation comme une cause principale de l'abandon. Ils ont dit que les responsables ne sont pas formés et informés sur l'importance des vaccins et que les mères ne savent pas trop bien ce qu'est un vaccin. Les résultats de sondage suggèrent une conclusion différente. La plupart des répondants de sondage (>92%) savent qu'il faut vacciner tous les enfants, qu'il faut vacciner l'enfant plusieurs fois, que la vaccination est gratuite, et ou il faut aller faire vacciner les enfants. Plus de 98% ont dit qu'ils croient que la vaccination est importante pour la santé des enfants et qu'il y a un bénéfice pour les enfants, et recommanderaient aux autres parents de faire vacciner leurs enfants. Cependant, certaines des questions-fermées ont peut être limité la capacité d'évaluer la connaissance et la croyance des répondants. Le sondage a identifié certaines des matières où la connaissance était faible.

La plupart des répondants ne pouvait pas identifier quels vaccins sont exigés, en général et spécifiquement pour les enfants qui ont été partiellement vaccinés, mais étaient corrects en identifiant le statut vaccinal de leurs enfants. Beaucoup ont identifiés quelques maladies qui ne sont pas immuno-contrôlables, par exemple, le paludisme. Ceci pourrait mener à des problèmes si les enfants tombent malades et les parents pensent que les vaccins ne sont pas efficaces. La plupart ne connaissaient l'horaire du centre de santé. Les enfants ont plus de probabilité d'être complètement vaccinés si le répondant a connu l'horaire, mais la différence n'est pas significative.

Les groupes de discussion ont également identifié un manque de formation comme un facteur contribuant à l'abandon. Ils ont dit qu'assez souvent les mères et gardiennes n'ont aucune formation académique, aucune éducation comme mère et non plus, et aucune information sur ce qui est important ou pas pour maintenir la santé des enfants.

Selon le sondage, en général, les mères sont responsables pour la décision de faire vacciner les enfants. Dans la commune d'Arnaud, les grands-parents ont plus d'un rôle (13.8%) qu'ailleurs (1.4% - 3.1%) mais la différence n'est pas significative. Les enfants dont les mères étaient responsables de prendre la décision pour vacciner avaient légèrement (non significative) plus de probabilité pour être vaccinés complètement que des enfants avec d'autres personnes chargées de la décision.

Le niveau d'instruction des responsables de la décision est faible : 23.1% des responsables au niveau de Miragoane-rural et 27.6% au niveau d'Arnaud ne savent ni lire, ni écrire, et moins d'un tiers ont plus de l'enseignement primaire. Dans la commune de Miragoane-urbain, en contraste, 54.7% ont plus de l'enseignement primaire et seulement 6.3% ne savent ni lire, ni écrire. Les différences sont significatives ($p < .005$). Cependant, le niveau d'instruction de la personne responsable pour la décision de faire vacciner n'était pas un facteur important qui facilite ou empêche clairement la vaccination.

Chaque groupe de discussion a identifié les effets secondaires que les vaccins provoquent

comme la deuxième cause principale de l'abandon et qui provoquent le désintérêt des responsables à emmener leurs enfants. Les participants aux groupes de discussion animée ont dit que les parents interprètent mal les effets secondaires et ignorent que les vaccins ont plus d'effets bénéfiques que des mauvais. Les mères éprouvent trop de pitié pour les enfants, quand ils souffrent de fièvre après la piqure des vaccins. La plupart d'entre elles pensent mieux faire en évitant de vacciner leurs enfants, car les effets secondaires des vaccins sur les enfants les attristent.

Selon le sondage, les enfants ont un peu plus de probabilité d'être complètement vaccinés si les répondants ne croient pas que les vaccins ont les effets secondaires (61.5%) que s'ils croient qu'il y a des effets (52.5%), mais la différence n'est pas significative. Une autre matière qui n'était pas bien comprise était que des enfants peuvent être vaccinés même lorsqu'ils sont malades. Deux-tiers ne vaccinent pas leurs enfants s'ils sont malades, mais cette croyance n'était pas associée avec le statut vaccinal.

Six groupes de discussion, y compris les mères et gardiennes, ont identifié la négligence des parents et responsables d'enfants comme un autre facteur. Les agents de santé à Arnaud ont suggéré que cette négligence est liée à l'immatunité de certaines mères et/ou gardiennes, et les représentants légaux à Arnaud ont suggéré un manque de motivation. Quelques mères et gardiennes avouent n'avoir pas toujours assez de temps pour emmener vacciner leurs enfants.

