

SOMMAIRE

	Pages
Résumé	
Liste des abréviations	
PREMIÈRE PARTIE : INTRODUCTION	
I Contexte	3-6
1-1 Contexte général	
1-2 Le Programme Élargi de Vaccination	
II Problématique	6-8
2-1 Les orientations stratégiques du PEV	
2-2 Les grands défis	
III Les objectifs de la recherche	8
IV Le Modèle théorique et la méthodologie	9-16
4-1 Bases conceptuelles	
4-2 La méthodologie	
4-3 La collecte des données	
4-4 Le contrôle et la saisie des données	
4-5 L'analyse des données	
V Les difficultés	16
DEUXIÈME PARTIE : RÉSULTATS	
II-1 Profil des éléments de l'échantillon	17-23
2-1-1 Les districts sanitaires	
2-1-2 Les formations sanitaires	
2-1-3 Les Informateurs clés	
II-2 La Participation Communautaire	24-35
2-2-1 Les facteurs d'action	
2-2-2 Les performances	
2-2-3 Les orientations future	
II-3 Le financement des activités PEV	36-53
2-3-1 Processus de planification	
2-3-2 Disponibilité des ressources financières	
2-3-3 l'utilisation des ressources disponibles	
2-3-4 Stratégies de mobilisation des ressources financières	
2-3-5 Les perspectives	
TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION DES RÉSULTATS	
Volet participation communautaire	56-59
Volet Financement	60-63
Recommandations	64
Listes des principaux documents consultés	65
Les outils de collecte des données	66-104

RÉSUMÉ

Après la déclaration d'Alma Ata en 1978 qui soulignait l'importance du Programme Élargi de Vaccination (PEV) en tant qu'élément essentiel de la santé maternelle et infantile composante des Soins de Santé Primaires, le Burkina Faso a décidé d'instaurer pour la décennie 1980-1990 un Programme de Vaccination visant à réaliser la couverture vaccinale de la totalité des populations cibles contre les principales maladies endémo -épidémiologiques évitables par l'immunisation.

Comme l'indiquent les différents résultats obtenus dans le cadre du PEV, les performances sont restées relativement faibles. Ce constat a amené à initier au cours du temps, de nombreuses stratégies dont : l'accélération de la vaccination de routine (1989 - 1990 -1995) par l'organisation d'une campagne de masse de vaccination contre les sept maladies du PEV dans le pays.

Malgré ces efforts, les résultats sont très contrastés et caractérisés par une évolution globale en dents de scie et surtout par une disparité des performances entre les districts sanitaires du pays. On note cependant que certains districts restent relativement constants en ce qui concerne leurs performances (bonnes ou mauvaises). Cette situation au regard des différentes analyses semble relever entre autre de la variation des contextes et des actions entreprises en ce qui concerne d'une part l'implication effective des populations aux différentes actions et d'autre part le financement continu des activités.

Les objectifs poursuivis par la présente études sont entre autres :

- Identifier les expériences de participation efficace des populations dans le PEV ;
- Identifier les facteurs de succès et d'échec de cette participation des communautés dans les stratégies du PEV ;
- Identifier les mécanismes de financement des activités du PEV dans les districts ;
- Identifier les opportunités de financement des activités du PEV au niveau district ;

D'un point de vue méthodologique , il s'est agit d'une recherche exploratoire en ce qui concerne la participation communautaire et le financement des activités du PEV. L'étude à couvert dix districts dont le choix est basé essentiellement sur les performances en matière de couverture vaccinale mais aussi en tenant compte de la diversité du contexte nationale

Au niveau de la PC , les points essentiels ci après constituent les points forts de même que les opportunités et orientations à prendre en compte :

- L'encadrement permanent des structures existantes : formation , supervision
- La promotion des mécanismes viables de motivation des membres des structures (motivation basée sur le paiement de primes ..)
- La participation au PEV se développe à trois niveaux : participation aux activités , la participation à la gestion et la participation à la surveillance et à l'évaluation
- Le monitoring des activités PEV est utilisé comme porte d'entrée pour l'implication des structures communautaire dans le suivi et l'évaluation .
- Il existe une disponibilité des structures de PC à s'engager sur des activités nouvelles
- Accorder une priorité aux COGES qui apparaissent comme des structures incontournables
- Développer des initiatives pour la mise en place de nouvelles structures spécifiquement avec le PEV comme préoccupation centrale
- Des initiatives de renforcement des COGES existent dans certains districts (mise en place de la conférence des COGES , cas de Solenzo)
- Nécessité de rendre les responsables administratifs plus dynamiques en faveur du PEV

- Améliorer le niveau de connaissance des populations
- Supprimer les coûts directs liés à la vaccination (seringues , autres consommables ...)
- Assurer une bonne accessibilité géographique aux vaccinations

En ce qui concerne le financement

Malgré leur insuffisance quantitative , le financement assuré par les COGES et par le Budget national constituent les sources les plus fiables et les plus pérennes . On retiendra aussi :

- Que le processus de planification est de qualité très faible
- Que l'implication des membres des COGES lors de l'élaboration des micro plans de même que l'adoption des plans d'action des districts par les principaux concernés constituent des approches pour une meilleure mobilisation des ressources financières

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AG	:	Assemblée Générale
ASV	:	Agent de Santé de Village
AV	:	Accoucheuse de village
CMA	:	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
COGES	:	Comité de Gestion
CSD	:	Conseil de Santé de Village
CSPS	:	Centre de Santé et de Promotion Sociale
D	:	Dispensaire
DRD	:	Dépôt Répartiteur de District
DRS	:	Direction Régionale de la Santé
ECD	:	Équipe Cadre de District
IB	:	Infirmier Breveté
IC	:	Informateur clé
ICP	:	Infirmier Chef de Poste
IDE	:	Infirmier Diplômé d'État
JNV	:	Journées Nationales de Vaccination
M	:	Maternité
PC	:	Participation Communautaire
PEV	:	Programme Élargi de Vaccination
RAV	:	Responsable Administratif de Village

I CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1-1 Contexte général

Le Burkina est un pays enclavé situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Il partage ses frontières avec six pays qui sont le Mali au Nord et à l'Ouest, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo et le Bénin au Sud et enfin le Niger à l'Est.

La population était de 10 312 609 selon le RGPH de 1996. Avec un taux d'accroissement de 2,38% elle atteindra 14 718 647 habitants en 2010¹. La population du Burkina vit à près de 90 % en milieu rural, elle est caractérisée par sa jeunesse et la grande pauvreté (45,3% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté)².

Sur le plan administratif, le pays est divisé en Provinces (45) en Départements (300) et en villages (environ 8000. Au cours de ces dernières années, un processus de décentralisation est amorcé avec la mise en place des conseils municipaux au niveau des communes et bientôt les conseils provinciaux au niveau des provinces. Ces structures décentralisées ont les questions de santé dans leurs attributions.

Au cours de la période 1980-1990, le pays a élaboré et mis en œuvre son premier programme national de développement sanitaire (PSN. Ce programme basé sur les principes des SSP a permis de construire un système de santé de type pyramidal plus ou moins calquée sur l'organisation administrative (CSPPS – CM/CMA- CHR-CHN). A l'issue de cette période, de nombreuses réformes du système ont été envisagées et ont concerné : le financement à travers la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako ; la participation communautaire avec la mise en place des Comités de Gestion (COGES) ; la décentralisation du système de santé avec la mise en place des districts sanitaires ; la promotion des médicaments essentiels génériques avec la création de la CAMEG et les dépôts de vente dans les formations sanitaires.

Malgré ces nombreuses réformes, les performances du système de santé restent relativement faibles. En effet selon l'OMS³, le Burkina Faso occupe le 162^{ème} rang en terme d'état de santé parmi les 191 États qui ont fait l'objet du classement. L'espérance de vie à la naissance est de 53,8 ans tandis que la mortalité générale et maternelle sont respectivement de 15,2 pour 1000 et 484 pour 100 000 naissances vivantes⁴. Les causes de mortalité surtout chez les enfants restent dominées par le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition et la paupérisation grandissante, on constate par ailleurs une faible fréquentation des structures de santé aussi bien pour les soins curatifs que préventifs. Même si elles ne sont pas les principales causes directes de mortalité chez les enfants, les maladies évitables par la vaccination sont à la base de nombreuses complications qui secondairement aboutissent à des décès infantiles

Afin d'améliorer les performances de santé, le gouvernement a entrepris d'élaborer un nouveau plan de développement sanitaire pour la période 2001-2010 (PNDS). Parmi les objectifs pour cette période décennale on peut retenir l'accroissement de la couverture sanitaire nationale et l'amélioration de la qualité ainsi que de l'utilisation des services de santé. Cette option place le PEV dans les préoccupations du gouvernement pour les 10 années à venir car il s'agira de contribuer à la réduction de certaines affections par l'augmentation et le maintien d'une bonne couverture vaccinale.

¹ Recensement Général de la Population et de l'Habitat 1996, RGPH 1996

² Profil de pauvreté

³ Rapport sur la santé dans le monde, OMS, 2000

⁴EDSBF 1998

1-2 Le Programme élargi de vaccination au Burkina Faso (PEV).

1-2-1 Historique du PEV

Après la déclaration d'Alma Ata en 1978 qui soulignait l'importance du Programme Élargi de Vaccination (PEV) en tant qu'élément essentiel de la santé maternelle et infantile composante des Soins de Santé Primaires, le Burkina Faso a décidé d'instaurer pour la décennie 1980-1990 un Programme de Vaccination visant à réaliser la couverture vaccinale de la totalité des populations cibles contre les principales maladies endémo -épidémiologiques évitables par l'immunisation.

Ce programme a connu un démarrage lent et difficile et s'est progressivement implanté dans toutes les provinces.

Il convient de souligner que le programme a été élaboré en 1979, année d'adoption des soins de santé primaires par le pays.

Le PEV est devenu progressivement opérationnel à partir de 1980. Il a démarré à Bobo Dioulasso (juin 1980), puis a atteint Ouagadougou (1981) et les zones médicales de Tougan, Kaya, Nouna, Koupéla, Kongoussi, Boulsa (1982).

Il a connu son véritable essor après la “ **vaccination commando** ”⁵ de décembre 1984 avec l'appui de plusieurs organismes multilatéraux, bilatéraux et de plusieurs Organisations Non Gouvernementales. Cet appui a permis d'étendre le PEV à l'ensemble du territoire national en fournissant l'équipement et les moyens de fonctionnement du programme.

Au plan institutionnel, l'organisation du PEV a connu plusieurs évolutions. En effet, de la Direction de la Surveillance Epidémiologique et des Vaccinations (DSEV) en 1982, la structure a été rebaptisée Direction de la Prévention par les Vaccinations (DPV) en 1992. Le volet surveillance épidémiologique a été logé à la Direction du Contrôle des Maladies Transmissibles (DCMT)

En 1995, c'est un Service qui est créé en lieu et place d'une Direction Service de la Prévention par les Vaccinations (SPV) qui fut d'abord rattaché à la Direction de la Santé de la Famille (1995) puis à la Direction de la Médecine Préventive (1999).

Tous ces changements témoignent de la préoccupation permanente de rechercher une organisation opérationnelle à même de permettre au PEV d'atteindre ses objectifs.

1-2-2 Les principaux acquis du PEV :

Au niveau des ressources, de nombreux efforts ont été faits aussi bien par l'État que par ses principaux partenaires au développement sanitaire : environ 900 centres fixes de vaccination sont fonctionnels et de nombreux moyens logistiques sont mis en place pour assurer le ravitaillement mais aussi pour permettre la réalisation des stratégies avancées au niveau des populations éloignées des centres fixes. De nombreux agents ont bénéficié de formations en PEV pour leur

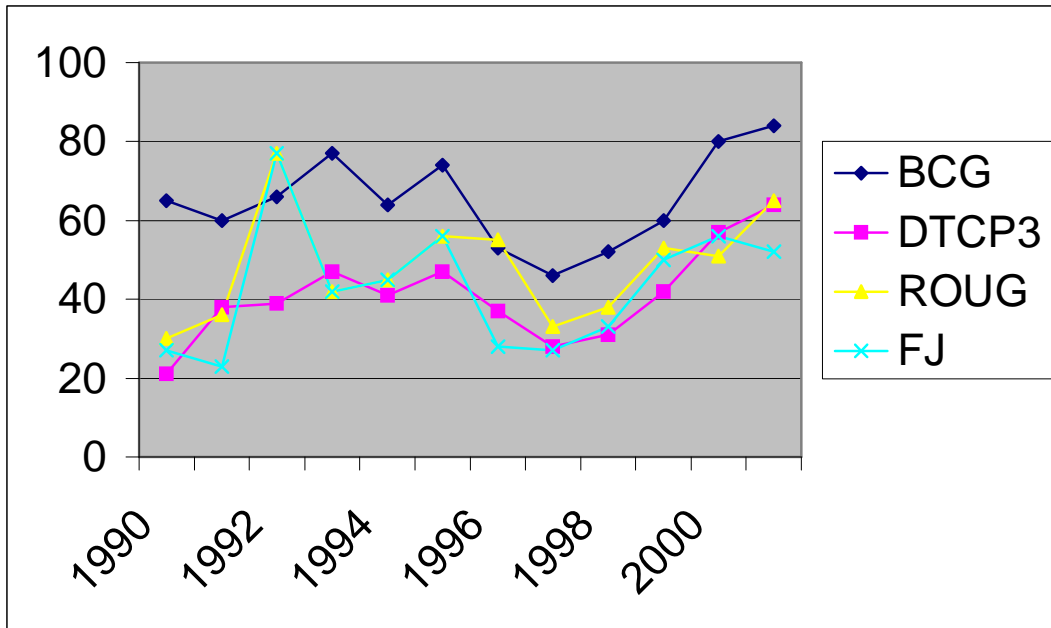
⁵ campagne nationale de vaccination avec prise en compte des principaux antigènes et une mobilisation générale de la population

permettre de réaliser efficacement le programme. Ces activités de formation ont porté aussi bien sur les aspects techniques que sur la mobilisation sociale.

La mise en place de ces ressources a permis au PEV d'obtenir d'importants résultats en terme de couverture vaccinale même si elles ne sont pas conforme aux attentes en terme de contrôle des maladies évitable par la vaccination.

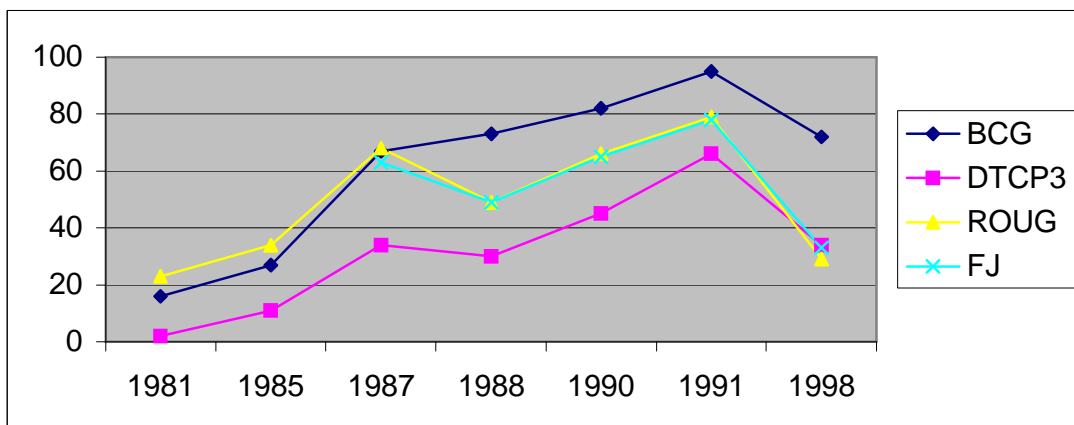
L'évolution de la couverture vaccinale est illustrée dans les deux graphiques ci dessous :

Graphique 1 : Évolution de la couverture vaccinale



Sources : données de routine enfants de 0-11 mois, Service PEV, MSP

Graphique 2 : Évolution de la couverture vaccinale à partir des enquêtes de couverture vaccinale (enfants de 12 – 23 mois).



Sources : enquêtes de couverture vaccinale, MSP

On observe au plan national une augmentation de la couverture vaccinale quel que soit l'antigène jusqu'en 1995. A partir de cette période, les taux de couverture vaccinale sont restés globalement stables puis ont amorcé une diminution jusqu'en 1998. Au cours des trois dernières années, les données de routines indiquent une reprise assez significative des taux de couverture vaccinale. Cette tendance reste à être confirmée par des enquêtes de couverture vaccinale.

Lorsqu'on examine l'évolution des couvertures vaccinales au niveau des différents districts ou provinces, on observe les principales tendances suivantes : un certain nombre de districts présentent des taux de couverture vaccinale relativement élevés et de façon constante. A l'inverse on trouve environ le même nombre avec des taux constamment faibles. Au niveau des autres districts, la tendance est une évolution en dents de scies

II PROBLÉMATIQUE

2-1 Les orientations stratégiques du PEV

Initialement, la cible retenue pour le PEV au Burkina était de 0 à 23 mois. Lors de sa 38^{ème} session, le Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique⁶ engage les États membres à éliminer le TNN en Afrique d'ici 1995, le Burkina a institué alors un calendrier vaccinal recommandant cinq contacts vaccinaux pour la vaccination des femmes en âge de procréer.

Après l'évaluation de la couverture vaccinale de 1990 et suite au constat d'une forte régression des cas de maladies du PEV dans la tranche de 12 à 23 mois, le Burkina en accord avec l'OMS et les partenaires a déterminé la cible de 0 à 11 mois qui sera mise en application à partir du 24 mai 1991.

Au niveau des priorités d'action, le PEV à la suite de la décennie de l'immunisation universelle, a opté pour : l'élimination du Tétanos Néonatal dans la région Africaine de l'OMS d'ici 1995 ; l'Éradication de la Poliomyélite d'ici 2000 ; la Réduction d'au moins 90% de la morbidité et de la mortalité dues à la rougeole. Les résolutions de l'OMS relatives à ces défis ont été toutes adoptées par les autorités sanitaires du Burkina Faso. Les activités sont mises en œuvre à travers le renforcement du PEV de routine, de la surveillance intégrée et la conduite des campagnes de masses de vaccination contre la rougeole, la poliomyélite et le tétanos.

