

PLAN DE TRAVAIL

1. Termes de référence

1.1 Introduction

En vue d'améliorer les conditions de vie des populations, le gouvernement du Cap Vert a adopté en 1995 une Déclaration Politique de Population (PNP) qui s'articule autour des sept objectifs suivants :

- 1- Réduire les niveaux de croissance démographique ;
- 2- Diminuer la morbidité et la mortalité générale et spécifique de la population ;
- 3- Promouvoir la santé de la mère et de l'enfant et améliorer progressivement les conditions des femmes et des enfants ;
- 4- Mettre en place des mécanismes qui assurent une distribution spatiale équilibrée de la population ;
- 5- Intégrer les migrations internationales dans la stratégie du développement économique et social ;
- 6- Promouvoir et appuyer le développement graduel des ressources humaines, et
- 7- Approfondir la connaissance de la réalité socioculturelle, économique et démographique, et renforcer les actions qui garantissent une meilleure connaissance et une sensibilisation pour les questions liées à la population.

Par ailleurs, dans le cadre de sa stratégie de monitoring et d'évaluation, le projet HIV/SIDA du Cap Vert prendra des mesures pour renforcer les conditions de vigilance de la seconde génération, une parmi lesquelles sera un appui pour la réalisation d'une série d'études au niveau national. Ces études comprennent les postes sentinelles de la vigilance prénatale (ANC), une Enquête Démographique et de Santé – *Demographic and Health Survey* (DHS) avec un module sida sur les comportements et un volet de test de VIH et une Enquête de Surveillance des Comportements – *Behavioral Surveillance Survey* (BBS) avec deux populations prioritaires.

L'Unité Administrative (UA) du Secrétariat Exécutif du Comité de Coordination de lutte contre le SIDA (CCS-SIDA) coordonne le monitoring et l'évaluation (M&E) du projet VIH/SIDA au Cap Vert, et plusieurs agences sont responsables de la mise en place des différents niveaux du système de M&E. Le Ministère de la Santé est responsable de la mise en place de la Surveillance ANC et, dans une initiative conjointe avec l'Institut National de la Statistique (INE), ils auront à entreprendre l'enquête DHS avec le volet séroprévalence du VIH.

La première enquête DHS au Cap Vert a été entreprise en 1998 par l'INE pour avoir des indicateurs fiables sur certains phénomènes démographiques et socio-sanitaires, et pour évaluer les programmes de PF et de santé reproductive. Pour répondre aux besoins de l'introduction de la composante VIH, un groupe de travail

INE/Ministère de la Santé a été créé pour la préparation de la deuxième DHS au Cap Vert qui sera entreprise en 2004.

1.2 Tâches spécifiques de la mission

Conformément au contrat de Services de Consultants pour appuyer la Stratégie nationale de vigilance de la seconde génération, entre l'Unité Administrative du Secrétariat Exécutif du Comité de Coordination contre le SIDA (Praia) et ORC Macro International (Calverton, MD, USA), les objectifs de cette première mission étaient de :

- a) Evaluation des besoins en matière de données ;
- b) Participer à l'Atelier technique pour la préparation de l'enquête DHS afin de passer en revue les besoins en données et décider des options organisationnelles et méthodologiques à choisir, y compris l'échantillonnage, les principales sections des questionnaires et des modules qui intéressent le pays et le protocole du test de VIH ;
- c) Préparer avec les institutions responsables qui auront à entreprendre l'enquête un plan de travail détaillé avec un calendrier et un budget pour les coûts locaux, y compris les coûts des équipements et matériels pour les tests biologiques et les mesures anthropométriques ;
- d) Apporter un appui au *Programa de Luta contra a SIDA* du Ministère de la Santé dans la révision des procédures de l'enquête de surveillance des sites sentinelles ANC ;
- e) Faire un compte-rendu de fin de mission au Ministère de la Santé et à l'INE et de préparer avec les institutions responsables de la mise en place de la DHS un calendrier des prochaines visites au Cap Vert.

Au cours de cette mission, effectuée du 21 juillet au 1^{er} août 2003, Mohamed Ayad, Coordinateur Régional au Programme DHS, a eu de nombreux contacts lors de l'Atelier technique (24, 25 et 28 juillet 2003) sur l'IDSR-II avec les représentants de diverses institutions capverdiennes et plusieurs organismes internationaux. Les séances de travail de l'Atelier ont porté essentiellement sur les objectifs et le contenu de l'enquête (les questionnaires) y compris les tests d'anémie et de VIH, la taille et représentativité de l'échantillon, le cadre institutionnel, les moyens humains et techniques à mobiliser pour sa réalisation, le calendrier et le budget. Ces différents sujets sont abordés ci-dessous et constituent un plan de travail pour la réalisation de la Deuxième Enquête Démographique et de Santé Reproductive au Cap Vert - *Segundo Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva* (IDSR-II). Les Annexes 1 et 2 présentent certains des papiers présentés lors de l'Atelier., ainsi que les recommandations et l'Annexe 7 présente la liste des participants.

2. Organisation de l'IDSR-II

L'IDSR-IIa deuxième aura pour objectifs spécifiques :

- Connaître les niveaux et tendances de la fécondité et de la mortalité infantile et juvénile, ainsi que les facteurs déterminant leur évolution ;
- Déterminer le niveau de connaissance et d'utilisation des méthodes de contraception chez les femmes et les hommes ;

- Obtenir des informations sur le nombre idéal d'enfants et sur l'attitude vis-à-vis de la planification familiale chez les femmes et les hommes en âge de procréer ;
- Recueillir des données détaillées sur la santé maternelle et infantile : visites prénatales, assistance à l'accouchement, allaitement, vaccinations, supplémentation en vitamine A, prévalence de l'anémie et prévalence et traitement de la diarrhée et d'autres maladies chez les enfants de moins de cinq ans ;
- Recueillir des données détaillées sur la sexualité des jeunes ;
- Recueillir des données détaillées sur la connaissance, les opinions et attitudes des femmes et des hommes vis-à-vis du sida et des infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- Évaluer la prévalence du VIH/sida dans l'ensemble de la population.
- Valider les données des sites sentinelles ;
- Estimer l'ampleur de l'avortement.

L'enquête sera exécutée par un cabinet créé au sein de l'Institut National de la Statistique (INE) et qui groupe les techniciens de l'INE et du Ministère de la santé (MS). Par ailleurs, l'INE et le MS collaboreront, à tous les stades d'exécution du projet, avec les institutions nationales et internationales qui s'intéressent et oeuvrent dans le domaine de la population et de la santé, en particulier, le Comité de Coordination de Lutte contre le Sida (CCS-SIDA), VERDEFAM, le FNUAP, l'OMS et l'UNICEF. A cette fin, **un Comité de Pilotage sera créé, présidé par la Direction Générale de la Santé du MS et dont le Secrétariat Général sera assuré par l'INE** (Voir Annexe X sur le Cadre Institutionnel). Ce comité se réunira de façon régulière pendant la durée du projet pour assurer le contrôle d'exécution du projet, la validation du contenu et des instruments techniques ainsi que les résultats définitifs de l'enquête.

L'INE et le MS souhaitent que cette enquête fournisse des indicateurs : 1) dont la validité scientifique sera reconnue par la communauté internationale et qui pourront être directement comparés aux indicateurs de même type qui existent au niveau international, et 2) qui permettront de suivre les tendances par rapport à ceux de la Première Enquête Démographique et de Santé Reproductive au Cap Vert de 1998. Pour cette raison, le MS et l'INE ont souhaité bénéficier de l'assistance technique du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - DHS) de ORC Macro International.

DHS est un programme international d'enquêtes qui a débuté en 1985. À ce jour, DHS a fourni son assistance technique pour la réalisation de plus de 170 enquêtes, dans 70 pays à travers le monde, dont la majorité en Afrique Subsaharienne. De plus, DHS a développé des méthodologies (procédures d'échantillonnage, de collecte, de traitement des données, etc.) et des instruments d'enquête (questionnaires, manuels, logiciels, programmes de traitement, etc.) standardisés qui sont utilisés dans tous les pays bénéficiant de l'assistance technique du programme international. Ces

méthodologies et instruments qui ont été développés en collaboration avec de nombreuses agences et institutions de développement (USAID, OMS, FNUAP, UNICEF, Banque Mondiale, etc.), sont conçus pour collecter les informations appropriées permettant le calcul d'indicateurs démographique et de santé dont la validité scientifique est reconnue par la communauté internationale et qui sont comparables pour tous les pays participant au programme international.

3. Contenu de l'enquête

Dans la mesure où les questionnaires standards développés par le programme DHS sont conçus pour collecter les informations appropriées permettant le calcul d'indicateurs démographique et de santé standardisés au niveau international, **DHS recommande que l'IDSR-II utilise ces questionnaires standards** qui seront adaptés aux spécificités et aux besoins du Cap Vert.

3.1 Questionnaires de base

DHS propose deux questionnaires de base, le questionnaire ménage et le questionnaire femme.

3.1.1 Questionnaire ménage

Le **questionnaire ménage** permet de dresser la liste de tous les membres des ménages et de collecter des informations sur leurs caractéristiques socio-démographiques de base, il permet également de collecter des informations sur les caractéristiques des logements. Les données collectées au niveau du ménage permettent de mesurer :

Au niveau **démographique général** :

- f) Distribution de la population par âge et sexe ;
- g) Taille et composition des ménages ;
- h) Proportion de femmes chef de ménage.

Dans le domaine de l'**éducation** :

- Distribution de la population par niveau d'instruction ;
- Taux de fréquentation scolaire.
- Taux d'analphabétisme

En ce qui concerne les **orphelins** :

- Proportions d'enfants orphelins et d'enfants en garde ;
- Ratio orphelins scolarisés / non-orphelins scolarisés.

En outre, ce "recensement" des membres des ménages permet l'identification des personnes éligibles pour l'enquête individuelle, à savoir les femmes en âge de reproduction (15-49 ans). Puisque le projet comprend aussi une enquête individuelle auprès des hommes, ces derniers sont également identifiés à partir de l'enquête ménage.

Concernant les **logements** (ces informations combinées à d'autres données collectées au cours de l'enquête permettent de calculer l'**Index de confort** de la population, selon les recommandations internationales). Cet index sera calculé selon la méthodologie établie dans le cadre du recensement de la population de 2000. :

En plus des informations collectées au cours des interviews, différents types d'informations sont collectés au moyen de tests et de prises de mesures dans les DHS standards.

Dans le cas de l'IDSR-II, les **Mesures anthropométriques** (les femmes de 15-49 ans et les enfants de moins de 5 ans sont pesés et mesurés de façon à déterminer leur **état nutritionnel** : émaciation, insuffisance pondérale et retard de croissance pour les enfants, et Indice de Masse Corporelle pour les femmes) ne seront pas introduites car elles ont été incluses dans l'Enquête Budget et Conditions de Vie des Ménages effectuée en 2001-2002. Il a été également décidé que le **Test du sel** (dans tous les ménages enquêtés, le sel utilisé pour la cuisine est testé pour déterminer sa **teneur en iode**. Les résultats du test permettent de déterminer la proportion de femmes et d'enfants vivant dans des ménages utilisant du sel suffisamment iodé) ne fasse pas partie de cette enquête car le manque d'iode n'est pas considéré un problème de santé publique au Cap Vert et qui serait étudié dans le cadre de l'enquête sur les micronutriments.

3.1.2 Questionnaire individuel femme

Le **questionnaire individuel femme** constitue le questionnaire central des enquêtes DHS. Il comprend les 9 sections suivantes : a) caractéristiques socio-démographiques, b) reproduction, c) planification familiale, d) soins pré/postnatal, accouchement et allaitement, e) vaccination et santé des enfants, f) mariage et activité sexuelle, g) préférences en matière de fécondité, h) caractéristiques du conjoint et activité professionnelle de la femme, i) VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles. Les données collectées au niveau des femmes de 15-49 ans, permettent, en particulier, d'estimer des indicateurs en rapport avec :

Les **caractéristiques socio-économiques et démographiques** des femmes :

- Age ;
- Niveau d'instruction ;
- Niveau d'alphabétisation ;
- Exposition aux médias ;
- Religion ;
- Emploi (type d'emploi type de revenus, utilisation des revenus, participation aux dépenses du ménage) ;
- (Pour les femmes en union) : caractéristiques du conjoint (âge, instruction, emploi).

