



© Credit: OPS/OMS - David Lorens Mentor

ENQUÊTE SUR LES CONNAISSANCES, LES ATTITUDES ET LES PRATIQUES DES POPULATIONS EN MATIÈRE DE VACCINATION EN HAÏTI.

Mars 2024



Maitre d'œuvre de l'enquête CAP sur la vaccination en Haïti :
Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP)

Avec l'appui technique et financier de :
L'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS)

Réalisation de l'étude CAP :
Cabinet d'Experts ESCHCOL CONSULTING

Table des matières

Liste des tableaux	9
Liste des figures et graphiques	12
Sigles et acronymes	14
Résumé	16
Introduction	21
1. Contexte et revue documentaire	23
1.1 Contexte	24
1.2. Justification de l'étude	25
1.3. Question de recherche et objectifs de l'étude	25
1.3.1.1. Question principale de recherche	25
1.3.1.2. Objectif général de l'étude	25
1.3.1.3. Objectifs spécifiques	25
1.4. Revue documentaire sur la vaccination en haïti	26
1.4.1. Aperçu historique des initiatives de la vaccination	26
1.4.2. Situation de la vaccination	26
1.4.3. Couverture vaccinale	27
1.4.4. Couvertures vaccinales par département en haïti	29
1.4.5. Surveillance des maladies évitables par la vaccination	30
1.4.6. Les facteurs socio-anthropologiques du non-recours à la vaccination	31
1.4.7. Facteurs psychologiques et sociologiques qui limitent l'accès à la vaccination	31
1.4.8. Difficulté et facteurs limitant l'accès à la vaccination	32
1.4.9. Communication sur la vaccination	32

1.4.10. Vaccination et covid-19	33
2. Méthodologie générale	34
2.1. Type d'enquête	35
2.2. Champ de l'étude	35
2.3. Critères de choix des cibles (individuels et/ou FGD)	36
2.4. Échantillonnage	36
2.4.1. Échantillonnage données quantitatives	36
2.4.1.1. La base de sondage	36
2.4.1.2. Taille de l'échantillon, nombre de SDE et nombre de ménages à enquêter	37
2.4.1.3. Répartition et tirage de l'échantillon	38
2.4.2. Échantillonnage données qualitatives	39
2.5. Les techniques de collecte des données	41
2.5.1. Revue documentaire et la recherche documentaire	42
2.5.2. Administration du questionnaire (données quantitatives)	42
2.5.3. Entretiens individuels approfondis	42
2.5.4. Focus group discussion (FGD)	43
2.5.5. Spécificités sur les focus groups et des entretiens individuels	43
2.6. Outils de collecte des données	44
2.6.1. Outils de collecte des données quantitatives	44
2.6.2. Outils de collecte des données qualitatives	44
2.7. L'organisation du travail de terrain	44
2.7.1. Sélection des individus pour l'administration du questionnaire	45
2.7.2. Recrutement des participants à l'enquête (FGD et entretiens individuels)	46
2.8. Formation des enquêteurs et supervision de la collecte de données	48
2.8.1. Recrutement et formation du personnel	48
2.8.2. Pré-test des outils de collecte	48
2.8.3. Plan pour le suivi de la qualité des données	49
2.9. Traitement et analyse des données	51
2.9.1. Traitement et analyse des données quantitatives	51
2.9.2. Traitement et analyse des données qualitatives	51
2.10. Contrôle de qualité, l'éthique et la confidentialité	51
2.11. Limites de l'étude	52

3. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtes

53

3.1. Répartition spatiale	54
3.2. Caractéristiques des chefs de ménage enquêtés	55
3.3 Caractéristiques des enfants	56
3.4 Caractéristiques des personnes enquêtées	58
3.5 Caractéristiques du cadre de vie des ménages	59
3.6 Population de l'enquête qualitative	60

4. Connaissance de la vaccination

61

4.1 Connaissances des vaccins	62
4.1.1 Connaissance des mères/personnes en charge des enfants sur la vaccination suivant certaines caractéristiques sociodémographiques	62
4.1.2 Connaissance des mères/personnes en charge des enfants sur la vaccination suivant les principaux vaccins	63
4.1.3 Importance de la vaccination	65
4.1.4 Aspects qualitatifs de la perception et de la connaissance de la Vaccination.	66
4.1.5 Connaissance et importance de la vaccination	66
4.1.6 Situation vaccinale des mères/personnes en charge des enfants	67
4.1.7 Connaissance des personnes en charge des enfants sur la dose normale de VAT à prendre	69
4.1.8 Raisons de la non-vaccination des personnes et de leurs enfants	70
4.1.9 Perception des personnes en charge des enfants par rapport à la vaccination des enfants	72
4.1.10 Principales maladies qui affectent les enfants	72
4.1.11 Maladies les plus connues des personnes en charge des enfants	74
4.1.12 Maladies supposées évitables par la vaccination d'après les personnes en charge des enfants	76
4.1.13 Tranches d'âge éligibles pour les vaccins contre les maladies évitables par la vaccination	78
4.1.14 Attitude vis-à-vis de la vaccination	79
4.1.15 Raisons qualitatives de la non-vaccination des enfants	81
4.1.16 Facteurs associés à la non-complétude vaccinale des enfants	81
4.1.17 Comportement des gens de la communauté à l'égard de la vaccination	82
4.1.18 Appréhension envers ceux qui s'opposent à la vaccination	83
4.1.19 Difficultés auxquelles font face les mères pour vacciner leurs enfants	84

4.1.20 Appréciation des campagnes de vaccination	86
4.1.21 Perceptions qualitatives sur les campagnes de vaccination et la vaccination de routine	88
4.1.22 Connaissance des lieux de vaccination	88
4.1.23 Pratique de la causerie éducative de la stratégie avancée	89
4.1.24 Connaissance du calendrier de vaccination et des différents vaccins	90
4.2 Connaissance des PEV	94
4.2.1 Connaissance des maladies dont les vaccins sont administrés gratuitement	94
4.2.2 Appréciation de l'heure de passage des vaccinateurs	97
4.2.3 Durée depuis la dernière vaccination pour soi-même ou pour un enfant/proche	99
4.2.4 Proposition pour améliorer les campagnes de vaccination	100
4.2.4.1 Résultats de l'enquête quantitative pour améliorer les campagnes de vaccination	100
4.2.4.2 Résultats de l'enquête qualitative sur l'amélioration des campagnes de vaccination	101
4.3 Connaissances sur la polio	101
4.3.1 Raisons de la prise des gouttes de polio	101
4.3.2 Peur des gouttes de la polio	104
4.3.3 Connaissance et action de la dernière campagne de vaccination contre la polio (décembre 2022)	105
4.3.3.1 Opinion par rapport à la dernière campagne	105
4.3.3.2. Personnes appropriées pour donner des gouttes de polio aux enfants	107
5. Attitudes en matière de vaccination	108
5.1 Education à la vaccination et aux maladies dans le ménage	109
5.1.1 Aspects quantitatifs d'éducation à la vaccination et aux maladies	109
5.1.1.1 Education à la vaccination dans les ménages	109
5.1.1.2 Discussions des sujets des maladies dans les ménages	112
5.1.2 Aspects qualitatifs sur les pratiques et les attitudes à la vaccination	114
5.1.2.1 Attitudes des parents en matière de vaccination des enfants	114
5.1.2.2 Attitudes des pères face à la vaccination des enfants	114
5.2 Accès aux lieux de vaccination de routine	114
5.2.1 Aspects quantitatifs de l'accès aux lieux de vaccination	114
5.2.1.1 Lieux de vaccination	114

5.2.1.2 Jours de vaccination	116
5.2.1.3 Personnes indiquées pour parler de vaccination	118
5.2.1.4 Lieux indiqués pour parler de vaccination	119
5.2.2 Aspects qualitatifs de l'accès aux lieux de vaccination de routine	121
5.3 Attitude face aux canaux d'information	121
6. Pratiques en matière de vaccination	123
6.1 Aspects quantitatifs de la vaccination des enfants	124
6.1.1 Vaccination des enfants	124
6.1.2 Motivation à la vaccination	126
6.1.3 Moments de vaccination des enfants	128
6.1.4 Principales difficultés liées à la vaccination des enfants	130
6.1.5 Effets secondaires après l'administration d'un vaccin	132
6.1.6 Possession d'un carnet de vaccination	134
6.1.7 Peur des vaccins	137
6.1.8 Prise de décision en matière de vaccination	139
6.2 Aspects qualitatifs des pratiques liées à la vaccination des enfants	143
6.2.1 Difficultés liées à la vaccination des enfants	143
6.2.1.1 Le délai d'attente	143
6.2.1.2. L'expérience vécue par la mère d'une occasion manquée de vaccination	143
6.2.1.3. Le manque d'information de l'importance de la vaccination	143
6.2.1.4. Les effets secondaires	143
6.2.1.5. Prise de décision en matière de vaccination	145
7. Canaux de Communication	146
7.1 Principaux canaux/moyens de communication existants	147
7.1.1 Aspects quantitatifs des canaux de communication existants	147
7.1.1.1 Types de canaux de communication existants	147
7.1.1.2 Efficacité des canaux de communication existants	147
7.1.2 Aspects qualitatifs des canaux de communication	148
7.1.2.1 Types de canaux de communication existants	148
7.1.2.2 Besoins en information	148
7.2 Principales chaines de télévision et de stations de radio existantes	148
7.2.1 Chaines de télévision	148

7.2.2 Stations de radio	150
7.3 Proposition des mères pour une adhésion massive aux campagnes de vaccination	151
8. Corona Virus (COVID-19)	153
8.1 Connaissance de la Covid-19	154
8.1.1 Aspects quantitatifs de la connaissance de la Covid-19	154
8.1.2 Aspects qualitatifs de la connaissance de la Covid-19	154
8.2 Méthodes pour éviter la Covid-19	155
8.2.1 Aspects quantitatifs pour la prévention de la Covid-19	155
8.2.2 Aspects qualitatifs de la prévention de la Covid-19	157
8.3 Manifestations de la Covid-19	157
8.3.1 Aspects quantitatifs des manifestations de la Covid-19	157
8.3.2 Aspects qualitatifs des manifestations de la Covid-19	159
8.4 Traitement de la Covid-19	159
8.4.1 Aspects quantitatifs du traitement de la Covid-19	159
8.4.2 Aspects qualitatifs du traitement de la Covid-19	161
8.5 Vaccination contre la Covid-19	161
8.5.1 Aspects quantitatifs de la vaccination contre la Covid-19	161
8.5.2 Aspects qualitatifs de la vaccination contre la Covid-19	162
8.6 Sensibilisation sur la Covid-19	163
8.7 Disponibilité des vaccins en Haïti	164
Conclusion	166
Références bibliographiques	167

Liste des tableaux

Tableau 1 : Principaux résultats des indicateurs de la vaccination	27
Tableau 2 : Couvertures vaccinales par département en 2020 par antigène	29
Tableau 3 : Répartition des ménages au sein des départements et par milieu de résidence	39
Tableau 4: Récapitulatif des entretiens individuels et des FGDs par site d'étude	41
Tableau 5 : Complétude, Cohérence et fiabilité	50
Tableau 6 : Facteurs de risques et stratégie de mitigation	52
Tableau 7: Principaux résultats des indicateurs de la vaccination	54
Tableau 8 : Répartition des chefs de ménages suivant certaines caractéristiques sociodémographiques	55
Tableau 9 : Répartition des enfants suivant la survie de leurs parents biologiques	57
Tableau 10 : Quelques caractéristiques des personnes enquêtées	58
Tableau 11: Sources d'approvisionnement en eau de boisson et type de lieu d'aisance	59
Tableau 12: Connaissance du rôle de la vaccination selon les personnes qui prennent soin de l'enfant par département et milieu de résidence	63
Tableau 13 : Pourcentage des personnes en charge des enfants suivant leurs connaissances des différents vaccins	64
Tableau 14 : Proportion des mères/personnes en charge des enfants et leur répartition suivant certains vaccins par département et milieu de résidence	68
Tableau 15 : Nombre moyen de doses normales selon les mères/personnes en charge vaccinées et leur répartition suivant les moments où ils se sont souvent vaccinés	69
Tableau 16 : Répartition des personnes en charge des enfants suivant leurs raisons de non vaccination par département d'enquête et milieu de résidence	71
Tableau 17 : Pourcentage des personnes en charge des enfants qui pensent que tous les enfants doivent être vaccinés	72
Tableau 18 : Répartition des personnes en charge des enfants suivant la première principale maladie qui affecte les enfants de leurs localités par département d'enquête et milieu de résidence	73
Tableau 19 : Pourcentage des personnes en charge des enfants suivant leur connaissance des maladies suivant les départements d'enquête et milieux de résidence.	75
Tableau 20 : Pourcentage des personnes ayant cité les maladies supposées évitables par la vaccination	77
Tableau 21 : Répartition des personnes en charge des enfants suivant leur avis sur les tranches d'âge éligibles aux maladies évitables par la vaccination	78
Tableau 22 : Pourcentage des mères/personnes en charge qui connaissent des gens autour d'eux qui ne se font ni vacciner ou ni vacciner leurs enfants et leur répartition suivant certaines variables	80
Tableau 23 : Répartition des mères/personnes en charge des enfants suivant leur avis sur le comportement des gens (femmes et hommes) de leur communauté vis-à-vis de la vaccination/lors des campagnes de vaccination par département et milieu de résidence	83
Tableau 24 : Répartition des mères/personnes en charge des enfants suivant leur avis sur	

ce que pensent les gens d'une femme qui ne se fait pas vacciner ou ne fait pas vacciner ses enfants par département et milieu de résidence	84
Tableau 25 : Répartition des mères/personnes en charge suivant les difficultés auxquelles elles font face dans leur localité pour se faire vacciner ou vacciner leurs enfants par département d'enquête et milieu de résidence	85
Tableau 26 : Répartition des mères/personnes en charge suivant leur appréciation des campagnes de vaccination menées dans leur localité par département d'enquête et milieu de résidence	87
Tableau 27 : Répartition des personnes en charge des enfants suivant le principal lieu de vaccination de leur localité par département d'enquête et milieu de résidence	89
Tableau 28 : Pourcentages des personnes en charge des enfants bénéficiant de causerie éducative aux centres de vaccination, de visite pour la vaccination dans leur localité et de celles informées à l'avance du passage des vaccinateurs par département d'enquête et milieu de résidence	90
Tableau 29: Pourcentage des mères/personnes en charge qui connaissent le calendrier de vaccination et les types de vaccins et leur répartition suivant certains vaccins	92
Tableau 30: Répartition (%) des personnes en charge des enfants suivant leur avis sur les tranches d'âge éligible aux vaccins par département d'enquête et milieu de résidence	93
Tableau 31: Répartition des mères/personnes en charge qui connaissent les types de maladies que l'on peut éviter par la vaccination qui est administrée gratuitement dans les formations sanitaires publiques par département d'enquête et milieu de résidence	96
Tableau 32: Répartition des mères/personnes en charge qui ne vaccinent pas les enfants à tous les passages des vaccinateurs suivant les raisons de non vaccination à tous les passages par département d'enquête et milieu de résidence	98
Tableau 33: Répartition des mères/personnes en charge des enfants suivant la durée depuis leur dernière visite à une structure de santé pour soi-même ou pour un enfant/proche par département d'enquête et milieu de résidence	99
Tableau 34: Répartition des mères/personnes en charge suivant leurs propositions pour améliorer les campagnes de vaccination par département d'enquête et milieu de résidence	100
Tableau 35: Répartition des mères/personnes en charge suivant leur avis sur les raisons pour lesquelles on donne des gouttes contre la polio très souvent/ à intervalle de quelques mois par département d'enquête et milieu de résidence	102
Tableau 36: Répartition des mères/personnes en charge suivant leur avis sur les manifestations de la polio par département d'enquête et milieu de résidence	103
Tableau 37: Pourcentage des mères/personnes en charge qui ont peur des gouttes/vaccins contre la polio et raisons de la peur par département d'enquête et milieu de résidence	104
Tableau 38: Pourcentage des mères/personnes en charge informées de la dernière campagne de vaccination (décembre 2022) contre la polio par département d'enquête et milieu de résidence	105
Tableau 39: Répartition des mères/personnes en charge qui connaissent celui/celle qui donne les gouttes polio aux enfants par département d'enquête et milieu de résidence	107
Tableau 40: Proportion (%) par thématiques sur la vaccination abordées avec les enfants selon certaines variables	110
Tableau 41: Raisons pour lesquelles la notion de vaccination n'est pas abordée selon certaines variables	111
Tableau 42 : Principaux aspects des maladies que les parents abordent avec leur progéniture dans les ménages	113
Tableau 43 : Temps moyen pour atteindre les lieux de vaccination de routine selon certaines variables	116

Tableau 44 : Connaissance des jours de vaccination	117
Tableau 45 : Répartition (%) des ménages selon la perception sur la personne indiquée pour parler de vaccination	118
Tableau 46 : Pourcentage (%) de personnes en charge des enfants sur la perception des personnes les mieux indiquées pour parler de vaccination selon certaines variables	119
Tableau 47 : Pourcentage de répondants relatifs aux lieux indiqués pour parler de vaccination selon certaines variables	120
Tableau 48 : Pourcentage (%) de répondants relatifs aux canaux d'information indiqués pour parler de vaccination selon certaines variables	122
Tableau 49 : Pourcentage d'enfants vaccinés d'après la déclaration des répondants selon certaines variables (%)	124
Tableau 50 : Répartition (%) des enfants par type de vaccin reçu selon le département, le milieu de résidence et le sexe.	126
Tableau 51 : Personne motivant la vaccination des enfants selon certaines variables	127
Tableau 52 : Pourcentage d'enfants vaccinés d'après la déclaration des répondants selon certaines variables (%)	128
Tableau 53 : Répartition des personnes en charge des enfants selon la raison de la vaccination des enfants à ces moments précis selon certaines variables	129
Tableau 54 : Personne motivant la vaccination des enfants selon certaines variables	131
Tableau 55 : Apparition et Types d'effets secondaires après la vaccination des enfants selon certaines variables	133
Tableau 56 : Gestion des effets secondaires après la vaccination des enfants selon certaines variables (%)	134
Tableau 57 : Possession (%) des carnets de vaccination par les enfants selon certaines variables	135
Tableau 58 : Déclaration des répondants ayant payé quelque chose pour la vaccination des enfants selon certaines variables (%)	136
Tableau 59 : Pourcentage de personnes ayant peur des vaccins pour les enfants et types de vaccins craints selon certaines variables	138
Tableau 60 : Personne prenant la décision en matière de vaccination des enfants selon certaines variables	139
Tableau 61 : Personne ayant encouragé/décuragé la vaccination des enfants selon certaines variables	141
Tableau 62 : Méthodes utilisées pour encourager/décurager sur la vaccination des enfants selon certaines variables (%)	142
Tableau 63 : Pourcentage/score des personnes en charge des enfants suivant les chaînes de télévision qui émettent dans leur localité	149
Tableau 64 : Pourcentage/score des personnes en charge des enfants suivant les chaînes de radio qui émettent dans leur localité	150
Tableau 65 : Répartition (%) des femmes selon leurs propositions pour adhésion aux campagnes de vaccination	152
Tableau 66 : Répartition des répondants selon leur connaissance des méthodes pour éviter d'attraper la Covid-19	156
Tableau 67 : Connaissance des manifestations de la Covid-19 selon les répondants	158
Tableau 68 : Répartition des répondants selon leur connaissance du traitement de la Covid-19	160
Tableau 69 : Connaissance des manifestations de la Covid-19 selon les répondants	162
Tableau 70 : Répartition des répondants selon leur besoins en informations sur la Covid-19	164
Tableau 71 : Répartition des répondants selon leur connaissance des types de vaccins disponibles en Haïti par département d'enquête et milieu de résidence (%)	165

Liste des figures et graphiques

Figure 1: Carte d'Haïti par département	35
Graphique 2 : Répartition des enfants suivant certaines caractéristiques sociodémographiques	56
Graphique 3 : Répartition des personnes en charge des enfants qui ont déjà entendu parler de vaccination selon le département et le milieu de résidence	62
Graphique 4 : types de vaccins connus des personnes en charge des enfants	64
Graphique 5 : Pourcentage des personnes en charge des enfants suivant leurs perceptions de l'importance de la vaccination par département d'enquête et milieu de résidence	65
Graphique 6 : Proportion de personnes en charge des enfants qui ont déjà été vaccinées	67
Graphique 7 : Proportion de personnes connaissant des gens qui ne se font pas vacciner, ni vacciner leurs enfants	79
Graphique 8 : Répartition des personnes en charge des enfants suivant leur principale appréciation au sujet des campagnes de vaccination menées dans leur localité par département d'enquête et milieu de résidence	86
Graphique 9 : Proportion de personnes en charge des enfants qui connaissent le calendrier de vaccination	91
Graphique 10: Pourcentage des mères/personnes en charge qui connaissent les maladies que l'on peut éviter par la vaccination qui sont administrées gratuitement dans les formations sanitaires publiques par département d'enquête et milieu de résidence	94
Graphique 11: Proportion (%) des personnes en charge qui connaissent les types de vaccins administrés gratuitement dans les formations sanitaires	95
Graphique 12 : Pourcentage des mères/personnes en charge pour qui l'heure de passage des vaccinateurs n'est pas convenable par département d'enquête et milieu de résidence	97
graphique 13 : Répartition des mères/personnes en charge qui étaient informées de la dernière campagne de vaccination (de décembre 2022) suivant l'appréciation qu'elles en font par département d'enquête et milieu de résidence	106
Graphique 14: Proportion (%) de ménages qui abordent les sujets relatifs à la vaccination selon certaines variables	109

Graphique 15 : Proportion de ménages qui abordent les sujets de maladie au sein du ménage	112
Graphique 16 : Principales maladies que les parents abordent avec leur progéniture dans les ménages	113
Graphique 17 : Proportion de ménages connaissant des lieux de vaccination selon certaines variables	115
Graphique 18 : Répartition des enquêtés en fonction des types de vaccin reçus (%)	125
Graphique 19 : Proportion (%) des enfants dont les mères/personnes en charge ont eu des difficultés à les vacciner selon certaines variables	130
Graphique 20 : Répartition des répondants dont les enfants ont eu des effets secondaires après la vaccination	132
Graphique 21 : Proportion (%) de personnes ayant été encouragé/découragé pour vacciner l'enfant	140
Graphique 22 : Principaux moyens de communication utilisés dans la communauté	147
Graphique 23 : Appréciation de l'efficacité des canaux/moyens de communication utilisés	148
Graphique 24 : Répartition des répondants en fonction de leur proposition pour une meilleure information des populations	151
Graphique 25 : Répartition des répondants ayant connaissance ou déjà souffert de la Covid-19 par département et milieu de résidence (%)	154
Graphique 26 : Proportion de personnes sachant comment éviter la Covid-19 (%)	155
Graphique 27 : Répartition des répondants selon leur connaissance des manifestations de la Covid-19	
157	
Graphique 28 : Proportion de répondants ayant reçu le vaccin contre la Covid-19 par département et par milieu de résidence (%)	161

Sigles et acronymes

<u>ASCP</u>	Agents de Santé Communautaire Polyvalents
<u>BCG</u>	Bacille Calmet et Guérin
<u>CDC</u>	Center for Disease Control and Prevention
<u>CM</u>	Chef de Ménage
<u>CPN</u>	Consultation Prénatale
<u>DELR</u>	Direction d'Epidémiologie, de Laboratoires et de Recherche
<u>DHIS2</u>	District Health Information System – 2ème Version
<u>DTC</u>	Diphthérie, Tétanos, Coqueluche
<u>EMMUS</u>	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services en Haïti
<u>GAVI</u>	Global Alliance Vaccination Initiative
<u>HVB</u>	Hépatite à Virus B
<u>IRA</u>	Infection Respiratoire Aiguë
<u>JSI</u>	John Snow, Inc
<u>LADIREP</u>	Laboratoire Langues, Discours et Représentations
<u>LNSP</u>	Laboratoire National de Santé Publique
<u>MEV</u>	Maladies Evitables par Vaccination
<u>M-Rite</u>	MOMENTUM Routine Immunization Transformation and Equity (MOMENTUM Transformation et Equité de la Vaccination)
<u>MSF</u>	Médecins Sans Frontières
<u>MSPP</u>	Ministère de la Santé Publique et de la Population
<u>OPS</u>	Organisation Panaméricaine de la Santé
<u>OMS</u>	Organisation Mondiale de la Santé

<u>OSE</u>	Officiers de Surveillance Epidémiologique
<u>PEV</u>	Programme Elargi de Vaccination
<u>PFA</u>	Paralysie Flasque Aiguë
<u>RGPH</u>	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<u>RHJS</u>	Réseau Haïtien de Journalistes en Santé
<u>RR</u>	Rougeole/Rubéole
<u>SAGE</u>	Strategic Advisor Group of Experts on Immunization
<u>SDE</u>	Section d'Enumération
<u>SIDA</u>	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
<u>SISNU</u>	Système d'Information Sanitaire National Unique
<u>SPMVS</u>	Stratégies et pratiques mondiales de vaccination systématique
<u>SRC</u>	Syndrome de Rubéole Congénitale
<u>TNN</u>	Tétanos Néonatal
<u>UCNPV</u>	Unité de Coordination Nationale du Programme de Vaccination
<u>UCRP</u>	Unité de Communication et des Relations Publiques
<u>UEP</u>	Unité d'Etudes et de Programmation
<u>UNICEF</u>	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
<u>USAID</u>	Agence des Etats Unis pour le développement International

Résumé

L'enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de vaccination en Haïti s'est déroulée dans l'ensemble des dix départements que compte le pays, ainsi qu'à l'Aire Métropolitaine. L'objectif de l'enquête était de fournir au Programme national de vaccination des informations pertinentes sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations sur la vaccination, afin d'identifier les facteurs freinant la demande de service de vaccination et plus spécifiquement le respect du calendrier vaccinal.

La méthodologie de l'enquête a reposé sur une combinaison des méthodes quantitatives et qualitatives, avec l'utilisation des smartphones pour la collecte des données via l'outil KoboCollect. Des entretiens individuels semi structurés ainsi que des Focus Group Discussions ont également été effectués. Les principales cibles étaient les mères/personnes en charge des enfants âgés de moins de 25 mois, les grands-parents de ces derniers ainsi que les leaders communautaires et religieux et les responsables intervenant dans les PEV.

Pour la réalisation de l'enquête, un total de 1238 ménages a été sélectionnés (sur 1228 prévus) dont 1158 éligibles ont effectivement été interviewés. 309 ménages ayant au total 1220 enfants de 0-23 mois parmi lesquels 303 enfants de 0-6 mois, ont été interviewés. Des 1158 chefs de ménages enquêtés, 52,5% sont de sexe masculin contre 47,5% de sexe féminin. Au total, 5894 personnes ont été enquêtées dans les ménages retenus, dont 43,9% de sexe masculin et 56,1% de sexe féminin, 37,6% en milieu urbain contre 62,4% en milieu rural. 60,4% de ces personnes ne travaillent pas tandis que 27,9% sont indépendants ou travaillent à leur propre compte. Ces personnes sont constituées de 21,9% de personnes de moins de 2 ans, 13,5% d'enfants de 2 à 9 ans, 15,3% des personnes de 10 à 19 ans, 18,3% des personnes de 20 à 29 ans, 24,3% de 30 à 59 ans et 3,1% de personnes de 60 ans et plus. Quant aux enfants de 0-24 mois, ils sont équitablement répartis selon le sexe (50% chacun), 22,4% sont âgés de 0-6 mois, 29,6% de 7

à 11 mois et 48% sont âgés de 12-24 mois. 99,3% de ces enfants ont leur mère biologique encore en vie tandis que 91% ont leur père biologique en vie.

Connaissance de la vaccination

De la connaissance des vaccins, il ressort que 96,6% des personnes en charge des enfants ont déjà entendu parler de la vaccination. Le vaccin le plus connu des mères/gardiennes d'enfants est celui de la tuberculose ou BCG (73,2%), suivi de la poliomyélite ou VPO (46,7%), de la diphtérie+Hépatite+Haemophilus Influenza B ou DTC + Hépatite + Hib3 (15,1%), du vaccin antitétanique ou VAT (14,1%), du vaccin contre la fièvre jaune ou VAA (8,4%), du vaccin anti-rougeole ou VAR (8%) et de la méningite (0,8%). Tout de même, il faut souligner que 30,6% des interviewés ont mentionné la vitamine A parmi les vaccins.

Par ailleurs, 75,1% de personnes trouvent que la vaccination est très importante et 24% la trouvent importante. En revanche, 23,5% seulement connaissent le calendrier de vaccination. Quant à la possession du carnet de vaccination, 93,9% d'enfants en possèdent et le document a pu être présenté pour 57,3% d'entre eux. A la question relative au coût des services, 38% de personnes ont eu à payer pour la vaccination : 17,2% pour la carte seulement, 6,3% pour la consultation, 3,2% pour le vaccin seulement, 1,4% pour la seringue seulement et 4,5% pour tout le paquet.

S'agissant des principales maladies qui affectent les enfants dans les localités, il s'agit du paludisme/ fièvre (57,6%), de la toux/grippe (56,7%), de la diarrhée (35,6%), de la fièvre typhoïde (21%), de la rougeole (19%), de la varicelle/variole (6,4%), de la tuberculose (3,6%), des oreillons (3,4%), de la polio (3,2%), de la diphtérie/ coqueluche (3,1%), du téton (1,5%), de la méningite (0,2%) et de l'hépatite (0,1%). Quant aux maladies connues des personnes en charge des enfants, celles que ces dernières ont déclaré être supposées évitables par la vaccination sont la tuberculose (49,1%), la polio (42,8%), la rougeole (42%), le téton (34,9%), le choléra

(23,1%), la fièvre typhoïde (20,7%), le paludisme (15,4%), la coqueluche (11,6%), la carence en vitamine A (11,6%), la diarrhée à Rota virus (9,9%), la diphtérie (6,8%), la malnutrition (5,5%), les vers intestinaux (3,2%), l'hépatite B (3,1%), l'angine (2,6%), la pneumonie (2,1%) et la méningite (2,1%). Il faut signaler que la fièvre jaune a été citée non seulement en tant que maladie qui sévit dans la localité (8,8%) mais aussi comme pathologie connue des gardiens/nes d'enfants (8,8% et 15,5% respectivement) En ce qui concerne les programmes élargis de vaccination, la proportion des mères/personnes en charge des enfants, qui connaissent les maladies que l'on peut éviter par la vaccination, et dont les vaccins sont administrés gratuitement dans les formations sanitaires publiques, est de 38%. Les vaccins les plus connus comme étant gratuits dans les formations sanitaires sont d'après les répondants : la tuberculose (74,1%), la poliomyélite (64,1%), le tétanos (34,3%), la fièvre jaune (23%), la vitamine A (22,6%), la diphtérie/coqueluche (20,9%), et quelque peu la rougeole (12,8%). Les moins connus sont cependant la pneumonie (5,9%), l'angine (4,1%) et l'otite (2,2%). La dernière campagne de vaccination contre la polio (décembre 2022) est très peu connue des mères/gardiennes d'enfants, puisque seulement 12,7% d'entre elles en ont été informées. Mais elle est particulièrement méconnue dans le Sud (2,2%) et l'Artibonite (3,8%). Cependant, pour ces personnes ayant eu connaissance de la dernière campagne, l'appréciation est plutôt bonne dans l'ensemble, soit 85,7%, contre 5,8% ayant eu une mauvaise appréciation et 8,4% ayant un autre avis.

En ce qui a trait aux gouttes de polio administrées aux enfants, 56,8% des gardiennes/mères d'enfants pensent qu'elles jouent un rôle préventif (56,8%), 1,8% à autre rôle et 41,4% ignorent véritablement leur rôle. Seulement 4,6% des répondants craignent ces gouttes. Par ailleurs, 84,6% des personnes en charge des enfants ne connaissent pas les manifestations de la polio. 13,6% reconnaissent tout de même la paralysie des membres comme manifestation. S'agissant des moyens pour éviter la polio, les personnes en charge des enfants déclarent la vaccination (60,9%), l'hygiène notamment le lavage des mains, l'usage des latrines, la consommation d'aliments propres et d'une eau de boisson potable (16,4%), les guérisseurs traditionnels (4,5%), les tradipraticiens (0,2%). Aussi, 63,7% des personnes en charge des enfants connaissent ou reconnaissent ?? les médecins/infirmiers des structures sanitaires comme étant les personnes indiquées pour donner les gouttes de polio aux enfants, 19,7% choisissent le personnel

de santé venu pour cette occasion particulière et 4,7% optent pour d'autres personnes formées pour la circonstance. Près d'une personne sur cinq (19,1%) trouve que l'heure de passage des vaccinateurs n'est pas convenable. En outre, 43,6% des personnes ne vaccinent pas leurs enfants à tous les passages des vaccinateurs, estimant qu'elles n'ont pas besoin de vacciner l'enfant tout le temps (36,5%), qu'elles n'ont pas toujours le temps (17,9%) ou que le vaccin a des effets secondaires (12,3%). D'autres raisons ont cependant été évoquées (39,9%) et concernent l'insécurité, le désintérêt, la préférence de la vaccination au centre de santé, l'absence de campagne, le respect des rendez-vous de vaccination, la méfiance ou encore leur absence lors du passage des vaccinateurs.

Afin d'améliorer les campagnes de vaccination, les répondants ont proposé d'accentuer la sensibilisation (67,2%), d'impliquer suffisamment les femmes (31,5%), les chefs de ménages (23,1%), également suffisamment les relais communautaires (17,7%), les autorités religieuses (16,5%) et les leaders d'opinion (8,3%). Dans la même suite, pour améliorer l'adhésion massive à ces campagnes, les mères/gardiennes des enfants suggèrent plus de communication (66,4%), une éducation de la population (57,5%), une implication accrue des infirmières (26,3%), une sensibilisation par les réunions et associations (20,6%), les autorités religieuses (17,5%), les autorités traditionnelles (16,1%) ainsi qu'au niveau des établissements scolaires (6,9%).

Attitudes en matière de vaccination

S'agissant des attitudes quant à la vaccination, 60,5% des ménages abordent les sujets relatifs à la vaccination, et les principaux sujets abordés sont la nécessité de se faire vacciner (85,4%) et les périodes de vaccination (36,5%). Des 39,5% de personnes n'abordant pas ce sujet, les principales raisons évoquées consistent au défaut de connaissance des gens dans le domaine (50,1%), au manque d'intérêt de certains (19%), temps (18,4%) et à l'attribution de cette activité aux femmes principalement (16,8%).

Au sujet des maladies, 58,9% des ménages abordent les questions sur la maladie dans leurs ménages, et les principales maladies mentionnées sont l'hépatite (73,4%), les infections respiratoires (48,1%), la diarrhée (16,3%), la méningite (15,8%), la poliomyélite (13,7%), la fièvre typhoïde (13%), le SIDA (8,8%), le tétanos (8,1%). Les aspects sur lesquels les ménages échangent au sujet des maladies concernent les causes de la maladie (74,1%), les méthodes de lutte/prise en charge de la

maladie (40,7%), les méthodes de prévention (40,3%), la connaissance des manifestations de la maladie (35,3%), la prévention/vaccination (20,4%).

S'agissant des lieux de vaccination de routine, 93% des personnes en charge des enfants connaissent les lieux de vaccination. Les principaux lieux sont les CS/CMA/CSI (70%), suivis de l'hôpital (31,1%) et du personnel de santé ambulant (23,8%). Pour s'y rendre, 34,5% peuvent le faire en moins de 15 minutes, 28,4% en 15 à 30 minutes et 15,7% entre 30 minutes et une heure. Par contre, 11,6% de personnes en charge des enfants mettent plus d'une heure pour se rendre au lieu de vaccination le plus proche. 18,7% de personnes en charge des enfants ont accès aux centres de vaccination les jours ouvrables de lundi à vendredi, 16,7% l'ont un jour par semaine, 7,6% 2 jours par semaine, 5,7% tous les jours, 1,7% trois jours par semaine, 0,3% les weekends uniquement et 13,7% ignorent les jours de vaccination.

S'agissant des conseils en matière vaccinale, une personne sur 3 (33%) pense qu'il y a des personnes indiquées pour parler de vaccination. Les personnes indiquées sont majoritairement les personnels de santé (63,7%), tandis que très peu choisissent les parents (15,7%) et les mobilisateurs/relais communautaires (11,1%). Les principaux lieux pour parler de vaccination sont la formation sanitaire (49,2%), l'église (33,9%), les associations/réunions (25,4%), le marché (24,2%), les établissements scolaires (19,1%). Les personnes qui influencent ou motivent à la vaccination sont la mère (59,4%), le père (12,9%) et les grands-mères (6,7%). La prise de décision sur la vaccination également dépend d'abord des mères (85,8%), suivies des pères (35,2%) et des grands-mères (10,9%).

Pratiques de la vaccination

En ce qui concerne la pratique de la vaccination, 90,2% d'enfants ont déjà reçu au moins un vaccin, 46,8% tous les vaccins et 9,8% n'ont jamais été vaccinés. Les principaux vaccins reçus sont ceux de la tuberculose ou BCG (75,5%) et de la poliomyélite ou VPO (50,4%). Un peu plus du quart des enfants ont reçu le vaccin anti-rougeole ou VAR (26%) ainsi que la vitamine A (28,4%), 17,7% d'enfants le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC). Très peu d'enfants ont reçu le vaccin contre la fièvre jaune ou VAA (4,5%). Les principaux moments de vaccination sont selon le rendez-vous (73,6%) et à la naissance (70,8%), mais très peu lors des campagnes (7,1%). La principale raison qui explique ces choix c'est justement le respect du

calendrier vaccinal et des rendez-vous (72,3%), suivi des opportunités (15,9%).

Pour ce qui est de la situation vaccinale des personnes en charge des enfants, l'enquête a montré que 84,1% d'entre elles ont déjà été vaccinées. Les derniers vaccins pris sont principalement le VAT (47%), le VAA (10,7%) et la méningite (3,1%) ; 54,7% ayant pris d'autres types de vaccins tels que le BCG, le VAR, celui de la Covid-19, de la polio, du choléra, de la pneumonie, le Rotavirus, le zona, ainsi que d'autres vaccins dont elles ont eu du mal à se souvenir.

Pour les personnes qui ne se sont pas fait vacciner et ne vaccinent pas non plus leurs enfants, les principales raisons sont l'indisponibilité des vaccins (31,1%), l'éloignement (14,1%), l'absence d'offre de la vaccination le jour choisi (9%), le temps d'attente trop long (5%), l'absence de personnel de santé (3,4%), d'offre dans la formation sanitaire (3,3%), de formation sanitaire proche (3,1%), le coût élevé du vaccin (1,6%), le mauvais accueil (0,8%) et la mauvaise expérience de la vaccination (0,3%). Par ailleurs, 97,6% des personnes en charge des enfants pensent que tous les enfants doivent se faire vacciner. Par rapport au jour de passage des agents enquêteurs, 1,3% de personnes ont reçu leur dernier vaccin ledit jour, 12,3% il y a moins d'une semaine, près de deux personnes sur cinq (40,2%) depuis moins d'un mois ; pour 35,3% cela remonte à moins d'un an, pour 7,7% à plus d'un an, tandis que 3,1% ne l'ont jamais reçu. S'agissant des contraintes liées à la vaccination, 36,1% de personnes en charge des enfants ont des difficultés à les faire vacciner. Les principales difficultés évoquées sont l'indisponibilité des vaccins (58,3%), l'éloignement par rapport au lieu de vaccination (31,6%), le temps d'attente trop long (19,3%), l'absence d'offre des services de vaccination le jour du passage (16,7%), de formation sanitaire proche (9,2%), du personnel de santé (7,1%), le coût élevé du vaccin (6,6%), l'absence d'offre des services de vaccination dans la formation sanitaire (3,3%), le mauvais accueil (2,4%) et la mauvaise expérience de la vaccination (1,9%). D'autres raisons ont également été citées, telles que l'insécurité persistante, le manque de moyen de transport, l'absence des infirmiers, la négligence, le manque de temps, l'incompatibilité du calendrier, les convictions religieuses et le quota d'enfants non atteint pour démarrer les vaccinations.

Pour les effets secondaires de la vaccination, 82,9% d'enfants en ont déjà eus après la prise d'un vaccin. Le principal effet secondaire est la fièvre ou le palu (96,4%),

suivi du gonflement ou de l'abcès (13,9%). La gestion des effets secondaires consiste pour les ménages enquêtés à aller en pharmacie (26%), voir un guérisseur traditionnel (25,4%), faire de l'automédication ou à contacter un vendeur informel de médicaments (19,3%), se rendre dans une structure de santé (5,3%) ou rentrer (OU RETOURNER ??) au lieu de vaccination (3,7%). En outre, très peu de personnes en charge des enfants ont peur du vaccin (9%), et les cas de crainte concernent les vaccins de la tuberculose (81,2%), de la poliomyélite (26,5%), de la diphtérie, tétanos et coqueluche (20,5%), du vaccin anti-rougeole (12%), de la vitamine A (12%), du vaccin contre la fièvre jaune (11,1%) et du vaccin anti-tétanique (11,1%). La fièvre (60,7%), les blessures (11,1%), la mort (5,1%), la stérilité (0,9%) et le cancer (0,9%), constituent les principales raisons de crainte.

Concernant la vaccination des personnes dans l'entourage, 30,1% de mères/gardiennes d'enfants ont déclaré connaître des personnes qui ne se font ni vacciner, ni ne font vacciner leurs enfants. Les principales raisons de refus sont la peur des effets secondaires (43,8%) et le manque d'information (40,2%). Aussi, moins de la moitié des personnes adhèrent aux vaccinations (42,6%) et pour ceux qui n'y adhèrent pas, 64,6% personnes de l'entourage trouvent cette attitude irresponsable. Lorsque les campagnes de vaccination sont menées, 41% des personnes en charge des enfants estiment qu'elles sont bien organisées et efficaces, 16,3% les trouvent bien régulières, alors que 23,6% ignorent que des campagnes sont menées. Par ailleurs, pour 6,5% des enquêtés, elles ne sont pas annoncées à l'avance, 5,6% les jugent inopportunes, 4,5% pensent que c'est une perte de temps et 3,6% les considèrent même gênantes.

Relativement aux causeries éducatives, 59,1% de personnes en charge des enfants en bénéficient, dont 58,4% en milieu urbain contre 59,5% en milieu rural. Mais la proportion est particulièrement faible dans le département du Sud-Est (19,8%) et faible au Sud (47,8%). Par ailleurs, la proportion de personnes en charge des enfants chez qui le personnel de santé vient souvent vacciner les enfants ou les femmes enceintes est de 52,6%, mais très faible dans le Sud-Est (9,9%) et faible dans le Sud (36,7%). S'agissant de la proportion des personnes en charge des enfants qui sont informées à l'avance du passage des vaccinateurs, elle est de 40,7%, mais faible dans le Sud-Est (4,4%) et le Sud (23,3%). Ces statistiques ont révélé que les départements du Sud-Est et du Sud sont sous-couverts en matière de causerie éducative de la stratégie avancée simultanément pour ces 3 indicateurs.

Canaux d'information

Les principaux moyens de communication utilisés dans les différentes communautés sont les mobilisateurs communautaires/pairs éducateurs/crieurs (49,6%), le bouche à oreilles (40,2%), la radio (26,1%), le personnel de santé (23,5%), les associations/réunions (10,1%), les véhicules sonorisés (9,7%), les affiches (8,3%), la télévision (6,7%), les marchés (5,2%), l'internet (4,9%), les chefs de quartiers/villages/autorités traditionnelles (4,3%), les amis/collègues/voisins (3%), les journaux (1,4%), les écoles (1,3%), les églises/mosquées (0,7%) et les lieux de travail (0,6%). Quant à leur efficacité, près de quatre personnes sur cinq (80,5%) les trouvent efficaces, tandis que près d'une personne sur cinq (19,5%) les juge inefficaces.

Pandémie de Covid-19

Relativement à la récente pandémie de Covid-19, la quasi-totalité des répondants (97,8%) en ont déjà entendu parler. Par ailleurs, l'enquête a montré que 3,5% des répondants ont déjà eu à contracter la Covid-19 par le passé et 88,9% des personnes en charge des enfants savent comment faire pour éviter cette maladie. La principale méthode est le lavage des mains avec du savon (82,2%); viennent ensuite, le respect des mesures barrières (56,8%), le port du masque/cache-nez (53,1%), la vaccination (9,8%), la bonne alimentation (7,1%), en évitant d'inhaler de l'air pollué (7,1%), l'allaitement maternel exclusif (0,5%), ainsi que d'autres méthodes (18,5%). Près de deux personnes sur trois (64,1%) ont déclaré connaître les manifestations de la Covid-19, à l'instar des difficultés à respirer (63,3%), de la fièvre (58,8%), des maux de tête (38,8%), de la diarrhée (30%), de l'irritation de la gorge (27,9%), des troubles d'appétit (14,7%), du mal de ventre (11,2%), de la soif intense (9,5%), des éruptions cutanées (2,4%), ainsi que d'autres types de manifestations. Pour le traitement de la Covid-19, les répondants optent principalement pour la médecine moderne (57,2%), suivie de la médecine traditionnelle (22,5%), la prière (7,6%), les charlatans (0,7%), l'impossibilité à traiter (0,3%), d'autres méthodes de traitement (6,4%), tandis que 27,9% déclarent ne pas savoir comment le traiter.

Concernant le statut vaccinal, l'enquête a montré que 18% des répondants ont reçu le vaccin contre la Covid-19. Quant aux raisons évoquées justifiant la non prise du vaccin, 40,6% se sont abstenu parce qu'ils en savent très peu sur le vaccin, 23% n'aiment pas ce vaccin, 17,7% les trouvent dangereux, 4% estiment qu'ils ne protègent pas, 1,4% pensent qu'il y a trop de vaccins et 38,1% le font pour d'autres raisons. La connaissance des types de vaccins disponibles en Haïti est également

très faible, puisque 11,5% des répondants ont déclaré connaître les types de vaccins disponibles, à l'instar de Janssen, Moderna et Pfizer. Afin d'améliorer la sensibilisation sur la Covid-19, les répondants ont principalement sollicité qu'on leur explique le rôle du vaccin (66,2%), ses effets secondaires (42,2%), son

mode de fonctionnement (40%), l'éligibilité au vaccin (20,9%), la date de disponibilité prévue du vaccin (19%), son coût (gratuit ou payant) (9,4%), tandis que 15,2% ont sollicité d'autres types d'informations.

Introduction

L'amélioration de la santé de la population est une préoccupation constante du Gouvernement Haïtien à travers son ministère de la Santé Publique et de la Population, avec l'appui des partenaires au Développement tels que l'OMS et l'UNICEF. A travers la vaccination, les effets catastrophiques de certaines maladies telles que la polio, la rougeole et la variole ont été réduits et ont permis aux enfants de grandir en bonne santé et heureux.

Toutefois, en 2020 dans le monde, 23 millions d'enfants n'ont pas reçu les vaccins de base dans le cadre des services de santé habituels, ce qui en fait le nombre le plus élevé depuis 2009 et représente une hausse de 3,7 millions par rapport à 2019. Selon de nouvelles données de l'OMS et de l'UNICEF, la pandémie de COVID-19 entraîne un net recul des vaccinations chez l'enfant. Vingt-trois millions d'enfants n'ont pas reçu les vaccins de base dans le cadre des services de vaccination systématique en 2020, soit 3,7 millions de plus qu'en 2019. Cette série de chiffres complets sur la vaccination des enfants dans le monde – la dernière en date et la première à refléter officiellement les interruptions de service dans le monde imputable à la COVID-19 – montre que la plupart des pays ont connu depuis 2020 des baisses des taux de vaccination des enfants.

En Haïti en particulier, malgré les efforts considérables entrepris ces dernières années à l'échelle nationale et l'importante mobilisation de ressources tant au sein du ministère de la Santé Publique et de la Population qu'au travers des organismes de coopération, 7% d'enfants n'ont reçu aucun vaccin et 35% ont été perdus de vue (EMMUS VI, 2016-2017). Cette mobilisation avait entre autres comme objectif de permettre une très large information des parents et gardiens d'enfants et aussi de réduire les difficultés d'accès géographique aux services de vaccination.

La présente étude dans le but d'appréhender les réalités spécifiques aux régions d'Haïti en matière vaccinale, afin de mieux connaître les opinions, les pratiques et

les attentes des parents et responsables d'enfants, des leaders d'opinion dans les communautés et des prestataires de services concernant la vaccination, pour in fine, identifier les facteurs freinant la demande de service de vaccination et plus spécifiquement le respect du calendrier vaccinal.

L'objectif général de l'étude est de fournir au Programme national de vaccination des informations pertinentes sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations sur la vaccination.

En termes méthodologique, l'enquête est une étude CAP (connaissances, attitudes et pratiques) qui s'appuie sur une collecte de données mixte combinant une méthode qualitative et une méthode quantitative. Elle couvre l'ensemble des 10 départements d'Haïti ainsi que l'Aire Métropolitaine, dans lesquels l'exploration des connaissances est faite en milieu urbain et en milieu rural. Elle cible au plan primaire les mères/personnes en charge des enfants âgés de moins de 25 mois, au plan secondaire les grands-parents de ces derniers et au plan tertiaire les leaders communautaires et religieux, les responsables départementaux du Ministère en charge de la Santé, responsables des PEV, les agents de vaccination et les responsables des ONG impliqués dans les PEV.

La base de sondage pour la collecte quantitative est celle du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2003 (RGPH 2003) actualisée en 2011, dans laquelle des Sections d'Enumération (SDE) sont tirées au premier degré, puis y sont sélectionnés 1238 ménages de manière aléatoire au second degré. La collecte des données quantitatives s'est faite à l'aide de questionnaires standardisés sur smartphone avec l'outil de collecte en ligne KobotoolBox, et selon la méthodologie répondant aux normes en vigueur de l'OMS en termes de mise en œuvre des enquêtes de couverture. Quant à la collecte qualitative, des entretiens individuels semi-structurés ainsi que des focus group discussions auprès des femmes, des hommes, des

leaders communautaires et des responsables du PEV ont été menés.

Le rapport qui analyse les aspects qualitatif et quantitatif est structuré de la manière suivante :

- La première partie porte sur le contexte de réalisation de l'enquête.
- La seconde partie traite de la méthodologie utilisée dont les cibles, l'échantillonnage, des techniques et outils de collecte de données, l'organisation du travail de terrain, du traitement et de l'analyse des données.
- La troisième partie présente les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés et le cadre de vie des ménages, comprenant la répartition spatiale, les caractéristiques des chefs de ménage enquêtés, des enfants, de l'ensemble des personnes enquêtées ainsi que du cadre de vie des ménages.
- La quatrième partie se rapporte à la connaissance de la vaccination principalement celle, des PEV et de la Polio.
- La cinquième partie concerne les attitudes en matière de vaccination, comme l'éducation à la vaccination et aux maladies dans les ménages, l'accès aux lieux de vaccination et les attitudes face aux canaux d'information
- La sixième partie décrit les pratiques en matière de vaccination, notamment les aspects quantitatifs et qualitatifs.
- La septième partie porte sur les canaux de communication, comprenant les canaux de communication existant et les propositions pour une adhésion massive aux campagnes de vaccination.
- La huitième et dernière partie fournit des informations relatives au Covid-19, telle la connaissance de la Covid-19, les méthodes pour l'éviter, les manifestations de la maladie, la vaccination contre la Covid-19, la sensibilisation y afférente, ainsi que la disponibilité des vaccins contre la Covid-19 en Haïti.

Le rapport s'achève par une conclusion et la proposition de recommandations.

01

CONTEXTE ET REVUE DOCUMENTAIRE



1.1 Contexte

Dans plusieurs pays du monde, comme c'est le cas en Haïti, l'instabilité socio-politico-économique a contribué à limiter l'atteinte des Objectifs de développement durable (ODD) à savoir éradiquer la pauvreté, protéger la planète et faire en sorte que tous les êtres humains vivent en santé, dans la paix et la prospérité.

Entre 2016 et 2020, Haïti a spécifiquement été marqué par de multiples troubles politiques, sociaux et sanitaires (MSPP, 2021). En ce qui concerne la politique, on note les tumultes occasionnés par les élections présidentielles et locales. Sur le plan social, les assassinats, les affrontements et les enlèvements par des gangs dans la capitale et dans bien d'autres localités comptent également comme les facteurs de l'instabilité en Haïti. Selon les observations menées par l'International Organization for Migration (IOM, 2022), effectuée entre juin et août 2022, 96.000 personnes ont fui l'insécurité qui sévit dans la capitale ... , tandis que (17.000 personnes sont toujours déplacées des suites du tremblement de terre qui ont dévasté les régions du Sud du pays en août 2021). À cause de ce trouble sociopolitique (kidnappings et surtout des précarités afférentes), les ménages ont vu leur accessibilité aux services sanitaires diminuer. D'un autre point de vue, l'accès aux services de santé a été rendu difficile en raison de la pénurie des carburants ayant limité l'approvisionnement des intrants et réactifs dans les structures de santé.

Entre autres difficultés en matière de santé en Haïti, la vaccination est comptée parmi les plus déficitaires. En effet, les études sur la disparité des provinces d'Haïti montrent que l'accès et l'utilisation des services du programme Élargi de vaccination ont historiquement rencontré des difficultés. Nous notons que le pourcentage des enfants de 12 à 23 mois ayant reçus tous les vaccins lors de l'enquête EMMUS a diminué entre 2012 et 2016. Cependant, les statistiques sanitaires montrent une augmentation du taux de vaccination en 2018 chez les enfants de moins d'un an pour les quatre vaccins (MSPP, 2019).

Bien que 2018 soit marqué par des efforts considérables entrepris ces dernières années à l'échelle nationale par le ministère de la Santé Publique et de la Population, ainsi qu'à travers des organismes de coopération, il est à souligner qu'on observe un faible taux de vaccination en Haïti et à travers le monde depuis l'avènement de la

pandémie à COVID-19. Sur le plan international en effet, vingt-trois millions d'enfants n'ont pas reçu les vaccins de base dans le cadre des services de vaccination systématique en 2020, soit 3,7 millions de plus qu'en 2019, selon les données officielles publiées par l'OMS et l'UNICEF (OMS, 2021). En Afrique, 12,7 millions d'enfants étaient sous-vaccinés en 2021, parmi lesquels 8,7 millions n'avaient reçu aucune dose, également appelés enfants « zéro dose » (UNICEF, 2023). Le rapport de l'UNICEF intitulé « Situation des enfants dans le monde 2023 : Pour chaque enfant, des vaccins » révèlent aujourd'hui que 12,7 millions d'enfants en Afrique n'ont pas reçu un ou plusieurs vaccins au cours des trois dernières années.

La pandémie de COVID-19, apparue en mars 2020 en Haïti s'est ajoutée aux difficultés dues aux multiples années de crise socio-politique marquées par l'insécurité. La COVID a rendu encore plus difficile l'offre des soins de santé de qualité par la suspension de certains services, le manque récurrent de personnel et de supervisions formatives, ainsi que par la pénurie de certains intrants de base et les équipements de protection individuelle (MSPP, 2021, p3). En dehors de la COVID-19, les données de la littérature montrent que l'hésitation vaccinale résultant d'un ensemble de croyances et de controverses constitue un facteur clé du non-recours à la vaccination de routine en Haïti. De nombreux auteurs, emboitant le pas aux organismes internationaux, récapitulent des limites psychologiques et sociales. Sur le plan psychologique par exemple, Raude (2016) énonçait déjà que les représentations sociales des effets secondaires potentiels des vaccins ralentissent la couverture vaccinale. Du point de vue sociologique, deux phénomènes sont à prendre en compte : d'une part, la crise de confiance dans les pouvoirs publics en général et des autorités sanitaires en particulier ; d'autre part, la propagation des théories conspirationnistes, de rumeurs et d'informations fausses ou invérifiables exacerbent davantage le non-recours à la vaccination de routine (Raude, 2016). Par ailleurs, les études sur les variations régionales dans les dix départements d'Haïti montrent spécifiquement que les zones rurales sont les parties d'Haïti où non seulement la pauvreté est accrue, mais elles sont caractérisées par un taux de mortalité infantile élevé et une faible couverture sanitaire.

Les données de l'EMMUS VI, 2016-2017, montrent que ces facteurs de non-recours à la vaccination ont contribué à ce que 7% d'enfants n'ont reçu aucun

vaccin et 35% ont été perdus de vue. Après analyse de ces contrastes entre l'importance de la vaccination, les normes de vaccination officiellement recommandées, la situation de la faible couverture en vaccination en Haïti et les conséquences observées par la non-vaccination, figurent bien les niveaux d'information et de connaissance faibles des communautés en matière de vaccination d'une part, et la prédominance des habitudes socioculturelles d'autre part. Le manque d'efficacité de ces stratégies à atteindre le plus grand nombre d'enfants est attesté par des couvertures vaccinales inférieures aux objectifs nationaux compris entre 90 et 95%. Ces contrastes nécessitent de comprendre les connaissances, les attitudes et pratiques des mères et gardiennes d'enfants sur la vaccination et l'intérêt afférent à cette pratique pour identifier les facteurs freinant la demande de service de vaccination et plus spécifiquement le respect du calendrier vaccinal, etc.