Au niveau opérationnel, la stratégie mobile a été progressivement abandonnée au profit de la stratégie fixe et avancée. Cette option est largement facilitée par l'extension de la couverture sanitaire par les services de santé de base (CSPPS, CM) et par la disponibilité des moyens logistiques (Motos). La mise en place des centres fixes de vaccination a permis d'intégrer le PEV dans le paquet minimum des activités (PMA) dispensé à ce niveau. La mobilisation sociale a toujours constitué un axe important dans les activités du PEV aussi bien au niveau national qu'au niveau des districts sanitaires. Prenant plusieurs formes, elle vise essentiellement une plus grande participation des populations non seulement au financement du PEV mais également aux activités de vaccination.

Comme l'indiquent les différents résultats obtenus dans le cadre du PEV, les performances sont restées relativement faibles. Ce constat a amené à initier au cours du temps, de nombreuses stratégies dont : l'accélération de la vaccination de routine (1989 - 1990 -1995) par l'organisation d'une campagne de masse de vaccination contre les sept maladies du PEV dans le pays.

⁶ Résolution AFR/RC 38/R2

Dans le cadre du contrôle de la rougeole, des campagnes de vaccination de masse ont été organisées en 1998 et 1999, et ont concerné les enfants âgés de 9 à 59 mois et ceux de 9 mois à 14 ans en 2001.

Tout en reconnaissant le succès de ces campagnes en terme d'amélioration de la couverture vaccinale, il y a un consensus sur la difficulté de pérennisation d'une telle approche car trop coûteuse et perturbe la dynamique d'une organisation cohérente du PMA dans les formations sanitaires de base. L'option nationale reste donc la promotion du PEV de routine avec la plus grande efficacité possible ce qui nécessite la mise au point de stratégies efficaces de mobilisation sociale.

Par ailleurs, en septembre 1992, le comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté la résolution AFR/RC 42/ R3 demandant aux États membres d'assurer la responsabilité du financement de la fourniture des vaccins destinés au PEV. Prenant en compte cette résolution, le Burkina a signé le 22/06/96 un accord de coopération pour la fourniture de vaccins et consommables du PEV de routine. Le budget national prend en charge l'achat de vaccins et consommables du PEV de routine depuis 1995.

De nombreuses initiatives ont été également développées afin de renforcer le financement de l'État :

- *Retenue sur la vente des carnets internationaux de vaccination à partir du 25/04/1989, au profit du budget provincial ou celui du district dans le but de soutenir les activités du PEV.*
- *Retenue sur la vente des cartes de vaccination à partir du 2/05/1989, au profit du budget provincial ou celui du district dans le but de soutenir les activités du PEV.*
- *Vente du vaccin et du sérum anti-rabique à partir du 11/10/1989*
- *Les recettes de la vente des carnets internationaux, des cartes de vaccination, du sérum et vaccin antirabique ont permis au niveau central de prendre en charge :*
 - ⊗ *La réparation des véhicules et motocyclettes*
 - ⊗ *l'entretien des bâtiments du PEV*
 - ⊗ *La réfection des dépôts régionaux*
 - ⊗ *Le carburant pour la stratégie mobile et avancée*
 - ⊗ *La prise en charge de la restauration des membres des équipes mobiles de vaccination*

Au niveau des formations sanitaires périphériques de l'Etat, la participation des comités de gestion s'est progressivement formalisée à travers : l'achat de carburant pour la stratégie avancée ; l'entretien des motocyclettes ; l'achat de gaz pour le fonctionnement des appareils de froid ; la prise en charge de la restauration des agents chargés de la stratégie avancée.

2-2 Les grands défis actuels du PEV

Dans le cadre du programme élargi de vaccination de nombreuses évaluations et revues ont été réalisées soit au plan national soit à l'initiative de certains districts avec l'appui des différents partenaires qui interviennent dans ce domaine. Le plan stratégique 2001-2005 du PEV Burkina Faso, synthétise les principaux défis que le PEV devrait relever pour espérer avoir une bonne efficacité c'est à dire passer de 60% à 90% et de 42% à 85% respectivement pour le BCG et le DTCP3

Actuellement, les principaux problèmes que le PEV devra résoudre sont de plusieurs ordre et portent :

Au plan technique : la supervision est insuffisante, il y a une faible complétude des différents rapports dans le cadre de la surveillance épidémiologique par ailleurs en dehors des PFA et de la rougeole et du TNN il n'existe pas un système de surveillance active ; de plus en plus de nombreux agents sur le terrain ne sont pas formés aux techniques du PEV ; la sécurité des injections reste relativement faible.

Au plan du financement, il existe un paradoxe. En effet, alors que de nombreuses activités semblent souffrir d'un manque de financement (stratégies avancées, le maintien de la chaîne de froid, l'acquisition des consommables ...), la situation est caractérisée par une faible absorption des fonds disponibles⁷. Cette situation serait imputable à la complexité des procédures et à la mauvaise planification des activités. La mise en place des comités de gestion (COGES) dans les différentes formations sanitaires semble améliorer sensiblement la situation du financement dans certains districts. En effet selon certaines études, la contribution de ces COGES était d'environ 15%(sans le personnel)⁸. Si cette contribution des COGES permet à certains districts d'assurer le déroulement régulier des activités de vaccination, il apparaît de plus en plus que cet aspect de la participation communautaire pose des problèmes d'équité d'accès aux prestations. En effet, même quand elles existent, les dispositions en faveur des personnes démunies ne sont pas toujours appliquées ce qui occasionne des abandons de la part de ces indigents temporaires ou permanents (impossibilité d'acheter la seringue ou la carte de vaccination).

Au plan de la mobilisation sociale : il y a une faible implication des populations dans les différentes stratégies développées pour le PEV ceci malgré la mise en place des comités de gestion au niveau des différents centres de santé et de promotion sociale qui sont pour la majorité des centres fixes de vaccination.

Il ressort de ce qui précède que depuis sa mise en œuvre en 1980, le PEV bénéficie d'une attention particulière de la part des autorités politiques et des différents partenaires au développement sanitaire. Cette prise en compte du PEV s'est matérialisée entre autre par le développement de stratégies qui permettent aujourd'hui de rendre le vaccin toujours disponible (Sécurisation de l'achat du vaccin grâce à l'appui du FED, prévisions budgétaire au niveau du budget de l'État).

Malgré ces efforts, les résultats sont très contrastés et caractérisés par une évolution globale en dents de scie et surtout par une disparité des performances entre les districts sanitaires du pays. On note cependant que certains districts restent relativement constants en ce qui concerne leurs performances (bonnes ou mauvaises). Cette situation au regard des différentes analyses semble relever entre autre de la variation des contextes et des actions entreprises en ce qui concerne d'une part l'implication effective des populations aux différentes actions et d'autre part le financement continu des activités.

Les questions auxquelles cette étude voudrais répondre sont les suivantes :

1 Comment certains districts arrivent ils à impliquer efficacement et durablement les communautés dans l'exécution du PEV ?

2 Comment ces stratégies contribuent elles effectivement à améliorer les performances du PEV ?

⁷ Plan stratégique PEV Burkina Faso, MS ; septembre 2000

⁸ Etude sur le financement et le coût du programme élargi de vaccination au Burkina Faso, MS, août 2000

3 Dans quelles mesures ces stratégies d'implication des communautés sont reproductibles dans les autres districts du pays ?

4 Comment certains districts arrivent ils à assurer un financement régulier de leurs activités PEV ?

5 Dans quelles mesures ces mécanismes de financement sont ils durables ? (sans créer une iniquité dans l'accès aux prestations PEV) ; reproductibles ?

III OBJECTIFS

- Identifier les expériences de participation efficace des populations dans le PEV ;
- Identifier les facteurs de succès et d'échec de cette participation des communautés dans les stratégies du PEV ;
- Identifier les mécanismes pour une répliation des expériences positives dans d'autres districts du pays.
- Identifier les mécanismes de financement des activités du PEV dans les districts ;
- Identifier les opportunités de financement des activités du PEV au niveau district ;
- Identifier les facteurs déterminants la pérennité du financement des activités et l'équité d'accès au PEV au niveau district ;

IV LES MODÈLES THÉORIQUES ET LES ÉLÉMENTS DE MÉTHODOLOGIE

4-1 LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

4-1-1 Bases conceptuelles

La PC est définie comme étant l'intervention de la population bénéficiaire dans le processus de prise de décision , d'exécution et d'évaluation des activités de vaccination .Elle est considérée ici comme un moyen qui doit permettre une amélioration significative et durable des taux de couverture vaccinale sur l'ensemble des districts du pays de même que la stratégie de surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV .

En terme de modalités de participation nous en avons retenu 4 qui sont applicables au PEV.

- La participation des populations aux avantages du programme : les populations cibles bénéficient de la vaccination dans le cadre des séances organisées par les agents de santé dans les districts ;
- La participation aux activités du programme : cette participation peut se manifester de plusieurs manières (appui à l'organisation des séances , mobilisation des populations ...) ;
- La participation à l'exécution du programme : à la différence de la participation aux activités , certaines populations participent à des aspects de gestion du PEV en identifiant les sites de vaccination , en définissant les agenda de vaccination et les modalités d'acquisition de certains consommables du PEV ;

- La participation à la surveillance et à l'évaluation du programme : le système de monitoring permet à certaines populations de s'assurer que les objectifs sont atteints , d'identifier les zones où la participation aux séances est faible ;

L'efficacité de la participation communautaire dépend en général de deux facteurs : le contexte local et les facteurs d'action.

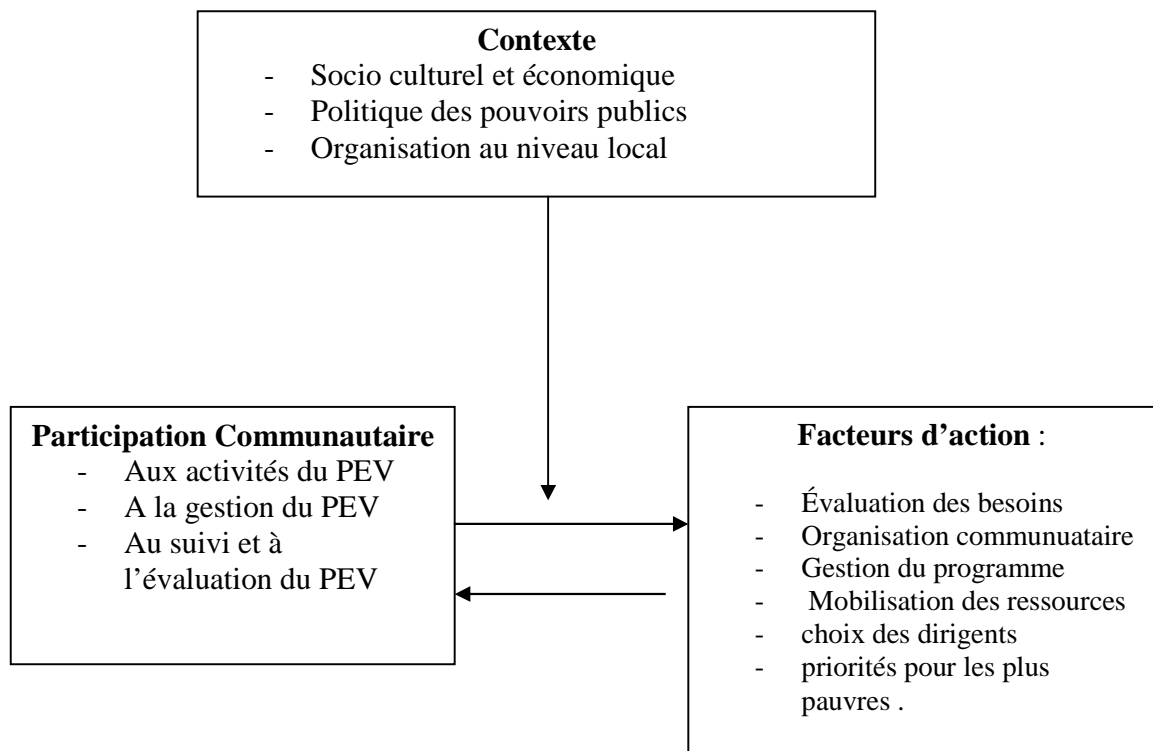
Le contexte local renferme les aspects en rapport avec le contexte culturel , la situation socio-économique, l'évolution historique , la politique des pouvoirs publics (prise en compte des besoins des populations locales , communication entre le niveau central et périphérique , organisation de la collaboration intersectorielle ...) , le degré d'application de la politique nationale de décentralisation .

Les facteurs d'actions concernent quand à eux l'évaluation des besoins des communautés , l'organisation communautaire mise en place , la gestion du programme , la mobilisation des ressources humaines et financières , le choix des dirigeants et animateurs et la prise en compte des besoins des plus démunis dans la communauté .

Dans le cadre de la présente recherche , la démarche méthodologique est axée sur une meilleure compréhension de ces deux facteurs mais plus particulièrement sur les facteurs d'action . Les éléments du contexte peuvent être considérés comme des éléments purement descriptifs , peu vulnérables mais dont la connaissance est essentielle pour une bonne planification de la participation communautaire dans un district . Les facteurs d'action quand à eux sont ceux dont la maîtrise est du ressort des acteurs de la promotion d'une PC efficace .

Le schémas ci dessous illustre le modèle théorique de l'analyse qui a été faite .

Fig 3 : Modèle théorique



L'analyse du contexte

Il s'agit beaucoup plus d'une description du contexte local dans lequel la PC se déroule. Si en général les éléments du contexte peuvent être considérés comme spécifiques à chaque district et peu vulnérables par les acteurs de la promotion de la PC, certains aspects de ce contexte peuvent être pris en compte dans des contextes semblables.

Il s'agit donc dans le cadre de la présente recherche de bien identifier les éléments du contexte qui favorisent ou freinent la promotion de la PC et analyser comment dans ces contextes, les acteurs de la promotion de la PC ont pris en compte ces éléments du contexte.

Tableau 1 : Cadre d'analyse du contexte

Domaines	Eléments de description	Démarche méthodologique	Cibles
Contexte culturel	Organisation sociale : hiérarchies sociales , chefferie .. Place et rôle de la femme ; Pratiques en matière de santé .	Revue documentaire Entretien individuels	- Informateurs clés
Situation socio-économique	système de production niveau de pauvreté mouvements migratoires mouvement associatif	Revue documentaire Entretien individuels	Informateurs clés
Evolution historique	Les changements majeurs en matière d'organisation sociale , politique Les changements majeurs en matière de développement local , de participation communautaire	Revue documentaire Entretien individuels	Informateurs clés
La politique des pouvoirs publics	organisation de la collaboration intersectorielle ... prise en compte des besoins des populations locales	Revue documentaire Entretien individuels	Informateurs clés

L'analyse des facteurs d'action

Les facteurs d'action sont du ressort des promoteurs de la PC . Il s'agit donc d'identifier dans les différents districts quels sont les conditions de réussite de la participation communautaire

Tableau 2: cadre d'analyse des facteurs d'action

Domaines	Eléments à analyser	Démarche méthodologique	Cibles
L'organisation communautaire mise en place	Type de structures Modalités de création Organisation, fonctionnement ; Système d'encadrement	Entretiens individuels	Responsables des ECD Membres des structures de PC ; ICP
Le choix des dirigeants et animateurs	Profil ; Modalités de désignation ; Type de leadership ; Modes de communication avec les autres membres de la communauté	Entretiens individuels	Responsables des ECD Membres des structures de PC; ICP
La gestion du	Modalités de participation	Entretiens	Responsables des ECD

programme		individuels	Membres des structures de PC; ICP
La mobilisation des ressources financières et humaines	Type de ressources fournies par la communauté ; Motivations de la mobilisation de ces ressources ; Processus de prise de décision	Entretiens individuels	Responsables des ECD Membres des structures de PC ICP
Evaluation des besoins des communautés	Place du PEV dans les besoins prioritaires des communautés ; Processus d'appropriation du PEV par les communautés ;	Entretiens individuels	Responsables des ECD Membres des structures de PC ICP

4-1-2 La méthodologie

L'approche méthodologique est quantitative et qualitative . La stratégie méthodologique adoptée est une étude de cas descriptive qui a cherché à répondre aux questions de recherche . Le choix des cas s'est porté tout simplement sur les districts dans lesquels les performances actuelles en matière de PEV sont en partie liées à une bonne participation communautaire comparativement aux autres districts . Les critères ci dessous ont déterminé l'identification des zones de la recherche :

- Le contexte : le pays est divisé en fonction des principaux caractéristiques socioculturels et économiques. Un choix est opéré dans chaque groupe de manière à ce que les résultats obtenus soient plus facilement reproductibles dans les autres districts présentant les caractéristiques similaires.
- Les expériences en cours : il s'agit de tirer les principaux enseignements des facteurs d'actions dans les différents districts retenus. On retiendra dans chacun des contextes, les districts dans lesquels des expériences sont menées en vue de la promotion de la PC de même que le financement régulier des activités ;
- Les taux de couverture vaccinale : prenant en compte le contexte et les expériences en cours, les districts retenus sont ceux qui ont la meilleure couverture vaccinale de façon constate ou ont une tendance à l'amélioration de leurs couvertures vaccinales.

Au plan national et régional, il a été pris en compte les principaux partenaires qui interviennent dans le PEV et plus particulièrement dans le volet mobilisation sociale et le financement. C'est le cas de la Croix Rouge, de l'UNICEF, etc.

Au niveau intermédiaire, les principaux partenaires impliqués dans la PC et le financement seront pris en compte;

Au niveau de chaque district les cibles ci dessous sont prises en compte :

- L'Équipe Cadre du District : il s'agira du médecin chef et du chargé du PEV de même que celui chargé de la mobilisation sociale et de la gestion financière
- Les CSPS : Dans chaque district on retiendra trois CSPS et le chef lieu représenté par le CMA. Le choix des trois CSPS tiendra compte des bonnes performances en matière de PEV, des expériences de PC et les différents contextes
- Les membres des structures de PC et de financement : Au niveau de chaque CSPS on retiendra toutes les structures identifiées comme étant impliquées dans la PC en faveur du PEV et celles qui assurent des financements pour le PEV. Deux membres de chaque structure seront l'objet de l'enquête (le responsable et un membre).