Les **relations entre les sexes** :

- Opinions concernant la violence domestique ;
- Opinions concernant les rapports sexuels dans le couple.

Les **indicateurs de fécondité** :

- Taux de fécondité ;
- Fécondité des adolescentes ;
- Intervalle intergénéral ;
- Age à la première naissance.

Les **déterminants de la fécondité** :

- Etat matrimonial ;
- Age au mariage ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Désir de limiter les naissances ;
- Nombre idéal d'enfants ;
- Fécondité désirée.

La **Planification familiale** :

- Connaissance des méthodes contraceptives ;
- Utilisation passée de la contraception ;
- Prévalence contraceptive ;
- Utilisation future de la contraception ;
- Besoins non satisfaits en matière de contraception ;
- Sources de la contraception ;
- Information au sujet de la contraception.

Les **indicateurs de mortalité des enfants** :

- Taux de mortalité néonatale et post-néonatale ;
- Taux de mortalité infantile ;
- Taux de mortalité juvénile.

La **santé de la mère** :

- Problèmes pour se soigner ;
- Soins prénatals : fréquence, contenu ;
- Conditions d'accouchement ;
- Soins postnatals.

La **santé de l'enfant** :

- Vaccinations ;
- Prévalence et traitement de la diarrhée ;
- Prévalence et traitement des IRA ;
- Prévalence et traitement de la fièvre.

L'**allaitement et nutrition** :

- Fréquence et durée de l'allaitement (exclusif ou non) ;
- Introduction des compléments nutritionnels (âge et type d'aliments) ;
- Suppléments en fer pendant la grossesse ;

Le **VIH/sida et les IST** : les questions sur le VIH/sida portent sur le comportement sexuel, l'utilisation du condom, la connaissance, attitudes et pratiques concernant le VIH/sida et les IST. Ces questions permettent, entre autres, de calculer l'ensemble des **indicateurs de suivi et évaluation** basés sur la population générale et définis par l'**ONUSIDA** et l'**UNGASS**. En particulier :

- Age aux premiers rapports sexuels ;
- Fréquence des rapports sexuels ;
- Type de partenaire ;
- Rapports sexuels à risque ;
- Différence d'âge avec le partenaire ;
- Utilisation du condom selon le type de partenaire ;
- Connaissance des moyens de prévention du VIH/sida ;
- Abstinence, fidélité, condom ;
- Transmission mère/enfant ;
- Stigma ;
- Dépistage du VIH/sida (général et au cours des soins prénatals) ;
- Connaissance des IST et des symptômes ;
- Prévalence déclarée d'IST ;
- Traitement des IST et information du partenaire.

3.2 Modules, tests et questionnaires additionnels

En plus des questionnaires de base, le programme DHS dispose d'un certain nombre de modules, de tests et de questionnaires qui peuvent être ajoutés à l'enquête de base. L'ajout de ces modules additionnels dépend des besoins particuliers du pays en matière d'indicateurs, mais il est également limité par des contraintes techniques (par ex., la taille de l'échantillon) et financières. De plus, ces ajouts doivent être limités pour éviter que les enquêtes deviennent trop longues, ce qui risquerait de compromettre la qualité des données collectées. Compte tenu des besoins exprimés par les différents participants à l'Atelier technique, les **questionnaires, modules et tests additionnels suivants** ont été retenus dans le cadre de l'IDSR-II :

:

3.2.1 Ajout au niveau du questionnaire ménage

Ajout du **test d'anémie** : Praticué sur le terrain, il permet de déterminer le niveau d'hémoglobine dans le sang et ainsi la prévalence (et le degré) d'anémie (voir en Annexe 3, le protocole de test de Macro). Le test porterait sur les femmes de 15-49 ans, les hommes de 15-59 ans et tous les enfants de moins de 5 ans présents dans la moitié des ménages sélectionnés dans le cadre de l'enquête femme.

Test du VIH : Il s'agit d'un test anonyme non-corrélé, auprès des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans présents dans la moitié des ménages, en utilisant la technique de collecte de gouttes de sang séché.

3.2.2 Ajout au niveau du questionnaire individuel femme

- Ajout du **module relatif aux jeunes adultes de 15-24 ans**. Ce module a été utilisé dans le cadre de la première IDSR de 1998.

Ajout du **module sur les grossesses avortées**. Ce module permettra de mesurer l'ampleur de l'avortement surtout parmi les adolescentes.

Ajout du module sur **la violence domestique** qui sera réalisé dans 1/3 des ménages de telle sorte qu'on aura dans le sous-échantillon des ménages sélectionnés pour le test du VIH et d'autres qui ne le sont pas. Ce module permettra de mesurer l'ampleur de la violence domestique au Cap-Vert.

3.2.3 Ajout d'une enquête individuelle auprès des hommes

Compte tenu de l'importance des indicateurs relatifs au VIH/sida et aux IST, il a été retenu d'inclure **également une enquête individuelle auprès des hommes de 15-59 ans**. Les indicateurs recherchés nécessitant un échantillon moins important que pour l'enquête femme, les hommes ne seront interviewés que dans 50% des ménages de l'échantillon. Le questionnaire homme proposé est une forme allégée du questionnaire individuel femme. Il comprend les 4 sections suivantes :

- **Caractéristiques socio-démographiques** : Identique à la section correspondante pour les femmes.
- **Reproduction et préférences** : cette section permet de déterminer simplement le nombre d'enfants que chaque homme a eu au cours de sa vie ainsi que ses préférences en matière de fécondité ;
- **Mariage et activité sexuelle** : cette section, très voisine de celle utilisée dans le questionnaire femme, permet de mesurer les indicateurs relatifs au mariage et à l'activité sexuelle ;
- **VIH/sida et IST** : cette section est identique à celle utilisée dans le questionnaire femme.

3.3 Adaptation des questionnaires

DHS recommande que :

- Les questionnaires standard (ménage, femme et homme), le modules standard du Programme DHS approprié au Cap Vert (avortements) et les protocoles de test standard, dans la mesure du possible, du Programme DHS servent de base à l'IDSR-II.
- L'adaptation des questionnaires à la réalité du Cap Vert et l'ajout et/ou le retrait de questions soient fait par le cabinet de l'IDSR-II et les experts démographe et informaticiens du Programme DHS, en collaboration avec le comité de pilotage, de façon à s'assurer de la cohérence des questionnaires et à s'assurer que tous les éléments nécessaires au calcul des indicateurs clé sont correctement collectés.

4. Base de sondage et échantillon

4.1 Procédure d'échantillonnage

Pour atteindre les objectifs que s'est fixés l'IDSR-II, il est nécessaire d'interroger un échantillon de femmes en âge de procréer et un échantillon d'hommes. Pour sélectionner ces échantillons, la **procédure suivie par le programme DHS et retenue par l'INE** pour la réalisation de l'IDSR-II est la suivante :

- i) identifier une base de sondage fournissant, pour l'ensemble du pays, une liste exhaustive d'unités délimitées géographiquement et de taille connue en terme de population ;
- ii) sélectionner, à partir de cette base de sondage, un certain nombre d'unités appelées Unités Primaires de Sondage (UPS) ;
- iii) visiter chacune des UPS sélectionnées pour en retrouver les limites, mettre à jour, si nécessaire, les cartes existantes et procéder à une énumération exhaustive de tous les ménages résidents ;
- iv) sélectionner, à un deuxième niveau, dans chaque UPS, un certain nombre de ménages à partir des listes de ménages établies au cours de l'opération d'énumération ;
- v) chaque ménage sélectionné sera enquêté au moyen d'un Questionnaire Ménage. Dans le cas où un ménage sélectionné n'est pas retrouvé au cours de l'enquête, ce ménage ne sera pas remplacé par un autre ménage : pour compenser cette déperdition, le nombre de ménages sélectionnés doit être supérieur au nombre minimal de ménages devant être interrogés avec succès pour les besoins de l'enquête. De plus, les enquêteurs sont tenus à visiter plusieurs fois les ménages sélectionnés afin de réduire au maximum les déperditions de l'échantillon ;
- vi) dans tous les ménages enquêtés, toutes les femmes en âge de procréer sont enquêtées au moyen d'un Questionnaire Individuel Femme. Cette enquête fournit les indicateurs recherchés du point de vue de la femme. En outre, les femmes sont interrogées sur les naissances qu'elles ont eues au cours des cinq dernières années, ce qui fournit les indicateurs recherchés du point de vue des enfants. Comme pour l'enquête ménage, une femme éligible qui ne peut être enquêtée pour une raison quelconque n'est pas remplacée par une autre femme ; pour compenser cette déperdition, le nombre de femmes éligibles doit être supérieur au nombre minimal de femmes devant être interrogés avec succès pour les besoins de l'enquête. De plus, les enquêteurs sont tenus à visiter plusieurs fois les femmes éligibles afin de réduire au maximum les non-réponses et donc les déperditions de l'échantillon ;
- vii) comme les indicateurs recherchés du point de vue des hommes nécessitent un échantillon de taille plus réduite que les indicateurs concernant les femmes, on sélectionne un sous-échantillon de ménages dans lesquels, tous les hommes de 15-59 ans sont enquêtés au moyen d'un Questionnaire Individuel Homme ;
- viii) en ce qui concerne les tests d'anémie auprès des femmes, des hommes et des enfants de moins de cinq ans, et celui du VIH auprès des femmes et des hommes, il

a été retenue que ces tests ne soient effectués que dans un ménage sur deux pour éviter de rendre les activités de collecte et de traitement trop longues (ce qui risquerait de compromettre la qualité de l'ensemble de la collecte). Comme pour les interviews, les personnes éligibles qui ne peuvent être testées pour une raison quelconque ne sont pas remplacées ; pour compenser cette déperdition, le nombre de personnes éligibles doit être

supérieur au nombre minimal de personnes devant être testées avec succès pour les besoins de l'enquête. De plus, les enquêteurs responsables des tests sont tenus à visiter plusieurs fois les personnes éligibles afin de réduire au maximum les non-réponses et donc les déperditions de l'échantillon.

Dans un souci de comparabilité de l'IDSR-II avec les autres enquêtes EDS réalisées à travers le monde, il a été retenu de suivre cette procédure.

4.2 Base de sondage

Le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat qui a été réalisé en 2000 constitue la base de sondage disponible pour le Cap Vert. Le tableau 4.1 présente une estimation de la distribution de la population des femmes en âge de reproduction par département et île en 2003. Le RGPH de 2000 fournit une liste exhaustive des zones de dénombrement (ZD) par milieu de résidence, île, département et commune avec une évaluation de leur population et les cartes correspondantes. Ces informations sont généralement suffisantes pour le tirage d'un échantillon au premier degré (tirage des Unités Primaires de Sondages - UPS).