1.2. Justification de l'Étude

L'accès et l'utilisation des services du programme national de vaccination ont historiquement rencontré des difficultés en Haïti, ce qui a eu des conséquences préoccupantes sur la couverture vaccinale des enfants haïtiens. Ces constatations peuvent être attribuables à un bouquet de facteurs complexes auxquels se sont ajoutées les conséquences de la crise du Covid 19. Au regard de tout ce qui précède, il semble opportun d'approfondir la compréhension sur les obstacles et les facteurs contextuels défavorisant l'accès et l'utilisation des services de vaccination en Haïti afin d'améliorer de façon optimale la couverture vaccinale des enfants en Haïti. Ainsi dans le but de mieux comprendre les réalités spécifiques aux régions d'Haïti, une analyse situationnelle de la vaccination est nécessaire. Ainsi, le besoin de mieux connaître les opinions, les pratiques et les attentes des parents et responsables d'enfants, des leaders d'opinion dans les communautés et des prestataires de services concernant la vaccination sont apparus, afin d'identifier les facteurs freinant la demande de service de vaccination et plus spécifiquement le respect du calendrier vaccinal.

1.3. Question de recherche et objectifs de l'étude

1.3.1. QUESTION PRINCIPALE DE RECHERCHE

Le questionnement qui oriente cette étude est le suivant :

Quel est le contexte global de connaissance, d'attitude et de pratique des populations haïtiennes en matière de vaccination des enfants de moins de 24 mois ?

1.3.1.2. OBJECTIF GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de cette enquête est d'apprécier les connaissances, attitudes et pratiques des populations haïtiennes sur la vaccination afin de disposer des données de référence qui contribueront à améliorer les stratégies de mise en œuvre du programme élargi de vaccination en Haïti.

1.3.1.3. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Plus spécifiquement, il s'agit de :

1. Mesurer le niveau des connaissances, les attitudes et les pratiques des parents et gardiens d'enfants de la tranche d'âge de 0 à 24 mois sur la vaccination ;
2. Déterminer les motivations, les croyances/ perceptions, les obstacles et les causes des mauvaises connaissances, attitudes et pratiques en matière de vaccination ;
3. Déterminer les freins à l'accessibilité et à l'utilisation des services de vaccination par les populations ;
4. Mesurer l'aspect équité de genres (pères et mères) dans la demande et l'utilisation de services de vaccination ;
5. Déterminer les sources, réseaux et moyens d'information des parents et gardiens d'enfants sur la vaccination ;
6. Mesurer l'incidence de l'environnement immédiat (grands-parents et autres influenceurs potentiels) sur le choix de la demande de la vaccination des enfants ;
7. Identifier les freins à l'accessibilité et à l'utilisation de services de vaccination ;
8. Décrire les connaissances et pratiques vis-à-vis du Covid 19 et du vaccin anti-Covid 19 ;
9. Formuler des recommandations et orientations visant à renforcer les stratégies de communication en vue de l'amélioration de la demande, de l'utilisation des services de vaccination et du respect du calendrier vaccinal.

1.4. Revue documentaire sur la vaccination en Haïti

1.4.1. APERÇU HISTORIQUE DES INITIATIVES DE LA VACCINATION

Le rapport MSPP, UNICEF (2020) met en exergue que dans les années 70, environ trois (3) millions d'enfants mourraient des Maladies Évitables par la Vaccination (MEV) et 750 000 autres souffraient de sérieux handicaps physiques, mentaux et psychologiques » (Aubry P., Gaüzère, B.A (2019). Sur la base de ce constat, l'OMS va lancer en 1974 et rendre opérationnel en 1977 le Programme Élargi de Vaccination (PEV) contre six (6) maladies à savoir la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole et la tuberculose.

Les populations cibles du PEV étaient les nouveau-nés et les nourrissons dans leur première année de vie, mais aussi des enfants plus âgés, jusqu'à 3 ou 4 ans, incorporés dans des actions de ratrappage, des femmes en âge de procréer pour la prévention du tétanos néonatal, des grands enfants et des adultes pour la vaccination antitétanique tous les 10 ans (Lévy-Bruhl D., Cook Jon, & al., 1993). En 1990, les Directives de l'OMS visaient, entre autres, l'éradication de la poliomyélite, l'élimination de la rougeole et le contrôle du tétanos néonatal. Trois autres maladies ont été ensuite introduites dans le PEV : la fièvre jaune en 1988 en zone d'endémie amarile, l'hépatite à virus B (HVB) en 1992, l'infection à Haemophilus influenzae type b (Hib) en 1998.

En 2005, l'OMS et l'UNICEF ont mis au point « La vaccination dans le monde : vision et stratégie 2006-2015. » Cette vision décennale visait à réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies évitables par la vaccination en améliorant l'efficacité des programmes nationaux de vaccination. L'un des objectifs de cette stratégie était que tous les pays parviennent à une couverture nationale de 90% du DTC3 et la maintiennent. Grâce à l'amélioration de la couverture vaccinale, et à bien d'autres initiatives de santé globale en faveur de l'accès universel aux soins de qualité, la mortalité infantile a été significativement réduite dans beaucoup de pays.

La stratégie de vaccination conçue en Haïti comporte un volet technique consistant en une offre de services, mais aussi un important volet communication pour stimuler la demande afin d'optimiser l'utilisation des

centres de vaccination. La communication est une composante essentielle à l'atteinte des objectifs du PEV. Le ministère de la Santé Publique et de la Population d'Haïti a élaboré un Plan Pluriannuel Complet 2017-2021 du PEV. Ce plan s'était fixé un objectif de couverture vaccinale pour tous les antigènes d'au moins 90% au niveau national et d'au moins 80% dans toutes les Communes. L'élaboration du Plan Pluriannuel faisait également suite à une faible et stagnante couverture vaccinale et à des poussées épidémiques annuelles enregistrées dans le pays.

1.4.2. SITUATION DE LA VACCINATION

En matière de vaccination, les résultats de l'enquête EMMUS VI (2016-2017) qui est équivalent à l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) en Haïti, confirment la détérioration de la santé de la population, en particulier des plus pauvres. On note de cette enquête une régression des progrès en matière de vaccination. En Haïti, 41 % des enfants de 12-23 mois ont reçu tous les vaccins de base à n'importe quel moment avant l'enquête (EMMUS VI, 2016-2017). Les vaccins de base pour les enfants de 12-23 mois comprennent : une dose du BCG, trois doses de DiTePer/Pentavalent, trois doses de vaccin contre la polio et une dose de vaccin contre la rougeole. Un enfant sur 10 n'a reçu aucun vaccin. La couverture vaccinale de base est plus élevée en milieu urbain (50 %) qu'en milieu rural (37 %). Selon le département, la couverture vaccinale varie de 27 % dans le Sud-Est à 61% dans le Nord. Elle est 2,2 fois plus importante parmi les enfants du quintile de bien-être économique le plus élevé (66 %) que parmi les enfants du quintile le plus bas (30 %). La couverture vaccinale de base a baissé légèrement, passant de 45 % en 2012 à 41 % en 2016-2017.

Les données tirées de l'EMMUS VI confirment que 40% des enfants de moins de 5 ans ont eu un épisode de grippe et 24% ont eu un épisode de diarrhée. Le taux de mortalité des enfants ne fait qu'augmenter. Chez les nourrissons (0-12 mois), le taux de mortalité est de 57 pour 1000 naissances vivantes et chez les moins de 5 ans il est de 78 pour 1000. A noter que les taux de mortalité infantile et juvénile sont dominés par les maladies infectieuses et la malnutrition; pour preuve 31% des décès des moins d'1 an sont dus aux IRA, 26% par des diarrhées et 13% par des méningites (EMMUS V)¹. Ces chiffres attestent une mortalité infantile élevée et il s'en suit peine, douleur et décapitalisation des familles.

1.4.3. COUVERTURE VACCINALE

Tableau 1: Principaux résultats des indicateurs de la vaccination

Groupes cibles	Objectif en 2020	Couverture vaccinale				
Années		2016	2017	2018	2019	2020
Enfant de moins d'1 an						
Penta 3	95%	70.11%	71.40%	78.82%	66.54%	83.04%
VPO 3	95%	63.42%	58.66%	66.35%	76.43%	65.62%
Rota	95%	75.71%	67.19%	73.25%	63.16%	83.34%
Enfant de 12 à 23 mois						
RR2	95%	0.00%	25.20%	37.80%	41.29%	91.46%
DTP3	95%	0.00%	32.29%	67.76%	45.96%	107.31%
Femmes enceintes						
dT	95%	48.21%	40.17%	67.76%	45.37%	43.58%

Source : base de données de l'OPS/OMS, tiré de : MSPP, 2016-2020

Notons toutefois la progression et le taux satisfaisant du VPI et du RR ; quant au vaccin dT, le taux d'atteinte s'est révélé très bas, comme le montre le tableau ci-dessous : la couverture vaccinale des femmes enceintes est extrêmement basse alors que celle des moins de 1 an avoisine les 83% (Penta3), néanmoins insuffisante par rapport à l'objectif fixé.

L'UEP, qui gère ce système, a standardisé les outils de collecte et de rapportage ; ce qui permet la saisie aux niveaux périphérique (certaines grandes institutions sanitaires) et intermédiaire (UAS et DDS). Le suivi se fait à différents niveaux opérationnels et stratégiques.

Le PEV arrive à utiliser la base pour la majorité des besoins d'information du programme. Cependant malgré l'intégration du système d'Information PEV

dans le SISNU, il est impossible de calculer certains indicateurs du PEV à partir du SISNU : la non-disponibilité de données démographiques récentes issues du recensement de la population entrave le calcul des couvertures.

Selon l'atelier de bilan PEV 2022 et d'élaboration du plan intérimaire 2023, 2e phase avec la participation de l'UCNPV, LNSP, dix directions départementales, M-Rite, USAID, UNICEF, MSF, OPS :

- Au niveau national, on constate que seules les couvertures vaccinale en Penta 1 et en Pneumo 1 ont atteint la cible (supérieure ou égale à 80%).
- Les couvertures vaccinale les plus faibles sont le RR1/2, le DTP et le dT2+ ;

- La couverture vaccinale nationale en Td2+ est très faible 37% (contre 36% en 2021). Comparée à la couverture des femmes enceintes qui viennent à la CPN (85 à 90%), on note une discordance qui nécessite l'identification des activités et stratégies spécifiques pour pouvoir améliorer le Td, le vaccin étant disponible et les femmes accessibles. Ceci relève d'un problème d'organisation des services au niveau communautaire et institutionnelle dans les maternités (réorganisation interne en dotant par exemple les maternités et clinique prénatale de cool box et vaccins Td en permanence, formation continue au niveau institutionnel, suivi mensuel des performances et engagement des responsables d'institutions sanitaires dans la vaccination) pour réduire d'énormes occasions manquées de vaccination des femmes enceintes lors des consultations prénatales ;
- Le Nord-Est a des couvertures vaccinales annuelles les plus satisfaisantes par rapport à d'autres départements sanitaires avec au moins 50% en DTP et 61% en dT2+. Aucun département n'a atteint 80% en RR2. Seulement 4 départements (Grand-Anse, Nord, Nord-Est, Ouest) ont des couvertures vaccinales acceptables en RR1 ;
- La disparité des données pour les antigènes administrés au même âge avec un coefficient de variation remarquable est due en partie à la rupture de certains antigènes (Rota virus) que le pays a connu mais aussi aux difficultés d'approvisionnement liées à la crise de carburant et la situation sociopolitique du pays.
- Au niveau pays, 18% des enfants de 0 à 11 mois n'ont reçu aucune dose de vaccin (zéro doses).
- Les départements de l'Ouest, de l'Artibonite, du Sud et du Nord-Ouest regroupent 85% de zéro dose en 2022 avec chacun au moins 5000 enfants zéro doses ; Ils devraient donc envisager de planifier des rattrapages vaccinaux avec des campagnes multi antigènes
- 57% des enfants ont reçu leur Penta 1 et 52% leur Penta 3 dans les institutions. Cela traduit essentiellement les difficultés à réaliser la stratégie avancée au cours de l'année 2022.
- Les départements du Nord-Ouest, de l'Ouest, du Sud et du Sud-Est vaccinent plus de 60% des enfants en milieu institutionnel, ce qui pourrait traduire une couverture insuffisante en ASCP pour ces départements ;
- Les départements de l'Artibonite, du Nord-Ouest, de l'Ouest et du Sud ont au moins 50% de leurs communes dans la catégorie 4 (Mauvais accès et mauvaise utilisation) ;
- L'Artibonite est le département le moins performant en 2022 avec plus de 53% des communes ayant une couverture inférieure à 50% en Penta 3.
- Les taux d'abandon Penta1/Penta3 varient entre 4% (Sud-Est) et 26 % (Ouest) dans les différents Départements Sanitaires.

1.4.4. COUVERTURES VACCINALES PAR DÉPARTEMENT EN HAÏTI

Tableau 2 : Couvertures vaccinales par département en 2020 par antigène

Département	Couvertures par antigène												
	BCG	PENTA 1	PENTA 3	POLIO 3	POLIO 4	ROTA 1	ROTA 2	RR1	RR2	VPI	dT2+	PNEU-M01	PNEU-M03
Artibonite	76%	96%	74%	74%	48%	83%	70%	55%	56%	71%	47%	84%	52%
Centre	79%	103%	65%	69%	42%	86%	67%	50%	47%	67%	51%	100%	60%
Grande-Anse	85%	92%	77%	76%	54%	102%	95%	69%	48%	75%	49%	87%	58%
Nippes	76%	119%	120%	76%	59%	112%	108%	91%	109%	91%	49%	111%	101%
Nord	107%	132%	114%	55%	45%	131%	122%	91%	81%	124%	47%	135%	108%
Nord-Est	104%	146%	132%	103%	93%	135%	131%	117%	86%	119%	89%	148%	124%
Nord-Ouest	85%	87%	77%	71%	55%	87%	84%	57%	72%	83%	50%	85%	68%
Ouest	62%	72%	56%	31%	27%	75%	58%	59%	69%	71%	34%	76%	49%
Sud	112%	116%	97%	85%	53%	123%	102%	61%	58%	120%	45%	139%	85%
Sud-Est	93%	85%	78%	70%	47%	88%	81%	64%	63%	83%	39%	86%	71%
NATIONAL	79%	94%	76%	57%	43%	92%	79%	65%	67%	83%	44%	94%	66%

Les couvertures vaccinales des 1ères doses de vaccins sont satisfaisantes pour la majorité des départements sanitaires. Par contre le niveau des doses subséquentes est globalement insuffisant traduisant une faible utilisation des services de vaccination. L'Ouest enregistre les plus faibles performances, ce qui pourrait s'expliquer par la faible complétude des données et l'impact de la pandémie de la Covid-19 sur la mise en œuvre des activités du PEV.

Dans un rapport du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP, 2022), il apparaît que donner toutes les doses de vaccin (vaccin antipolio, Rotavirus, BCG, etc...) aux enfants est une bonne chose selon les résultats de l'étude. Cependant, s'il paraît évident que presque tous les répondants (95,5% des enquêtés), sont d'avis que « le fait de donner toutes les doses aux enfants est une bonne chose », il y a quand même environ 3% de participants qui ne savent pas si c'est une bonne chose pour l'enfant. A ce groupe, il faut ajouter un autre : celui de 1,7 % de non réponse. Sur cette question, on voit que les parents sont bien informés des bénéfices de la vaccination complète de leurs enfants. Dans les cinq (5) communes cibles de l'étude, la commune

de Marigot où les habitants sont confrontés à des problèmes des conflits terriens récurrents, l'incapacité pour les centres de santé de garder les vaccins au froid joint au problème de leur approvisionnement et le vieillissement du personnel communautaire qui n'est pas renouvelé, font partie des facteurs objectifs permettant de comprendre et d'expliquer la situation des parents. Quant à la commune de Port-au-Prince, la situation d'insécurité chronique à laquelle elle est confrontée depuis environ quatre ans, peut largement expliquer le fait que les parents fréquentent de moins en moins les centres de santé et pourquoi aussi les agents de santé communautaire hésitent à faire les visites domiciliaires qui sont cruciales pour sensibiliser les parents.

Un rapport publié par John Snow, Inc. (JSI, 2017) montre que l'Artibonite reste l'un des départements sanitaires les plus peuplés du pays. Sa population était estimée à 1 841 856 habitants en 2017, y compris 49 362 enfants âgés de moins d'un an (2,62%). Sur les 124 établissements de santé, 96 proposent des services de vaccination. • Artibonite comprend 15 communes, dont la commune des Gonaïves. • La couverture vaccinale du

Penta 3 pour les 8 premiers mois de l'année 2017 est estimée à 44% (faible).

Cité Soleil est une commune urbaine pauvre et densément peuplée de Port-au-Prince qui souffre du manque d'infrastructures, des inondations, des égouts ouverts et de l'insécurité due aux manifestations politiques et aux gangs de rue. Il est l'un des «bidonvilles les plus connus au monde» (Daniels, JP., 2019) et abrite plus de 300 000 personnes. Sans surprise, le système de santé dans cette zone urbaine est également faible. Il y a 12 établissements de santé - un hôpital privé et un hôpital public, une maternité publique, un centre de santé public et huit centres de santé privés. Les taux de vaccination sont faibles à Cité Soleil, avec une couverture estimée à 30% de DPT3 en 2016 et 45% en 2017, et une baisse de couverture en 2019 (JSI, 2017). L'analyse de l'équité en immunisation, menée en 2017 par le Ministère de la Santé avec le soutien de l'UNICEF, a répondu à deux questions fondamentales : a) où sont les enfants non vaccinés ? Et b) pourquoi ils ne sont pas vaccinés ? Il a montré que, contrairement aux attentes, le plus grand nombre d'enfants non vaccinés ne se trouve pas dans les endroits les plus reculés mais dans les grandes villes du pays. Ainsi, "42% des enfants non vaccinés au Penta 3 au cours des trois dernières années ont été trouvés dans 5 communes : Port-au-Prince, Carrefour, Gonaïves, Cité Soleil et Saint-Marc" (EMMUS VI, 2017).

Les communes du Môle St Nicolas, de Bombardopolis et de Jean Rabel sont malheureusement dans cette situation. La population de ces 3 communes est estimée à 245 883 habitants. On y trouve environ 7 131 enfants 0-11 mois, 28 547 enfants de 1 à 4 ans, 60 339 femmes en âge de procréer et 7 858 femmes enceintes. La couverture vaccinale de ces communes est faible, à cause du manque et du délabrement des structures sanitaires existantes, du manque et de la faiblesse des prestataires institutionnels et communautaires, de l'éparpillement de la population et de l'inaccessibilité des services de santé par une tranche importante de cette population.

1.4.5. SURVEILLANCE DES MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

Selon la 2e phase de l'atelier de bilan PEV 2022 et d'élaboration du plan intérimaire 2023, menée avec la participation de l'UCNPV, LNSP, dix directions départementales, M-Rite, USAID, UNICEF, MSF et OPS, il apparaît que :

- Pour la surveillance de la Paralysie Flasque Aigu (PFA), 17 cas ont été notifiés et investigués sur 49 cas attendus (soit 43%). Il existe des DS silencieux (Grande-Anse, Artibonite) et on note que les définitions des cas utilisés sont sensibles et recueillent tous les cas sans passer à côté, et après le diagnostic différentiel est fait avec syndrome de Guylain barré, la myélite transverse...

- Pour la surveillance de la Rougeole- Rubéole (RR), 197 cas suspects ont été notifiés et investigués sur 240 cas attendus (soit 1,6 % du taux de détection). Tous les départements sanitaires ont notifié des cas suspects de RR mais sont restés en dessous de la norme de 2% ; ainsi face aux couvertures vaccinales en RR qui sont très faibles, le risque de la résurgence de la Rougeole-Rubéole est très élevé en Haïti.

- Pour le Syndrome de Rubéole Congénitale (SRC), le diagnostic est fait chez les enfants de moins d'un an à la recherche des malformations apparentes et non apparentes.

La bonne performance du département sanitaire du Nord est due à la présence d'une institution spécialisée prenant en charge les cas de malformations et qui reçoit les enfants venant des autres départements sanitaires.

- Les objectifs ne sont pas fixés pour certaines MEV , notamment le Tétanos néonatal (TNN) pour lequel le pays a atteint le statut d'élimination. Un total de 22 cas ont été notifiés et investigués sur 24 cas attendus. Il faut souligner que les cas de TNN doivent être investigués et classés définitivement parce que le diagnostic est clinique. D'après les informations partagées avec l'UCNPV, la DELR confirme qu'il n'y a pas eu de cas positifs.

On pense qu'il y aurait déperdition d'un grand nombre de cas de TNN au cours de l'année 2022 car les départements sanitaires ne sont pas en mesure de poser précisément le diagnostic.

- Pour La Diphtérie, on note qu'elle sévit encore en Haïti bien que le penta et le DTP sont disponibles. Des cas confirmés remontent à plus de 5 ans et la maladie est endémique dans le pays. 186 cas suspects ont été notifiés et investigués sur 190 attendus.

- Pour la Coqueluche bien que des cas soient notifiés, il se pose un problème de milieu de transport pour la collecte des échantillons.

• Les gaps identifiés dans le cadre de la surveillance épidémiologique sont l'absence d'un stock suffisant de vaccins pour faire la riposte vaccinale, la faible implication des prestataires dans la surveillance des MEV, l'absence des définitions des cas des MEV, la difficulté dans le transport des spécimens vers le laboratoire, la sous notification des MEV par les prestataires, l'absence d'équipements pour les Officiers de Surveillance épidémiologique (OSE), de réfrigérateurs pour conserver les spécimens et l'insuffisance de personnel formé en surveillance épidémiologique, formations qui s'avèrent nécessaires pour améliorer les indicateurs de performance de la surveillance.

• Concernant la situation de l'épidémie de choléra de la 40e SE 2022 à la 8e SE 2023, la 2e phase montre que tous les départements sont touchés (début de l'épidémie à la 40e SE 2022) et il y a notifications des cas durant les 3 dernières SE de 2023 dans les départements sanitaires. Au total 33 185 cas suspects, 2 198 cas confirmés avec un taux de positivité est de 37,16 %, 205 décès communautaires et 389 décès institutionnels ont été enregistrés. Les enfants de 1 à 4 ans sont les plus touchés depuis le début de l'épidémie. On note une diminution des cas et les décès dus au choléra se sont raréfiés depuis le début de l'année 2023 ; ceci pouvant être expliqué par la période de sécheresse et à la réponse apportée (vaccination et communication des risques et sensibilisation à l'adoption des mesures d'hygiène et d'assainissement diverses ainsi que la bonne prise en charge des cas dans les départements sanitaires).

1.4.6. LES FACTEURS SOCIO-ANTHROPOLOGIQUES DU NON-RECOURS À LA VACCINATION

Selon l'étude anthropologique des facteurs de persistance de refus ou de l'abandon de la vaccination dans cinq communes cibles d'Haïti menée par le ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP, 2022), les raisons qui peuvent motiver les parents à ne pas vacciner leurs enfants sont multiples. Quand on observe les résultats des discussions de groupes menées lors de cette étude, nous résumons qu'à Port-au-Prince et aux Gonaïves on note la peur des effets secondaires, les représentations pour lesquels la vaccination est un moyen de transmission d'une maladie, le manque de confiance dans les vaccins et le manque de sensibilisation des parents. A Saint-Marc et à Port-de-Paix, on note également la peur des effets secondaires (la diarrhée, la fièvre et les éruptions cutanées ou les chéloïdes) de certains vaccins sur la santé des enfants, le coût de certains vaccins, les

difficultés d'accessibilité géographique des centres. La population estime que le coût du transport pour aller vers les Centres de vaccination est trop élevé. A Marigot, les populations estiment que s'il n'y a pas d'épidémie, ce n'est pas la peine de vacciner les enfants ; la peur de développer des chéloïdes sur le site de la vaccination » (MSPP 2022, p.32)

Ce rapport met également en perspective bien d'autres facteurs tels que la négligence des parents qui se traduit par l'abandon de l'enfant aux mains des auxiliaires parentaux non qualifiés et qui ne reçoivent ni de directives formelles et claires ni de moyens pour la vaccination de l'enfant qui lui est confié. Le poids des représentations sociales pour lequel il existe toujours une réponse, pour une raison ou une autre, qui est rattachée au coronavirus qui a fait l'objet des théories complotistes pas seulement en Haïti. Dans l'ensemble, les facteurs de persistance du refus ou de l'abandon de la vaccination dans les cinq communes cibles à savoir : Port-au-Prince pour le département de l'Ouest, Saint-Marc et Gonaïves pour le département de l'Artibonite, Port-de-Paix pour le département du Nord-Ouest, Marigot pour le département du Sud-Est.

1.4.7. FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIOLOGIQUES QUI LIMITENT L'ACCÈS À LA VACCINATION

Selon le WHO's SAGE (2015, p.561), « l'hésitation vaccinale fait référence aux retards dans le recours à la vaccination ou aux refus des vaccins en dépit de la disponibilité des services de vaccination. L'hésitation vaccinale est un phénomène complexe et spécifique au contexte dans lequel elle s'inscrit (...). Elle intègre des facteurs tels que la suffisance, la commodité et la confiance ». Autrement dit, elle peut s'entendre comme l'expression d'une méfiance collective vis-à-vis du vaccin en tant qu'acte de prévention primaire.

Les données de la littérature montrent que l'hésitation vaccinale, en tant qu'attitude, résulte d'un ensemble de croyances et de controverses et peut s'expliquer principalement par deux phénomènes psychologiques et sociologiques auxquels Haïti n'échappe pas. Du point de vue psychologique, l'acceptation vaccinale est le plus souvent le fruit d'un arbitrage intuitif entre les risques et les bénéfices perçus par les populations concernées par la vaccination. Les risques perçus renvoient aux effets secondaires potentiels (documentés ou imaginaires) et les bénéfices perçus concernent quant à eux l'utilité et les avantages perçus de la vaccination (Raude, 2016). A ces deux facteurs psychologiques

viennent s'ajouter le rôle de ce que certains chercheurs dénomment « épidémiologie profane ». Par-là, les auteurs désignent « les schémas d'intelligibilité à travers lesquels les individus interprètent les risques pour leur santé, à partir d'observations de routine ou de discussions sur des cas de maladie ou de décès dans leurs réseaux personnels ou à partir d'autres sources d'informations, comme la télévision ou les magazines » (Davison, et al., 1991, p.2). Du point de vue sociologique, deux phénomènes sont à prendre en compte : d'une part, la crise de confiance dans les pouvoirs publics en général et des autorités sanitaires en particulier ; d'autre part, « la transformation radicale du marché de l'information liée à l'émergence des médias électroniques » (Raude, 2016), notamment Facebook et YouTube, dans le cas d'Haïti. Il en résulte que la propagation des théories conspirationnistes, de rumeurs et d'informations fausses ou invérifiables tend d'autant plus à s'exacerber qu'il n'existe pas de critique de l'information et que, dans l'espace public, il semblerait que toutes les informations se valent. La combinaison de ces deux cadres théoriques devrait permettre de mieux comprendre les logiques de l'acceptabilité et/ou de la décision vaccinale tant à l'échelle individuelle que collective et de mieux éclairer ainsi la politique vaccinale sur la base des données colligées.

1.4.8. DIFFICULTÉ ET FACTEURS LIMITANT L'ACCÈS À LA VACCINATION

Il s'agirait du contexte épidémiologique des maladies-cibles du PEV peu connues des populations à forte densité comme celles des Communes de Port-au-Prince y compris l'Aire métropolitaine, Saint Marc et Gonaïves ; la difficile accessibilité aux populations restreignant leur exposition aux messages essentiels sur la vaccination et l'utilisation des services de santé, la prééminence de multiples besoins existentiels des parents sur la vaccination des enfants entraînant leur indisponibilité aux horaires de vaccination et le mauvais accueil des parents par les prestataires.

La faible disponibilité des vaccins et des matériels au niveau de la prestation de services (62%), le manque de ressources humaines communautaires (57%) et l'inaccessibilité géographique (40%) sont les principaux obstacles identifiés lors de cette analyse (EMMUS VI, 2016-2017).

Selon l'atelier de bilan PEV 2022 et d'élaboration du plan intérimaire 2023 2e phase, le contexte d'implémentation est marqué par une instabilité socio-politico-

économique, la peur de kidnapping ainsi que la pénurie en carburant, une limitation de l'approvisionnement des institutions avec pour conséquence des ruptures de stock de vaccins durant les 3 derniers mois de l'année 2022, ayant créé une démotivation du personnel.

1.4.9. COMMUNICATION SUR LA VACCINATION

Dans un rapport du MSPP, UNICEF (2020) dont l'objectif était de comprendre les facteurs sous-jacents aux activités de communication pour le PEV mais également de décrire la typologie des activités de sensibilisation conduites sur le terrain dans une perspective de recherche action, l'analyse de la situation en Haïti a révélé des insuffisances dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités de communication pour la vaccination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ces insuffisances couplées à l'augmentation sans cesse du taux d'abandons suscitent des préoccupations.

Il ressort que seulement 42% des Directions Départementales de Santé (DDS), 0% des Unités Communales de Santé (UCS) et 0,1% des Institutions visitées disposent des ébauches de plans opérationnels de communication qui ne sont pas mis en œuvre. Cette insuffisante planification s'expliquerait par la faible capacité du personnel en Communication et la représentation qu'il s'en fait. En effet, 42% des Points Focaux Communication (PFC) ont été formés en communication contre 0% des responsables des Institutions et chargés de vaccination pour lesquels il n'y aurait pas obligation de résultats en communication (MSPP, UNICEF, 2020).

Sur le plan opérationnel, 100% des Directions Départementales de Santé (DDS) et Unités Communales de Santé (UCS) n'ont conduit aucune supervision des activités de communication au cours de deux dernières années. 97% des Institutions qui vaccinent ne disposent d'aucun outil de collecte, d'analyse et de rapportage des données nonobstant les indicateurs de communication disponibles dans le District Health Information System (DHIS2). Néanmoins, la principale activité de sensibilisation est la causerie éducative (88%) suivie de la diffusion de messages à la radio (3%) et dans les Eglises (3%). 6% des Institutions de Santé, bien qu'elles vaccinent, ne mènent aucune activité de sensibilisation (MSPP, UNICEF (2020)).

Concernant la recherche active des perdus de vue, 46% des Institutions sanitaires ne disposent pas de mécanisme de recherche active des enfants perdus

(RPD). Parmi les 54% qui font la recherche de perdus de vue, 23% l'effectuent à travers les visites à domicile, 18% utilisent la téléphonie mobile, 6% l'échéancier et 2% le réseau des clubs de mères (MSPP, UNICEF, 2020).

Les canaux de communication utilisés en faveur des campagnes de vaccination sont les crieurs publics (73%), les radios (16%) et les Églises (11%). Il faut ajouter le Sound truck généralement employé par les équipes départementales pour renforcer la diffusion de messages en appui aux Institutions sanitaires dans les secteurs densément peuplés (MSPP, UNICEF, 2020).

Un rapport du ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP, 2022) présente le lieu où les parents ont déjà entendu parler de la vaccination. Environ 67% des personnes interrogées dans le cadre de cette enquête affirment qu'elles ont l'habitude d'entendre parler de la vaccination dans les institutions sanitaires (hôpital, centres de santé, dispensaire etc.). D'autres, environ 14%, révèlent qu'elles ont l'habitude d'entendre des messages de vaccination dans leur quartier, un troisième groupe affirme entendre parler de vaccination soit au travail, soit dans les médias. Les informations que les répondants ont de la vaccination viennent en majorité des centres de santé ou hôpitaux 67,7%, suivi des médias et des campagnes de sensibilisation 14,9%. Sur la façon dont les enquêtés sont informés sur les vaccins, nous retiendrons que les émissions dans les mass médias font clairement défaut alors que nous savons combien ces instruments de communication peuvent influencer le comportement de plus d'un.

1.4.10. VACCINATION ET COVID-19

La pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) a gravement affecté les services de santé dans le monde, suscitant des inquiétudes quant aux perturbations des services essentiels tels que les vaccinations (Hartley D.M., Perencevich E.N., 2020).

Un article publié par Connolly, E., Boley, E. et al (2022) examine les changements dans la vaccination des enfants de moins d'un an pendant la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) (mars 2020-août 2021) en Haïti, au Lesotho, au Libéria et au Malawi. Cet article a permis de montrer la baisse de l'administration de la vaccination au début de la pandémie de COVID-19 en Haïti, au Lesotho et au Libéria. Les baisses continues correspondaient en grande partie à des taux élevés d'infection au COVID-19 et à des ruptures de stock discrètes. En août 2021, les niveaux de vaccination étaient revenus proches ou supérieurs aux niveaux attendus en Haïti, au Libéria et au Lesotho. Par conséquent, Haïti, le Lesotho et le Libéria ont connu une baisse statistiquement significative des vaccinations contre la rougeole au début de cette période avec une tendance à la hausse à la fin de la période. En Haïti spécifiquement, les résultats montrent que la différence médiane (fourchette) en pourcentage cumulé dans les 14 combinaisons de doses de vaccin rapportées était de 5,1% (-16,8 % à 19,9 %) de moins que prévu.

En 2021, dans le cadre d'un partenariat entre l'Université d'État d'Haïti, le MSPP, l'UNICEF, l'OPS, les CDC et GAVI, une étude dont les objectifs étaient de connaître les attitudes, les perceptions et les pratiques de la population vis-à-vis de l'épidémie, des gestes barrières et du vaccin anti Covid-19 (UEH, MSPP, 2021) a été menée. Quant à l'acceptation de prendre ce vaccin, les avis sont partagés : 14,46% des répondants déclarent qu'ils accepteront de se faire vacciner contre 85,54% qui ont émis un avis défavorable à toute vaccination anti Covid-19.

02

MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE



2.1. Type d'enquête

Il s'agit d'une enquête CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques), transversale à visée descriptive et analytique s'appuyant sur une collecte des données mixte, combinant deux approches complémentaires : la méthode qualitative et la méthode quantitative, combinant une collecte de données qualitative et quantitative. Nous présentons ici le champ de l'étude, les critères de choix des cibles, les techniques de collecte des données, les techniques de traitement et d'analyse, ainsi que les considérations éthiques.

2.2. Champ de l'étude

Le champ de cette enquête sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations en matière de vaccination est le territoire national, c'est-à-dire l'ensemble des 10 départements plus l'Aire métropolitaine.

1. Artibonite
2. Centre
3. Grande- Anse
4. Nippes
5. Nord
6. Nord-Est
7. Nord-Ouest
8. Ouest
9. Sud
10. Sud Est
11. Aire métropolitaine.

Dans chacun des départements comme à Port-au-Prince, l'exploration des connaissances, attitudes et pratiques des populations en matière de vaccination s'est faite sous le prisme milieu urbain et milieu rural.

Figure 1: Carte d'Haïti par département



Source: NGDC World Data Bank II, carte administrative d'Haïti, 2019

2.3. Critères de choix des cibles (individuels et/ou FGD)

→ Cibles primaires : Les populations cibles principales de cette étude sont constituées des mères des enfants âgés de moins de 25 mois, des personnes qui prennent soin de ces enfants (gardiens), et aussi des pères de ces enfants. Ces cibles sont observées à partir des ménages auxquels elles appartiennent. Elles sont aussi observées en dehors du ménage, mais leur choix répond à un certain nombre de critères : résidence dans la zone d'étude ciblée, le sexe. L'âge a été également pris en compte, notamment 18-49 ans pour les parents et personnes en charge des enfants et plus de 49 ans pour les grands-parents et personnes en charge des enfants. Considérant que l'âge de la majorité est fixé à dix-huit (18) ans (article 16.2) selon la Constitution de la République d'Haïti de 1987, l'enquête auprès des informateurs de moins de 18 ans a nécessité l'approbation de leurs parents ainsi que la signature du formulaire de consentement éclairé, adossé à la clairance éthique. Par ailleurs, le niveau d'instruction (primaire ou sans niveau, secondaire et plus) et la religion (chrétienne, vaudou, et autres) ont également été retenus. Ces critères valent aussi pour le choix des hommes à interviewer.

→ Critères d'inclusion :

- Accepter de participer à l'étude (consentement éclairé) ;
- Être mères ou pères ou personnes prenant soins des enfants âgés de moins de 25 mois ;
- Être Gardiens d'enfants ou femmes qui s'occupent d'enfants de la tranche d'âge de 0-24 mois ;
- Personnes âgées de 18 ans et plus (pour les personnes majeures : parents, tuteurs et grands-parents);
- Personnes âgées de moins de 18 ans nécessitant l'approbation des parents comme susmentionné
- Être un résident permanent dans l'un des départements d'Haïti au moment de l'enquête (1 an au minimum).

→ Critères d'exclusion :

Les individus qui ont été explicitement exclus de l'enquête, sont :

- Des non-citoyens qui visitent Haïti pour quelques semaines (par exemple des touristes, dans le pays pour voir des amis/des parents, etc.) ;
- Des personnes ayant opposé un refus ou se trouvant dans l'impossibilité de participer à l'enquête.

Les Cibles secondaires : comprennent les grands-

→ parents qui jouent un rôle considérable dans les soins et le développement des enfants de cet âge et exercent une influence directe sur les mères et/ou les pères.

Les Cibles tertiaires : sont quant à elles composées des leaders communautaires et religieux, des responsables départementaux du ministère de la Santé du PEV ainsi que des agents de vaccination et → des responsables des ONG impliqués dans le PEV ou la vaccination.

2.4. Échantillonnage

2.4.1. ÉCHANTILLONNAGE DONNÉES QUANTITATIVES

Dans la réalisation de cette enquête transversale nationale, les domaines d'étude sont les 10 départements d'Haïti et l'Aire métropolitaine de Port-au-Prince. Afin de déterminer un échantillon aléatoire dans lequel chaque individu concerné par le ciblage a une possibilité équivalente d'être sélectionné, deux degrés de sondage ont été déterminés. Une première sélection des zones à enquêter (grappes) a été réalisée au sein de chaque département, puis un deuxième sondage a concerné les ménages au sein de chaque zone choisie. En raison de la dispersion de la population et de l'absence de listes de ménages, il a été décidé d'effectuer un sondage par grappe : cela signifie que les ménages sont recensés de manière simple et rapide lors de l'enquête afin de sélectionner un échantillon à partir du nombre réel observé. Une fois l'échantillon établi, la collecte des données a été réalisée par administration des questionnaires.

2.4.1.1. LA BASE DE SONDAGE

Pour que les résultats de l'enquête représentent la population, il était nécessaire d'avoir des données de démographie, afin que les échantillons soient déterminés en fonction de la population de chaque département, qui définit la probabilité de sélection d'un individu dans l'échantillon. La base de sondage utilisée est celle du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de l'année 2003, actualisée en 2011. Il s'agit de la base de sondage la plus récente qui est généralement utilisée pour les collectes de données dans le domaine de la santé en Haïti. Les unités primaires d'échantillonnage de l'enquête sont les Sections d'Énumération (SDE) comme elles ont été créées pour le recensement de 2003 après actualisation depuis le nouveau découpage administratif (création du département des Nippes). Le pays est constitué de 500 SDE réparties entre les différents départements.

Par ailleurs, en Haïti, d'après l'enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, un ménage haïtien comprend une moyenne 4,3 personne. Près de la moitié des ménages (45 %) sont dirigés par une femme. Plus d'un tiers de la population des ménages (35 %) est composée d'enfants de moins de 15 ans.

2.4.1.2. TAILLE DE L'ÉCHANTILLON, NOMBRE DE SDE ET NOMBRE DE MÉNAGES À ENQUÊTER

La taille d'échantillon calculée est en fait la taille minimale requise pour obtenir la précision souhaitée. Les paramètres servant aux calculs sont les suivants :

- Précision souhaitée ;
- du niveau de couverture ;
- Niveau de confiance souhaité ;
- Taille de la population cible connue ;
- Coefficient de corrélation intra grappe attendue (à partir des autres enquêtes par exemple) ;
- Nombre moyen de sujets par grappe souhaité ;
- Taille moyenne des ménages connue et combien de ménages on doit visiter pour trouver un éligible en moyen ;
- Proportion des sujets éligibles connue ;
- Proportion de non-répondants attendue.

Étape 1: Calcul de la Taille effective d'échantillon (TEE)
La TEE est obtenue en utilisant la formule suivante :

$$TEE = \frac{KZ_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{4d^2} + \frac{1}{d} - 2Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 + \frac{Z_{1-\alpha/2} + 2}{k}$$

...

$Z_{1-\alpha/2}$ est la distribution normale centrée réduite évaluée à $1-\alpha/2$

d est la demi-largeur désirée de l'intervalle de confiance (par exemple, si vous souhaitez que l'intervalle de confiance ne dépasse pas $\pm 10\%$, alors $d = 0,1$)

k est obtenu de la façon suivante :

Si $d \leq 0,3$, alors k est calculé à partir de la table K, avec p = couverture attendue

Si $d > 0,3$ ou que p est inconnu, alors utilisez par prudence $k = 1$ (c'est la raison pour laquelle la TEE ne change pas dans le tableau pour des couvertures entre 50 % et 70 %).

Si p vérifie	Exemple 1		Exemple 2		Exemple 3		Alors utilisez $k =$
	p	d	p	d	p	d	
$0 \leq p < d$	20%	30%	35%	40%	45%	55%	$8d(1-2d)$
$0 \leq p < 0,3$	15%	5%	20%	10%	25%	3%	$4(p+d)(1-p-d)$
$0,3 \leq p < 0,7$	50%		60%		65%		1
$0,7 \leq p < 1-d$	80%	5%	90%	10%	95%	4%	$4(p-d)(1-p+d)$
$1-d \leq p < 1$	80%	25%	85%	30%	90%	20%	$8d(1-2d)$

Dans notre cas,
 $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

L'estimation de la couverture p est de 95%
avec $\pm 3\%$ de précision on a $d = 0,04$
 $k = 4(p-d)(1-p+d) = 4 * (0,95 - 0,04) * (1 - 0,95 + 0,04) = 0,328$

$$TEE = \frac{0,328 * 1,96 * 1,96}{4 * 0,04 * 0,04} + \frac{1}{0,04} - 2 * 1,96^2 + \frac{1,96 + 2}{0,328}$$

$$TEE = 227$$

Étape 2 : Calcul de la Taille d'échantillon (TE)

La taille de l'échantillon (TE) est donnée par la formule suivante :

$$TE = \text{Taille effective d'échantillon (TEE)} * \text{Effet du plan de sondage (EPS)}$$

La taille de l'échantillon est corrigée en tenant compte de l'effet du plan de sondage qui est un facteur d'inflation dû au fait que nous réalisons un sondage en grappe. Les 2 paramètres qui servent à estimer l'effet du plan de sondage (EPS) sont : le CCI et le nombre moyen de sujets par grappe (m) à partir de la formule suivante : $EPS = 1 + (m - 1) * CCI$.

Le CCI exprime le fait que les individus au sein d'une même grappe se ressemblent plus que s'ils viennent de grappes différentes. Le CCI varie de 0 à 1. Si CCI=1 (corrélation parfaite) indique que le niveau de connaissances, attitudes et pratiques est exactement le même pour tous les sujets à l'intérieur d'une grappe donnée. Si CCI=0 (absence de corrélation) indique que le niveau de connaissances, attitudes et pratiques n'est pas uniforme à l'intérieur d'une grappe donnée. Le CCI ne peut être connue qu'après l'enquête. Néanmoins il a été estimé à partir d'enquêtes passées et fixé à 0,5, soit donc CCI=0,5.

Dans notre cas, en prenant $m=15$ on a $EPS=1+(10-1)*0,5=5,5$

$$TE = 227 * 5,5 = 1248,5$$

Étape 2 : Calcul de la taille finale d'échantillon (TFE)

En réalité, la TE correspond au nombre de répondants de l'enquête, étant donné que certains sujets et ménages sélectionnés pour participer à l'enquête ne sont pas des répondants. De ce fait, la taille finale d'échantillon (TFE) est obtenue en augmentant la TE de façon à compenser les pertes inévitables durant la collecte des données due à la non-réponse. La formule de TFE est :

$$TFE = TE / TR$$

Où TE est la taille d'échantillon

TR est le taux de réponse attendue.

Dans notre l'enquête nous avons fixé un taux de non-réponse de 5% donc $TE=95\%$ et nous avons

$$TFE=1248,5/0,95= 1314$$

Calcul du nombre de ménages à visiter (NMV)

Le nombre moyen de ménages à visiter pour trouver le nombre minimum de sujets requis dans une grappe dépend :

- Du nombre moyen d'habitants par ménage ou taille moyenne des ménages (TMM),
- De la proportion des sujets éligibles pour l'enquête au sein de la population (PSE), et
- Du taux de sélection des sujets éligibles par ménages (TS)

Le nombre de ménages à visiter est alors obtenu de la façon suivante :

$$NMV = TFE / (NMSE * TS).$$

Où TFE est la taille finale d'échantillon

NMSE = Taille moyenne des ménages * Proportion des sujets éligibles au sein de la population

TS est le taux (proportion) de sélection des sujets
D'après l'enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, un ménage haïtien comprend une moyenne de 4,3 personnes et on suppose la proportion de sujets éligibles au sein de la population (enfants de 0-23 mois) étant d'au plus 25%. Ainsi,
 $NMSE=4,3*0,25=1,075$

Tous les enfants de 0-23 mois vivant dans un ménage sélectionné sont éligibles donc TS=100%.

$$NMV=1314/(1,075*100\%)$$

$$NMV= 1223 \text{ ménages}$$

2.4.1.3. RÉPARTITION ET TIRAGE DE L'ÉCHANTILLON

L'échantillon est aréolaire, stratifié et tiré à 2 degrés. L'unité primaire de sondage est le SDE. Chaque Département est séparé en parties urbaine et rurale pour former les strates d'échantillonnage. L'échantillon a été tiré indépendamment dans chaque strate avec une allocation spécifique.

Au premier degré, 102 SDE ont été tirées avec une probabilité proportionnelle à la taille ; la taille étant le nombre de ménages recensés dans la SDE à la dernière mise à jour. Ce nombre de SDE est obtenu en divisant la taille de l'échantillon (1223) par le nombre moyen de ménages à enquêter par SDE (12). Avant le tirage des SDE du premier degré, la base de sondage a été triée par département.

Après le tirage des unités primaires et avant l'enquête

principale, il a été effectué dans chaque SDE tiré au premier degré, un recensement exhaustif des ménages, avec attribution d'un numéro d'identifiant unique à chaque ménage de la SDE. Lors de ce comptage, l'on a retenu le sexe du chef de chaque ménage. En effet, afin de mesurer l'aspect équité de genre (pères et mères) dans la demande et l'utilisation de services de vaccination, il fallait s'assurer de la représentativité des ménages dirigés par les femmes et celle des ménages dirigés par les hommes. Près de la moitié des ménages (45 %) étant dirigés par une femme, l'on a retenu dans chaque SDE, environ 45% de ménages dirigés par les femmes. L'on a aussi retenu le nombre d'enfants de

0-24 mois, afin d'éliminer les ménages n'ayant pas d'enfants de cette tranche d'âge.

Par la suite, l'échantillon alloué à chaque département est réparti proportionnellement entre le milieu urbain et le milieu rural.

Après application de ces formules et tenant compte de la base de sondage d'Haïti, la répartition des ménages à enquêter au sein des départements et par milieu de résidence est présentée dans le tableau qui suit.

Tableau 3: Répartition des ménages au sein des départements et par milieu de résidence

Département	Nombre de SDE			Nombre de SDE à tirer			Nombre de ménages à enquêter par SDE	Nombre de ménages à parcourir par département
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble		
Aire Métropolitaine	90		90	18		18	12	220
Artibonite	18	36	54	4	7	11	12	132
Centre	7	34	41	1	7	8	12	96
Grande-Anse	7	28	35	1	6	7	12	84
Nippes	3	28	31	1	6	7	12	84
Nord	18	28	46	4	6	10	12	120
Nord-Est	12	21	33	3	4	7	12	84
Nord-Ouest	9	30	39	2	6	8	12	96
Reste Ouest	7	45	52	1	9	10	12	120
Sud	7	35	42	1	7	8	12	96
Sud-Est	5	32	37	1	7	8	12	96
Haïti	183	317	500	37	65	102	132	1228

2.4.2. ÉCHANTILLONNAGE DONNÉES QUALITATIVES

L'approche qualitative permet de faire l'analyse des grandes tendances pour développer un cadre théorique qui est intégré et harmonisé avec la composante quantitative. Elle porte sur les connaissances, les attitudes et les croyances et les pratiques de la population visée en matière de la vaccination des enfants. Elle porte également sur les facteurs socioculturels qui influencent l'adoption des attitudes favorables, les bonnes pratiques et les pistes de solution pour améliorer les interventions dans le domaine.

En recherche qualitative, il n'y a pas une taille d'échantillon préalablement défini avant ou pendant la collecte des données. L'échantillonnage est aléatoire et obéit au principe de saturation. La saturation renvoie au point où, dans une recherche, toute donnée nouvelle n'apporte aucun élément nouveau à la compréhension du phénomène à l'étude (Savoie-Zajc, L., 1996 ; Kohn, L. & Christiaens, W., 2014 ; Sawadogo, H.P., 2021). Pour cette étude, la saturation est atteinte lorsque les mêmes informations reviennent chez tous les informateurs ou lorsqu'il n'y a plus de nouvelles réponses ou de nouvelle

information sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations en matière de vaccination.

En raison de la complexité de la constitution des « échantillons représentatifs » en matière de recherche qualitative du fait généralement de l'absence d'une base de sondage d'une part et d'autre part, au regard de la diversité des sources d'information, la méthode non probabiliste a été retenue. A titre de rappel, la méthode d'échantillonnage non-probabiliste est utilisée lorsqu'il n'est pas possible de constituer une liste exhaustive de toutes les unités du sondage. Dans ce cas, on se fixe alors comme règle que l'échantillon retenu doit avoir la même composition que la population mère par rapport à une ou plusieurs caractéristiques. En l'absence d'une formule mathématique d'échantillonnage pour les raisons sus-évoquées, la technique « boule de neige » a été utilisée pour inventorier les acteurs des structures institutionnelles (niveaux régional et opérationnel) qui ont ensuite orienté l'équipe de chercheurs ayant bénéficié des interventions liées à la vaccination.

Par ailleurs, notamment en se basant sur l'expérience d'enquêtes antérieures similaires réalisées en Haïti il a été établi pour la présente enquête un nombre de Focus groups discussion et d'entretiens approfondis par cibles et par départements pendant la collecte des données. A l'issue de l'enquête de terrain, l'on sait exactement le nombre de personnes enquêtées.

Dans chaque domaine (départements ou aire métropolitaine) de l'enquête, des entretiens individuels semi-structurés et des discussions de groupe ont été menés auprès des femmes, des hommes, des leaders religieux/communautaires ainsi que des responsables du Programme Elargi de Vaccination (PEV). Au total par domaine d'enquête, une quinzaine d'entretiens individuels semi-structurés ont été réalisés auprès des différentes catégories d'intervenants, dont deux groupes de discussion menés l'un auprès des femmes ayant un enfant de moins de 24 mois et l'autre auprès des hommes également parents d'enfant de moins de 24 mois.

Ainsi, s'agissant des entretiens individuels semi-structurés :

Quatre entretiens ont été réalisés dans chacune des sous-catégories de la population constituée par les femmes et les hommes ayant un enfant de moins de 25 mois ;

- Quatre entretiens individuels au total menés avec les femmes ayant un enfant de moins de 25 mois à raison deux entretiens par zone d'étude (rurale et urbaine)
- Quatre entretiens individuels avec des hommes ayant des enfants de moins 25 mois à raison de deux entretiens par zone d'étude ;
- Un entretien avec un leader communautaire et
- Un autre entretien réalisé par type de leader religieux selon la religion dominante dans la localité d'enquête ;
- De même, un entretien ciblant un agent de santé (acteur/vaccinateur de vaccination de routine et vaccinateur professionnel) et
- Un entretien simple avec un responsable départemental du PEV.
- De même, un entretien individuel concernait un responsable d'ONG impliquée dans les activités de vaccination.

Au total, 15 entretiens individuels au maximum ont été menés par département.

S'agissant des discussions de groupe, il a été organisé par département :

- deux groupes de discussion réunissant d'une part 8-12 femmes respectant assidûment le calendrier de vaccination et d'autre part, 8-12 femmes ne le respectant pas ;
- deux discussions de groupe réunissant 8-12 hommes maximum qui sont parents ou personnes à charge des enfants de moins de 25 mois.

Ces hommes et femmes devaient être parents d'enfants ayant moins de 24 mois ou des personnes à charge de ces enfants. Ces entretiens individuels approfondis/ simples et discussions portaient sur les aspects tels que le niveau des connaissances, les attitudes et les pratiques des parents et gardiens d'enfants de la tranche d'âge 0- 24 mois sur la vaccination ainsi que l'aspect égalité des sexes (pères et mères) dans la demande et l'utilisation de services de vaccination. Les discussions étaient conduites pour les hommes et les femmes séparément. Cette différenciation des FGD selon les catégories sexospécifiques permettait de prendre en compte l'aspect genre dans les résultats. Les termes tels que les sources, réseaux et moyens d'information des parents et gardiens d'enfants sur la vaccination et également les freins à l'accessibilité et à l'utilisation de services de vaccination ont été abordés. 15 entretiens individuels par département :

1. Femmes (4 entretiens, 2 urbain, 2 rural)
2. Hommes (4 entretiens, 2 urbain, 2 rural)
3. Leaders communautaires (1)
4. Leaders religieux (1)
5. Responsables du Programme Elargi de Vaccination (PEV) (1)
6. Agent de Santé Communautaire Polyvalent (ASCP) (1)
7. Vaccinateurs (1)
8. Responsable d'ONG impliquée dans les activités de vaccination (1)
9. Acteurs impliqués dans la sensibilisation (1)

Il est à souligner que le nombre d'entretiens prévu pour cette étude, reste exhaustif. Le recours aux informateurs n'a cessé que lorsque les nouveaux informateurs ne révélaient plus de nouvelles tendances ou de nouvelles informations. Cela signifie que le nombre total des informateurs ne pouvait être connu qu'à la fin de l'étude, lorsqu'on aurait atteint la saturation. Cela signifie par ailleurs qu'il est possible que les informateurs qui ont répondu à l'enquête quantitative se retrouvent également interrogé lors de l'enquête qualitative qui est beaucoup plus orientée sur les perceptions.

Tableau 4: Récapitulatif des entretiens individuels et des FGDs par site d'étude

Sites	Cibles	Nombre/par site	Total
Dans chaque département et dans l'Aire Métropolitaine	Responsables département du Programme Elargi de Vaccination (PEV)	01	01
	Leaders religieux	01	01
	Agent de Santé Communautaire Polyvalent (ASCP)	01	01
	Vaccinateurs	01	01
	Responsable d'ONG impliqué dans les activités de vaccination	01	01
	Acteurs impliqués dans la sensibilisation	01	01
	Leaders communautaires	01	01
	Entretiens individuels approfondis avec les femmes	04	04
	Entretiens individuels approfondis avec les hommes	04	04
FGDs hommes et femmes		04	04
Total par site : 15 Entretiens Individuels approfondis et 04 FGDs			

2.5. Les techniques de collecte des données

Globalement, il s'agit d'une étude multi site à l'échelle nationale. La collecte des données avait un volet quantitatif et un volet qualitatif. Pour le volet quantitatif, les données ont été collectées à l'aide de questionnaires standardisés selon la méthodologie répondant aux normes en vigueur de l'OMS en termes de mise en œuvre des enquêtes de couverture. Lesdits questionnaires sont inspirés des normes en la matière et de l'expérience des enquêtes CAP réalisées dans d'autres pays d'Afrique Subsaharienne, à l'instar de l'enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques

des populations en matière de vaccination au Cameroun en 2011. Il faut préciser que le questionnaire de cette enquête intègre un module sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations en matière de vaccination contre la Covid-19 en Haïti. Après la finalisation du protocole et l'élaboration des outils (questionnaire et guide d'entretien) et des documents techniques pour la collecte des données, le personnel de terrain (agents de collecte, chefs d'équipes, superviseurs et agents de saisie) a été recruté et formé pour le suivi, l'administration des questionnaires et les entretiens individuels. Plusieurs techniques ont été sollicitées pour la collecte des données quantitatives et

les données qualitatives afin de recueillir des données de qualité dans le délai imparti et avec les moyens disponibles. Il s'agit donc des techniques suivantes :

2.5.1. REVUE DOCUMENTAIRE ET LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Pour mener à bien cette étude, nous avons d'abord voulu compter sur la littérature et l'état du savoir en la matière avant de nous appuyer sur nos propres investigations. A cet effet, une revue minutieuse des matériels littéraires concernant directement ou non le sujet nous a indiqué non seulement l'état du savoir portant sur le sujet et son développement, mais aussi les aspects déjà explorés et ceux qui ont besoin d'être examinés davantage

Cette revue portait sur :

- L'analyse documentaire des processus de mise en œuvre des programmes de vaccination ;
- Les rapports importants disponibles de l'OMS sur la vaccination ;
- Les rapports importants du Ministère de la Santé Publique et de Population (MSPP) ;
- Les rapports disponibles et importants de l'UNICEF sur les questions de santé maternelle et infanto-juvénile ;
- Les articles scientifiques sur les questions de la vaccination ;
- Tous autres documents nécessaires pour la réalisation de la mission ;

Dans l'ensemble, l'exploitation de ces travaux a contribué à coup sûr, à enrichir notre corpus, de déterminer le processus global d'exécution et d'établir le goulot d'étranglement dans les régions. Plus concrètement, l'exploitation de la littérature existante a aidé à évaluer les différents aspects mis en œuvre sur les plans de l'impact de l'efficacité, de l'efficience et de la pérennité de la vaccination de routine en Haïti. La revue documentaire a été réalisée après les réunions de cadrage avec les acteurs du PEV, les responsables du MSPP et de l'OPS Haïti à travers l'exploitation de tous les documents disponibles qui ont été réunis pour ce but. Elle a été faite simultanément à la formation des enquêteurs. La revue documentaire qui a permis également de peaufiner le contexte de la vaccination en Haïti et de la justification du planning et de la réalisation de l'étude CAP, a débuté après la signature du contrat avec le cabinet d'études.