- Les informateurs clés : il s'agit de personnes à même de donner des informations pertinentes parce qu'ayant de bonnes connaissances du milieu. Il s'agira : du Haut commissaire/ Préfet ; du maire de commune, de conseiller municipal ; Responsable administratif de village ; Accoucheuse de village ; Agent de santé villageois ; responsable religieux ; tradi praticien

4-2 LE FINANCEMENT DES ACTIVITÉS DU PEV

4-2-1 Bases conceptuelles

La mise en œuvre du PEV repose sur le développement de plusieurs activités traditionnellement financées par plusieurs partenaires du développement sanitaire, l'État, les collectivités territoriales et les usagers. Ces différentes contributions permettent jusque là d'assurer des investissements (équipements, achat de vaccin) en faveur du PEV et la mise en œuvre des aspects opérationnels du programme (stratégies avancées, formations, supervisions, ...). Depuis la promotion du concept de district sanitaire, il revient aux Équipes de districts d'intégrer les objectifs nationaux du PEV dans leurs plans opérationnels annuels. La mise en œuvre efficace de ces plans d'action en ce qui concerne le volet PEV dépend entre autre des éléments ci dessous :

La disponibilité de certaines ressources au plan national : il s'agit essentiellement du vaccin. En effet les situations de ruptures constatées au niveau du vaccin entraînent automatiquement l'arrêt de l'activité vaccinale au niveau des districts sanitaires du pays dans la mesure où ces derniers sont économiquement et techniquement incapables d'assurer l'achat du vaccin.

La qualité du processus de planification opérationnelle : l'efficacité du volet PEV des plans opérationnels des districts, reste tributaire de la qualité de ces plans (pertinence des choix stratégiques, adéquation entre activités et capacité potentielle, implication des différents acteurs ...).

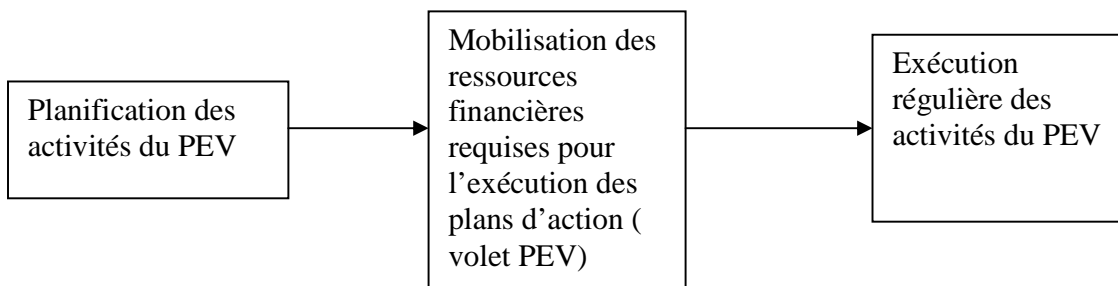
La capacité des ECD à mobiliser les ressources financières pour les activités prévues : il est fréquent que les financements de certaines activités du plan opérationnel ne soient pas disponibles et sont à rechercher au cours du plan . Malheureusement des stratégies efficaces ne sont pas mises en œuvre pour effectivement mobiliser ces financements. A l'inverse pour certaines activités il y a des financements disponibles mais non utilisés pour plusieurs raisons dont la plus citée reste la complexité des procédures ?

Dans le cadre de la présente recherche, il s'agit de considérer à priori que la première condition est remplie (c'est à dire que le vaccin est disponible en quantité suffisante). Il s'agit donc d'identifier les différents éléments en rapport avec le processus de planification et la mobilisation des ressources financières dans une vision de pérennisation.

Le caractère durable du financement sera analysé en fonction de la source mais aussi de l'orientation stratégique faite lors de la planification.

Dans un contexte dominé par la promotion du concept de contribution financière des usagers aux soins de santé (Initiative de Bamako), un intérêt sera accordé à la question de l'équité dans l'accès aux PEV. Il s'agira de s'assurer que le principe de gratuité de la vaccination institué par le ministère de la santé est effectivement appliqué.

Fig 4 : Modèle théorique simplifié



4-2-2 La méthodologie

La démarche a consisté d'une part à une analyse rétrospective de situation en ce qui concerne la conception, et la mise en œuvre des plans d'actions des districts retenus en vue de mettre en évidence les mécanismes de financement des plans et d'autre part à une analyse des stratégies développées pour mobilisation des ressources financières.

Cette analyse de situation est faite essentiellement à travers une revue documentaire et des entretiens avec les principaux acteurs de la planification et du financement du PEV.

La revue documentaire : elle concerne les plans d'action des districts retenus et les bilans de mise en œuvre de ces plans d'action. Les plans des années 1999, 2000, 2001 et 2002 sont pris en compte dans cette revue. Au regard de la difficulté de la conservation des informations, il est difficile d'aller au-delà de cette période. Le premier semestre de l'année 2002 permet d'avoir des informations récentes et assez valides. Cette revue a permis surtout de rendre disponible les informations suivantes : le type d'activités prévues et réalisées dans le cadre du PEV, les différentes sources de financement et les coûts prévisionnels, les réalisations effectives en terme de financement ...

Les entretiens individuels : elles ont concernées les membres des équipes cadre de districts, les responsables des différentes sources locales de financement du PEV, les responsables de sources potentielles de financement. Ces entretiens permettront d'apprécier : le processus de planification, la stratégie de mobilisation des ressources, les motivations des financements actuels et futurs ...

Le principe de la recherche action est de permettre au PEV de promouvoir la participation communautaire pour une meilleure performance du PEV dans l'ensemble des 53 districts du pays. Dans cette perspective et en prenant en compte le cadre conceptuel de la recherche, les critères ci dessous ont déterminé l'identification des zones de la recherche :

- Le contexte : le pays est divisé en fonction des principales caractéristiques socioculturels et économiques. Un choix est opéré dans chaque groupe de manière à ce que les résultats obtenus soient plus facilement reproductibles dans les autres districts présentant les caractéristiques similaires.
- Les expériences en cours : il s'agit de tirer les principaux enseignements des facteurs d'actions dans les différents districts retenus. On a retenu dans chacun des contextes, les

districts dans lesquels des expériences sont menées en vue de la promotion de la PC de même que le financement régulier des activités ;

- Les taux de couverture vaccinale : prenant en compte le contexte et les expériences en cours, les districts retenus sont ceux qui ont la meilleure couverture vaccinale de façon constate ou ont une tendance à l'amélioration de leurs couvertures vaccinales.

4-3 Échantillonnage

4-3-1 Les critères de choix

Le principe de la recherche action est de permettre au PEV de promouvoir la participation communautaire pour une meilleure performance du PEV dans l'ensemble des 53 districts du pays . Dans cette perspective et en prenant en compte le cadre conceptuel de la recherche , les critères ci dessous ont déterminé l'identification des zones de la recherche :

Le contexte : le pays est divisé en fonction des principales caractéristiques socioculturelles et économiques . Un choix est opéré dans chaque groupe de manière à ce que les résultats obtenus soient plus facilement reproductibles dans les autres districts présentant les caractéristiques similaires.

Les expériences en cours : il s'agit de tirer les principaux enseignements des facteurs d'actions dans les différents districts retenus . On retiendra dans chacun des contextes , les districts dans lesquels des expériences sont menées en vue de la promotion de la PC ;

Les taux de couverture vaccinale : prenant en compte le contexte et les expériences en cours , les districts retenus sont ceux qui ont la meilleure couverture vaccinale de façon constate ou ont une tendance à l'amélioration de leurs couvertures vaccinales .

4-3-2 Zones retenues

Sur la base des critères évoqués ci dessus , les districts suivants sont retenus pour la mise en œuvre du protocole de recherche.

Régions sanitaires	Districts retenus
Kaya	1 Kongoussi
Est	2 Fada
	3 Bogandé
Ouagadougou	4 Secteur 30 Ouagadougou
Hauts Bassins	5 Houndé
Sahel	6 Gorom Gorom
Mouhoun	7 Solenzo
Centre	8 Manga
Centre Sud	9 Yako
Sud Ouest	10 Diébougou

4-4 COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES

4-4-1 La collecte

La collecte des données s'est effectuée auprès des différentes cibles ci dessus identifiées à l'aide d'un questionnaire .

Par ailleurs d'autres structures qui interviennent dans le financement des activités du PEV ont été consultées : CATR , l'UNICEF , la DAF du Ministère de la santé , Plan International

Cette collecte des données a été réalisée par 18 enquêteurs (conseillers ou des attachés de santé) avec l'appui technique de 2 médecins et du chercheur principal

Tableau 3: Récapitulatif des principales cibles

Niveaux concernés	Cibles	Profil/nombre
Niveau national et régional	Partenaires du PEV en matière de mobilisation sociale	Responsables : UNICEF, Croix Rouge..
District sanitaire	ECD	Membres de l'ECD
	CMA	Responsables du volet CSPPS du CMA
	CSPPS	3
	Structures impliquées dans la PC et le financement	L'ensemble des structures
	Informateurs clés	Haut-commissaire : 1 Maire de commune : 1 Conseiller municipal : 1
CSPPS	ICP	1
	Structures impliquées dans la PC et le financement	L'ensemble des structures
	Informateurs clés	Responsable administratif de village : 1 Préfet : 1 ASV : 1 AV : 1 Autres à déterminer en fonction des opportunités.

4-4-2 Contrôle des données collectées

L'ensemble des fiches de collecte des données a fait l'objet d'un contrôle par le chercheur principal et le point focal de la DPEV. Ce contrôle a permis de corriger certaines informations , de compléter d'autres informations et d'éliminer les supports dont le remplissage n'est pas satisfaisant .

4-4-3 La saisie des données

La saisie des données est assurée par un agent de saisie recruté par le statisticien . Cette saisie qui a été faite sur EPI6 est complètement achevée .

4-4-4 L'analyse des données

A partir du plan d'analyse élaboré par le chercheur principal , les données saisies ont été entièrement analysées .

V Difficultés

La mise en œuvre des activités à de la recherche a été perturbée par de nombreuses activités du Ministère de la santé dont notamment la tenue des JNV .La tenue de ces journées n'a pas toujours permis aux enquêteurs de recueillir à temps les informations auprès des responsables des formations sanitaires et des membres des ECD. Cette situation justifie le retard enregistré dans la mise en œuvre de la présente recherche notamment dans son volet collecte des données sur le terrain.

Par ailleurs , la faible conservation des archives de même que la mobilité du personnel entraînent une faible disponibilité des données surtout en ce qui concerne le financement des activités

DEUXIÈME PARTIE : Les résultats

I PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES ÉLÉMENTS DE L'ÉCHANTILLON

Les Districts sanitaires (cf carte en annexe pour la localisation géographique)

Les formations sanitaires

Les informateurs clés

Les structures de Participation communautaire

I-1 Les Districts sanitaires

1-1-1 La couverture sanitaire

Tableau 4 : Population et couverture sanitaire des districts

DRS	Districts	Population en 2002	Formations sanitaires			
			CMA	CSPS	D/M	Autres
Dori	Gorom-Gorom	161812	1	13	0	0
Fada	Bogandé	371106	1	21	0	0
	Fada	356950	0	23	0	4
Gaoua	Diébougou	88096	1	10	1	1(privé)
Houet	Houndé	207517	1	21	1	0
Kaya	Kongousi	227247	1	20	0	137(PSP)
Manga	Manga	238046	1	21	1	0
Ouaga	Sect. 30	405546	1	18	6	0
Koudougou	Yako	302239	1	35	4	0

Tableau 5: centres fixes de vaccination

DRS	Districts	Formations sanitaires			
		CMA	CSPS	D/M	Autres
Dori	Gorom-Gorom	0	13	0	0
Fada	Bogandé	1	21	0	0
	Fada	0	23	0	0
Gaoua	Diébougou	1	10	1	0
Houet	Houndé	8	21	4	0
Kaya	Kongoussi	1	20	0	19
Manga	Manga	0	21	1	0
Ouaga	Secteur 30	1	5	1	0
Koudougou	Yako	0	30	2	0

1-1-2 Capacités opérationnelles et performances en PEV

Tableau 6: Capacités opérationnelles en stratégies avancées

DRS	DISTRICTS	CSPS		
		Nombre total	Équipés en CF	Dotés en mos fonctionnelle
Dori	Gorom-Gorom	13	13 (100%)	11(85%)
Fada	Bogandé	21	21(100%)	21(100%)
	Fada	23	23(100%)	23(100)
Gaoua	Diébougou	10	10(100%)	10(100)
Houet	Houndé	21	21(100%)	19(90%)
Kaya	Kongoussi	20	20(100%)	20(100%)
Manga	Manga	21	21(100%)	21(100%)
Ouaga	Secteur 30	18	5(28%)	5(28%)
Koudougou	Yako	35	30(86%)	34(97%)

Tableau 7: Évolution de la couverture vaccinale : BCG

Districts	1996*	1997*	1998**	1999*	2000*	2001*
Kongoussi	106 ,16	101,00	94,67	111,01	117,69	103,23
Fada	24,37	24,01	48,32	57,02	97,75	75,94
3 Secteur 30 Ouagadougou	ND	ND	68,29	108,05	147,45	97,92
Houndé	ND	ND	48,52	73,25	85 ,90	88,90
Gorom Gorom	43	30	40,41	33,54	96,35	94,94
Solenzo	ND	ND	43,93	58,84	89,45	120,44
Manga	87	87,32	72,73	98,25	97,25	95,50
Yako	97	96	62,70	82,69	85,67	88,48
Bogandé	68	40	33,18	55,91	86,76	84,94
Diébougou	72,10	58	60,57	72,65	71,35	103 ,29
Moyenne nationale	61	46,33	52,16	59,62	80,35	84,46

Sources : * Données de routine

** Enquête de couverture

Tableau 8: Évolution de la couverture vaccinale : DTCP3

Districts	1996*	1997*	1998**	1999*	2000*	2001*
Kongoussi	69,14	70	86,62	98,48	107,59	95,59
Fada	11	12,12	14,63	52,61	70,88	84,02
3 Secteur 30 Ouagadougou	ND	ND	53,89	89,04	117,71	74,38
Houndé	ND	ND	26,43	56	61,73	59,12
Gorom Gorom	14,29	8	4,15	8,97	62	71,50
Solenzo	ND	ND	23,79	28,54	46,17	87,17
Manga	61,09	69	76,79	91,15	77,86	76,33
Yako	78	70	54,20	78,59	74,50	77,83
Bogandé	35	20,30	10,85	31,53	56,41	61,84
Diébougou	44	18,32	51,65	59,60	66,18	88,91
Moyenne nationale	48	28,14	30,72	41,7	57,25	64,26

Sources : : * Données de routine

** Enquête de couverture

1-I-2 Les formations sanitaires et prestataires

Tableau 9 : Profil des structures sanitaires visitées :

Type de structure	Nombre	%
CMA	7	17,5
CSPS	33	82,5
Total	40	100

Tableau 10 : Profil des prestataires rencontrés

Profil des personnels	Nombre	%
IB	10	25
IDE	29	72,5
SFE	1	2,5
Total	40	100

1-I-3 Les informateurs clés

Les informateurs clés sont des personnes ayant en principe une certaine connaissance du milieu et sont à des degrés variés impliquée dans la mise en œuvre d'actions en faveur de la santé y compris le PEV.

Les profils ci après ont été rencontrés dans le cadre de la présente recherche au niveau de l'ensemble des 10 districts .

Tableau 11 : Les structures concernées

Structures concernées	Profil des IC	Nombre	%
Administration publique	Haut commissaires	2	3,3
	Secrétaire Général de province	5	8,2
	Préfets	16	26,3
	RAV	19	31,2
Collectivités territoriales	Maires	6	9,8
	Conseillers municipaux	6	9,8
Communautés religieuses	Imam	1	1,6
Communautés	Responsables coutumiers	6	9,8
Total		61	100

1-I-4 Les structures de participation communautaire

- Typologie des structures

Tableau 12 : Typologie des structures dont au moins un membre a été rencontrées .

Type de structures	Nombre	%
Associations	11	23
CSV	4	9
COGES	25	53
Leaders PEV	1	2
FADDO	2	4
Autres (communautés religieuses /coutumières)	4	9
Total	47	100

- Profil des personnes rencontrées

Essentiellement des hommes (86%) et 14% de femmes

L'âge moyen est de 44 ans compris entre 29 –65 ans . L'âge le plus fréquemment rencontré est de 35 ans .

Tableau 13 : Fonction des personnes rencontrées

Fonction au niveau de la structure	Nombre	%
Président(e)	34	
ASV	7	
Responsable des finances	4	
Secrétaire à l'information	1	
Total	46	

II PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Les facteurs d'action

- **Les organisations communautaires dans les districts**
- **Le système d'encadrement**
- **La participation à la gestion du PEV**
- **Le choix des responsables**

Les performances

Les orientations futures

II-1 Les facteurs d'action

II-1-1 Les organisations communautaires dans les districts

L'analyse est faite aux trois niveaux du système de santé du district : Équipe Cadre , CSPS et communauté . Cette analyse fait ressortir une grande dynamique dans la mise en place des structures de participation communautaires.

∇ Typologie des structures existantes dans les districts

Tableau 14 : Les différentes structures de PC selon les niveaux d'identification

Type d'organisation communautaire	Niveau d'identification		
	ECD	ICP	IC
Collectivités locales	+	-	-
COGES	+	+	+
CSD	+	-	-
Mouvement associatif	+	+	+
ONG/PROJET	+	-	-
Mutuelles de santé	+	-	-
Groupements féminins	-	+	-
Papa PEV	-	+	-
Association des Tradi praticiens	-	+	-
CSV/PSP/ASV	-	+	+
RAV	-	+	-
Association des retraités	-	+	-
Communautés religieuses	-	+	+
Groupe SR des élèves	+	-	-

Les comités de gestion des formations sanitaires périphériques de l'État (COGES)

L'ensemble des ECD est unanime sur le fait que les COGES constituent les organisations communautaires leader dans le PEV. Cette tendance est validée par les l'ensemble des infirmiers chefs de poste qui ont été rencontrés au cours de l'étude .

Le mouvement associatif

Il est constitué d'associations féminines , de groupements féminins , d'association de tradi praticiens , d'association de retraités et d'associations de jeunes .

Le Conseil de santé de village

Le conseil de santé de village constitue également une organisation dont le rôle est jugé essentiel par les ICP ;

Le Conseil de santé du district

Très peu rependu , son dynamisme est cependant relevé par le seul district ou il est fonctionnel

Les structures spécifiques

Il s'agit de structures mises en place pour des domaines d'activités spécifiques du PEV ou d'autres activités comme la santé de la reproduction . On note la mise en place de leaders PEV et de PAPA PEV surtout dans le district de Solenzo

Les organisations mutualistes

Elles sont de création récentes et sont peu rependues . Leur rôle auprès de leur adhérents est jugé essentiel pour le PEV

Les responsables administratifs de village

Bien que existants dans tous les villages , leur rôle est jugé marginal par rapport aux autres structures .