Tableau 4.1 : Répartition de la population féminine en âge de reproduction de 15-49 ans selon le département et l'île, Cap Vert 2003

Île et Département	Effectif de femmes de 15-49 ans	Pourcentage
Total Cap Vert	114,688	100.9
01 Santo Antão	9,974	8.7
11 Ribeira Grande	4,509	
12 Paúl	1,666	
13 Porto Novo	3,799	
02 São Vicente	19,200	16.7
21 São Vicente	19,200	
03 São Nicolau	2,926	2.6
31 São Nicolau	2,926	
04 Sal	4,199	3.7
41 Sal	4,199	
05 Boa Vista	1,062	0.9
51 Boa Vista	1,062	
06 Maio	1,880	1.6
61 Maio	1,880	

10 Reste de Santiago	33,566	29.3
71 Tarrafal	5,056	
72 Santa Catarina	13,058	
73 Santa Cruz	8,146	
75 São Domingos	3,101	
76 São Miguel	4,205	
07 Praia	32,194	28.1
74 Praia	32,194	
08 Fogo	9,136	8.0
81 Mosteiros	2,328	
82 São Filipe	6,808	
09 Brava	1,596	1.4
91 Brava	1,596	

4.3 Taille et représentativité de l'échantillon

La taille de l'échantillon est fixée en fonction du type d'indicateur à calculer et du degré de précision recherché. Pour le calcul des indicateurs de fécondité et de mortalité des enfants, **DHS recommande, pour chaque domaine d'étude, une taille minimale d'échantillon de 800 femmes en âge de procréer (15-49 ans).**

Par ailleurs, et compte tenu des spécificités du Cap Vert avec ses neuf îles, il a été retenu de sélectionner **un échantillon pondéré** (c'est-à-dire un échantillon où les neuf îles en plus de Praia constituent 10 domaines d'études pour la majorité des indicateurs, dans la mesure du possible, après mise à jour de l'échantillon).

Compte tenu des indicateurs de population et de santé reproductive que les utilisateurs souhaiteraient obtenir de cette enquête, il a été retenu d'avoir un **échantillon-cible de 6000 femmes de 15-49 ans et 3000 hommes de 15-59 ans enquêtés avec succès.**

Le tableau 4.2 donne la répartition de l'échantillon des femmes et des hommes par domaine et par milieu de résidence en tenant compte des taux de non-réponse.

Tableau 4.2 : Allocation des zones de dénombrement (ZD) par domaine d'étude et par milieu de résidence

Domaine d'étude	Effectif de femmes enquêtées	Effectif de femmes sélectionnées	Effectif d'hommes enquêtés	Effectif d'hommes sélectionnés	Nombre de ZD tirées
Santo Antão	709	806	416	518	32
São Vicente	839	955	410	511	31
São Nicolau	394	449	201	250	18
Sal	414	471	252	313	17
Boa Vista	211	240	141	175	6
Maio	285	324	115	144	9
Praia	1045	1189	461	574	36

Fogo	645	734	270	336	23
Brava	328	373	169	210	11
Reste de Santiago	1132	1288	403	502	40
Total	6003	6831	2839	3534	223

Note : Ce tirage tient compte des taux de non-réponse donnés par la première enquête DHS du Cap Vert en 1998.

Une description détaillée de l'échantillon sera préparée par le spécialiste en sondage à Macro, Dr. Ruilin Ren et envoyée à l'INE pour revue et approbation.

5. Activités de l'enquête et calendrier

5.1 Durée des opérations de terrain et de saisie des données

5.1.1 Reproduction des cartes

Cette opération sera effectuée en sous-traitance par une équipe de spécialistes et qui, en outre, aideront les agents d'énumération à identifier les limites cartographiques des DR.

5.1.2 Enumération des ménages

Sur la base d'un échantillon d'environ 223 grappes, il a été retenu que 39 agents d'énumération participent à cette opération pour une durée d'environ 1 mois et demi sous la supervision de quatre cadres techniques. Quarante sept candidats aux postes d'agents d'énumération participeront à 4 jours de formation.

5.1.3 Enquête pilote

Elle sera effectuée dans quatre grappes (deux en milieu urbain et deux en milieu rural à Santiago) qui ne font pas partie de l'échantillon de l'enquête principale. Environ 200 femmes et 100 hommes seront enquêtés par quatre équipes comprenant chacune trois enquêtrices, un enquêteur, un agent pour le prélèvement de sang et un agent contrôleur. L'objectif de cet exercice est de tester l'acceptabilité du questionnaire, la méthode d'approche, les différentes approches de sensibilisation et la compréhension des questions spécifiques au Cap Vert, ainsi que l'estimation du temps nécessaire au remplissage d'un questionnaire. Par ailleurs, l'enquête pilote permettra de tester la faisabilité et l'acceptabilité du test de VIH. Elle servira également de tester l'outil informatique.

La formation pour l'enquête pilote durera environ 20 jours, y compris la formation pour le prélèvement de sang. Elle regroupera principalement les superviseurs qui seront les formateurs lors de l'enquête principale ainsi que les agents contrôleurs.

5.1.4 Enquête principale

Sur la base d'un échantillon de 6 000 femmes et de 3 000 hommes éligibles, les activités de collecte des données devraient durer environ 4 mois.

Sur la base de l'expérience du programme DHS, et compte tenu du temps passé pour le test d'anémie et de VIH, on estime que chaque enquêtrice complètera, en moyenne, 2,1 enquêtes femme par jour (y compris le temps de déplacement pour se rendre à la grappe) ; le temps d'enquête est calculé uniquement sur l'enquête femme mais il inclut le temps nécessaire au remplissage de l'enquête ménage et de l'enquête homme et le temps pour les tests d'anémie et de VIH. Le nombre moyen utilisé dans les calculs est le même en milieu urbain et en milieu rural. En effet, si en milieu urbain, le temps de déplacement entre grappes d'une même ville est très limité, le temps nécessaire pour trouver les ménages et les femmes est beaucoup plus long.

Les équipes, au nombre de 11, sont composées de :

- 1 agent contrôleur qui sera chargé de la logistique et du contrôle technique des questionnaires : vérification des questionnaires, participation aux enquêtes, vérification des questionnaires sur le terrain) ;
- 3 enquêtrices de sexe féminin (chargées de l'enquête femme ; une d'entre elles recevra une formation pour le test d'anémie et de VIH et fera des tests, si nécessaire) ;
- 1 enquêteur de sexe masculin (chargé de l'enquête homme ; il recevra une formation pour le test d'anémie et de VIH et fera des tests, si nécessaire).
- 1 agent qui aura pour tâche principale est de faire les tests d'anémie et de VIH.

Par ailleurs, six superviseurs de terrain prendront en charge le contrôle et la direction des équipes pour assurer la qualité des travaux sur le terrain

Tous les candidats aux divers postes de l'enquête principale suivront un stage de formation consacré aux différents aspects de l'enquête. Cette formation consistera en une explication détaillée de la disposition et de chaque question dans chaque section du questionnaire, aussi bien que des interviews simulées entre les enquêtrices. Il y aura aussi des séances théoriques concernant les sujets les plus importants tels que la contraception, le programme de vaccination dans le pays, la santé reproductive, etc ...

La formation de 86 agents sera faite en portugais, mais vers la fin du cours les agents de terrain administreront les questionnaires et feront des pratiques simulées en langue créole. La partie finale consistera en deux jours d'interviews réelles sur le terrain avant de démarrer le travail proprement dit sur le terrain.

5.1.5 Traitement des données

Le traitement informatique des données sera fait avec le logiciel CSPro, développé par le Bureau of Census, CDC et le programme DHS+ de ORC Macro, pour la saisie et l'apurement des données. Quant à l'analyse des données, elle sera faite avec le logiciel CSPro et/ le logiciel SPSS.

Après vérification et correction sur le terrain, les questionnaires seront envoyés au cabinet de l'enquête pour enregistrement, codification et vérification supplémentaire avant la saisie. Après vérification, les questionnaires seront transmis pour être saisis. Ce travail sera effectué par une équipe de 14 opérateurs de saisie de données pendant une période de quatre mois et demi environ. Il est à noter que la saisie des données commencera dès le début de la collecte et se fera en parallèle à celle-ci.

La saisie des données comportera la vérification de la gamme, de la structure et des contrôles de cohérence interne. Toutes les erreurs détectées pendant la procédure de mise en forme seront corrigées.

5.2 Analyse des données et séminaire de dissémination

5.2.1 Analyse des données

Trois rapports seront préparés dans le cadre de l'IDSR-II : un rapport préliminaire, un rapport final et un rapport de synthèse.

a) Le rapport préliminaire sera produit approximativement deux mois après le travail de terrain. Il sera bref et succinct et ne dépassera pas une vingtaine de pages y compris les tableaux. Ce rapport sera en portugais et sera préparé par le cabinet de l'enquête. Environ 200 copies seront produites ; le cabinet de l'enquête sera responsable de la distribution des copies aux institutions et aux organismes au Cap Vert qui seraient intéressés par les résultats préliminaires de l'enquête..

b) Le rapport national où les résultats seront examinés en détail, sera publié en portugais environ 6 mois après la fin des travaux sur le terrain. Ce rapport comprendra un seul volume d'environ 150 à 200 pages. Un atelier d'analyse de 10 jours, auquel participeront des chercheurs capverdiens et des spécialistes des programmes de santé, sera organisé pour la finalisation de ce rapport avec l'assistance technique de ORC Macro. Le draft du rapport national sera envoyé à ORC Macro pour révision et correction. Le produit final sera imprimé au Cap Vert en 750 copies environ.

c) Un rapport de synthèse sera élaboré et publié en même temps que le rapport final. Celui-ci comportera un résumé succinct des principales conclusions de l'enquête. Ce rapport sera publié en trois langues : 500 copies en portugais, 300 copies en français et 300 copies en anglais..

5.2.2 Séminaire de dissémination

Un séminaire national aura lieu à Praia pour présenter les résultats définitifs de l'IDSR-II. Environ 50 personnes représentant les programmes de population, de santé reproductive et de lutte contre le sida, les organismes nationaux, les ONG et les organisations internationales seront invitées à ce séminaire d'une journée.

5.3 Proposition de calendrier

Compte tenu des différents calculs de durée, nous avons retenu un calendrier, basé sur un échantillon de 6 000 femmes et 3 000 hommes éligibles environ (on trouvera en Annexes 2 et 4 le calendrier détaillé de l'enquête)

La présentation du projet aux autorités et aux partenaires sera faite en août 2003 et le dénombrement aura lieu entre octobre et novembre 2003. Pour ce qui est de l'enquête pilote, elle aura lieu entre décembre 2003 et janvier 2004. L'enquête principale se déroulera entre mai et juillet 2004, et l'analyse de laboratoire aura lieu entre mai et

août 2004. Les résultats préliminaires de l'enquête (15 à 20 tableaux portant sur les indicateurs les plus importants) seraient alors disponibles en septembre 2004, et le rapport final de l'enquête (environ 150 tableaux) serait publié en février 2005.

Ce calendrier suppose que tous les problèmes de financement soient résolus et que les différents contrats soient signés d'ici début septembre 2003, date à laquelle on a fait commencer les activités. Tout délai pour résoudre ces questions administratives repousserait d'autant le début des activités et toutes les activités suivantes.

6. Moyens à mettre en œuvre et budget

6.1 Personnel

Le personnel de terrain nécessaire à la réalisation de l'IDSR-II sera recruté et formé au moment des différentes activités. Par contre, pour mener à bien cette opération, il faut disposer d'un encadrement de haut niveau pendant toute la durée du projet. Cette équipe doit comprendre, au minimum :

- 2 Coordonateurs nationaux (le Président de l'INE et la Directrice de la Santé)
- 1 directeur technique, expert démographe ou spécialiste en enquête, ayant l'expérience du terrain, à plein temps, pour une durée de 20 mois environ ;
- 1 directeur technique adjoint (de préférence un médecin épidémiologiste ou spécialiste de santé publique) pour servir principalement de liaison entre le terrain et le laboratoire.
- 1 démographe et 3 statisticiens, ayant, de préférence l'expérience du terrain, à plein temps, pour une durée de 20 mois environ.
- 1 informaticien, ayant l'expérience du traitement d'enquête, notamment avec CSPro, à plein temps, pour une durée de 18 mois environ. Compte tenu des nombreuses responsabilités de l'informaticien, il est souhaitable qu'il soit assisté d'un adjoint durant les phases critiques du traitement de l'enquête.

Il faudra donc s'assurer que le personnel d'encadrement minimum décrit ci-dessus sera disponible pour réaliser l'enquête.