2.5.2. ADMINISTRATION DU QUESTIONNAIRE (DONNÉES QUANTITATIVES)

Pour la collecte des données quantitatives, nous avons utilisé un questionnaire structuré pré codé. De manière pratique, une fois conçu et validé, il a été configuré sur la plateforme de collecte de données numérique en ligne KobotoolBox, puis importé dans l'application Android KoboCollect de chaque enquêteur. Cette application a été paramétrée de manière que le questionnaire se mette à jour automatiquement en cas de modification. Sur le terrain, les enquêteurs utilisaient leur Smartphone pour recueillir les informations qu'ils transmettaient chaque soir au serveur après leur vérification par les superviseurs.

Avant l'administration du questionnaire pour la collecte des données quantitatives, le consentement libre et éclairé de participation à l'enquête a été demandé à chaque chef de ménage ou à son représentant en cas d'absence de ce dernier. La même procédure a été observée auprès des mères et des gardiennes d'enfants pour toutes les questions liées aux connaissances, attitudes et pratiques des populations en matière de vaccination. En cas de refus de participer à l'enquête, il a été procédé au remplacement du ménage par un autre du voisinage.

2.5.3. ENTRETIENS INDIVIDUELS APPROFONDIS

Le type d'entretien qui a été utilisé dans cette étude est de type « semi-directif », car il a été centré sur un thème spécifique, appuyé d'un guide préparé à l'avance. Les entretiens auprès des cibles étaient axés sur la connaissance, les aptitudes et les pratiques quotidiennes et les contraintes adossées aux services de vaccination à toutes les échelles. Les entretiens semi-directifs ont permis par ailleurs d'apprécier l'efficacité et la qualité de la planification, de la préparation et de la mise en œuvre des interventions de vaccination, de déterminer les facteurs (les goulets d'étranglement) qui ont influencé la couverture, les connaissances relatives aux services fournis, ainsi que l'efficacité des activités du programme.

Cet outil est adressé aux femmes, hommes (parents des enfants de moins de 25 mois), responsables départementaux du PEV bref à tous les informateurs ciblés.

Chez les femmes et les hommes, le guide d'entretien a permis de collecter des informations relatives :

- aux connaissances, attitudes/aptitudes, pratiques, canaux de communication et recommandations en matière d'immunisation en général ;
- à ces différents thèmes en matière de vaccination notamment sur la demande et l'utilisation de services de vaccination, les sources, réseaux et moyens d'information et sur les freins à l'accessibilité et à l'utilisation de services de vaccination.

Toutes ces informations ont permis aussi d'apprécier les perceptions sociales et pratiques des populations en matière d'immunisation de l'enfant. Cet outil a servi en outre à la compréhension des motivations des parents qui suivent assidûment leur calendrier de vaccination ainsi que de ceux qui ne le respectent pas.

Auprès des autres acteurs ciblés, cet outil a permis de collecter des informations sur leur implication/contribution à la réussite de la vaccination qu'il s'agisse de l'acte vaccinal ou de la communication/sensibilisation relative à la vaccination (campagne comme routine), en vue de l'amélioration du dispositif de communication/mobilisation et pour une participation massive des populations à la vaccination ainsi qu'à l'intégration/l'adoption des pratiques favorables à l'immunisation et la survie de l'enfant.

Les parties prenantes aux différents entretiens individuels n'ont pas été apostrophées, mais elles se sont faites proportionnément avec l'appui des Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCP) ou les relais communautaires proches de la population. Par ailleurs, l'approche "Kouri di Vwazin" qui signifie « avertis ton voisin » en créole a été également mobilisée pour la collecte des données. En effet, cette expression couramment utilisée en Haïti constitue la technique boule de neige en méthode qualitative. Il était donc question d'identifier des connaissances auxquelles on demande d'identifier, à leur tour, des connaissances, et ainsi de suite.

2.5.4. FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD)

Le guide pour FGD était adressé aux femmes et aux hommes ayant des enfants ou ayant à leur charge des enfants de moins de 25 mois. Il a permis de collecter des informations sur les perceptions et représentations sociales de la vaccination (routine et campagne). C'est grâce à cet outil que nous avons saisi spécifiquement chez les femmes les motivations de celles qui ne suivent pas assidûment le calendrier vaccinal ainsi que celles

des femmes qui suivent assidûment ce calendrier. Cet outil a permis en outre de collecter des données sur l'aspect de l'égalité des sexes (pères et mères) dans la demande et l'utilisation de services de vaccination, sur les sources, réseaux et moyens d'information des parents et gardiens d'enfants sur la vaccination ainsi que sur les freins à l'accessibilité et à l'utilisation de services de vaccination. C'est à l'aide de cet outil que les perceptions sociales ou les comportements communautaires favorables ou défavorables à la vaccination ont été analysées.

Les femmes qui ont participé aux différentes discussions de groupes en communauté l'ont fait avec l'appui des ASCP, les relais communautaires et l'approche boule de neige tels que susmentionné en ce qui concerne les entretiens individuels approfondis. Chaque participant au FGD a reçu une compensation pour le transport/déplacement d'une valeur de 5\$ tel que prévu dans le budget de l'étude CAP.

2.5.5. SPÉCIFICITÉS SUR LES FOCUS GROUPS ET DES ENTRETIENS INDIVIDUELS

Entretiens Hommes, Femmes et Focus groups hommes, femmes

- Perception de la vaccination en général ;
- Vaccination obligatoire ;
- Vaccination/Connaissance ;
- Attitudes/aptitudes et pratiques ;
- Rupture de stock ;
- Comportement des prestataires ;
- Canaux de communication sur la vaccination ;
- Recommandations.

Entretien guérisseur (3 en raison de disponibilité)

- Réponses données par rapport à la santé de l'enfant;
- Pratique traditionnelle et programme de traitements ;
- Connaissance et pratique de la vaccination ;
- Recommandations.

Entretien leaders communautaires et religieux (3 en fonction des disponibilités)

- Contribution et appréciations de la vaccination de routine et des campagnes de masse ;
- Informations sur la vaccination et canaux de communication ;
- Recommandations.

Entretien responsable PEV (un par département)

- Appréciation de la participation des populations à la vaccination de routine/campagne de masse ;
- Informations sur la vaccination et canaux de communication ;
- Recommandations ;

Entretien vaccinateur et autres acteurs clés impliqués (campagne sensibilisation et motivation)

- Implication et contributions dans les activités de vaccination ;
- Appréciation de la participation des populations à la vaccination de routine/campagne de masse ;
- Informations sur la vaccination et canaux de communication ;
- Recommandations.

2.6. Outils de collecte des données

2.6.1. OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES QUANTITATIVES

Un questionnaire ménage a été utilisé pour : (i) produire une liste de tous les membres du ménage (résidents habituels) ainsi que leurs caractéristiques individuelles (sexe, âge, date de naissance, niveau d'instruction, etc.), (ii) déterminer le statut socio-économique, (iii) mesurer le niveau des connaissances, les attitudes et les pratiques des parents et gardiens d'enfants de la tranche d'âge de 0 à 24 mois sur la vaccination ; (iv) mesurer l'aspect équité de genres (pères et mères) dans la demande et l'utilisation de services de vaccination ; (v) déterminer les sources, réseaux et moyens d'information des parents et gardiens d'enfants sur la vaccination ; (vi) mesurer l'incidence de l'environnement immédiat (grands-parents et autres influenceurs potentiels influenceurs) sur le choix de la demande de la vaccination des enfants ; (vii) identifier les freins à l'accessibilité et à l'utilisation de services de vaccination.

Vu que la collecte des données s'est faite par méthode Computer Assisted Personal Interviewing (CAPI), le questionnaire a été programmé dans un masque de saisie sous le logiciel CSpro. La méthode CAPI est un mode d'administration du questionnaire en face à face dans le cadre duquel l'enquêteur utilise un appareil électronique tel que l'ordinateur, le téléphone ou la tablette pour procéder à l'interview. Dans le cadre de cette étude, l'outil utilisé était soit le téléphone portable,

soit la tablette. Cette méthode est très intéressante, car elle permet de réduire la période d'exploitation des données et améliore le contrôle de cohérence puisque :

- La saisie se fait simultanément au moment de la collecte ;
- Les programmes de contrôles de cohérence sont intégrés au moment de la conception de l'application, ce qui permet leur exécution au moment de la collecte, entraînant ainsi une meilleure qualité des données au sortir de la collecte sur le terrain.

Un manuel des agents de collecte a également été rédigé et mis à disposition des assistants de collecte. Le manuel des agents de collecte est un document qui, comme son nom l'indique, est réservé aux agents de collecte des données. Il contient les objectifs de la collecte, la manière de reconstituer l'échantillon sur le terrain, le comportement général qu'un agent doit adopter sur le terrain, les consignes d'administration et de remplissage des questionnaires.

2.6.2. OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES QUALITATIVES

Les guides d'entretiens ont été élaborés en créole et menés sur différents thèmes dont le contenu était fonction des objectifs décrits dans les termes de références. Les guides des discussions de groupe et des entretiens comprenaient des thèmes qui mettaient en évidence le niveau des connaissances, les attitudes et les pratiques des parents et gardiens d'enfants de la tranche d'âge 0-24 mois sur la vaccination : les sources, réseaux et moyens d'information des parents et gardiens d'enfants sur la vaccination ; les obstacles à l'accessibilité et à l'utilisation de services de vaccination. Les informateurs avaient à formuler des recommandations pour orienter et renforcer les stratégies d'intervention. Les participants avaient à discuter sur tous les aspects et la représentation qu'ils se font des stratégies de communication en vue de l'amélioration de la demande, de l'utilisation des services de vaccination et du respect du calendrier vaccinal.

S'agissant de la mise à jour et de la finalisation du questionnaire et des différents guides d'entretien, il faut noter que ces outils ont subi beaucoup de modifications au regard des objectifs de l'étude, du contexte d'Haïti et des échanges avec les différentes parties prenantes.

2.7. L'organisation du travail de terrain

L'équipe multidisciplinaire de consultants chargée de l'enquête avait à sa tête le chef de mission dont le rôle était de superviser et de coordonner toutes les phases de l'enquête dans l'ensemble des régions concernées. Chaque département était coiffé par un superviseur. Les superviseurs étaient responsables de la gestion et de la supervision du travail de terrain dans leur région. Ils devaient gérer les équipes d'enquêteurs et superviser la collecte et la qualité des données.

Les principales procédures pour assurer le bon déroulement de la collecte étaient les suivantes :

- Les enquêteurs travaillaient en binôme. Chaque binôme était assigné à un département. Il devait donc aller dans les ménages les uns après les autres suivant l'ordre déterminé. Le contrôleur s'assurait de la bonne exécution de cette méthode et pour cela, il accompagnait les enquêteurs dans certains ménages.
- Chaque superviseur était responsable d'un binôme préposé à la collecte des données (quantitatives et qualitatives) dans chaque département et/ou l'Aire métropolitaine. Il veillait au respect de la méthodologie, de la qualité des données. Il devait à la fin s'assurer de l'avancement effectif et harmonieux de la collecte dans leurs localités de supervision. Les superviseurs étaient chargés de la relecture et de la codification des questionnaires.

L'équipe de collecte de données était constituée de 10 superviseurs responsables de terrain, 20 enquêteurs, enquêtrices repartis en animateurs, animatrices et preneurs de notes pour les focus groupes et les entretiens individuels.

Cette équipe de 30 personnes a suivi trois jours de formation du 24 au 27 Août 2023 incluant une demi-journée de pré-test dans la commune de Delmas dans des conditions similaires aux zones de collecte de données. La formation a été divisée en des séances plénières, des séances séparées couvrant les aspects quantitatifs et qualitatifs et le pré-test. Les thématiques couvertes lors des séances sont :

- Description de l'étude CAP (Objectifs, Méthodologie, Éthique de la recherche, Questionnaires et guides d'entretien) ;
- Présentation de la problématique de la vaccination en Haïti ;

- Description de l'enquête ;
- Justification ;
- Définition de concepts ;
- Méthodologie ;
- Bref résumé de la méthodologie de l'enquête ;
- Objectifs de l'enquête.

Les thématiques couvertes pour l'aspect quantitatif sont :

- Forme de consentement ;
- Revue du questionnaire ménage sur tablette ;
- Présentation de la méthodologie de sélection des ménages ;
- Simulation du questionnaire ménage sur tablette ;
- Restitution du pré-test ;

Les thématiques couvertes pour l'aspect qualitatif sont :

- Revue des techniques de collecte de données qualitatives ;
- Formes de consentement et technique d'enregistrement ;
- Revue des guides d'entretiens et du guide de focus groupe ;
- Techniques de retranscription et de compléction du cadre d'analyse ;
- Simulation d'entretiens et de focus groupe ;
- Restitution du pré-test ;

2.7.1. SÉLECTION DES INDIVIDUS POUR L'ADMINISTRATION DU QUESTIONNAIRE

L'échantillon était aréolaire, stratifié et tiré à 2 degrés. L'unité primaire de sondage est la SDE et l'unité secondaire est le ménage. Chaque Département est séparé en parties urbaine et rurale pour former les strates d'échantillonnage. L'échantillon a été tiré indépendamment dans chaque strate avec une allocation spécifique.

Au premier degré, 102 SDE ont été tirées avec une probabilité proportionnelle à la taille (la taille étant le nombre de ménages recensés dans la SDE à la dernière mise à jour obtenue en divisant la taille de l'échantillon (1223) par le nombre moyen de ménages à enquêter par SDE (12)). Avant le tirage des SDE du premier degré, la base de sondage a été triée par département.

Après le tirage des unités primaires et avant l'enquête principale, il a été effectué dans chaque SDE tiré au premier degré, un recensement exhaustif des ménages, avec attribution d'un numéro d'identifiant unique

à chaque ménage de la SDE. Lors de ce comptage, l'on a retenu le sexe du chef de chaque ménage. En effet, afin de mesurer l'aspect équité de genre (pères et mères) dans la demande et l'utilisation de services de vaccination, il était question de s'assurer de la représentativité des ménages dirigés par les femmes et celle des ménages dirigés par les hommes. Près de la moitié des ménages (45 %) étant dirigés par une femme, il était donc question de retenir dans chaque SDE, environ 45% de ménages dirigés par les femmes. L'on a maintenu aussi le nombre d'enfants de 0 à 24 mois, afin d'éliminer les ménages n'ayant pas d'enfants de cette tranche d'âge. Par la suite, l'échantillon alloué à chaque département a été réparti proportionnellement entre le milieu urbain et le milieu rural.

En résumé, les strates sont constituées des milieux de résidence des départements (urbain et rural), soit au total 21 strates, l'Aire métropolitaine constituant une strate. Les SDE ont été tirées aléatoirement à l'intérieur de chaque strate. Pour chaque SDE tirée, tous les ménages sont visités systématiquement à partir de la liste des ménages dénombrés en 2011. Il est donc procédé au recensement des ménages dans les SDE.

Sur le plan opérationnel, tous les ménages de chaque grappe ont été numérotés et dénombrés, ensuite un échantillon de ménages a été retenu en fonction du pas de sondage et de la taille de la grappe. Le premier ménage de chaque grappe était tiré de manière aléatoire grâce à la fonction ALEA du classeur Excel, puis on ajoutait à chaque fois ce pas de sondage au numéro de ménage préalablement retenu, jusqu'à l'obtention du nombre total de ménages requis pour la grappe.

2.7.2. RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS À L'ENQUÊTE (FGD ET ENTRETIENS INDIVIDUELS)

a. Zones de recrutement de la population pour la partie qualitative

Les participants de la phase qualitative de l'enquête étaient recrutés au niveau des 102 SDE sélectionnées. Les participants aux groupes de discussion et des entretiens individuels sont :

Groupes de discussion

- 2 groupes discussions de 8-12 femmes respectant assidûment le calendrier de vaccination
- 1 groupe discussions de 8-12 femmes ne respectant pas le calendrier de vaccination
- 2 groupes discussions de 8-12 hommes qui sont parents ou personnes à charge des enfants de moins de 25 mois.

Les participants respectant le calendrier de vaccination étaient choisis dans les localités ayant des postes de rassemblement de vaccination et ceux et celles ne respectant pas le calendrier de vaccination étaient recrutés dans les localités n'ayant pas de poste de vaccination. Le choix se portait sur ceux et celles qui ne fréquentent pas les postes de rassemblement pour la vaccination. Les ASCP et les agents de santé avaient reçu une orientation sur les critères de choix des participants.

b. Zones de recrutement de la population des entretiens individuels approfondis

Les informateurs pour les entretiens individuels étaient choisis dans les 102 SDE respectifs pour l'enquête suivant leur disponibilité au niveau des zones ciblées. Des mesures nécessaires ont été prises en vue d'effectuer de manière la plus efficace la planification technique et la mobilisation communautaire pour le recrutement des participants au focus group et l'invitation des informateurs pour les entretiens individuels approfondis. Tout a été mis en œuvre pour maximiser la performance de la collecte des données sur le terrain, et garantir la fiabilité des données et la sécurité de l'équipe. Les facilitateurs qui sont des ASCP (Agent de Santé Communautaire Polyvalent) étaient chargés du recrutement des participants à l'enquête. En tenant compte que les ASCP sont plus proches de la population et collaborent avec elle dans les rapports avec les formations sanitaires, ils avaient le soin d'établir le premier contact entre informateur et agents enquêteurs, notamment en informant les participants de l'enquête en cours et en programmant les rendez-vous. Ainsi, ils faisaient des descentes dans les communautés et les ménages pour préparer les rendez-vous avec les enquêteurs/assistants de recherche qui ont été mobilisés pour cette recherche. Sur le terrain, il est connu que les formations sanitaires haïtiennes ont un registre où il est documenté les personnes qui respectent le calendrier et ceux qui ne respectent pas le calendrier. L'équipe de recherche prenait également attaché avec les structures de santé pour répertorier ces différentes cibles. De cette manière, les ASCP recevaient une orientation sur les critères de choix des informateurs à savoir :

→ **Premier critère : respectant le calendrier vaccinal**, les mères, pères ou personnes prenant soin des enfants âgés de moins de 25 mois les gardiens d'enfants ou femmes qui s'occupent d'enfants de la tranche d'âge de 0 à 24 mois les pères de ces enfants, etc...

→ Deuxième critère ne respectant pas le calendrier vaccinal.

les mères, pères ou personnes prenant soin des enfants âgés de moins de 25 mois, les gardiens d'enfants ou femmes qui s'occupent d'enfants de la tranche d'âge de 0 à moins de 24 mois, les pères de ces enfants, etc...

Sur le plan opérationnel, la mobilisation du terrain s'est faite selon les étapes suivantes :

1. Prise de contact avec le personnel du programme sur le terrain au niveau des institutions sanitaires ;
2. Orientation des facilitateurs sur les critères de choix des informateurs ;
3. Arrangement logistique : les facilitateurs, notamment les ASCP aidaient à mobiliser les participants et trouver une salle adéquate pour la réalisation des groupes de discussion et des entrevues individuelles, de préférence dans un espace neutre et tranquille ;
4. Réalisation des groupes de discussion et des entretiens.

Les discussions se sont déroulées en créole. Les groupes de discussion et les entretiens individuels en profondeur ont été réalisés dans un cadre tranquille et approprié de façon à mettre les participants en confiance. Les séances se déroulaient selon le schéma suivant :

- Accueil des participants ;
- Confirmation verbale du consentement des participants ;
- Vérification de l'éligibilité des participants ;
- Relevé des caractéristiques socio démographiques des participants ; (exit interview) ;
- Introduction et ouverture des débats après un bref exposé sur l'objectif de l'étude ;
- Explication sur les règles du jeu à respecter durant la discussion ;
- Discussion sur les thèmes en utilisant le guide du focus de manière spécifique ;
- Clôture des débats ;
- Rafraîchissement/ou frais de transport.

Sélection des participants aux groupes de discussion

• Choix des structures sanitaires

Au premier niveau de sélection était choisie la structure sanitaire avec laquelle l'on avait à travailler. La Direction

Sanitaire de chaque département en la personne de l'infirmière responsable du programme élargi de vaccination (PEV) dressait une liste de structures sanitaires pour chaque SDE retenue dans l'échantillon aux niveaux urbain et rural. A partir de cette liste, 2 structures sanitaires étaient sélectionnées, 1 en milieu urbain et 1 en milieu rural.

• Choix des participants respectant le calendrier vaccinal

Au deuxième niveau, l'équipe avait à travailler avec les infirmières responsables du programme PEV dans les 2 structures sélectionnées et qui sont responsables des ASCP et des autres agents de santé pour obtenir une liste de parents ou personnes à charge ayant des enfants de moins de 25 mois ?? qui ont participé dans le dernier poste de rassemblement de vaccination dans les jours précédents l'enquête.

La sélection des participants s'est faite à partir de cette liste . Chaque personne de la liste avait la chance d'être sélectionnée. L'exercice a été reproduit pour chaque structure sanitaire sélectionnée en milieu urbain et rural pour les personnes respectant le calendrier vaccinal. Le choix était par convenance suivant la disponibilité des personnes, pour les femmes et les hommes.

• Choix des participants ne respectant pas le calendrier vaccinal

Une liste de parents ou personnes à charge ne respectant pas le calendrier vaccinal dans la SDE sélectionnée, a été constituée avec l'aide de l'agent de santé. Le même processus était en vigueur pour sélectionner les participants au hasard.

c. Consentement des informateurs

Au cours de la formation des agents de terrains, il a été mis en évidence l'importance de l'anonymat et le respect de la confidentialité des informateurs et des informations recueillies. Les procédures mises en place pour cette enquête pour informer les répondants et obtenir leur consentement sont les suivantes :

2 formulaires de consentement rédigés dans la langue native des répondants.

- ◆ 1 formulaire pour les personnes scolarisées
- ◆ 1 formulaire pour les personnes non scolarisées.

Le formulaire devait être lu pendant 2-3 fois par l'enquêteur pour s'assurer que le répondant est informé sur son droit de participer volontairement et sur

l'utilisation des informations.

Deux façons d'obtenir le consentement des répondants sont établies : à l'introduction des groupes de discussions et au démarrage du questionnaire pour la collecte des données quantitatives.

L'interviewé devait répondre à la question verbalement; s'il décide de participer volontairement à l'enquête et l'enquêteur aurait à cocher la case correspondante dans le formulaire de consentement. Pour les groupes de discussion la réponse de chaque participant était enregistrée dans l'appareil qui servait à enregistrer les informations.

Les informations qui étaient données aux informateurs sont les suivantes :

- Le but de l'enquête
- Le commanditaire de l'enquête (qui réalise l'enquête)
- La finalité de l'enquête
- Le droit de participer volontairement
- Le respect de l'anonymat des noms
- Le respect de la confidentialité

Pour les mineurs/mineures émancipés(es), l'enquêteur avait à obtenir le consentement des parents, des tuteurs et du mineur/de la mineure répondant bien avant le démarrage du questionnaire. L'enquêteur après avoir sollicité le consentement des parents avait à prendre celui du mineur/de la mineure. Les enquêteurs étaient formés sur le langage à utiliser avec ce groupe cible.

Pour les groupes de discussion, l'agent de santé qui fait le recrutement était orienté sur le processus d'obtention de consentement du parent et ou des tuteurs. Les animateurs des groupes de discussion avaient à revérifier cette information avant de commencer la discussion de groupe. Le guide de discussion dans son introduction contient toutes les informations sur le consentement, la confidentialité et le respect des participants, et des questions relatives à leur participation volontaire...

2.8. Formation des enquêteurs et supervision de la collecte de données

2.8.1. RECRUTEMENT ET FORMATION DU PERSONNEL

Dans le but d'obtenir des données de qualité, un personnel qualifié est indispensable. Ce personnel doit posséder les compétences requises pour la mission et doit maîtriser les techniques de collecte des données

ainsi que le terrain. Un accent particulier a été aussi mis sur l'expérience dans des enquêtes similaires et sur la maîtrise de la langue locale (créole). Dix superviseurs dont 01 par département ont été mobilisés dans le cadre de cette enquête. Pour la collecte des données, 20 enquêteurs dont deux par département ont été recrutés.

Les enquêteurs ont reçu une formation bien avant la réalisation des activités de collecte des données sur le terrain. Elle portait sur l'importance du respect de la personne des participants, la confidentialité, l'anonymat, les risques de violence de la part des parents ou toutes personnes dans l'environnement social du participant, la maîtrise des objectifs, de la méthodologie de l'étude et des outils de collecte des données. Vu la conjoncture socio politique du pays, l'équipe consultante a eu à proposer au cours de la formation des scénarios et des consignes sécuritaires à respecter par les agents de terrain en particulier les chauffeurs.

Pendant la formation, un point d'honneur a été mis sur la signature des consentements éclairés auprès des parties prenantes et les personnes participant à l'enquête, de manière à minimiser les risques de violence à l'encontre des personnes répondant aux questionnaires, aux entretiens individuels et aux discussions de groupes. Les enquêteurs ont été formés sur les mécanismes méthodologiques qui permettent d'approcher les cibles, spécifiquement les enquêteurs sans heurter les sensibilités psychologiques et culturelles pour que les informateurs ne se sentent pas vulnérables, si jamais leurs enfants ne se sont pas fait vacciner. Dans ce cadre, l'équipe de consultation veillait à communiquer de manière aussi ouverte sur l'objectif de l'enquête, les critères appliqués et l'utilisation attendue des résultats en évitant effectivement les fausses attentes des populations qui biaisaient habituellement la collecte des données.

2.8.2. PRÉ-TEST DES OUTILS DE COLLECTE

Après la formation théorique, les outils de collecte ont été pré-testés au niveau du département de l'Ouest dans une commune qui n'est pas retenue dans l'échantillon ; les participants et les informateurs ont été recrutés suivant les critères d'éligibilité définis. Le pré-test était l'occasion non seulement de vérifier la maîtrise des outils par les enquêteurs, mais également de connaître la compréhension et l'adéquation des questions en vue de prendre des mesures correctives et de finaliser les outils. L'enquête pilote a consisté à tester la méthodologie et l'approche appropriée pour

la collecte des données. Cette démarche a permis de relever les imperfections éventuelles en vue d'un ajustement global de la méthodologie, des guides d'entretien, de l'organisation et la planification des opérations de terrain.

Après cette phase préparatoire, les équipes ont été déployées sur le terrain pour la collecte des données tant qualitatives que quantitatives. Une chaîne de supervision et d'assurance qualité a été mise en place afin de s'assurer que la collecte se déroule comme prévu et qu'elle se tienne dans les délais impartis.

À la suite du pré-test, il y a eu :

- Prise de contact avec les autorités locales des sites de collecte des données ;
- Déploiement des agents sur le terrain et de la logistique ;
- Lancement de la collecte de données ;
- Débriefing quotidien avec les équipes sur l'évolution de la collecte ;
- Mise au point quotidien avec l'équipe de la coordination UNICEF chargée de l'étude ;

Des mesures barrières contre la pandémie de Covid-19

Quoiqu' on en parle de moins en moins, l'équipe de mission a tenu compte de la pandémie en observant le protocole de l'OPS Haïti. Dépendamment de ce protocole les équipes, consultants et enquêteurs) devaient adopter des mesures barrières. Des kits Covid-19 (kit constitué d'un paquet de masque et d'un flacon de gel hydro alcoolique) ont été mis à leur disposition.

2.8.3. PLAN POUR LE SUIVI DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

Au niveau central, des programmes d'apurement ont été développés sous les logiciels SPSS et CSpro. Au fur et à mesure que les données étaient transmises, les tableaux de qualité par superviseur et par équipe (et si nécessaire par enquêteur) ont été générés par les superviseurs d'exploitation pour apprécier la fiabilité des informations et comparer les performances des

équipes et des enquêteuses. Par ailleurs, les programmes informatiques de cohérence ont été exécutés pour l'édition et l'apurement secondaires. Le feedback sur les incohérences et la qualité de données était fait aux superviseurs de terrain qui les répercutaient aux enquêteurs.

Contrôle d'effectivité et de cohérence

Afin de minimiser les erreurs d'observations, des contrôles ont été effectués à tous les niveaux de la chaîne. Ainsi, deux types de contrôle étaient effectués à savoir :

- Les contrôles de cohérence ;
- Les contrôles d'effectivité.

Pour ce qui est du contrôle de cohérence, il était facilité par la collecte par la méthode CAPI. En effet, des procédures de contrôle et de cohérence sont directement introduites dans le masque de saisie, de telle manière qu'en cas d'incohérence, un message d'erreur est directement envoyé à l'agent, qui devra la corriger avant de continuer l'interview. Aussi, chaque soir, chaque agent devait transférer ses questionnaires remplis à son superviseur, et ce dernier avait un niveau de contrôle encore plus élevé sur les questionnaires (exécution des programmes de contrôle programmé à l'avance). Tout ceci a permis de s'assurer du remplissage correct et adéquat des questionnaires. Si le superviseur constatait une erreur, il renvoyait immédiatement l'enquêteur chez l'enquêté pour corriger les réponses erronées.

Pour ce qui est du contrôle d'effectivité, chaque superviseur devait tirer au hasard quelques personnes de chaque agent de collecte et vérifier qu'elles ont été effectivement enquêtées. Ceci permettait d'éviter la fraude au niveau des agents de collecte qui peuvent être tentés de remplir le questionnaire par eux-mêmes.

Assurance qualité des données

La qualité des données a été assurée sur la base des critères (complétude, Cohérence et fiabilité) présentés au tableau ci-dessous :

Tableau 5 : Complétude, cohérence et fiabilité

Critère de qualité	Définition	Action à entreprendre pour assurer la qualité des données
Complétude	Action à entreprendre pour assurer la qualité des données	<ul style="list-style-type: none"> - Les agents de collecte sont convenablement formés pour assurer la complétude des informations collectées. - les superviseurs assurent la supervision du travail des agents de collecte en vérifiant tous les questionnaires pour s'assurer de la complétude des informations collectées.
Cohérence	Les informations collectées dans toutes les sections du questionnaire sont-elles cohérentes ?	<ul style="list-style-type: none"> - Les agents de collecte sont convenablement formés pour assurer la cohérence des informations collectées. - Les superviseurs vérifient tous les questionnaires des enquêteurs en vue d'analyser la cohérence des réponses. Les questionnaires présentant des incohérences sont renvoyés pour correction. - Le masque de saisie qui a été développé sur CsPro prend en compte des programmes de contrôle dont l'exécution permet de détecter les incohérences qui apparaissent sur les questionnaires et l'équipe devait corriger ces erreurs par la suite.
Fiabilité	<p>Les agents de collecte ont-ils collecté les informations dans les ménages qui ont été tirés dans l'échantillon ?</p> <p>Les informations collectées correspondent-elles aux réponses des répondants rencontrés ?</p>	Les superviseurs s'assuraient de l'effectivité des entretiens réalisés par les assistants de recherche

La prise de notes est parallèle à l'enregistrement des entretiens individuels et FGD. Les comptes rendus journaliers ont été établis. La transcription des données consistait à saisir en l'état dans un fichier Word (.doc) de préférence, toutes les informations brutes collectées dans les blocs-notes lors des entrevues. La transcription s'est faite mot par mot. De façon spécifique, la transcription venait compléter la prise de notes qui n'est pas exhaustive. C'est pourquoi il était important de compléter la prise de notes par la transcription des données. Les données journalières avaient à être transmises en l'état au superviseur pour leur sécurisation. La sécurisation et les transferts de

données par les superviseurs devaient se faire de la manière suivante :

- Pour les FGD : la fiche récapitulative du déroulement du FGD, - les enregistrements audio recueillis par dictaphones et les comptes rendus manuscrits - les transcriptions
- Pour les entretiens : - La fiche récapitulative du déroulement de l'entretien - Les enregistrements audio recueillis par dictaphones et les comptes rendus manuscrits

2.9. Traitement et analyse des données

2.9.1. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES QUANTITATIVES

L'analyse des données quantitatives s'est faite sur « Statistical Package for Social Sciences » (SPSS) version 20. Un apurement a été effectué après exportation des fichiers et avant l'analyse afin de détecter et/ou corriger des données aberrantes ou manquantes.

Une analyse descriptive a été effectuée, en procédant premièrement à un tri à plat pour avoir la distribution et les caractéristiques de la population enquêtée et leur répartition suivant les différentes modalités. Il s'en est suivi une analyse croisée des connaissances, attitudes et pratiques des populations en matière de vaccination, avec des variables telles que le département, le milieu de résidence et le sexe du chef de ménage.

2.9.2. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES QUALITATIVES

Pour les techniques qualitatives, les entretiens sont enregistrés à l'aide de la fonctionnalité « Background audio recording » de kobotoolbox sur smartphones. Tous les entretiens et FGD enregistrés sont transcrits mot à mot et anonymisés avec une brève description de la personne interrogée, du sexe et du lieu, de la catégorie de l'informateur et du lieu. L'analyse thématique de toutes les données qualitatives issues des transcriptions suit globalement l'approche " Cadre " : un cadre de codage préexistant développé sur la base du champ d'investigation, auquel des codes sont ajoutés au fur et à mesure de l'examen des données. Cela soutient une approche itérative de la collecte et de l'analyse des données, nous permettant d'ajouter continuellement de nouvelles données et d'élargir le cadre thématique au fur et à mesure de notre progression. Des matrices de données sont produites, par domaine d'évaluation, pour faciliter le processus d'analyse et d'interprétation. Les données sont catégorisées et classées en fonction des thèmes des guides de collecte et des objectifs spécifiques de l'étude. Ces informations sont en cohérence avec les données quantitatives de manière à produire un rapport intégré.

L'analyse de contenu par objectif et par thème s'est faite de manière à dégager les grandes lignes et les tendances pertinentes. Une analyse descriptive de toutes les données collectées a permis de déterminer les informations obtenues en rapport avec chaque objectif de l'étude. L'analyse donne aussi l'occasion de faire des recommandations et de trouver des indices et des stratégies pour orienter les responsables.

2.10. Contrôle de qualité, l'éthique et la confidentialité

L'équipe des consultants a mis sur pied un système de contrôle de qualité pour s'assurer de la fiabilité des données collectées. Les sources des données, l'évidence, la chaîne logique des résultats de la recherche et les recommandations sont soigneusement vérifiées par des systèmes de contrôle systématiques et objectifs (triangulation des sources). L'équipe d'étude s'est engagée à respecter et à garantir, en toutes circonstances, les aspects d'éthique et de confidentialité suivant les standards internationaux. Plus spécifiquement, il était question de globalement présenter les objectifs de l'étude à toute personne à enquêter ; requérir le consentement ; garantir la confidentialité des données collectées ; respecter les opinions des informateurs. De façon spécifique, il était question de prendre en considération :

- **L'Indépendance :** L'ensemble des entretiens réalisés dans le cadre de cette enquête étaient confidentiels. Afin de libérer la parole et assurer la confidentialité des entretiens, ces derniers ont été réalisés en l'absence de toute autre personne dont la présence pourrait être gênante, ce qui a permis de parler librement de certains sujets.
- **L'Éthique, droits humains et égalité des sexes :** En toutes circonstances, la confidentialité des informations fournies par différentes sources, autres que les sources d'accessibilité générale et publique, a été assurée. Les entretiens et les participants aux discussions ont été attribués avec un code, et la référence à l'identité de l'auteur de renseignements ou opinions devenait impossible.
- **La Transparence et impartialité :** L'équipe de recherche se comportait de façon éthique dans toutes ses interactions avec les parties prenantes cibles, en accord avec les principes du Code de conduite applicable. Lors de chaque entretien, les membres de l'équipe de consultation expliquaient la raison de leur venue et les objectifs de la discussion, et soulignaient que l'anonymat des sources serait garanti tout au long de l'enquête. A l'issue de cette introduction, les personnes interviewées avaient le choix de participer ou non à l'entretien. Tout au long des échanges, l'équipe de cette consultation a veillé à maintenir une posture neutre et bienveillante, et n'engageait pas la responsabilité du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) ou l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS).

• **La Crédibilité** : L'équipe de consultation a veillé à disposer des données et des observations fiables et dignes de confiance en ce qui concerne la qualité des instruments et des procédures de collecte et d'analyse utilisées afin de répondre, le plus objectivement possible et de manière neutre et indépendante, aux questions posées lors de l'enquête de terrain.

• **Le Professionalisme** : l'équipe a veillé au respect des normes et pratiques recommandées au niveau international en matière de recherche, notamment en veillant à ce qu'un espace privé soit disponible pour mener les entretiens.

• **La Propriété intellectuelle** : l'Équipe de consultation se devait de respecter les droits de propriété intellectuelle des institutions faisant l'objet d'examen en mentionnant systématiquement les références et les différentes sources d'information.

Dans ce sens, toutes les personnes contactées ont été informées de l'exercice et de sa finalité. Une autorisation préalable était requise oralement pour assurer la participation volontaire, y compris et en cas de besoin pour une autorisation d'enregistrement. Les visites ont suivi un protocole spécifique pour s'assurer que les populations et le personnel ressource présente soient informés de la nature de l'exercice, et le volontariat de la participation ou de la présence étaient toujours respectés. De la même façon, les aspects et les sensibilités culturelles ont été pris en compte et

respectés. En toutes circonstances, la confidentialité des informations fournies par différentes sources, autres que les sources d'accessibilité générale et publique, a été assurée.

2.11. Limites de l'étude

La présente étude fait face à quelques contraintes contextuelles qui pourraient entacher la qualité du travail. La première concerne l'aspect sécuritaire, au regard de la situation qui prévaut dans le pays, notamment la persistance des actes de violence dont les assassinats, vendetta, kidnappings, etc. La situation sécuritaire pourrait avoir une influence sur l'échantillonnage et même la sélection des ménages. Les localités identifiées comme zones rouges ou à risque ont été automatiquement retirées de la base de sondage. Par ailleurs, une liste de SDE de réserve a aussi été constituée pour pallier au remplacement de tout changement de statut d'une SDE en zone rouge ou à risque au moment de la collecte.

La seconde, tout aussi importante, est liée à la vétusté de la base de sondage qui date d'une vingtaine d'années lors du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat. Quoiqu'une actualisation ait été faite, elle n'est également pas récente. De ce fait, la sélection des ménages n'a peut-être pas respecté fidèlement le plan de descente arrêté, en fonction du niveau de différence observé sur le terrain par rapport à ce qui a été arrêté.

Tableau 6 : Facteurs de risques et stratégie de mitigation

Risques	Mesures de mitigation utilisées
Risques liés à l'insécurité	Identifier d'un commun accord avec le responsable sécurité les zones à risque pour mieux les circonscrire et trouver la bonne stratégie pour pouvoir déployer la mission sur le terrain et effectuer la collecte des données. Un protocole spécifique a été appliqué pour ces zones à risques sécuritaires.
Risques liés au contexte sanitaire et disponibilité des acteurs	Recruter et former sur place des enquêteurs et faire respecter les mesures barrières Planifier à l'avance les rencontres avec les acteurs concernés selon leur disponibilité
Risques liés à la disponibilité et fiabilité des données	Adapter la méthodologie en fonction de la disponibilité des données. Procéder par triangulation des informations et des sources de données pour améliorer la fiabilité des données.

03

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTES



3.1. Répartition spatiale

L'enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de vaccination a permis d'interviewer 1238 ménages dont 465 en milieu urbain et 773 en milieu rural. Selon les départements, l'Aire Métropolitaine a produit 228 ménages, l'Artibonite 132 ménages, le Nord 122 ménages, le Reste Ouest 121 ménages, le Centre 96 ménages tout comme le Sud et le Nord-Ouest, le Sud-Est 95 ménages, les Nippes 85 ménages, la Grande-Anse 84 ménages et le Nord-Est 82 ménages.

S'agissant des enfants, l'enquête a permis de dénombrer 309 ménages ayant au total 1220 enfants de 0-24 mois dont 456 en milieu urbain et 764 en milieu rural, et 315 enfants de 0-6 mois ont été enregistrés dans les ménages dont 119 en milieu urbain et 196 en milieu rural.

La taille moyenne des ménages est de 4,88 personnes par ménage avec une moyenne de 4,79 pour le milieu urbain et 4,93 pour le milieu rural. Cette taille varie également selon les départements, allant de 3,99 au Sud-Est à 5,66 dans l'Artibonite.

Tableau 7: Principaux résultats des indicateurs de la vaccination

Variables		Effectif des ménages enquêtés	Effectif des ménages avec enfants de 0 à 6 mois	Nombre d'enfants de 0 à 24 mois	Nombre d'enfants de 0 à 6 mois	Taille moyenne des ménages
Département	Aire Métropolitaine	228	71	230	72	4,55
	Artibonite	132	20	123	20	5,66
	Centre	96	28	100	29	4,95
	Grande-Anse	84	21	82	21	5,17
	Nippes	85	20	77	20	4,74
	Nord	122	23	125	24	4,30
	Nord-Est	82	17	69	17	4,56
	Nord-Ouest	96	25	87	25	5,32
	Reste Ouest	121	35	129	41	5,61
Milieu de résidence	Sud	96	26	101	26	4,95
	Sud-Est	95	22	96	22	3,99
Total	Urbain	465	118	456	119	4,79
	Rural	773	191	764	196	4,93
	Total	1238	309	1220	315	4,88

3.2. Caractéristiques des chefs de ménage enquêtés

Un total de 1158 chefs de ménages a été effectivement enquêté dont 52,5% de sexe masculin et 47,5% de sexe féminin. Selon la tranche d'âge, 27 % d'entre eux étaient âgés de moins de 30 ans, 36,9% de 30 à 39 ans, 28,1% de 40 à 59 ans et 8% de 60 ans et plus.

Plus d'un tiers des chefs de ménages n'ont pas fréquenté l'école, 16,4% ont un niveau primaire, 38,9% ont atteint le secondaire, 5,5% le niveau supérieur et 5,5% n'ont pas pu renseigner sur leur niveau d'instruction.

S'agissant de la situation matrimoniale, près de la moitié des chefs de ménages (48,8%) vivent en union libre/concubinage ; 36,2% d'entre eux sont soit célibataires ou jamais mariés ou encore mariés monogames (18,1% respectivement). Les chefs de ménages en rupture d'union représentent 6,6% (2,2% divorcés/séparés et 4,4% veufs/veuves). On retrouve une faible proportion de mariés polygames (1,1%).

En ce qui concerne la religion, près d'un chef de ménage sur 10 (11,2%) n'a pas de religion. La plus forte proportion de pratiquants appartient soit au catholicisme (38%) ou au protestantisme (33,6%). Les autres se définissent comme musulmans (0,3%), adventistes/pentecôtiste/témoins de Jéhovah (4,9%), de religion traditionnelle/animiste (0,2%), vodouisants (5,7%) ou adeptes d'autres religions (6,1%).

Quant à l'exercice d'une activité rémunératrice, un chef de ménage sur 3 (33%) ne travaille pas. La majorité des enquêtés 46,1% exercent en indépendants ou à leur propre compte.

S'agissant du département d'origine des chefs de ménages, le plus fort pourcentage provient de l'Ouest (16,5%), suivi du Sud avec 15,1%. Le département de l'Est est le moins représenté avec 0,6%.

Tableau 8 : Répartition des chefs de ménages suivant certaines caractéristiques sociodémographiques

Variables	Effectif	Pourcentage (%)
Sexe du chef de ménage		
Masculin	608	52,5
Féminin	550	47,5
Age du chef de ménage		
Moins de 30 ans	288	27,0
30-39 ans	394	36,9
40-59 ans	300	28,1
60 ans et plus	85	8,0
Niveau d'instruction		
Sans niveau	390	33,8
Primaire	189	16,4
Secondaire	448	38,9
Supérieur	63	5,5
NSP	63	5,5
Situation matrimoniale		
Célibataire	210	18,1
Marié (e) monogame	284	18,1
Marié (e) polygame	13	1,1
Union libre/concubinage	565	48,8
Divorcé(e)/séparé(e)	25	2,2
Veuf(ve)	51	4,4
NSP	10	0,8
Religion du chef de ménage		
Pas de religion	130	11,2
Catholique	440	38,0
Protestante	389	33,6
Musulmane	3	0,3
Adventiste/Pentecôtiste/Témoin de Jéhovah	57	4,9
Traditionnelle/animiste	2	0,2
Vaudou	66	5,7
Autre	71	6,1

Variables	Effectif	Pourcentage (%)
Situation d'activité		
Ne travaille pas	382	33,0
Patron/Employeur	45	3,9
Indépendant/Propre compte	534	46,1
Salarié permanent	77	6,6
Salarié temporaire	102	8,8
Apprenti/stagiaire rémunéré	1	0,1
Aide familial	17	1,5
Département d'origine		
Aire Métropolitaine	28	2,4
Centre	99	8,5
Artibonite	7	0,6
Nippes	86	7,4
Nord-Ouest	109	9,4
Ouest	187	16,1
Sud	175	15,1
Sud-Est	109	9,4
Grande-Anse	107	9,2
Nord-Est	76	6,6
Total	1158	100

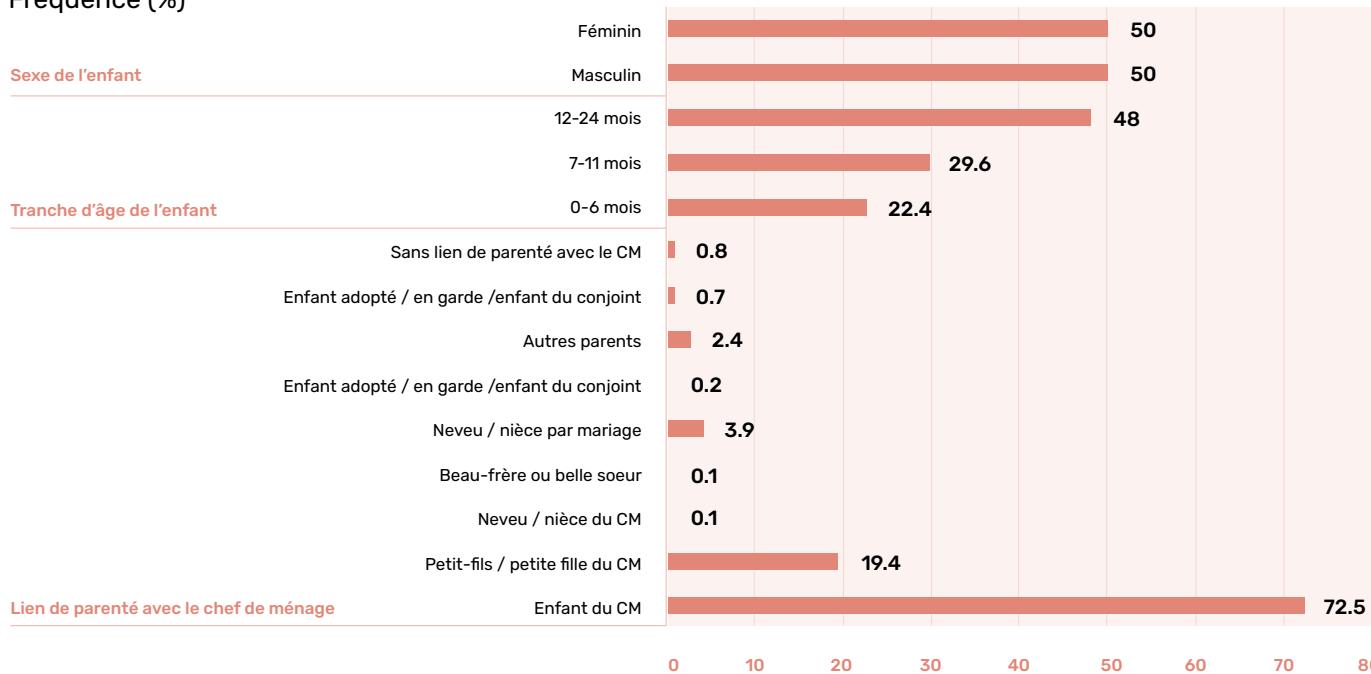
3.3 Caractéristiques des enfants

Un total de 1275 enfants âgés de 0 à moins de 24 mois a été enregistré et équitablement réparti selon le sexe, soit 637 de sexe masculin et 638 de sexe féminin. Selon le lien de parenté avec le chef de ménage, la grande majorité est constituée des enfants du chef de ménage (72,5%), suivie de ses petits-fils et petites-filles, pour un pourcentage de 19,2%. Le reste est minoritaire, parmi lesquels on peut relever les neveux/nièces par alliance (3,9%) ainsi que les enfants ayant d'autres liens de parenté avec le chef de ménage (2,4%).

Selon la tranche d'âge, 22,4% d'enfants sont âgés de 0 à 6 mois, 29,6% de 7 à 11 mois et 48% de 12 à 24 mois.

Graphique 2 : Répartition des enfants suivant certaines caractéristiques sociodémographiques

Fréquence (%)



Survie des parents biologiques des enfants de 0-24 mois

L'enquête a permis d'apprécier la survie des parents biologiques des enfants enquêtés. Il en ressort que 99,3% des enfants ont encore leur mère biologique en vie dont 97% d'entre elles vivent dans le ménage, tandis que 91% d'enfants ont encore leur père biologique en vie et 59% d'entre eux vivent dans le même ménage qu'eux.

Tableau 9 : Répartition des enfants suivant la survie de leurs parents biologiques

Variables	Effectif	Pourcentage (%)
Survie de la mère biologique		
Oui	1266	99,3
Non	7	0,5
Ne sait pas	2	0,2
La mère biologique vit dans le ménage		
Oui	1237	97,0
Non	29	2,3
Non concerné	9	0,7
Survie du père biologique		
Oui	1160	91,0
Non	109	8,5
Ne sait pas	6	0,5
Le père biologique vit dans le ménage		
Oui	752	59,0
Non	408	32,0
Non concerné	115	9,0
Ensemble	1275	100

3.4 Caractéristiques des personnes enquêtées

Dans l'ensemble, l'enquête a permis de recenser dans tous les ménages un total de 5894 personnes dont 43,9% de sexe masculin et 56,1% de sexe féminin.

Selon le groupe d'âge, 21,9% sont âgés de moins de 2 ans, 13,5% de 2 à 9 ans, 15,3% de 10 à 19 ans, 18,3% de 20 à 29 ans, 24,3% de 30 à 59 ans et 3,1% sont âgés de 60 ans et plus. Par ailleurs, 3,6% n'ont pas pu donner leur âge.

Pour les questions d'instruction et de statut matrimonial, elles concernent 4619 personnes éligibles. S'agissant du niveau d'instruction, 23,8% des enquêtés n'ont aucun niveau d'instruction, 32,7% ont atteint le niveau primaire, 36,3% le secondaire, 3,9% le supérieur et 3,2% n'ont pas pu déclarer leur niveau d'instruction. Quant au statut matrimonial, près de la moitié des 4619 personnes (47,2%) sont célibataires/jamais mariées, près d'un tiers (28,1%) vivent en union libre/concubinage et 13,9% sont mariées monogames. Il faut souligner que 6,5% ont un statut non précisé.

En ce qui concerne la situation d'activité des 3716 personnes éligibles, la plus forte proportion (60,4%) ne travaille pas. Pour le reste, ceux qui exercent en indépendants ou à leur propre compte demeurent les plus nombreux (27,9%).

Tableau 10 : Quelques caractéristiques des personnes enquêtées

Variables	Effectif	Pourcentage (%)
Situation d'activité		
Ne travaille pas	2243	60,4
Patron/Employeur	74	2,0
Indépendant/Propre compte	1035	27,9
Salarié permanent	143	3,8
Salarié temporaire	179	4,8
Apprenti/stagiaire rémunéré	4	0,1
Apprenti/stagiaire non rémunéré	4	0,1
Aide familial	34	0,9
Total	3716	100
Situation matrimoniale		
Célibataire/Jamais marié	2181	47,2
Marié (e) monogame	644	13,9
Marié (e) polygame	29	0,6
Union libre/concubinage	1299	28,1
Divorcé(e)/séparé(e)	58	1,3
Veuf(ve)	108	2,3
NSP	300	6,5
Total	4619	100
Niveau d'instruction		
Sans niveau	1101	23,8
Primaire	1509	32,7
Secondaire	1679	36,3
Supérieur	182	3,9
NSP	148	3,2
Total	4619	100
Groupe d'âge		
Moins de 2 ans	1293	21,9
2-9 ans	793	13,5
10-19 ans	903	15,3
20-29 ans	1080	18,3
30-59 ans	1433	24,3
60 ans et plus	182	3,1
Ne sait pas	210	3,6
Total	5894	100
Sexe		
Masculin	2588	43,9
Féminin	3306	56,1
Ensemble	5894	100

3.5 Caractéristiques du cadre de vie des ménages

Le cadre de vie des ménages a été apprécié à travers le type de lieu d'aisance, la principale source d'eau de boisson, la possession des moyens de communication, d'information et de transport.

Concernant le type de lieu d'aisance, le principal lieu utilisé par les ménages est celui des latrines traditionnelles (34,0%), suivi des latrines à fosse/trou ouvert (20,4%), des toilettes modernes (14,5%) et des latrines auto améliorées ou auto aérées (12,8%). Après ce groupe, l'on note les ménages qui n'utilisent pas de toilettes ou qui font leurs besoins dans la brousse ou au champ (8,9%). Les autres groupes sont minoritaires avec les chasses d'eau branchées à une fosse septique (2,9%), les chasses d'eau/chasses manuelles (2,3%), les chasses branchées aux latrines (0,7%), les chasses branchées à l'égout (0,5%), etc.

S'agissant de la principale source d'eau de boisson, les ménages utilisent surtout le robinet public/borne fontaine (23,4%), l'eau en bouteille (11,1%), l'eau de source aménagée et non aménagée (10,8% et 9,3% respectivement).

Quant aux possessions des moyens de communication, d'information et de transport, 46,3% des ménages possèdent une radio pour s'informer, 39,5% ont accès à l'internet, 21,2% disposent de la télévision, 4,8% d'un ordinateur et 4,6% lisent les journaux. Par ailleurs, 84,7% des ménages utilisent un téléphone mobile pour communiquer, 32,5% une connexion internet et 2,5% un téléphone fixe.

En outre pour le transport, 19,7% de ménages possèdent une motocyclette/scooter et 7,3% une bicyclette. Pour les autres moyens de transport mentionnés, le pourcentage varie de 0,5% à 2,7%.

Tableau 11 : Sources d'approvisionnement en eau de boisson et type de lieu d'aisance

Caractéristique	Effectif	Fréquence (%)
Lieu d'aisance		
Pas de toilettes/ brousse/ champ	110	8,9
Chasse d'eau/chasse manuelle	29	2,3
Chasse branchée à l'égout	6	0,5
Chasse branchée à fosse septique	36	2,9
Chasse branchée à latrines	9	0,7
Chasse branchée à endroit inconnu/pas sûr/ne sait pas	2	0,2
Latrines améliorées ou auto aérées	158	12,8
Latrines traditionnelles	421	34,0
Latrines à fosse/trou ouvert	252	20,4
Toilettes suspendues/latrines suspendues	4	0,3
Toilettes modernes	179	14,5
Autres	32	2,6
Principale source d'eau de boisson		
Eau de robinet dans le logement	69	5,6
Eau de robinet dans la cour/ parcelle	81	6,5
Robinet public/borne fontaine	290	23,4
Puits protégé	69	5,6
Puits non protégé	18	1,5
Eau de source aménagée	134	10,8
Eau de source non aménagée	115	9,3
Eau de pluie	8	0,6
Citerne/camion-citerne	91	7,4
Charrette avec petite citerne/ tonneau	19	1,5
Eau de surface (rivière, ruisseau, barrage, lac, mare, canal, rigole d'irrigation)	7	0,6
Eau en bouteille	138	11,1
Autre	199	16,1

Possession des moyens d'information		
Radio	573	46,3
Télévision	263	21,2
Ordinateur	60	4,8
Internet	489	39,5
Journaux	57	4,6
Possession des moyens de communications		
Téléphone mobile	1048	84,7
Téléphone fixe	31	2,5
Connexion internet	402	32,5
Possession des moyens de transport		
Bicyclette/vélo	90	7,3
Motocyclette/scooter	244	19,7
Voiture/camion	34	2,7
Bateau à moteur	6	0,5
Pousse-pousse	18	1,5
Charrette avec animal	18	1,5

3.6 Population de l'enquête qualitative

L'enquête qualitative s'est focalisée sur les populations dans les communes et les sections communales des dix départements. La population est constituée de six cent cinquante (650) informateurs soient cinq cents (500) participants aux focus groupes et cent cinquante (150) pour les entretiens individuels en profondeur. Ils regroupent les hommes et les femmes âgés de 19 à 55 ans ayant et ou responsables des enfants de 0 à 24 mois. Ils sont de niveau primaire, secondaire et non scolarisés pour la majorité. Globalement, les informateurs des deux sexes appartiennent aux catégories socioprofessionnelles suivantes : commerçantes de rues, couturières, cultivateurs/cultivatrices, artisans comme les tailleurs et les menuisiers ; ou non qualifiés comme le personnel domestique et des chômeurs. La population des entretiens individuels était constituée des matrones, leaders religieux, CASEC et ASEC, des piqueurs et responsables de PEV, personnes impliquées lors des campagnes de vaccination et des responsables d'enfants de 0 à 24 mois.