Les collectivités territoriales

Au niveau des chefs lieu de commune , leur action en faveur du PEV apparaît également marginal

A côté des initiatives isolées comme la mise en place de structures spécifiques au PEV (PAPA PEV , Leader PEV) , on observe au niveau de l'ensemble des districts que deux types d'organisation communautaires apparaissent comme ceux qui participent effectivement au PEV . Il s'agit des COGES et du mouvement associatif .

Le rôle des COGES qui sera analysé plus tard , est reconnu comme le plus important par tous . Cette reconnaissance de l'importance du rôle des COGES amène certains districts à renforcer progressivement leur organisation . C'est le cas de Solenzo ou il a été organisé une conférence des COGES (CCOGES) en mai 2002⁹ dans le but de mettre en place une union des COGES dans le district .

∩ Initiative dans la mise en place des structures de participation communautaire.

La mise en place des différentes structures de PC est consécutive à la période d'après 1993 . En effet on note que seulement 10 % de ces structures existent avant 1993 , 63% entre 1993 et 2000 et les autres après 2000 . En rappel la période de 1993 correspond à l'option pour clairement définie pour une plus grande implication des populations à travers la mise en place des districts sanitaires et la mise en place des COGES .

⁹ Solenzo HERA , avril-juin 2002 , 05 P15

Les structures dont la mise en place relève de l'initiative des services de santé sont :

Les COGES ; les Mutuelles de santé ; les Associations de femmes :les Groupes d'élèves en SR : les Association de Tradipraticiens et les CSD .

Ces structures ont été mises en place essentiellement après 1993 dans le cadre de l'application des directives nationales en ce qui concerne surtout le CSD et les COGES . On note que certaines initiatives ont été prises au niveau local en ce qui concerne les autres types de structures de PC . Ces initiatives sont basées selon les ECD sur les besoins ci après : financement des activités de santé (mutuelles de santé), relais au sein des communautés pour faciliter la sensibilisation(Groupes SR , association de femmes) .

Pour l'essentiel , il est important de noter que plus de la moitié des structures impliquées dans la PC pour les activités de santé existent indépendamment de l'initiative des acteurs de la santé . Il s'agit surtout des mouvements associatifs , des collectivités locales et des ONG/projets .

De façon plus spécifique en ce qui concerne le PEV , 11 des structures identifiées ont un appui spécifique au PEV selon les ECD soit 37 % .

91 % des structures mises en place à l'initiative des personnels de santé sont les COGES afin de répondre aux directives concernant la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako.

Parmi ces initiatives on note également que la mise en œuvre de certaines structures communautaires répond à un besoin spécifique de promouvoir le PEV. Il s'agit essentiellement : de l'association des ASV, l'association de tradipraticiens, les groupements féminins.

∇ Motivation des membres

67 % des responsables des structures déclarent assurer une motivation des membres. Les modalités de motivation sont rencontrées sont les suivantes :

- **Motivation financière** : elle constitue la principale modalité (97 %). Elle se pratique de plusieurs manière :
 - Paiement mensuel, trimestriel ou annuel,
 - Paiement des frais de déplacement (lors de certaines missions),
 - Jetons de présence au réunion, c'est l'approche la plus pratiquée.
- **Autres formes de motivation** : participation à des formations. Au-delà de la prise en charge, la motivation repose d'avantage sur l'acquisition de connaissances grâce à la formation.
- **Motivation en nature** : distribution de vivres (généralement reçus en dons), dotation en tee-shirts . désignation des membres pour la participation à des activités « valorisantes ».

∇ Choix des responsables des structures communautaires

Pour l'essentiel, le choix des dirigeants des structures identifiées est fait par élection 97 %. La deuxième modalité est le volontariat.

L'élection du responsable est jugée comme le mode de désignation qui assure :

- La confiance entre l' élu et les membres,
- La crédibilité du responsable élu,
- La motivation du responsable (plus d'engagement, plus d'efficacité).

Cependant une infirme partie des personnes rencontrées estiment que les volontaires sont généralement plus engagés et que la succession permet d'assurer plus facilement la continuité.

II-1-2 Système d'encadrement des organisations communautaires

Au cours de l'année 2002, 97,4 % et 94,4 % des structures identifiées ont bénéficié respectivement de formation et de supervision. En plus de la formation et de la supervision d'autres types d'encadrement sont utilisés (visites, contrôle, évaluation). On note que en 2002, 90 % des structures ont bénéficié aussi bien de la formation que de la supervision.

Ce constat est validé par les responsables des PC , qui estiment que la supervision et la formation sont des formes de soutien dont ils bénéficient assez régulièrement .

En moyenne chaque structure a reçu 6 supervisions en 2001 et 5 en 2002

Le tableau ci dessous indique la ventilation des supervisions au cours de ces deux années

Tableau 15 : Volume annuel de supervisions

Nombre de visites de supervisions	Nombre de structures en 2001	Nombre de structures en 2002
Aucune supervision	6 (15%)	4 (10%)
1-2	13(32%)	16 (38%)
3-4	15 (37%)	19 (45%)
Plus ou égal à 5	7 (16%)	3 (7%)
Total	41(100%)	42 (100%)

Les activités de formation des membres des structures ont concerné 38 structures sur 40 en 2001 et 37 sur 41 en 2002 . Le nombre de personnes touchées est très variable en fonction des thèmes et est compris entre 1 – 65 en 2001 et 2-45 en 2002. En général , les membres des CVS et ceux des COGES sont les plus concernés par ces activités de formation

L'alphabétisation des membres des structures constitue également un axe de formation fortement développé pour certaines structures notamment dans les districts de Manga , Kongoussi

II-3 Participation à la gestion du programme de vaccination

Elle est analysée autour de trois (03) dimensions de la participation : la participation aux activités la participation à la gestion et la participation à la surveillance et à l'évaluation.

∩ Participation aux activités

Plusieurs niveaux de participation sont identifiés mais avec des degrés d'importance très variables.

Selon les ICP , cette participation est dominée par la participation à la mobilisation des populations (97 %) suivie de l'organisation des séances (57 %).

Pour les informateurs clés , la participation aux activités PEV constitue la modalité la plus évoquée par les Informateurs Clés . Cette participation aux activités se fait à travers essentiellement :

- la mobilisation sociale, la sensibilisation des populations ;
- l'organisation pratique des campagnes de vaccination ;
- la recherche des perdus de vue ;

Les actions concrètes développées dans le cadre de la mobilisation sociale sont entre autres :

- La diffusion des messages surtout à travers des personnes ressources de la communauté;
- L'implication des leaders d'opinions ;
- Mobilisation des femmes à travers leurs associations ;
- L'organisation de rencontres de concertations avec les différents acteurs (associations , groupements ..).

∩ Participation à la gestion du programme PEV

L'implication des structures à l'identification des sites de vaccination est largement dominante (63 %) suivie de la mobilisation de ressources (61 %) et de l'élaboration de programme de vaccination (52 %).

Globalement l'ensemble des éléments de la gestion du PEV connaissent une forte implication des structures.

Cette appréciation est retrouvée au niveau des ICP . Elle porte essentiellement par ordre d'importance décroissante sur la mobilisation des ressources (88 %) et l'élaboration des calendriers pour la vaccination (32 %).

Les informateurs clés indiquent en plus :

- La participation à la planification des activités (élaboration des micro plans des CSPPS);
- L'identification des sites de vaccination ;

∩ Participation à l'évaluation et à la surveillance du PEV

De nombreuses structures sont impliquées dans le monitoring qui se déroule tous les six mois (61 %) de même que dans la collecte des données (52 %) En ce qui concerne la collecte des données , il s'agit essentiellement des AV et des ASV qui fournissent des données de prestation dans le cadre de leurs activités .

Au niveau de l'ensemble des acteurs , on note une unanimité de point de vue sur leur faible implication dans le processus de suivi et de l'évaluation.

II-5 Fonctionnalité des structures de PC

∩ Communication entre structures et la communauté

L'organisation d'Assemblée Générale avec la communauté constitue le mode de communication le plus répandu (87 %) suivi de l'utilisation de personnes relais (66 %). La combinaison de ces deux stratégies est signalée par 20 % des structures.

Le tableau ci dessous indique la situation des rencontres organisées au cours de 2001 et 2002

Tableau 16 : Fréquence des AG avec la communauté

Nombre d'AG avec la communauté	2001		2002	
	Nombre de structures	%	Nombre de structures	%
Aucune AG	8	19	11	26
1-2	26	62	27	64
>3	8	19	4	10
	42	100	42	100

En moyenne chaque structure tient une Assemblée Générale au cours de l'année avec les membres de communauté.

La tenue de rencontres périodiques avec les membres de la communauté combinée à l'utilisation de personnes relais constitue la stratégie de communication la plus développée par les COGES et les CSV (90 %).

∩ Communication au sein des structures

Au sein des structures, les décisions se prennent essentiellement par consensus (95 %) suivi du vote (56 %). La tenue de rencontres formelles (AG des membres , réunions des membres du bureau) est indiquée comme étant le principal mode de circulation des informations au niveau des structures (88 %).

Tableau 17 : Fréquence des réunions au niveau du bureau

Nombre de réunion	2001		2002	
	Nombre de structures	Pourcentage (%)	Nombre de structures	Pourcentage (%)
Aucune	4	9	4	9
≤ 6	8	19	25	58
7-12	23	55	10	23
> 12	7	17	4	9
Total	42	100 %	43	100 %

Tableau 18 : Fréquence des AG au sein de la structure

Nombre d'AG au sein de la structure	2001		2002	
	Nombre	%	Nombre	%
Aucune	9	29	13	43
1-2	12	38	11	37
≥3	10	33	6	20
	31	100	30	100

Le nombre moyen d'Assemblée Générale des membres est de deux en 2001 et un peu plus d'une en 2002.

II-6 APPRÉCIATION DE LA PC PAR LES DIFFÉRENTS ACTEURS

∇ Les facteurs pouvant favoriser ou non la PC au PEV

Par ordre d'importance décroissante on note :

Les facteurs positifs	Les facteurs négatifs
<ul style="list-style-type: none"> - Le dynamisme des responsables administratifs ; - Le dynamisme des agents de santé ; - la proximité du site de vaccination; - l'implication de COGES 	<ul style="list-style-type: none"> - Les préjugés sur la vaccination (inefficacité, mauvaises réactions); - Les conflits inter villages ; - Le coût de la vaccination ;

∇ Disponibilité des acteurs à s'engager dans d'autres activités PEV

83 % des structures rencontrées déclarent être disposées à s'impliquer dans d'autres du PEV.

Les facteurs de justification pour une plus grande implication sont les suivantes :

- L'importance reconnue de la vaccination dans l'amélioration de la santé surtout des enfants (28/43) ;
- L'existence d'un potentiel non exploité au sein de la communauté (6/43) ;
- La nécessité de mieux informer les populations (9/43).

Les domaines dans lesquels les structures voudraient plus s'impliquer :

- **Au niveau des activités** : l'implication dans la mobilisation sociale constitue une préoccupation majeure pour les structures de PC.
- **Au niveau de la gestion du PEV** : l'axe principal dans lequel les structures voudraient d'avantage s'engager reste la mobilisation de ressources notamment en vue d'assurer le renouvellement des moyens logistiques, la chaîne de froid mais aussi l'acquisition de consommables (seringues). La prise en charge du personnel de santé (motivation) constitue également un axe d'intérêt.
- **La surveillance et l'évaluation** : l'implication à ce niveau reste marginale. La collecte de données et la recherche des PEV constituent des domaines évoqués par deux structures sur les 43.

II-7 LES ORIENTATIONS FUTURES POUR AMÉLIORER LA PC AU PEV

Presque à l'unanimité , les IC identifient le renforcement de la sensibilisation comme étant la stratégie essentielle pour favoriser une plus grande participation des communautés aux activités de vaccination . Pour y parvenir , les actions ci après sont identifiées comme importantes .

- Sensibiliser les leaders communautaires ;
- Une plus grande implication des COGES ;
- Une plus grande implication des responsables coutumiers.

- **Ce que les services de santé devraient faire .**

Les actions spécifiques que les agents de santé devraient mener sont :

- Former les responsables des communautés;
- Rendre le vaccination totalement gratuite ;
- Rapprocher les sites de vaccination des populations ;
- Organiser des rencontres périodiques avec les membres de la communauté;
- Améliorer l'information des populations sur les calendriers de vaccination (information à temps);
- Améliorer l'accueil des mères lors des séances de vaccination .

- **Rôle spécifique de la communauté**

- Assurer une motivation des agents de santé ;
- Être plus réceptifs aux conseils des agents de santé;
- Une plus grande implication des autorités dans l'information et la sensibilisation .

III FINANCEMENT

PROCESSUS DE PLANIFICATION

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

- **Les sources de financement**
- **Les prévisions financières**

EXECUTION FINANCIÈRE

- **Niveau actuel**
- **Difficultés**
- **Perspectives**

STRATÉGIES DE MOBILISATION DES RESSOURCES

- **Stratégies actuelles**
- **Difficultés actuelles**
- **Perspectives**

III-1 Le processus de planification des activités du PEV au niveau des ECD et des ICP

III-1-1 Élaboration des plans et des micro plans

- L'existence des plans d'action et des micro plans

Le tableau ci dessous indique la situation de la disponibilité des plans d'action et des micro plans dans les districts visités

Tableau 19 : La disponibilité des plans et des micro plans

Niveau de structure	Nombre	Nombre de PA	%
CSPS/CMA	40	39	98
ECD	8	8	100
Total	48	47	98

On note une forte disponibilité des plans d'action et des micro plans dans les districts concernés

III-1-2 L'évaluation des plans et des micro plans

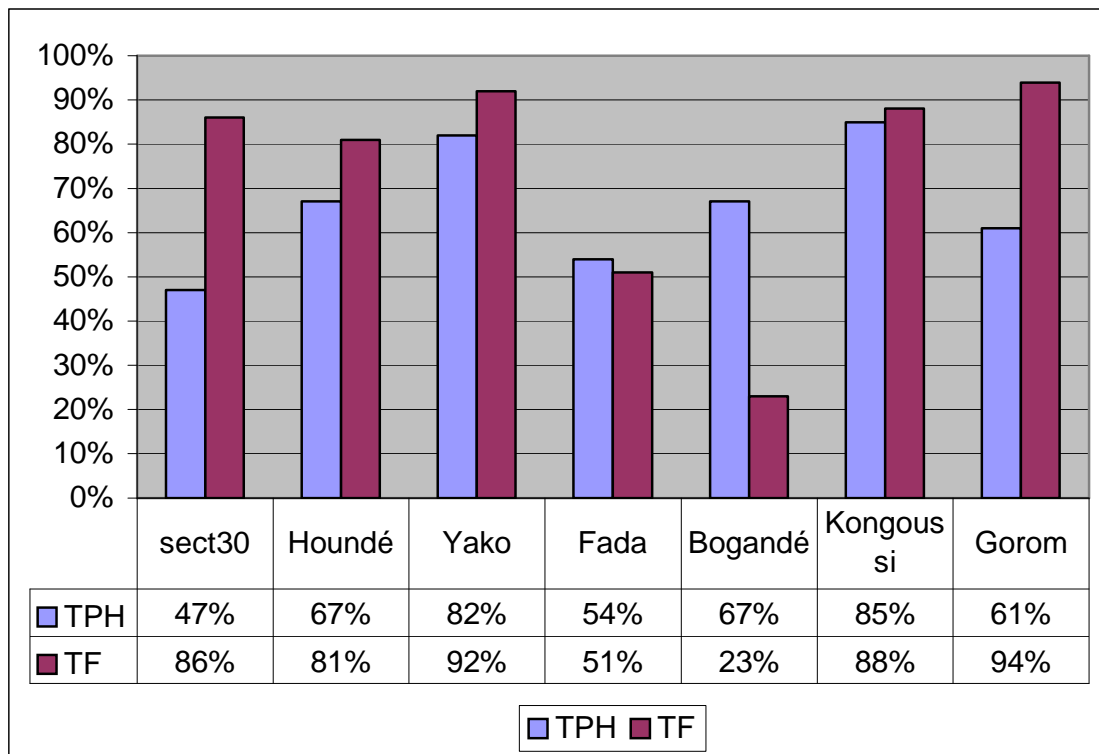
Au total 79% des plans existants ont fait l'objet d'une évaluation avec des rapports permettant d'attester de cette évaluation

III-1-3 Taux d'exécution physique 2001

Tableau 20 : Micro plans

District sanitaire	taux d'exécution physique global	taux d'exécution financière globale
Secteur 30 (n=3)	46,88%	86,03%
Houndé(n=3)	67%	80,84%
Yako(n=3)	82,22%	92,48%
Fada(n=2)	54%	51%
Bogandé(n=3)	66,66%	22,9%
Kongoussi(n=3)	85,41%	87,64%
Gorom-Gorom(n=3)	60,97%	93,85%

Figure 1 : illustration des taux d'exécutions physiques et financiers



TPH = Taux d'exécution Physique
 TF = Taux d'exécution financière

Tableau 21 : Taux d'exécution au niveau du PEV

District sanitaire	taux d'exécution physique global	taux d'exécution financière globale
Secteur 30	60%	83,59%
Houndé	80%	100%
Fada	100%	71,2%
Bogandé	87,5%	43,96%
Gorom-Gorom	100%	13,36%
Solenzo	85,71%	ND

II-1-4 Les principales difficultés relevées dans l'élaboration et dans la mise en œuvre des plans et des micro plans

Les principales difficultés évoquées par les différents acteurs dans la mise en œuvre des plans et des micro plans sont entre autres :

- L'insuffisance quantitative des ressources financières mises à disposition pour l'exécution des plans et des micro plans ;
- Le retard dans l'allocation des ressources disponibles ;
- La faible maîtrise des sources de financement au moment de l'élaboration des plans d'action . Au niveau des micro plans qui sont essentiellement financés par les COGES , les possibilités financières sont beaucoup plus connues lors de l'élaboration des micro plans . Dans les districts où ces plans sont élaborés avec les membres des COGES , la situation est encore plus transparente .
- Le retard dans l'adoption des plans d'action des districts;
- Les activités hors plans , la réticence de certains COGES à financer des activités prévues dans le micro plan et enfin le non respect des engagements pris par certaines sources de financement .