Par ailleurs, le Président de l'INE assurera la coordination des activités du projet, en collaboration avec la Directrice Générale de la Santé du MS.

6.2 Véhicules et équipement informatique

Chaque équipe doit disposer de moyens de transport pour mener à bien les activités de terrain. Lors de l'Atelier technique sur l'enquête, les représentants des organismes internationaux ont promis de voir comment trouver quatre véhicules pour les activités de terrain.

Le budget ci-dessous propose l'achat de 4 véhicules.

Au moins huit ordinateurs (et une imprimante laser) seront nécessaires pour les besoins de la saisie et du traitement des données pendant environ 5-6 mois ; en outre, il est souhaitable que les machines soient connectées en réseau.

Il est prévu l'achat de cet équipement informatique en utilisant les fonds des coûts locaux..

6.3 Budget de l'enquête (Coûts locaux)

Le budget des coûts locaux de l'enquête (c'est-à-dire les dépenses nécessaires à la réalisation de l'enquête au Cap Vert non compris les coûts d'assistance technique extérieure) a été établi en étroite collaboration avec l'INE et le MS sur les informations présentées précédemment sur la taille de l'échantillon, le temps de travail nécessaire, le nombre d'agents à recruter, etc. Les grandes rubriques de ce budget sont présentées en Annexe 5 . Ce budget n'est pas encore définitif

Il faut noter que le coût en US\$ a été établi en utilisant un taux de change de 94.151 ECV.

7. Assistance technique

En plus des cinq visites au Cap Vert indiqués dans le contrat de Services de Consultants pour appuyer les activités de l'INDSR-II, entre l'Unité Administrative du Secrétariat Exécutif du Comité de Coordination contre le SIDA (Praia) et ORC Macro International (Calverton, MD, USA) nous avons jugé nécessaire de proposer une augmentation de cette assistance technique limitée, surtout dans les domaines de sondage et informatique. Le tableau qui détaille cette proposition d'assistance technique est présenté ci-dessous.

Proposition d'assistance technique supplémentaire de ORC Macro

ACTIVITE	DESCRIPTION	TYPE DE PERSONNEL	NOMBRE DE JOURS DE TRAVIL	
			A MACRO	AU CAP VERT
1. Plan de sondage	- Révision du plan de sondage et choix de la méthode de tirage (pondéré de préférence ou autopondéré) avec limites et avantages. . - Révision du tirage au premier degré. - Révision du tirage au 2 ^{ème} degré - - ---- - Préparation de programmes de pondération des données	Spécialiste de sondage	4 jours	//
2. Adaptation des questionnaires	Révision des questionnaires.	Démographe et informaticien	6 jours	//
3. Programmation	Révision des programmes de saisie, des programmes de contrôle de qualité, des programmes de cohérence et d'édition des données préparés par la partie nationale.	Informaticien	6 jours	//
4. Résultats préliminaires	Assister la partie nationale à l'édition finale des données, nettoyage des fichiers ; re-codification des réponses « autres » ; pondération des données ; production du fichier final de données, production des fréquences ; production des résultats préliminaires et du rapport préliminaire de l'enquête. Assister la partie nationale dans la production d'une première version préliminaire des résultats définitifs.	Informaticien	//	7 jours en plus des 13 jours déjà dans le premier contrat
5. Erreurs de sondage	Calcul des erreurs de sondage.	Spécialiste de sondage	5 jours	//
Total			21 jours	7 jours

8. Enquête IDSR-II avec test du VIH

8.1 Présentation du protocole de test

L'ONUSIDA et l'OMS recommandent que des enquêtes au niveau national pour obtenir des données de séroprévalence soient incorporées dans les systèmes de surveillance de seconde génération du VIH dans les pays à épidémie généralisée de façon à fournir les informations nécessaires pour calibrer les données provenant des

systèmes de surveillance de routine¹. Dans le cas du Cap Vert, la prévalence, estimée en 2002 à 1,2 % (femmes enceintes) à partir des données provenant du système de surveillance de quatre sites sentinelles est relativement faible. Dans ce cas, une enquête spéciale pour obtenir des données de séroprévalence n'est pas vraiment recommandée. Mais le Cap Vert, profitant de son enquête DHS qu'il est en train de mettre sur pied a décidé d'inclure le test su VIH pour vérifier le taux estimé à partir du système de surveillance.

L'objectif premier du test de dépistage du VIH est de fournir le niveau général de prévalence dans la population des hommes et des femmes de 15-49 ans. Le second objectif consiste à rendre un nombre limité de variables disponibles pour analyser le statut de séropositivité des individus tout en maintenant l'anonymat des sujets testés. Les informations ainsi obtenues permettent de disposer de certains éléments nécessaires pour calibrer les données provenant des systèmes de surveillance de routine et permettent, dans le futur, un meilleur suivi de l'épidémie à partir des données collectées dans les sites sentinelles.

L'annexe 6 présente le protocole détaillé du test du VIH selon Macro

Contrairement au test d'anémie, **le test du VIH** sera anonyme, c'est-à-dire que les résultats du test ne seront pas reliés aux individus enquêtés. Seul un numéro d'identification tiré au hasard sera affecté à chaque spécimen. L'analyse des prélèvements pour les anticorps VIH serait effectuée au laboratoire de Praia. Comme aucune information d'identification personnelle n'accompagnera les prélèvements, il ne sera pas possible d'informer les enquêtés du résultat de leur test. Par contre, au moment de l'enquête, avec accord du Ministère de la Santé, on fournira aux participants de l'enquête, qu'ils acceptent ou non d'être testés pour le VIH, un coupon pour obtenir, s'ils le souhaitent, Conseil et Test Volontaire gratuit auprès des établissements offrant ce type de services.

En outre, des brochures d'information et d'éducation sur le VIH/sida et les moyens de prévention seront distribuées dans les ménages sélectionnés pour l'enquête, que ces ménages soient sélectionnés ou non pour le test.

8.2 Préalables au test

Le protocole de test proposé par ORC Macro a été approuvé par son *Internal Review Board* (IRB) qui s'est assuré que la procédure utilisée était conforme aux recommandations internationales relatives aux recherches sur des sujets humains.

Dans un premier temps, un protocole adapté à la situation du Cap Vert devra être soumis au comité national d'éthique en cours de constitution dans le pays.

Le personnel de l'IDSR-II se chargera de la collecte des spécimens sanguins et de leur transport à Praia pour qu'ils soient analysés. Le Laboratoire de Praia a été identifié comme une structure capable d'analyser les spécimens. Lors de cette Mission,

¹ UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance, 2000. *Second generation surveillance for HIV: The next decade*. WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5. UNAIDS/00.03E, p. 13.

nous avons proposé qu'un expert international évalue le laboratoire dans les domaines suivants :

- Capacité logistique (en locaux, équipement et personnel) d'effectuer les tests (le laboratoire devra analyser environ 6 000 prélèvements au cours d'environ 4,5 mois, soit environ 60 tests par jour) ;
- Expérience dans le domaine des tests de VIH ;
- Expérience dans le domaine de l'analyse de sang séché ;
- Procédures d'assurance de qualité externe et interne.

A l'issue d'une telle évaluation, des recommandations seraient faites sur les éventuelles lacunes à combler, que ce soit du point de vue de l'équipement, du personnel (nombre et formation), du besoin d'appui technique, etc. Mais **il a été décidé lors de l'Atelier Technique que la visite d'un expert n'était pas nécessaire et que le laboratoire est capable d'analyser le sang séché**. Toutefois, nous proposons que, faute de faire venir un expert à Praia, le chef du laboratoire de Praia puisse visiter pendant trois à quatre jours le laboratoire de bactério-virulogie de l'Institut National de Recherche en Santé Publique à Bamako pour qu'il s'informe de près sur l'expérience malienne dans l'analyse du sang séché dans le cadre de l'enquête DHS de 2001 ou une autre institution en dehors du Cap Vert ayant de l'expérience dans les techniques d'analyse utilisant du sang séché.

En outre, avant l'enquête pilote de l'IDSR-II, le laboratoire de Praia devra démontrer qu'il est capable de produire des résultats valables en réalisant une étude de validation. Pour cela, nous proposons que le laboratoire de Praia teste environ 100 prélèvements (environ la moitié positif et la moitié négatif) sous forme de sang veineux et de sang séché. Les tests effectués sur les deux types de sang devront être absolument identiques.

8.3 Echantillon

Le test serait effectué dans le sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des hommes (soit environ 3 000 femmes et 3 000 hommes). On s'attend à un taux d'acceptation d'environ 85% :

8.4 Formation et collecte

Dans chaque équipe, trois personnes (le chef d'équipe, l'enquêteur et une enquêtrice) seront chargées des prélèvements sanguins. Ces personnes seront responsables de toutes les activités de tous les prélèvements de sang pour l'anémie et le VIH.

Une formation spéciale sera organisée pour les personnes qui seront en charge du test d'anémie et du test du VIH. Cette formation sera organisée de façon telle à ce que les tests puissent être inclus aux exercices pratiques sur le terrain. La formation insistera sur : les procédures à employer pour obtenir des enquêtés leur consentement volontaire ; les techniques à utiliser pour faire les prélèvements ; l'utilisation de l'HemoCue pour l'anémie ; les procédures pour référer les participants ayant besoin d'un suivi pour l'anémie et pour référer les personnes pour des CTV ; les procédures pour manipuler et stocker les prélèvements sur papier filtre jusqu'à leur transport au

laboratoire ; et les procédures pour éliminer les produits biodangereux. La formation comprendra une présentation détaillée des procédures à suivre pour le transfert des prélèvements du terrain au laboratoire. Tout le personnel du bureau central de l'IDSR et celui du laboratoire de Praia qui seront impliqués dans les activités de test du VIH, ainsi que le personnel de terrain participeront à cet aspect de la formation. Le personnel du laboratoire sera formé sur la façon d'enregistrer les résultats des tests et sur la façon de restituer ces résultats à l'INE quand toutes les activités d'enquête seront achevées.

Une demi-journée de formation sera consacrée à informer tout le personnel de l'IDSR-II (qu'il soit impliqué ou non dans le test du VIH) sur l'épidémie de sida et les moyens de prévention ainsi que sur les raisons pour lesquelles le test du VIH est inclus dans l'enquête. Les questions de stigmatisation, de conceptions erronées, les questions de confidentialité seront abordées au cours de cette formation.

9. Sites sentinelles Appui au *Programa de Luta contra a SIDA* du Ministère de la Santé dans la révision des procédures de l'enquête de surveillance des ANC

9.1 Introduction

Le Cap Vert compte actuellement quatre postes sentinelles fonctionnels à savoir : Praia et Santa Catarina dans l'île de Santiago, Mindelo dans l'île de San Vicente et Fogo. La surveillance de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes a été menée de 1989 à 1997. Elle a été « interrompue en 1997 pour plusieurs raisons, dont la plus évidente a été la rupture de stocks en réactifs et consommables¹² ». La surveillance avait repris en 2001 à Praia et Mindelo et s'était étendu à Santa Catarina et Fogo en 2002.

La surveillance de l'infection par le virus VIH sera étendue prochainement à trois autres sites : celui de Sal (qui a fonctionné en 1996), et ceux de Ribeira Grande et Porto Novo dans l'île de Santo Antão.

9.2 Objectifs de la séro-surveillance et population sentinelle

Les objectifs de la séro-surveillance sont les suivants :

- Mesurer la prévalence du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les services de soins prénatals ;
- Suivre les tendances de l'épidémie du VIH dans le but d'évaluer et d'orienter au mieux les interventions en matière de prévention et de lutte contre le sida ;

¹ Ntaganira, Innocent. 2002. *Mission technique d'appui à la relance de la surveillance épidémiologique de l'infection par le VIH au niveau des sites sentinelle*. Cap Vert, du 6 au 30 janvier et du 14 au 30 mai 2002.