04

CONNAISSANCE DE LA VACCINATION



4.1 Connaissances des vaccins

4.1.1 CONNAISSANCE DES MÈRES/PERSONNES EN CHARGE DES ENFANTS SUR LA VACCINATION SUIVANT CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

La connaissance de la vaccination est très répandue, puisque 96,6% des gardiennes/mères d'enfants ont déjà entendu parler de la vaccination, dont 97,3%

en milieu urbain contre 96,1% en milieu rural. Ces proportions vont également de 93,8% dans le Sud et le Sud-Est à 100% dans la Grande-Anse et les Nippes respectivement. De ces personnes, la grande majorité (88,6%) estime que le rôle de la vaccination c'est de prévenir la maladie. Le pourcentage de répondants à attribuer le rôle préventif à la vaccination est presque égal en milieu urbain (87,2%) qu'en milieu rural (89,5%), mais varie selon les départements, allant de 75% dans le Nord-Est à 94,4% dans le Sud.

Graphique 3 : Répartition des personnes en charge des enfants qui ont déjà entendu parler de vaccination selon le département et le milieu de résidence

% de personnes en charge des enfants qui ont déjà entendu parler de vaccination

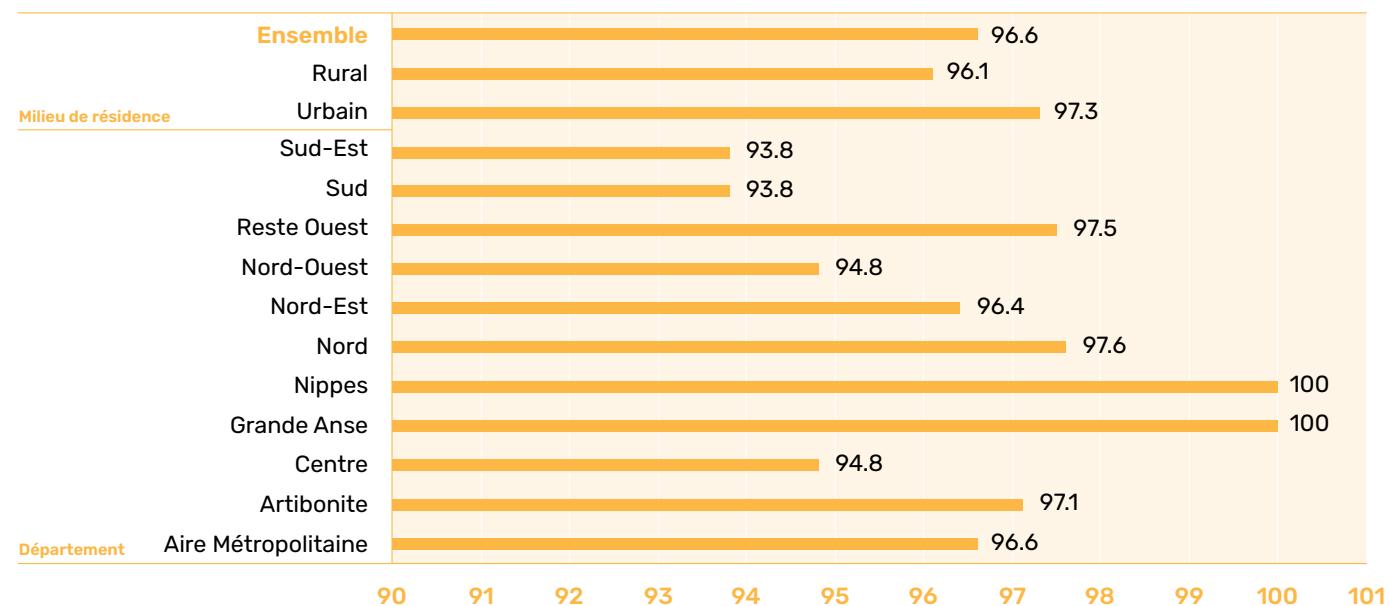


Tableau 12: Connaissance du rôle de la vaccination selon les personnes qui prennent soin de l'enfant par département et milieu de résidence

Variables	Répartition des personnes en charge des enfants suivant leur idée du rôle de la vaccination			
	Prévenir contre les maladies	Rendre plus fort	Traiter les maladies	Autre
Aire Métropolitaine	88,6	3,5	5,7	2,2
Artibonite	85,6	0	4,5	9,8
Centre	87,9	1,1	4,4	6,6
Grande- Anse	96,4	0	1,2	2,4
Nippes	89,4	2,4	8,2	0
Département				
Nord	96,7	0	3,3	0
Nord-Est	75,0	3,8	8,8	12,5
Nord-Ouest	89,0	2,2	2,2	6,6
Reste Ouest	84,7	1,7	10,2	3,4
Sud	94,4	0	3,3	2,2
Sud-Est	86,8	2,2	5,5	5,5
Milieu de résidence				
Urbain	87,2	2,2	6,5	4,1
Rural	89,5	1,3	4,7	4,5
Total	88,6	1,7	5,4	4,4

4.1.2 CONNAISSANCE DES MÈRES/PERSONNES EN CHARGE DES ENFANTS SUR LA VACCINATION SUIVANT LES PRINCIPAUX VACCINS

Le vaccin le plus connu des mères/gardiennes d'enfant est celui de la tuberculose ou BCG (73,2%), suivi de la poliomyélite ou VPO (46,7%), (de la vitamine A (30,6%)), de la diphtérie+Hépatite+Haemophilus Influenza B ou DTC+ Hépatite + Hib3 (15,1%), du vaccin antitétanique ou VAT (14,1%). Par ailleurs, 29,4% des mères/gardiennes d'enfants ont déclaré connaître d'autres types de vaccins tels que (l'Albendazole), celui contre le choléra,

(les différentes vitamines), celui contre la Covid-19, la malaria, la pneumonie, le pentavalent, le VPI, le rota virus, la rubéole, ainsi que d'autres vaccins dont elles avaient du mal à se souvenir. Il faut souligner que certaines enquêtées ont classé la vitamine A, l'Albendazole et les différentes vitamines parmi les vaccins.

La tendance est plus ou moins la même suivant les départements et le milieu de résidence, comme présenté au graphique qui suit.

Graphique 4 : types de vaccins connus des personnes en charge des enfants

Type de vaccin connus (%)

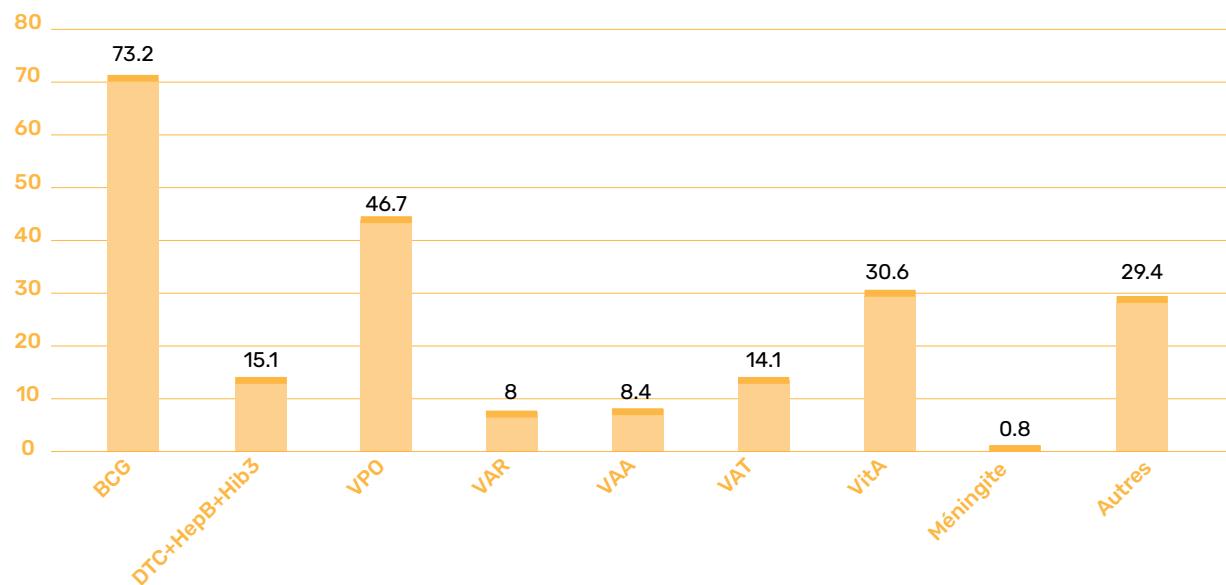


Tableau 13 : Pourcentage des personnes en charge des enfants suivant leurs connaissances des différents vaccins

Variables	BCG	DTC+HepB +Hib3	VPO	VAR	VAA	VAT	Vit A	Méningite	Autres
Aire Métropolitaine	80,7	17,5	57,0	8,3	18,9	32,0	39,9	2,6	18,9
Artibonite	62,9	3,8	52,3	5,3	0	3,0	34,8	0	58,3
Centre	69,2	8,8	58,2	17,6	1,1	16,5	28,6	0	29,7
Grande- Anse	72,6	7,1	77,4	9,5	1,2	6,0	45,2	1,2	26,2
Nippes	54,1	3,5	21,2	0	0	0	17,6	0	50,6
Département									
Nord	88,3	33,3	25,8	0,8	9,2	5,0	59,2	0	9,2
Nord-Est	81,2	17,5	35,0	1,2	1,2	6,2	26,2	1,2	25,0
Nord-Ouest	54,9	6,6	40,7	5,5	1,1	12,1	7,7	0	44,0
Reste Ouest	74,6	31,4	61,9	12,7	24,6	29,7	27,1	0,8	28,8
Sud	73,3	6,7	38,9	3,3	1,1	5,6	20,0	1,1	27,8
Sud-Est	81,3	19,8	29,7	24,2	15,4	13,2	5,5	0	15,4
Milieu de résidence									
Urbain	77,7	15,4	50,4	6,7	12,1	19,7	36,8	1,3	24,5
Rural	70,5	15,0	44,5	8,8	6,1	10,7	26,7	0,5	32,4
Total	73,2	15,1	46,7	8,0	8,4	14,1	30,6	0,8	29,4

4.1.3 IMPORTANCE DE LA VACCINATION

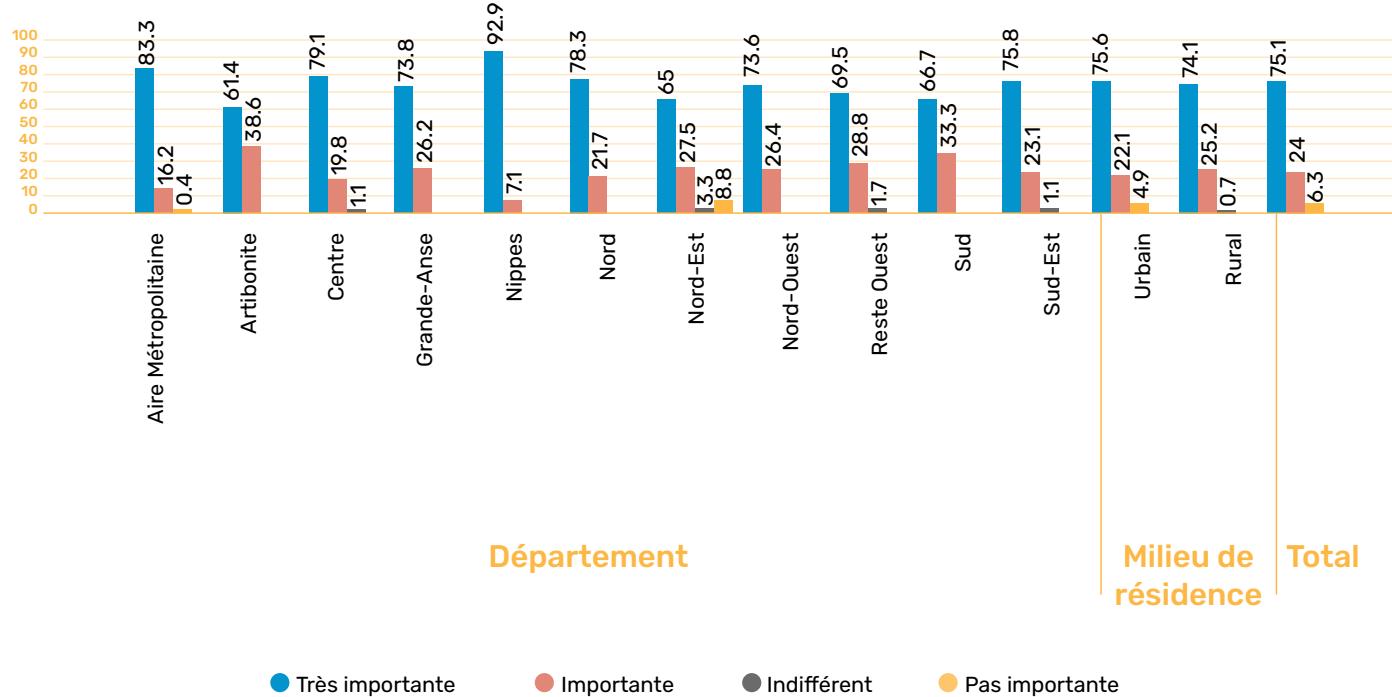
S'agissant de l'importance de la vaccination, 3 personnes sur 4 (75,1%) trouvent qu'elle est très importante dont 75,6% en milieu urbain contre 74,1% en milieu rural. Selon le département, les proportions sont plus faibles dans l'Artibonite (61,4%), le Nord-Est (65%), le Sud (66,7%) et le Reste Ouest (69,5%), et plus fortes dans les départements des Nippes (92,9%) et dans l'Aire Métropolitaine (83,3%).

Par ailleurs, 24% de personnes trouvent que la vaccination est importante dont 22,1% en milieu urbain contre 25,2% en milieu rural ; ce pourcentage va de

7,1% dans le département des Nippes à 38,6% dans l'Artibonite. Les proportions de personnes qui estiment que la vaccination n'est pas importante sont très faibles (0,3%), tout comme celles des personnes qui sont indifférentes quant à l'importance de la vaccination. Il faut noter que dans le Nord-Est, 3,8% la proportion de personnes enquêtées jugeant la vaccination non importante est identique à celles qui lui restent indifférentes (3,8%). Dans l'ensemble, 4% de personnes estiment la vaccination non importante en raison de sa capacité à induire des maladies et de leurs convictions et croyances religieuses.

Graphique 5 : Pourcentage des personnes en charge des enfants suivant leurs perceptions de l'importance de la vaccination par département d'enquête et milieu de résidence

Fréquence %



4.1.4 ASPECTS QUALITATIFS DE LA PERCEPTION ET DE LA CONNAISSANCE DE LA VACCINATION.

Les représentations des parents en matière de vaccination sont basées sur des croyances individuelles et collectives qui passent de bouche à oreille dans les communautés. Il n'y a pas de différence géographique et ou suivant le sexe. La tendance est la même dans tous les départements. Le vaccin est une protection individuelle puis collective. La question sur la perception de la vaccination : « Que pensez-vous de la vaccination ? », les réponses ont fait appel à des informations partagées entre les générations généralement de manière positive : le vaccin est un ange gardien pour les enfants, les femmes enceintes et la communauté. Le vaccin est une vitamine administrée aux enfants pour faciliter leur développement. Il semblerait que cette perception encourage les parents et responsables d'enfant à leur faire vacciner.

Il est certain que la majorité des participantes rencontrées ont suivi les consultations et se sont fait vacciner durant leur grossesse. Les hommes encouragent leurs conjointes à se rendre dans les institutions sanitaires pour se faire vacciner durant leur grossesse. Les informateurs pensent que les vaccins aident à garder la mère enceinte en bonne santé, et surtout aident à éviter les complications durant l'accouchement.

Malgré cette représentation positive de la vaccination pour les enfants et les femmes enceintes, les informateurs remettaient en question l'innocuité vaccinale. Dans tous les départements, on décèle facilement la crainte et la peur chez les parents des deux sexes ; ils craignent que le vaccin provoque d'autres pathologies chez les enfants : Ils déclarent que le vaccin est une maladie injectée chez l'enfant et il se pose la question si on veut protéger l'enfant contre une maladie pourquoi l'injecter chez lui. De cette perception découle la tendance que les vaccins peuvent donner des effets secondaires imprévisibles.

4.1.5 CONNAISSANCE ET IMPORTANCE DE LA VACCINATION

La vaccination a une importance capitale suivant l'opinion des mères et des responsables d'enfants. Dans cette étude, il a été constaté que la majorité des participants aux groupes de discussion connaît l'importance de la vaccination. Suivant les opinions, la vaccination est une barrière, une protection, une prévention pour les femmes enceintes et les enfants. Elle renforce le système de défense des enfants, facilite

leur développement et empêche la malformation des fœtus, c'est pourquoi les femmes enceintes devraient se faire vacciner.

Les mères, les informateurs clés et les leaders connaissent les avantages de la vaccination pour les enfants : le vaccin protège les enfants contre les maladies et renforce leur immunité (protège le corps des enfants.). La meilleure façon de protéger l'enfant c'est de le vacciner et de s'assurer qu'il a reçu toutes les doses de vaccin correspondant à son âge. Suivant les opinions, les enfants qui ne prennent pas toutes les doses sont plus aptes à attraper certaines maladies et infections. L'utilité de la vaccination était connue par la majorité des mères. Cependant, celles qui sont de niveau primaire et non scolarisées ignorent complètement le nom des vaccins administrés aux enfants, pourtant, elles reconnaissent leur utilité. Celles de niveau secondaire pouvaient citer au moins le nom de 3 à 4 vaccins. Elles expliquaient leur méconnaissance des maladies cibles des vaccins par l'oubli de tous les noms donnés par les éducateurs. Elles peuvent citer le BCG, le Pentavalent, la Polio et le VPO. Elles rapportent qu'elles ne peuvent pas définir les noms des vaccins, par exemple elles demandent la signification du BCG. Elles n'arrivent pas à lier les noms des vaccins aux maladies. Elles ne pouvaient pas se rappeler du nom des vaccins déjà reçus par leurs enfants. Le vaccin BCG est le plus connu de tous, mais certains participants ont leurs façons d'identifier les vaccins par exemple (celui qui donne de la fièvre, celui qui donne des cicatrices, celui qu'on donne dans la bouche, ...)

Certains, surtout ceux de la commune de Bouzy à Fonds-des-Nègres dans le département des Nippes, estiment qu'il y a des enfants non vaccinés qui sont en bonne santé et même se portent mieux que ceux qui le sont. Dans certains départements comme le Nord-Est, certains enfants de 12 mois n'ont pas encore reçu le BCG.

Malgré la relativement bonne connaissance de la population d'étude de la vaccination, des participants déclarent qu'ils connaissent un bon nombre de parents qui subit l'influence négative de leur entourage, ils décident de ne pas faire vacciner leurs enfants.

“

Verbatims :

- *On doit vacciner les enfants pour les protéger contre les épidémies, les infections et les maladies, telles que : la grippe, la fièvre, la toux, la diarrhée, varicelle, la grattelle, la malnutrition.*

- *D'après moi, toutes les femmes enceintes doivent suivre toutes les consultations pour éviter les complications pendant la période de la grossesse et lors de l'accouchement. C'est grâce aux consultations qu'on va savoir ce qu'on doit faire, ce qu'on ne doit pas faire. Le personnel de santé est là pour nous conseille. Ils nous indiquent quoi faire pour que le nourrisson soit bien développé. On sait aussi, il faut consommer les trois groupes d'aliments tels que : protecteurs, constructeurs et énergétiques pour que ni la mère ni l'enfant soient en bonne santé.*
- *Dans ma zone, je connais des parents qui entendent dire que les vaccins donnent des maladies aux enfants, ils décident de ne pas faire vacciner leurs enfants, ils ne savent pas si ce sont les effets du vaccin, il y a des gens qui découragent les parents,*
- *Le plus souvent c'est le personnel de santé qui connaît le nom du vaccin à donner à un enfant et la date du dernier vaccin reçu.*
- *On ne peut pas ouvrir une boîte de vaccin pour quelques enfants. Les parents ne maîtrisent pas correctement à quel âge l'enfant doit commencer et terminer ses vaccins, ni même le nombre total de vaccins à prendre. ”*

4.1.6 SITUATION VACCINALE DES MÈRES/ PERSONNES EN CHARGE DES ENFANTS

Au sujet de la vaccination des mères/personnes en charge des enfants, l'enquête a montré que 84,1% d'entre elles ont déjà été vaccinées, dont 84,4% en milieu urbain et 83,8% en milieu rural. Les proportions de vaccinées sont cependant faibles dans les départements du Nord (56,7%), du Sud-Est (69,2%) et du Nord-Est (76,2%), mais plus élevées dans les départements de la Grande-Anse (96,4%), des Nippes (95,3%) et du Nord-Ouest (93,4%).

Graphique 6 : Proportion de personnes en charge des enfants qui ont déjà été vaccinées

% de personnes en charge des enfants qui ont déjà été vaccinées



Les derniers vaccins pris sont principalement le VAT (47%), le VAA (10,7%) et la méningite (3,1%) ; 54,7% ayant pris d'autres types de vaccins tels que le BCG, le VAR, celui de la Covid-19, de la polio, du choléra, de la pneumonie, le Rotavirus, le zona, les vaccins pour femmes enceintes, ainsi que d'autres vaccins dont elles ont eu du mal à se souvenir. La tendance est pratiquement la même en milieu urbain et en

milieu rural, mais il y a beaucoup de disparités selon les départements. La prise du VAT a été rapportée principalement par les répondants des départements de l'Artibonite (63,3%), du Reste de l'Ouest (70,6%) et du Nord-Est (78,7%), alors que d'autres types de vaccins ont été reçus surtout par ceux des départements du Nord (76,5%), du Nord-Ouest (77,6%) et des Nippes (97,5%).

Tableau 14 : Proportion des mères/personnes en charge des enfants et leur répartition suivant certains vaccins par département et milieu de résidence

Variables	% de personnes en charge des enfants qui ont déjà été vaccinées	Répartition des personnes en charge des enfants qui ont déjà été vaccinés suivant le dernier vaccin pris			
		VAT	VAA	Méningite	Autre
Aire Métropolitaine	88,6	49,0	18,3	5,9	53,0
Artibonite	90,9	63,3	11,7	0,8	37,5
Centre	83,5	38,2	1,3	0	68,4
Grande- Anse	96,4	43,2	17,3	4,9	55,6
Nippes	95,3	2,5	0	0	97,5
Département					
Nord	56,7	23,5	0	0	76,5
Nord-Est	76,2	78,7	9,8	11,5	21,3
Nord-Ouest	93,4	28,2	1,2	0	77,6
Reste Ouest	86,4	70,6	15,7	3,9	28,4
Sud	87,8	40,5	2,5	2,5	64,6
Sud-Est	69,2	71,4	28,6	3,2	28,6
Milieu de résidence					
Urbain	84,4	44,9	11,0	4,1	56,2
Rural	83,8	48,2	10,5	2,5	53,8
Total	84,1	47,0	10,7	3,1	54,7

4.1.7 CONNAISSANCE DES PERSONNES EN CHARGE DES ENFANTS SUR LA DOSE NORMALE DE VAT À PRENDRE

Le nombre moyen de doses normales déclarées par les mères/gardiennes d'enfants est de 26,8 doses, loin de la réalité. En milieu urbain, le nombre moyen de doses déclarées est de 31,5 contre 23,9 en milieu rural. Selon les départements, le nombre de doses déclarées est de 1 dans la Grande- Anse, 1,4 dans l'Artibonite et 2,3 dans

le Nord-Est. Les autres départements ont des doses déclarées qui vont de 23,6 dans le Nord à 61,2 dans le Reste Ouest.

Quant au moment où les mères/gardiennes d'enfants se sont fait vacciner, c'était le plus souvent lors des grossesses (85,5%). Viennent ensuite les moments correspondant aux campagnes (19,1%), rendez-vous du calendrier de vaccination (14,1%) et aux périodes d'épidémies (10,5%).

Tableau 15 : Nombre moyen de doses normales selon les mères/personnes en charge vaccinées et leur répartition suivant les moments où ils se sont souvent vaccinés

Variables	Nombre moyen de doses normales déclarées	Répartition des personnes en charge des enfants suivant les moments où ils se sont souvent vaccinés						
		Lors des grossesses	Sur RDV du calendrier de vaccination	Quand j'étais malade et je suis allé à l'hôpital	Lors des campagnes	Lorsqu'il y aura une épidémie	Autre	
Département	Aire Métropolitaine	33,2	77,7	15,8	12,4	23,8	14,4	7,4
	Artibonite	1,4	84,2	20,8	0	18,3	8,3	5,8
	Centre	30,9	80,3	2,6	2,6	35,5	18,4	5,3
	Grande- Anse	1,0	79,0	34,6	11,1	14,8	7,4	4,9
	Nippes	50,0	88,9	0	4,9	14,8	3,7	12,3
	Nord	23,6	98,5	1,5	2,9	44,1	30,9	1,5
	Nord-Est	2,3	96,7	1,6	1,6	4,9	0	1,6
	Nord-Ouest	30,3	94,1	0	0	10,6	7,1	4,7
	Reste Ouest	61,2	91,2	21,6	4,9	12,7	11,8	2,0
	Sud	37,9	70,9	22,8	6,3	15,2	5,1	15,2
Milieu de résidence	Sud-Est	6,2	95,2	23,8	0	9,5	3,2	1,6
	Urbain	31,5	83,1	13,6	8,5	22,1	12,3	6,4
	Rural	23,9	86,9	14,5	3,2	17,2	9,4	5,7
Total		26,8	85,5	14,1	5,2	19,1	10,5	6,0

4.1.8 RAISONS DE LA NON-VACCINATION DES PERSONNES ET DE LEURS ENFANTS

Les personnes qui ne se sont pas fait vacciner et ne vaccinent pas non plus leurs enfants ont évoqué principalement l'indisponibilité des vaccins (31,1%), l'éloignement (14,1%), l'absence d'offre de la vaccination le jour choisi (9%). Cependant, 57,7% ne le font pas pour d'autres raisons que celles qui ont été proposées, telles que l'insécurité, les maladies qui s'en suivent, les effets secondaires, la peur, la méfiance, la douleur, l'irrégularité des campagnes, les convictions religieuses, le manque d'information sur le vaccin, ou parce qu'elles avaient déjà pris lesdits vaccins. Les tendances sont plus ou

moins les mêmes selon les départements et le milieu de résidence, même si l'on note que le Reste Ouest est plus concerné par des raisons comme l'absence de formation sanitaire proche (15,5%), le temps d'attente trop long (19%) et l'absence d'offre de la vaccination le jour choisi par les enquêtés (28,4%) par rapport aux autres départements. Par ailleurs, le motif de l'éloignement touche plus les populations du milieu rural (18,5%) que celles du milieu urbain (6,9%), ainsi que les populations du Sud-Est (68,9%). Le motif de la rupture des vaccins concerne très peu les départements de l'Artibonite (1,5%) et du Nord-Ouest (7%).



© Credit: OPS/OMS - David Lorens Mentor

Tableau 16 : Répartition des personnes en charge des enfants suivant leurs raisons de non vaccination par département d'enquête et milieu de résidence

Variables	Indisponibilité des vaccins (rupture)	Eloignement	Absence personnel de santé	Cherté/ coût élevé	Mauvaise expérience de la vaccination	Vaccination non offerte dans la formation sanitaire	Vaccination non offerte ce jour là	Temps d'attente trop long	Il n'y a pas de formation sanitaire proche	Mauvais accueil	Autres	
Département	Aire Métropolitaine	30,7	8,3	2,3	3,2	0,5	8,3	7,3	8,3	2,3	2,8	51,4
	Artibonite	1,5	2,3	0	0	0,8	1,5	3,8	2,3	0,8	0	92,4
	Centre	39,6	15,4	8,8	0	0	2,2	4,4	1,1	1,1	0	57,1
	Grande- Anse	22,9	10,8	0	0	1,2	0	9,6	9,6	0	2,4	66,3
	Nippes	12,0	6,0	1,2	7,2	0	3,6	8,4	0	3,6	0	73,5
	Nord	68,3	0,8	0	0	0	1,7	19,2	1,7	0	0	30,8
	Nord-Est	28,8	2,5	1,2	0	0	1,2	1,2	1,2	0	0	63,8
	Nord-Ouest	7,0	1,8	0	0	0	0	3,5	1,8	0	0	89,5
	Reste Ouest	56,0	33,6	1,7	5,2	0	6,0	28,4	19,0	15,5	0	31,9
	Sud	10,1	9,0	1,1	0	0	1,1	4,5	0	2,2	1,1	80,9
Milieu de résidence	Sud-Est	47,8	68,9	23,3	0	0	2,2	1,1	2,2	6,7	0	22,2
	Urbain	30,4	6,9	1,6	1,6	0,4	4,9	9,2	5,1	1,3	1,3	57,9
Total	Rural	31,5	18,5	4,5	1,7	0,1	2,2	8,8	4,9	4,2	0,4	57,6
		31,1	14,1	3,4	1,6	0,3	3,3	9,0	5,0	3,1	0,8	57,7

4.1.9 PERCEPTION DES PERSONNES EN CHARGE DES ENFANTS PAR RAPPORT À LA VACCINATION DES ENFANTS

La quasi-totalité des mères/gardiennes des enfants (97,6%) pensent que tous les enfants doivent-être vaccinés, dont 98,1% en milieu urbain et 97,3% en milieu rural. La répartition par département montre des écarts. Les proportions les plus faibles se retrouvent dans le Nord-Est et le Sud-Est (91,2% respectivement), et les plus élevées au niveau de la Grande- Anse, des Nippes et du Nord-Ouest (100% respectivement)

Tableau 17 : Pourcentage des personnes en charge des enfants qui pensent que tous les enfants doivent être vaccinés

Variables	Effectif	Fréquence (%)
Département	Aire Métropolitaine	227 99,6
	Artibonite	131 99,2
	Centre	88 96,7
	Grande-Anse	84 100
	Nippes	85 100
	Nord	119 99,2
	Nord-Est	73 91,2
	Nord-Ouest	91 100
	Reste Ouest	113 95,8
	Sud	87 96,7
Milieu de résidence	Sud-Est	83 91,2
	Urbain	453 98,1
Total	Rural	729 97,3
		1182 97,6

4.1.10 PRINCIPALES MALADIES QUI AFFECTENT LES ENFANTS

De l'analyse des principales maladies qui affectent les enfants dans les localités, l'on relève le paludisme/fièvre (57,6%), la toux/grippe (56,7%), la diarrhée (35,6%), la fièvre typhoïde (21%), la rougeole (19%). Par ailleurs, 23,5% ont déclaré d'autres maladies non citées parmi celles proposées telles que les éruptions cutanées, les boutons, les IST, les vomissements, le choléra, la conjonctivite, la Covid-19, les furoncles, le mal de tête, la malaria, les maux de ventre, la pneumonie, tandis que 10,5% n'en savent rien. Il faut signaler que la fièvre jaune⁴ et la variole ont été citées dans 8,8% et 6,4% des cas.

Les résultats sont présentés par département et milieu de résidence au tableau qui suit.

⁴ En Haïti, dans le langage populaire, les gens parlent de la fièvre jaune en présence d'ictère et de variole dans les cas de rougeole.

Tableau 18 : Répartition des personnes en charge des enfants suivant la première principale maladie qui affecte les enfants de leurs localités par département d'enquête et milieu de résidence

Variables	Aucune	Paludisme/fièvre	Fièvre typhoïde	Fièvre jaune	Tétanos	Tuberculose	Hépatite	Rougeole	Diphthérie/ coqueluche	Méningite	Polio	Diarrhée/Amibe (amibiase)	Toux/rhume/ grippe	Varicelle/variole	Oreillon	Autres	NSP	
Département	Aire Métropolitaine	1,3	53,5	25,9	12,7	4,8	8,3	0,4	35,5	0,9	0,4	7,9	24,1	46,5	4,8	4,8	14,0	12,3
	Artibonite	0	48,5	25,8	5,3	00	0	0	9,1	0	0	0	24,2	48,5	0	3,0	37,9	9,8
	Centre	0	72,5	25,3	2,2	0	0	0	9,9	0	0	0	74,7	85,7	2,2	3,3	22,0	1,1
	Grande- Anse	0	57,1	23,8	2,4	0	0	0	10,7	1,2	0	0	40,5	51,2	3,6	0	59,5	9,5
	Nippes	4,7	37,6	47,1	22,4	0	0	0	12,9	1,2	0	0	27,1	45,9	0	0	30,6	5,9
	Nord	1,7	66,7	12,5	8,3	0	12,5	0	18,3	17,5	0	3,3	49,2	56,7	0,8	0	9,2	8,3
	Nord-Est	1,2	70,0	16,2	1,2	2,5	2,5	0	13,8	2,5	0	1,2	28,8	71,2	40,0	13,8	11,2	7,5
	Nord-Ouest	1,1	84,6	2,2	0	0	0	0	0	1,1	0	0	39,6	64,8	7,7	5,5	35,2	15,4
	Reste Ouest	0	76,3	11,9	6,8	0	0	0	26,3	5,9	0,8	2,5	45,8	66,9	12,7	3,4	15,3	8,5
	Sud	8,9	27,8	10,0	18,9	0	0	0	7,8	2,2	1,1	3,3	28,9	48,9	5,6	3,3	28,9	23,3
Milieu de résidence	Sud-Est	1,1	40,7	27,5	13,2	5,5	7,7	0	40,7	0	0	11,0	23,1	54,9	2,2	0	11,0	11,0
	Urbain	1,1	53,7	22,9	10,4	2,2	5,4	0,2	26,0	3,2	0,4	4,5	31,8	51,1	5,8	4,3	22,5	11,0
Total		1,7	57,6	21,0	8,8	1,5	3,6	0,1	19,0	3,1	0,2	3,2	35,6	56,7	6,4	3,4	23,5	10,5

4.1.11 MALADIES LES PLUS CONNUES DES PERSONNES EN CHARGE DES ENFANTS

Les maladies les plus connues aux yeux des mères/gardiennes d'enfant sont dans l'ordre la tuberculose (81,4%), la rougeole (75%), le choléra (72,8%), la diphtérie (55,9%), la fièvre typhoïde (55,6%), la malnutrition

(55,4%), la polio (48,7%), les vers intestinaux (47,4%), la diarrhée à Rota Virus (46,9%), la fièvre jaune (46,2%), le mal de gorge ou angine (43,4%), le mal d'oreilles ou otite (42,1%), la coqueluche (35,3%), le paludisme (34,7%). Le tableau suivant précise la distribution de chacune de ces maladies par département et milieu de résidence.



© Credit: OPS/OMS - David Lorens Mentor

Tableau 19 : Pourcentage des personnes en charge des enfants suivant leur connaissance des maladies suivant les départements d'enquête et milieux de résidence.

Variables	Tuberculose	Polio	Coqueluche	Tétanos	Diphthérie	Rougeole	Hépatite B	Fièvre jaune	Méningite	Paludisme	Fièvre typhoïde	Carence en vitamines A	Malnutrition	Pneumonie	Mal d'oreilles (otite)	Mal de gorge (angine)	Vers intestinaux	Diarrhée à Rota virus	Choléra	
Département	Aire Métropolitaine	92,1	67,1	36,4	66,2	18,9	86,0	11,0	56,1	9,6	36,8	58,3	33,3	61,8	23,7	48,2	46,5	46,5	43,9	68,9
	Artibonite	65,2	17,4	31,1	51,5	6,1	75,0	2,3	42,4	3,0	38,6	55,3	12,9	55,3	2,3	15,9	28,0	15,9	29,5	70,5
	Centre	82,4	53,8	51,6	60,4	12,1	78,0	6,6	44,0	3,3	34,1	71,4	42,9	69,2	8,8	89,0	92,3	70,3	59,3	94,5
	Grande- Anse	94,0	34,5	42,9	91,7	6,0	94,0	1,2	77,4	0	29,8	91,7	50,0	86,9	21,4	59,5	59,5	73,8	73,8	90,5
	Nippes	84,7	41,2	28,2	48,2	3,5	84,7	8,2	68,2	14,1	30,6	56,5	10,6	41,2	27,1	34,1	36,5	54,1	67,1	76,5
	Nord	56,7	61,7	5,8	18,3	10,8	46,7	0,8	9,2	0,8	0	5,0	28,3	27,5	0	0,8	4,2	20,8	24,2	50,0
	Nord-Est	63,8	12,5	22,5	28,8	7,5	36,2	2,5	18,8	3,8	20,0	45,0	13,8	48,8	7,5	35,0	43,8	66,2	43,8	77,5
	Nord-Ouest	92,3	41,8	56,0	73,6	17,6	87,9	14,3	65,9	12,1	92,3	91,2	29,7	84,6	26,4	91,2	84,6	92,3	79,1	91,2
	Reste Ouest	92,4	43,2	73,7	81,4	11,9	81,4	5,9	77,1	4,2	40,7	73,7	28,8	64,4	19,5	49,2	56,8	67,8	61,9	83,1
	Sud	80,0	80,0	27,8	51,1	7,8	80,0	2,2	27,8	15,6	60,0	48,9	12,2	31,1	15,6	27,8	10,0	27,8	32,2	66,7
Milieu de résidence	Sud-Est	86,8	61,5	8,8	34,1	14,3	62,6	5,5	11,0	0	1,1	23,1	8,8	35,2	7,7	25,3	26,4	7,7	19,8	45,1
	Urbain	85,1	56,1	33,1	58,0	14,3	77,3	7,1	47,8	6,9	33,8	56,5	29,2	57,8	17,5	41,1	42,4	45,7	41,6	70,6
Total		81,4	48,7	35,3	55,9	11,5	75,0	5,9	46,2	6,2	34,7	55,6	25,4	55,4	14,9	42,1	43,4	47,4	46,9	72,8

4.1.12 MALADIES SUPPOSÉES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION D'APRÈS LES PERSONNES EN CHARGE DES ENFANTS

Les personnes en charge des enfants ont cité, la tuberculose (49,1%), la polio (42,8%), la rougeole (42%), le tétanos (34,9%), le choléra (23,1%), la fièvre typhoïde (20,7%), la fièvre jaune (15,5%), le paludisme (15,4%), la coqueluche (11,6%), la carence en vitamine A (11,6%), la diarrhée à Rota virus (9,9%), comme des maladies évitables par la vaccination. La tuberculose, la plus connue comme maladie évitable par la vaccination a été davantage mentionnée par les enquêtées du Sud-Est (79,1%), du Reste de l'Ouest (74,6%) et de la Grande-Anse (65,5%); la polio par celles du Nord (65%),

de l'Aire Métropolitaine (57,5%), du Sud (54,4%) et du Sud-Est (53,8%); pour la rougeole, il s'agit du Reste de l'Ouest (58,5%), de l'Aire Métropolitaine (55,3%) et de la Grande-Anse (48,8%) et pour le tétanos, la Grande-Anse (71,4%), le Reste de l'Ouest (64,4%) et l'Aire Métropolitaine (47,8%).

En outre, 4,4% de mères/gardiennes d'enfants croient que toutes les maladies sont évitables par la vaccination tandis que 19% pensent qu'il existe d'autres maladies évitables par la vaccination telles que la Covid-19, la filariose, la malaria. précise la distribution de chacune de ces maladies par département et milieu de résidence.



© Credit: OPS/OMS - David Lorens Mentor

Tableau 20 : Pourcentage des personnes ayant cité les maladies supposées évitables par la vaccination

Variables	Tuberculose	Polio	Coqueluche	Tétanos	Diphthérie	Rougeole	Hépatite B	Fièvre jaune	Méningite	Paludisme	Fièvre typhoïde	Carence en vitamines A	Malnutrition	Pneumonie	Mal d'oreilles (otite)	Mal de gorge (angine)	Vers intestinaux	Diarrhée à Rota virus	Toutes les maladies	Choléra	Autres	
Département	Aire Métropolitaine	60,5	57,5	14,0	47,8	9,6	55,3	8,8	22,8	5,7	15,4	21,5	21,5	6,6	4,8	2,2	3,1	3,5	8,8	2,2	25,9	13,2
	Artibonite	39,4	18,2	8,3	36,4	2,3	44,7	0,8	15,2	0,8	27,3	25,8	3,8	5,3	0,8	0,8	7,5	1,5	11,4	3,0	36,4	15,2
	Centre	53,8	42,9	8,8	36,3	1,1	39,6	1,1	8,8	0	8,8	23,1	13,2	7,7	1,1	2,2	3,3	6,6	15,4	1,1	53,8	19,8
	Grande- Anse	65,5	45,2	13,1	71,4	2,4	48,8	2,4	21,4	1,2	19,0	38,1	25,0	4,8	1,2	1,2	0	2,4	9,5	0	19,0	6,0
	Nippes	34,1	22,4	1,2	3,5	1,2	32,9	0,0	20,0	1,2	5,9	17,6	1,2	2,4	0	1,2	3,5	5,9	9,4	2,4	11,8	34,1
	Nord	19,2	65,0	4,2	14,2	24,2	40,0	0,8	2,5	0	0,8	0,8	21,7	0	0	0	0	0	16,7	0	0	30,8
	Nord-Est	16,2	11,2	6,2	6,2	1,2	8,8	0,0	0	0	2,5	5,0	1,2	5,0	0	2,5	1,2	5,0	0	31,2	13,8	36,2
	Nord-Ouest	38,5	26,4	15,4	38,5	4,4	35,2	3,3	27,5	3,3	35,2	33,0	9,9	8,8	1,1	5,5	3,3	5,5	4,4	0	30,8	33,0
	Reste Ouest	74,6	49,2	38,1	64,4	8,5	58,5	4,2	28,8	3,4	25,4	37,3	8,5	7,6	7,6	3,4	2,5	5,1	15,3	6,8	34,7	10,2
	Sud	45,6	54,4	6,7	20,0	1,1	34,4	1,1	3,3	1,1	23,3	14,4	4,4	3,3	2,2	1,1	0	1,1	5,6	7,8	7,8	10,0
Milieu de résidence	Sud-Est	79,1	53,8	2,2	20,9	8,8	35,2	4,4	8,8	1,1	0	8,8	3,3	7,7	0	2,2	1,1	0	8,8	1,1	12,1	11,0
	Urbain	50,4	48,3	11,7	40,3	10,4	44,8	5,4	17,3	3,2	14,7	22,5	14,9	6,3	3,5	2,2	3,0	2,4	8,2	3,9	24,7	18,2
Total	Rural	48,3	39,4	11,5	31,6	4,5	40,3	1,7	14,4	1,3	15,8	19,6	9,6	4,9	1,3	1,9	2,3	3,7	10,9	4,7	22,2	19,5
		49,1	42,8	11,6	34,9	6,8	42,0	3,1	15,5	2,1	15,4	20,7	11,6	5,5	2,1	2,0	2,6	3,2	9,9	4,4	23,1	19,0

4.1.13 TRANCHES D'ÂGE ÉLIGIBLES POUR LES VACCINS CONTRE LES MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

Selon les mères/gardiennes d'enfants, les tranches d'âge éligibles pour les vaccins contre les maladies évitables par la vaccination sont pour la tuberculose à tout âge (26,4%), à moins de 5 ans (16,5%) et à moins d'un an (13,8%); 39,2% ayant déclaré ne pas connaître la période indiquée.

Pour la polio, tandis que 29,2% disent ne pas connaître la bonne période, 23,9% pensent qu'il faut prendre le vaccin à moins d'un an, 18,7% à tout âge, et 18,1% à moins de 5 ans.

Quant à la coqueluche pour lequel 57,1% ignorent la période adéquate, 21,4% estiment que le vaccin peut se faire à tout âge et 10,7% optent pour 0 à 59 mois.

S'agissant du tétanos, 42,6% ne connaissent pas le moment approprié 39,2% affirment que le vaccin peut se prendre à tout âge et 6,6% à moins de 5 ans.

Quant à la diphtérie, 35,4% n'ont pas pu communiquer la période exacte d'administration, 26,8% optent pour tout âge et 23,2% pour moins de 5 ans.

La rougeole suit la même tendance avec 36,7% de répondantes à méconnaître la meilleure période, 28,3% à déclarer à tout âge et 13,4% moins de 5 ans.

Concernant l'hépatite B, 36,8% pensent que le vaccin peut se prendre à tout âge et, 21,1% à moins de 5 ans ; 28,9% ne savent pas à quelle période l'administrer.

En ce qui a trait à la fièvre jaune, plus de 4 enquêtées sur 10 (44,1%) ignorent le moment opportun pour l'administration du vaccin ; 33,5% optent pour tout âge et 14,9% pour moins de 5 ans.

Quant à la méningite, 40% méconnaissent la période adéquate, 36% choisissent à tout âge et 12% la période de moins de 5 ans.

Pour 38,5% des participantes, le vaccin contre la pneumonie peut s'administrer à tout âge, à moins d'un an pour 15,4% et à moins de 5 ans pour 7,7% d'entre elles. Pour un pourcentage relativement élevé (30,8%), la période reste indéterminée.

Il faut retenir que quel que soit le vaccin considéré, les périodes les plus citées sont souvent à tout âge et à moins de 5 ans.

Tableau 21 : Répartition des personnes en charge des enfants suivant leur avis sur les tranches d'âge éligibles aux maladies évitables par la vaccination

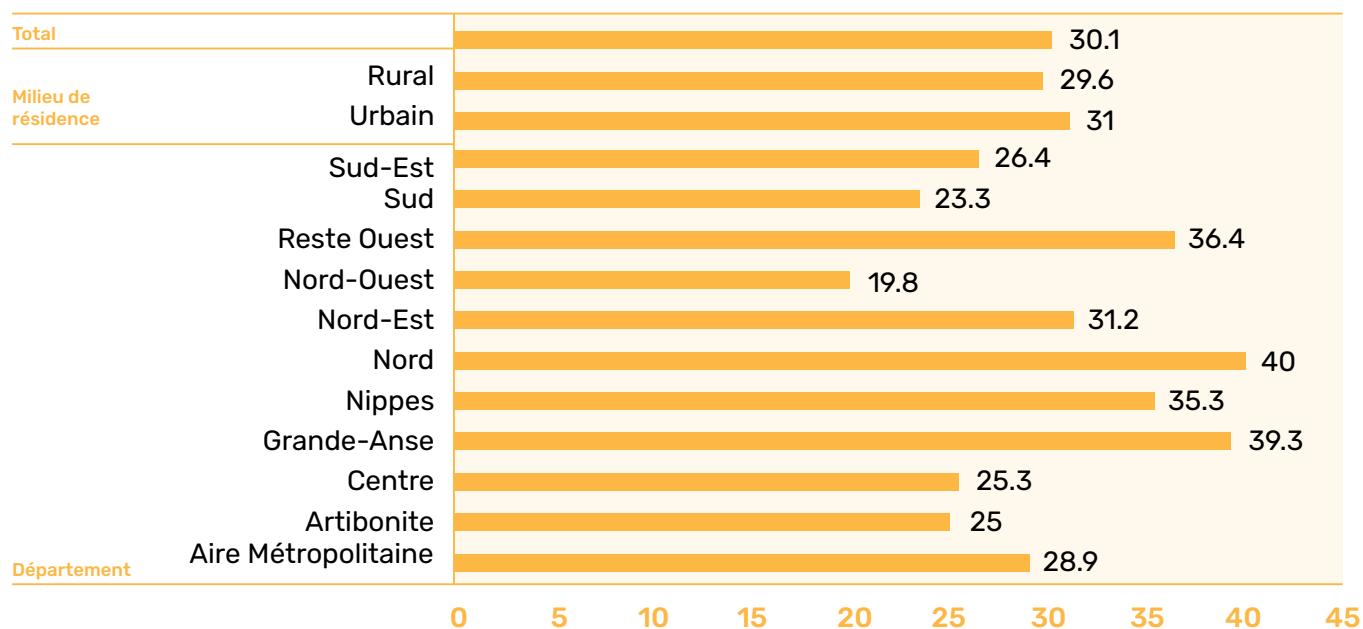
	A 5 ans et plus	à 9 mois ou plus	à moins de 5 ans (0 à 59 mois)	à moins d'un an (0 à 11 mois)	à moins de 9 mois	Autre	Non concerné	NSP	Tout âge
Maladies évitables par vaccination									
Tuberculose	0,2	0,5	16,5	13,8	2,5	0,8	0,2	39,2	26,4
Polio	0,2	0,4	18,1	23,9	8,3	1,0	0,2	29,2	18,7
Coqueluche	1,4	0,7	10,7	5,0	2,9	0,7	0	57,1	21,4
Tétanos	2,1	1,9	6,6	4,0	2,1	0,9	0,5	42,6	39,2
Diphthérite	1,2	0	23,2	3,7	6,1	3,7	0	35,4	26,8
Rougeole	1,4	5,7	13,4	9,6	4,1	0,4	0,4	36,7	28,3
Hépatite B	2,6	2,6	21,1	0	5,3	2,6	0	28,9	36,8
Fièvre jaune	2,1	0,5	14,9	1,1	21	1,1	0,5	44,1	33,5
Méningite	0	0	12,0	0	8,0	4,0	0	40,0	36,0
Pneumonie	0	0	7,7	15,4	3,8	3,8	0	30,8	38,5

4.1.14 ATTITUDE VIS-À-VIS DE LA VACCINATION

En matière de comportement vis-à-vis de la vaccination dans l'entourage, 30,1% de mères/gardiennes d'enfants ont déclaré connaître des personnes qui ne se font ni vacciner, ni ne font vacciner leurs enfants ; la proportion étant de 31% en milieu urbain contre 29,6% en milieu

rural. L'analyse selon les départements indique que, cette proportion est plus faible dans le Nord-Ouest (19,8%), le Sud (23,3%), l'Artibonite (25%) et le Centre (25,3%), mais plus élevée au niveau du Nord (40%), de la Grande-Anse (39,3%), du Reste Ouest (36,4%) et des Nippes (35,3%).

Graphique 7 : Proportion de personnes connaissant des gens qui ne se font pas vacciner, ni vacciner leurs enfants



Suivant les raisons évoquées justifiant le refus de la vaccination, l'analyse a fait ressortir prioritairement la peur des effets secondaires (43,8%) et le manque d'informations (40,2%). Toutefois, 33,3% ont déclaré

ne pas le faire pour d'autres raisons non proposées, telles que l'insécurité, l'allergie, sa non-importance, la distance, (le manque d'information) (CITEE PLUS HAUT), la négligence, l'ignorance et la douleur.

Tableau 22 : Pourcentage des mères/personnes en charge qui connaissent des gens autour d'eux qui ne se font ni vacciner ou ni vacciner leurs enfants et leur répartition suivant certaines variables

Variables	% de personnes connaissant des gens qui ne se font pas vacciner, ni elles-mêmes ni leurs enfants	Répartition des personnes en charge des enfants suivant leur avis sur ce qui pousse certains à ne pas se vacciner ou à vacciner leurs enfants											
		Peur des effets secondaire	Manque d'information	Manque de confiance au personnel de santé	Manque de moyen financier	Indisponibilité des vaccins	Eloignement des structures sanitaires	Les activités économiques	Croyances religieuses	Peur de la sorcellerie	N'est pas décideur au sein de la famille	Autre	
Département	Aire Métropolitaine	28,9	39,9	41,7	11,8	5,7	12,3	7,9	3,9	11,4	0,4	2,6	31,1
	Artibonite	25,0	40,2	16,7	5,3	9,1	1,5	4,5	0,8	4,5	0,8	1,5	60,6
	Centre	25,3	45,1	60,4	15,4	2,2	19,8	4,4	13,2	6,6	0	4,4	26,4
	Grande-Anse	39,3	38,1	33,3	2,4	1,2	2,4	3,6	13,1	1,2	0	7,1	46,4
	Nippes	35,3	48,2	52,9	7,1	3,5	1,2	1,2	1,2	2,4	1,2	0	30,6
	Nord	40,0	67,5	49,2	0	0	0,8	0,8	1,7	18,3	5,0	0	29,2
	Nord-Est	31,2	45,0	16,2	7,5	2,5	1,2	1,2	1,2	12,5	7,5	2,5	42,5
	Nord-Ouest	19,8	52,7	7,7	0	1,1	1,1	5,5	1,1	0	0	0	39,6
	Reste Ouest	36,4	41,5	47,5	8,5	29,7	25,4	33,9	28,0	1,7	0,8	25,4	11,0
	Sud	23,3	26,7	58,9	2,2	10,0	7,8	5,6	8,9	0	0	1,1	28,9
Milieu de résidence	Sud-Est	26,4	38,5	58,2	18,7	6,6	7,7	33,0	1,1	1,1	0	0	20,9
	Urbain	31,0	45,0	39,2	8,4	5,2	8,7	6,7	3,7	10,0	1,3	2,2	34,0
Total	Rural	29,6	43,1	40,9	6,9	8,0	7,7	11,2	8,4	4,0	1,3	5,5	32,8
		30,1	43,8	40,2	7,5	6,9	8,1	9,5	6,6	6,3	1,3	4,2	33,3

4.1.15 RAISONS QUALITATIVES DE LA NON-VACCINATION DES ENFANTS

Les parents et responsables d'enfants des deux sexes expliquent l'expérience vécue de vaccination comme geste agressif et douloureux sur le corps d'un bébé vulnérable en développement, la piqûre est un geste douloureux nécessitant un accompagnement. La majorité des parents et responsables d'enfants rapporte que même s'ils reconnaissent que le vaccin est un moyen de protection, il est considéré comme une torture parce que les enfants pleurent beaucoup lors de l'injection et certains prestataires ne font rien pour attendrir le geste (des prestataires ont la main réche, ils/elles touchent l'enfant de manière brutale).

Certains enfants en voyant l'aiguille commencent à pleurer. Certaines femmes disent qu'elles ne peuvent pas assister à ce tableau : les vaccins par la bouche ne posent aucun problème mais quand il s'agit de la piqûre les mères surtout sont affectées, elles décrivent ce geste comme violent et agressif pour le corps du bébé, un corps si fragile suivant leur dire.

Dans les entretiens individuels approfondis, les informateurs qualifient les sentiments éprouvés par les personnes qui font vacciner leurs enfants comme étant de la peur, l'angoisse, l'anxiété et le stress. Ils accompagnent les expériences vécues surtout par les femmes dans les séances de vaccination.

Les leaders et les matrones ont cité ces mots pour décrire le stress des parents et des responsables d'enfants quand ils devaient vacciner un enfant.

4.1.16 FACTEURS ASSOCIÉS À LA NON-COMPLÉTITUDE VACCINALE DES ENFANTS

Certains déterminants sont associés à la non-complétude de la vaccination d'un enfant. Il faudrait citer une association avec la crainte des effets secondaires, l'état morbide des enfants (le plus souvent grippe et fièvre), le manque d'information relative à l'importance de la vaccination, l'expérience de certains parents avec la non-disponibilité du vaccin après plusieurs voyages consécutifs dans un poste de rassemblement ou dans un centre de santé ; le temps d'attente dans les sites de vaccination (supérieur à 1 heure de temps dans certains départements comme les Nippes, le Sud-Est, le Nord-Est, le Nord-Ouest et la Grande Anse), l'oubli de la date du vaccin, (il semblerait suivant leur dire qu'il ne maîtrise pas le calendrier vaccinal), le paiement en cas de perte ou d'égarement des cartes de vaccination.

“
Verbatims

Département du Centre

Si un enfant est malade, par exemple il a la grippe sa mère ne va pas l'emmener pour le vaccin. Mon enfant avait la fièvre quand je suis rendu au poste de vaccin, on lui a donné le vaccin il était devenu plus malade, beaucoup de parents n'accepte pas de donner le vaccin si l'enfant est malade.

Département des Nippes

• Quand on va au poste de rassemblement ou dans un centre de santé s'il n'y a pas beaucoup d'enfant, l'agent de santé dit qu'il ne va pas ouvrir la boîte de vaccin pour quelques enfants c'est du gaspillage,

• Dans ma localité on donne le vaccin chaque mois, j'attendu plus de 3 mois avant de trouver le vaccin,

Département de l'Ouest

• Non, je ne suis pas vaccinée, je suis enceinte, c'est parce que j'ai peur quand on me pique avec les vaccins

Vos enfants sont-ils vaccinés ? Pourquoi ?

• Oui, mon enfant est vacciné pour protéger sa santé, il ne prend pas toutes les doses, il n'y a pas de vaccin quand cela arrive on prend seulement le poids de l'enfant.

• Oui, mon enfant est vacciné mais il n'a pas pris toutes les doses correspondant à son âge à cause du manque de temps

• Oui, mon enfant est vacciné, mais il n'a pas reçu toutes les doses à cause de non-disponibilité des vaccins dans le centre de santé

• Non, c'est parce que les vaccins ne sont pas disponibles

• Non, c'est à cause de non-disponibilité des vaccins on a l'habitude de faire plus de quatre mois les vaccins ne sont pas encore disponibles dans le centre de santé

• Certaines fois ce sont les parents qui sont découragés à cause qu'on leur donne trop de rendez-vous, ils font trop de voyage dans le centre de santé sans jamais trouver de vaccins disponibles.

• C'est parce qu'il y a trop de monde qui vienne faire vacciner leur enfant, on passe trop de temps à attendre pour faire vacciner un enfant c'est tout ça qui vous décourage.