III-2 La disponibilité des ressources financières

Le financement du PEV est assuré à travers plusieurs sources . Dans le cadre de la présente recherche , l'accent est mis sur le financement de l'état et celui des COGES . Ce choix est dicté par deux raisons essentielles . Il s'agit des deux sources qui répondent mieux au critère de pérennité et d'autre part ce sont des sources pour lesquelles l'information est plus disponible

3-2-1 Typologie des sources de financement identifiées

Financement de l'ensemble du plan

Les principales sources de financement identifiées	
2001	2002
État ; PDSN; PRSS , SCPB ; Financement communautaire ; PNCD ; PDR ; Plan ; CTB ; GTZ ; UNICEF ; FNUAP ; GI2000; FRAOUL Follereau ; PPLS; PAM ; OMS ; PFA ; SAREDO; PADS; Commune ; ODE ; BIB ; SFPS ; VM	État ; PDSN; PRSS , SCPB ; Financement communautaire ; PNCD ; PDR ; Plan ; HKI ; CTB ; GTZ ; UNICEF ; FNUAP ; GI2000; FRAOUL Follereau ; PA-PMLS ; OMS ; PFA ; SAREDO; PADS; Commune ; ODE ; BIB ; SFPS ; VM ; Coop Suisse ; Coop Pays Bas ; PMLAT ; PMS ; MMCM ; ASUCOB ; PNT ; PNEFL

Au niveau des activités PEV

Les principales sources de financement identifiées	
2001	2002
État ; PDSN , SCPB ; UNICEF ; Financement communautaire ; Plan ; Pays Bas ; OMS	État; PRSS , SCPB ; Financement communautaire ; SAREDO ; UNICEF ; Coop Pays Bas

Les différentes sources de financement des plans d'action des districts sont très variées et peuvent être classées ainsi qu'il suit :

- L'État;
- Les communautés (ménages)
- Les partenaires bilatéraux et multilatéraux ;
- Les ONG internationales et nationales ;
- Les programmes et projets de développement intervenant dans le district
- Les programmes et projets nationaux de santé
- Les collectivités locales .

Au niveau des activités du PEV , les profils de sources de financement restent sensiblement les mêmes au niveau du district.

On note cependant qu'au niveau des micro plans , les sources sont essentiellement les COGES et l'État.

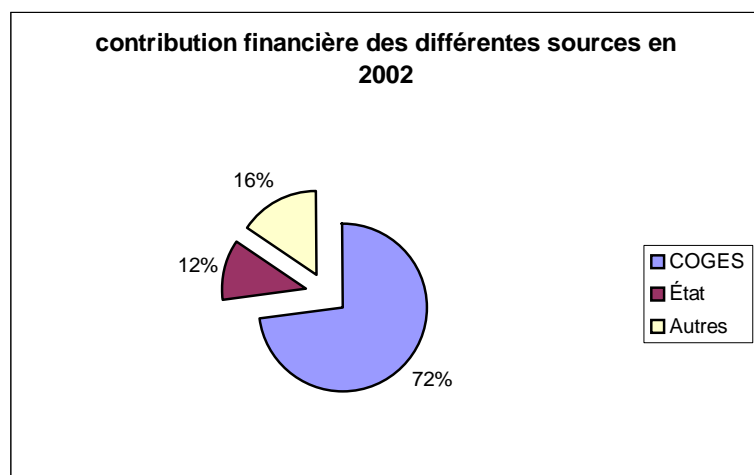
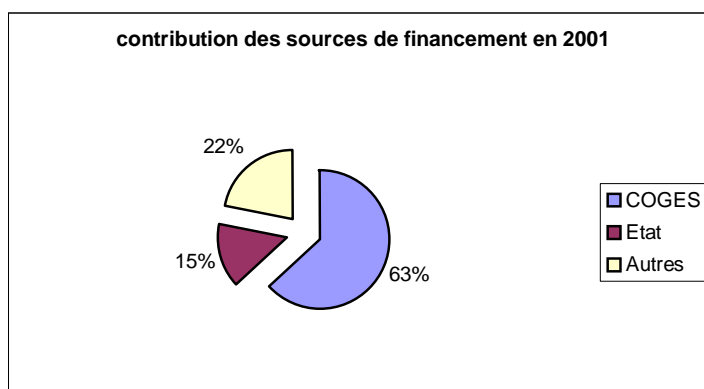
III-2-1 Prévisions financières au niveau des plans d'action

Tableau 22 : Prévision au niveau des micro plans des CSPS

Districts	Prévisions selon les sources					
	2001			2002		
	COGES	ÉTAT	AUTRES	COGES	ÉTAT	AUTRES
1 GOROM GOROM	180 000	1 032 000	0	4 027 400	395 000	0
2 HOUNDÉ	657 925	0	109 440	722 800		11 840
3 BOGANDE	1 411 241	0	298 155	499867	563 925	146 780
4 DIÉBOUGOU	843440	0	0	963880	0	0
5 KONGOUSSI	369260	99 000	317040	420160	157 000	348890
6 YAKO	892680	81700	66000	109772	48250	0
7 FADA	652000	0	0	982000	0	90000
8 SECTEUR 30 Ouagadougou	127200	0	987360	444000	0	965245
Total	5 133 546	1 212 700	1777995	7 286079	1 164 175	1 562 755

NB : ces montants ne prennent pas en compte le coût du vaccin et les charges de personnel .

Fig 2 : Les parts contributives de chaque source de financement au niveau des prévisions est la suivante en 2001 et 2002



On observe que lors des prévisions budgétaires , la part consacrée aux COGES est la plus importante atteignant plus de 60% de l'ensemble des prévisions des micro plans .

Les prévisions au niveau de l'ensemble des districts sont difficiles à illustrer par rapport aux sources de financement du faite que les montants prévus ne sont pas ventilés selon les différentes sources éventuelles .

A la faveur de la décentralisation du système de santé opéré à travers la mise en place des districts sanitaires , la loi de finance a été modifiée pour prendre en compte le niveau district . Ainsi , chaque district est pris en compte dans cette loi de finance (à partir de) en ce qui concerne les rubriques définies par l'État . Cette approche permet de mieux identifier les ressources financières destinées au niveau opérationnel .

Au niveau de ce financement du budget national , certaines rubriques sont plus en rapport avec le financement des activités du PEV .

Il s'agit :

- Du carburant (code 1)
- Du Gaz (code 63)
- De l'entretien des engins à deux roues (code 412)
- Des déplacements (code 546)

Tableau 23: Prévisions par districts

Districts	(code 1)		Code 63)		(code 412)		(code 546)	
	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002
Solenzo	627 000	691 000	816 000	897 000	478000	525000	1161000	1277000
Houndé	486 000	1 200 000	816 000	1247000	428000	427000	936000	468000
Manga	819 000	910 000	960000	1056000	502000	552000	1297000	1426000
Secteur 30 Ouaga	464 000	470 000	480000	877000	502000	502000	1297000	1297000
Yako	793 000	796 000	1 584000	2239000	440000	440000	1161000	1161000
Kongoussi	593 000	599 000	768 000	1 216000	411000	411000	1039000	1039000
Diébougou	553 000	557 000	432 000	432000	472500	472000	1225000	1225000
Fada	699 000	775 000	1104000	1214000	466000	512000	1228000	1350000
Bogandé	699 000	699 000	960000	1450000	472000	472000	1225000	1225000
Gorom Gorom	723 000	725 000	624000	105700	468000	468000	1184000	1184000

Sources : loi de finance 2001 et 2002

Lorsque l'on examine certains besoins essentiels des districts en matière de financement des activités de vaccination , on réalise que ces besoins sont parfois faiblement couverts par le financement de l'État. C'est le cas du PEV comme l'indique le tables ci dessous

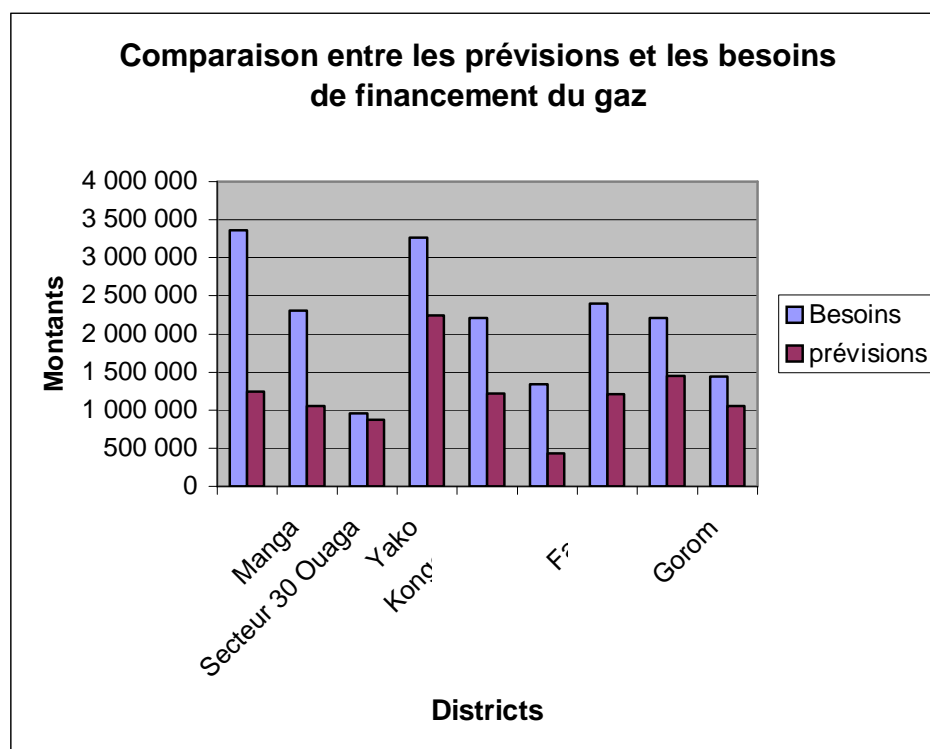
Tableau 24 : Estimation des besoins en Gaz par district pour 2002

Districts	Quantité de charges de gaz /mois y compris le dépôt du district	Quantité totale /an	Coût total /an (CFA)	Montant prévu par la loi de finance 2002
Houndé	70	840	3 360 000	1247000

Manga	48	576	2 304 000	1056000
Secteur 30 Ouaga	20	240	960 000	877000
Yako	68	816	3 264 000	2239000
Kongoussi	46	552	2 208 000	1 216000
Diébougou	28	336	1 344 000	432000
Fada	50	600	2 400 000	1214000
Bogandé	46	552	2 208 000	1450000
Gorom Gorom	30	360	1 440 000	1057000

Le coût du gaz est calculé sur la base de 4000 frs cfa la charge , ce prix varie selon les livraisons entre 3500 et 4500 frs cfa. Il n'inclus pas le transport.

Figure 3: Prévisions budgétaires et besoins de financement en gaz



On observe qu'en dehors des districts du secteur 30 de Ouagadougou et de celui de Gorom Gorom , les besoins sont faiblement couverts en moyenne 40% . L'essentiel du reste des financement est assuré par les partenaires et surtout les COGES.

Les activités classiquement programmées au niveau du PEV sont par ordre de fréquence décroissante au niveau des plan des districts :

- Le ravitaillement en gaz (transport , achat de gaz)
- La vaccination en stratégie avancée : transport , la prise en charge des agents
- L'approvisionnement en vaccin : transport,
- Recherche des PDV
- Formation en gestion du pev
- Maintenance préventive et curative de la chaîne de froid
- Supervision
- Mobilisation sociale

De façon marginale on retrouve :

- La formation des agents relais
- La surveillance épidémiologique
- La maintenance de la logistique

Le micro plan ci dessous dans le district de Yako illustre la typologie des activités programmées au cours des deux années .

Tableau 25 : Cas du CSPPS de Song Naba District de Yako

Activités	Prévisions 2001	Prévisions 2002
Entretien chaîne de froid	146 000	146 000
Entretien motos	75 000	Non prévu
Sensibilisation	Non prévu	72 960
Vaccination en stratégie avancée	36 960	36 960
Total	258 460	2 55 920

III-3 L'utilisation des ressources disponibles

Le niveau d'utilisation par rapport aux prévisions reste difficile à établir compte tenu de la faible disponibilité des supports de gestion des ressources financières

Tableau 26 : Niveau d'utilisation au niveau des CSPS

Districts	CSPS	2 001				2 002			
		prévu	réalisée	Réliquat	% d'exécution	prévu	réalisée	Réliquat	% d'exécution
Secteur 30	Balkouy	251 900	91 220	160 680	36,21%	349 685	ND		
	Komsilga	481 920	239 520	242 400	49,70%	519 680	72 350	447 330	13,92%
	Gonse	381 440	306 440	75 000	80,34%	540 560	1 740 560	-1 200 000	321,99%
Bogandé	kodjéna	759 520	261 600	497 920	34,44%	338 720	242 720	96 000	71,66%
	Bilanga-yanga	ND	ND	ND		276 200	47 600	228 600	17,23%
	Mani	341 000	341 000	0	100,00%	436 770	-		
	Niche	688 856	397 250	291 606	57,67%	435 022	119 000	316 022	27,35%
Diebougou	Bondigui	396 540	293 650	102 890	74,05%	445 480	142 200	303 280	31,92%
	Dolo	446 900	477 072	-30 172	106,75%	518 400	240 350	278 050	46,36%
	Tiankoura	445 110	287 400	157 710	64,57%	445 110	264 600	180 510	59,45%
Kongoussi	Manéné	291 200	238 485	52 715	81,90%	290 100	145 050	145 050	50,00%
	Temnaoré	243 540	76 100	167 440	31,25%	297 440	21 130	276 310	7,10%
	Koundula	250 560	256 520	-5 960	102,38%	338 510	144 325	194 185	42,64%
Houde	Kieré	347 525	347 525	0	100,00%	574 800	287 400	287 400	50,00%
	Kari	357 440	331 050	26 390	92,62%	199 840	154 600	45 240	77,36%
Fada	Niatiaboani	572 000	348 000	224 000	60,84%	612 000	227 000	385 000	37,09%
	Namoungou	80 000	410 000	-330 000	512,50%	80 000	150 050	-70 050	187,56%
Gorom-	Oursi	775 520	321 200	454 320	41,42%	660 000	236 900	423 100	35,89%

Gorom	Boulkessi	210 000	68 045	141 955	32,40%	405 000	182 400	222 600	45,04%
	Essakane	226 560	181 500	45 060	80,11%	3 357 500	2 085 850	1 271 650	62,13%
Yako	Tindila	216 000	216 000	0	100,00%	216 000	112 250	103 750	51,97%
	Palegtenga	1 514 500	208 000	1 306 500	13,73%	1 673 800	316 800	1 357 000	18,93%
	Song-Naba	258 460	231 920	26 540	89,73%	255 920	123 000	132 920	48,06%
TOTAUX		9 536 491	5 929 497	3 606 994	62,18%	13 266 537	7 056 135	6 210 402	53,19%

Tableau 27 : Réalisation selon la source

Districts	Sources de financement	2001				2002			
		Prévu	Réalisé	Réliquat	% d'exécution	Prévu	Réalisé	Réliquat	% d'exécution
Gorom	COGES	180 000	313 053	-133 053	173,92%	4 027 400	2 416 000	1 611 400	59,99%
	État	1 032 000	257 692	774 308	24,97%	395 100	70 500	324 600	17,84%
Houndé	COGES	657 925	631 535	26 390	95,99%	722 800	6 804 075	-6 081 275	941,35%
	PDSN	109 440	47 040	62 400	42,98%	11 840	65 855	-54 015	556,21%
	PAYS BAS			0		40 000	144 600		361,50%
Bogandé	COGES	1 411 241	630 200	781 041	44,66%	499 867	252 720	247 147	50,56%
	PDSN	298 155	346 720	-48 565	116,29%	--	0		
	PAYS BAS	-	22 880	-22 880		146 780	100 000	46 780	68,13%
	ÉTAT	-	-	0		563 925	0	563 925	0,00%
Diébougou	COGES	843 440	673 272	170 168	79,82%	963 880	167 400	796 480	17,37%
	ÉTAT	-	10 800	-10 800		-	8 400	-8 400	
	PIB	-	86 650	-86 650		-	23 300	-23 300	
	PDSN	-	-	0		-	21 600	-21 600	
	COGES	369 260	412 645	-43 385	111,75%	420 160	179 450	240 710	42,71%
	Partenaires	317 040	161 450	155 590	50,92%	348 890	102 730	246 160	29,44%

KONGOUSSI	ÉTAT	99 000	37 000	62 000	37,37%	157 000	25 325	131 675	16,13%
	COGES	892 680	479 070	413 610	53,67%	1 097 720	329 650	768 070	30,03%
YAKO	ÉTAT	81 700	63 650	18 050	77,91%	48 250	27 000	21 250	55,96%
	PAYS BAS	66 000	60 000	6 000	90,91%	ND	ND		
				0					
FADA	COGES	652 000	758 000	-106 000	116,26%	982 000	547 000	435 000	55,70%
	PDSN	-	-	0		90 000	-	90 000	0,00%
	PDSN	584 360	306 440	277 920	52,44%	-	-	0	
	CECI	231 000	-	231 000	0,00%	-	-	0	
	COGES	127 200	180 000	-52 800	141,51%	444 000	147 350	296 650	33,19%
Secteur 30	CAMEG	-	-	0		465 560	465 560	0	100,00%
	PPOKK	-	-	0		-	1 200 000	-1 200 000	