² Id. p. 31

- Utiliser les données de la surveillance pour mieux apprécier l'ampleur de l'épidémie.

Le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) du Ministère de la Santé a choisi les femmes enceintes comme un groupe représentatif de la population adulte sexuellement active. Les populations à surveiller sont donc les femmes enceintes qui se présentent en consultations prénatales (SMI) dans les centres de santé publics et agréés, sélectionnés comme des sites sentinelles. Il s'agit plus précisément de toutes les femmes enceintes qui se présentent en SMI pour la première fois, pendant la durée de la surveillance, et acceptent de donner 5 ml de sang veineux pour le dépistage de la syphilis².

9.3 Relance de la surveillance au niveau des sites sentinelles

Le rapport de mission par le Dr Innocent Ntaganira au Cap Vert du 6 au 30 janvier et du 14 au 30 mai 2002 donne un bon diagnostic concernant les quelques problèmes que confronte la relance de la surveillance épidémiologique de l'infection par le VIH au niveau des sites sentinelles, et offre des solutions pratiques pour la relance de ce programme.

9.4 Calcul de la prévalence en 2002

Dans ce qui suit, nous allons présenter la méthode de calcul pour l'estimation de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les sites sentinelles pour l'année 2002. Ce travail a été préparé en collaboration avec la Directrice du PNLS lors de cette mission.

Tableau 9.1 : Taux de séroprévalence dans les sites sentinelles par milieu de résidence selon le site, Cap Vert 2002.

Site sentinelle	Testés Urbain			Testés Rural			Testés Total		
	Cas VIH	Effectif	Prévalence	Cas VIH	Effectif	Prévalence	Cas VIH	Effectif	Prévalence
Praia (Santiago)	5	239	2.1	1	74	1.4	6	313	1.92
S. Catarina (Santiago)	0	41	0	1	177	0.6	1	218	0.46
S. Filipe (Fogo)	1	58	1.7	1	65	1.5	2	123	1.63
Mindelo (S. Vicente)	6	670	0.9	0	0	0	6	670	0.90
Total non pondéré	12	1008	1.2	3	316	0.9	15	1324	1.13
Total pondéré ¹	*	*	1.4	*	*	0.7	*	*	1.160

¹ Le total pondéré de 1,16 % est calculé en tenant compte du poids de chaque population féminine en âge de reproduction de 15-49 ans vivant dans les domaines d'étude des sites sentinelles. Ainsi, en 2002 la

population totale féminine de 15-49 ans des quatre sites était estimée par l'INE à 90235, répartie comme suit : 34,2 % des femmes à Praia, 35,8 % à S.Catarina, 9,9 % à S. Filipe (Fogo) et 20,1 % à Mindelo (S. Vicente). On a supposé ici que le site sentinelle de Praia couvre Praia, S. Catarina couvre Santiago sans Praia, S.Filipe sert Fogo et Mindelo sert S. Vicente. Toutefois, nous devons interpréter les taux par milieu de résidence avec précaution en raison des faibles effectifs au niveau du dénominateur, surtout à S. Filipe.

Il est à noter qu'actuellement les données relatives à l'île de Santiago sont traitées dans leur totalité sans faire de distinction entre Praia et le reste de Santiago.

Les données de 2002 montrent également que sur les 15 cas enregistrés dans les quatre sites, 10 sont des infections de VIH1, quatre sont des infections de VIH2 et un cas est une infection de VIH1+2. C'est le site de Mindelo qui a enregistré la majorité des cas de VIH2 (3 cas de VIH2 et 1 cas de VIH1+2 sur un total de 6 cas). L'autre cas de VIH2 a été enregistré à Praia.

Quel serait le taux de séroprévalence au niveau national en 2002 ? Si l'on suppose que le taux était de 1, 2 % parmi la population des femmes enceintes dans les quatre sites, le taux au niveau national parmi les femmes et les hommes serait aux alentours de 1 % en supposant que les femmes enceintes représentent la population féminine sexuellement active et que le taux de séroprévalence est légèrement plus faible chez les hommes que chez les femmes. Notons également que près de 80 % de la population du Cap Vert vit dans les quatre îles où se trouvent les sites sentinelles étudiés.

9.3 Estimation de l'échantillon des femmes enrôlées pour l'année 2003

Le tableau 9.2 présente pour l'année 2003 les effectifs de femmes en âge de reproduction de 15-49 ans et de celles qui seraient enceintes par site sentinelle.

Il ressort de ce tableau que l'effectif de femmes enceintes par mois varie largement par site sentinelle. Il passe d'un minimum de 35 femmes enceintes à Sal à un maximum de 280 à S. Catarina. Selon certaines recommandations³, l'étude transversale devant générer des données pour le calcul de la prévalence au moment doit porter sur une taille d'échantillon par site de 400 femmes enceintes ou plus, et doit s'étaler sur une période de 8 semaines. Or si l'on veut considérer les 6 sites sentinelles comme des domaines d'étude séparés, seuls les deux sites de Praia et de S. Catarina et dans une moindre mesure celui de Mindelo ont suffisamment d'effectifs pour répondre aux conditions de l'étude. Pour les trois autres sites, la période de surveillance devrait être de 5 mois à Santo Antão et S. Filipe et de presque 12 mois à Sal.

Tableau 9.2 . Effectifs de femmes en âge de reproduction et de femmes enceintes par site sentinelle, Cap Vert 2003. :

Site sentinelle	Effectif de femmes en âge de reproduction	Effectif de femmes enceintes ¹	
		Par an	Par mois
Praia (Santiago)	32194	3219	268
S. Catarina (Santiago)	33566	3357	280
S. Filipe (Fogo)	9136	914	76
Mindelo (São Vicente)	19200	1920	160

³ Id. p.17

Santo Antão	9878	988	82
Sal	4199	420	35

Source : Les effectifs de femmes en âge de reproduction de 15-49 ans par île sont donnés par INE – *Dados populacao 2000 a 2020*

¹ On a supposé que le pourcentage par an de femmes enceintes parmi les femmes en âge de reproduction de 15-49 ans est de 10 % .

Nous ne revenons pas sur le protocole, qui définit les procédures qui seront utilisées pour la surveillance du VIH au niveau des sites sentinelles du Cap Vert, présenté dans le rapport de fin de mission du Dr. Ntaganira. Ce protocole est suffisamment détaillé pour que le PNLS puisse l'exécuter sans beaucoup de difficulté. Le rapport de mission du Dr Ntaganira insiste également sur la nécessité de renforcer le PNLS par un service chargé de la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA/IST, une conclusion que nous partageons entièrement avec l'auteur.

10. Prochaine mission au Cap Vert

..

La prochaine mission par un consultant de Macro aura lieu en vers la mi-décembre 2003 et durera trois semaines, soit 15 jours de travail effectif pour participer à l'enquête pilote. Le consultant aura pour tâches de :

- Participer pendant une semaine à la formation des formateurs sur les questionnaires de l'IDSR-II ;
- Participer pendant une semaine à la formation du personnel qui sera responsable de la prise de sang sur le terrain pour le test d'anémie et de VIH ;
- Participer pendant une semaine à la supervision du travail sur le terrain de l'enquête pilote, y compris la supervision de la prise de sang et des protocoles liés aux tests d'anémie et de VIH ;
- Appuyer le groupe de travail pour la conclusion et la validation de l'étude pilote et à l'identification des révisions à introduire aux questionnaires, aux manuels et aux procédures ou autres outils méthodologiques et
- Appuyer le CCS-SIDA pour la coordination de l'étude BSS.

Annexe 1

Papiers présentés à l'Atelier technique non édités

Objectivos do IDSR II

Conceição Carvalho
Praia, Julho de 2003

1. Medir o nível e as tendências da fecundidade, mortalidade infantil e juvenil, assim como os seus determinantes;
2. Determinar o nível de conhecimento e de utilização de métodos de contracepção;
3. Dispor de informação sobre a procriação e comportamentos em relação à planificação familiar;
4. Recolher dados sobre a saúde materna e infantil nomeadamente sobre consultas pré-natais, assistência ao parto, aleitamento, vacinação, frequência de doenças diarreicas, .
5. Conhecer melhor a sexualidade dos jovens
6. Avaliar os níveis de conhecimento, opiniões e comportamentos dos homens e mulheres em relação à transmissão e prevenção do VIH/SIDA e das IST
7. Avaliar a prevalência da infecção pelo VIH
8. Actualizar os dados sobre as características socio-demográficas da população
9. Validação dos dados dos postos sentinela
10. Avaliar a Prevalência da anemia
11. Aborto

Outros (?):

Violência domestica, mortalidade materna

Participação do INE na preparação do atelier sobre IDSR-II

1. IDSR/HIV: apresentação da experiência do Mali (INE/PLS)

2. Objectivos do IDSR-II (INE)

Os objectivos do IDSR-II são de recolher a nível nacional dados que permitem de :

- Medir o nível e as tendências da fecundidade, mortalidade infantil e juvenil, assim como os seus determinantes;
- Determinar o nível de conhecimento e de utilização de métodos de contracepção;
- Dispor de informação sobre a procriação e comportamentos em relação à planificação familiar;
- Recolher dados sobre a saúde materna e infantil nomeadamente sobre consultas pré-natais, assistência ao parto, aleitamento, vacinação, frequência de doenças diarreicas,
- Avaliar os níveis de conhecimento, opiniões e comportamentos dos homens e mulheres em relação à transmissão e prevenção do SIDA e das outras IST;
- Avaliar a prevalência do VIH/SIDA;
- Avaliar a Prevalência da anemia;
- Actualizar os dados sobre as características socio-demográficas da população.

Violência domestica, mortalidade materna, aborto?

3. Metodologia (INE/Consultor/DGS/UNFPA)

- ***Actualização da cartografia censitária e da lista dos agregados dos distritos seleccionados para a realização do inquérito;***

A cartografia censitária disponível foi elaborada para o Censo 2000, ou seja entre Julho de 1999 e Maio de 2000. Tendo em conta que a maioria da população reside doravante no meio urbano, e a relativa mobilidade da população nesse meio de um bairro para outro, mas também do êxodo rural, considera-se necessária a actualização da lista dos agregados familiares. Outrossim, no meio urbano, dia a dia muitas novas habitações são edificadas, enquanto que no meio rural, casas são deixadas vazias.

A actualização da cartografia censitária consistirá no rastreio e actualização dos elementos constantes das cartas, designadamente os limites administrativos, as novas zonas e lugares, os novos bairros como as novas habitações e outras edificações. Compreende também a enumeração das casas, com referência da utilização das mesmas, ou seja com distinção daquelas que são utilizadas para habitação, para comercio, e outros fins. Será ainda realizada neste quadro, a actualização da lista dos equipamentos e serviços colectivos das zonas abrangidas pelo Inquérito.

A actualização da lisa será exaustiva e limita-se aos Distritos de Recenseamento que forem seleccionados enquanto Unidades Primárias de amostragem (UP) e consistirá no rastreio de todos os agregados familiares ordinários que se encontram no interior desses DRs, com registo do numero da casa, nome do chefe do agregado, numero de membros do agregado por sexo.

- **Amostra: tipo de sondagem, fixação do tamanho da amostra** (número de agregados para seleccionar, de mulheres de 15-49 anos e homens de 15-59 anos;

A amostragem consistirá na tiragem de um numero de agregados familiares que garantam a elegibilidade das mulheres e homens amostra. A amostra de mulheres é constituída de ... mulheres dos 15-49 anos e dehomens dos 15-59 anos.

- Fixação da amostra para o teste do HIV;
- Estratégia de sensibilização;
- **Elaboração/adaptação dos instrumentos de recolha dos dados** (Questionários, manuais, fichas de gestão e de controlo, fichas de consentimento , ...)