• *Parfois vous arrivez dans le centre de santé tellement il y a de monde qui viennent faire vacciner leur enfant, les vaccins sont déjà épuisés, parce que la quantité de vaccins disponibles dans le centre de santé ne suffise pas pour le nombre d'enfant présent, dans ce cas vous êtes obligé de rentrer chez vous sans vacciner votre enfant.*

• *C'est à cause du découragement que je n'ai pas pu me mettre à jour avec la vaccination de mon enfant, c'est parce que quand vous arrivez dans le centre de santé, il n'y a pas assez de vaccins disponibles par rapport avec la quantité de parents qui sont présent pour la vaccination de leur enfant. »*

4.1.17 COMPORTEMENT DES MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ À L'ÉGARD DE LA VACCINATION

Les femmes/gardiennes d'enfants ont été amenées à opiner sur le comportement des gens de leur communauté à l'égard de la vaccination. Selon leur dire,

les gens y adhèrent et se rendent aux vaccinations dans 42,6% de cas, d'autres restent indifférents dans 26,2% de cas, certains sont superstitieux et réticents dans 14,2% des cas, une catégorie préfère leurs activités dans 10,7% de cas, d'autres y adhèrent si les autorités informent ou donnent leur accord (6,4%) ou encore ne font carrément pas confiance à la vaccination (5,1%). (Par ailleurs, d'autres personnes préfèrent adopter d'autres types de comportement (21,6%), tels que l'appréciation, les bonnes réactions, la coopération, etc. L'acceptation de la vaccination a été rapportée par les interviewées de la Grande-Anse (59,5%), des Nippes (64,7%), du Centre (69,2%) et du Nord-Ouest (81,3%). Selon elles, les gens du département du Nord sont indifférents (55%) et superstitieux (63,3%) et ceux du Nord-Est sont également indifférents (67,5%). D'autres comportements sont relevés chez les gens du Nord (30,8%) et de l'Artibonite (48,5%).



© Credit: OPS/OMS - David Lorens Mentor

Tableau 23 : Répartition des mères/personnes en charge des enfants suivant leur avis sur le comportement des gens (femmes et hommes) de leur communauté vis-à-vis de la vaccination/lors des campagnes de vaccination par département et milieu de résidence

Variables	Indifférents	Les gens sont superstitieux et réticents	Les gens préfèrent leurs activités	Les gens n'ont pas confiance à la vaccination	Il y a une adhésion et les gens y vont	Les gens y adhèrent si les autorités informent ou donnent leur accord	Autre	
Département	Aire Métropolitaine	21,5	15,8	10,1	10,5	41,7	7,9	20,2
	Artibonite	16,7	4,5	6,1	0,8	33,3	3,8	48,5
	Centre	0	0	5,5	11,0	69,2	4,4	16,5
	Grande-Anse	32,1	23,8	21,4	8,3	59,5	2,4	13,1
	Nippes	4,7	12,9	4,7	3,5	64,7	7,1	15,3
	Nord	55,0	63,3	20,0	2,5	0,8	1,7	30,8
	Nord-Est	67,5	6,2	8,8	2,5	1,2	11,2	13,8
	Nord-Ouest	4,4	0	2,2	2,2	81,3	1,1	15,4
	Reste Ouest	30,5	9,3	25,4	3,4	51,7	7,6	9,3
	Sud	22,2	3,3	4,4	5,6	45,6	23,3	18,9
Milieu de résidence	Sud-Est	37,4	4,4	5,5	1,1	34,1	0	24,2
	Urbain	26,6	17,1	10,8	7,4	35,3	6,7	24,0
Total	Rural	25,9	12,4	10,7	3,7	47,1	6,1	20,0
		26,2	14,2	10,7	5,1	42,6	6,4	21,6

4.1.18 APPRÉHENSION ENVERS CEUX QUI S'OPPOSENT À LA VACCINATION

En majorité, les gens pensent qu'une femme qui ne se fait pas vacciner et ne fait pas également vacciner ses enfants est ignorante/irresponsable (64,6%), tandis qu'une minorité estime que c'est son choix (20%). La tendance quant à l'ignorance/l'irresponsabilité des gens est relativement la même entre les milieux urbain

et rural. Cependant, cet avis se retrouve davantage chez les enquêtées des départements de la Grande-Anse (88,1%), des Nippes (90,6%) et du Nord (95,8%). Par rapport au choix de la personne, une proportion relativement élevée de répondantes du Nord (30,8%) et de l'Artibonite (48,5%) pensent que les gens sont libres de leur décision.

Tableau 24 : Répartition des mères/personnes en charge des enfants suivant leur avis sur ce que pensent les gens d'une femme qui ne se fait pas vacciner ou ne fait pas vacciner ses enfants par département et milieu de résidence

Variables	Autre	C'est son choix	C'est une bonne chose	Ignorance/ Irresponsable	Rien
Département	Aire Métropolitaine	5,7	22,4	0,4	65,4
	Artibonite	15,2	21,2	0	59,8
	Centre	20,9	46,2	0	28,6
	Grande- Anse	2,4	3,6	0	88,1
	Nippes	2,4	5,9	0	90,6
	Nord	0,8	2,5	0	95,8
	Nord-Est	10,0	28,8	0	47,3
	Nord-Ouest	23,1	16,5	0	47,3
	Reste Ouest	8,5	36,4	1,7	50,0
	Sud	7,8	20,0	0	65,6
Milieu de résidence	Sud-Est	1,1	12,1	0	62,6
	Urbain	8,4	18,8	0,4	67,7
Total	Rural	8,7	20,7	0,3	62,6
		8,6	20,0	0,3	64,6
					6,5

4.1.19 DIFFICULTÉS AUXQUELLES FONT FACE LES MÈRES POUR VACCINER LEURS ENFANTS

S'agissant des difficultés rencontrées par les mères pour vacciner leurs enfants, la principale demeure l'indisponibilité des vaccins (46%), suivie de l'éloignement (23%), du temps d'attente trop long (13%) et de l'absence de l'offre de la vaccination ce jour-là (12,5%). On ne note pas de différences selon le milieu de résidence. Cependant, certaines difficultés ont été davantage mentionnées par les répondantes quand on considère la répartition par département. La principale difficulté réside dans l'indisponibilité des vaccins dans

le Reste de l'Ouest (61,9%), le Nord (66,7%) et le Centre (71,4%) ; l'éloignement au niveau du Sud-Est (79,1%), le temps d'attente trop long dans la Grande-Anse (48,8%) et l'éloignement dans le Sud (33,1%). Dans l'ensemble, 37,4% des répondantes particulièrement celles de l'Artibonite (62,9%) et du Nord-Ouest (70,3%), ont évoqué d'autres raisons non listées ici, telles que l'insécurité, le manque de temps, le défaut de moyen de transport, la méconnaissance des lieux de vaccination, le quota d'enfants non atteint pour démarrer les vaccinations, les croyances religieuses, le refus du père, etc.

Tableau 25 : Répartition des mères/personnes en charge suivant les difficultés auxquelles elles font face dans leur localité pour se faire vacciner ou vacciner leurs enfants par département d'enquête et milieu de résidence

Variables	Indisponibilités des vaccins	Eloignement	Absence du personnel de santé	Cherté/ coût élevé	Enfant mal vacciné	Vaccination non offerte dans la formation sanitaire	Vaccination non offerte ce jour là	Temps d'attente trop long	Mauvais accueil	Autre	
Département	Aire Métropolitaine	48,2	14,5	6,6	3,5	1,3	6,6	9,6	18,4	3,5	34,6
	Artibonite	20,5	21,2	12,9	1,5	1,5	3,8	5,3	6,1	0	62,9
	Centre	71,4	25,3	9,9	0	1,1	7,7	8,8	5,5	0	28,6
	Grande-Anse	45,2	23,8	1,2	1,2	2,4	6,0	26,2	48,8	1,2	31,0
	Nippes	34,1	15,3	3,5	15,3	0	2,4	14,1	1,2	0	44,7
	Nord	66,7	4,2	0	0	0	0	13,3	1,7	0,8	31,7
	Nord-Est	41,2	1,2	2,5	0	2,5	1,2	1,2	12,5	1,2	46,2
	Nord-Ouest	18,7	11,0	0	0	1,1	0	1,1	2,2	0	70,3
	Reste Ouest	61,9	41,5	7,6	15,3	1,7	9,3	38,1	32,2	0,8	13,6
	Sud	31,1	26,7	4,4	2,2	2,2	4,4	11,1	4,4	2,2	41,1
Milieu de résidence	Sud-Est	62,6	79,1	26,4	1,1	0	3,3	7,7	5,5	2,2	9,9
	Urbain	45,9	13,0	5,2	2,6	2,2	5,4	11,9	15,2	2,4	38,1
Total	Rural	46,1	29,2	8,0	4,4	0,7	3,7	12,8	11,7	0,7	37,0
		46,0	23,0	6,9	3,7	1,2	4,4	12,5	13,0	1,3	37,4

4.1.20 APPRÉCIATION DES CAMPAGNES DE VACCINATION

L'appréciation des campagnes de vaccination par les mères/gardiennes d'enfants a permis de la classer en appréciations positives et négatives.

Pour les appréciations négatives, l'on a relevé qu'aucune campagne de vaccination n'est menée (23,6%), qu'elles ne sont pas annoncées à l'avance (6,5%), elles sont inopportunnes ou bien ne constituent pas un problème majeur pour les gens (5,6%) ; elles représentent une perte de temps (4,5%), sont gênantes (3,6%), et trop fréquentes (0,7%).

Quant aux appréciations positives, l'on a surtout noté que les campagnes sont bien organisées et efficaces (41%) et régulières (16,3%). S'agissant des départements, l'on retient qu'elles sont bien organisées dans l'Aire Métropolitaine (41,7%), l'Artibonite (43,2%), le Centre (47,3%), la Grande Anse (73,8%), Nippes (58,8%), le Nord-Est (43,8%), le Nord-Ouest (48,4%), le Reste-Ouest (55,1%), en milieu urbain (37,4%) et en milieu rural (43,1%). En revanche, elles sont juste bien régulières dans le Nord (38,3%), et aucune campagne n'est menée selon la majorité dans le Sud (57,8%) et le Sud-Est (31,9%).

Graphique 8 : Répartition des personnes en charge des enfants suivant leur principale appréciation au sujet des campagnes de vaccination menées dans leur localité par département d'enquête et milieu de résidence

Fréquence (%)

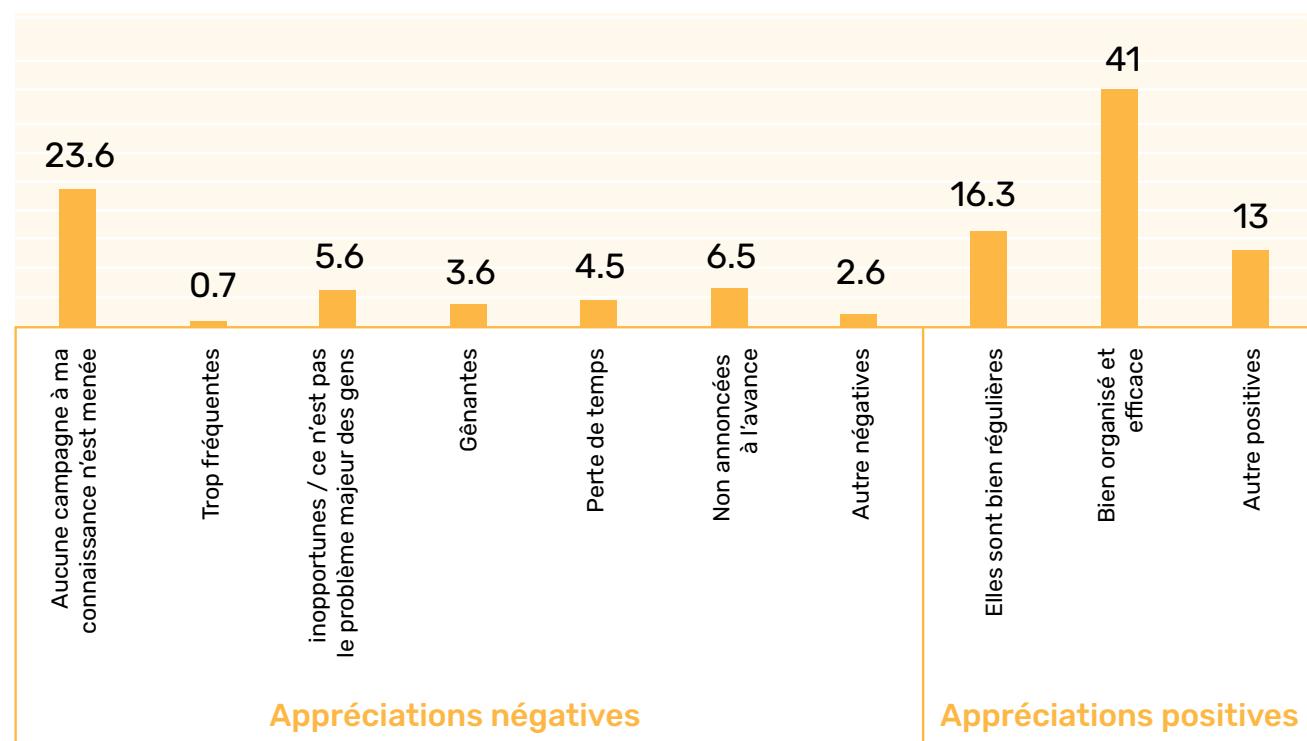


Tableau 26 : Répartition des mères/personnes en charge suivant leur appréciation des campagnes de vaccination menées dans leur localité par département d'enquête et milieu de résidence

Variables	Appréciations négatives							Appréciations positives			
	Aucune cam-pagne à ma connaissance n'est menée	Trop fréquentes	Inopportunes/ ce n'est pas le problème ma-jeur des gens	Gênantes	Perte de temps	Non annoncées à l'avance	Autre négatives	Elles sont bien régulières	Bien organisées et efficaces	Autre positives	
Département	Aire Métropolitaine	20,6	2,2	8,8	3,5	4,4	8,8	1,8	22,4	41,7	12,7
	Artibonite	30,3	0	3	0	6,8	6,1	0,8	5,3	43,2	13,6
	Centre	14,3	0	0	27,5	7,7	2,2	1,1	5,5	47,3	7,7
	Grande- Anse	9,5	0	8,3	1,2	6	20,2	1,2	8,3	73,8	0
	Nippes	34,1	0	2,4	0	1,2	1,2	0	2,4	58,8	3,5
	Nord	10	0	25	0,8	0	2,5	0	38,3	5	25,8
	Nord-Est	1,2	1,2	0	3,8	26,2	7,5	2,5	37,5	43,8	8,8
	Nord-Ouest	7,7	0	0	0	0	0	9,9	37,4	48,4	36,3
	Reste Ouest	39,8	0	0	0,8	0	4,2	2,5	5,1	55,1	2,5
	Sud	57,8	0	3,3	1,1	1,1	7,8	8,9	5,6	14,4	6,7
Milieu de résidence	Sud-Est	31,9	3,3	2,2	4,4	1,1	11	2,2	4,4	28,6	22
	Urbain	22,9	1,3	8	3	6,3	6,3	2,4	19	37,4	12,3
Total	Rural	24	0,4	4,1	4	3,5	6,7	2,7	14,6	43,1	13,4
		23,6	0,7	5,6	3,6	4,5	6,5	2,6	16,3	41	13

4.1.21 PERCEPTIONS QUALITATIVES SUR LES CAMPAGNES DE VACCINATION ET LA VACCINATION DE ROUTINE

L'attitude des informateurs par rapport à la campagne de vaccination et la vaccination de routine est mitigée suivant le département et le milieu de résidence. Dans le département du Nord, les informateurs ne font aucune différence entre la campagne de vaccination et la vaccination de routine. Pour les autres départements, la perception est nettement différente. Suivant les opinions, la campagne de vaccination est une réponse à une épidémie ou est réalisée dans le cadre du rattrapage tandis que la vaccination de routine est obligatoire. Certains parents et responsables d'enfants préfèrent vacciner les enfants dans les postes de rassemblement parce qu'ils sont à proximité de leur maison. Cette réalité n'est pas la même pour tous les départements en particulier dans les localités éloignées et d'accès difficiles. Dans les campagnes de vaccination parfois, les vaccins sont insuffisants pour desservir toute la population. Les hommes sont toujours mis à l'écart dans les campagnes de vaccination. Il y a toujours des campagnes pour les femmes et les enfants, mais pas souvent pour les hommes.

Pour la vaccination de routine en milieu urbain, la situation est différente à cause de la ligne d'attente qui est toujours trop longue, les participants racontent qu'il faut plus de 2 heures de temps pour vacciner un enfant; maintes fois, l'infirmière leur fait savoir qu'il n'y a plus de vaccin une fois à sa portée .

Verbatims:

Département du Nord

Il n'y a pas de préférence pour le Nord

- *Les parents en milieux rural et urbain (hommes et femmes), il n'y a pas un moment préférable (cela peut se faire dans la routine ou dans les campagnes de vaccination ou à travers les postes de rassemblements).*

Département du Centre

Les vaccinations dans les campagnes ne sont pas enregistrées

- *Les vaccins donnés dans les centres de santé, dans les hôpitaux et les postes de rassemblement sont enregistrés. Je les préfère à ceux donnés dans les campagnes.*

- *Les parents préfèrent vacciner leur enfant dans les centres de santé et dans les postes de rassemblement parce qu'ils ont l'habitude de voir le personnel de ces derniers en fonction.*

- *Je préfère aller faire vacciner mon enfant dans le centre de santé parce que c'est par hasard qu'on fait la campagne de vaccination ce n'est pas quelque chose qui est régulière.*

Département du Nord Est

Les postes de rassemblement sont à proximité

- *Les parents préfèrent vacciner leurs enfants dans les postes de rassemblement parce que c'est plus près pour eux et les agents font des rappels à chaque période prévue.*

- *Dans la campagne de vaccination, les vaccinateurs passent dans les quartiers, on n'a pas une longue distance à parcourir pour être vacciné. ”*

4.1.22 CONNAISSANCE DES LIEUX DE VACCINATION

Le principal lieu de vaccination des enfants d'après les mères/gardiennes d'enfants est le centre de santé, le centre médical d'arrondissement ou le centre de santé intégré (CS/CMA/CSI) (70%), suivi de l'hôpital (31,1%), du personnel de santé ambulant (23,8%). En milieu urbain, c'est toujours les CS/CMA/CSI qui sont prioritaires (73,2%) suivis de l'hôpital (39%) tandis qu'en milieu rural les CS/CMA/CSI sont prioritaires (68,5%), mais suivis du personnel de santé ambulant (27,1%) et de l'hôpital (26,3%). Selon le département, la tendance générale est maintenue avec la prédominance des CS/CMA/CSI, suivi de l'hôpital, à l'exception du Nord-Est au niveau duquel l'hôpital arrive en tête (47,5%), suivi du personnel de santé ambulant (36,2%) et du Nord-Ouest avec le personnel de santé ambulant représente le lieu principal (47,3%), suivi des CS/CMA/CSI (38,5%) et de l'hôpital (37,4%). Il faut aussi noter que les départements de l'Artibonite et de la Grande-Anse sont classés parmi les lieux à forte prédominance de personnel de santé ambulant pour la vaccination (43,2% et 40,5% respectivement).

Tableau 27 : Répartition des personnes en charge des enfants suivant le principal lieu de vaccination de leur localité par département d'enquête et milieu de résidence

Variables	CS/CMA/CSI	Hôpital	Personnel de santé ambulant	Autre
Département	82,9	36,8	15,8	6,1
	Aire Métropolitaine			
	Artibonite	70,5	6,8	43,2
	Centre	49,5	23,1	18,7
	Grande-Anse	61,9	26,2	40,5
	Nippes	68,2	34,1	5,9
	Nord	85,0	52,5	24,2
	Nord-Est	22,5	47,5	36,2
	Nord-Ouest	38,5	37,4	47,3
Milieu de résidence	Reste Ouest	92,4	24,6	11,9
	Sud	66,7	37,8	22,2
	Sud-Est	97,8	15,4	4,4
	Urbain	73,2	39,0	18,4
	Rural	68,5	26,3	27,1
	Total	70,3	31,1	23,8
				12,9

4.1.23 PRATIQUE DE LA CAUSERIE ÉDUCATIVE DE LA STRATÉGIE AVANCÉE

Dans l'ensemble, la proportion de personnes en charge des enfants qui sont entretenues par des causeries éducatives au centre de vaccination est de 59,1%, soit 58,4% en milieu urbain et 59,5% en milieu rural. Cette proportion varie de 19,8% dans le département du Sud-Est à 86,9% dans la Grande-Anse (86,9%).

La proportion de personnes en charge des enfants chez qui le personnel de santé vient souvent vacciner les enfants ou les femmes enceintes s'établit à 52,6% ; elle est plus faible en milieu urbain (49,4%) qu'en milieu rural (54,6%). Des disparités sont observées entre les départements ; elle va de 9,9% dans le Sud-Est (9,9%) à 88,3% dans le Nord.

S'agissant de la proportion des personnes en charge des enfants qui sont informées à l'avance du passage des vaccinateurs, elle est de 40,7% dans l'ensemble, mais plus élevée en milieu rural (41,9%) qu'en milieu urbain (38,7%). L'analyse en fonction des départements indique que le Nord-Ouest (73,6%) et le Nord (85,8%) affichent les plus fortes proportions tandis que le Sud-Est (4,4%) et les Nippes (12,9%), les plus faibles.

Ces résultats permettent d'attirer l'attention sur les départements qui sont sous-couverts en matière de causerie éducative sur la stratégie avancée, notamment le Sud-Est et le Sud.

Tableau 28 : Pourcentages des personnes en charge des enfants bénéficiant de causerie éducative aux centres de vaccination, de visite pour la vaccination dans leur localité et de celles informées à l'avance du passage des vaccinateurs par département d'enquête et milieu de résidence

Variables	% de personnes en charge des enfants qui sont entretenues (causerie éducative/ IEC/...) au centre de vaccination	% de personnes en charge des enfants dans la localité chez qui le personnel de santé vient souvent pour vacciner les enfants ou femmes enceintes	% de personnes en charge des enfants qui sont informés à l'avance du passage des vaccinateurs
Département	Aire Métropolitaine	61,0	50,9
	Artibonite	48,5	47,0
	Centre	64,8	45,1
	Grande- Anse	86,9	72,6
	Nippes	83,5	41,2
	Nord	82,5	88,3
	Nord-Est	52,5	57,5
	Nord-Ouest	45,1	83,5
	Reste Ouest	56,8	44,1
	Sud	47,8	36,7
Milieu de résidence	Sud-Est	19,8	9,9
	Urbain	58,4	49,4
Total	Rural	59,5	54,6
		59,1	52,6
			40,7

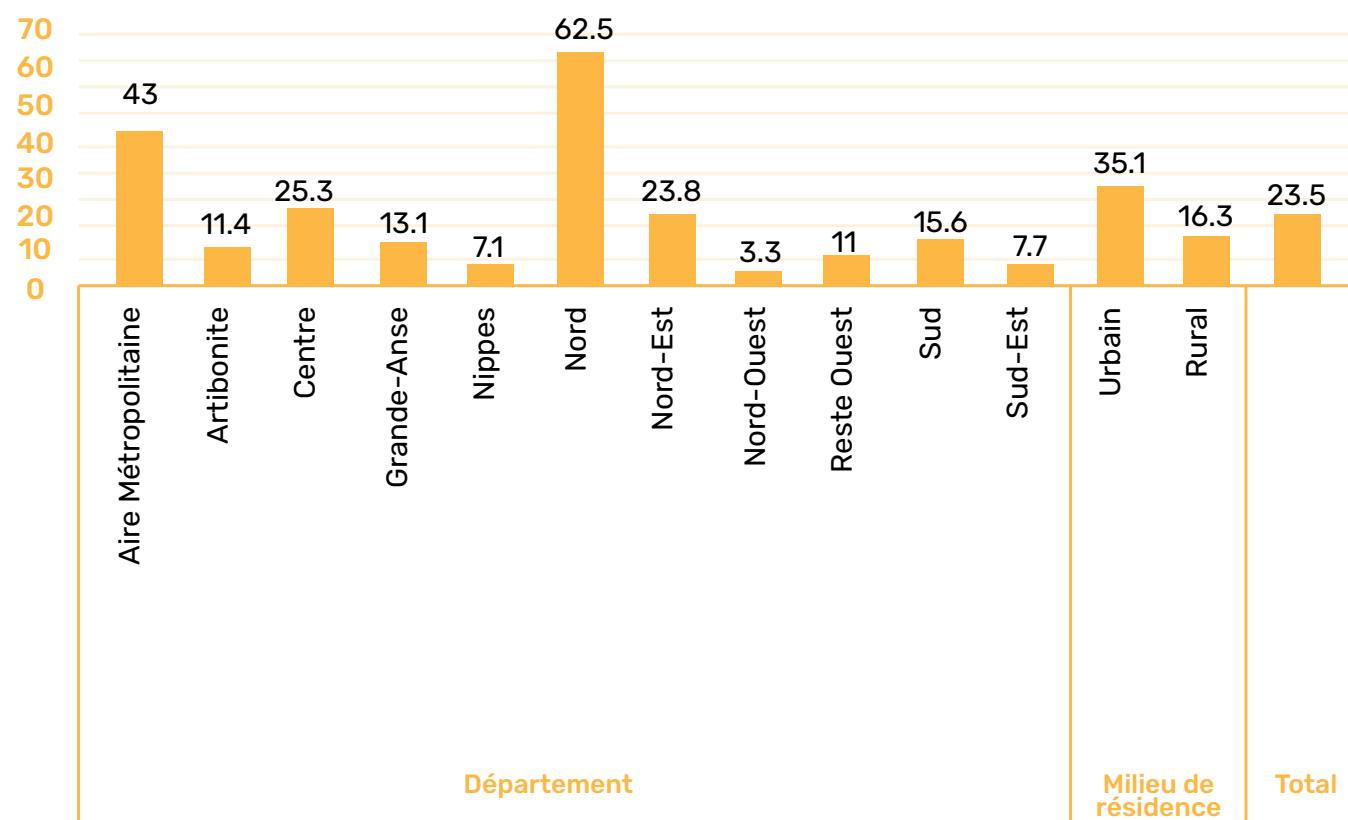
4.1.24 CONNAISSANCE DU CALENDRIER DE VACCINATION ET DES DIFFÉRENTS VACCINS

La connaissance du calendrier de vaccination est très faible dans l'ensemble, 23,5%, davantage en milieu rural

(16,3%). Le département du Nord se distingue par la proportion la plus élevée d'enquêtées connaissant le calendrier vaccinal (62,5%).

Graphique 9 : Proportion de personnes en charge des enfants qui connaissent le calendrier de vaccination

% de personnes en charge des enfants qui connaissent le calendrier vaccinal



S'agissant de la connaissance des types de vaccins par les mères/gardiennes d'enfants, les plus connus demeurent le BCG (96,1%) et le VPOO (64,8%). Les autres sont moins connus, notamment le vaccin anti-rougeole (12,3%), le VAA (9,9%) et le DTC-Hep-Hib (7,4%).

Il faut noter que 45,8% des répondantes ont également déclaré connaître la Vitamine A. La répartition de mères/gardiennes d'enfants selon le milieu de résidence et le département est présentée au tableau suivant.

Tableau 29: Pourcentage des mères/personnes en charge qui connaissent le calendrier de vaccination et les types de vaccins et leur répartition suivant certains vaccins

Variables	Aucune campagne à ma connaissance n'est menée	% des personnes en charge des enfants qui connaissent chaque type de vaccin											
		BCG	VPO0	VPO1	VPO2	VPO3	DTC-Hep-Hib1	DTC-Hep-Hib2	DTC-Hep-Hib3	VAA	VAR	Vit A	
	20,6	95,9	63,3	27,6	20,4	19,4	13,3	9,2	14,3	17,3	16,3	52,0	
Département	Aire Métropolitaine												
	Artibonite	30,3	86,7	100	46,7	40,0	33,3	0	0	6,7	0	33,3	46,7
	Centre	14,3	100	82,6	13,0	4,3	4,3	4,3	4,3	17,4	8,7	21,7	39,1
	Grande-Anse	9,5	90,9	81,8	18,2	0	0	9,1	0	0	0	9,1	36,4
	Nippes	34,1	83,3	16,7	0	0	0	0	0	0	0	0	33,3
	Nord	10	98,7	56,0	72,0	1,3	0	2,7	1,3	41,3	0	0	53,3
	Nord-Est	1,2	100	42,1	10,5	5,3	5,3	5,3	0	15,8	5,3	10,5	26,3
	Nord-Ouest	7,7	100	100	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	100
	Reste Ouest	39,8	92,3	84,6	0	0	0	0	0	38,5	46,2	0	30,8
	Sud	57,8	92,9	71,4	14,3	0	7,1	0	0	21,4	7,1	7,1	21,4
Milieu de résidence	Sud-Est	31,9	100	57,1	57,1	71,4	42,9	28,6	28,6	14,3	0	57,1	28,6
	Urbain	22,9	96,9	64,8	34,6	14,2	13,6	9,3	5,6	19,1	11,1	12,3	51,2
	Rural	24	95,1	64,8	37,7	9,8	7,4	4,9	4,1	26,2	8,2	12,3	38,5
Total		23,6	96,1	64,8	35,9	12,3	10,9	7,4	4,9	22,2	9,9	12,3	45,8

En ce qui concerne les périodes d'administration de ces différents vaccins, la grande majorité pense que le BCG se prend à la naissance (82,4%) tandis que 9,5% ignorent le moment exact.

Le VPO0 se prend à un mois selon un peu plus d'une personne sur 3 (37%) et à la naissance pour 23,4% des enquêtées. Un pourcentage relativement élevé (27,2%) méconnait le moment approprié. Quant au VPO1, près de la moitié (49%) affirme qu'il est administré à 2 mois, près d'une personne sur 4 à 1 mois (25,5%) et 16,7% l'ignorent. S'agissant du VPO2, deux personnes sur cinq (40%) disent qu'il se prend à 2 mois et un pourcentage identique (40%) ignore le bon moment. Pour le VPO3, 35,5% de personnes déclarent qu'il se donne à 3 mois, tandis que 38,7% n'en savent rien.

En ce qui a trait au DTC-Hep-Hib1, près d'une personne sur cinq (19%) pense qu'il se prend à 1 mois, tandis que 2 personnes sur 3 (66,7%) ignorent le moment de son administration. Pour le DTC-Hep-Hib2, une personne

sur trois (35,7%) indique qu'il se donne à 2 mois et deux personnes sur trois (64,3%) ignorent le moment opportun, alors que pour le DTC-Hep-Hib3, près d'une personne sur cinq (19%) révèle qu'il est administré à un mois, 14,3% à 2 mois, 12,7% à 3 mois, 9,5% à la naissance et 36,5% l'ignorent.

En ce qui concerne le VAA, un peu plus d'une personne sur 5 (21,4%) affirme qu'il se prend à la naissance, 1 personne sur 10 (10,7%) à 9 mois, 7,1% à 1 mois et 46,4% ne le savent pas.

Pour le VAR, un peu plus d'une personne sur 3 dit qu'il est administré à 9 mois (34,3%), 8,6% optent pour 1 mois, 8,6% pour 2 mois, 5,7% pour la naissance et 31,4% l'ignorent.

(S'agissant enfin de la vitamine A, 17,7% pense qu'elle se prend à 6 mois, 15,4% à la naissance, 11,5% à 1 mois et 10,8% à 3 mois, tandis que 35,4% l'ignorent).

Tableau 30: Répartition (%) des personnes en charge des enfants suivant leur avis sur les tranches d'âge éligible aux vaccins par département d'enquête et milieu de résidence

Vaccin	A 1 mois	A 2 mois	A 3 mois	A 6 mois	A 9 mois	A la naissance	Autre	NSP	Total
BCG	5,5	0,7	0	0,4	1,5	82,4	0	9,5	100
VPO0	37,0	4,9	4,3	0	2,2	23,4	1,1	27,2	100
VPO1	25,5	49,0	2,9	2,0	0	2,9	1,0	16,7	100
VPO2	2,9	40,0	8,6	2,9	2,9	2,9	0	40,0	100
VPO3	0	6,5	35,5	9,7	6,5	0	3,2	38,7	100
DTC-Hep-Hib1	19,0	0	4,8	0	4,8	0	4,8	66,7	100
DTC-Hep-Hib2	0	35,7	0	0	0	0	0	64,3	100
DTC-Hep-Hib3	19,0	14,3	12,7	3,2	4,8	9,5	0	36,5	100
VAA	7,1	0	3,6	3,6	10,7	21,4	7,1	46,4	100
VAR	8,6	8,6	2,9	5,7	34,3	5,7	2,9	31,4	100
Vit A	11,5	3,1	10,8	17,7	3,8	15,4	2,3	35,4	100

4.2 Connaissance des PEV

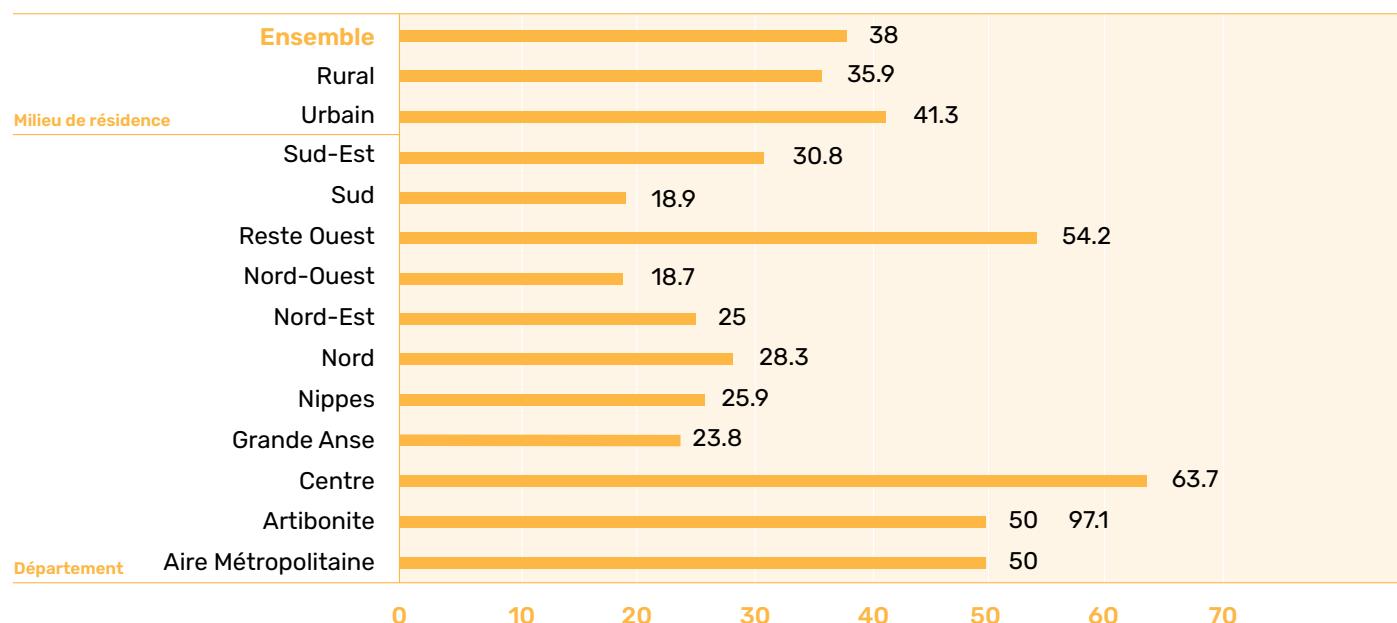
4.2.1 CONNAISSANCE DES MALADIES DONT LES VACCINS SONT ADMINISTRÉS GRATUITEMENT

La proportion des mères/personnes en charge des enfants, qui connaissent les maladies que l'on peut

éviter par la vaccination, et qui sont administrées gratuitement dans les formations sanitaires publiques, est de 38%, dont 41,3% en milieu urbain et 35,9% en milieu rural. Cette proportion va de 18,7% et de 18,9% dans les départements du Nord-Ouest et du Sud-est respectivement. Est à 63,7% dans le département du Centre.

Graphique 10: Pourcentage des mères/personnes en charge qui connaissent les maladies que l'on peut éviter par la vaccination qui sont administrées gratuitement dans les formations sanitaires publiques par département d'enquête et milieu de résidence

Fréquence (%)

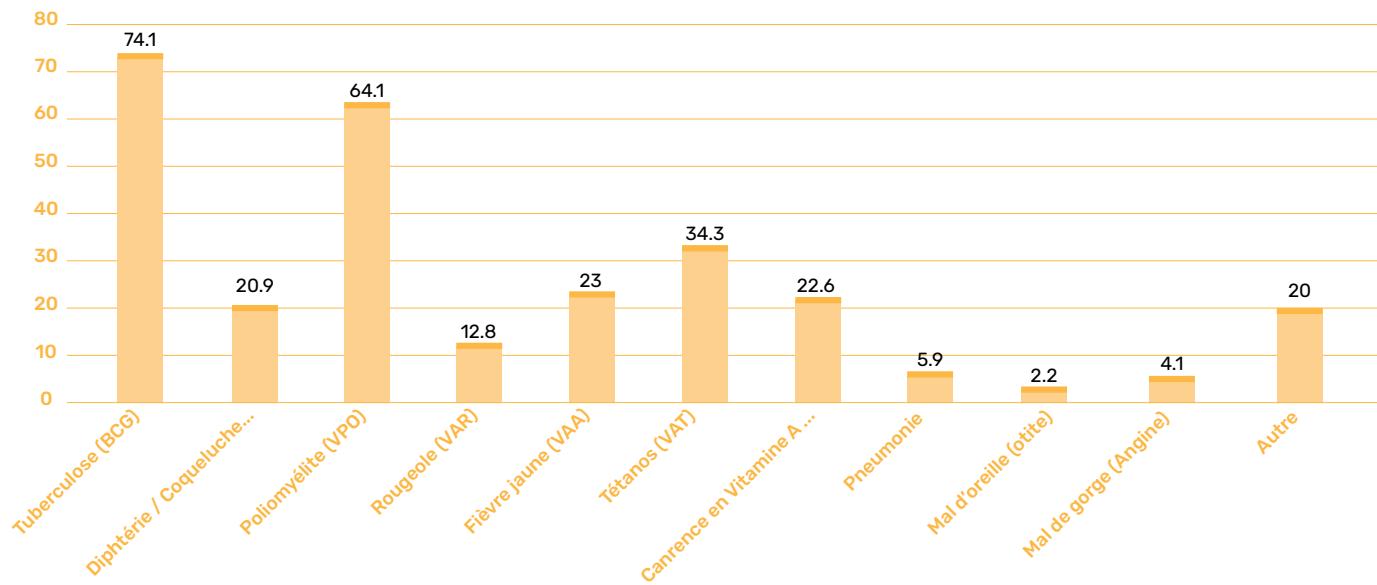


Les proportions de personnes en charge des enfants qui connaissent les types de maladies que l'on peut éviter par la vaccination et dont les vaccins sont administrés gratuitement dans les formations sanitaires publiques varient d'un vaccin à l'autre. Les vaccins les plus connus comme étant gratuits concernent la tuberculose (74,1%), suivi de la poliomyélite (64,1%) et du tétanos (34,3%). Les moins connus sont en revanche la pneumonie

(5,9%), l'angine (4,1%) et l'otite (2,2%). Toutefois, 20% de personnes en charge des enfants déclarent connaître d'autres types de vaccins administrés gratuitement dans les formations sanitaires et qui permettent de prévenir certaines maladies, tels que le vaccin contre le choléra, la Covid-19, la filariose, le pentavalent, la diarrhée, la grippe, la malaria, le SIDA, la typhoïde, et d'autres ne se souviennent pas du nom.

Graphique 11: Proportion (%) des personnes en charge qui connaissent les types de vaccins administrés gratuitement dans les formations sanitaires

% des personnes en charge des enfants qui connaissent chaque type de vaccin administré gratuitement



La répartition des enquêtées selon leur connaissance des vaccins administrés gratuitement, par département et milieu de résidence se trouve au tableau ci-dessous.

Tableau 31: Répartition des mères/personnes en charge qui connaissent les types de maladies que l'on peut éviter par la vaccination qui est administrée gratuitement dans les formations sanitaires publiques par département d'enquête et milieu de résidence

Variables	% des personnes en charge des enfants qui connaissent chaque type de vaccin administré gratuitement											
	Tubercu-lose (BCG)	Diphthérite/ coqueluche (DTC-Hep-B+Hib)	Polio- myélite (VPO)	Rougeole (VAR)	Fièvre jaune (VAA)	Tétanos (VAT)	Carence en vitamine A (Vit A)	Pneumonie	Mal d'oreilles (otite)	Mal de gorge (angine)	Autre	
Département	Aire Métropolitaine	80,7	24,6	65,8	8,8	26,3	33,3	29,8	12,3	4,4	2,6	14,0
	Artibonite	74,2	4,5	71,2	1,5	28,8	39,4	6,1	0	1,5	15,2	24,2
	Centre	69,0	6,9	63,8	36,2	13,8	25,9	19,0	0	0	0	20,7
	Grande- Anse	35,0	10,0	50,0	5,0	0	25,0	25,0	0	0	0	45,0
	Nippes	18,2	4,5	9,1	0	13,6	0	0	0	0	0	81,8
	Nord	97,1	38,2	91,2	0	2,9	35,3	67,6	2,9	0	2,9	0
	Nord-Est	100	30,0	40,0	5,0	5,0	10,0	20,0	0	5,0	5,0	0
	Nord-Ouest	47,1	17,6	47,1	29,4	29,4	41,2	23,5	5,9	0	0	23,5
	Reste Ouest	87,5	34,4	76,6	4,7	43,8	57,8	21,9	9,4	4,7	6,2	6,2
	Sud	58,8	5,9	70,6	5,9	5,9	29,4	5,9	11,8	0	0	17,6
Milieu de résidence	Sud-Est	78,6	46,4	57,1	57,1	35,7	39,3	14,3	10,7	0	0	35,7
	Urbain	78,5	26,2	66,5	9,4	24,1	33,5	30,4	9,4	3,7	4,7	15,7
Total	Rural	71,0	17,1	62,5	15,2	22,3	34,9	17,1	3,3	1,1	3,7	23,0
		74,1	20,9	64,1	12,8	23,0	34,3	22,6	5,9	2,2	4,1	20,0

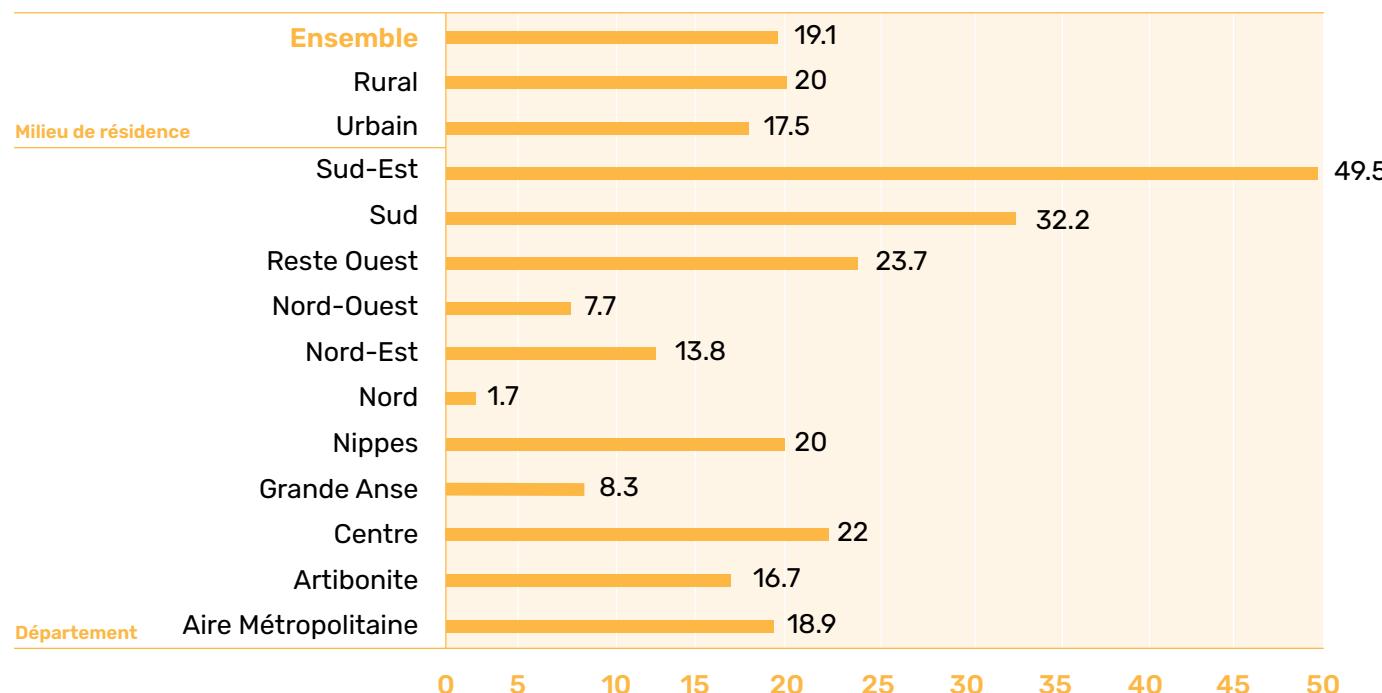
4.2.2 APPRÉCIATION DE L'HEURE DE PASSAGE DES VACCINATEURS

L'enquête a noté l'appréciation des mères/personnes en charge des enfants sur les heures de passage des vaccinateurs. Il en ressort que 19,1% d'entre elles trouvent l'heure de passage des vaccinateurs non convenable, dont 17,5% en milieu urbain contre 20% en

milieu rural. L'analyse selon les départements révèle que le Sud-Est (49,5%) et le Sud (32,2%) accusent les proportions les plus élevées d'enquêtées à émettre cette opinion et le Nord (1,7%), la proportion la plus faible.

Graphique 12 : Pourcentage des mères/personnes en charge pour qui l'heure de passage des vaccinateurs n'est pas convenable par département d'enquête et milieu de résidence

Fréquence (%)



En ce qui concerne la non-vaccination des enfants à tous les passages, l'enquête a montré que 43,6% des personnes en charge des enfants ne les vaccinent pas à tous les passages des vaccinateurs. Ce pourcentage est de 42,9% en milieu urbain et de 44,1% en milieu rural. La plus forte proportion est notée dans la Grande Anse (57,1%). Ailleurs, elle oscille entre 34,1% dans le Nord-Ouest à 49,4% dans les Nippes.

S'agissant des raisons évoquées pour justifier leur décision, un peu plus d'un tiers des personnes interrogées (36,5%) estiment qu'elles n'ont pas besoin de vacciner l'enfant tout le temps. Cependant, 39,9%

d'entre elles ont présenté d'autres raisons de refus telles que l'insécurité, le désintérêt, la préférence pour la vaccination au centre de santé, l'absence de campagne, l'obligation de respecter des rendez-vous de vaccination, la méfiance ou encore leur absence lors du passage des vaccinateurs. Pour les départements ayant des taux de refus plus élevés tels le Nord-Est (60,4%), le Nord (62%) et la Grande-Anse (68,6%), les principales raisons demeurent le fait qu'on n'a pas besoin de vacciner tout le temps alors que les autres raisons sus évoquées concernent majoritairement les Nippes (52,2%) et le Sud (70%).

Tableau 32: Répartition des mères/personnes en charge qui ne vaccinent pas les enfants à tous les passages des vaccinateurs suivant les raisons de non vaccination à tous les passages par département d'enquête et milieu de résidence

Variables	Personnes ne vaccinant pas les enfants à tous les passages des vaccinateurs		Raisons du refus de vaccin à tous les passages (%)				
	Effectif	%	On n'a pas besoin de vacciner tout le temps	Le vaccin a des effets secondaires	Je n'ai pas toujours le temps	Autre	
Département	Aire Métropolitaine	89	39,0	36,9	13,1	14,8	38,5
	Artibonite	54	40,9	20,3	8,5	15,3	61,0
	Centre	36	39,6	15,8	21,1	52,6	36,8
	Grande-Anse	48	57,1	68,6	0	19,6	11,8
	Nippes	42	49,4	28,3	19,6	8,7	52,2
	Nord	57	47,5	62,0	42,3	8,5	2,8
	Nord-Est	38	47,5	60,4	5,7	17,0	22,6
	Nord-Ouest	31	34,1	55,1	2,0	2,0	40,8
	Reste Ouest	48	40,7	2,8	12,7	42,3	50,7
	Sud	42	46,7	25,0	1,2	5,0	70,0
Milieu de résidence	Sud-Est	42	46,2	32,0	6,0	26,0	44,0
	Urbain	198	42,9	38,4	13,0	14,1	38,8
Total	Rural	330	44,1	35,2	11,8	20,5	40,7
		528	43,6	36,5	12,3	17,9	39,9

4.2.3 DURÉE DEPUIS LA DERNIÈRE VACCINATION POUR SOI-MÊME OU POUR UN ENFANT/PROCHE

Par rapport au temps qui s'est écoulé entre la prise du dernier vaccin et le passage des agents enquêteurs, on remarque que la période de réception se situe principalement à moins d'un mois pour près de deux personnes sur cinq (40,2%) et à moins d'un an pour

35,3% d'entre elles. Un pourcentage relativement faible de répondantes (3,1%) n'a jamais été vacciné.

Les résultats par département et milieu de résidence sont présentés au tableau suivant.

Tableau 33: Répartition des mères/personnes en charge des enfants suivant la durée depuis leur dernière visite à une structure de santé pour soi-même ou pour un enfant/proche par département d'enquête et milieu de résidence

Variables	Un an ou plus	Aujourd'hui	Jamais	Moins d'un an	Moins d'un mois	Moins d'une semaine
Aire Métropolitaine	3,9	1,8	0,9	31,6	45,6	16,2
Artibonite	6,1	2,3	4,2	40,9	38,6	7,6
Centre	2,2	1,1	6,6	40,7	35,2	14,3
Grande-Anse	4,8	4,8	0	38,1	39,3	13,1
Département						
Nippes	7,1	0	10,6	36,5	36,5	9,4
Nord	3,3	0,8	1,7	21,7	50,0	22,5
Nord-Est	5,0	0	10,0	32,5	36,2	16,2
Nord-Ouest	5,5	1,1	1,1	56,0	31,9	4,4
Reste Ouest	26,3	0	0,8	28,8	38,1	5,9
Sud	4,4	1,1	0,0	38,9	47,8	7,8
Sud-Est	17,6	1,1	3,3	31,9	33,0	13,2
Milieu de résidence						
Urbain	4,5	0,9	2,2	32,5	46,3	13,6
Rural	9,6	1,6	3,7	37,1	36,4	11,5
Total	7,7	1,3	3,1	35,3	40,2	12,3

4.2.4 PROPOSITION POUR AMÉLIORER LES CAMPAGNES DE VACCINATION

4.2.4.1 RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE QUANTITATIVE POUR AMÉLIORER LES CAMPAGNES DE VACCINATION

Afin d'améliorer les campagnes de vaccination, des propositions ont été faites par les mères/gardiennes d'enfants. Il s'agit principalement d'accentuer la sensibilisation (67,2%). Certaines mères/gardiennes d'enfants pensent qu'il faut impliquer suffisamment les femmes (31,5%), et les chefs de ménages (23,1%).

L'accentuation de la sensibilisation est la proposition prédominante quels que soient le département et le milieu de résidence considérés.

Tableau 34: Répartition des mères/personnes en charge suivant leurs propositions pour améliorer les campagnes de vaccination par département d'enquête et milieu de résidence

Variables	Implication accentuée des femmes	Implication des chefs de ménages	Accentuer la sensibilisation	Implication des autorités religieuses	Implication des leaders d'opinion	Implication des relais communautaires	Autre	
Département	Aire Métropolitaine	36,8	20,2	66,2	17,1	9,6	21,5	24,1
	Artibonite	12,1	4,5	52,3	6,1	1,5	2,3	59,1
	Centre	31,9	30,8	73,6	28,6	1,1	41,8	13,2
	Grande- Anse	28,6	33,3	84,5	21,4	4,8	4,8	11,9
	Nippes	23,5	11,8	55,3	2,4	0,0	0	35,3
	Nord	55,0	41,7	97,5	4,2	5,0	10,8	0,8
	Nord-Est	21,2	25,0	53,8	3,8	3,8	2,5	33,8
	Nord-Ouest	8,8	0	41,8	1,1	0	1,1	58,2
	Reste Ouest	69,5	51,7	87,3	51,7	29,7	54,2	8,5
	Sud	7,8	13,3	56,7	17,8	22,2	27,8	32,2
Milieu de résidence	Sud-Est	31,9	20,9	61,5	22,0	7,7	15,4	16,5
	Urbain	31,8	19,3	64,7	13,2	7,8	15,6	29,7
	Rural	31,4	25,5	68,8	18,6	8,5	19,0	24,4
Total	31,5	23,1	67,2	16,5	8,3	17,7	26,4	

L'implication des relais communautaires apparaît comme deuxième option pour les départements du Centre (41,8%) et du Sud (27,8%).

D'autres stratégies ont également été proposées par 26,4% des répondantes, telles que l'assistance économique aux ménages, l'augmentation de la fréquence des campagnes et les annonces préalables, l'augmentation du nombre de vaccinateurs, la construction de plus de centres de santé, la motivation sur l'intérêt du vaccin et le respect des rendez-vous. (Voir Tableau Y)

4.2.4.2 RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE QUALITATIVE SUR L'AMÉLIORATION DES CAMPAGNES DE VACCINATION

Quant aux recommandations des participants, les réponses reflètent les difficultés et les préoccupations des différents groupes. Cependant, certaines revendications se recoupent. Les participants en milieu rural se penchent sur des préoccupations qui facilitent leur travail comme l'augmentation de stock des vaccins, la préférence du personnel expérimenté lors des campagnes, suivant leurs dires les piqueurs ne sont pas assez compétents.

En revanche, les participants des milieux urbains optent pour l'augmentation des personnels de santé, la décentralisation des services et des soins de santé, l'implication des leaders communautaires qui leurs permettront d'avoir accès aux services de vaccination. Et, les suggestions convergent aussi en ce qui concerne le respect des personnes impliquées dans le processus de vaccination. Ils souhaitent d'abord qu'il y a des formations qui apprennent à chacun leurs rôles et l'importance des services de vaccination.

Les informateurs ont formulé des recommandations pour orienter et renforcer les stratégies d'intervention. Les participants ont eu à discuter sur tous les aspects et la représentation qu'ils se font des stratégies de communication en vue de l'amélioration de la demande, de l'utilisation des services de vaccination et du respect du calendrier vaccinal. En l'occurrence, les parents ont déclaré que le mieux à faire c'est de :

- Augmenter le personnel dans le service de vaccination en particulier lors des campagnes et aussi dans les centres de santé et les hôpitaux parce que le temps d'attente les fatigue; ils perdent trop de temps pour faire vacciner un enfant ;
- Faciliter la disponibilité des vaccins, éviter les ruptures de stock qui durent plus de trois (3) mois ;
- Sensibiliser les communautés avant les campagnes, certaines personnes sont toujours des ignorants en matière de vaccination ;
- Faire plus de séances de formation pour les parents et avoir plus d'informations sur les vaccins (les bienfaits et les effets secondaires) ;

D'autres recommandations sont plutôt d'ordre général et concernent la vaccination de routine. Elles sont les suivantes:

- Continuer à faire la porte à porte ;
- Donner des suppléments alimentaires aux enfants afin d'éviter plus de cas de malnutrition ;
- Mettre un espace bien équipé avec des tables et des chaises pour les postes de rassemblement ;
- Rendre plus accessibles les voies qui mènent aux postes de rassemblement.

“

Verbatims :

- *Pour que plus de gens soient vaccinés, il faut qu'on implique les parents dans la vaccination et qu'on fasse plus de formation pour les associations communautaires spécialement les mères et les pères.*
 - *Les ASCP ont besoin des moyens de déplacement comme motocyclette, véhicule qui pourraient transporter les vaccins dans les communautés éloignées.*
 - *Faire des campagnes de porte à porte pour sensibiliser les parents.*
- On peut encore utiliser les mégaphones pour annoncer les dates.*
- La meilleure stratégie à utiliser pour faciliter l'accès aux vaccins serait la porte à porte”*

4.3 Connaissances sur la polio

4.3.1 RAISONS DE LA PRISE DES GOUTTES DE POLIO

Les gouttes de polio sont souvent données à intervalle régulier aux enfants. Pour 56,8% des gardiennes/mères d'enfants, les gouttes de polio sont administrées à titre préventif et une proportion relativement élevée de gardiennes d'enfants (41,4%) en ignorent le motif. Les personnes en charge des enfants qui pensent également au rôle préventif sont de 60,8% en milieu urbain contre 54,3% en milieu rural. Ces proportions sont plus faibles dans les départements de l'Artibonite (34,1%) et des Nippes (36,5%), alors qu'elles sont plus importantes dans le Nord (69,2%), l'Aire Métropolitaine (72,4%) et le Sud-Est (73,6%).

S'agissant des méthodes pour éviter la polio, les personnes en charge des enfants déclarent la vaccination (60,9%), l'hygiène notamment le lavage des mains, l'usage des latrines, la consommation d'aliments propres et d'une eau de boisson potable (16,4%).

La réponse portant sur la vaccination a été fournie surtout par celles du Reste de l'Ouest (72,0), de l'Aire Métropolitaine (75,9%), du Sud-Est (83,5) et du Sud (84,4%). Le recours aux tradipraticiens est plus fréquent dans le département du Nord-Est (18,8%) et au niveau du Reste de l'Ouest (21,2%), tandis que l'hygiène a été

beaucoup suggérée par les enquêtées du Reste de l'Ouest (34,7%) et du Nord (37,5%).

Les méthodes classées dans « autres » concernent les gens qui ont déclaré ne pas connaître la méthode pour éviter la polio (33,4%).