Fig 4: Réalisations en 2001 budget COGES

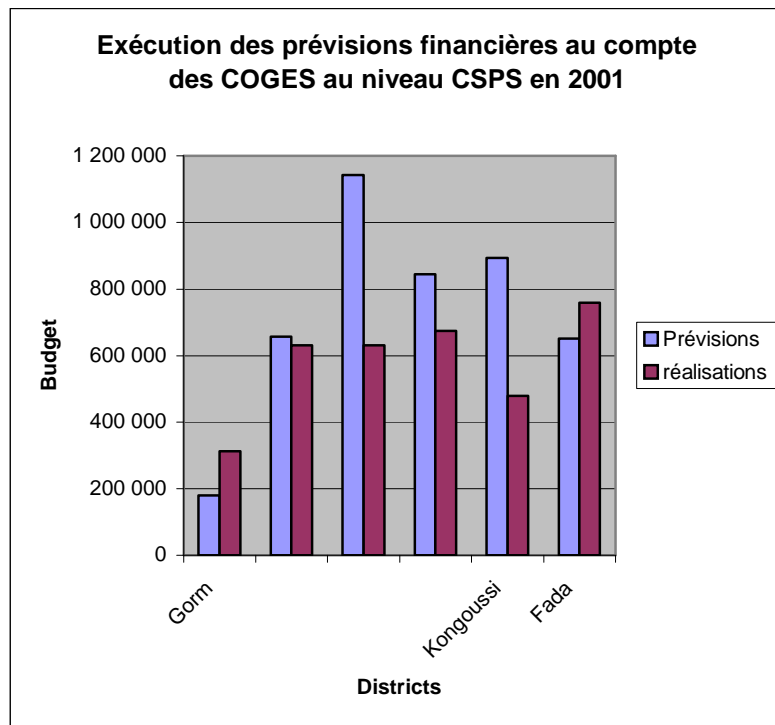


Fig 5: Réalisations 2001 budget de l'État

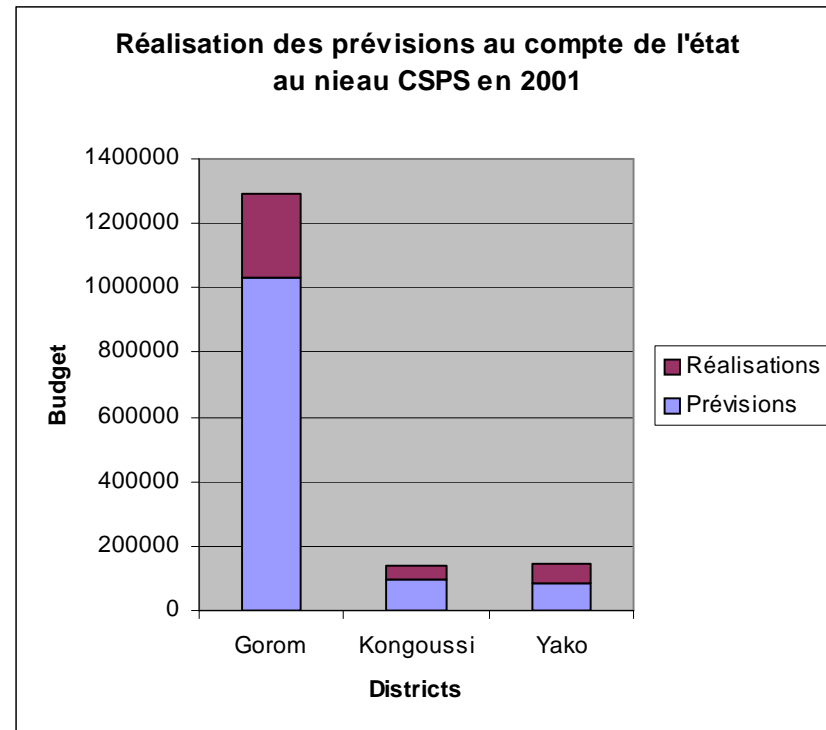


Fig 6: Réalisations en 2002 au niveau des budgets COGES

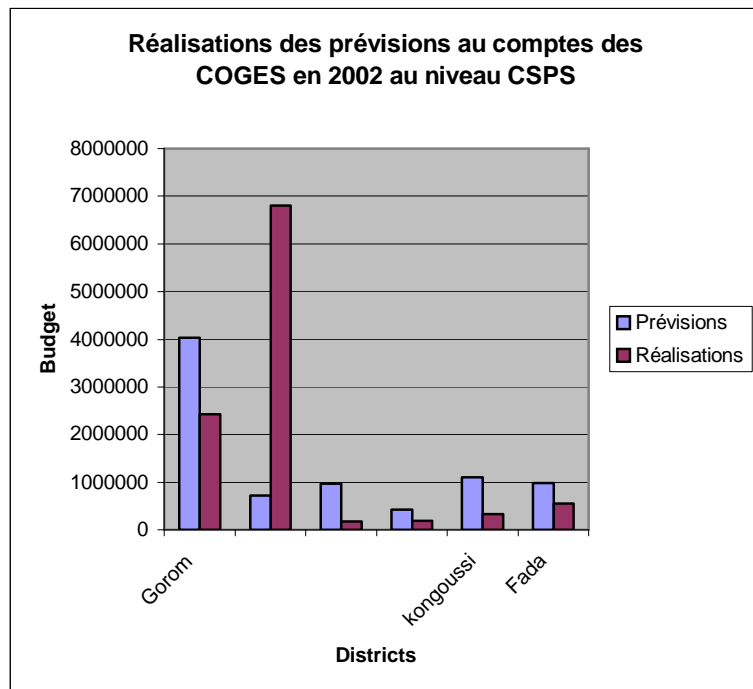
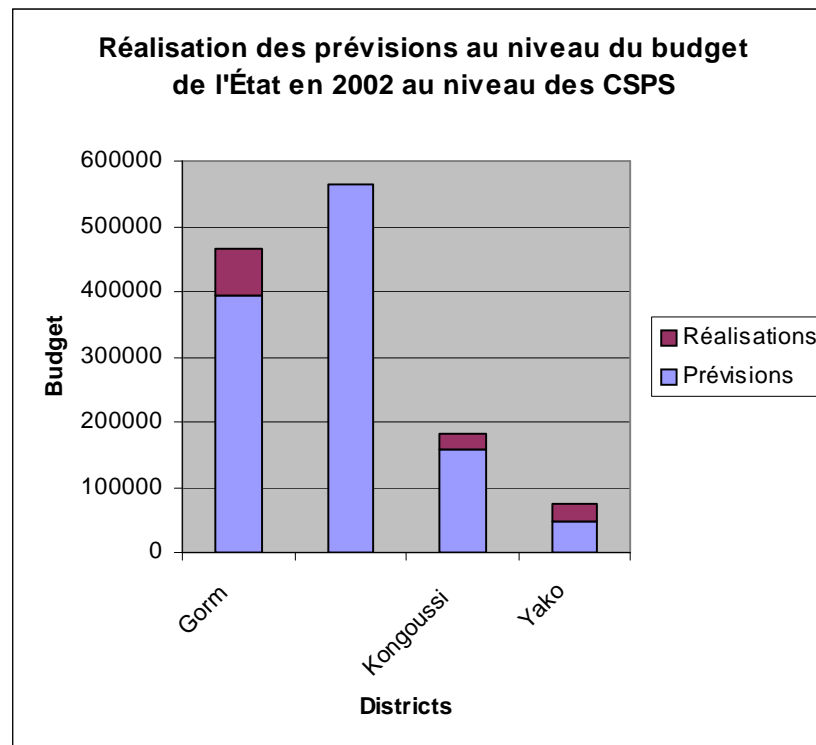


Fig 7: Réalisation en 2002 budget de l'État.



Dans le cas spécifique des CSPS , la situation est illustrée par le cas ci dessous

CSPS de Song Naba District de Yako

Tableau 28 : Taux de réalisation selon les activités

Activités	2001			2002		
	Prévu	réalisé	TR	Prévu	réalisé	TR
Entretien chaîne de froid	146 000	146 000	100	146 000	73 000	50%
Entretien motos	75 000	ND	ND	NPV	NPV	
Sensibilisation	ND	48 960	ND	72 960	34 000	47%
Vaccination en SA	36 960	36 960	100	36 960	16 000	43%
Total	257 960	231 920		2 55 920	123 000	48%

Taux 29 : de réalisation selon les sources de financement

SOURCES de financement	2001			2002		
	Prévu	réalisé	TR	Prévu	réalisé	TR
COGES	227 880	189 520	83	228 920	96 000	42
ETAT	30 780	42 400	138	27 000	27 000	100
Total	257 960	231 920		2 55 920	123 000	

L'utilisation du budget de l'État est illustrée dans les tableaux ci dessous en ce qui concerne les domaines en rapport avec les activités PEV

Tableau 30 : Situation de l'utilisation effective des fonds engagés par la DAF dans le cadre des lois de finance 2001/2002 : cas du carburant et des lubrifiants . (1)

District sanitaire	Montant prévu*		Montant engagé**		Montant effectivement consommé ***	
	2001 (A)	2002(B)	2001(C)	2002(D)	2001(E)	2002(F)
Solenzo	627 000	691 000	627 000	691000	627000	691000
Houndé	486000	490 000	486000	490 000	486000	490000
Manga	819 000	910 000	819 000	910 000	819000	910000
Secteur 30 Ouaga	464 000	470 000	464 000	470 000	464 000	470 000
Yako	793 000	796 000	793 000	796 000	793 000	796 000
Kongoussi	593 000	599 000	593 000	599 000	593 000	599 000
Diébougou	553 000	557 000	553 000	557 000	553 000	557 000
Fada	699 000	775 000	699 000	775 000	699 000	775 000
Bogandé	699 000	699 000	699 000	699 000	699 000	699 000
Gorom Gorom	723 000	725 000	723 000	725 000	723 000	725 000

Tableau 31 : Situation de l'utilisation effective des fonds engagés par la DAF dans le cadre des lois de finance 2001/2002 : cas du Gaz . (63)

District sanitaire	Montant prévu		Montant engagé		Montant effectivement consommé	
	2001 (A)	2002(B)	2001(C)	2002(D)	2001(E)	2002(F)
Solenzo	816 000	897 000	815 790	897000	815 790	895 500
Houndé	816000	1 247 000	814000	1 247000	814 143	1 245 505
Manga	960000	1056000	960000	1056000	960000	1056000
Secteur 30 Ouaga	480000	877000	476000	877000	470 000	876000
Yako	1 584000	2239000	998 750	2239000	998 750	463500
Kongoussi	768 000	1 216000	756 450	1215050	756 450	1215050
Diébougou	432 000	795 000	428 750	795000	428753	758243
Fada	1104000	1214000	110 0 800	1214 000	1008 000	1194 000
Bogandé	960000	1450000	300000	1 450 000	300 800	1 446 500
Gorom Gorom	624000	1057000	621150	1 055 550	621 150	1055550

Tableau 32 : Situation de l'utilisation effective des fonds engagés par la DAF dans le cadre des lois de finance 2001/2002 : cas de l'entretien des engins à deux roues . (412)

District sanitaire	Montant prévu		Montant engagé		Montant effectivement consommé	
	2001 (A)	2002(B)	2001(C)	2002(D)	2001(E)	2002(F)
Solenzo	478000	525000	477605	525 000	477 605	524 510
Houndé	428000	428000	428981	426452	427 981	426452
Manga	502000	552000	501978	551951	501978	551951
Secteur 30 Ouaga	502000	502000	501944	501972	501944	501972
Yako	440000	440000	443975	443975	443975	443975
Kongoussi	411000	411000	409 696	404976	409 696	404976
Diébougou	472500	472000	472000	472000	472000	472000
Fada	466000	512000	465935	511058	465935	511058
Bogandé	472000	472000	472000	472000	472000	472000
Gorom Gorom	468000	468000	468000	466100	468 000	466 100

Tableau 33 : Situation de l'utilisation effective des fonds engagés par la DAF dans le cadre des lois de finance 2001/2002 : cas des déplacements (546)

District sanitaire	Montant prévu		Montant engagé		Montant effectivement consommé	
	2001 (A)	2002(B)	2001(C)	2002(D)	2001(E)	2002(F)
Solenzo	1161000	1277000	1161000	1277000	1161000	1277000
Houndé	936000	936 000	936000	936 000	936000	936 000
Manga	1297000	1426000	1297000	1426000	1297000	1426000
Secteur 30 Ouaga	1297000	1297000	1297000	1297000	1297000	1297000
Yako	1161000	1161000	1161000	1161000	1161000	1161000
Kongoussi	1039000	1039000	1039000	1039000	1039000	1039000
Diébougou	1225000	1225000	1225000	1 225 000	1225000	1 225 000
Fada	1228000	1350000	1228000	1 350 000	1228000	1 350 000
Bogandé	1225000	1225000	1225000	1 225 00	1225000	1 225 00
Gorom Gorom	1184000	1184000	1184000	1184000	1184000	1184000

III-4 Les stratégies de mobilisation des ressources financières

Sur les 47 structures sanitaires visitées , 74% (35) déclarent mettre en œuvre des stratégies de mobilisation des ressources financières .

Les stratégies développées sont :

- L'élaboration et l'adoption d'un plan ou d'un micro plan d'activités . Cette activités apparaît comme essentielle dans la mobilisation des financements surtout au niveau des partenaires qui interviennent dans le district. Cette démarche constitue également un moyen qui renforce l'engagement des différentes sources de financement à respecter les prévisions .
- La promotion du recouvrement des coûts et plus particulièrement le renforcement du fonctionnement du DRD et des dépôts des CSPS

III-5 Les difficultés liées aux différentes sources de financement

Plusieurs difficultés sont évoquées et sont fonction des sources de financement

Tableau 34 : Difficultés selon les sources de financement

Sources de financement	Difficultés rencontrées
ÉTAT	<ul style="list-style-type: none">- L'allocation tardive des fonds- La faiblesse du niveau de financement- Financement partiel des activités du plan- La longueur de procédures en ce qui concerne les crédits délégués- La non maîtrise des procédures par certains gestionnaires de districts- Difficultés pour réunir la commission provinciale- Le manque de fournisseurs agréés sur place
COGES	<ul style="list-style-type: none">- Non maîtrise des procédures de gestion par certains trésoriers de COGES- Faiblesse des recettes- Lenteur dans les décaissement (absence de co signataire ..)- Réticence de certains COGES à débloquer de l'argent
Autres partenaires	<ul style="list-style-type: none">- Retard dans l'allocation des ressources- Financement sélectif- Insuffisance des financements- Inconstance dans le financement- Procédures de justification trop lourdes- Inadéquation avec les besoins exprimés- Procédures non maîtrisées

Les activités qui ont souffert d'un manque de financement au cours des deux années sont :

Activités 2001	Activités2002
Renforcement des compétences Monitorage des activités Acquisition de motos Sensibilisation Supervision Rechercher les perdus de vue	Dotation en carburant Dotation en motos Renforcement des compétences Monitorage des activités Acquisition du matériels de froid Supervision Rechercher les perdus de vue Ravitaillement en gaz Recensement de la population

Les sources de financement identifiées par les acteurs comme les pérennes sont les COGES considérés par 100% des agents de santé suivit de l'État et plus faiblement les communes
 Les autres sources citées sont les ONG et les Provinces

TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION DES RÉSULTATS ET COCLUSIONS

III-1 VOLET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Plusieurs facteurs déterminent la réussite du PEV dans un district . A L'inverse des soins curatifs , la mise en œuvre de la vaccination exige beaucoup plus du système de santé étant donné qu'il s'agit d'une activité préventive qui a priori ne constitue pas un besoin exprimé par les populations ¹⁰ . Cette caractéristique de la vaccination fait de la participation communautaire un élément capital pour la réussite du PEV .

La PC se définit comme étant l'intervention de la population bénéficiaire dans le processus de prise de décision , d'exécution et d'évaluation des activités de vaccination .Elle est considérée ici comme un moyen qui doit permettre une amélioration significative et durable des taux de couverture vaccinale sur l'ensemble des districts du pays de même que la stratégie de surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV .

Elle est analysée en principe sous quatre angles : le contexte , les facteurs d'action, les performances et les orientations futures . Dans le cadre de la présente étude , le volet contexte n'est pas pris en compte étant donné qu'il s'agit d'un facteur sur lequel les actions ne sont généralement pas possibles .

3-1-1 Typologie des structures de PC dans les districts

Il est important de noter que le profil des structures de PC impliquées dans le PEV varie selon le niveau auquel on se réfère dans le district .

En effet , pour les ICP les structures reconnues comme celles qui interviennent au niveau du PEV sont essentiellement les COGES , les groupements féminins , les CSV , les RAV , des associations , les communautés religieuses. D'autres structures interviennent mais beaucoup plus au des ECD . Il s'agit des CSD , les collectivités locales et de certaines ONG et projets .

On peut noter que dans les districts étudiés , il existe des profils assez diversifiés des intervenants en matière de PEV , le mouvement associatif est fortement présent . En général les associations qui sont l'initiative des communautés ont des actions plus efficaces ¹¹ comparativement aux structures mises en place à l'initiative des services de santé¹²

On note par ailleurs l'existence de certaines structures mises en place spécifiquement pour la promotion du PEV. En dehors de cet aspect , il ne semble pas avoir de spécificité dans les districts étudiés comparativement aux autres districts du pays .

3-1-2 L'initiative dans la mise en place des structures de PC

Le caractère ancien des structures de PC est un facteur essentiel dans leur efficacité , on note dans les districts concernés que 10% sont opérationnelles dans le secteur de la santé avant 1993 , période à laquelle la mise en place des COGES (structures les plus présentes sur le terrain) ont été généralisés .

¹⁰ Concepts généraux , module 1 , CADSS , MS , P23

¹¹ Sawadogo M . « La mobilisation sociale autour des activités préventives de santé : cas des associations féminines dans le district sanitaire de Paul VI » , mémoire de fin de formation en Soins infirmiers et obstétricaux , 1997-1998, MS

¹² Susan B. Ruffin « Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile , planification familiale » , OMS 1990

3-1-3 La motivation des membres des structures de PC

La motivation des membres des structures communautaires et du mouvement associatif constitue une revendication permanente . L'absence de motivation constitue généralement un facteur de contre performance¹³

Plus de la moitié des Structures enquêtées ont un système de motivation de ses membres (67%) . La forme de motivation la plus répandue est la motivation financière (97%) . Cette forme est la plus motivante pour les membres . Elle est souvent combinée par d'autres formes au niveau de certains districts .

3-1-4 Système d'encadrement des structures mises en place

Une des particularité des districts étudiés semble être leur capacité à encadrer les structures communautaires existantes .

Cet encadrement est fait essentiellement à travers la supervision et la formation des membres

En ce qui concerne la supervision , on remarque que chaque structure a reçu en moyenne 8 supervisions en 2001 et 5 en 2002

3-1-5 Le Choix des responsables

La désignation des responsables par élection est le mode le plus pratiqué au niveau des structures de PC (97%).

Cette disposition doit être prise en compte dans le renouvellement des COGES afin de s'assurer une bonne adhésion des communautés . En plus de cette disposition , GANOU ,P. dans son étude a mis en évidence d'autres critères dont la prise en compte est essentielle pour une plus grande efficacité des COGES . Il s'agit : de l'âge , de la disponibilité et du niveau de scolarisation . En ce qui concerne l'âge , il s'agit d'accorder la priorité aux personnes adultes généralement considérées comme responsable et mieux respectés par les populations et les autres membres de bureau .