Les représentants légaux à Arnaud pensaient aussi que certains parents préfèrent certaines substances naturelles aux vaccins, mais les tradipraticiens à Arnaud ont dit que très peu d'entre eux relatent qu'on peut utiliser des substances naturelles (certains thés par exemple) pour palier au vaccin. Une autre croyance, notée par un groupe seulement (les agents de santé à Arnaud), était que, en général, les haïtiens n'accordent pas d'importance aux services gratuits.

Implications : les facteurs associés aux parents et ménages

- Enseigner aux parents quels vaccins, et combien de doses de chacun sont exigées.
- Renforcer d'autres stratégies appropriées pour empêcher les autres maladies identifiées (comme la malaria et la diarrhée).
- Modifier le carnet dans son volet relatif à la date de rendez-vous de sorte qu'il puisse servir de rappel dès que le moment de faire vacciner les enfants arrive et quels vaccins et doses sont exigées.
- Enseigner aux parents qu'une maladie comme la fièvre ou la diarrhée n'est pas une contre-indication à la vaccination.
- Si la mère refuse, l'agent de santé devrait lui rappeler l'importance de la vaccination et identifier un autre temps pour elle pour retourner.
- Les agents de santé devraient demander le statut vaccinal de l'enfant toutes les fois qu'un enfant vient à la clinique pour une raison non liée à la vaccination, et faire le suivi si l'enfant a besoin de quelques vaccins.
- Enseignez aux parents que les effets secondaires des vaccins sont minimaux et

facilement traités.

- Renforcer les avantages de la vaccination qui sont beaucoup plus grands que les effets secondaires.
- Faire des postes de rassemblement, en profiter pour sensibiliser les parents et responsables d'enfants à s'intéresser aux vaccins en leur montrant leur importance
- Organiser régulièrement des campagnes de sensibilisation dans les différents endroits de la commune afin de porter les parents et responsables d'enfants à se rendre compte de l'importance du carnet de vaccination pour les enfants vaccinés.
- Renforcer aux mères qu'elles doivent garder le carnet propre et le placer dans un endroit où constamment il peut tomber sous les yeux, car si on tient contact avec le carnet de vaccination, on se rappellera toujours du fait qu'on doit emmener vacciner son enfant.
- Impliquer les autorités locales, les écoles et les églises dans le travail en leur donnant la sensibilisation des parents et responsables d'enfants comme tâche.

Caractéristiques de la commune

L'accès physique au centre de santé est lié à la distance, le relief et la condition des routes. Le nombre de centres de santé affectera la distance, tandis que les autres peuvent être considérés comme caractéristiques de la communauté. Nous examinerons donc l'accès physique dans cette section, et non dans la section sur le service.

Selon le sondage, un revenu de < 40 gourdes/jour était un facteur de risque à Arnaud. Ceci pourrait être lié aux répondants qui étaient des cultivateurs ou qui vivent loin du centre de santé, plutôt qu'au revenu réel.

Chaque groupe de discussion, sauf pour les tradipraticiens à Miragoane, a identifié l'accès géographique comme un facteur contribuant à l'abandon de vaccination. Deux groupes, les agents de santé à Arnaud et les mères à Miragoane, ont mis l'accent sur la distance, mais les autres groupes ont mis l'accent sur les autres causes de l'abandon. Chaque groupe, y compris ceux qui ont souligné la distance comme un problème, ont convenu que l'accès physique ne peut expliquer qu'en partie l'abandon.

Selon les résultats de l'enquête quantitative, 40.0%-55.6% des enfants à Miragoane-rural et à Arnaud qui vivaient à une distance de 30 minutes à 3 heures de marche de centre de santé sont complètement vaccinés, comparé aux enfants qui vivaient à une distance de moins de 30 minutes ou qui vivaient à Miragoane-urbain (60%-70%). Cependant, 8 des 11 enfants à une distance de plus de 3 heures de marche ont été complètement vaccinés, suggérant que la distance n'est pas la seule cause de l'abandon.

Quelques études trouvées dans la littérature ont identifié la distance au centre de vaccination comme un facteur de risque pour l'abandon, mais il y avait des variations relatives à la distance identifiée comme étant un facteur de risque. Par exemple, Cochrane (2009) a identifié que les enfants à une distance de plus de 5 km du centre ont moins de

probabilité d'être vaccinés contre la rougeole, et Muula (2007), à Pont-Sondé en Haïti, a trouvé que les enfants à une distance d'un temps de marche de plus de 45 minutes ont moins de probabilité d'être complètement vaccinés. Donc, les résultats de notre étude quantitative sont compatibles avec les résultats des discussions de groupe et la littérature.