Tableau 35: Répartition des mères/personnes en charge suivant leur avis sur les raisons pour lesquelles on donne des gouttes contre la polio très souvent/ à intervalle de quelques mois par département d'enquête et milieu de résidence

Variables	Rôle de la vaccination contre la polio								Méthode pour éviter la polio								
	Autre	NSP	Prévention	La vaccination	L'hygiène (se laver les mains, latrines, aliments propres, eau de boisson, etc.)	Guérisseur traditionnel	Tradipraticien	Autre	Autre	NSP	Prévention	La vaccination	L'hygiène (se laver les mains, latrines, aliments propres, eau de boisson, etc.)	Guérisseur traditionnel	Tradipraticien	Autre	
Département	Aire Métropolitaine	3,9	23,7	72,4	75,9	16,7	1,3	0	23,2								
	Artibonite	0	65,9	34,1	31,1	12,1	0	0	62,9								
	Centre	3,3	44,0	52,7	56,0	22,0	1,1	0	38,5								
	Grande-Anse	0	59,5	40,5	60,7	3,6	2,4	0	36,9								
	Nippes	10,6	52,9	36,5	34,1	7,1	0	1,2	58,8								
	Nord	0	30,8	69,2	69,2	37,5	0	0	30,8								
	Nord-Est	0	57,5	42,5	56,2	0	18,8	0	25,0								
	Nord-Ouest	0	54,9	45,1	29,7	11,0	0	0	59,3								
	Reste Ouest	0,8	32,2	66,9	72,0	34,7	21,2	0	16,9								
	Sud	0	33,3	66,7	84,4	11,1	0	0	8,9								
Milieu de résidence	Sud-Est	0	26,4	73,6	83,5	11,0	8,8	1,1	13,2								
	Urbain	2,2	37,0	60,8	63,6	16,0	2,2	0	33,1								
	Rural	1,6	44,1	54,3	59,1	16,7	5,9	0,3	33,5								
Total		1,8	41,4	56,8	60,9	16,4	4,5	0,2	33,4								

L'enquête a montré que les manifestations de la polio ne sont pas très connues des personnes en charge des enfants. Un pourcentage élevé, de ces personnes (84,6%) ignorent les manifestations de la polio. Cette proportion est de 82,3% en milieu urbain contre 86,0% en milieu rural. Un total de sept départements sur 10 accusent de forts pourcentages de gardiennes se trouvant dans cette situation : Centre et Sud-Est (91,2% respectivement), Nord-Est (93,8%), Grande-Anse (96,4%), Nippes (96,5%), Nord-Ouest (96,7%) et l'Artibonite (97,7%). Ce pourcentage est moins élevé

dans les départements du Sud (52,2%) et du Nord (57,5%). Parmi celles qui connaissent les manifestations de la polio, 13,6% ont mentionné la paralysie des membres dont 15,6 % en milieu urbain et 12,4% en milieu rural. La répartition selon le département révèle qu'un peu plus de quatre enquêtées sur 10 du Sud (41,1%) et du Nord (42,5%) ont indiqué la paralysie des membres comme manifestation de la maladie. Ailleurs, ce pourcentage varie de 1,5% dans l'Artibonite à 16,7% dans l'Aire Métropolitaine.

Tableau 36: Répartition des mères/personnes en charge suivant leur avis sur les manifestations de la polio par département d'enquête milieu de résidence

Variables	Non	Oui, autre	Oui, paralysie des membres
Département	Aire Métropolitaine	81,6	1,8
	Artibonite	97,7	0,8
	Centre	91,2	1,1
	Grande-Anse	96,4	1,2
	Nippes	96,5	1,2
	Nord	57,5	0
	Nord-Est	93,8	1,2
	Nord-Ouest	96,7	0
	Reste Ouest	84,7	3,4
	Sud	52,2	6,7
Milieu de résidence	Sud-Est	91,2	3,3
	Urbain	82,3	2,2
Total	Rural	86,0	1,6
		84,6	1,8
			13,6

4.3.2 PEUR DES GOUTTES DE LA POLIO

Dans l'ensemble, très peu de mères/personnes en charge des enfants (4,6%) ont peur des gouttes du vaccin. Cette proportion s'établit à 6,9% en milieu urbain et à 3,2% en milieu rural. Aucune responsable d'enfants des départements de l'Artibonite, de la Grande-Anse, des Nippes et du Nord-Ouest n'a déclaré avoir peur du vaccin antipoliomyélitique oral. Dans les autres départements, la proportion de gardiennes ayant avoué une peur de cet antigène est faible ; elle va de 2,2% dans le Sud-Est à 12,5% dans le Nord. Les effets secondaires constituent (80,4% le principal motif de peur (80,4%).

Deux autres motifs ont été évoqué par une faible proportion de responsables d'enfants la paralysie (8,9%) et la stérilité (3,6%). En outre, quels que soient le milieu de résidence et le département, le principal motif de crainte demeure la peur des effets secondaires, excepté dans le Nord-Est où les personnes craignent autant une autre chose que les effets secondaires (50,0% respectivement). Les pleurs de l'enfant, la peur du vaccin et des seringues ou l'ignorance représentent les autres motifs de peur de 16,1% des répondantes.

Tableau 37: Pourcentage des mères/personnes en charge qui ont peur des gouttes/vaccins contre la polio et raisons de la peur par département d'enquête et milieu de résidence

Variables	% des mères/personnes en charge qui ont peur des gouttes/vaccins contre la polio	Répartition des mères/personnes en charge qui ont peur des gouttes/vaccins contre la polio suivant les raisons de la peur			
		Peur des effets secondaires	Peur de la stérilité	Peur la paralysie	Autre
Aire Métropolitaine	6,6	66,7	0	20,0	26,7
Artibonite	0	/	/	/	/
Centre	5,5	80,0	0	0	20,0
Grande- Anse	0	/	/	/	/
Nippes	0	/	/	/	/
Département	Nord	12,5	100	0	6,7
	Nord-Est	5	50,0	0	0
	Nord-Ouest	0	/	/	/
	Reste Ouest	10,2	75,0	16,7	8,3
Milieu de résidence	Sud	3,3	100	0	0
	Sud-Est	2,2	100	0	0
	Urbain	6,9	81,2	3,1	12,5
	Rural	3,2	79,2	4,2	16,7
Total	4,6	80,4	3,6	8,9	16,1

4.3.3 CONNAISSANCE ET ACTION DE LA DERNIÈRE CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA POLIO (DÉCEMBRE 2022)

La dernière campagne de vaccination contre la polio est très peu connue des mères/gardiennes d'enfants. Seulement 12,7% d'entre elles en ont été informées, dont

14,3% en milieu urbain contre 11,7% en milieu rural. Selon l'analyse par département, cette campagne est encore plus méconnue dans le Sud (2,2%), et légèrement plus connue dans l'Aire Métropolitaine (20,2%) et les Nippes (20%).

Tableau 38: Pourcentage des mères/personnes en charge informées de la dernière campagne de vaccination (décembre 2022) contre la polio par département d'enquête et milieu de résidence

Variables	Effectif	Fréquence (%)
Département	Aire Métropolitaine	46
	Artibonite	5
	Centre	13
	Grande-Anse	8
	Nippes	17
	Nord	13
	Nord-Est	11
	Nord-Ouest	15
	Reste Ouest	15
	Sud	2
Milieu de résidence	Sud-Est	9
	Urbain	66
Total	Rural	88
		154
		12,7

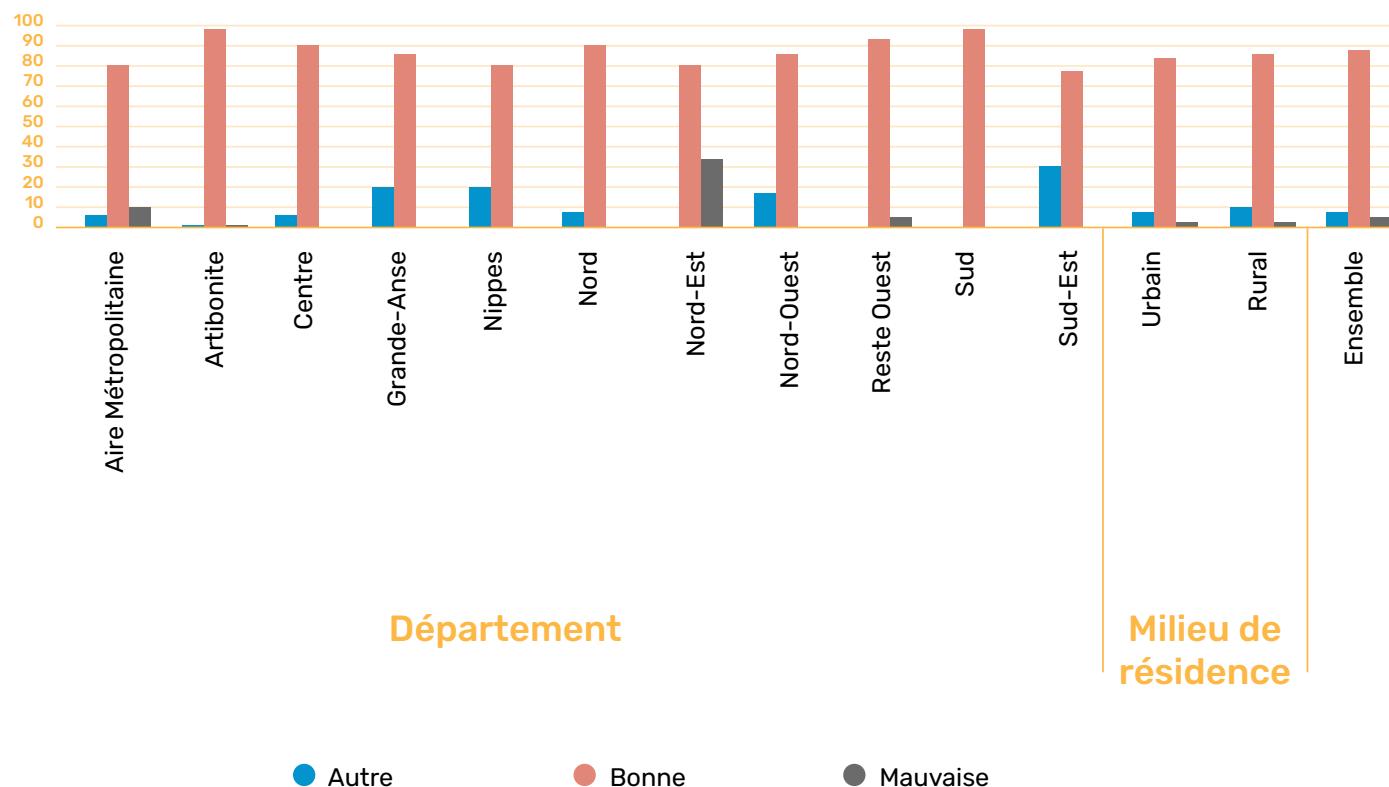
4.3.3.1 OPINION PAR RAPPORT À LA DERNIÈRE CAMPAGNE

Pour ces personnes ayant connaissance de la dernière campagne, l'appréciation est plutôt bonne dans l'ensemble, soit 85,7% avec une opinion favorable. Selon le milieu de résidence, 84,8% des répondantes du milieu urbain l'ont bien appréciée contre 85,7% du milieu rural. La répartition par département indique que seules les

enquêtées du Nord-Est (72,7%), du Sud-Est (77,8%), des Nippes (82,4%) et de l'Aire Métropolitaine (82,6%) ont un niveau d'appréciation inférieur à celui de l'enquête, tandis que celles de l'Artibonite et du Sud ont un niveau d'appréciation de 100%. Le niveau d'appréciation des enquêtées des autres départements dépassent la moyenne de l'enquête.

graphique 13 : Répartition des mères/personnes en charge qui étaient informées de la dernière campagne de vaccination (de décembre 2022) suivant l'appréciation qu'elles en font par département d'enquête et milieu de résidence

Appréciation de la dernière campagne (%)



4.3.3.2. PERSONNES APPROPRIÉES POUR DONNER DES GOUTTES DE POLIO AUX ENFANTS

S'agissant de la personne appropriée pour donner des gouttes de polio aux enfants, deux tiers environ (63,7%) des mères/gardiennes d'enfants reconnaissent principalement les médecins/infirmiers de l'hôpital du quartier/village/localité (63,7%), suivis du personnel de

santé venu pour la circonstance (19,7%). Quels que soient le milieu de résidence et le département considérés, la principale personne jugée propre à administrer les gouttes de polio aux enfants reste toujours le médecin/infirmier de l'hôpital du quartier, du village ou de la localité, tel que présenté au tableau suivant.

Tableau 39: Répartition des mères/personnes en charge qui connaissent celui/celle qui donne les gouttes polio aux enfants par département d'enquête et milieu de résidence

Variables	Autre	D'autres personnes formées pour la circonstance	Le médecin/infirmier de l'hôpital du quartier/localité/ village	Un personnel de santé venu pour la circonstance	Total
Département	Aire Métropolitaine	4,8	1,8	76,3	17,1
	Artibonite	25,8	1,5	59,1	13,6
	Centre	13,2	3,3	46,2	37,4
	Grande- Anse	7,1	1,2	64,3	27,4
	Nippes	11,8	0	84,7	3,5
	Nord	30,0	0	42,5	27,5
	Nord-Est	13,8	5,0	47,5	26,4
	Nord-Ouest	11,0	17,6	45,1	26,4
	Reste Ouest	5,1	17,8	50,8	26,3
	Sud	5,6	0	91,1	3,3
Milieu de résidence	Sud-Est	1,1	6,6	87,9	4,4
	Urbain	12,1	2,4	67,3	18,2
	Rural	11,6	6,1	61,5	20,7
	Total	11,8	4,7	63,7	19,7
Total					

Cette partie a globalement renseigné sur la connaissance des mères/personnes en charge des enfants en matière de vaccination, tant du point de vue quantitatif que qualitatif. Les perceptions ont également été mises en exergue, ainsi que les principales maladies qui affectent les enfants dans les localités, les raisons

à la non-vaccination de certains enfants ainsi que les difficultés rencontrées pour vacciner les enfants. Les connaissances sur les programmes élargis de vaccination et la polio ont également été appréciées tant sur les plans quantitatifs que qualitatifs. La prochaine porte sur les attitudes en matière de vaccination.

04

ATTITUDES EN MATIÈRE DE VACCINATION



5.1 Education à la vaccination et aux maladies dans le ménage

5.1.1 ASPECTS QUANTITATIFS D'ÉDUCATION À LA VACCINATION ET AUX MALADIES

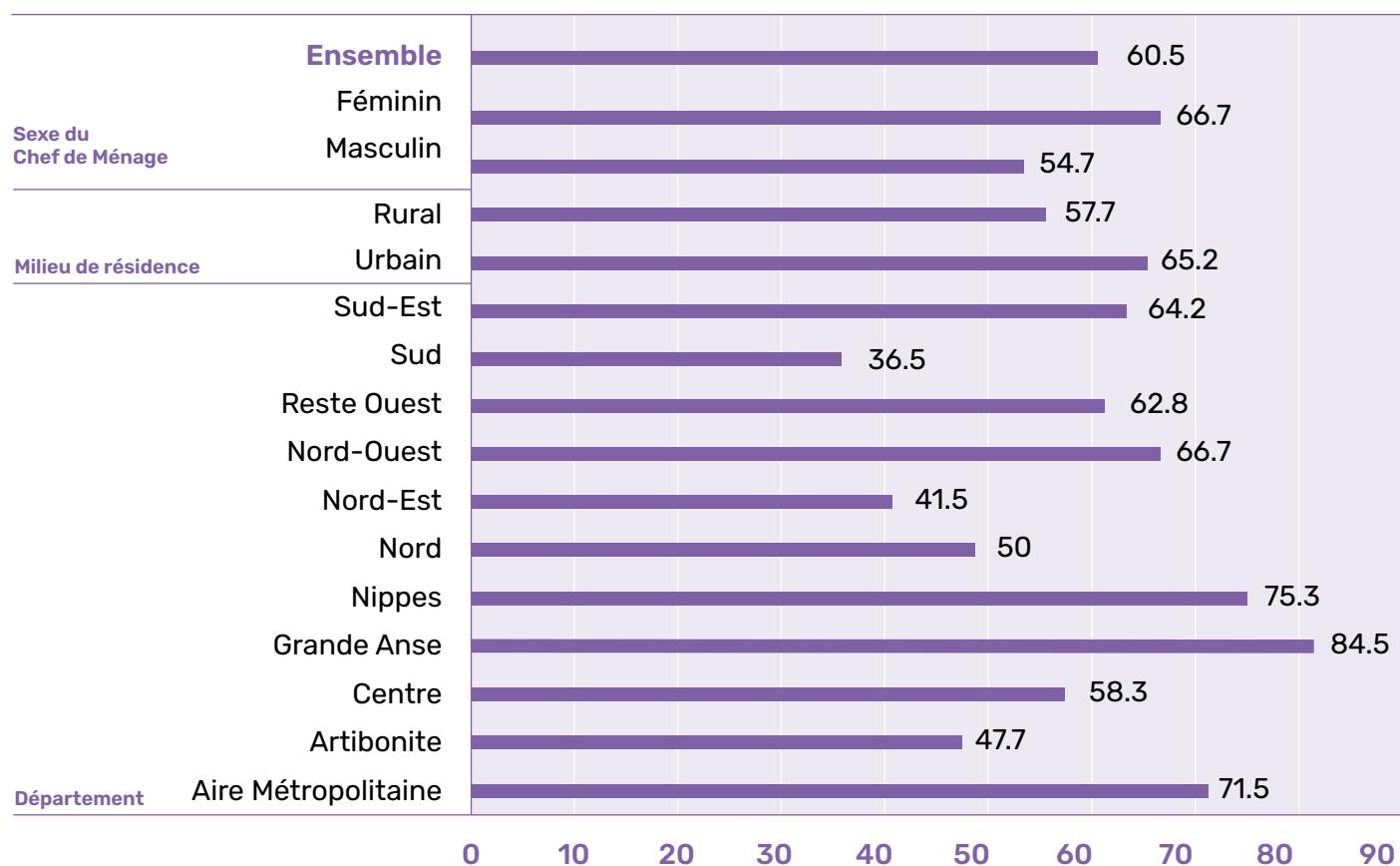
5.1.1.1 EDUCATION À LA VACCINATION DANS LES MÉNAGES

Les résultats ont montré que 60,5% des enquêtés abordent les sujets relatifs à la vaccination au sein de

leurs ménages. Cette proportion est de 65,2% en milieu urbain et de 57,7% en milieu rural. Les femmes chefs de ménage discutent davantage de ces sujets (66,7%) que les hommes (54,7%). L'analyse interrégionale fait apparaître des différences. C'est au niveau des départements du Sud (36,5%), du Nord-Est (41,5%) et de l'Artibonite (47,7%) que les enquêtés en parlent le moins et c'est dans l'Aire Métropolitaine (71,5%), les départements des Nippes (75,3%) et de la Grande Anse (84,5%) qu'ils en débattent le plus.

Graphique 14: Proportion (%) de ménages qui abordent les sujets relatifs à la vaccination selon certaines variables

Fréquence (%)



En s'intéressant aux différentes thématiques abordées dans les ménages au sujet de la vaccination, il en ressort que les ménages discutent le plus de la nécessité de se faire vacciner (84,6%), avec des proportions presque égales selon le milieu de résidence (83,5% en milieu urbain et 85,4% en milieu rural) et selon le sexe du chef de ménage (84,5% pour ceux de sexe masculin et 84,9% pour ceux de sexe féminin). Les autres options

sont minoritaires à savoir les périodes de vaccination (34,7%), les types de vaccins indispensables (19,4%), les problèmes que cause la vaccination (17,4%), le lieu de vaccination (17,1%), les conduites à tenir pour les vaccinations (6,9%), les personnes à vacciner (3,9%) et les autres sujets (2,4%). Le tableau suivant présente la répartition des thématiques selon les départements, le milieu de résidence et le sexe du chef de ménage.

Tableau 40: Proportion (%) par thématiques sur la vaccination abordées avec les enfants selon certaines variables

Variables	La nécessité de les vacciner	Les types de vaccin indispensables	Les périodes de vaccination	Les conduites à tenir pour les vaccinations	Les problèmes que cause la vaccination	Le lieu de vaccination	Les personnes à vacciner	Autres
Département	Aire Métropolitaine	81,6	20,9	35,0	12,3	20,9	24,5	8,6
	Artibonite	73,0	4,8	34,9	0	1,6	7,9	1,6
	Centre	85,7	5,4	35,7	8,9	14,3	7,1	0
	Grande-Anse	85,9	15,5	50,7	0	1,4	0	1,4
	Nippes	75,0	4,7	29,7	3,1	3,1	1,6	0
	Nord	98,4	75,4	18,0	1,6	52,5	6,6	0
	Nord-Est	91,2	14,7	8,8	2,9	29,4	14,7	5,9
	Nord-Ouest	70,3	0	31,2	0	10,9	6,2	1,6
	Reste Ouest	97,4	28,9	55,3	14,5	42,1	67,1	11,8
	Sud	91,4	5,7	17,1	8,6	5,7	5,7	0
Milieu de résidence	Sud-Est	90,2	26,2	39,3	14,8	1,6	19,7	3,3
	Urbain	83,5	23,4	32,0	7,6	21,5	15,8	5,3
Sexe du chef de ménage	Rural	85,4	16,6	36,5	6,5	14,6	17,9	2,9
	Masculin	84,5	22,8	41,1	7,3	19,0	17,3	5,0
Total	Féminin	84,9	15,4	27,4	6,6	15,4	16,9	2,6
		84,6	19,4	34,7	6,9	17,4	17,1	2,4

L'on a relevé plus haut que 60,5% de ménages abordent les sujets relatifs à la vaccination, donc une proportion de 39,5% n'en discute pas. Les raisons évoquées sont que les ménages ne savent rien des vaccins (50,1%), le sujet n'intéresse pas tout le monde (19,0%), les gens n'ont pas de temps (18,4%), ou encore qu'il s'agisse d'une affaire de femmes (16,8%). Quoique minoritaires,

certains estiment que les vaccins rendent plutôt l'enfant malade (1,8%), que le sujet regarde les gens qui vivent en ville (0,8%), tandis que certains ne le font pas parce qu'ils n'ont pas d'enfants dans le ménage. Par ailleurs, 13,1% de ménages n'abordent pas ces sujets pour d'autres raisons non avouées. (Voir Tableau suivant)

Tableau 41: Raisons pour lesquelles la notion de vaccination n'est pas abordée selon certaines variables

Variables	C'est une affaire de femmes	On n'a pas le temps	Le sujet n'intéresse pas tout le monde	Pas d'enfant dans le ménage	Ça regarde les gens qui vivent en ville	Ça rend plutôt l'enfant malade	On n'en sait rien	Autres
Département	Aire Métropolitaine	16,9	21,5	24,6	0	0	43,1	16,9
	Artibonite	29,0	13,0	4,3	0	0	15,9	39,1
	Centre	2,5	17,5	52,5	0	0	60,0	2,5
	Grande-Anse	7,7	15,4	15,4	7,7	7,7	46,2	15,4
	Nippes	4,8	4,8	9,5	0	0	71,4	9,5
	Nord	70,5	13,1	37,7	0	1,6	8,2	1,6
	Nord-Est	0	12,5	4,2	0	0	68,8	4,2
	Nord-Ouest	0	3,1	3,1	0	0	62,5	31,2
	Reste Ouest	0	24,4	8,9	0	2,2	73,5	13,3
	Sud	1,6	18,0	18,0	0	0	80,3	1,6
Milieu de résidence	Sud-Est	11,8	58,8	23,5	0	2,9	0	2,9
	Urbain	20,4	17,9	16,7	0	0,6	2,5	39,5
Sexe du chef de ménage	Rural	15,0	18,7	20,2	0,3	0,9	1,5	55,4
	Masculin	12,1	17,6	16,6	0	0	1,0	50,8
Total	Féminin	20,0	19,0	20,7	0,3	1,4	2,4	49,7
		16,8	18,4	19,0	0,2	0,8	1,8	50,1
								13,1

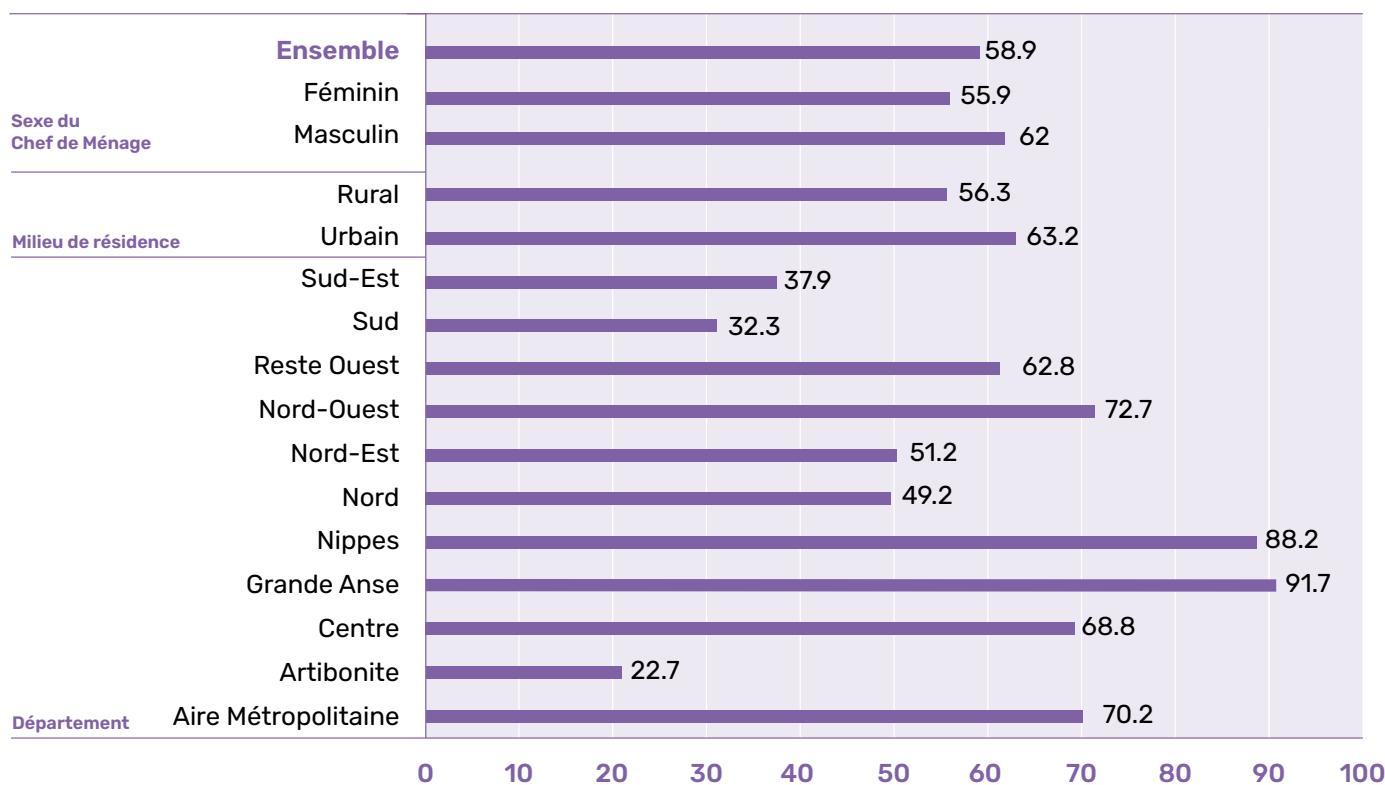
5.1.1.2 DISCUSSIONS DES SUJETS DES MALADIES DANS LES MÉNAGES

Dans l'ensemble, la proportion de ménages qui abordent les questions concernant les maladies est de 58,9%, dont 63,2% en milieu urbain et 56,3% en milieu rural. Elle s'établit à 62% dans les ménages dirigés par des

hommes et à 55,9% dans ceux dirigés par des femmes. Les départements du Nord-Ouest (66,7%), du Centre (68,8%), le Reste de l'Ouest (72,7%), l'Aire Métropolitaine (70,2%), les Nippes (88,2%) et la Grande Anse (91,7%) accusent des proportions supérieures à cette moyenne.

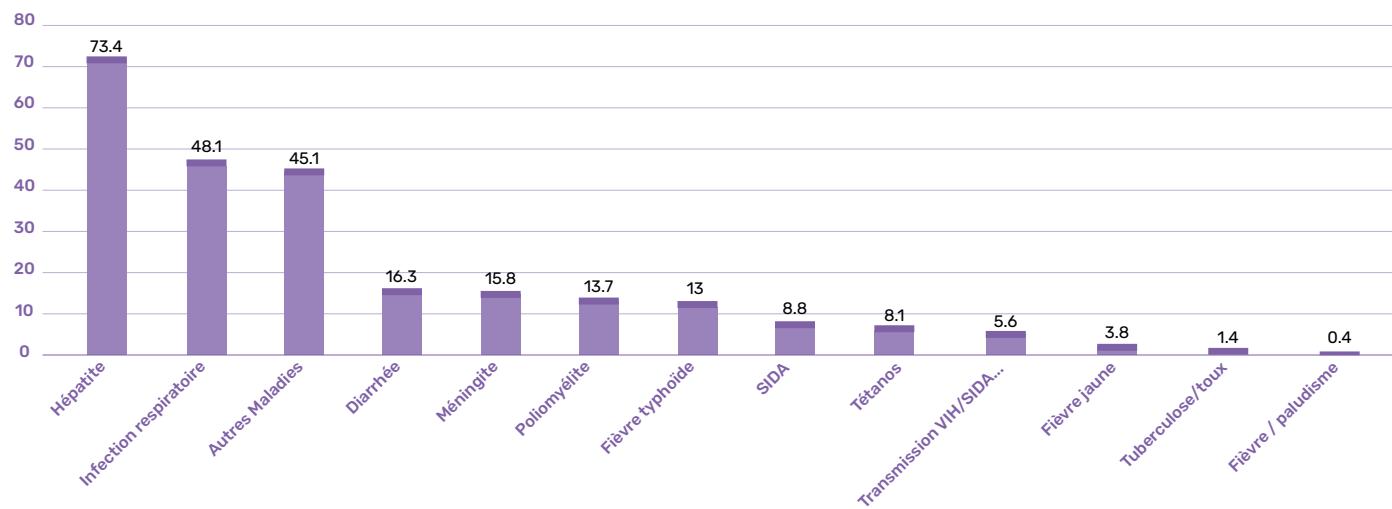
Graphique 15 : Proportion de ménages qui abordent les sujets de maladie au sein du ménage

Fréquence (%)



Les principales maladies évoquées lors des discussions au sein des ménages concernent l'hépatite (73,4%) et les infections respiratoires (48,1%). Dans une moindre proportion, on trouve la diarrhée (16,3%), la méningite (15,8%), la poliomyélite (13,7%), la fièvre typhoïde (13%), le SIDA (8,8%) et le tétonos (8,1%). Par ailleurs, 45,1% de

ménages échangent sur d'autres types de maladies telles que les éruptions cutanées, l'abcès, l'anémie, l'asthme, le cancer, le choléra, le corona virus, la rougeole, la grippe, les vomissements, le diabète, les maladies rénales, l'hypertension artérielle, les IST, la malnutrition, etc.

Graphique 16 : Principales maladies que les parents abordent avec leur progéniture dans les ménages

Les échanges portent sur les aspects suivants : les causes de la maladie (74,1%), les méthodes de lutte/prise en charge (40,7%) et de prévention (40,3%), la connaissance des manifestations de la maladie (35,3%) et la prévention/vaccination (20,4%).

Tableau 42 : Principaux aspects des maladies que les parents abordent avec leur progéniture dans les ménages

Maladie	Effectif	Fréquence (%)
Cause de la maladie	540	74,1
Connaissances des manifestations de la maladie	257	35,3
Méthodes de lutte/prise en charge maladie	297	40,7
Méthodes de prévention de la maladie	294	40,3
Respect des conseils en matière de santé	57	7,8
Consultations régulières	60	8,2
Une personne âgée en général	8	1,1
Prévention/vaccination	149	20,4
Autres	13	1,8

5.1.2 ASPECTS QUALITATIFS SUR LES PRATIQUES ET LES ATTITUDES À LA VACCINATION

5.1.2.1 ATTITUDES DES PARENTS EN MATIÈRE DE VACCINATION DES ENFANTS

Le niveau de pratique des parents renseigne sur leurs habitudes et sur ce qui se fait dans la réalité. Ce qui est d'une grande importance dans tout processus de prise de décision.

Dans la pratique, à cause des ruptures de stock des vaccins en particulier du BCG dans les départements comme le Nord, le Nord-Ouest, l'Artibonite et les Nippes, certains parents sont découragés par le processus trop long pour faire vacciner leurs enfants. Ils peuvent passer trois (3 mois) sans pouvoir obtenir le vaccin en question.

Par rapport à leur état d'esprit concernant les vaccins administrés sous forme d'injection, la tendance dominante chez les parents et les responsables d'enfants est la même dans tous les départements, suivant l'analyse qualitative. La majorité manifeste une crainte, une peur.. La piqûre est douloureuse et a des effets nuisibles. Le jour où un enfant reçoit le vaccin sous forme d'injection , la mère et l'enfant ne retrouvent plus leur sommeil. La mère doit surveiller l'enfant parce qu'il souffre et cette situation occasionne chez elle un état de stress.

5.1.2.2 ATTITUDES DES PÈRES FACE À LA VACCINATION DES ENFANTS

Certains pères ne font pas vacciner leurs enfants parce qu'ils n'ont pas confiance dans le personnel responsable

de la vaccination. Il y a une rumeur qui dit que certains vaccins peuvent provoquer la mort des enfants. Cette fausse information a créé la peur chez les parents particulièrement les pères. Cependant, il faut noter que les pères ne rejettent pas le vaccin en soi, ils reconnaissent ses bienfaits, mais il y a des personnes qui se laissent influencées par les rumeurs.

Quelques-uns ne tolèrent pas les cris de l'enfant lors de l'injection en raison de la douleur. Ils disent qu'ils ne peuvent pas dormir et ils doivent se lever de très tôt pour le travail. C'est pourquoi dans certaines localités, ce sont les femmes qui prennent la décision de faire vacciner l'enfant. Ils disent qu'ils n'ont pas de temps à perdre dans le poste de rassemblement ou dans les centres de santé ; le processus prend trop de temps, et les enfants pleurent beaucoup parce qu'ils ont faim.

5.2 Accès aux lieux de vaccination de routine

5.2.1 ASPECTS QUANTITATIFS DE L'ACCÈS AUX LIEUX DE VACCINATION

5.2.1.1. LIEUX DE VACCINATION

La grande majorité des ménages enquêtés (93%) connaît des lieux de vaccination. Les proportions sont presqu'identiques selon le milieu de résidence (95,1% en milieu et 91,7% en milieu rural) et le sexe du chef de ménage (93,6% pour le sexe masculin et 92,3% pour le sexe féminin). La répartition selon les départements montre des écarts. Ces proportions vont de 83,3% dans le département de l'Artibonite à 100% dans celui de la Grande Anse.

Graphique 17 : Proportion de ménages connaissant des lieux de vaccination selon certaines variables**Fréquence (%)**

Les résultats du Tableau 42 indiquent que l'accessibilité aux lieux de vaccination de routine est plus ou moins aisée, puisque 34,5% de ménages peuvent s'y rendre en moins de 15 minutes, 28,4% peuvent le faire en 15

à 30 minutes et 15,7% entre 30 minutes et une heure. Seuls 11,6% prennent plus d'une heure pour y arriver. Une proportion relativement élevée (9,8%) n'a pas pu estimer le temps d'accès nécessaire.

Tableau 43 : Temps moyen pour atteindre les lieux de vaccination de routine selon certaines variables

Variables		Moins de 15 min	15-30 min	30 min-1h	Plus d'une heure	NSP
Département	Aire Métropolitaine	36,0	32,9	12,7	7,9	10,5
	Artibonite	31,8	22,0	13,6	9,8	22,7
	Centre	36,5	22,9	16,7	13,5	10,4
	Grande-Anse	42,9	27,4	17,9	11,9	0
	Nippes	21,2	29,4	23,5	18,8	7,1
	Nord	44,3	35,2	14,8	0	5,7
	Nord-Est	64,6	15,9	6,1	3,7	9,8
	Nord-Ouest	41,7	33,3	17,7	5,2	2,1
	Reste Ouest	22,3	28,1	26,4	10,7	12,4
	Sud	30,2	36,5	15,6	11,5	6,2
	Sud-Est	11,6	22,1	9,5	43,2	13,7
Milieu de résidence	Urbain	42,2	31,0	12,0	6,2	8,6
	Rural	29,9	26,9	17,9	14,9	10,5
Sexe du chef de ménage	Masculin	38,6	27,6	16,1	8,7	9,0
	Féminin	30,6	29,2	15,3	14,4	10,5
Total		34,5	28,4	15,7	11,6	9,8

5.2.1.2 JOURS DE VACCINATION

La connaissance des jours de vaccination varie parmi les enquêtés. Un peu moins de deux enquêtés sur dix (18,7%) ont déclaré que les vaccinations se font tous les jours ouvrables de lundi à vendredi ; pour 16,7%, elles se réalisent un jour par semaine (), pour d'autres, deux jours par semaine (7,6%) et tous les jours pour 5,7%. Par

ailleurs, 13,7% de ménages ne connaissent pas les jours de prestation des services de vaccination et 35,5% ont mentionné d'autres jours que ceux proposés.

Le tableau suivant récapitule ces statistiques selon le département, le milieu de résidence et le sexe du chef de ménage.

Tableau 44 : Connaissance des jours de vaccination

Variables	Tous les jours	Tous les jours ouvrables (lundi à vendredi)	Les weekends	Un jour par semaine	Deux jours par semaine	Trois jours par semaine	Autre	NSP	
Département	Aire Métropolitaine	9,6	17,1	1,3	27,6	9,2	3,5	17,5	14,0
	Artibonite	14,4	45,5	0	4,5	4,5	0	5,3	25,8
	Centre	6,0	4,2	0	1,0	2,1	0	77,1	15,6
	Grande-Anse	0	8,3	0	11,9	0	0	72,6	1,2
	Nippes	7,1	24,7	0	4,7	4,7	1,2	52,9	4,7
	Nord	0,8	0,8	0	41,8	0,8	0,8	49,2	5,7
	Nord-Est	0	0	0	4,9	1,2	1,2	78,0	14,6
	Nord-Ouest	0	4,2	0	37,5	25,0	4,2	13,5	15,6
	Reste Ouest	2,5	66,9	0	4,1	5,8	0	4,1	16,5
	Sud	11,5	12,5	0	25,0	14,6	5,2	20,8	10,4
Milieu de résidence	Sud-Est	4,2	3,2	1,1	3,2	14,7	1,1	53,7	18,9
	Urbain	8,2	17,6	0,6	22,6	7,1	1,9	30,8	11,2
Sexe du chef de ménage	Rural	4,3	19,4	0,1	13,2	7,9	1,6	38,4	15,1
	Masculin	6,7	20,7	0,2	14,4	8,7	1,3	34,8	13,2
Total	Féminin	4,8	16,9	0,5	18,9	6,6	2,0	36,2	14,1
		5,7	18,7	0,3	16,7	7,6	1,7	35,5	13,7

5.2.1.3 PERSONNES INDIQUÉES POUR PARLER DE VACCINATION

En matière de conseils sur la vaccination, 33,4% de ménages estiment qu'il existe des personnes indiquées pour parler de vaccination, 64,6% pensent le contraire et 2% ne savent pas ce qu'il en est. On note que 42,8% de ménages du milieu urbain pensent que l'entretien sur le sujet est du ressort d'une personne avisée, contre 27,7% du milieu rural. Cette opinion est partagée par,

38,3% de personnes vivant dans des ménages dirigés par un homme contre 28,8% parmi celles des foyers dont le chef est une femme. L'analyse par département révèle des disparités entre les enquêtés qui partagent cet avis. Les proportions les plus élevées se retrouvent au niveau du Centre (59,4%), au Nord (56,6%) et de l'Aire Métropolitaine (50,4%) tandis que les plus basses sont observées dans l'Artibonite (2,3%) et le Sud (4,2%).

Tableau 45 : Répartition (%) des ménages selon la perception sur la personne indiquée pour parler de vaccination

Variables	Non	Oui	Ne sait pas	Plus d'une heure
Aire Métropolitaine	48,7	50,4	0,9	7,9
Artibonite	93,9	2,3	3,8	9,8
Centre	39,6	59,4	1,0	13,5
Grande-Anse	66,7	33,3	0	11,9
Nippes	81,2	14,1	4,7	18,8
Département				
Nord	42,6	56,6	0,8	0
Nord-Est	52,4	43,9	3,7	3,7
Nord-Ouest	64,6	30,2	5,2	5,2
Reste Ouest	59,5	39,7	0,8	10,7
Sud	94,8	4,2	1,0	11,5
Sud-Est	85,3	12,6	2,1	43,2
Milieu de résidence				
Urbain	56,3	42,8	0,9	6,2
Rural	69,6	27,7	2,7	14,9
Sexe du chef de ménage				
Masculin	60,2	38,3	1,5	8,7
Féminin	68,8	28,8	2,5	14,4
Total	64,6	33,4	2,0	11,6

Parmi ceux qui estiment qu'il y a des personnes indiquées pour parler de vaccination, un peu plus de six enquêtés sur 10 (63,7%) penchent pour le personnel de santé, 15,7% pensent aux parents et 11,1% optent pour

les mobilisateurs/relais communautaires. Les résultats selon les départements, le milieu de résidence et le sexe du chef de ménage sont présentés au tableau ci-dessous.

Tableau 46 : Pourcentage (%) de personnes en charge des enfants sur la perception des personnes les mieux indiquées pour parler de vaccination selon certaines variables

Variables	Nous	Parents	Grands-parents	Autres parents	Pairs éducateurs	Amis/collègues/voisins	Mobilisateurs/relais communautaires	Personnel de santé	Chef de village	
Département	Aire Métropolitaine	6,1	27,8	1,7	0	1,7	0	12,2	48,7	1,7
	Artibonite	33,3	33,3	0	0	0	33,3	0	0	0
	Centre	0	3,5	0	0	0	0	17,5	75,4	3,5
	Grande-Anse	3,6	10,7	0	0	0	0	10,7	75,0	0
	Nippes	16,7	16,7	0	0	0	0	66,7	0	
	Nord	2,9	1,4	1,4	5,8	0	0	10,1	78,3	0
	Nord-Est	0	2,8	2,8	0	0	0	19,4	69,4	5,6
	Nord-Ouest	0	69,0	3,4	0	0	0	0	27,6	0
	Reste Ouest	0	2,1	0	0	2,1	0	4,2	89,6	2,1
	Sud	25,0	50,0	0	0	0	0	25	0	0
Milieu de résidence	Sud-Est	0	0	0	0	25,0	0	16,7	41,7	16,7
	Urbain	4,5	20,6	1,0	0,5	1,0	0	12,6	58,8	1,0
Sexe du chef de ménage	Rural	2,3	11,2	1,4	1,4	1,9	0,5	9,8	68,2	3,3
	Masculin	2,6	18,8	1,3	1,3	1,7	0,4	7,4	63,8	2,6
Total	Féminin	4,3	12,0	1,1	0,5	1,1	0,0	15,8	63,6	1,6
		3,4	15,7	1,2	1	1,5	0,2	11,1	63,7	2,2

5.2.1.4 LIEUX INDICUÉS POUR PARLER DE VACCINATION

Selon les ménages enquêtés, le principal lieu indiqué pour parler de vaccination est la formation sanitaire

(49,2%), suivi de l'église (33,9%), des associations/reunions (25,4%) et du marché (24,2%).

Tableau 47 : Pourcentage de répondants relatifs aux lieux indiqués pour parler de vaccination selon certaines variables

Variables	Formation sanitaire	Etablissement scolaire	Eglise	Mosquée	Marché	Lieu de travail	Association/reunion	Calendrier de vaccination	Autre	Effectif de ménages éligibles
Département	Aire Métropolitaine	59,1	13,9	28,7	0	24,3	8,7	23,5	23,5	7,8 115
	Artibonite	33,3	33,3	66,7	0	0	0	66,7	0	33,3 3
	Centre	45,6	12,3	61,4	1,8	17,5	3,5	21,1	14,0	5,3 57
	Grande-Anse	25,0	14,3	21,4	0	3,6	3,6	14,3	39,3	3,6 28
	Nippes	25,0	8,3	41,7	0	33,3	0	33,3	0	16,7 12
	Nord	59,4	40,6	26,1	0	17,4	7,2	14,5	5,8	0 69
	Nord-Est	25,0	2,8	5,6	0	44,4	0	19,4	16,7	5,6 36
	Nord-Ouest	65,5	27,6	27,6	0	3,4	0	17,2	0	3,4 29
	Reste Ouest	58,3	20,8	43,8	0	45,8	10,4	47,9	20,8	4,2 48
	Sud	0	0	50,0	0	50	0	50,0	0	0 4
Milieu de résidence	Sud-Est	8,3	25,0	66,7	0	33,3	16,7	75,0	0	0 12
	Urbain	55,8	17,6	29,1	0,1	22,1	7,5	21,6	17,1	6,5 199
Sexe du chef de ménage	Rural	43,0	20,6	38,3	0	26,2	4,7	29,0	15,0	3,7 214
	Masculin	52,4	23,1	37,1	0	22,3	5,7	26,2	14,0	4,8 229
	Féminin	45,1	14,1	29,9	0,5	26,6	6,5	24,5	18,5	5,4 184
Total	49,2	19,1	33,9	0,2	24,2	6,1	25,4	16,0	5,1	413

5.2.2 ASPECTS QUALITATIFS DE L'ACCÈS AUX LIEUX DE VACCINATION DE ROUTINE

Les parents et les responsables d'enfants en milieu urbain utilisent les hôpitaux et les centres de santé pour la vaccination de routine ; en milieu rural dans les sections communales, ce sont les postes de rassemblement qui sont les lieux de référence pour la vaccination. En pratique, la vaccination est gratuite cependant les parents révèlent qu'en cas de perte de la carte de vaccination il faut payer 250 gourdes, parce que ce sont les ASCP qui disposent des stocks de réserves. L'institution sanitaire distribue les cartes une seule fois ; il faut les conserver pour éviter de courir le risque d'en acheter. Il convient toutefois de mentionner que le prix peut varier entre 250 et 300 gourdes suivant les déclarations.

- Dans la majorité des départements en particulier dans les localités éloignées et d'accès difficiles, la vaccination des enfants et des femmes enceintes est une activité rare. Les postes de rassemblement se tiennent chaque

mois ; si un parent n'est pas disponible, et rate l'occasion il devra attendre le prochain mois.

- Pour connaître le jour et l'heure de la vaccination, les ASCP passent la veille pour informer les membres de leurs communautés.

“

Verbatims :

Le lieu de rencontre pour vacciner les enfants peut être sous un arbre, dans une Eglise ou dans un petit centre de santé. Il y a des problèmes de temps en temps à cause de la pluie, du soleil ardent, du manque de chaise et souvent de table. ”

5.3 Attitude face aux canaux d'information

Pours'informer sur la vaccination, les ménages enquêtés préfèrent principalement les mégaphones (75,8%) puis les crieurs (31,2%)... Les résultats sont présentés par département, milieu de résidence et selon le sexe du chef de ménage au tableau qui suit.



© Credit: OPS/OMS - David Lorient Metairi

Tableau 48 : Pourcentage (%) de répondants relatifs aux canaux d'information indiqués pour parler de vaccination selon certaines variables

Variables		Radio	Journaux	Affiches	Crieurs	Téléphone	Mégaphone	Banderole	Internet	TV	Effectif de ménages éligibles
	Aire Métropolitaine	36,5	6,1	17,4	30,4	25,2	70,4	20,9	3,5	12,2	115
	Artibonite	0	0	0	66,7	0	33,3	0	0	0	3
	Centre	10,5	0	12,3	19,3	10,5	80,7	0	0	0	57
	Grande-Anse	25,0	0	0	46,4	3,6	64,3	0	0	0	28
	Nippes	33,3	0	0	0	25	91,7	0	0	0	12
Département	Nord	7,2	0	23,2	34,8	15,9	95,7	14,5	0	7,2	69
	Nord-Est	2,8	0	0	33,3	2,8	75,0	2,8	0	0	36
	Nord-Ouest	10,3	0	3,4	20,7	24,1	58,6	0	0	0	29
	Reste Ouest	29,2	0	43,8	31,2	39,6	83,3	45,8	8,3	0	48
	Sud	0	0	0	0	0	100	0	0	0	4
	Sud-Est	16,7	0	16,7	91,7	83,3	16,7	41,7	0	0	12
Milieu de résidence	Urbain	27,1	3,5	15,6	29,1	20,1	77,9	17,6	3,0	9,5	199
	Rural	14,0	0	16,8	33,2	22,0	73,8	12,6	0,9	0,0	214
Sexe du chef de ménage	Masculin	18,8	1,7	19,2	26,6	20,5	79,5	16,6	2,2	3,9	229
	Féminin	22,3	1,6	12,5	37,0	21,7	71,2	13,0	1,6	5,4	184
Total		20,3	1,7	16,2	31,2	21,1	75,8	15,0	1,9	4,6	413

06

PRATIQUES EN MATIÈRE DE VACCINATION



6.1 Aspects quantitatifs de la vaccination des enfants

6.1.1 VACCINATION DES ENFANTS

En matière de vaccination, 9 enfants sur 10 (90,2%) ont déjà reçu au moins un vaccin, un peu moins de la moitié (46,8%) tous les vaccins et 9,8% n'ont jamais été vaccinés. On remarque un peu plus d'enfants à avoir déjà reçu au moins un vaccin ou tous les vaccins en milieu urbain qu'en milieu rural (93% Vs 88,6% et 53,5% Vs 42,9% respectivement). A l'inverse, le pourcentage de non vaccinés est plus élevé en milieu rural (11,4%) qu'en milieu urbain (7%). La répartition en fonction du sexe du chef de ménage, montre des pourcentages presqu'identiques d'enfants qui ont pris au moins un vaccin ou qui n'ont jamais été vaccinés, quel que

soit le sexe considéré (90,9% Vs 89,6% et 9,1% 10,4% respectivement). A l'opposé, il semble que le sexe du chef de ménage joue un rôle sur le statut vaccinal complet des enfants. En effet, le pourcentage d'enfants ayant reçu tous les vaccins est de 52,1% chez les enfants vivant dans des ménages dirigés par un homme et de 42% chez ceux des ménages gérés par une femme.

L'analyse selon les départements, révèle que les proportions d'enfants ayant reçu au moins un vaccin oscillent entre 79,7% dans le Centre à 97,7% dans la Grande Anse ; celles d'enfants ayant pris tous les vaccins varient de 20,8% dans le Sud-Est à 56,6% dans le Sud. Les proportions d'enfants jamais vaccinés vont de 2,3% dans la Grande Anse à 20,4% dans le Centre.

Tableau 49 : Pourcentage d'enfants vaccinés d'après la déclaration des répondants selon certaines variables (%)

Variables	Jamais vacciné	% ayant reçu au moins un vaccin	% ayant reçu tous les vaccins	Effectif total
Aire Métropolitaine	6,2	93,8	55,2	241
Artibonite	14,2	85,8	50,4	141
Centre	20,4	79,6	33,0	103
Grande-Anse	2,3	97,7	50,6	87
Nippes	6,9	93,1	55,2	87
Département				
Nord	5,6	94,4	55,6	124
Nord-Est	9,8	90,8	25,3	87
Nord-Ouest	5,0	95,0	55,4	101
Reste Ouest	14,3	85,7	42,1	133
Sud	9,1	90,9	56,6	99
Sud-Est	15,6	84,4	20,8	96
Milieu de résidence				
Urbain	7,0	93,0	53,5	486
Rural	11,4	88,6	42,9	814
Sexe du chef de ménage				
Masculin	9,1	90,9	52,1	624
Féminin	10,4	89,6	42,0	676
Total	¹²⁴ 9,8	90,2	46,8	1300

Parmi les enfants vaccinés, le principal vaccin reçu est celui de la tuberculose ou BCG (75,5%), suivi de celui de la poliomyélite ou VPO (50,4%). Un peu plus du quart des enfants ont pris le vaccin anti-rougeole ou VAR (26%) ainsi que la vitamine A (28,4%), 17,7% d'enfants le

vaccin contre la diphtérie, tétanos et coqueluche (DTC). En outre, 38,6% d'enfants ont reçu d'autres types de vaccin tels que ceux de l'hépatite B, la pneumonie, le Rota virus, le pentavalent, le VPI et d'autres dont les mères/gardiennes ont du mal à se souvenir du nom.

Graphique 18 : Répartition des enquêtés en fonction des types de vaccin reçus (%)

Fréquence (%)

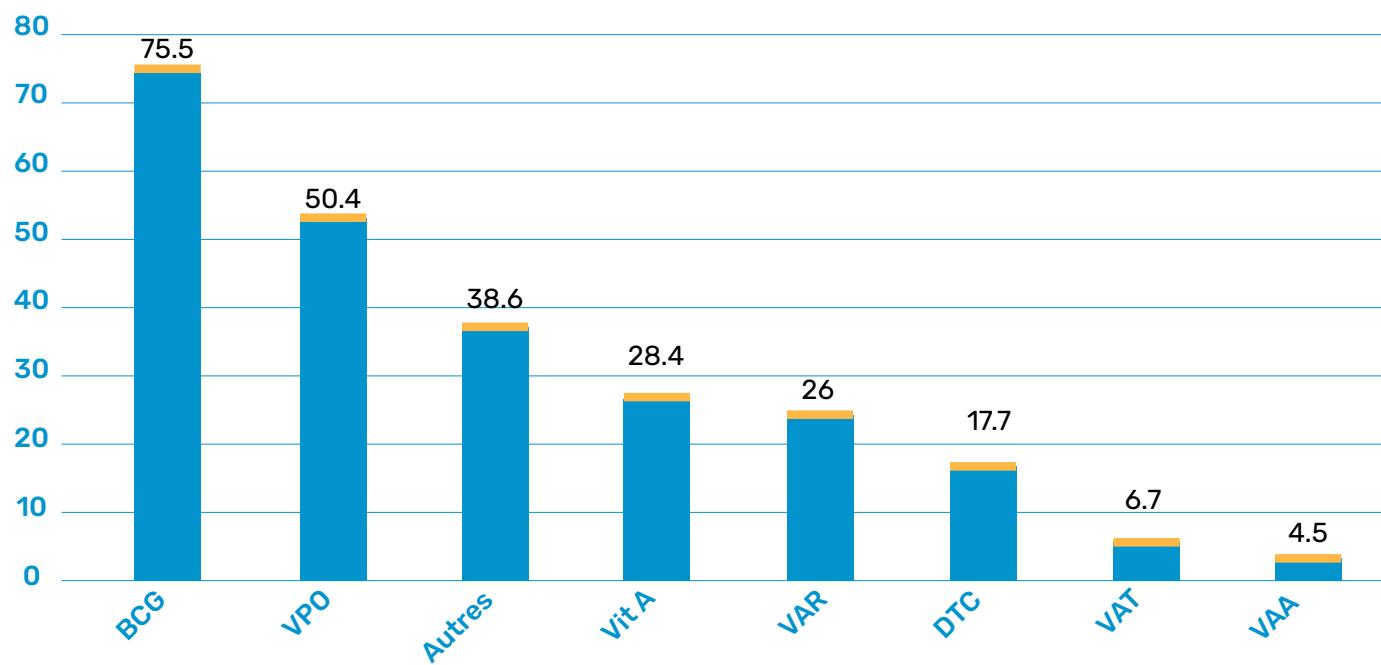


Tableau 50 : Répartition (%) des enfants par type de vaccin reçu selon le département, le milieu de résidence et le sexe.

Variables		BCG	DTC	VPO	VAR	VAA	VAT	Vit A	Autres
Département	Aire Métropolitaine	87,6	22,6	55,8	32,3	11,1	15,0	36,7	28,8
	Artibonite	70,2	3,3	74,4	30,6	0,8	0,0	31,4	76,0
	Centre	65,9	4,9	64,6	24,4	0,0	4,9	24,4	39,0
	Grande-Anse	71,8	4,7	72,9	35,3	1,2	3,5	47,1	28,2
	Nippes	44,4	2,5	14,8	3,7	0,0	0	22,2	51,9
	Nord	89,7	30,8	29,1	27,4	0,9	0	45,3	46,2
	Nord-Est	82,3	16,5	49,4	13,9	2,5	10,1	29,1	13,9
	Nord-Ouest	62,5	28,1	53,1	21,9	0,0	3,1	25,0	60,4
	Reste Ouest	78,9	32,5	56,1	29,8	11,4	8,8	15,8	28,9
Milieu de résidence	Sud	70,0	11,1	41,1	21,1	0,0	4,4	13,3	33,3
	Sud-Est	84,0	24,7	28,4	30,9	12,3	16,0	4,9	14,8
Sexe du chef de ménage	Urbain	81,6	19,5	54,0	29,6	5,3	8,6	34,5	37,2
	Rural	71,7	16,6	48,1	23,7	4,0	5,5	24,5	39,5
Total	Masculin	75,7	16,0	54,5	29,3	5,1	7,1	25,0	42,3
	Féminin	75,4	19,3	46,5	22,9	4,0	6,4	31,5	35,1
	Total	75,5	17,7	50,4	26,0	4,5	6,7	28,4	38,6

6.1.2 MOTIVATION À LA VACCINATION

S'agissant de la motivation à la vaccination des enfants, l'enquête a montré que la mère constitue la principale

sensibilisatrice (59,4%). Les autres personnes telles que les agents et personnels de santé, les belles-mères, les voisins ou les répondants eux-mêmes interviennent dans 17,6% de cas.