Três questionários vão ser utilizados no IDSR-II :

- **Questionario Agregado Familiar**

O Questionario Agregado Familiar vai permitir ter informações sobre as características de identificação, as características dos membros do agregado familiar: sexo, idade, nível de instrução, a elegibilidade para o questionario individual homem ou mulher. Ainda permitirá dispor de informação sobre a acessibilidade do agregado familiar à agua, à electricidade, fonte de energia utilizada para a cozinha, tipo de retrete, possessão de alguns bens (radio, telefone, televisor, telefone, refrigerador, carro), principal material de construção, e sobre as medidas antropometricas nas crianças de menores de 5 anos (peso, tamanho), nível de hemoglobina (crianças, mulheres de 15-45 anos, homens 15-59 anos especificar idades).

- **Questionario Mulher**

O Questionario mulher comporta diferentes secções nos domínios seguintes:

- Características socio-demográficas do respondente e características do cônjuge: idade, estado civil, nível de instrução, lugar de residencia e emprego (factores susceptíveis de influenciar o comportamento em matéria de fecundidade e de contracepção).
- Fecundidade, mortalidade das crianças: a partir de historia genésica da mãe e da sobrevivência das crianças.
- Casamento/vida em união e actividade, comportamento sexual
- Morbilidade materna
- Contracepção : conhecimento e uso de métodos contraceptivos, lugar de obtenção de métodos de PF. Razões de não uso de métodos de PF, intenção de uso futuro.

- Planeamento da fecundidade: preferencia em matéria de fecundidade (numero ideal de filhos),
- Saúde da mãe e da criança : cuidados pré-natais, assistência ao parto, aleitamento, vacinação , nutrição, doenças diarreicas, infecções respiratórias para as crianças menores de 5 anos.
- Sexualidade dos jovens (15-24 anos)
- SIDA e DST/IST: conhecimento das DSI/IST e da SIDA, dos meios de prevenção e modos de transmissão, comportamentos em relação aos individuos infectados.

- **Questionario Homem**

Características socio-demográficas do respondente, reprodução, casamento/vida em união e actividade, comportamento sexual, contracepção (conhecimento, utilização de métodos contraceptivos), preferencia em matéria de fecundidade, sexualidade dos jovens (15-24 anos), SIDA e IST.

Manuais de instrução

- Manual do inquiridor

Esses manuais apontam as regras de recolha de dados no terreno, os métodos de trabalho, instruções de preenchimento dos questionários, indicações para verificações

das informações recolhidas.

- Manual do chefe de equipe/controlador

Prerrogativas do chefe da equipe; o seu papel : preparação do material de trabalho, contacto com as autoridades locais, localização dos cachos, identificação das casas seleccionadas, organização e controlo do trabalho no terreno, tratamento das entrevistas pendentes e sobretudo instruções sobre o controlo dos questionários.

- Manual do supervisor

Os objectivos de uma missão de supervisão, indicações sobre a verificação e controlo de fichas preenchidas.

Outros instrumentos

Documentos sobre a actualização da lista dos agregados familiares, fichas de consentimento para os testes de anemia e HIV, fichas de recolha de informação referente ao teste de HIV, ...

- Recrutamento e formação do pessoal técnico (agentes de terreno e pessoal de laboratório para o teste do HIV);
- Inquérito piloto e estudo de aceitabilidade do teste do HIV;
- Execução do inquérito (recolha de dados);
- Elaboração do programa de entrada dos dados (formulário de entrada);
- Codificação e digitação dos dados;

- Tratamento dos dados e elaboração do plano de tabulação;
- Publicação dos resultados preliminares;
- Análise dos dados;
- Publicação e difusão dos resultados do inquérito.

4. Quadro Institucional (INE/DGS)

Pelo período de execução do projecto IDSR-II, há necessidades de:

- Um Protocolo entre o INE e a DGS;
- Uma resolução ou decreto-lei sobre o IDSR-II, aprovando o projecto, fixando o período, as garantias do inquérito e outras modalidades do inquérito (a ser aprovado o mais tardar 10 de agosto);
- **Criação da Comissão Nacional/Comité de pilotagem do IDSR-II (CN)**
 - Composição
 - Coordenador nacional (o presidente do INE),
 - Vice coordenador (Directora da saúde),
 - Um representante do UNFPA, OMS, UNICEF, das ONG's (VerdeFam).
 - Atribuições da CN
 - (i) Controlar a execução técnica do IDSR-II;
 - (ii) Validar a metodologia e os resultados do inquérito;
 - (iii) Realizar a plaidoyer para a adesão das autoridades publicas, ONG's e da sociedade civil aos objectivos do inquérito.
- **Criação do Gabinete Técnico do IDSR-II (GT)**
 - Composição do GT e atribuições dos membros
 - Coordenador técnico (INE),
 - Vice coordenador técnico (DGS),
 - Responsável das operações de terreno (INE),
 - Responsável da sensibilização (INE),
 - Responsável da exploração dos dados (Informático do INE),
 - Responsável da análise bio-medical (chefe do laboratório de Elisa-Praia) ...
 - **Criação de um Comité de ética**
 - Composição : Um representante da Igreja católica, da Igreja nazarena, do Comité Nacional dos Direitos humanos e da Ordem dos Médicos;
 - Atribuições :.....

5. Estratégias de IEC (INE/CNDS/PNSR/PLS)

Ver com Carmen Cruz

6. Cronograma das Actividades do IDSR-II (INE/Consultor/DGS/UNFPA)

Actividades	Período
Atelier de montagem do IDSR-II	Julho 03
Definição do Quadro Institucional	Julho 03
Montagem e aprovação do projecto IDSR-II	2a quinzena de Agosto 03
Definição do desenho da amostra, tiragem das unidades primarias (distritos)	1a semana de Agosto 03
Elaboração/adaptação dos questionários	1a quinzena de Setembro 03
Elaboração dos manuais (inquiridor, controlador, supervisor)	1a quinzena de Setembro 03
Recrutamento e formação dos agentes de cartografia	1a semana de Setembro 03
Actualização da lista dos agregados familiares	Outubro a Meados Nov 03
Inquérito piloto/ estudo de aceitabilidade do teste	Dezembro 03 a Janeiro 04
Análise do inquérito piloto e revisão dos questionários	Janeiro 04
Finalização dos questionários e manuais	Fevereiro a Março 04
Elaboração do programa de entrada dos dados	Fevereiro a Março 04
Recrutamento e formação dos agentes de terreno	Março 04
Encontro/sensibilização das autoridades dos concelhos escolhidos para o inquérito	Março a Abril 04
Confecção de spots (radio, TV), cartazes, brindes, desdobrais, outros /sensibilização Sensibilização no terreno	Março a Abril 04
Recrutamento dos formadores Recrutamento dos técnicos de análise	Abril 04
Formação dos inquiridores, controladores, supervisores Formação dos técnicos de análise (HIV)	Abril 04
Tiragem das unidades secundarias (agregados)	Abril 04
Recolha dos dados no terreno	Maio a Julho 04
Recrutamento e formação de agentes de digitação	Maio 04
Digitação dos dados	Maio a Agosto 04
Elaboração do plano da tabulação	Julho-Agosto 04
Produção dos resultados preliminares	Setembro 04
Seminário de apresentação dos resultados preliminares	Fim Setembro 04
Elaboração do programa sobre erros de sondagem	Outubro a Dezembro 04
Análise e produção do documento final	Dezembro 04
Seminário de divulgação e difusão dos resultados do inquérito	3a semana Janeiro 05

7. Meios (INE/Consultor/DGS/UNFPA)

- Humanos
- Materiais

- Financeiros (orçamento)



REPÚBLICA DE CABO
VERDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

**SEGUNDO INQUÉRITO DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE REPRODUTIVA
ATELIER DE ELABORAÇÃO DO PROJECTO**

QUADRO INSTITUCIONAL

PRAIA, 09-11 DE JULHO DE 2003

Francisco Fernandes Tavares

II o INQUÉRITO DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE REPRODUTIVA

QUADRO INSTITUCIONAL

I. ENTIDADES QUE INTERVÉM NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO

Projecto do Governo de Cabo Verde

O Segundo Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva é um projecto do governo de Cabo Verde cuja execução é da responsabilidade do Instituto Nacional de Estatística e do Ministério da Saúde.

Executado no âmbito da CAP

O II IDSR será uma grande operação Estatística executada sob a superintendência da Comissão para os Assuntos em matéria de População – CAP.

Sob a pilotagem de um Comité de Pilotagem

O Segundo Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva respeitará a perspectiva do utilizador. Por este facto, os Ministros das Finanças e Planeamento e Desenvolvimento Regional e da Saúde criarão, - por Despacho Conjunto, um Comité de Pilotagem a quem incumbe a fixação dos objectivos do projecto, o controle de execução e a validação do conteúdo, da metodologia e dos dados do inquérito.

Mas também com o aconselhamento de uma Comissão Ad-Hoc de Ética

Uma Comissão Ad-Hoc de Ética integrando a Comissão Nacional dos Direitos Humanos, a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Advogados, um representante da igreja católica e um representante da igreja do nazareno reflectirá sobre as questões de Ética a atender na realização do Inquérito.

Pelo Gabinete do Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva

Será criado no seio do INE, um Gabinete do Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva a qual será a estrutura técnica de execução do projecto.

II. DESCRIÇÃO SUMARIA DOS PAPEIS

1. Governo de Cabo Verde

O Governo de Cabo Verde assegurará a mobilização de recursos humanos e financeiros, assim como a criação das condições institucionais adequadas a realização do inquérito.

Assim, por resolução do Conselho de Ministros o governo aprovara o projecto, designadamente, os seus objectivos, as opções técnicas e metodológicas, assim como fixará os instrumentos de notação, a obrigatoriedade de resposta as questões do inquérito e o carácter voluntário da submissão ao teste de HIV/SIDA. A resolução fixará textualmente as garantias dos inquiridos.

O Governo de Cabo Verde assegurará a disponibilização dos recursos humanos e equipamentos a afectar ao Gabinete do Inquérito, de instalações adequadas, assim como a mobilização de viaturas do Estado em todas as ilhas cobertas pelo inquérito, nos momentos necessários e em modalidades adequadas as especificidade da operação.

O Governo criará o Comité Técnico de Pilotagem, assim como a Comissão Ad-Hoc de Ética, sendo o âmbito pessoal, o mandato e as modalidades de exercício desta ultima fixada segundo proposta esta própria.

2. Comissão para os Assuntos de População

A Comissão para os Assuntos de População – CAP reunir-se-a para aprovação do projecto e submete-lo-a ao Conselho de Ministros. Reunir-se-a no fim do projecto para avaliação final e fechamento. Assegurará o necessário plaidoyer junto das autoridades e decisores a favor do inquérito.

3. Comité de Pilotagem

O Comité de Pilotagem é o órgão de pilotagem do projecto. Será criado por despacho conjunto dos Ministros das Finanças Planeamento e Desenvolvimento Regional e da Saúde e integrará as seguintes entidades:

- Direcção-Geral da Saúde, **que preside**
- Instituto Nacional de Estatística, **que assegura o Secretariado**
- Direcção Geral do Planeamento
- Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário
- VERDEFAM
- CS-SIDA
- UNFPA
- OMS
- UNICEF
- GTZ

Ao Comité de Pilotagem incumbe:

- A fixação dos objectivos do projecto;
- A validação do plano detalhado de actividades do projecto;
- A validação do plano de análise do inquérito;
- A validação dos instrumentos de notação, da metodologia e da organização da operação;
- O acompanhamento da execução do projecto;

- A validação dos resultados definitivos do inquérito, assim como dos relatórios de análise

O Comité de Pilotagem reúne-se ordinariamente de dois em dois meses para a realização das suas atribuições e extraordinariamente sempre que se revelar necessário para a realização plena dos objectivos do projecto.

As reuniões do Comité de Pilotagem são convocadas pelo seu Presidente, e de cada reunião é obrigatoriamente elaborada uma acta que constará dos arquivos do projecto e servirá de documento de trabalho para a avaliação final do projecto.

O Comité de pilotagem reúne-se nas instalações do Gabinete do Inquérito podendo, em caso de impedimentos ou de conveniência, reunir-se em outro local.