3-1-6 Les performances des structures de PC

IL est intéressant de noter que dans les districts concernés , des systèmes de communication sont formellement établis entre la structure organisée et la communauté qu'elle est censée représenter . En général on observe dans de nombreuses évaluation des structures communautaires et notamment les COGES , que les liens avec les populations qui les ont élus sont faibles parfois conflictuels .

La tenue d'AG avec les communautés est notifiée par 87 % des responsables des structures visités suivi de l'utilisation des personnes relais pour informer la communauté (67%) . Seulement 19% et 26% n'ont tenu aucune rencontre avec la communauté respectivement en 2001

¹³ Ganou P. « Participation communautaire à la gestion des services de santé : cas des Comités de gestion du district sanitaire de Houndé /DRS Bobo Dioulasso , Mémoire d'étude/SESSIO 1997-1998

et 2002 . Cette dynamique à probablement des effets positifs sur la mobilisation des communautés en faveur du PEV.

Au cours de l'année 2001 et 2002 , 72% et 32 % des structures ont tenu au moins 7 rencontres au niveau des membres des bureaux . Ce dynamisme des structures que l'on retrouve également dans la tenue des AG avec les membres (tableau 20) , est probablement le fruit de l'encadrement effectif dont bénéficient ces structures de même que les facteurs de motivation mis en place .

3-1-7 Participation à la gestion du programme de vaccination

La forme de participation qui illustre au mieux l'implication des communautés est celle qui concerne la participation aux activités, la participation à la gestion et la participation à la surveillance et à l'évaluation .

Il y a une unanimité de point de vue des différents acteurs sur l'implication effective des structures dans la mobilisation sociale suivi de l'organisation pratique des séances de vaccination Cette situation était déjà observée à Houndé (GANOUE ,P. 1998) où plus de 80% des COGES étaient impliqués dans la mobilisation sociale . Certaines activités comme la recherche des perdus de vus sont notifiées par certains informateurs clés ce qui dénote d'une certaine maîtrise des activités du PEV .

Au niveau de la gestion , les avis sont relativement partagés mais on note que la participation à la mobilisation des ressources surtout financières constitue le mode le plus fréquent . Cela peut se comprendre aisément dans la mesure où l'échantillon des structures est largement dominé par les COGES qui sont fortement impliqués dans le financement des activités PEV. Cette tendance est observée par (NACOULMA , A. 1998) qui notait que 52,2% des COGES assuraient le financement des activités du PEV et que cette participation financière permettait d'assurer l'achat du carburant et l'entretien des motos .

L'implication à l'élaboration des programmes reste également appréciable entre 32 % et 52% selon respectivement les structures communautaires et les ICP

La participation à l'évaluation et à la surveillance semble fortement liée aux activités de monitoring organisées dans les districts . Plus de 60% des structures sont impliquées dans le monitoring semestriel . Dans les districts où le monitoring est systématique l'implication des COGES est de 100% (GANOUE P. 1998).

Le monitoring apparaît donc comme un cadre qui offre une bonne opportunité aux COGES à participer à la surveillance des activités . Il n'existe pas de structures impliquées dans des activités de surveillance épidémiologique à base communautaire . Cependant la pratique régulière du monitoring peut constituer une opportunité pour la prise en compte des activités de surveillance épidémiologique à base communautaire .

3-1-8 Les principaux éléments caractéristiques de la PC dans les districts concernés

Les éléments ci dessous constituent des traits caractéristiques dont la prise en compte par les autres districts peut constituer des avancées en matière de PC pour atteindre au moins le niveau actuel de performance de ces districts

Les atouts

- L'encadrement permanent des structures existantes : formation , supervision
- La promotion des mécanismes viables de motivation des membres des structures (motivation basée sur le paiement de primes ..)
- La participation au PEV se développe à trois niveaux : participation aux activités , la participation à la gestion et la participation à la surveillance et à l'évaluation
- Le monitoring des activités PEV est utilisé comme porte d'entrée pour l'implication des structures communautaire dans le suivi et l'évaluation .

Les opportunités

- Il existe une disponibilité des structures de PC à s'engager sur des activités nouvelles
- Accorder une priorité aux COGES qui apparaissent comme des structures incontournables
- Développer des initiatives pour la mise en place de nouvelles structures spécifiquement avec le PEV comme préoccupation centrale
- Des initiatives de renforcement des COGES existent dans certains districts (mise en place de la conférence des COGES , cas de Solenzo)

Les besoins à combler :

- nécessité de rendre les responsables administratifs plus dynamiques en faveur du PEV
- améliorer le niveau de connaissance des populations
- supprimer les coûts directs liés à la vaccination (seringues , autres consommables ...)
- assurer une bonne accessibilité géographique aux vaccinations

III-2 VOLET FINANCEMENT

3-2-1 Le processus de planification

La tradition de planification des activités de santé en général est relativement ancienne et systématique depuis la mise en place des Directions provinciales de la santé et plus récemment les Districts sanitaires . La mise en place des COGES a permis d'étendre cette activité aux communautés à travers l'élaboration des micro plans .

L'utilisation rationnelle des ressources financière est conditionnée par l'élaboration et l'exécution de plans d'actions opérationnels de qualité . Les éléments d'appréciation de la qualité du processus de planification opérationnelle (plan et micro plans) sont les suivants :

- L'existence des plans et micro plans
- Stratégie d'élaboration des plans et micro plans : fixation des objectifs , détermination des stratégies , établissement des prévisions budgétaires
- L'évaluation effective des plans et micro plans

☞ L'existence des plans et des micro plans :

Aussi bien au niveau des districts que des CSPS , la disponibilité des plans et des micro plans est presque totale . On note seulement un seul CSPS qui ne dispose pas de micro plan . Le processus de planification est donc systématique dans l'ensemble des districts concernés

☞ Stratégies d'élaboration des plans d'action et des micro plans

- Une des pratiques assez courante est l'implication des COGES dans l'élaboration des micro plans . Cette démarche fortement recommandées dans le cadre de l'Initiative de Bamako est cependant en perte de vitesse dans de nombreux districts sanitaires au niveau national pour plusieurs raisons : les exigences techniques , la méconnaissance de l'intérêt d'une telle démarche .
- Au niveau des plans d'action des districts , les principaux acteurs ne sont impliqués qu'au stade de validation du plan .
- la fixation des objectifs se fait en général par reconduction des objectifs du plan précédant où alors par la prise en compte des objectifs du niveau national pour ce qui concerne particulièrement le PEV . Ceci constitue une des grandes faiblesse dans l'élaboration des plans et des micro plans . Cette situation est liée au manque de compétences et souvent de temps pour faire une analyse systémique qui prend en compte les capacités potentielles réelles au niveau de chaque district.
- les prévisions budgétaires posent particulièrement des problèmes au niveau des acteurs. Si le calcul des différents coûts en ce qui concerne le PEV sont relativement bien connues des agents , le problème se pose essentiellement au niveau de la non maîtrise des informations par rapport au financement disponible ou effectivement mobilisables . En dehors de COGES et des recettes propres (DRD et tarification) , très peu d'informations sont disponibles au moment de l'élaboration des plans d'action. Cette situation rend difficile la ventilation des coûts par sources et oblige les ECD à mettre de nombreux financements à rechercher .

✎ L'évaluation des plans d'action semble systématique , mais il s'agit beaucoup plus d'une compilation des indicateurs de prestations classiquement utilisés . Cette compilation ne fait pas l'objet d'une analyse approfondie qui mette en relief les véritables facteurs qui peuvent être liés aux résultats obtenus .

✎ Certains éléments montrent que la qualité des plans reste relativement modeste . On observe en effet que les taux d'exécution physiques et financière connaissent un décalage important (tableau 22) (Fig) aussi bien au niveau des micro plans que des plans des districts sanitaires .

Certains financements non précisés au début du processus de planification apparaissent au cours de l'exécution du plan

Par ailleurs , il existe des difficultés évoquées par les différents acteurs dans la mise en œuvre des plans d'action au niveau opérationnel :

- L'insuffisance quantitative des ressources financières pour la mise en œuvre des différentes activités du plan ;
- Le retard dans l'allocation des ressources disponibles ;
- La faible maîtrise des sources de financement au moment de l'élaboration des plans d'actions . La situation est légèrement différente au niveau des micro plans dont la principale source de financement est le COGES;
- Le retard dans l'adoption des plans d'action des districts ;
- La longueur des procédures pour les budgets délégués
- L'absence de fournisseurs fiables au niveau de nombreux districts
- Les autres facteurs évoqués sont les activités hors plans qui perturbent la mise en œuvre des activités régulièrement programmées , la réticence de certains COGES à financer les activités des micro plans

Ces difficultés apparaissent comme des contraintes auxquelles les districts font face

3-2-2 La mobilisation et l'utilisation des ressources financières

✎ Les sources de financement

En général , les sources de financement des activités de la santé peuvent être classées de la manière suivante :

- Les coopérations bilatérales ;
- Les coopérations multilatérales ;
- Les projets et programmes nationaux : PRSS , PDSN , PADS , PA –PMLS
- Les collectivités locales ;
- Les ONG : nationales et internationales ;
- Les communautés à travers les le paiement des soins , l'achat des médicaments.... ;

Ces mêmes sources se retrouvent au niveau des activités du PEV . On note cependant qu'au niveau des micro plans , le financement est essentiellement assuré par les COGES et autres sources . L'état vient en troisième position dans ce financement .

Plusieurs éléments permettent de caractériser les différentes sources de financement des activités de santé et du PEV en particulier :

- Les sources constantes au fil des années : certaines sources apparaissent constante au fil des années même si les montants alloués sont variables : Il s'agit essentiellement de l'État et des COGES . Dans une moindre mesure lorsque des projets nationaux interviennent dans le district , le financement est plus ou moins constant durant la période du projet (PDSN , PA-PMLS , PADS ...). Ces sources peuvent être considérées comme celles qui présentent le plus de viabilité en terme de durabilité du financement des activités du PEV.
- De nombreuses sources sont très inconstantes au fil des années . Le financement des activités du PEV apparaît de manière ponctuelle parfois en dehors de toute prévision financière lors de l'élaboration des plans

☞ **Les disponibilités et utilisation des ressources financières**

Une des difficultés majeures dans l'élaboration des plans d'action et des micro plans est la non maîtrise des disponibilités financières pour la plupart des sources exception faite des COGES . Le financement au niveau de l'État n'est pas toujours connu des ECD au moment de l'élaboration de leur plan d'action .

- Le budget de l'État

Il est caractérisé essentiellement par une insuffisance quantitative en ce qui concerne certaines rubriques essentielles pour les activités du PEV . On note en effet que les besoins de financement sont couverts à environ 40% en ce qui concerne le gaz.. Conscient de cette situation , les ECD développent des sources alternatives qui sont basées essentiellement sur les COGES .

L'insuffisance quantitative plus la lourdeur dans la mobilisation des financements de l'État rend leur utilisation relativement difficile pour des activités opérationnelles .

Cette difficulté s'observe à travers les taux d'exécution qui sont très variables d'un district à l'autre et dans le même district d'une année à l'autre.

Une difficulté qu'il convient de résoudre c'est le fort taux de liquidation du budget de l'État (presque 100%) et l'utilisation effective des fonds . Si les questions de lourdeurs des procédures sont résolues au niveau de la DAF , il se pose toujours la difficulté de l'utilisation effective de fonds liée aux problèmes déjà évoqués (insuffisance parfois absence de fournisseurs agréés)

- Le financement des COGES

Les COGES constituent au niveau des micro plans , la source essentielle de financement des activités en ce qui concerne la stratégie avancée , l'achat de gaz , le ravitaillement , les consommables lors qu'ils ne sont pas fournis par l'État. Le financement des COGES apparaît incontournable car le financement de l'État est quantitativement insuffisant .

Le niveau de réalisation du financement assuré par les COEGS est plus satisfaisant que celui de l'État du faite que le budget est mieux maîtrisé et que les procédures sont beaucoup plus souples

☞ **Les stratégies de mobilisation des fonds**

Les stratégies développées au niveau des districts pour mobiliser les fonds prévus au niveau des plans et des micro plans sont :

- L'implication des COGES à l'élaboration des micro plans . Cette approche est classiquement reconnue comme efficace car facilite la participation des communautés à la gestion du programme. Il ressort cependant que plusieurs facteurs expliquent les difficultés de mise en œuvre de cette approche : le coût financier de cette planification , l'insuffisance de temps de la part des ICP , l'insuffisance d'appui de la part de certaines ECD , le manque de transparence dans la gestion aussi bien du côtés de certains COGES que de certains ICP. Au niveau de certains districts tel que Solenzo , cette planification est non seulement systématique , mais elle se fait sous forme d'un atelier qui regroupe l'ensemble des ICP et les principaux responsables des COGES . Cette démarche développe davantage la transparence et harmonise les procédures .
- Les ateliers d'adoption du plan de district avec une implication de l'ensemble des partenaires du district sont de pratiques très courante dans les districts et sont considérés comme une des approches efficaces dans l'implication de ces partenaires au financement des plans d'action . Cette approche reste confronté cependant à de nombreuses difficultés : la disponibilité des principaux concernés pour participer aux ateliers , l'insuffisance de temps au cours du dernier trimestre de l'année , la programmation tardive des ateliers d'adoption des plans par les DRS .

☞ Les sources de financement durables

Il apparaît assez clairement que les COGES et l'État constituent les sources de financement que l'on peut considérer comme durables car elles sont constantes dans le temps contrairement aux nombreuses autres sources qui fluctuent d'une année à une autre selon les priorités du partenaire. L'exemple du PDNS et du PPLS montre également la précarité des financements à travers de projets nationaux dont la durée est précise mais pour lesquels il n'existe pas des stratégies de suivi en terme relève du financement .

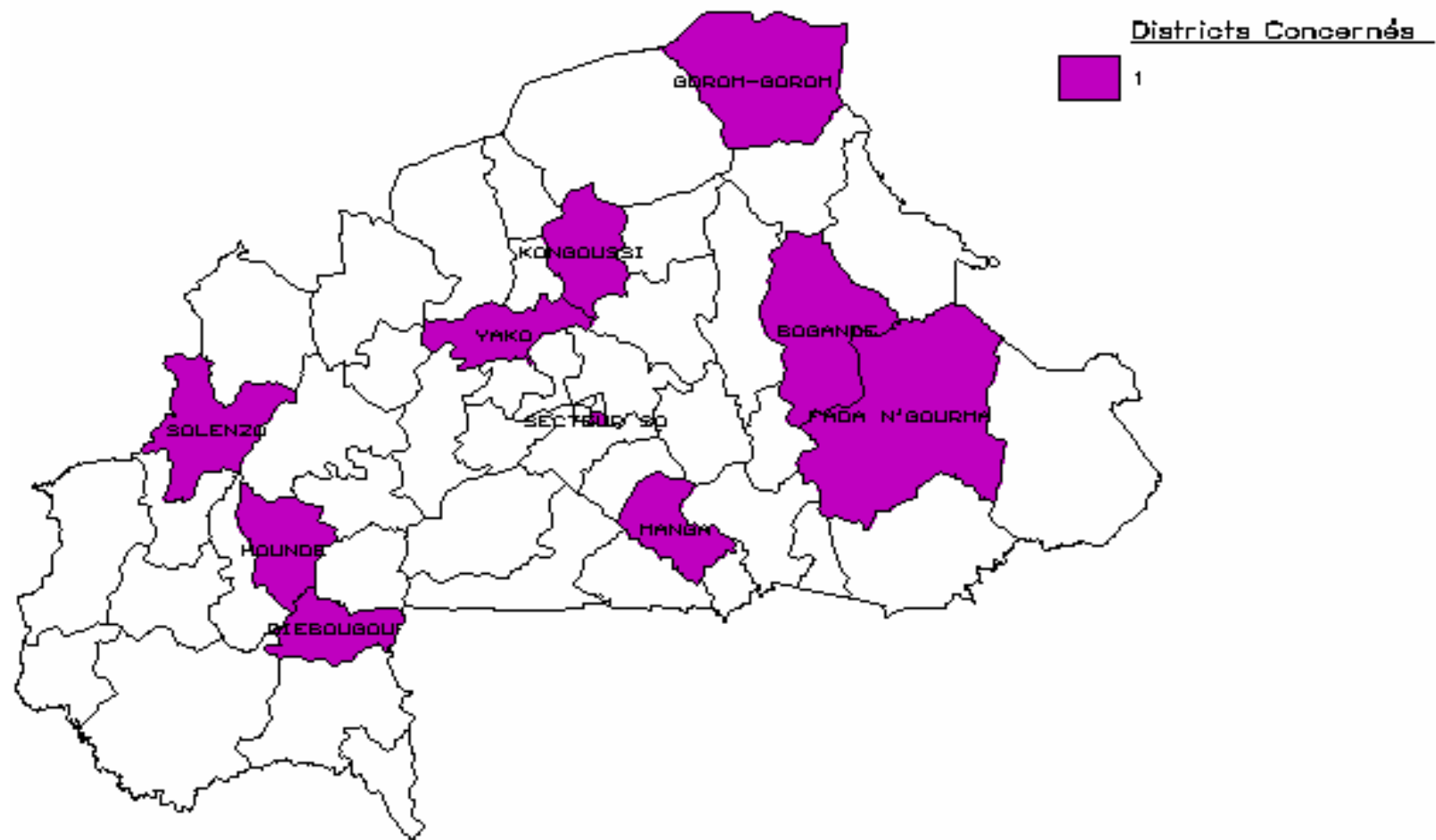
Si les COGES et l'État constitue des sources durables pour le financement du PEV , il faut cependant retenir :

- Que ces financement sont quantitativement insuffisants
- Qu'il existent des COGES dont la viabilité financière n'est pas assurée
- Que les sources de recettes des COGES sont la tarification et la vente des médicaments . Ces sources de recettes ont des effets souvent négatifs sur l'équités en matière d'utilisation des services dans la mesures ou la nécessité d'avoir de l'argent pour assurer le financement des activités amènent à augmenter les coûts et à diversifier les actes tarifés .
- Que le financement de l'État nécessite que les contraintes liées aux procédures soient levées .