Les tradipraticiens à Arnaud ont signalé que le terrain et l'infrastructure en milieu rural contribuent à la difficulté à l'accès aux services de santé. Quelques répondants dans l'enquête quantitative ont donné quelques autres raisons liées à l'accès qui pourraient les décourager à vacciner les enfants ; deux par exemple ont dit que la route était en mauvais état, et quatre ont identifié le manque de moyen de transport.

Comme dernière question du sondage, les répondants devaient formuler des commentaires additionnels selon leur propre connaissance sur le sujet. La réponse la plus fréquente est d'ajouter un autre centre de santé dans la zone. Cinq des huit groupes de discussion ont aussi identifié l'ajout d'un centre de santé comme une recommandation. Plutôt que de se concentrer sur l'ajout d'un centre de santé ou d'améliorer les conditions de la route, chaque groupe a mis l'accent sur l'augmentation du nombre de travailleurs dans le domaine de la vaccination, la réorganisation des services ou l'amélioration des connaissances des mères et gardiennes. Ces recommandations ont été déjà discutées.

Les participants des groupes de discussion ont identifié quelques rôles que les membres et organisations communautaires pourraient jouer dans la vaccination. Ils ont recommandé d'employer les efforts conjoints pour porter les écoles à exiger le carnet de vaccination lors des inscriptions des enfants. Car les responsables d'écoles et d'églises ont un contact constant avec les parents, ils peuvent toujours les sensibiliser sur l'importance de la vaccination des enfants. Le sondage a montré que presque tous les participants (98.3%) se sentent obligés de vacciner leurs enfants, en général pour le baptême (8.8% ou pour l'inscription à une école (34.2%).

A la question de sondage concernant si quelqu'un a influencé la décision de faire vacciner ou les a empêchés d'aller vacciner leurs enfants, seulement 12 participants ont dit qu'il y a une telle influence. Bien que peu de répondants aient dit quelqu'un a influencé leur décision pour vacciner ou pas, tous ont dit qu'ils recommanderaient la vaccination à d'autres. L'appui social pourrait être utile en faisant un rappel pour les mères, ou en les aidant physiquement, à vacciner leurs enfants. Il est intéressant que les mères « célibataires » ne fussent pas différentes des autres en termes de présence d'enfants qui ont été complètement vaccinés. Sloand (2010) a trouvé une augmentation de couverture liée aux clubs de pères en Haïti rural. Donc, il peut être bénéfique de promouvoir l'action communautaire dans le sens de l'implication de tout le monde pour faire la promotion de la vaccination car il y aurait beaucoup plus de gens pour sensibiliser les mères et les porter à amener leurs enfants à la vaccination.

Selon les représentants légaux à Arnaud, les autorités locales doivent apporter leurs contributions dans ce travail aux côtés du personnel. Les autorités locales peuvent être impliquées dans le travail en leur donnant la sensibilisation des parents et responsables d'enfants comme tâche.

Implications : la commune

- Les services doivent être diversifiés pour inclure plus d'efforts (visites communautaires) pour atteindre les enfants avec un statut vaccinal incomplet ou non vaccinés.
- Renforcer, avec chacun dans la communauté, la nécessité de se rappeler et de s'aider à obtenir la vaccination complète des enfants.

Le tétanos maternel

Nous avons analysé les données sur le tétanos maternel pour les 176 répondants qui étaient les mères des enfants. Presque toutes les mères ont été vaccinées contre le tétanos (94.3% - 100%) et ont été à une consultation prénatale (89.5% - 96.1%), mais 56.5% à 73.% ont été à une consultation post-natale. Parmi les mères sans consultation post-natale, tous les enfants dans le ménage sont complètement vaccinés pour 72.3% des mères à Miragoane-urbain, 45.2% à Miragoane-rural, et 83.3% à Arnaud. Les différences entre Miragoane-rural et les autres zones sont significative ($p < .015$). Dans la zone de Miragoane-urbain, la plupart des mères ont accouché à l'hôpital ou au centre de santé, mais à Miragoane-rural et à Arnaud, la plupart ont accouché à domicile.

Implications : le tétanos maternel

- La consultation post-natale présente un bon moyen de renforcer le besoin de présenter le programme de vaccination pour les enfants et la mère.