4. Comissão Ad-Hoc de Ética

O Inquérito Demográfico e de Saúde reprodutiva aborda questões de elevada sensibilidade como os hábitos sexuais dos inquiridos, os comportamentos, as atitudes e as praticas em matéria de saúde reprodutiva, em geral, mas sobretudo fará o teste de HIV/SIDA de milhares de pessoas, o que levanta questões ético-legais específicas.

É assim estritamente necessário que uma entidade independente do governo e da entidade executora do inquérito examine as questões de ética com que o inquérito lidará, emitindo pareceres, nomeadamente sobre as garantias dos inquiridos, as modalidades de observância da confidencialidade, mas também verifique regularmente o estrito cumprimento das normas de ética aprovadas.

A Comissão Ad-Hoc de Ética será criada por despacho conjunto dos Ministros de Saude e da Justiça e Administração Interna, sob proposta dos seus membros e integrará, a Comissão Nacional dos Direitos Humanos, a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Advogados, um representante da igreja católica e um representante da igreja nazareno.

A Comissão Ad-Hoc de Ética assegura estas responsabilidades, por meio de um protocolo de Ética que celebrará com o Gabinete do Inquérito e das reuniões regulares que realiza com este, sempre que considerar necessário.

5. Coordenação do Projecto

A coordenação nacional do projecto é assegurada pelo Presidente do INE e a Directora Geral da Saúde, através de relatórios e de reuniões mensais de coordenação.

6. O Gabinete do Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva

O Gabinete do Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva é a estrutura técnica de execução do projecto.

Criado no seio do INE enquanto estrutura da Direcção de Estatísticas Demográficas e Sociais, o Gabinete integrará um demografo, três estatísticos, um tecnico de laboratório

e médico epidemiologista ou especialista em saúde pública, um técnico de comunicação, um informático, um sociólogo e um administrador.

O Gabinete será dirigido pelo Director de Estatísticas Demográficas e Sociais, enquanto Director Técnico do projecto. Um médico designado pela Directora Geral da Saúde assegurará as funções de Director-Técnico Adjunto.

O Gabinete do Inquérito compreende as seguintes unidades:

Unidade de Metodologia, Operações e Análise
Unidade de Sensibilização
Unidade de Tratamento de Dados
Unidade Administrativa e Financeira

Atribuições

Unidade de Metodologia, Operações e Análise

A Unidade de Metodologia, Operações e Análise é a estrutura de concepção, organização e enquadramento técnico das operações de terreno e tem as seguintes atribuições:

- Elaborar a metodologia do inquérito, nomeadamente, o método de abordagem, os conceitos, a forma de condução das entrevistas, de recolha de sangue;
- Propor as nomenclaturas a utilizar no quadro do inquérito;
- Elaborar o plano de análise do inquérito;
- Elaborar os instrumentos de notação;
- Elaborar os manuais de terreno;
- Elaborar o plano de operações de terreno;
- Elaborar o plano de tabulação;
- Propor o perfil dos agentes de terreno;
- Organizar e ministrar a formação dos agentes de terreno;
- Assegurar a supervisão da recolha;
- Assegurar o apuramento dos resultados do inquérito;
- Validar o sistema informático do inquérito;
- Superintender a edição dos resultados do inquérito;
- Realizar a análise dos resultados do inquérito;
- Preparar as publicações do inquérito;

A Unidade Metodologia, Operações e Análise integrará dois demógrafos (um dos quais o Director Técnico), um técnico de laboratório, um médico e três estatísticos, assim como a equipa de terreno.

Unidade de Sensibilização

A Unidade de Sensibilização tem a responsabilidade de assegurar a informação e a adesão dos inquiridos e em especial:

- A elaboração da estratégia de sensibilização para o Segundo Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva ;
- A criação de uma rede de parceiros de sensibilização
- A formação dos membros da rede de sensibilização
- Propor modalidades de subcontratação de serviços e coordenar a realização da campanha de sensibilização;
- Organizar as relações públicas do Gabinete e especial as relações com os media;
- Organizar os seminários e outras operações públicas do inquérito;
- Organizar os seminários e outras sessões de divulgação dos resultados do inquérito;

A Unidade de Sensibilização integrará um técnico de comunicação e um sociólogo

Unidade de Tratamento de Dados

A Unidade de Tratamento de Dados é a estrutura encarregue de prover as soluções informáticas para o tratamento dos dados e em especial:

- O design dos instrumentos de notação;
- A concepção e desenvolvimento das soluções informáticas para o tratamento dos dados do inquérito;
- A elaboração dos manuais de codificação e digitação;
- A formação dos agentes codificadores e digitados;
- A organização e supervisão da codificação e da digitação dos dados;
- Assegurar o apoio técnico necessário ao apuramento dos dados do inquérito,
- Realizar a programação dos geradores para edição dos resultados do inquérito;

Unidades de Tratamento de Dados integrará um informático, os codificadores e os digitadores. O INE providenciara o reforço pontual de pessoal informático sempre que se revelar necessário.

Unidade Administrativa e Financeira

A Unidade Administrativa e Financeira é a estrutura que assegura a logística, assim como a gestão patrimonial e financeira do projecto e em especial:

- Os contactos com os fornecedores e a aquisição de bens e determinados serviços;
- A preparação dos contratos com terceiros;
- A gestão dos fundos do projecto;
- A contabilidade do projecto e a elaboração dos relatórios financeiros do projecto;
- A prestação de contas;

A Unidade Administrativa e Financeira integra o Administrador do projecto, sendo apoiado por pessoal indigitado pela Direcção Administrativa e Financeira do INE em função das necessidades.

O Director Técnico do Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva assegurará a coordenação técnica do projecto e em especial das unidades do Gabinete. Será o ordenador principal das despesas e assegurará a co-assinatura dos cheques e ordens de pagamento.

Reportara regularmente ao Presidente do INE e a Directora Geral da Saúde enquanto representantes máximos da estrutura executiva do projecto.

O Gabinete realiza uma vez por semana, uma reunião de coordenação técnica, com os responsáveis de todas as unidades do Gabinete, reuniões essas presididas pelo Director Técnico do Gabinete.

Ao Director Técnico Adjunto incumbe:

- a coordenação do teste laboratorial;
- o acompanhamento técnico das operações de terreno;
- as relações com o Comité Ad-Hoc de Ética.

O Director Técnico Adjunto substitui o Director Técnico nas suas faltas e impedimentos.

Ao Director Técnico- Adjunto incumbe ainda a elaboração do relatório síntese das operações de terreno.

Uma vez por mês, realiza-se uma reunião de coordenação do projecto, na qual participam o Presidente do INE, a Directora Geral da Saúde, o Director Técnico e o Director Técnico Adjunto do Inquérito, técnicos do INE ou da Direcção Geral da Saúde, com relevante interesse no projecto que forem convidados pelos responsáveis das duas entidades.

Annexe 2

Atelier Técnico de Elaboração do Projecto do IIº Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva

(1º dia dos trabalhos)

1. Ouverture et présentation des objectifs par la Directrice Générale de la Santé, Dr. Conceição Carvalho
2. Présentation de l'expérience du Mali en matière de réalisation de DHS associé au test de VIH, par Dr René-Charles Silva et Dr Jacqueline Pereira.
3. Présentation par Dr. Mohamed Ayad du programme *MEASURE DHS+* de ORC MACRO International, et de l'expérience de certains pays avec le test du VIH, des différentes possibilités de protocole et des aspects éthiques liés à l'introduction du test de VIH dans les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS).

Recommandations :

Après une longue discussion sur les possibilités d'introduction d'un volet concernant le test d'anémie, il a été prouvé par consensus d'inclure cet aspect dans la réalisation du DHS, et qu'elle doit concerner les femmes en âge fertile, les enfants de moins de cinq ans et les hommes d'âge compris entre 15-49 ans.

Vu le faible niveau du taux de prévalence du VIH/SIDA, la corrélation entre les données comportementales et les résultats du VIH n'est pas nécessaire.

Qu'il doit avoir le consentement de la part de l'enquêté pour la prise de sang destiné au test du VIH.

Qu'il sera utilisé le test Elisa, et en cas de séropositivité sera utilisé le test rapide ou le Western Blot pour le contrôle.

Constitution d'un Comité d'éthique.

Modules Discutés:

A. Sexualité des jeunes et IST/SIDA

1. Nécessité de dissocier le groupe d'âge 15-19 ans en âge individuel au niveau de l'analyse des données.
2. Que l'enquête doit concerner les hommes de 15-59 ans.
3. Nécessité d'étudier la fécondité masculine en utilisant la parité.

B. Santé de la mère et de l'enfant

1. Nécessité d'étudier l'avortement

2. Remplacer l'historique des grossesses par l'historique des naissances
3. Développer un module sur les morts-nés et les avortements
4. Demander le carnet des consultations pré-natales et de PF
5. Etudier et systématiser les données sur la santé de la reproduction des hommes
6. Etudier les grossesses qui ont eu lieu avant l'âge de 15 ans
7. Cerner si les utilisatrices utilisent correctement la pilule
8. Voir si les effets secondaires peuvent être considérés comme étant des causes d'abandon d'utilisation de méthodes contraceptives
9. Sonder sur l'utilisation correcte du préservatif
10. Reformulation des questions concernant l'allaitement
11. Etudier la vaccination des enfants entre 12 et 23 mois, les orphelins de moins de 17 ans, la violence domestique basé sur l'approche du genre
12. Considérer les problèmes diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans.

RECOMENDAÇÕES

(2º dia de trabalhos)

Objectivos do Inquérito:

A apresentação deste tema ficou a cargo da Dra. Conceição Carvalho, Directora Geral da Saúde, tendo-se chegado às seguintes conclusões;

(Não estou a encontrar os meus apontamentos, mas praticamente não foram efectuadas alterações)

- integração de conhecimento de orfandade
- reter aborto
- possibilidade de reter violência doméstica, de acordo com a decisão final que se tomar a este respeito

Metodologia do Inquérito:

A apresentação deste tema ficou a cargo do Dr. René Charles Silva do INE, tendo-se chegado às seguintes conclusões;

- Relativamente à **amostra**, acordou-se que a faixa etária a contemplar para os homens seria dos 15-59 anos, para assegurar a comparabilidade a nível internacional.
- Em termos de **domínios de estudo**, concordou-se com a proposta de 10 domínios, cada ilha com um domínio, exceptuando Santiago que teria 2 domínios, um para a Praia e um segundo para o resto da ilha.
- Foi bastante debatida a possibilidade de Sta. Catarina justificar em si um domínio autónomo, no entanto, considerando que em termos de saúde pública Sta. Catarina não apresenta especificidades especiais e que, caso no futuro se queira explorar os resultados específicos de Sta. Catarina isoladamente, é muito provável que isso seja possível (número de DR suficiente para o efeito), a proposta não foi absorvida.
- Ficou no entanto a ressalva de que, estando o processo de amostragem em curso, possam ainda ser introduzidas alterações. Com efeito resta resolver, por exemplo, o

caso das ilhas com menor população (Brava, Boavista, Sal e Maio). Já no IDSR I, com a Brava, se verificaram dificuldades com o nº de DR e o nº de inscritos por DR. Por outro lado, outras considerações quanto a utilidade de ter informação para municípios / regiões específicas, podem também condicionar as opções (ex. ter em conta a divisão que vai ser implementada a nível da Saúde em Santiago, região norte e região sul).

- Relativamente à **vinda de um expert** para verificar o Laboratório VIH da Praia reúne as condições necessárias para o trabalho a efectuar no âmbito do IDSR II, foi considerada desnecessária.
- Quanto ao **protocolo** para testagem da seroprevalência do VIH, o primeiro teste deverá ser 100% sensível e o segundo 100% específico. No entanto, a escolha de quais os testes ficou adiada, dado não se dispor de informações técnicas pormenorizadas em relação ao Murex.
- Ficou ainda de se decidir se o protocolo implica, para a confirmação dos positivos, o uso de 2 testes (conforme a ONUSIDA recomenda para situações de vigilância através de postos sentinela) ou de 3 testes (conforme proposto no protocolo da Macro).