Tableau 51 : Personne motivant la vaccination des enfants selon certaines variables

Variables	Père	Mère	Grand-mère	Grand-père	Grande sœur	Grand frère	Tante	Ami	Autre	
Département	Aire Métropolitaine	12,4	63,7	5,3	0	0,4	0,9	2,2	0,9	14,2
	Artibonite	7,4	43,8	9,1	0	0,8	0	2,5	1,7	37,7
	Centre	36,6	37,8	11,0	1,2	1,2	0	0	2,4	9,8
	Grande-Anse	16,5	47,1	9,4	0	0	1,2	0	0	25,9
	Nippes	16,0	51,9	7,4	0	0	0	0	2,5	22,2
	Nord	0	97,4	2,6	0	0	0	0	0	0
	Nord-Est	8,9	68,4	2,5	1,3	1,3	0	3,8	0	13,9
	Nord-Ouest	11,5	35,4	5,2	1,0	1,0	0	0	1,0	44,8
	Reste Ouest	5,3	76,3	11,4	0	0	0	1,8	0	5,3
	Sud	22,2	35,6	8,9	0	3,3	0	1,1	1,1	27,8
	Sud-Est	16,0	80,2	2,5	1,2	0	0	0	0	0
Milieu de résidence	Urbain	9,3	64,4	6,0	0	0,2	0,4	2,0	0,7	17,0
	Rural	15,1	56,3	7,2	0,6	1,0	0,1	0,7	1,0	18,0
Sexe du chef de ménage	Masculin	18,0	55,9	5,3	0,4	0,5	0	0,5	1,1	18,3
	Féminin	8,1	62,7	8,1	0,3	0,8	0,5	1,8	0,7	17,0
Total	12,9	59,4	6,7	0,3	0,7	0,3	1,2	0,9	17,6	

6.1.3 MOMENTS DE VACCINATION DES ENFANTS

Les résultats du tableau suivant indiquent que le rendez-vous (73,6%) et à la naissance (70,8%) représentent les principaux moments de vaccination des enfants. La vaccination lors des campagnes intervient très peu (7,1%) ainsi que les visites à l'hôpital en cas de maladie de l'enfant (2,3%) ou lors d'épidémie (0,6%). Ils indiquent également que la vaccination selon le rendez-vous est faite chez 76,3% des enfants en milieu urbain contre 71,8% en milieu rural, tandis que celle à la naissance est effectuée chez 73,9% d'enfants en milieu urbain contre 68,9% en milieu rural. L'analyse selon le sexe du chef de ménage, montre que 76,7% d'enfants des ménages dirigés par les hommes ont été vaccinés lors des rendez-vous contre 70,7% d'enfants des ménages dirigés par des femmes. Le pourcentage d'enfants des

ménages gérés par les hommes ayant eu leur vaccin à la naissance s'établit à 65,1% contre 76,2% chez ceux des ménages gérés par les femmes. La répartition par département fait apparaître des écarts. Les proportions d'enfants vaccinés sur rendez-vous varient de 40,7% dans les Nippes à 95,3% dans la Grande-Anse, tandis que celles des enfants vaccinés à la naissance vont de 35,4% au niveau du Nord-Ouest à 91,2% dans le Reste de l'Ouest.

On note toutefois que la vaccination lors des campagnes se fait dans des proportions un peu plus élevées dans les départements de l'Artibonite (19,8%) et du Nord-Ouest (17,7%) comparativement aux autres départements.

Tableau 52 : Pourcentage d'enfants vaccinés d'après la déclaration des répondants selon certaines variables (%)

	Variables	A la naissance	Selon le rendez-vous	Quand il est malade et je l'amène à l'hôpital	Lors des campagnes	Lorsqu'il y a une épidémie	Autre
Département	Aire Métropolitaine	77,0	73,9	5,3	6,6	2,2	1,3
	Artibonite	70,2	82,6	0,8	19,8	0,8	7,4
	Centre	53,7	87,8	0	4,9	0	1,2
	Grande-Anse	54,1	95,3	1,2	3,5	0	0
	Nippes	86,4	40,7	1,2	0	0	8,6
	Nord	73,5	77,8	0	1,7	0	0,9
	Nord-Est	84,8	43,0	0	7,6	1,3	2,5
	Nord-Ouest	35,4	81,2	0	17,7	0	3,1
	Reste Ouest	91,2	83,3	6,1	1,8	0	5,3
Milieu de résidence	Sud	72,2	78,9	5,6	2,2	0	0
	Sud-Est	67,9	50,6	0	9,9	0	1,2
Sexe du chef de ménage	Urbain	73,9	76,3	3,8	6,2	1,3	2,4
	Rural	68,9	71,8	1,4	7,6	0,1	3,1
Total	Masculin	65,1	76,7	2,6	5,6	0,5	3,7
	Féminin	76,2	70,7	2,0	8,4	0,7	2,0

Les raisons justifiant l'administration de la vaccination des enfants à ces moments précis sont surtout liées au respect du calendrier ou du rendez-vous dans la plupart des cas (72,3%). Ces pourcentages sont de 73,2% en milieu urbain contre 71,7% en milieu rural ; et de 71,4% chez les enfants des ménages dirigés par des hommes contre 73,1% chez ceux des ménages ayant à leur tête

une femme. Ils varient de 41,8% dans le département du Nord-Est à 92,9% dans celui de la Grande-Anse. Des pourcentages relativement faibles d'enfants ont pris leur(s) vaccin(s) par suite d'une opportunité (15,9%) ou lors d'autres occasions telles la maladie, le rattrapage du rendez-vous manqué ou à titre préventif (11,8%).

Tableau 53 : Répartition des personnes en charge des enfants selon la raison de la vaccination des enfants à ces moments précis selon certaines variables

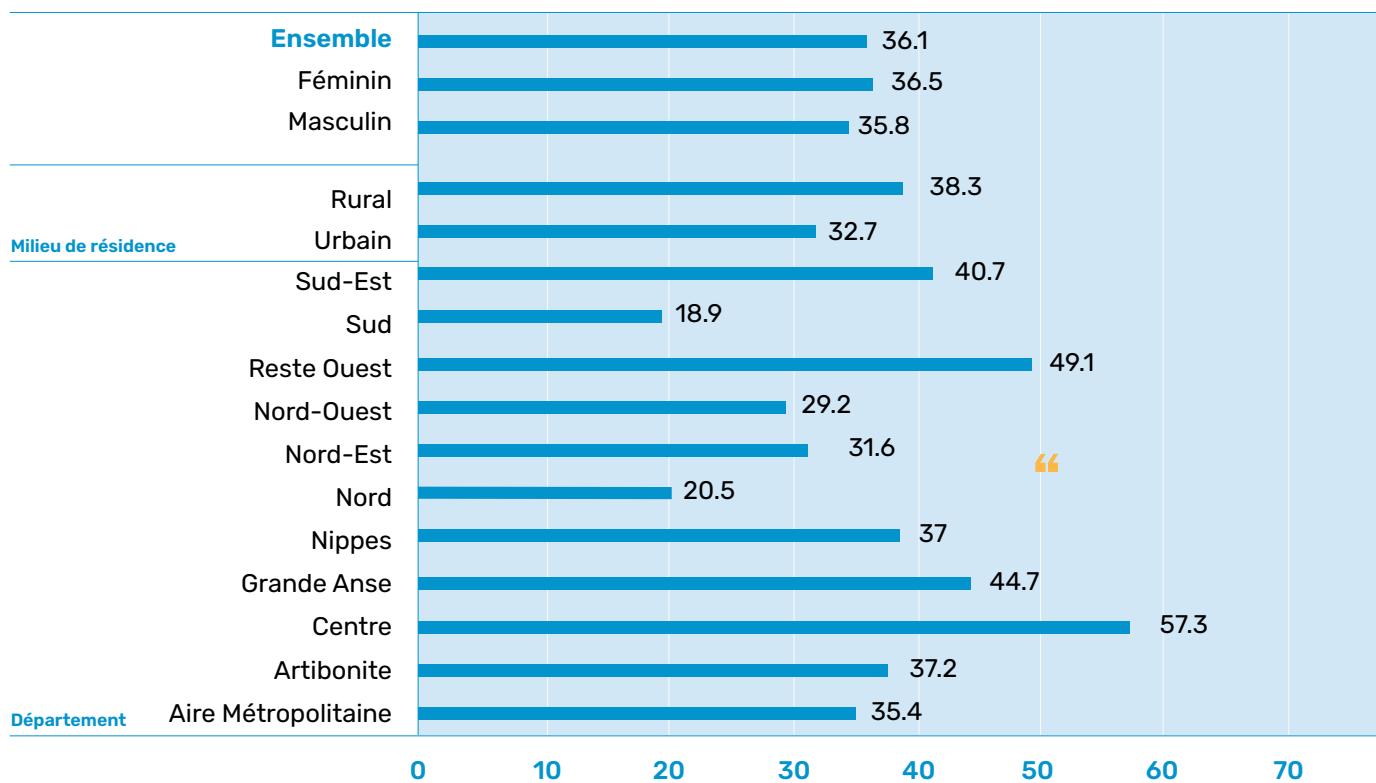
	Variables	Autre	Opportunité	Respect du calendrier/RDV
Département	Aire Métropolitaine	11,1	10,6	78,3
	Artibonite	23,1	12,4	64,5
	Centre	2,4	26,8	70,7
	Grande-Anse	0	7,1	92,9
	Nippes	25,9	1,2	72,8
	Nord	4,3	3,4	92,3
	Nord-Est	16,5	41,8	41,8
	Nord-Ouest	1,0	12,5	86,5
	Reste Ouest	21,1	31,6	47,4
	Sud	18,9	15,6	65,6
Milieu de résidence	Sud-Est	2,5	23,5	74,1
	Urbain	15,0	11,7	73,2
Sexe du chef de ménage	Rural	9,7	18,6	71,7
	Masculin	13,8	14,8	71,4
	Féminin	9,9	17,0	73,1
Total		11,8	15,9	72,3

6.1.4 PRINCIPALES DIFFICULTÉS LIÉES À LA VACCINATION DES ENFANTS

S'agissant des obstacles à la vaccination des enfants, le graphique suivant montre que 36,1% de personnes (soit un effectif de 424) rencontrent des difficultés pour faire vacciner leurs enfants, dont 32,7% en milieu urbain et 38,3% en milieu rural, et 35,8% chez les personnes des ménages ayant à leur tête un homme contre 36,5% chez celles des ménages dirigés par des femmes. L'analyse

interrégionale révèle que ce sont les gardiennes/mères d'enfants du Centre (57,3%), du Reste de l'Ouest (49,1%), de la Grande-Anse (44,7%) et du Sud-Est (40,7%) qui rencontrent davantage de difficultés à faire vacciner leurs enfants et ce sont celles du Sud (18,9%), du Nord (20,5%) et du Nord-Ouest (29,2%) qui en ont le moins.

Graphique 19: Proportion (%) des enfants dont les mères/personnes en charge ont eu des difficultés à les vacciner selon certaines variables



La principale difficulté rencontrée en matière de vaccination est l'indisponibilité des vaccins (58,3%), suivie de l'éloignement par rapport au lieu de vaccination (31,6%).

Si les tendances sont plus ou moins les mêmes selon le milieu de résidence et le sexe du chef de ménage, il y a lieu de noter des différences au niveau des départements. Dans la Grande-Anse, les répondants ont cité principalement le temps d'attente trop long (68,4%) ainsi que l'absence de l'offre de la vaccination le jour de leur passage (52,6%) ; ceux du Reste de l'Ouest

ont mentionné également le temps d'attente trop long (50%) et l'absence de formation sanitaire proche (42,9%).

Dans l'ensemble, 22,2% ont précisé l'existence d'autres difficultés telles que l'insécurité, le moyen de transport, l'absence des infirmiers, la négligence, le manque de temps, l'incompatibilité du calendrier, les convictions religieuses, le quota d'enfants non atteint pour démarrer les vaccinations etc.

Tableau 54 : Personne motivant la vaccination des enfants selon certaines variables

Variables	Indisponibilités des vaccins	Eloignement	Absence du personnel de santé	Cherté/ coût élevé	Mauvaise expérience de la vaccination	Vaccination non offerte dans la formation sanitaire	Vaccination non offerte ce jour là	Temps d'attente trop long	Il n'y a pas de formation sanitaire proche	Mauvais accueil	Autre
Département	Aire Métropolitaine	55,0	22,5	5,0	11,2	5,0	5,0	8,8	20,0	1,2	6,2
	Artibonite	31,1	37,8	8,9	8,9	2,2	4,4	13,3	11,1	6,7	0
	Centre	80,9	25,5	19,1	0	0	2,1	6,4	2,1	8,5	0
	Grande-Anse	71,1	44,7	0	0	2,6	2,6	52,6	68,4	0	2,6
	Nippes	40,0	20,0	3,3	13,3	3,3	0	30,0	0	0	43,3
	Nord	87,5	8,3	0	0	0	0	33,3	8,3	0	8,3
	Nord-Est	56,0	4,0	8,0	0	0	0	0	12,0	0	40,0
	Nord-Ouest	57,1	14,3	3,6	3,6	0	0	0	3,6	0	32,1
	Reste Ouest	44,6	48,2	1,8	16,1	1,8	7,1	28,6	50,0	42,9	5,4
	Sud	70,6	11,8	0	5,9	0	5,9	5,9	0	0	5,9
Milieu de résidence	Sud-Est	72,7	81,8	24,2	0	0	3,0	3,0	0	21,2	0
	Urbain	58,8	20,9	4,1	7,4	4,1	4,1	11,5	20,3	0,7	3,4
Sexe du chef de ménage	Rural	58,0	37,3	8,7	6,2	0,7	2,9	19,6	18,8	13,8	1,8
	Masculin	59,1	29,1	5,9	7,9	2,5	4,4	14,8	19,2	10,3	2,0
	Féminin	57,5	33,9	8,1	5,4	1,4	2,3	18,6	19,5	8,1	2,7
Total	58,3	31,6	7,1	6,6	1,9	3,3	16,7	19,3	9,2	2,4	22,2

6.1.5 EFFETS SECONDAIRES APRÈS L'ADMINISTRATION D'UN VACCIN

Les vaccins peuvent parfois provoquer des effets secondaires après leur administration. Les résultats de cette enquête révèlent que 82,9% d'enfants ont eu des effets secondaires après l'administration du vaccin, dont 83,4% en milieu urbain et 82,7% en milieu rural. Par ailleurs, excepté le Sud-Est au niveau duquel ce pourcentage s'établit à 67,9%, les autres départements accusent une proportion d'enfants ayant présenté des

effets secondaires variant de 81,2% dans le Nord-Ouest à 91,8% dans la Grande-Anse.

En ce qui concerne les types d'effets secondaires observés, la fièvre/palu en constitue la principale manifestation (96,4%). Très peu d'enfants (13,9%), ont eu un gonflement/abcès au point d'injection. La même tendance est observée dans les différents départements, les milieux de résidence et selon le sexe du chef de ménage.

Graphique 20 : Répartition des répondants dont les enfants ont eu des effets secondaires après la vaccination

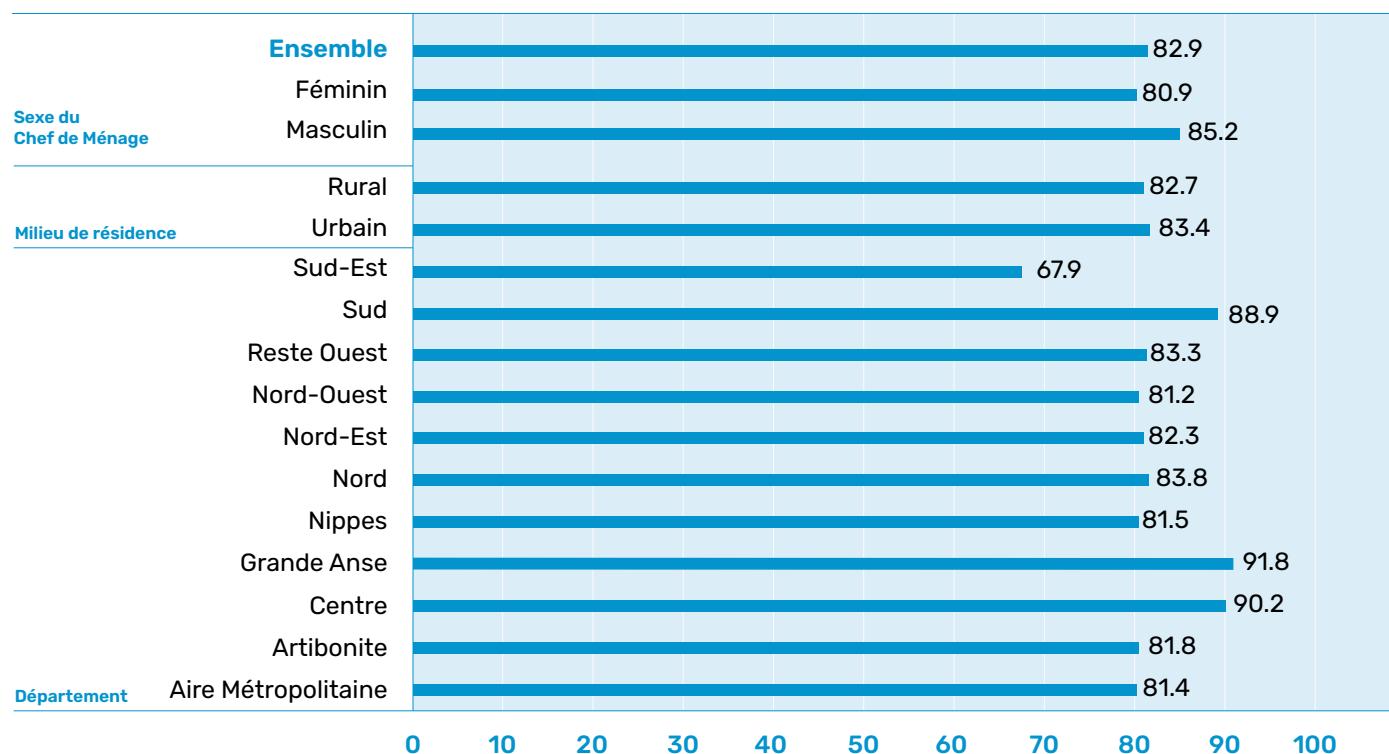


Tableau 55 : Apparition et Types d'effets secondaires après la vaccination des enfants selon certaines variables

Variables	A eu des effets secondaires (%)	Type d'effet secondaire (%)			
		Fièvre/palu	Gonflement/abcès	Vomissement	Autres
Département	Aire Métropolitaine	81,4	96,7	9,2	2,2
	Artibonite	81,8	96,0	4,0	0,0
	Centre	90,2	98,6	24,3	2,7
	Grande-Anse	91,8	91,0	52,6	1,3
	Nippes	81,5	93,9	22,7	1,5
	Nord	83,8	98,0	0	0
	Nord-Est	82,3	98,5	24,6	0
	Nord-Ouest	81,2	94,9	11,5	1,3
	Reste Ouest	83,3	98,9	2,1	4,2
	Sud	88,9	95,0	10,0	0
Milieu de résidence	Sud-Est	67,9	98,1	9,1	0
	Urbain	83,4	97,1	10,9	1,1
Sexe du chef de ménage	Rural	82,7	96,0	15,8	1,5
	Masculin	85,2	96,9	11,0	1,2
	Féminin	80,9	95,9	16,7	1,4
Total		82,9	96,4	13,9	1,3
					6,0

La gestion des effets secondaires après la prise d'un vaccin consiste pour les ménages enquêtés à aller en pharmacie (26%), voir un guérisseur traditionnel (25,4%), faire de l'automédication ou en contactant un vendeur informel de médicaments (19,3%), aller dans une structure de santé (5,3%) ou rentrer au lieu de vaccination (3,7%). 20,2% de cas utilisent d'autres recours. Il y a lieu de noter qu'en milieu urbain, les trois principales méthodes utilisées sont la pharmacie (31), le guérisseur traditionnel (21,2%) et l'automédication, tandis qu'en milieu rural, il s'agit plutôt du guérisseur traditionnel (28%), de la pharmacie (22,8%) et l'automédication (19,1%).

Selon le sexe du chef de ménage, les chefs de ménages hommes recourent principalement à l'automédication (24,8%), la pharmacie (22,6%) et le guérisseur traditionnel (22,4%), tandis que leurs homologues femmes préfèrent la pharmacie (29,4%), le guérisseur traditionnel (28,4%) et l'automédication (13,9%). Les statistiques par département présentent toujours la prédominance de ces 3 principales solutions, excepté les cas où d'autres méthodes de recours sont utilisées comme dans l'Artibonite (45,3%), le Nord-Ouest (46,2%), le Nord (29,6%) et Nippes (28,8%).

Tableau 56 : Gestion des effets secondaires après la vaccination des enfants selon certaines variables (%)

Variables	Aller dans une structure de santé	Aller en pharmacie	Automédication/vendeur informel de médicament	Guérisseur traditionnel	Rentrer au lieu de vaccination	Autre
Département	Aire Métropolitaine	10,9	39,1	20,7	10,9	14,1
	Artibonite	5,1	19,2	26,3	0	45,3
	Centre	9,5	1,4	55,4	25,7	8,1
	Grande-Anse	6,4	7,7	15,4	48,7	17,9
	Nippes	4,5	4,5	4,5	57,6	28,8
	Nord	1,0	46,9	3,1	19,4	29,6
	Nord-Est	3,1	3,1	0	89,2	3,1
	Nord-Ouest	0	34,6	14,1	0	46,2
	Reste Ouest	1,1	37,9	15,8	27,4	13,7
	Sud	3,8	36,3	27,5	18,8	2,5
	Sud-Est	9,1	21,8	30,9	23,6	9,1
Milieu de résidence	Urbain	5,8	31,0	19,6	21,2	17,5
	Rural	5,0	22,8	19,1	28,0	22,0
Sexe du chef de ménage	Masculin	5,4	22,6	24,8	22,4	20,7
	Féminin	5,3	29,4	13,9	28,4	19,8
Total	5,3	26,0	19,3	25,4	20,2	3,7

6.1.6 POSSESSION D'UN CARNET DE VACCINATION

La majorité des enfants sélectionnés possèdent un carnet de vaccination (93,9%), dont 57,3% ont effectivement montré la carte et 36,6% ne l'ont pas montré. Selon les départements, les plus faibles proportions d'enfants détenteurs de carnet de vaccination sont dans le Nord-Ouest (83,3%), l'Artibonite (86%) et le Nord-Est (87,3%), tandis que les proportions les plus élevées sont à l'Aire Métropolitaine (98,7%), au

Nord (98,3%), au Sud (97,8%) et dans la Grande Anse (97,3%). Selon le milieu de résidence, 96,5% d'enfants possèdent une carte de vaccination en milieu urbain contre 92,2% en milieu rural, avec 63,1% dont le carnet a été vu en milieu urbain contre 53,7% en milieu rural. Selon le sexe du chef de ménage, 94% d'enfants issus des ménages dirigés par des hommes ont un carnet de vaccination contre 93,7% chez ceux issus des ménages dirigés par des femmes.

Tableau 57 : Possession (%) des carnets de vaccination par les enfants selon certaines variables

Variables	Non	Oui vu	Oui non vu	Ensemble oui
Département	Aire Métropolitaine	1,3	64,2	34,5
	Artibonite	14,0	64,5	21,5
	Centre	3,7	58,5	37,8
	Grande-Anse	2,7	58,5	37,8
	Nippes	4,9	76,5	18,5
	Nord	1,7	82,1	16,2
	Nord-Est	12,7	36,7	50,6
	Nord-Ouest	16,7	28,1	55,2
	Reste Ouest	6,1	58,8	35,1
	Sud	2,2	56,7	41,1
Milieu de résidence	Sud-Est	7,4	33,3	59,3
	Urbain	3,5	63,1	33,4
Sexe du chef de ménage	Rural	7,8	53,7	38,6
	Masculin	6,0	59,3	34,7
Total	Féminin	6,3	55,4	38,3
		6,1	57,3	36,6
				93,9

S'agissant des modalités d'accès à la vaccination, 62% de mères/gardiennes d'enfants n'ont rien payé pour faire vacciner leurs enfants, dont 56,2% en milieu urbain contre 65,6% en milieu rural, 61% chez les chefs de ménage hommes et 62,9% chez les chefs de ménages femmes. Certains départements ont de faibles pourcentages pour cet indicateur, notamment le Reste Ouest (16,7%), le Sud (28,9%), l'Aire Métropolitaine (44,7%) et Nippes (45,7%), tandis que d'autres ont de

fortes proportions comme le Centre (97,6%), le Nord (93,2%) et le Nord-Est (92,7%), les autres départements étant au niveau intermédiaire. Quant à ceux qui ont eu à payer quelque chose, il s'agissait le plus souvent de la carte seulement (17,2%), la consultation seulement (6,3%), plusieurs de tout ça (4,5%), le vaccin seulement (3,2%) ou la seringue seulement (1,4%). Les détails de ces statistiques sont visibles dans le tableau qui suit.

Tableau 58: Déclaration des répondants ayant payé quelque chose pour la vaccination des enfants selon certaines variables (%)

Variables	A payé quelque chose pour la vaccination de l'enfant									Total	
	Autre	Non	Non concerné	NSP	Oui pour la carte seulement	Oui pour la consultation seulement	Oui pour la seringue seulement	Oui pour le vaccin seulement	Oui pour plusieurs de tout ça		
	0,9	44,7	2,2	1,3	19,5	11,9	4,0	8,0	7,5	100	
Aire Métropolitaine											
Artibonite	0,8	74,4	17,4	1,7	5,0	0	0	0,8	0	100	
Centre	0	97,6	0	1,2	0	0	0	1,2	0	100	
Grande-Anse	0	81,2	0	2,4	9,4	5,9	1,2	0	0	100	
Nippes	6,2	45,7	0	3,7	32,1	6,2	2,5	3,7	0	100	
Nord	0,9	93,2	0	0	5,1	0,9	0	0	0	100	
Nord-Est	0	72,2	0	3,8	16,5	6,3	1,3	0	0	100	
Nord-Ouest	0	92,7	1,0	1,0	1,0	2,1	0	0	2,1	100	
Reste Ouest	0,9	16,7	1,8	3,5	36,8	4,4	0,9	10,5	24,6	100	
Sud	1,1	28,9	0	1,1	43,3	17,8	0	2,2	5,6	100	
Sud-Est	1,2	60,5	1,2	2,5	21,0	9,9	2,5	0	1,2	100	
Milieu de résidence	Urbain	1,1	56,2	2,7	1,5	17,9	10,2	2,2	4,2	4,0	100
	Rural	1,0	65,6	2,5	2,1	16,8	3,9	0,8	2,5	4,9	100
Sexe du chef de ménage	Masculin	1,4	61,0	2,6	1,9	17,8	5,3	0,7	3,2	6,0	100
	Féminin	0,7	62,9	2,5	1,8	16,7	7,3	2,0	3,1	3,1	100
Total	1,0	62,0	2,6	1,9	17,2	6,3	1,4	3,2	4,5	100	

6.1.7 PEUR DES VACCINS

La peur des vaccins n'est pas très fréquente chez les gardiennes et mères d'enfants, puisque 9% seulement d'entre elles craignent les vaccins pour leurs enfants, dont 12,1% en milieu urbain contre 7,1% en milieu rural, 9,8% chez les chefs de ménage hommes contre 8,3% chez les chefs de ménages femmes. Selon les départements, la crainte est plus importante dans le Nord-Est (20,7%) et le Nord (14,5%), mais plus faible au Nord-Ouest (1%), au Sud (3%) et au Sud-Est (3,1%). Quant à Nippes, aucune femme/gardienne d'enfant n'a déclaré avoir peur d'un quelconque vaccin. S'agissant du type de vaccin craint, les craintes sont plus fortes

pour celui de la tuberculose (81,2%), de la poliomyélite (26,5%), de la diphtérie, tétonas et coqueluche (20,5%), du vaccin anti-rougeole (12%), de la vitamine A (12%), du vaccin contre la fièvre jaune (11,1%) et du vaccin anti tétanique (11,1%). La principale raison évoquée est que ça donne la fièvre (60,7%), ça occasionne les blessures (11,1%), ça peut tuer (5,1%), ça rend stérile (0,9%) et ça donne le cancer (0,9%). 31,6% ont cependant évoqué d'autres raisons de crainte telles que les fortes douleurs pour l'enfant, ça rend malade, les effets secondaires en général, la sensibilité maternelle, le fait que les infirmières sont des stagiaires, etc.



© Credit: OPS/OMS - David Lorens Mentor

Tableau 59 : Pourcentage de personnes ayant peur des vaccins pour les enfants et types de vaccins craints selon certaines variables

Variables	A peur du vaccin (%)		Type de vaccin craint								Raison de la crainte					
	Effectif	%	BCG	DTC+ HepB+ Hib3	VPO	VAR	VAA	VAT	Vit A	Ça rend stérile	Ça donne le cancer	Ça peut tuer	Ça donne la fièvre	Ça occasionne des blessures	Autres	
Aire Métropolitaine	27	11,2	70,4	14,8	33,3	3,7	7,4	7,4	7,4	3,7	3,7	3,7	66,7	14,8	22,2	
Artibonite	15	10,6	93,3	46,7	40,0	46,7	40,0	40,0	40,0	0	0	0	66,7	26,7	33,3	
Centre	7	6,8	28,6	42,9	28,6	0	0	0	0	0	0	42,9	57,1	0	0	
Grande-Anse	9	10,3	77,8	22,2	33,3	0	0	0	0	0	0	0	77,8	22,2	11,1	
Nippes	0	0	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Département																
Nord	18	14,5	100	0	0	0	0	0	5,6	0	0	0	33,3	0	66,7	
Nord-Est	18	20,7	83,3	5,6	16,7	0	0	0	0	0	0	11,1	55,6	5,6	33,3	
Nord-Ouest	1	1,0	100	100	100	100	100	100	100	0	0	0	100	0	0	
Reste Ouest	16	12,0	81,2	31,2	31,2	25,0	18,8	18,8	18,8	0	0	0	68,8	6,2	37,5	
Sud	3	3,0	100	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	0	0	0	33,3	33,3	33,3	
Sud-Est	3	3,1	100	0	33,3	0	0	0	0	0	0	0	100	0	0	
Milieu de résidence																
Urbain	59	12,1	79,7	18,6	32,2	11,9	13,6	13,6	13,6	1,7	1,7	3,4	64,4	15,3	28,8	
Rural	58	7,1	82,8	22,4	20,7	12,1	8,6	8,6	10,3	0	0	6,9	56,9	6,9	34,5	
Sexe du chef de ménage																
Masculin	61	9,8	88,5	18,0	24,6	13,1	13,1	13,1	14,8	1,6	1,6	6,6	59,0	11,5	36,1	
Féminin	56	8,3	73,2	23,2	28,6	10,7	8,9	8,9	8,9	0	0	3,6	62,5	10,7	26,8	
Total	117	9,0	81,2	20,5	26,5	12,0	11,1	11,1	12,0	0,9	0,9	5,1	60,7	11,1	31,6	

6.1.8 PRISE DE DÉCISION EN MATIÈRE DE VACCINATION

La prise de décision en matière vaccinale relève principalement des mères (85,8%), suivies des pères (35,2%) et de la grand-mère (10,9%). Les autres intervenants participent de manière négligeable, notamment

les tantes (2,3%), les grandes sœurs (1,5%), les grands-pères (1,5%), les amis (0,8%), les oncles (0,2%) et les grands frères (0,2%). La tendance observée est quasiment la même quelques soient le département, le milieu de résidence et le sexe du chef du ménage.

Tableau 60 : Personne prenant la décision en matière de vaccination des enfants selon certaines variables

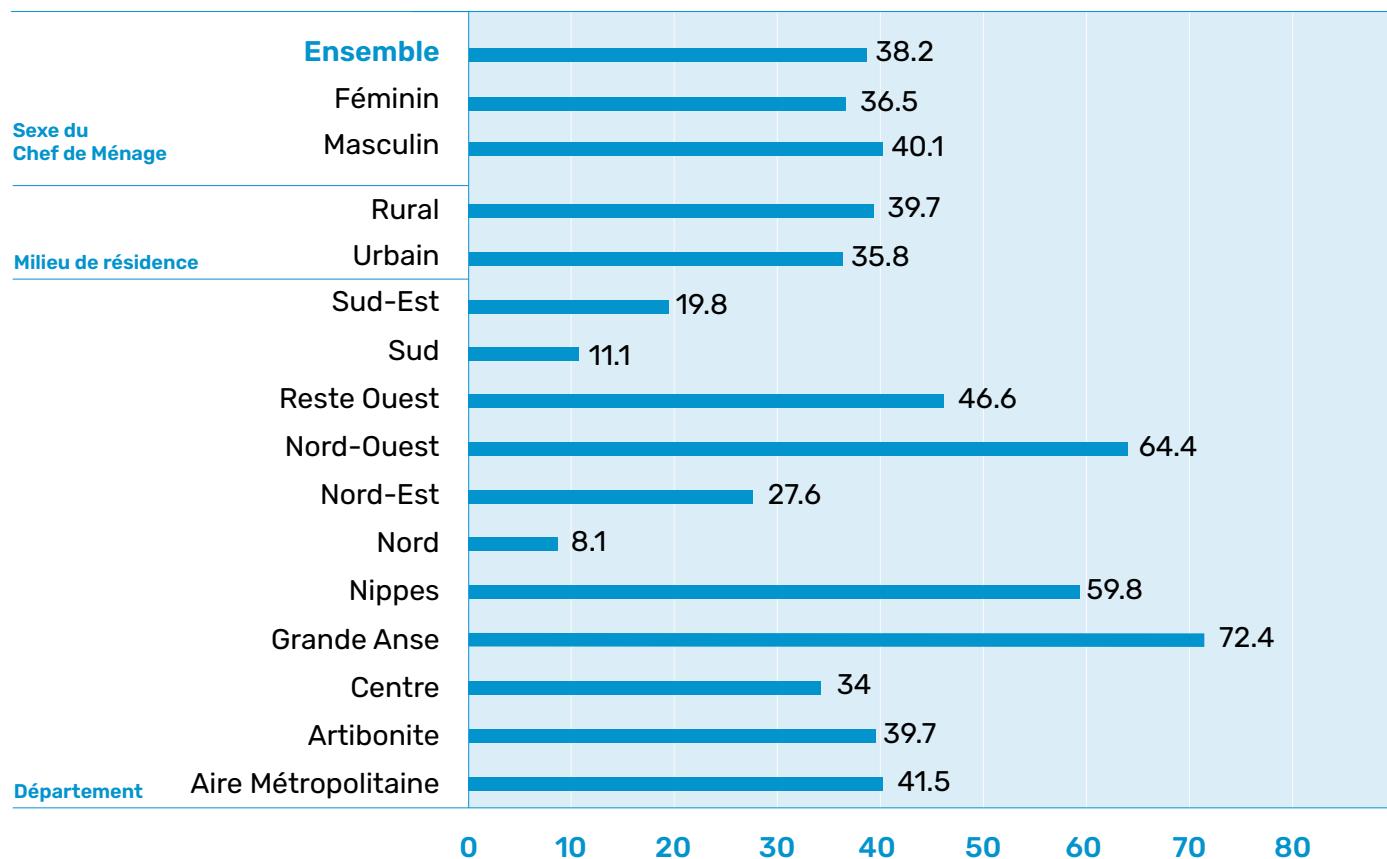
Variables	Père	Mère	Grand-mère	Grand-père	Grande sœur	Grand frère	Oncle	Tante	Ami	Autre	
Département	Aire Métropolitaine	38,2	88,8	6,6	0,4	0,8	0,8	0	3,3	1,2	3,3
	Artibonite	22,7	83,0	10,6	0,7	0	0	0	3,5	0,7	6,4
	Centre	31,1	86,4	6,8	2,9	1,0	0	0	0	1,0	0
	Grande-Anse	48,3	90,8	18,4	2,3	1,1	0	0	5,7	0	0
	Nippes	26,4	73,6	11,5	0	0	0	0	2,3	3,4	
	Nord	28,2	97,6	10,5	2,4	3,2	0	0	0,8	0,8	0,8
	Nord-Est	24,1	86,2	9,2	0	4,6	0	0	1,1	0	2,3
	Nord-Ouest	49,5	86,1	9,9	1,0	1,0	0	0	0	0	0
	Reste Ouest	31,6	87,2	20,3	0,8	3,0	0	0	3,0	2,3	3,8
Milieu de résidence	Sud	35,4	62,6	14,1	4,0	2,0	0	1,0	3,0	0	24,2
	Sud-Est	55,2	94,8	6,2	3,1	1,0	0	1,0	3,1	0	2,1
Sexe du chef de ménage	Urbain	32,9	87,4	9,1	1,2	1,2	0,4	0,2	2,5	0,8	3,7
	Rural	36,6	84,9	12,0	1,6	1,7	0	0,1	2,2	0,9	4,4
Total	Masculin	43,3	85,7	6,2	1,9	0,5	0	0,2	1,8	1,0	4,6
	Féminin	27,8	85,9	15,2	1,0	2,5	0,3	0,1	2,8	0,7	3,7
		35,2	85,8	10,9	1,5	1,5	0,2	0,2	2,3	0,8	4,2

S'agissant de l'influence en termes d'encouragement ou de découragement, près de deux personnes sur cinq (38,2%) ont été influencées pour vacciner leurs enfants. Les départements où les mères/gardiennes d'enfant ont été le plus influencées sont ceux de la Grande Anse (72,4%), le Nord-Ouest (64,4%) et Nippes (59,8%), tandis qu'elles ont été moins influencées dans

les départements du Nord (8,1%), du Sud (11,1%) et du Sud-Est (19,8%). Selon le milieu de résidence, 35,8% ont été influencées en milieu urbain contre 39,7% en milieu rural. En outre, 40,6% de mères/gardiennes d'enfant dans les ménages dirigés par des hommes ont été influencées, contre 36,5% chez leurs homologues des ménages dirigés par des femmes.

Graphique 21: Proportion (%) de personnes ayant été encouragé/découragé pour vacciner l'enfant

Fréquence %



Les principales personnes qui encouragent/décuragent pour la vaccination des enfants sont le père (19,7), les amis/collègues (18,9%), la mère (12,1%) et le personnel de santé (12,1%). Les autres personnes sont minoritaires, telles que la tante (3,2%), la grande sœur (3%), le grand-père (2,4%) et le grand frère (0,6%). En milieu urbain, les principales personnes qui influencent le choix de vaccination sont les amis/collègues (17,8%), la grand-mère (17,2%), le père (14,9%) et la mère (12,1%), tandis qu'en milieu rural il s'agit principalement du père (22,3%), des amis/collègues (19,5%) et de la grand-mère (15,5%). Dans les ménages dirigés par un homme, les principales personnes qui influencent ce choix

sont le père (22,8%), les amis/collègues (22,4%) et le personnel de santé (12,8%), tandis que ceux dirigés par une femme sont plus influencés par la grand-mère (19,4%), le père (16,6%) et les amis/collègues (15,4%). La classification par département est plus disparate d'un département à l'autre, mais les principales personnes sont généralement les pères dans l'Aire Métropolitaine (18%), l'Artibonite (17,9%), le Centre (28,6%), la Grande Anse (28,6%), Nippes (26,9%), le Nord (40%) et le Sud-Est (42,1%), tandis qu'il s'agit de la grand-mère dans le Nord-Est (41,7%) et le Nord-Ouest (20%), les amis/collègues dans le Reste Ouest (74,2%) et d'autres personnes dans le Sud (45,5%).

Tableau 61 : Personne ayant encouragé/découragé la vaccination des enfants selon certaines variables

Variables	Ami/collègue	Autre	Grand frère	Grand-mère	Grand-père	Grande sœur	Mère	Père	Personnel de santé	Tante
Aire Métropolitaine	17,0	17,0	1,0	11,0	2,0	2,0	14,0	18,0	13,0	5,0
Artibonite	17,9	10,7	0	17,9	5,4	1,8	10,7	17,9	14,3	3,6
Centre	8,6	14,3	0	20,0	2,9	2,9	11,4	28,6	11,4	0
Grande-Anse	6,3	6,3	1,6	19,0	1,6	4,8	6,3	28,6	22,2	3,2
Nippes	13,5	7,7	0	11,5	3,8	1,9	26,9	25,0	5,8	3,8
Département										
Nord	0	0	0	10,0	0	0	40,0	50,5	0	0
Nord-Est	8,3	0	0	41,7	0	8,3	0	12,5	20,8	8,3
Nord-Ouest	6,2	21,5	0	20,0	1,5	6,2	10,8	15,4	15,4	3,1
Reste Ouest	74,2	4,8	0	9,7	0	0	6,5	1,6	1,6	1,6
Sud	9,1	45,5	0	9,1	9,1	9,1	0	18,2	0	0
Sud-Est	0	5,3	5,3	15,8	5,3	0	15,8	42,1	10,5	0
Milieu de résidence										
Urbain	17,8	14,9	0,6	17,2	3,4	3,4	12,1	14,9	9,8	5,7
Rural	19,5	10,2	0,6	15,5	1,9	2,8	12,1	22,3	13,3	1,9
Sexe du chef de ménage										
Masculin	22,4	12,8	0,4	12,8	2,4	1,6	10,4	22,8	12,8	1,6
Féminin	15,4	10,9	0,8	19,4	2,4	4,5	13,8	16,6	11,3	4,9
Total	18,9	11,9	0,6	16,1	2,4	3,0	12,1	19,7	12,1	3,2

Les méthodes d'encouragement utilisées pour la vaccination des enfants sont d'expliquer les bienfaits (71,2%), informer sur la campagne (25,2%), donner de l'argent (16,1%) et amener au lieu de vaccination (11,1%). La tendance est presque la même selon les départements, le milieu de résidence et le sexe du chef de ménage. Quant aux méthodes

de découragement, il s'agit, mais dans de faibles proportions, des méfaits du vaccin (3,8%), du caractère dangereux (3%), du caractère inutile (1,6%), de la cherté (0,2%), ainsi que d'autres méthodes de découragement (3,6%).

Tableau 62 : Méthodes utilisées pour encourager/décourager sur la vaccination des enfants selon certaines variables (%)

Variables	Méthode d'encouragement					Méthode de découragement				
	Informier sur la campagne	Donner l'argent	Expliquer les bienfaits	M'a amené	Autre encouragement	Cherté	Méfaits du vaccin	Inutile	Dangereux	Autre découragement
Aire Métropolitaine	31,0	15,0	62,0	7,0	9,0	1,0	8,0	5,0	6,0	4,0
Artibonite	16,1	19,6	78,6	10,7	3,6	0	3,6	1,8	1,8	5,4
Centre	20,0	28,6	51,4	17,1	2,9	0	2,9	0	5,7	8,6
Grande-Anse	25,4	22,2	76,2	22,2	3,2	0	1,6	0	1,6	1,6
Nippes	21,2	28,8	57,7	3,8	3,8	0	0	0	1,9	1,9
Département	Nord	70,0	20,0	30,0	0	20,0	0	10,0	10,0	0
	Nord-Est	8,3	4,2	95,8	0	0	0	0	0	0
	Nord-Ouest	7,7	1,5	81,5	4,6	7,7	0	4,6	0	4,6
	Reste Ouest	41,9	4,8	93,5	16,1	0	0	1,6	0	1,6
	Sud	27,3	18,2	63,6	9,1	9,1	0	18,2	9,1	18,2
	Sud-Est	42,1	31,6	42,1	31,6	21,1	0	0	0	0
	Urbain	25,3	13,8	64,9	5,2	9,2	0,6	7,5	3,4	4,6
Milieu de résidence	Rural	25,1	17,3	74,6	14,2	3,7	0	1,9	0,6	2,2
	Masculin	26,0	15,2	75,2	12,0	4,8	0	3,6	1,2	0
Sexe du chef de ménage	Féminin	24,3	17,0	67,2	10,1	6,5	0,4	4,0	2,0	6,1
	Total	25,2	16,1	71,2	11,1	5,6	0,2	3,8	1,6	3,0

6.2 Aspects qualitatifs des pratiques liées à la vaccination des enfants

6.2.1 DIFFICULTÉS LIÉES À LA VACCINATION DES ENFANTS

L'analyse des données qualitatives montre que des facteurs sont associés à la vaccination des enfants. En effet, la majorité des informateurs (parents, responsables d'enfant) déclare que leurs enfants sont partiellement vaccinés, sauf dans les départements qui ont bénéficié des campagnes de rattrapage au cours du mois de septembre 2023 en particulier dans le département Nord au moment de l'enquête. Les raisons évoquées pour la non-vaccination et la non-complétude des vaccins pour les enfants de 0 à 24 mois sont les suivantes :

- Le délai d'attente
- L'expérience vécue par la mère d'une occasion manquée de vaccination
- Le manque d'information de l'importance de la vaccination
- Les effets secondaires
- L'heure et le jour de vaccination inadaptés pour les parents
- La distance des postes de vaccination et les frais de transport
- La rupture de stock
- Le manque de compétence des prestataires en particulier des piqueurs lors des campagnes.
- Le comportement des prestataires

6.2.1.1 LE DÉLAI D'ATTENTE

Ce facteur est lié à l'organisation du poste et de la séance de la vaccination.

6.2.1.2. L'EXPÉRIENCE VÉCUE PAR LA MÈRE D'UNE OCCASION MANQUÉE DE VACCINATION

Le fait de ne pas administrer le vaccin à un enfant le jour où le parent se présente au site de vaccination est considéré comme une déception, un parent déçu ne va pas facilement retourner, que ce ne sera pas pour le rendez-vous le plus proche.

6.2.1.3. LE MANQUE D'INFORMATION DE L'IMPORTANCE DE LA VACCINATION

Les parents qui ne connaissent pas l'importance de la vaccination ou alors ont des perceptions erronées et font confiance aux fausses rumeurs ne manifestent pas un grand intérêt à faire vacciner leur enfant.

“

Verbatims :

Oui, il existe des enfants qui ne sont pas vaccinés, parce que certains parents ne sont pas avisés. On peut dire que le nombre d'enfants non vaccinés est peut-être minime. Les parents n'acceptent pas de vacciner leurs enfants par manque de formation et d'informations ”

6.2.1.4. LES EFFETS SECONDAIRES

Les parents qui ont entendu parler et/ou connu un enfant ayant développé un effet secondaire modéré et ou grave après la vaccination ont des craintes vis-à-vis des prochaines vaccinations. Ils se demandent si le système sanitaire n'a aucun moyen d'atténuer les effets qui sont normalement prévisibles. Bien qu'ils expliquent que le personnel de santé et les ASCP donnent toujours la conduite à tenir, cependant pour eux ce n'est pas suffisant. Le problème reste et demeure, ce sont eux et leurs enfants qui sont traumatisés. Il semblerait que c'est un manque d'information, cependant la plupart connaît très bien les bienfaits des vaccins, le facteur qu'il faudrait souligner c'est la peur des piqûres et les effets indésirables du vaccin. Suivant les réponses de la majorité des participants aux focus groupes, les vaccins n'ont pas le même effet sur les enfants, chacun réagit différemment suivant le vaccin ou l'organisme de l'enfant.

“

Verbatims :

A la question, certains parents disent que les vaccins peuvent provoquer certaines réactions chez les enfants, qu'en pensez-vous. Effectivement, certains parents refusent de continuer la vaccination des enfants à cause de la fièvre provoquée par le vaccin. Le vaccin administré au niveau de la cuisse de l'enfant donne toujours de la fièvre.

Dans ces cas, j'applique de l'eau tiède et du savon sur la cuisse de l'enfant et je lui donne des paracétamols, et le lendemain, tout revient dans l'ordre.

Parfois, après une vaccination, certains enfants arrivent à perdre des jours de classe. Mais après, ces enfants sont rétablis. ”

Département du Nord

- Il y a des enfants qui ne prennent pas de vaccin à cause de l'effet secondaire.
- Les autres parents qui ne donnent jamais de vaccin à l'enfant c'est de l'ignorance et pas la peur.

- Il y a une réalité chez nous, les parents des femmes enceintes ne veulent pas qu'elles se fassent vacciner pour que les bébés ne perdent pas la puissance.

Département de l'Artibonite

- Le problème est que si l'enfant est malade d'une maladie surnaturelle (Nanm ou d'un autre charme), le faire piquer peut entraîner la mort.

a. L'heure et jour de vaccination inadaptés

Les séances de vaccination se font suivant le calendrier établi par l'institution sanitaire. Certains souvent pour une raison quelconque pourraient rater un jour de vaccination. Ils arrivent que certains ont des activités qui ne leur permettent pas d'atteindre le poste de vaccination le jour prévu, le plus souvent ces parents sont dans l'impossibilité de recourir au service d'une autre personne. La non-maitrise du calendrier est un facteur dominant dans tous les départements parfois ce sont les ASCP qui doivent passer le jour précédent pour faire le rappel.

b. La distance et les frais de transport

Certains postes de vaccination se trouvent à 45 minutes, les frais de transport suivant l'endroit s'élèvent à 500 gourdes dépendamment de la distance. En milieu urbain les postes de vaccination sont plus proches que dans le milieu rural. Cependant il faudrait noter que la plupart des informateurs font savoir que les postes se trouvent à quelques minutes de leurs maisons.

c. La rupture de stock

La majorité des informateurs rencontrés qu'il s'agisse de parents et responsables d'enfant, ils sont touchés par la rupture de stock. Trop souvent les vaccins ne sont pas disponibles dans les institutions sanitaires et les postes de rassemblement. Les parents et les responsables d'enfants sont obligés d'attendre le renouvellement du stock, à ce moment ce sont les ASCP qui les communiquent la disponibilité du vaccin au moment venu.

“

Verbatims:

Département du Nord

Il y avait une rupture durant trois mois, c'est par rapport à la situation politique du pays.

Département du Centre

Les gens ont l'habitude d'aller dans les centres de santé et n'arrivent pas à vacciner leur enfant à cause de l'indisponibilité des vaccins, et parfois quand la quantité

d'enfants est insuffisante pour ouvrir le vaccin on le personnel leur fixe un autre rendez-vous.

Département des Nippes

Dans les deux communes, les vaccins sont indisponibles trop souvent. Et certaines fois le vaccin n'est pas offert le jour où les parents viennent vacciner les enfants. A cause de cela certains parents sont découragés, d'autres à cause de leurs activités économiques ils ne viennent pas, surtout à Bouzy.

Département de la Grande Anse

Parfois, les parents ne trouvent pas de vaccins disponibles dans les centres de santé. Lorsqu'il n'y a pas de vaccins disponibles, les infirmières, les agents de santé décident souvent de renvoyer les parents pour un autre jour. Lorsque cela arrive, les mères décident généralement de ne pas revenir.

Département de l'Artibonite

Les gens racontent qu'il est des fois ils ne trouvent pas de vaccins disponibles pour les enfants. Des fois, c'est un vaccin particulier (BCG par exemple). Cela explique le retard pour certains enfants.

Département du Sud

La rupture de stock, est monnaie courante car souvent dans les centres de santé les gens rentrent chez eux sans avoir vacciné leurs enfants parce que les vaccins qu'ils devraient recevoir ne sont pas disponibles, dans certains cas ce sont les seringues qui ne sont pas suffisantes. Mais cela ne les empêche pas de revenir selon les rendez-vous qu'on leur donne.

d. Manque de compétence des prestataires

Dans tous les départements, les participants aux focus groupes rapportent que dans certains centres de santé le personnel disponible pour la vaccination manque d'habileté pour effectuer le travail, ils disent que ce sont des stagiaires. Pour les campagnes de vaccinations ils pensent que les piqueurs manquent de compétence pour piquer les enfants de manière adéquate.

e. Le comportement des prestataires

Dans tous les départements les participants aux focus groupes et aux entretiens ont exprimé leurs opinions pour expliquer le mauvais comportement de certains prestataires des postes de rassemblement. Il faudrait signaler qu'ils ont mentionné que les mauvaises attitudes des prestataires sont plus fréquentes dans les postes de rassemblement que dans les centres de santé, aux questions : Comment se comportent les prestataires

de soins dans les postes de vaccination ? Parler des attitudes des agents quand il y a beaucoup d'enfants à faire vacciner, comment réagissent-ils ?

Les réponses ont été les suivantes :

- Pour moi, l'accueille est normale, parce que quand vous arrivez dans le centre de santé depuis qu'il y a de vaccins on vous servir, s'il n'y en a pas on vous dit qu'il n'y en a pas, c'est-à-dire pour moi, l'accueille est normale.
- Il arriverait quelquefois qu'il y a des controverses entre les parents et les agents de santé dans le poste de vaccination.
- Quelquefois, ils sont en colère quand il y a beaucoup d'enfant à vacciner.
- Il y a des agents qui sont en joie quand ils voient les enfants, mais il y en a qui sont en colères et ils disent des injures en cachette.
- Il y en a quand ils voient qu'il y a beaucoup d'enfants ils ont mis leur intelligence en évidence pour qu'ils prennent les enfants à cœur.
- Parfois, il y en a qui profèrent des injures et ils disent qu'ils ne reçoivent plus d'enfants à nouveau. C'est quand il y a beaucoup d'enfants ils agissent ainsi.
- Parfois, ils disent qu'ils sont fatigués, c'est l'heure de leur pause, s'ils reçoivent 10 enfants, ils ne peuvent pas recevoir plus et puis vous les voyez en train de prendre leur plaisir donner des blagues et vous êtes dans la souffrance.
- Ils l'ont fait sur le lien d'amitié, et aussi ils regardent les gens sur leur apparence c'est-à-dire ils jugent les enfants sur leur apparence physiques s'ils sont beaux ou belles.
- Ils regardent aussi sur la façon dont vous habillez votre enfant. ”

6.2.1.5. PRISE DE DÉCISION EN MATIÈRE DE VACCINATION

Ce sont les deux parents qui sont les principaux responsables pour emmener les enfants au centre de vaccination, mais cette tâche revient plus à la charge de la mère et des femmes responsables de l'enfant. Traditionnellement ce sont elles qui s'occupent du bébé et que le père est plutôt préoccupé par les besoins de la famille. Ce sont les femmes particulièrement qui emmènent les enfants pour le vaccin. Les hommes peuvent encourager la vaccination des enfants et des femmes enceintes, mais ils ne sont pas impliqués directement à cette activité. Pour une minorité de parents, suivant la disponibilité de l'un et l'autre, toutes les personnes responsables et soucieuses (mère et père) ont le droit de décider si l'enfant doit aller se faire vacciner.

Cette partie qui a globalement porté sur les pratiques en matière de vaccination a permis d'aborder sur les plans qualitatif et quantitatif, les questions de pratique de la vaccination, de motivation à la vaccination, des moments de vaccination, des difficultés liées à la vaccination, de la gestion des effets secondaires après la vaccination, de la possession des carnets de vaccination et de la prise de décision en matière vaccinale. La suivante va porter sur les canaux de communication utilisés pour sensibiliser les populations sur la vaccination ainsi que sur leur efficacité.

07

CANAUX DE COMMUNICATION



7.1 Principaux canaux/moyens de communication existants

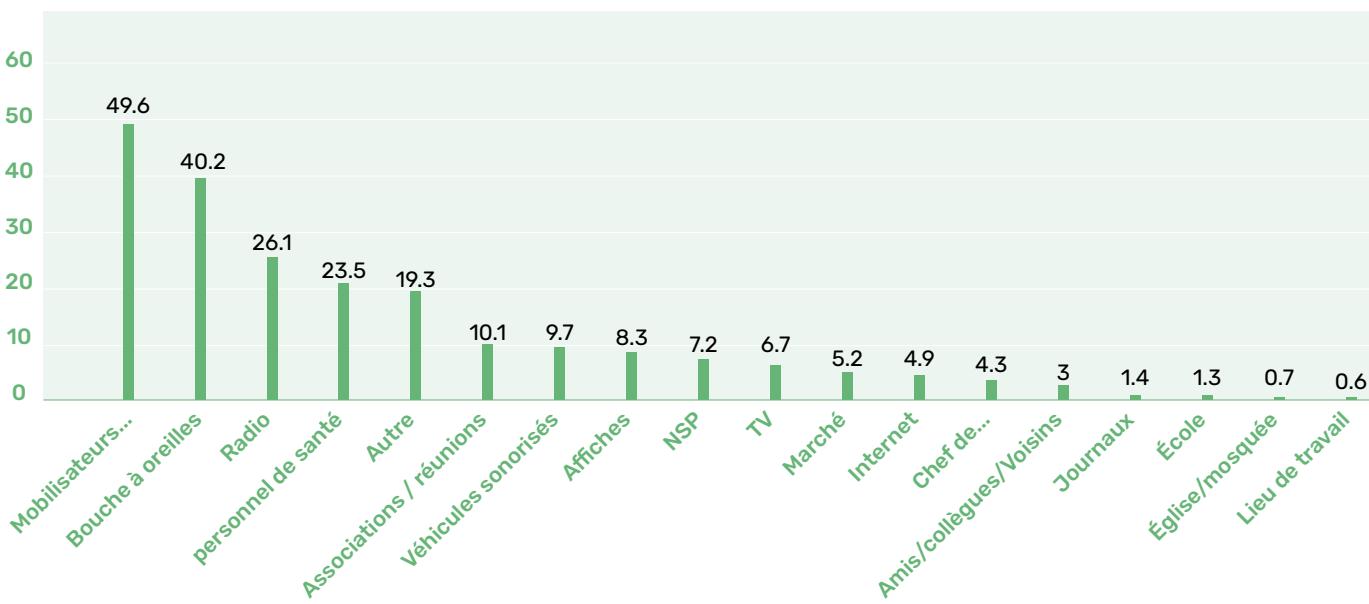
7.1.1 ASPECTS QUANTITATIFS DES CANAUX DE COMMUNICATION EXISTANTS

7.1.1.1 TYPES DE CANAUX DE COMMUNICATION EXISTANTS

Les principaux moyens de communication utilisés dans les différentes communautés sont les mobilisateurs communautaires/pairs éducateurs/crieurs (49,6%), le bouche à oreilles (40,2%), la radio (26,1) et le personnel de santé (23,5%). Par ailleurs, 19,3% ont noté d'autres moyens de communication, tandis que 7,2% n'en savent rien.