La discussion et la conclusion

Le taux de couverture est toujours faible et reste un problème qui doit être abordé dans chaque zone. **L'enquête quantitative a identifié que l'âge, rang de naissance et le manque de consultation post-natale sont les facteurs de risques significatifs pour l'abandon. Les groupes de discussion ont signalé l'accès géographique, l'insuffisance de personnel de santé, le manque de sensibilisation des responsables, l'organisation non efficace du service de vaccination, les effets secondaires de vaccins et la négligence des parents comme les causes principales.** Les participants des groupes de discussion animée ont identifiés plusieurs stratégies pour améliorer la couverture vaccinale, y compris l'augmentation de nombre de personnel, la sensibilisation des parents, les sessions de vaccination porte-à-porte, l'implication des écoles et des autres acteurs et la mobilisation des moyens financiers suffisants pour le service.

Bien que nous ayons utilisé l'échantillonnage aléatoire dans l'enquête quantitative afin de réduire les biais d'échantillonnage, la limitation principale de l'étude est la représentativité de l'échantillon. Une autre limitation est la petite taille de l'échantillon. Quelques différences sont intéressantes mais pas significatives à cause du manque de

puissance statistique. Mais il faut aussi mentionner que pour beaucoup de variables, les différences étaient statistiquement significatives et que pour plusieurs de ces différences leur implémentation peut certainement conduire à une amélioration de la couverture vaccinale dans les zones faisant partie de l'échantillon.

L'étude n'a pas clairement identifié tous les facteurs de risque pour la vaccination inachevée, mais elle a permis de relever quelques facteurs importants et les stratégies potentielles pouvant aider dans la révision du programme de vaccination. Ces résultats seront discutés avec les représentants du département sanitaire des Nippes et les autres acteurs impliqués dans la vaccination d'enfants. Beaucoup d'informations tirées de cette étude peuvent servir dans l'amélioration de la couverture vaccinale. Des leçons ont été également tirées concernant la capacité des chercheurs de l'ASPHA à entreprendre une telle étude de sorte que leurs expériences puissent servir pour d'autres études dans d'autres zones ou sur d'autres matières avec un peu plus d'aisance.

Références

Cockcroft A, Andersson N, Omer K, Ansari NM, Khan A, Chaudhry UU, Ansari U. One size does not fit all: local determinants of measles vaccination in four districts of Pakistan. *BMC Int Health Hum Rights*. 2009 Oct 14;9 Suppl 1:S4.

Dugas M, Dubé E, Kouyaté B, Sanou A, Bibeau G. Portrait of a lengthy vaccination trajectory in Burkina Faso: from cultural acceptance of vaccines to actual immunization *BMC Int Health Hum Rights*. 2009 Oct 14;9 Suppl 1:S9.

Muula AS, Polycarpe MY, Job J, Siziya S, Rudatsikira E. Association between maternal use of traditional healer services and child vaccination coverage in Pont-Sonde, Haiti. *Int J Equity Health*. 2009 Jan 8; 8:1.

Sloand E, Astone NM, Gebrian B. The impact of Fathers' Clubs on child health in rural Haiti. *Am J Public Health* 2010; 100(2): 201-203.

Annexe E2 : Rapport de la première session de restitution

Rapport de Restitution : Premier session

Le 30 aout 2011, jour du 31eme anniversaire de l'ASPHA, l'équipe de recherche a présenté les résultats de l'étude : **Les causes de l'abandon de la vaccination dans le département des Nippes**. La cérémonie qui s'est déroulée en présence d'une trentaine de membres de l'association et d'autres institutions a été rehaussée par la présence du Directeur Général du MSPP et de l'administrateur du département sanitaire des Nippes (Voir la liste des participants en annexe A). **Cependant bien qu'ayant reçu une invitation le Directeur du PEV a été le grand absent**. La présentation a été très appréciée et les débats qui ont suivi très fructueux.

Nous avons retenu quelques recommandations formulées par les participants :

- Participation de différents acteurs issus de la population afin de suppléer au manque de ressources humaines en santé particulièrement dans les régions reculées.
- Légiférer et appliquer des lois rendant exigibles la vaccination.
- Organiser des campagnes de vaccination en dehors des périodes de récolte et de semences particulièrement à Arnaud ou la population s'adonne surtout à l'agriculture.
- Rendre le Programme Elargi de Vaccination **plus transversal**.
- Encourager le partenariat ASPHA/IHE dans le cadre de leur propre étude en cours d'exécution particulièrement à travers son volet de formulation de stratégies de renforcement institutionnel en termes de couverture vaccinale.