Estratégia de IEC:

A apresentação deste tema ficou a cargo da Dra. Carmen Cruz do INE, tendo-se chegado às seguintes conclusões;

- Relativamente à **estratégia de comunicação pelos média de massas** (TV, rádio, jornal, etc.), acordou-se que devem apenas ser abordados os aspectos gerais (spot institucional sobre o inquérito, mais valia do inquérito, conteúdo do inquérito – com referência a alguns dos módulos do questionário, ex. saúde reprodutiva, VIH, anemia)
- Quanto ao nível da **comunicação interpessoal**, nomeadamente a nível local, nos contactos com os parceiros e seu trabalho de preparação junto dos agregados a inquirir, existem várias opções; falar do questionário, teste da anemia e VIH aos parceiros ou falar-lhes do questionário e teste da anemia, deixando a questão do VIH apenas para a comunicação interpessoal com os inquiridos.
- Como cada estratégia apresenta vantagens e desvantagens, não estando em condições de avaliar a potencial eficácia de qualquer das estratégias, acordou-se que deveriam ser definidas 2 ou 3 estratégias, a testar no **estudo piloto**. O estudo piloto terá 4 domínios, 2 rurais e 2 urbanos, pelo que se trona possível pré-testar as estratégias nos 2 meios.
- Capitalizar em experiência anterior que funcionou.

Quadro Institucional:

A apresentação deste tema ficou a cargo do Engº. Francisco Tavares, Presidente do INE, tendo-se chegado às seguintes conclusões;

- O Projecto IDSR II é um **projecto do Governo de CV**, sendo o INE / Ministério da Saúde as entidades encarregues da sua execução, através da assinatura de contratos próprios para o efeito.
- Não foi considerada necessária a participação da **Comissão sobre Assuntos de População (CAP)** no processo, dado a sua actuação se limitar a dois momentos (submissão do projecto ao Governo e encerramento do Projecto).

- Deverá ser criado um **Comité de Pilotagem**, constituído por representantes da DGS, INE, CNDS, VERDEFAM, OMS, UNICEF, UNFPA, Secretariado Executivo do CCS-SIDA, GTZ, Direcção Geral da Juventude e a Direcção Geral do Plano.
- A criação deste Comité deverá ser feito ao nível de membros do governo e, dado a sua composição, ficou de se estudar a forma mais indicada de concretizar a nomeação, dado que as tutelas (Saúde e Finanças) apenas abarcam alguns dos seus elementos.
- Foi acordada a criação de um **Comité de Ética ad hoc**, a ser nomeado pelas tutelas (Saúde e Finanças), ficando a recomendação de que este possa ser uma antecâmara para uma futura Comissão Nacional de Ética para iniciativas de investigação.
- O Comité de Ética deverá rever e aprovar o Projecto IDSR II, tecendo as necessárias recomendações quanto às modalidades de implementação a seguir. Deverá ainda propor modalidades de seguimento do projecto e da boa implementação das recomendações feitas.
- O INE / DGS ficam responsáveis pela dinamização deste processo, nomeadamente convocando uma reunião para o efeito, em que deverão participar a Ordem dos Médicos, Ordem dos Advogados, Comissão Nacional de Direitos Humanos e confissões religiosas.
- A este nível, questionou-se o porquê de 2 confissões religiosas (Igreja Nazarena e Igreja Católica). Considerou-se que uma confissão religiosa seria o ideal, caso contrário poderia se questionar o porquê daquelas duas em particular e exclusão das demais.
- Quanto ao **Gabinete do IDSR II**, absorveram-se as propostas apresentadas. Considerou-se que seria desejável que um elemento do CNDS integrasse a **Unidade de Sensibilização** e que, caso isso não fosse viável, que se estabelecesse um protocolo de colaboração entre o CNDS e Unidade de Sensibilização.
- Relativamente aos elementos da Saúde a integrar o Gabinete do IDSR II, tendo em conta que a sua participação deverá ser a tempo inteiro, ficou a preocupação de que esta questão seja devidamente equacionada a nível do Ministério da Saúde, particularmente no caso do Director Técnico Adjunto, que deverá ter a especialidade de epidemiologia ou saúde pública. Com efeito existem a nível nacional poucos técnicos da saúde com este perfil e ocupam já cargos de responsabilidade.
- Em termos da colaboração com o Gabinete do IDSR II que se esperada de vários intervenientes (ex. PNSR, PNN, etc.) em fases diversas, esta deverá ser melhor definida por ocasião do desenvolvimento de um plano de trabalho e cronograma detalhados.

Annexe 3

Protocole du test d'anémie

L'objectif premier du test est de fournir le niveau général de prévalence de l'anémie dans la population des femmes de 15-49 ans et dans la population des enfants de moins de 5 ans. Le second objectif consiste à rendre toutes les variables de la base de données de l'enquête disponibles pour analyser la prévalence de l'anémie selon ces différentes variables.

Le test d'hémoglobine est la principale méthode de dépistage de l'anémie. Le test est effectué en utilisant le système HemoCue. Ce système consiste en un photomètre fonctionnant à piles et une microcuvette jetable, recouverte d'un réactif séché qui sert à recueillir le sang. Il suffit de prélever une goutte de sang au bout du doigt d'une personne. Les types d'anémie peuvent être catégorisés comme suit : grave, modérée ou bénigne, selon la concentration d'hémoglobine dans le sang et selon les critères élaborés par l'Organisation Mondiale de la Santé. Les cas d'anémie grave sont diagnostiqués lorsque la concentration d'hémoglobine est inférieure à 7,0 g/dl ; l'anémie est *modérée* lorsque la concentration d'hémoglobine se situe entre 7,0 et 9,9 g/dl ; et l'anémie est *bénigne* lorsque la concentration d'hémoglobine se situe entre 10,0 et 11,9 g/dl (entre 10 et 10,9 chez les femmes enceintes).

La suite de ce document présente les éléments clé des procédures du test.

1. Le consentement éclairé On demandera à tous les individus sélectionnés pour le test de fournir un consentement volontaire éclairé autorisant le test. Pour ce faire, une déclaration résumant les procédures utilisées ainsi que les bénéfices et les risques que comporte le test sera lu à chaque individu. En plus de la déclaration formelle de consentement volontaire éclairé, les enquêtés auront la possibilité de poser des questions concernant l'enquête qui les aideront à décider de participer ou non à ce test. Dans le cas où l'enquêté a moins de 18 ans, on demandera, soit au père ou à la mère, soit à la personne responsable du mineur, soit à un autre adulte responsable présent dans le ménage au moment de l'enquête, de donner son consentement pour la collecte de sang de l'individu mineur. Ensuite, on demandera personnellement au mineur s'il consent à effectuer le test.

L'enquêteur enregistrera la réponse (ou dans le cas d'un mineur, celle des parents/personnes responsables/autre adulte) sur le questionnaire et signera le questionnaire pour attester qu'il/elle a bien lu le consentement et que la décision enregistrée sur le questionnaire est bien celle de l'enquêté.

2. Méthode de prélèvement Des gouttes de sang seront prélevées en utilisant la technique de prélèvement de sang par piqûre au bout du doigt (ou sous le talon pour les enfants en bas âge). Avant le prélèvement du sang, on nettoiera le doigt à l'aide d'une gaze préimprégnée d'alcool et on le laissera sécher à l'air libre. Dans un deuxième temps, on piquera le bout du doigt avec une lancette stérile, rétractable et non réutilisable. On éliminera la toute première goutte de sang avec une compresse stérile. La goutte de sang suivante sera utilisée pour remplir complètement la microcuvette. La

microcuvette est ensuite placée dans le photomètre. Les résultats de l'hémoglobine sont affichés sur l'écran digital du photomètre après 15 à 45 secondes.

Les résultats du test seront immédiatement donnés à chaque personne ayant participé au test. Les résultats du test d'anémie seront enregistrés sur les questionnaires de l'enquête ménage, ce qui permettra de les lier aux résultats des interviews.

3. Avantages pour les enquêtés Les personnes dont le niveau d'hémoglobine tombe en dessous d'une certaine limite (9 g/dl pour les femmes enceintes et 7g/dl pour les femmes qui ne sont pas enceintes ou ne savent pas si elles sont enceintes et pour les enfants) et qui sont considérés comme atteints d'anémie sévère, seront éventuellement référés aux structures sanitaires les plus proches pour évaluation et traitement.

En outre, une brochure d'information expliquant ce qu'est l'anémie et donnant des conseils sur les types d'aliments à consommer pour éviter les carences en fer sera distribuée à toutes les personnes éligibles pour le test, qu'elles acceptent ou non de se faire tester.

4. Risques pour les participants à l'enquête et pour les enquêteurs Les risques associés à la procédure de prélèvement du sang sont considérés comme faibles. La zone de prélèvement du sang sera complètement nettoyée avec une gaze préimprégnée d'alcool avant la piqûre. La piqûre sera effectuée avec une lancette stérile, rétractable et non réutilisable qui contient une très petite lame qui est activée par une gâchette. Le flux de sang sera arrêté par pression sur l'endroit de la piqûre avec une compresse de gaze. Une fois que le saignement est arrêté, la zone sera protégée de l'infection par un sparadrap. Pour le test d'anémie, on utilisera uniquement du personnel ayant été spécialement formé à la procédure et aux précautions universelles à observer pour éviter la transmission d'agents pathogènes transmis par le sang. Les lancettes et tous les instruments contaminés par le sang seront éliminés à la fin de la journée dans un sac pour les produits biodangereux selon un protocole établi

Annexe 4

Calendrier

Activités	Date
1. Présentation du projet aux autorités et aux partenaires	Août 2003
2. Tirage de l'échantillon et dénombrement	Septembre - novembre 2003
3. Préparation des questionnaires et des manuels	Septembre - novembre 2003
4. Enquête pilote	Décembre 2003 - janvier 2004
5. Finalisation des questionnaires	Février 2004
6. Formation du personnel de terrain	Avril 2004
7. Travail sur le terrain	Mai - juillet 2004
8. Analyse de laboratoire	Mai - août 2004
9. Saisie et édition des données	Mai - août 2004
10.. Rédaction du rapport préliminaire	Septembre 2004
11. Analyse et préparation du rapport final	Octobre - décembre 2004
12. Séminaire de dissémination	Janvier 2005
13. Publication du rapport final	Février 2005
14. Audit	Mars 2005

Annexe 5

Coûts locaux de l'IDSR-II

ITEM	EM CVE	EM US \$
PLAYDOYER	500000	5311
RECRUTAMENTO	240000	2549
INSTALACOES		
PESSOAL DE GABINETE A RECRUTAR	8500000	90281
ACTUALIZACAO DA BASE DE SONDA GEM	7269309	77209
INQUERITO PILOTO	2548160	27065
INQUERITO PRINCIPAL	25845000	274506
TRATAMENTO DOS DADOS	1575000	16728
ANALISE	1820000	19331
SUBSIDIO AO PESSOAL DE COORDENACAO	1240000	13170
TRANSPORTE	2048000	21752
MOBILIARIO ESCRITORIO		
EQUIPAMENTO INFORMATICO	1910000	20287
COMUNICACAO	580000	6160
IMPRESSAO	4321645	45901
SENSIBILIZACAO	10000000	106212
SEMINARIO DIVULGACAO RESULTADOS	500000	5311
MATERIAIS PARA TESTE VIH-SIDA E ANEMIA	3432490	36457
<i>SUB-TOTAL</i>	<i>72329604</i>	<i>768230</i>
DIVERSOS (2,5%)	1808240	19206
TOTAL	74137844	787436

Note : Ce budget n'est encore définitif et n'inclut pas la participation de l'État capverdien.