Graphique 22 : Principaux moyens de communication utilisés dans la communauté

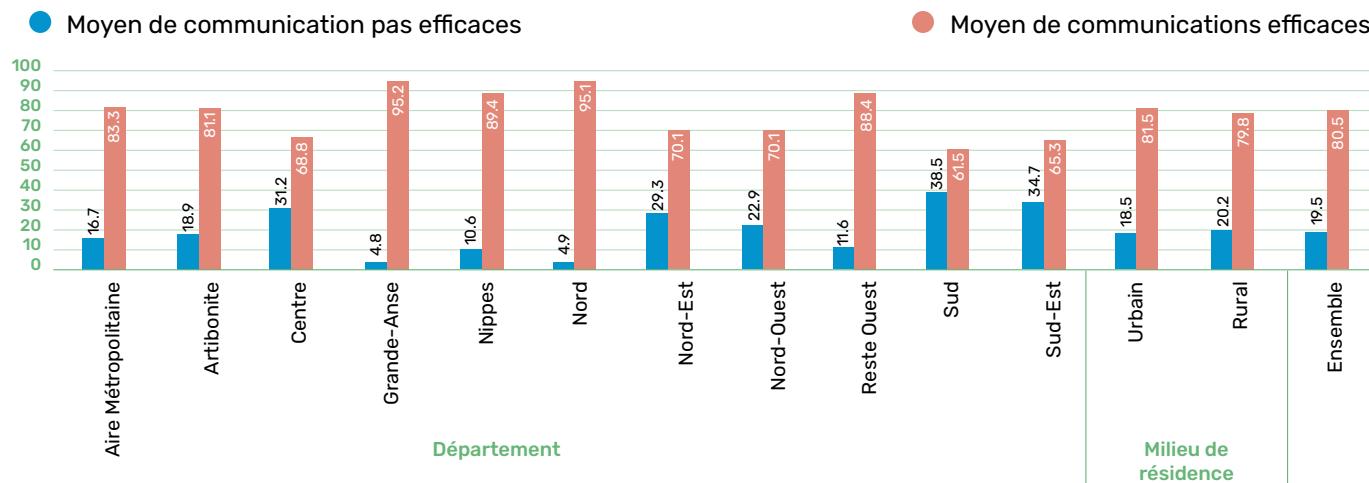
Fréquence (%)



7.1.1.2 EFFICACITÉ DES CANAUX DE COMMUNICATION EXISTANTS

Quant à l'efficacité des moyens de communication utilisés, près de quatre personnes sur cinq (80,5%) les trouvent efficaces, tandis que près d'une personne sur cinq (19,5%) les trouve inefficaces. Les proportions de personnes confirmant l'efficacité des moyens de

communication sont de 81,5% en milieu urbain contre 79,8% en milieu rural. Ces proportions sont plus faibles dans les départements du Sud (61,5%) et du Sud-Est (65,3%). Elles sont par contre plus élevées dans les départements de la Grande Anse (95,2%), du Nord (95,1%).

Graphique 23: Appréciation de l'efficacité des canaux/moyens de communication utilisés

7.1.2 ASPECTS QUALITATIFS DES CANAUX DE COMMUNICATION

7.1.2.1 TYPES DE CANAUX DE COMMUNICATION EXISTANTS

Suivant les données qualitatives, les deux principaux moyens de communication pour faire passer les informations sur la vaccination sont les suivants: le crieur avec un mégaphone et le porte à porte (de bouche à oreille).

Selon qu'ils sont en ville ou en milieu urbain les moyens de communications sont différents. En milieu urbain, on trouve les stations de radio, les brochures et les séances d'éducation ; en milieu rural ce sont plutôt le bouche à oreille, les mobilisateurs communautaires, les séances de formation et d'éducation. Les ASCP sont les principaux responsables pour véhiculer l'information auprès des parents et de la communauté, ils donnent des vaccins et peuvent jouer aussi le rôle de conseillers en cas de besoin.

Pour les parents du milieu rural, le mégaphone avec les agents de santé constitue le canal de communication le plus utilisé dans la communauté lors des campagnes de vaccination. Mais ce moyen n'est pas trop efficace car il n'arrive pas à atteindre toute la communauté lors des sensibilisations pour les campagnes de vaccination. Les véhicules sonorisés sont les plus efficaces car ils permettent de couvrir une plus grande partie des communautés ciblées.

Pour certains parents, la méthode de porte à porte est un moyen efficace; cependant, les ASCP et les agents communautaires sont insuffisants pour réaliser ce travail.

7.1.2.2 BESOINS EN INFORMATION

Il ressort de l'analyse des données qualitatives que le besoin en information sur les vaccins s'avère important pour les différents groupes de personnes et les informateurs rencontrés. Qu'ils se trouvent en milieu urbain ou rural, ils manifestent de l'intérêt pour les sujets suivants :

- La vaccination en général;
- Les effets secondaires ;
- Les personnes éligibles à prendre les vaccins ;
- Le nom des maladies pour lesquelles les vaccins sont efficaces ;
- La vaccination des enfants et des femmes enceintes ;
- Les types de vaccin et leur rôle ;
- L'âge des enfants éligibles pour les vaccins ;
- Les bienfaits des vaccins.

La quête de l'information se fait auprès des ASCP, des agents communautaires et personnels de santé ; d'autres personnes se réfèrent aux anciens de leurs communautés. Ils aimeraient être informés à travers les clubs de mères, les réunions, les mégaphones et les séances éducatives.

7.2 Principales chaînes de télévision et de stations de radio existantes

7.2.1 CHAÎNES DE TÉLÉVISION

Les principales chaînes de télévision émettant dans les différentes localités varient d'un département à l'autre. Tel que présenté dans le tableau suivant, les Télés Ginen, Caraïbes et Métropole émettent surtout dans l'Aire Métropolitaine ; les Télés Eclair et Ginen dans la Grande-Anse ; la Télé Ginen principalement dans le Nord.

Tableau 63 : Pourcentage/score des personnes en charge des enfants suivant les chaînes de télévision qui émettent dans leur localité

Département	Principales chaînes de télévision	Fréquences (%)	Département	Principales chaînes de télévision	Fréquences (%)
Aire Métropolitaine	Télé Métropole	57,5	Nord-Ouest	Télé Caraïbes	3,1
	Télé Caraïbes	46,1		Télé Métropole	3,1
	Télé Ginen	42,1		Télé Ginen	1,0
Artibonite	Télé Ginen	6,1	Reste Ouest	Télévision nationale	1,0
	Télévision Nationale	2,3		Télé Méga star	1,0
	Télé Caraïbes	1,5		Télé Caraïbes	11,6
Centre	Télé Ginen	2,1		Télévision Nationale	7,4
	Télé Caraïbes	2,1		Télé Ginen	6,6
	Télé Métropole	1,0	Sud	Télé Caraïbes	4,2
Grande-Anse	Télévision Nationale	1,0		Télé Ginen	4,2
	Télé Ginen	28,6		Télé Métropole	2,1
	Télé Eclair	19,0		Télé Vision 2000	2,1
Nippes	Télé Métropole	14,3	Sud-Est	Télé Ginen	6,3
	Télé Caraïbes	4,7		Télé Zenith	2,1
	Télé Ginen	1,2		Télé Caraïbes	1,1
Nord	Télé Eclair	1,2			
	Télé Ginen	41,0			
	Télé Lumière	9,8			
Nord-Est	Télé Indigène	5,7			
	Télé Caraïbes	2,4			
	Télé Ginen	1,2			
	Télé Haïti	1,2			

7.2.2 STATIONS DE RADIO

Les principales stations de radio émettant dans les localités dépendent, comme pour les chaînes de télévision, des départements tel que présenté au tableau qui suit. Celles qui reviennent le plus comprennent les Radios Ginen et Caraïbes FM Stéréo. Les stations de Radio Kiskeya retransmettent surtout

dans l'Aire Métropolitaine et Zénith dans le département de l'Ouest. La Radio Ibo diffuse seulement dans le Nord-Ouest et Vertières exclusivement dans le Nord. Il faut souligner qu'au niveau du Nord-Est plusieurs stations radiodiffusent mais dans une très faible proportion.

Tableau 64 : Pourcentage/score des personnes en charge des enfants suivant les chaînes de radio qui émettent dans leur localité

Département	Principales chaînes de télévision	Fréquences (%)	Département	Principales chaînes de télévision	Fréquences (%)
Aire Métropolitaine	Radio Zénith	46,0	Nord-Est	Radio Ginen	4,9
	Radio Kiskeya	39,4		Radio Méga star	2,5
	Caraïbes FM Stéréo	36,7		Caraïbes FM Stéréo	2,5
Artibonite	Radio Ginen	35,1	Nord-Ouest	Radio IBO	25,6
	Radio Méga star	17,6		Radio Ginen	9,4
	Radio Zénith	15,3		Caraïbes FM Stéréo	3,1
Centre	Caraïbes FM Stéréo	37,5	Reste Ouest	Caraïbes FM Stéréo	46,3
	Radio Ginen	24,0		Radio Ginen	43,0
	Radio Zénith	15,6		Radio Zénith	34,7
Grande-Anse	Caraïbes FM Stéréo	42,2		Radio Ginen	29,5
	Radio Ginen	41,0		Caraïbes FM Stéréo	24,2
	Radio Méga star	20,5	Sud	Radio Lumière	15,8
Nippes	Caraïbes FM Stéréo	22,4		Radio Ginen	31,6
	Radio Ginen	16,5		Caraïbes FM Stéréo	11,6
	Radio Méga star	2,4		Radio Super Star	7,4
Nord	Radio Ginen	41,0	Sud-Est	Télé Ginen	6,3
	Radio Vertières	39,3		Télé Zenith	2,1
	Radio Lumière	2,5		Télé Caraïbes	1,1
	Radio Zénith	8,6			

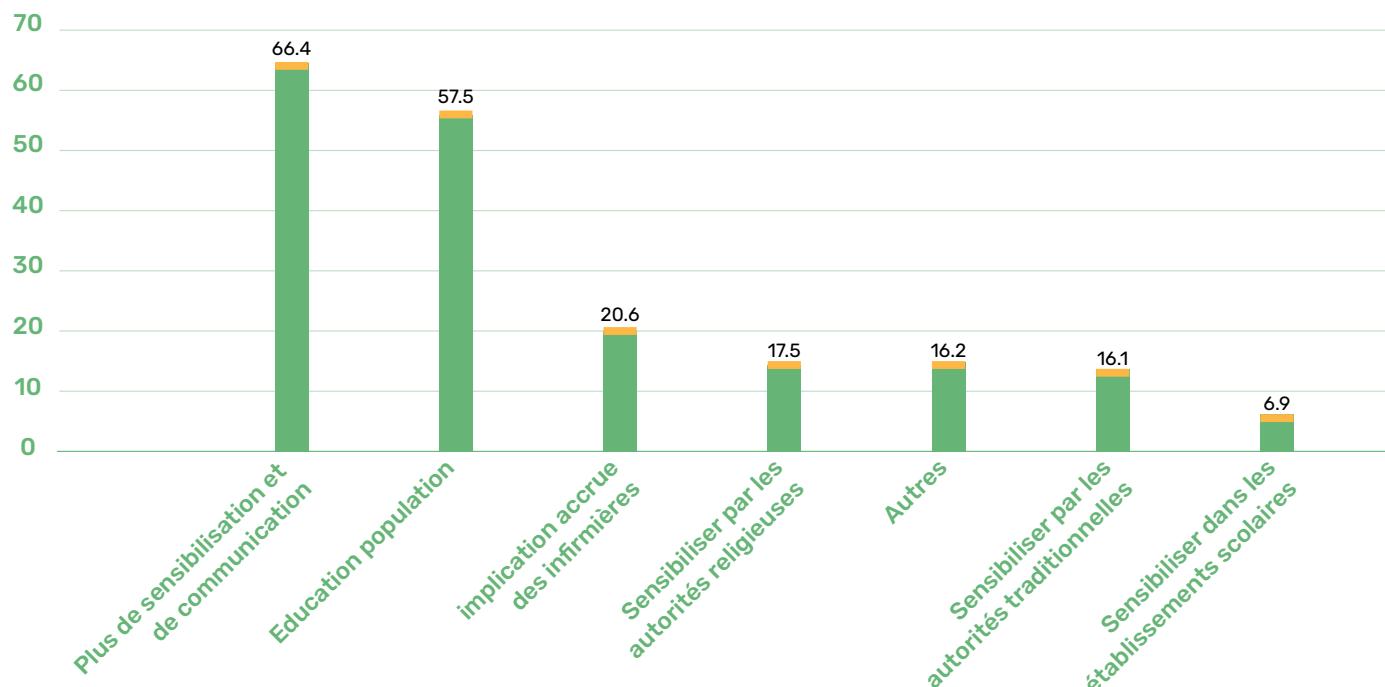
7.3 Proposition des mères pour une adhésion massive aux campagnes de vaccination

Pour favoriser et améliorer la participation de la population aux campagnes de vaccination, les mères/gardiennes d'enfants suggèrent plus de sensibilisation

et de communication (66,4%), une éducation de la population (57,5%), une implication accrue des infirmières (26,3%), une sensibilisation par les réunions et associations (20,6%), les autorités religieuses (17,5%) et traditionnelles (16,1%).

Graphique 24 : Répartition des répondants en fonction de leur proposition pour une meilleure information des populations

Fréquence (%)



© Credit: OPS/OMS - David Lorens Mentor

Le tableau 65 présente la répartition des méthodes de sensibilisation proposées par département et milieu de résidence.

Tableau 65 : Répartition (%) des femmes selon leurs propositions pour adhésion aux campagnes de vaccination

Variables	Plus de sensibilisation et de communication	Education population	Implication accrue des infirmières	Sensibiliser par les autorités traditionnelles	Sensibiliser par les autorités religieuses	Sensibiliser par les réunions et associations	Sensibiliser dans les établissements scolaires	Autres	
Département	Aire Métropolitaine	76,8	49,6	27,2	16,7	15,4	24,6	9,2	12,3
	Artibonite	45,5	44,7	8,3	0	4,5	5,3	8,3	46,2
	Centre	58,3	31,2	71,9	2,1	21,9	26,0	4,2	8,3
	Grande-Anse	64,3	75,0	14,3	25,0	26,2	23,8	10,7	2,4
	Nippes	84,7	38,8	4,7	2,4	1,2	3,5	0,0	12,9
	Nord	80,3	95,1	65,6	28,7	9,0	25,4	1,6	0
	Nord-Est	34,1	74,4	23,2	6,1	3,7	6,1	1,2	15,9
	Nord-Ouest	44,8	25,0	6,2	1,0	1,0	3,1	0,0	41,7
	Reste Ouest	94,2	95,9	29,8	47,9	62,0	58,7	23,1	0,8
	Sud	68,8	37,5	11,5	18,8	21,9	27,1	7,3	14,6
Milieu de résidence	Sud-Est	57,9	63,2	15,8	18,9	21,1	8,4	2,1	23,2
	Urbain	71,0	56,6	27,1	14,6	14,2	22,2	6,2	16,1
	Rural	63,6	58,1	25,7	16,9	19,5	19,7	7,4	16,2
	Total	66,4	57,5	26,3	16,1	17,5	20,6	6,9	16,2

La présente partie qui s'achève a permis de mettre en exergue les principaux canaux de communication utilisés pour informer les populations sur les questions et les campagnes de vaccination. Leur efficacité a également été appréciée sur les plans qualitatif et quantitatif, ainsi que les besoins en informations des populations et les propositions d'amélioration pour une adhésion massive des femmes aux campagnes de vaccination.

La prochaine et dernière partie va porter sur la Covid-19, notamment sa connaissance, ses manifestations, les méthodes pour l'éviter, les méthodes de traitement, la vaccination, la sensibilisation et la connaissance des vaccins. Ces éléments seront appréciés sur les aspects qualitatifs et quantitatifs.

08

CORONA VIRUS (COVID-19)



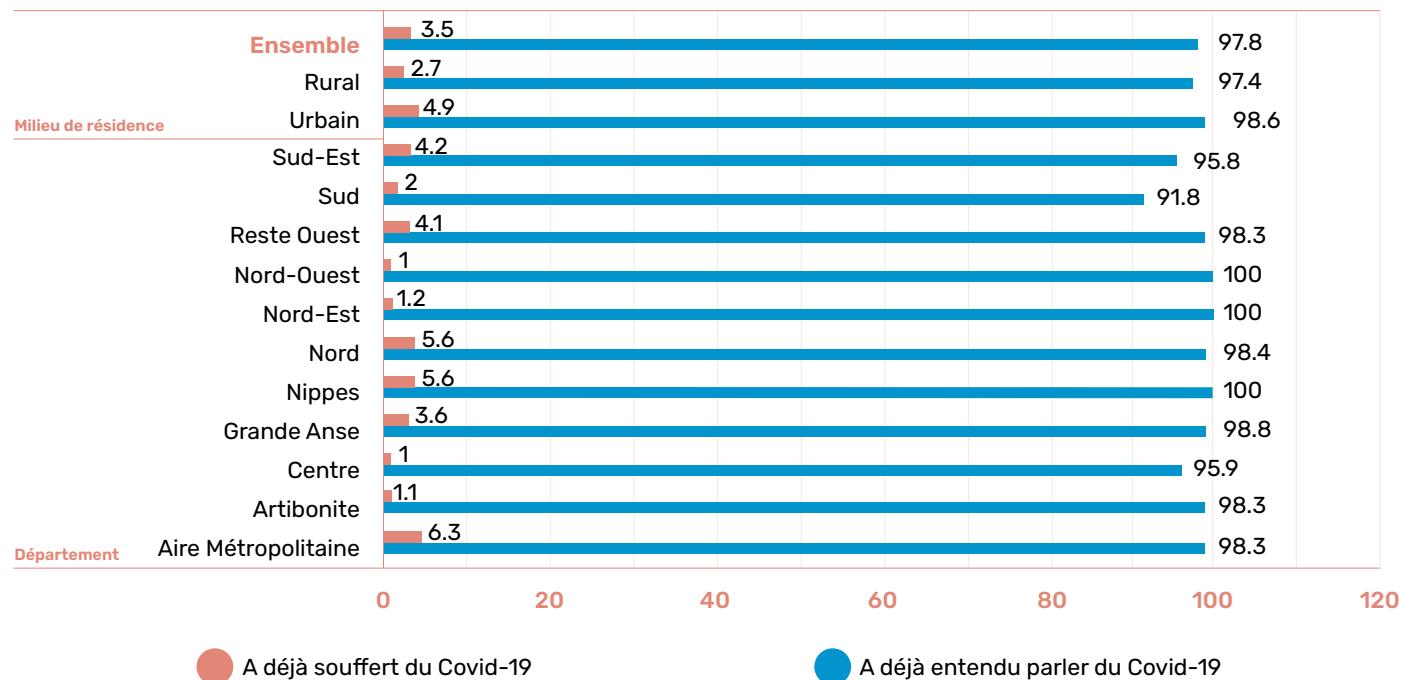
8.1 Connaissance de la Covid-19

8.1.1 ASPECTS QUANTITATIFS DE LA CONNAISSANCE DE LA COVID-19

S'agissant de la pandémie de la Covid-19, la quasi-totalité des répondants (97,8%) en ont déjà entendu parler. Cette proportion est de 98,6% en milieu urbain contre 97,4% en milieu rural. Selon les départements, le Sud (91,8%), le Sud-Est (95,8%) et le Sud (95,9%) affichent les proportions les plus basses tandis qu'elles atteignent les 100% dans les Nippes, le Nord-Est et le Nord-Ouest.

Graphique 25 : Répartition des répondants ayant connaissance ou déjà souffert de la Covid-19 par département et milieu de résidence (%)

Fréquence (%)



8.1.2 ASPECTS QUALITATIFS DE LA CONNAISSANCE DE LA COVID-19

La majorité des participants ont entendu parler de la Covid-19. Les perceptions sur la Covid-19 diffèrent suivant le milieu et le département. En milieu rural en particulier dans les sections communales reculées des départements de la Grande- Anse, du Sud, Sud-Est, les participants aux focus groupes ne sont pas bien informés sur la maladie. La plupart pense que c'est un complot du gouvernement pour recevoir de l'argent auprès de la communauté internationale. Certains disent que c'est une maladie que les blancs ont inventée pour réduire les habitants de la planète, un vaccin créé pour détruire les gens des pays pauvres

Quant à la prévalence passée, l'on note que 3,5% d'entre eux ont déjà contracté la Covid-19, dont 4,9% en milieu urbain contre 2,7% en milieu rural. Cette prévalence est plus élevée au niveau de l'Aire Métropolitaine (6,3%), des départements des Nippes (5,6%), du Nord (5,6%), du Sud-Est (4,2%), du Reste de l'Ouest (4,1%) et de la Grande Anse (3,6%). Les autres départements accusent des taux encore plus bas, allant de 1,0% dans le Centre et le Nord-Ouest à 2,0% dans le Sud (2%).

et spécialement les Haïtiens, par conséquent il faudrait éviter de prendre le vaccin car c'est un danger social. Ils rapportent également que le corona est imaginaire, que les vaccins peuvent transformer les gens en animal comme le vampire ou les tuer, c'est la marque de la bête (666).

Les gens ont tendance à confondre la Covid-19 avec le Choléra. Cette confusion s'observe dans certains départements comme l'Ouest, l'Artibonite, les Nippes et la Grande- Anse. Cette confusion de façon général s'observe plus en milieu rural. La confusion réside au niveau des symptômes, ils trouvent que certains comme la diarrhée et la fièvre sont les mêmes.

“

Verbatims :

• Les agents de santé nous encouragent à prendre le vaccin contre corona virus, cependant, les gens disent que si on prend le vaccin, nous allons prendre la maladie beaucoup plus rapide et ils montrent un dessin de squelette, et dire que nous allons devenir comme les vampires

• Après on dit : qu'qu'on se faire transformer en animal et on va avoir la marque 666 qui dit voilà le fils du diable.

Qu'est-ce qui peut empêcher les personnes de cette communauté d'accepter de se faire vacciner contre le Coronavirus / COVID-19 ?

- La peur des effets secondaires racontés par les gens mal informés

- Le fait d'entendre beaucoup de gens parler négativement du vaccin peut empêcher quelqu'un de prendre le vaccin”

8.2 Méthodes pour éviter la Covid-19

8.2.1 ASPECTS QUANTITATIFS POUR LA PRÉVENTION DE LA COVID-19

Concernant l'évitement de la Covid-19, 88,9% des personnes en charge des enfants ont déclaré savoir comment le faire, dont 90,5% en milieu urbain contre 88,0% en milieu rural. Cette proportion varie également de 76% dans le Nord-Ouest à 95,6% dans le Sud-Est.

Graphique 26 : Proportion de personnes sachant comment éviter la Covid-19 (%)

Répondants ayant déclaré savoir comment faire pour éviter la Covid-19 (%)



S'agissant des méthodes pour éviter la Covid-19, la principale est le lavage des mains avec du savon (82,2%), suivi du respect des mesures barrières (56,8%) et du port du masque/cache-nez (53,1%). D'autres méthodes ont été signalées dans 18,5% des cas. Ce le non-partage des objets sensibles avec autrui, l'évitement des lieux de rassemblement (foules), la bonne cuisson des aliments, l'adéquat lavage des légumes et fruits,

la consommation des thés et boissons chaudes, la distanciation sociale, la médecine traditionnelle préventive, l'évitement des baisers, le port des gants, l'utilisation du chlore. A quelques exceptions près, le classement de ces méthodes demeure le même quels que soient le département et le milieu de résidence, comme présenté au tableau ci-dessous.

Tableau 66 : Répartition des répondants selon leur connaissance des méthodes pour éviter d'attraper la Covid-19

Variables	Répondants ayant déclaré savoir comment faire pour éviter la Covid-19 (%)	Méthodes pour éviter la Covid-19									
		Allaitement maternel exclusif	Se laver les mains avec du savon	Faire les consultations prénatales	Se vacciner	Bien se nourrir	Respecter les mesures barrières	Porter le masque/ cache-nez	Eviter d'inhaler de l'air pollué	Autre	Autres (à préciser)
	91,8	1,7	85,8	2,1	17,6	6,4	64,4	53,2	6,9	13,7	18,1
	Aire Métropolitaine										
	Artibonite	89,7	0	83,4	0	8,0	4,6	45,1	41,7	0,6	25,7
	Centre	87,1	0	84,9	0	4,3	2,2	51,6	50,5	3,2	16,1
	Grande-Anse	95,2	0	95,2	0	8,4	7,2	61,4	61,4	7,2	15,7
Département	Nippes	89,9	0	82,0	1,1	5,6	11,2	43,8	47,2	2,2	7,9
	Nord	87,7	1,6	77,0	0	1,6	0	86,9	67,2	26,2	13,1
	Nord-Est	92,7	0	90,2	1,2	2,4	3,7	76,8	78,0	2,4	9,8
	Nord-Ouest	76,0	0	54,2	0	3,1	8,3	31,2	27,1	6,2	38,5
	Reste Ouest	87,4	0	81,5	0	25,2	18,5	62,2	62,2	11,8	26,9
	Sud	82,2	0	75,6	1,1	5,6	6,7	54,4	50,0	10,0	30,0
	Sud-Est	95,6	0	92,3	1,1	13,2	9,9	38,5	52,7	0	4,4
Milieu de résidence	Urbain	90,5	0,8	83,6	1,0	11,0	5,8	61,4	55,0	8,9	15,8
	Rural	88,0	0,3	81,3	0,5	9,1	7,8	54,0	52,0	6,1	20,2
Total		88,9	0,5	82,2	0,7	9,8	7,1	56,8	53,1	7,1	18,5

8.2.2 ASPECTS QUALITATIFS DE LA PRÉVENTION DE LA COVID-19

Pour les mesures barrières, les communautés en milieu rural ne se sont pas prémunies contre la Covid-19. Il faut souligner que la majorité des parents rencontrés dans le milieu rural n'a pris aucune mesure de prévention contre la maladie Covid-19. Le respect des gestes barrières, le port des masques et la distanciation sociale n'ont pas été appliqués.

En milieu urbain, les gestes barrières pour éviter d'attraper la maladie consistent en : se laver les mains, désinfecter les objets, porter des masques, et respecter les mesures de distanciation sociale. Mais il s'avère difficile de les respecter ; par rapport aux vicissitudes de la vie, ils ne sont pas prioritaires.

“

Verbatims

- *Quand la maladie était en vogue dans le monde, on nous a dit un ensemble de mesure de mettre en pratique afin d'éviter de prendre cette maladie, depuis la tension est baissée les gens ne pratiquent plus les mesures de distanciation sociale, les gens pensent que cette maladie n'est pas en Haïti.*
- *C'est parce que les gens croient que la maladie n'est*

pas en Haïti, ils ont de la négligence et ils voient aussi qu'ils ne meurent pas en quantité.

- *Quand vous regardez lorsque vous aller faire vacciner votre enfant comment les gens se comportent c'est-à-dire il y a toujours de la foule dans les centre de santé, dans les Ecoles tous ces endroits ont toujours du monde si réellement cette maladie existait en Haïti les gens allaient mourir beaucoup parce qu'ils ne mettent pas en pratique les mesures de distanciation, c'est pour toutes ces raisons que les gens ont fait de la négligence concernant cette maladie, ils ne croient pas en cette maladie. „*

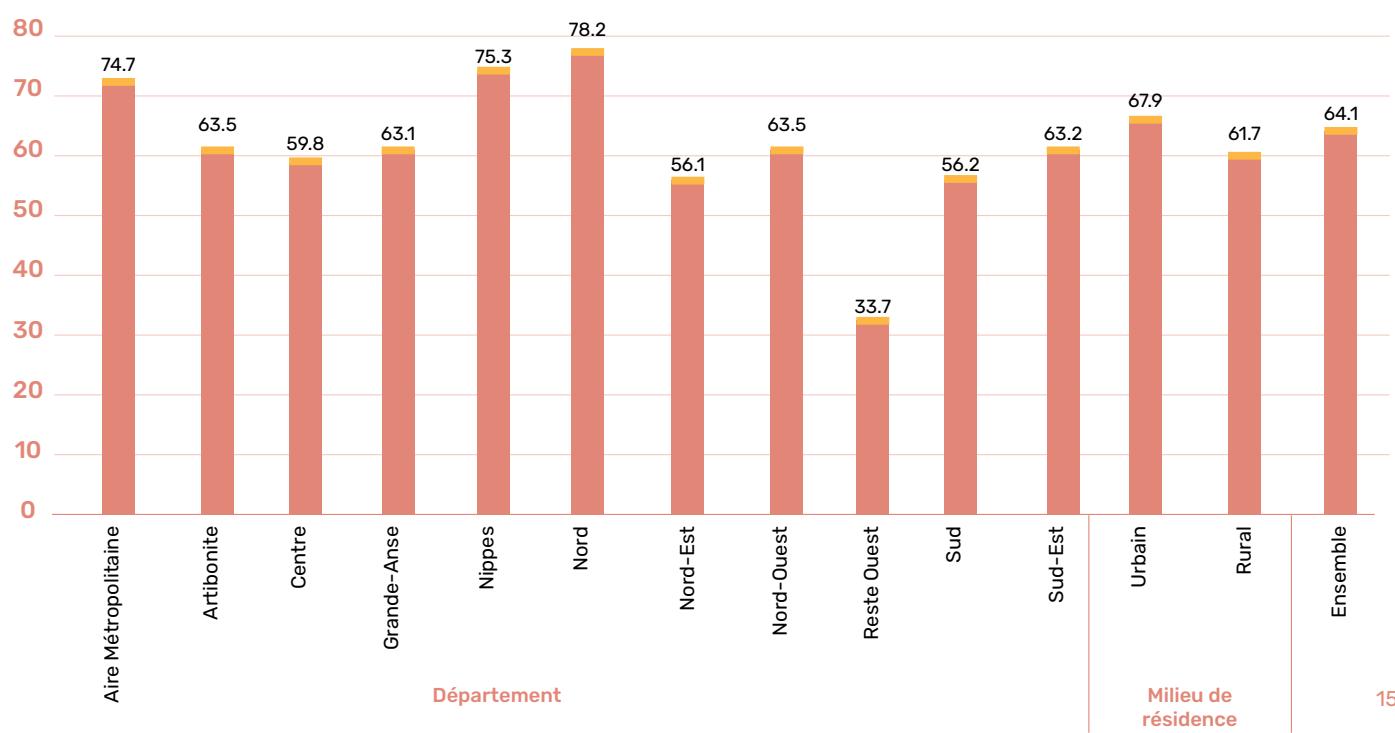
8.3 Manifestations de la Covid-19

8.3.1 ASPECTS QUANTITATIFS DES MANIFESTATIONS DE LA COVID-19

Dans l'ensemble, près de deux personnes sur trois (64,1%) ont déclaré connaître les manifestations de la Covid-19, dont 67,9% en milieu urbain contre 61,7% en milieu rural. Les proportions de répondants connaissant les manifestations de la maladie sont plus faibles dans les départements du Sud (33,7%), du Reste Ouest (56,2%) et du Centre (59,8%), mais plus élevées dans ceux du Nord (78,2%), des Nippes (75,3%) et de l'Aire Métropolitaine (74,7%).

Graphique 27 : Répartition des répondants selon leur connaissance des manifestations de la Covid-19

Répondants ayant connaissance des manifestations Covid-19 (%)



Quant aux manifestations proprement dites, il s'agit principalement des difficultés à respirer (63,3%), de la fièvre (58,8%), des maux de tête (38,8%), de la diarrhée (30%) et de l'irritation de la gorge (27,9%). Certaines manifestations ont également été déclarées mais dans de moindres proportions, telles que les troubles de l'appétit (14,7%), le mal de ventre (11,2%), la soif intense (9,5%) et

les éruptions cutanées (2,4%). En outre, d'autres types de manifestations ont été cités dans 24,2% des cas, tels que l'étouffement, les vomissements, les douleurs musculaires, la fatigue, la grippe, la perte de l'odorat et du goût, la toux, l'irritation des yeux, la sensibilité au froid, les yeux rouges, etc. (Voir Tableau 67)

Tableau 67: Connaissance des manifestations de la Covid-19 selon les répondants

Variables	Répondants ayant connaissance des manifestations Covid-19 (%)	Types de manifestations concernées (%)										
		Fièvre	Eruptions cutanées	Soif intense	Maux de tête	Diarrhée	Mal de ventre	Difficultés à respirer	Troubles d'appétit	Irritation de la gorge	Autres (à préciser)	
Département	Aire Métropolitaine	74,7	70,1	2,3	14,7	50,3	29,9	13,6	58,8	17,5	32,2	18,1
	Artibonite	63,5	39,8	1,8	5,3	14,2	32,7	6,2	43,4	5,3	31,0	49,6
	Centre	59,8	65,5	1,7	1,7	27,6	44,8	3,4	65,5	0	43,1	17,2
	Grande-Anse	63,1	66,0	0	1,9	5,7	20,8	0	62,3	35,8	49,1	26,4
	Nippes	75,3	52,2	4,5	3,0	23,9	23,9	9,0	61,2	9,0	32,8	7,5
	Nord	78,2	57,7	1,0	1,0	61,9	16,5	3,1	91,8	6,2	6,2	38,1
	Nord-Est	56,1	63,0	0	45,7	60,9	52,2	52,2	37,0	26,1	17,4	0
	Nord-Ouest	63,5	26,2	1,6	0	16,4	16,4	4,9	47,5	0	9,8	49,2
	Reste Ouest	56,2	82,4	2,9	10,3	61,8	64,7	23,5	73,5	54,4	45,6	8,8
	Sud	33,7	48,5	12,1	3,0	27,3	6,1	12,1	81,8	12,1	30,3	24,2
Milieu de résidence	Sud-Est	63,2	65,0	3,3	20,0	56,7	18,3	6,7	83,3	3,3	11,7	6,7
	Urbain	67,9	63,6	2,4	11,1	42,2	27,7	13,3	62,0	15,1	29,8	24,1
	Rural	61,7	55,6	2,4	8,4	36,7	31,5	9,8	64,1	14,5	26,7	24,3
	Total	64,1	58,8	2,4	9,5	38,8	30,0	11,2	63,3	14,7	27,9	24,2

8.3.2 ASPECTS QUALITATIFS DES MANIFESTATIONS DE LA COVID-19

En milieu urbain, les informateurs clés, les parents des deux sexes et les femmes responsables des enfants sont plus informés sur la COVID-19. Ils connaissent les signes et les symptômes de la maladie. Ils rapportent que c'est une maladie contagieuse qui se transmet à travers les voies aériennes (bouche, nez). C'est une maladie qui est au centre des débats quotidiens lorsqu'elle était en vogue, mais aujourd'hui les communautés ont presque oublié son existence.

Dans les deux communes (Acul et Limonade) du département du Nord, la plupart des parents (en milieu rural et urbain / hommes et femmes) disent avoir entendu parler de la Covid-19, mais ils n'ont jamais vu un malade, ce qui fait que la majorité ignore les manifestations visuelles de la maladie. En ce qui concerne les signes et les symptômes, la plupart mentionnent : toux, fièvre, douleurs physiques et difficultés respiratoires, maux de tête, perte de l'appétit et maux de gorge.

“

Verbatims :

Quels sont les signes et symptômes de la COVID-19 ?

- *La toux, la grippe, la fièvre.*
- *Vomissement, diarrhée.*
- *Diarrhée, vomissement, problème respiratoire.*
- *Problème respiratoire, douleurs corporelles.*”



8.4 Traitement de la Covid-19

8.4.1 ASPECTS QUANTITATIFS DU TRAITEMENT DE LA COVID-19

S'agissant du traitement de la Covid-19, les répondants optent principalement pour la médecine moderne (57,2%) et la médecine traditionnelle (22,5%). Près d'un tiers (27,9%) déclarent ne pas savoir comment le traiter. Le recours à la médecine moderne a été mentionné surtout par les répondants de Reste de l'Ouest ainsi et des départements des Nippes et du Sud-Est tandis que l'usage de la médecine traditionnelle l'a été, par plus d'un répondant sur dix provenant du Nord-Est, de l'Aire Métropolitaine et du Reste de l'Ouest. Au niveau du Nord, la prière occupe la deuxième place, comme recours aux soins (42,6%).

Tableau 68 : Répartition des répondants selon leur connaissance du traitement de la Covid-19

Variables	Types de traitements concernés (%)							
	Médecine moderne	Charlatan	Médecine traditionnelle	Ne se soigne pas	Ne sait pas	Prière	Autre	
Département	Aire Métropolitaine	58,4	0,9	33,9	0,9	22,7	8,2	7,3
	Artibonite	58,3	0	22,3	0	25,7	1,1	11,4
	Centre	38,7	0	12,9	0	36,6	1,1	16,1
	Grande-Anse	45,8	1,2	13,3	0	49,4	0	0
	Nippes	64,0	0	21,3	1,1	19,1	0	6,7
	Nord	59,0	0	12,3	0	30,3	42,6	14,8
	Nord-Est	41,5	0	32,9	0	31,7	0	3,7
	Nord-Ouest	57,3	1,0	12,5	1,0	30,2	1,0	1,0
	Reste Ouest	63,0	0,8	36,1	0	23,5	18,5	1,7
	Sud	46,7	2,2	14,4	0	41,1	0	0
Milieu de résidence	Sud-Est	89,0	2,2	18,7	0	8,8	0	0
	Urbain	56,0	0,8	26,8	0,4	26,6	7,9	7,3
Total	Rural	58,0	0,6	19,9	0,3	28,7	7,4	5,9
		57,2	0,7	22,5	0,3	27,9	7,6	6,4

8.4.2 ASPECTS QUALITATIFS DU TRAITEMENT DE LA COVID-19

S'agissant des aspects qualitatifs, les populations déclarent qu'au début de la pandémie, ils utilisaient les méthodes traditionnelles à titre de prévention, par exemple le thé médicinal. Ils disent que rien ne peut vraiment encourager les membres de leurs communautés (eux en particulier) à prendre le vaccin (ils étaient très méfiants et agressifs à cette idée).

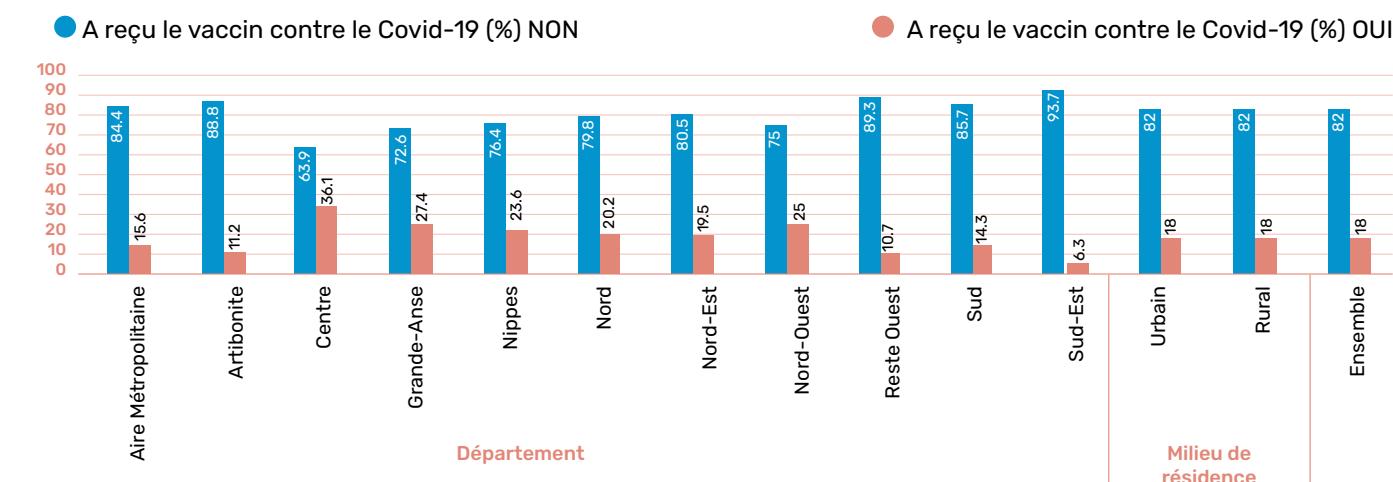
8.5 Vaccination contre la Covid-19

8.5.1 ASPECTS QUANTITATIFS DE LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19

En ce qui a trait au statut vaccinal des personnes en charge des enfants, l'enquête a montré que 18% d'entre eux ont reçu le vaccin contre la Covid-19. Cette proportion est la même en milieu urbain et en milieu rural. Cependant, elle est plus faible dans les départements du Sud-Est (6,3%), du Reste Ouest (10,7%), de l'Artibonite (11,2%) et de l'Aire Métropolitaine (15,6%). Par contre, elle est plus élevée au niveau du Centre (36,1%), de la Grande-Anse (27,4%), du Nord-Ouest (25%) et des Nippes (23,6%).

Graphique 28 : Proportion de répondants ayant reçu le vaccin contre la Covid-19 par département et par milieu de résidence (%)

Proportion de répondants ayant reçu le vaccin contre la Covid-19



Quant aux raisons évoquées justifiant la non prise du vaccin, 40,6% ne l'ont pas fait parce qu'ils en savent très peu sur le vaccin, 23% n'aiment pas ce vaccin, 17,7% les trouvent dangereux, 4% estiment qu'ils ne protègent pas, 1,4% pensent qu'il y a trop de vaccins et 38,1% pour d'autres raisons. Ces autres raisons concernent les rumeurs, ses propriétés délétères, le coût élevé, l'indisponibilité du vaccin, la politique cachée derrière le vaccin, les raisons religieuses (sceau de la marque de la bête), l'inexistence de la maladie, la méconnaissance des lieux de vaccination, le peu de connaissances sur les vaccins proposés, la peur, l'absence d'offre du vaccin dans la localité ou son inaccessibilité.

Il n'y a pas de différence entre le même en milieu urbain et le milieu rural. Par contre, l'analyse en fonction des départements a fait apparaître des écarts. Les répondants du Sud-Est ne l'aiment pas (59,6%) ; ceux du Nord (60,6%), du Centre (61,3%) et du Reste de l'Ouest (63%) en savent très peu ; En outre, d'importantes proportions d'enquêtés dans le Nord-Ouest (63,9%) et l'Artibonite (74,7%) ont évoqué d'autres raisons.

Tableau 69: Connaissance des manifestations de la Covid-19 selon les répondants

Variables	A reçu le vaccin contre la Covid-19 (%)		Raisons de non-prise du vaccin contre la Covid-19 (%)						
	Non	Oui	Je n'aime pas ce vaccin	Les vaccins ne servent à rien et ne protègent pas	Il y a trop de vaccins	Ces vaccins peuvent être dangereux	J'en sais très peu sur ce vaccin	Autres	
Département	Aire Métropolitaine	84,4	15,6	25,0	5,5	1,0	21,0	40,0	31,0
	Artibonite	88,8	11,2	12,7	0	0	5,1	12,7	74,7
	Centre	63,9	36,1	11,3	0	0	21,0	61,3	40,3
	Grande-Anse	72,6	27,4	24,6	0	1,6	34,4	50,8	27,9
	Nippes	76,4	23,6	8,8	1,5	0	10,3	54,4	30,9
	Nord	79,8	20,2	32,3	19,2	6,1	14,1	60,6	21,2
	Nord-Est	80,5	19,5	13,6	3,0	0	19,7	43,9	24,2
	Nord-Ouest	75,0	25,0	11,1	0	0	12,5	20,8	63,9
	Reste Ouest	89,3	10,7	25,9	1,9	0,9	22,2	63,0	31,5
	Sud	85,7	14,3	20,2	8,3	2,4	35,7	25,0	34,5
Milieu de résidence	Sud-Est	93,7	6,3	59,6	1,1	3,4	9,0	39,3	20,2
	Urbain	82,0	18,0	22,4	7,0	0,7	16,0	37,4	37,7
	Rural	82,0	18,0	23,4	2,2	1,8	18,7	42,6	38,4
Total		82,0	18,0	23,0	4,0	1,4	17,7	40,6	38,1

8.5.2 ASPECTS QUALITATIFS DE LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Les participants aux focus groupes déclarent qu'ils n'ont pas pris le vaccin contre COVID-19, parce qu'ils n'ont pas assez d'informations, et aussi à cause des rumeurs et de la perception de certaines personnes. Cependant, ils rapportent que toutes les personnes éligibles au « Programme Biden », sont obligés de prendre le vaccin ; malheureusement, il n'est plus disponible.

Selon eux, les Haïtiens sont protégés contre la maladie, car avec le manque d'infrastructures sanitaires dans le pays, ils seraient tous déjà morts. Certains avancent qu'ils ne le prendraient qu'en cas d'émigration parce que ce serait une obligation.

“

Verbatims

- *L'une des raisons qui empêchent les gens de se faire vacciner contre le Corona virus c'est parce qu'ils vous font signer votre arrêt de mort, c'est-à-dire que quelques soient les problèmes que le vaccin va causer sur vous, ce serait sur votre responsabilité.*
- *Quand il y a eu le Choléra on nous avait bien informé concernant cette maladie, mais le Corona virus on ne nous a pas donné assez d'information, pour qu'on puisse parler avec les gens pour qu'on les encourage d'aller se faire vacciner.*

Les gens disent que ce vaccin n'est pas bon, il est interdit aux hypertendus et aux diabétiques. Ils disent aussi que la prise de ce vaccin réduise la durée de vie d'une personne.

On craint le vaccin, il y a beaucoup de rumeur qui font savoir que le vaccin donne des maladies après l'avoir reçu. ”

8.6 Sensibilisation sur la Covid-19

La sensibilisation sur la Covid-19 nécessite la satisfaction des besoins en informations des populations pour mieux préparer les contenus et les canaux de sensibilisation. A cet effet, les répondants ont principalement sollicité qu'on leur explique le rôle du vaccin (66,2%), ses effets secondaires (42,2%), son mode de fonctionnement (40%) et de l'éligibilité aux vaccins. Certains (15,2%) ont sollicité d'autres types d'informations telles que le mode de traitement de la Covid-19, les méthodes de contamination, la durée du vaccin et son efficacité réelle, les risques encourus, la garantie de ne plus attraper la Covid-19 après avoir été vacciné, etc.

Le classement de ces besoins en informations demeure le même en milieu urbain et en milieu rural. Par contre, il varie selon le département. Les répondants du Reste de l'Ouest se sont enquis surtout de son rôle (92,1%), son mode de fonctionnement (83,5%), de ses effets secondaires (62,0%) et des conditions d'éligibilité (52,1%). Ceux du Centre, se sont particulièrement renseignés sur les conditions d'éligibilité (30,9%) et ses effets secondaires (70,1%) ; du Nord-Est sur son rôle (82,9%) et ses conditions d'éligibilité (43,9%). Les enquêtés des Nippes (77,5%) et du Nord (96,5), se sont davantage intéressés à son rôle ; les répondants du Sud-Est principalement à son rôle (74,7%) et sa période prévue de disponibilité (58,9%) et de la Grande-Anse, à son mode de fonctionnement notamment (72,6%).

Tableau 70 : Répartition des répondants selon leur besoins en informations sur la Covid-19

Variables	Expliquer leur rôle	Quand les vaccins seront disponibles	Qui est éligible pour ces vaccins	Vaccin gratuit ou payant	Comment fonctionne ce vaccin	Les effets secondaires de ce vaccin	Autres
Département	Aire Métropolitaine	62,9	27,4	28,3	14,3	39,7	42,2
	Artibonite	51,1	4,5	6,2	2,2	28,1	43,3
	Centre	55,7	24,7	30,9	22,7	52,6	70,1
	Grande-Anse	47,6	6,0	8,3	0	72,6	45,2
	Nippes	77,5	7,9	27,0	2,2	29,2	33,7
	Nord	96,0	15,3	8,1	11,3	37,9	53,2
	Nord-Est	82,9	28,0	43,9	19,5	18,3	28,0
	Nord-Ouest	33,3	1,0	4,2	0	31,2	36,5
	Reste Ouest	92,6	26,4	52,1	22,3	83,5	62,0
	Sud	57,1	7,1	7,1	3,1	49,0	34,7
Milieu de résidence	Sud-Est	74,7	58,9	13,7	1,1	5,3	3,2
	Urbain	66,7	20,9	21,9	12,3	37,6	41,9
Total		66,2	19,0	20,9	9,4	40,6	42,2
							15,2

8.7 DISPONIBILITÉ DES VACCINS EN HAÏTI

Le niveau de connaissance des types de vaccins disponibles en Haïti est très faible, puisque 11,5% des répondants ont déclaré connaître les types de vaccins disponibles. Cette proportion est par ailleurs de 14,7% en milieu urbain contre 9,6% en milieu rural. Des disparités

interdépartementales sont observées : le niveau de connaissance varie de 0,8% dans le Reste de l'Ouest et de 1,6% dans le Nord à 28,6% dans la Grande-Anse et 29,2% dans les Nippes.

Tableau 71 : Répartition des répondants selon leur connaissance des types de vaccins disponibles en Haïti par département d'enquête et milieu de résidence (%)

Variables	Non	Oui
Département	Aire Métropolitaine	85,7 14,3
	Artibonite	93,3 6,7
	Centre	97,9 2,1
	Grande-Anse	71,4 28,6
	Nippes	70,8 29,2
	Nord	98,4 1,6
	Nord-Est	76,8 23,2
	Nord-Ouest	78,1 21,9
	Reste Ouest	99,2 0,8
	Sud	98,0 2,0
Milieu de résidence	Sud-Est	92,6 7,4
	Urbain	85,3 14,7
Total	Rural	90,4 9,6
		88,5 11,5

Pour ce qui est des types de vaccins connus, les répondants ont énuméré tous les vaccins quel que soit le domaine, notamment : BCG, DTC, PENTA, Polio, Vitamine A, Albendazole, Pneumocoque, VAR, VAT, VPI, VPO, Rota

virus, choléra, et les vaccins contre la Covid-19. Quant aux vaccins spécifiques contre la Covid-19, ils ont cité Janssen, Moderna et Pfizer.

Conclusion

L'enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de vaccination en Haïti avait pour objectif de fournir au Programme national de vaccination des informations pertinentes sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations sur la vaccination. Basée sur une combinaison des méthodes d'enquêtes qualitative et quantitative, elle a permis de mesurer le niveau de connaissances, les attitudes et les pratiques des parents et gardiens d'enfants de 0-24 mois sur la vaccination. Elle a également permis d'apprécier l'aspect équité de genre dans la demande et l'utilisation des services de vaccination, ainsi que les disparités selon le département et le milieu de résidence. Elle a permis de déterminer les sources, réseaux et moyens de communication des parents et gardiens d'enfants sur la vaccination. L'incidence de l'environnement immédiat, notamment celui des grands-parents et autres influenceurs potentiels, a également été appréciée. Les freins à l'accessibilité et à l'utilisation des services de vaccination ont été identifiés selon le département et le milieu de résidence. En outre, les connaissances et pratiques vis-à-vis de la Covid-19 ont été évaluées, ainsi que le taux de vaccination anti-Covid-19.

A l'issue de l'enquête et des analyses qui ressortent de cette étude, les recommandations suivantes peuvent être formulées :

- Renforcer la disponibilité des vaccins dans les lieux de vaccination habituels tels que les centres de santé, les centres médicaux d'arrondissement et les hôpitaux de district ;
- Construire davantage de centres de santé pour les zones qui en sont dépourvues afin de rapprocher les populations des lieux de vaccination ;
- Subventionner les vaccins dont le coût limite l'accès pour les populations ;
- Réduire les risques sécuritaires qui limitent l'accès des populations aux centres de vaccination ;

- Renforcer les mécanismes de contrôle pour limiter les doubles prises de vaccin lors des vaccinations ;
- Renforcer la sensibilisation pour réduire les craintes des populations au sujet des vaccins contre la tuberculose, la polio, le DTC, la rougeole, la vitamine A et la fièvre jaune ;
- Renforcer les mécanismes de lutte contre les principales maladies auxquelles fait face la population telles que le paludisme/fièvre, la grippe, la diarrhée, la typhoïde, la rougeole, etc. ;
- Renforcer les causeries éducatives sur la stratégie avancée dans les départements à faible couverture, en particulier dans les départements du Sud-Est et du Sud ;
- Renforcer la sensibilisation et la communication sur les prochaines campagnes de vaccination ;
- Impliquer davantage les relais communautaires, les autorités traditionnelles et religieuses, ainsi que les leaders d'opinion lors des prochaines campagnes de vaccination ;

Améliorer la sensibilisation sur le rôle, l'efficacité et les effets du vaccin contre la Covid-19.

Références bibliographiques

Aubry P., Gaüzère, B.A (2019). Du Programme Elargi de Vaccinations aux Programmes Nationaux de Vaccination systématique. In Médecine Tropicale [Livre]. - Bordeaux : Université de Bordeaux.

Compte rendu de l'atelier de bilan PEV 2022 et d'élaboration du plan intérimaire 2023, 2e phase

Connolly, E., Boley, E. J., Feijfar, D. L., Varney, P. F., Aron, M. B., Fulcher, I. R., Lambert, W., Ndayizigiye, M., Law, M. R., Mugunga, J. C., Hedd-Gauthier, B., & Cross-site COVID-19 Syndromic Surveillance Working Group (2022). Childhood immunization during the COVID-19 pandemic: experiences in Haiti, Lesotho, Liberia and Malawi. *Bulletin of the World Health Organization*, 100(2), 115–126C. <https://doi.org/10.2471/BLT.21.286774>

Daniels, JP (2019). «Words, not guns»: l'apprentissage apporte de l'espoir au bidonville le plus notoire d'Haïti. *The Guardian* <https://www.theguardian.com/global-development/2019/oct/04/words-not-guns-learning-brings-hope-to-haiti-slum-cite-soleil> (2019).

Davison C. et al. (1991). Lay epidemiology and the prevention paradox: the implications of coronary candidacy for health education. *Sociology of Health & Illness*. Volume 13, Issue 1.

EMMUS VI (2017). Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services.

EMMUS VI (2018). Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI) 2016-2017 Rapport de synthèse.

Hartley D.M., Perencevich E.N. (2020). Public Health Interventions for COVID-19: Emerging Evidence and Implications for an Evolving Public Health Crisis. *JAMA*. 2020;323(19):1908–1909. doi:10.1001/jama.2020.5910

JSI (2017). Haïti. Stratégie de vaccination en milieu urbain pauvre, le Cas de la Cité Soleil Leçons Apprises et recommandations. Tiré de : https://publications.jsi.com/JSIInternet/Inc/Common/_download_pub.cfm?id=19268&lid=6. Consulté le 22 juin 2023.

jsi.com/JSIInternet/Inc/Common/_download_pub.cfm?id=19268&lid=6. Consulté le 22 juin 2023.

JSI (2017). Haïti: Stratégies de renforcement des programmes de vaccination dans les milieux urbains pauvres: leçons apprises et recommandations de Cité Soleil.

JSI(2019). Enquête d'évaluation de base des institutions sanitaires qui vaccinent à Cité Soleil et des occasions manquées de vaccination sur la période de janvier-mars 2019 résultats préliminaires.

Lévy-Bruhl D., Cook Jon, & al. (1993). Approches méthodologiques dans l'étude de l'acceptabilité de la vaccination : exemple de trois enquêtes menées en Afrique de l'Ouest. In : Sciences sociales et santé. [Livre]. - : [s.n.], 1993. - Vol. Volume 11, n°2,

MSPP (2019). Grandes réalisations du MSPP de Mars 2017 – Juin 2019.

MSPP (2022). Étude anthropologique des facteurs de persistance de refus ou de l'abandon de la vaccination dans cinq communes cibles d'Haïti.

MSPP, UNICEF (2020). Rapport d'analyse situationnelle de communication PEV en Haïti

MSPP. (2016-2020) Évaluation du Plan Pluriannuel complet 2016-2020

MSPP-UNICEF-OPS/OMS (2016). Stratégie Nationale de Communication pour le renforcement de la vaccination de routine 2014-2016, p10

OMS (2021). Selon de nouvelles données de l'OMS et de l'UNICEF, la pandémie de COVID-19 entraîne un net recul des vaccinations chez l'enfant. Tiré de : <https://www.who.int/fr/news/item/15-07-2021-covid-19-pandemic-leads-to-major-backsliding-on-childhood-vaccinations-new-who-unicef-data-shows>. Consulté le 4 juillet 2023.

Raude J. (2016), « L'hésitation vaccinale : une perspective psychosociologique », Bull. Acad. Natle Méd., 200, n°2, 199-209.

Raude J. (2016), « L'hésitation vaccinale : une perspective psychosociologique », Bull. Acad. Natle Méd., 200, n°2, 199-209.

RHJS (2023). Dossier du RHJS sur la vaccination de routine. Tiré de : <https://rhjs.ht/2023/04/29/dossier-du-rhjs-sur-la-vaccination-de-routine/>. Consulté le 18 juin 2023

SPMVS (2016). Stratégies et pratiques mondiales de vaccination systématique (SPMVS). ISBN 978 92 4 251010 2

UEH, MSPP (2021). Perceptions, attitudes et comportements de la population vis-à-vis de l'épidémie de Coronavirus et du vaccin anti Covid-19(CAP-VACC), Port-au-Prince.

UNICEF (2023). Résumé analytique. La situation des enfants dans le monde 2023. UNICEF Innocenti – Centre mondial de la recherche et de la prospective. ISBN: 978-92-806-5447-9.

Mars 2024