En effet, l'IHE qui conduit une étude du même genre pour une période de trois ans durant laquelle elle assistera deux départements sanitaires du pays (Sud et Ouest) a manifesté le désir d'établir un partenariat avec l'ASPHA. Cette requête formulée par le directeur de l'IHE a été appuyée par le Directeur Général du MSPP. Cependant les responsables de l'IHE devront produire une demande formelle. L'objet principal de leur démarche concerne l'exploitation de notre base de données des groupes de discussion en vue d'exécuter la 2 eme phase de leur étude et de préciser des stratégies concrètes et des mesures d'accompagnement pour l'augmentation de la couverture vaccinale dans les départements du Sud et de l'Ouest.

Les prochaines étapes consisteront en :

1. Révision du document en fonction des recommandations pertinentes formulées lors de ce premier atelier de restitution.
2. Remise officielle du document aux autorités sanitaires du pays après sa présentation dans les Nippes à la fin du mois de septembre.

3. Présentation du résumé exécutif du rapport de l'enquête dans un journal de la place et dans la revue scientifique de l'ACSP.

Les participants ont été visiblement satisfaits et espèrent que les résultats seront utilisés par la DSNi en vue d'améliorer la couverture vaccinale dans ce département.

Annex A : Liste des institutions ayant participé au premier atelier de restitution du rapport préliminaire de l'enquête sur les causes de l'abandon de la vaccination dans le département sanitaire des Nippes

1. Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP)
2. Association Nationale des Infirmières Licenciées d'Haïti (ANILH)
3. Institut Haïtien de l'Enfance (IHE)
4. Université Notre Dame d'Haïti (UNDH)
5. Département Sanitaire des Nippes (DSNi)
6. Association de Santé Publique d'Haïti (ASPHA)
7. Croix Rouge Haïtienne (CRH)
8. Université d'Etat d'Haïti
9. Association des Gestionnaires en Santé
10. Représentant des enquêteurs ayant réalisé les groupes de discussion animée

Annexe E3 : Rapport de deuxième session de restitution

Rapport de restitution dans les Nippes

Le 15 Octobre 2011, l'équipe de recherche, accompagnée de deux membres de l'ASPHA, s'est rendue à Miragoane dans le but de présenter les résultats de l'étude : Les causes de l'abandon de la vaccination et de formuler des stratégies permettant de maintenir les cohortes dans le processus de vaccination. Le Docteur Nafissatou Diop, représentante de l'ISRM faisait partie de la délégation.

L'assistance évaluée à quarante et un participants comprenait : le personnel administratif, les infirmières, les auxiliaires, les agents de santé des deux communes Miragoane et Arnaud intéressées par l'enquête. Des débats animés ont fait suite à la présentation des résultats. Parmi les recommandations formulées nous avons retenues les suivantes :

- Augmenter le nombre de centres de santé et le personnel affecté à la vaccination ;
- Impliquer tous les leaders communautaires dans le processus de sensibilisation ;
- Organisation de réunions communautaires avec les leaders en vue de les sensibiliser sur le sujet ;
- Regrouper la population en village dans les zones où les maisons sont dispersées et leur apporter le service ;
- Plaidoyers auprès du MSPP pour que les normes en matière de distribution d'agents de santé par habitant soient appliquées particulièrement à Arnaud où seulement trois (3) desservent une population d'environ 18.000 habitants ;
- Recyclage des agents de santé en leur permettant d'avoir une meilleure connaissance de la distribution de la population de desserte de façon à leur permettre d'actualiser sur une base régulière le recensement de cette dernière ;
- Eviter les campagnes de vaccination durant la saison pluvieuse ;
- Renforcement du calendrier vaccinal en diversifiant les interventions ;
- Réaliser des journées communales pour atteindre les populations dispersées ;
- Planifier les activités de vaccination en tenant compte des réalités des localités ex : les jours de marché ;
- Mise en place de mécanismes pour augmenter les ressources financières allouées pour la vaccination ;
- Révision du plan d'actions de vaccination en y incluant les recommandations tirées du document d'enquête.

Les responsables du Département sanitaire des Nippes ont convenu que la plupart des stratégies recommandées dans le document d'enquête avaient été identifiées, mais n'avaient pas pu être appliquées en raison de contraintes budgétaires.

La représentante du ISRM a, dans l'une des ses interventions, encouragé les participants présents à identifier des stratégies plutôt locales dont l'implémentation ne dépendrait que d'eux, et émis le vœu que les Nippes arrivent à doubler sa couverture vaccinale l'année prochaine et servent d'exemple aux autres départements. La soirée fut clôturée par une gentille réception suivie d'un spectacle de danse animé par une troupe en provenance d'Arnaud.

Annexe E4 : Présentation pour les sessions de restitutions

Annexe E5 : Présentation pour la session à Montréal