RECOMMANDATIONS

La promotion de la PC (dans toutes ses dimensions y compris le financement) aux différents échelons du processus de planification du PEV semble bien possible mais nécessite de prendre en compte les dispositions ci après :

- Mettre en place un processus d'encadrement des structures existantes : formation , supervision
- Promouvoir le monitoring comme porte d'entrée de cette PC.
- La mise en place de structures relais (CSV avec les AV et les ASV) permet d'assurer une collecte régulière des données de prestation au niveau de chaque village et permet d'assurer une surveillance épidémiologique à base communautaire .
- Accorder une attention particulière aux COGES qui apparaissent comme étant les structures les plus impliquées dans le PEV. L'expérience de Solenzo mérite à ce titre une d'être pris en compte (mise en place d'un cadre de concertation des COGES du district).
- Promouvoir l'implication des responsables administratifs et politiques au niveau local . Dans cette perspectives , il est indiqué que des modules de formation à l'attention de cette cible soient élaborés à l'attention des RAV afin qu'ils puissent jouer un rôle plus actif dans le PEV. De même des rencontres périodiques avec les responsables politiques communaux et provinciaux sur les principaux indicateurs de santé s'avère une stratégie qui peut assurer une plus grande participation
- Le bénévolat constitue une source de démotivation des acteurs au niveau communautaire .Il faut de manière systématique définir des conditions précises de motivation des principaux acteurs impliqués dans le PEV
- L'utilisation du financement communautaire pour la promotion des activités du PEV apparaît indispensable au regard du caractère durable de ce financement et de la précarité des autres sources de financement . Cette nécessité exige davantage que les COGES soient mieux encadrés mais également qu'ils participent de manière systématique aux activités de planification .
- Il est impératif d'assurer une formation aux ICP et aux ECD dans le domaine de la planification opérationnelle
- Les financements de l'État sont insuffisants pour couvrir les domaines importants tel que la fourniture du gaz. Un effort supplémentaire permettra aux COGES d'assurer le financement d'autres volets notamment en matière de mobilisation sociale .



LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

- 1 Dr Alpha Mamadou , Résultats d'une étude sur le contrat de performance au Mali , ARIVA info , 9 , janvier 2002
- 2 Dr Niamké Ezoua KODJO , Revue externe du PEV au TCHAD ARIVA info , 9 , janvier 2002
- 3 Dr M.G.S .DAKONO , Approvisionnement et distribution des vaccins et consommables , Sénégal , ARIVA info , 9 , janvier 2002
- 4 Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile, planification familiale. Susan B. Rifkin, OMS 1990
- 5 La participation communautaire au développement durable du Programme Élargi de Vaccination dans le district sanitaire de Kongoussi, Mémoire de fin d'année, ENSP, Section soins infirmiers, 1997/1999 Ouagadougou
- 6 Étude de cas sur les coûts et le financement des services d'immunisation en Côte d'Ivoire Spécial Initiatives report 24 Miloud K. et coll. , mai 2000
- 7 Coûts, utilisation des ressources et financement des services de santé de district : guide méthodologique, seconde édition Kara Hanson et Lucy Gilson, UNICEF IB rapport technique 4 1996
- 8 Plans d'action 2000 des districts de Nouna, Dédougou, Solenzo
- 9 Plan d'action 2000 de la Direction régionale de la santé de Dédougou
- 10 Plan d'action 1998 du district de Barsalogo
- 11 Plan stratégique PEV, MS, Burkina faso 2000
- 12 Rapport de la revue nationale du PEV au Burkina Faso, juin 1998
- 13 Rapport d'enquête nationale de couverture vaccinale MS, mai 1998
- 14 Rapport de couverture d'enquête de couverture vaccinale du district sanitaire de Manga , MS , 1997
- 15 Étude du financement et du coût du PEV du Burkina Faso, CATR /FED ARIVAS, mai 2000

ANNEXES : Les différents outils utilisés

***CANEVAS pour la revue des plans d'action et des Micro plans
(FA)***

CETTE FICHE EST DESTINÉE AUX ECD AUX ICP et au CMA

Direction Régionale de la Santé de :

District Sanitaire de :

ECD/CMA/CSPS de :

Nom de l'enquêteur

Date :

Q1 : ANNÉE 2001

Volet prévisionnel

Q1-1 Coût global du plan d'action/micro plan :

Q1-2 Répartition des coûts par rubriques prévues dans le plan

Volets / rubriques	Coût global prévu	Coûts par sources de financement						Observations
		1	2	3	4	5	6	

Q1-3 Volet PEV

Activités PEV prévues	Coût global prévu	Coûts par sources de financement						Observations
		1	2	3	4	5	6	

Volet réalisation du plan

Q1-4 Ensemble des activités du Plan/micro plan

Volets / rubriques réalisées	Coût global de réalisation	Coûts par sources de financement						Observations
		1	2	3	4	5	6	

Q1-5 Activités PEV

Activités PEV réalisées	Coût global de réalisation	Coûts par sources de financement						Observations
		1	2	3	4	5	6	

Q2 : ANNÉE 2002

Volet prévisionnel

Q2-1 Coût global du plan d'action/micro plan :

Q2-2 Répartition des coûts par rubriques prévues dans le plan

Volets / rubriques	Coût global prévu	Coûts par sources de financement						Observations
		1	2	3	4	5	6	

Q2-3 Volet PEV

Activités PEV prévues	Coût global prévu	Coûts par sources de financement						Observations
		1	2	3	4	5	6	

Volet réalisation du plan (premier semestre 2002)

Q2-4 Ensemble des activités du Plan/micro plan

Volets / rubriques réalisées	Coût global de réalisation	Coûts par sources de financement						Observations
		1	2	3	4	5	6	

Q2-5 Activités PEV

Activités PEV réalisées	Coût global de réalisation	Coûts par sources de financement						Observations
		1	2	3	4	5	6	

GUIDE D'ENTREIEN AVEC LES MEMBRES DES ECD , du CMA et des ICP (FB)

Direction Régionale de la Santé de :.....

District Sanitaire de :.....

ECD/CMA/CSPS de :.....

MCD/MEMBRE ECD/ICP :.....

Nom de l'enquêteur

Date :

Q1 Évaluation du plan/micro plan 2001

Q1-1 Le plan / micro plan 2001 est il évalué avec un rapport disponible ? Oui ...Non

Si non : Pourquoi ?

Si oui :

- Taux d'exécution physique global :
- Taux d'exécution financière globale :

- Taux d'exécution physique du PEV.....

- Taux d'exécution financière du PEV.....

Q1-2 Quelles sont les difficultés dans la mise en œuvre du plan / micro plan

En général :

PEV en particulier

Q2 Processus d'élaboration du plan/micro plan 2002

Q2-1 Avez vous utilisé des critères pour fixer le niveau de vos objectifs ? OUINON....

Si OUI lesquels ?

- a) _____
- b) _____

Et quels sont les différents critères que vous avez utilisés pour fixer le niveau de vos objectifs du PEV en particulier

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____

Q3 Mobilisation des ressources financières

Q3-1 Existe t-il des stratégies pour mobiliser effectivement les ressources financières prévues pour la réalisation des activités ?
En 2002 ? OUINON.....

Si OUI les quelles ?

Q3-2 Quelles sont les difficultés généralement rencontrées dans la mobilisation des ressources financières ?

En 2001

Sources de financement	Difficultés rencontrées	Solutions apportées

En 2002

Sources de financement	Difficultés rencontrées	Solutions apportées

Q4 Quelles sont les activités PEV n’ont réalisées par manque de financement ?

Q4-1 En 2001

Activités	Motifs de non-réalisation		
	Absence totale de financement	Financement disponible mais non mobilisés	Observations

Q4-2 En 2002

<i>Activités</i>	<i>Motifs de non-réalisation</i>		
	<i>Absence totale de financement</i>	<i>Financement disponible mais non mobilisé</i>	<i>Observations</i>

Q5 Quelles sont les activités PEV qui ont été ralenties (menées partiellement) pour difficultés de financement ?

Q5-1 En 2001

<i>Activités</i>	<i>Motifs du ralentissement</i>		
	<i>Insuffisance de financement</i>	<i>Retard dans le financement</i>	<i>Observations</i>

Q5-2 En 2002

<i>Activités</i>	<i>Motifs du ralentissement</i>		
	<i>Insuffisance de financement</i>	<i>Retard dans le financement</i>	<i>Observations</i>

Q6 Qu'est qui selon vous permet ou devra permettre de financer de façon permanente les activités du PEV de votre plan d'action ?

Q7 Connaissez vous d'autres sources de financement du PEV non encore exploitées ? Oui.. Non..

Si oui lesquelles :

Les différentes sources	Pourquoi ?
1	
2	

Q8 Quelles sont les sources de financement du PEV que vous estimées être les plus sûres pour l'avenir ?

Les différentes sources	Pourquoi ?
1	
2	
3	

**QUESTIONNAIRE AUX RESPONSABLES DES SOURCES DE FINANCEMENT
IDENTIFIEES
(FC)**

(Cette fiche sera également administrée aux partenaires financiers au niveau national et régional)

Direction Régionale de la Santé de :.....

District Sanitaire de :.....

ECD/CMA/CSPS de :.....

Nom de l'enquêteur

SOURCE DE FINANCEMENT : Projet/Programme/Subvention Durée

Statut de la personne concernée :.....

Date :

Q1 Evolution du budget prévisionnel pour le financement des activités de santé

Domaines/volets	1999	2000	2001	2002	Observations
1					
2					
Total					

Q2 Utilisation des ressources financières disponibles

Q2-1 pour les activités de santé en général

Domaines /volets	1999		2000		2001		2002	
	Prévu	Utilisé	Prévu	Utilisé	Prévu	Utilisé	Prévu	Utilisé
Total								

Q2-2 pour les activités spécifiques du PEV

Activités	1999		2000		2001		2002	
	Prévu	Utilisé	Prévu	Utilisé	Prévu	Utilisé	Prévu	Utilisé
Total								

Q3 Quels sont les facteurs explicatifs (positifs et négatifs) du taux de consommation des fonds mis à la disposition de la santé en général et du PEV en particulier ?

Q3-1 Facteurs positifs

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

Q3-2 Facteurs négatifs

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

Q4 Que devrait on faire pour améliorer l'utilisation des fonds mis à la disposition du PEV ?

1 _____

2 _____

3 _____

Fiche commune pour les deux études destinée aux FS FD

DESTINÉE AUX FS

Direction Régionale de la Santé de :-----

District Sanitaire de :-----

CMA/CSPS/CM/DISP/MAT.....

Population totale : 20012002..... (sources)

Villages.....secteurs..... hameaux(nombre en 2002)

Volet ressources

Q1 Les ressources de la FS (nombre de ressources fonctionnelles)

	Véhicule 4x4	Congélateur	Réfrigérateur	Motos	Autres (à préciser)	Autres(à préciser)
2001						
2002						

Organisation d'ensemble du PEV

Q2 Les stratégies vaccinales utilisées

- Mobile : Oui Non
- Fixe : Oui Non
- Avancée : Oui Non

Q3 Pour la stratégie mobile : Rythme théorique de sorties prévues par an

Q4 Pour la stratégie fixe : Rythme théorique de séances

Q5 Pour la stratégie avancée : Rythme théorique des sorties

Q6 Stratégie d’approvisionnement en vaccin (Comment la FS assure t-elle la disponibilité du vaccin ?)

- Approvisionnement au district par la FS : Oui Non
- Livraison par l’ECD Oui Non
- Autres approches : _____

Q7 Stratégie d’approvisionnement en gaz et autres consommables

- Approvisionnement au district : Oui Non
- Livraison par l’ECD Oui Non
- Autres approches : _____

Mobilisation de ressources financières

Q8 Existe des prestations qui font l’objet d’une tarification : OUINON

Si oui

quels sont les coûts pratiqués par prestation

Prestations	Coût par an		Destination des fonds recouvrés (utilisation locale, reversement ...)
	2001	2002	

Bilan de certaines activités

Q9 Acquisition de ressources (quantité pour l'ensemble de la période)

	2001	2002	Observations
Charge de bouteilles de gaz			
Pétrole			
Mèches			
Carburant			
Autres à préciser			

Q10 Approvisionnement /Ravitaillement/activités vaccinales

	2001	2002	Observations
Nombre de missions d'approvisionnement			
Nombre de séances en vaccination fixe			
Nombre de sorties en stratégie avancée			
Autres à préciser			

Q11 Pour la tarification : Montants recouverts

Prestations	Montants par an		Destination des fonds recouverts (utilisation locale, reversement ...)
	2001	2002	

Fiche commune pour les deux études destinées aux ECD FE

Direction Régionale de la Santé de :-----

District Sanitaire de :-----

Population totale : 20012002..... (sources)

Villages.....secteurs..... hameaux(nombre en 2002)

Volet couverture et ressources

Q1 Couverture sanitaire : Nombre de formations sanitaires fonctionnelles

	CMA	CM	CSPS	Disp	Mat	Autres
2001						
2002						

Q2 Disponibilité en centre de vaccination : formations sanitaires équipées en centres fixes fonctionnels

	CMA	CM	CSPS	Disp	Mat	Autres
2001						
2002						

Q3 Disponibilité de la logistique : Nombre de formations sanitaires avec au moins une mobylette fonctionnelle

	CMA	CM	CSPS	Disp	Mat	Autres
2001						
2002						

Q4 Les ressources de l'ECD (nombre de ressources fonctionnelles)

	Véhicule 4x4	Congélateur	Réfrigérateur	Motos	Autres (à préciser)	Autres(à préciser)
2001						
2002						

Organisation d'ensemble du PEV

Q5 Les stratégies vaccinales utilisées

- Mobile : Oui Non
- Fixe : Oui Non
- Avancée : Oui Non

Q6 Pour la stratégie mobile : Rythme théorique de sorties prévues par an

Q7 Pour la stratégie fixe : Rythme théorique des séances par FS et par an

Q8 Pour la stratégie avancée : Rythme théorique des séances par FS et par an

Q9 Stratégie d'approvisionnement en vaccin par l'ECD (Comment l'ECD assure t-elle la disponibilité du vaccin dans le district ?)

Q9-1 Au niveau du dépôt de district

- Source d'approvisionnement :
- Qui assure l'approvisionnement :

- Rythme.....

Q9-2 Au niveau des formations sanitaires

- Qui assure l’approvisionnement ? : ECD : OUINON.... Rythme
FS : OUI...NON.... Rythme
- Autres approches

Q10 Stratégie d’approvisionnement en gaz et autres consommables

Q10-1 Au niveau du dépôt de district

- Source d’approvisionnement :
- Qui assure l’approvisionnement :
- Rythme.....

Q10-2 Au niveau des formations sanitaires

- Qui assure l’approvisionnement ? : ECD : OUINON.... Rythme
FS : OUI...NON.... Rythme
- Autres approches

Mobilisation de ressources financières

Q11 Existe des prestations qui font l’objet d’une tarification : OUINON

Si oui , quels sont les coûts pratiqués par prestation

Prestations	Coût par an		Destination des fonds recouverts (utilisation locale, reversement ...)
	2001	2002	

Q12 Contribution des COGES au fonctionnement de l'ECD

Oui Non

Si OUI préciser les domaines et les montants en 2001 et 2002

	2001	2002	Observations
Carburant pour ravitaillement ?			
Entretien de la logistique ?			
Autres à préciser			
Total			

Q13 Existe t-il des COGES qui ne peuvent pas contribuer au fonctionnement de l'ECD OUI....NON....

Si oui

Quelles sont les dispositions prises pour ces COGES ?

Bilan de certaines activités

Q14 Acquisition de ressources (quantité pour l'ensemble du district)

	2001	2002	Sources de financement	Observations
Charge de bouteilles de gaz				
Pétrole				
Mèches				
Autres à préciser				

Q15 Approvisionnement /Ravitaillement/équipe mobile

	2001	2002	Observations
Nombre de missions d’approvisionnement			
Nombre de missions de ravitaillement des FS			
Nombre de sorties en équipe mobile			
Autres à préciser			

GUIDE D’ENTRETIEN **INFORMATEURS CLES** **PCA**

Ce guide comporte deux parties : une première partie qui porte sur la description du contexte et une deuxième partie qui analyse les facteurs d’action

Cet entretien sera fait auprès des personnes ci après : Haut commissaire, maire de commune, préfets, Responsables administratifs de village, responsable coutumier

Direction Régionale de la Santé de : -----

District Sanitaire /Province :-----

Localité :.....

Informateurs clés :-----

Date : -----

PREMIERE PARTIE : description du contexte

Le contexte culturel

- *Organisation sociale : hiérarchies sociales, chefferie ..*
- *Place et rôle de la femme ;*
- *Pratiques en matière de santé*

Situation socio-économique

- *système de production*
- *niveau de pauvreté*
- *mouvements migratoires*
- *mouvement associatif*

Évolution historique

- *Les changements majeurs en matière d'organisation sociale, politique*
- *Les changements majeurs en matière de développement local, de participation communautaire*

Politiques des pouvoirs publics locaux

- *organisation de la collaboration intersectorielle ...*
- *prise en compte des besoins des populations locales*

DEUXIEME PARTIE : analyse des facteurs d'action

Q1 Comment votre structure est elle impliquée dans la promotion des activités de santé dans votre localité ?

.....

.....

Q2 Quelles sont les actions concrètes que vous menées en faveur de la santé ?

a).....

b).....

c) _____

Q3 Dans le cadre de la mobilisation sociale, quels appuis apportés vous aux services de santé ?

a)_____

b)_____

c)_____

Q4 Qu'est ce qui selon vous explique que certains villages participent mieux que d'autres aux activités de vaccination ?

a)_____

b)_____

c)_____

Q5 Que devra d'avantage faire votre service/structure pour que les populations participent mieux aux activités de santé et au PEV en particulier ?

a) _____

b) _____

c) _____

Q6 Qu'est ce que les services de santé devraient faire pour renforcer la participation des communautés en faveur du PEV?

a) _____

b) _____

c) _____

Q7 Qu'est ce que la communauté devrait davantage faire pour renforcer sa participation en faveur du PEV?

a) _____

b) _____

c) _____

EQUIPE CADRE DE DISTRICT (Tous membres disponibles)
PCB

Direction Régionale de la Santé de :-----

District Sanitaire de :-----

Nom - Prénoms de l'enquêteur :-----

Date : -----

Q1 Organisation communautaire existante dans le district

Q1-1 Structures impliquées dans les activités de santé au niveau du district ? :

Structures	Depuis quand ?	Modalités d'implication			Observations
		Appui financier	Appui en ressources humaines	Autres	

Q1-2 Parmi ces structures, lesquelles sont mises en place à l'initiative de l'ECD ?

Structures	Depuis quand ?	Motivations

Q1-3 Quelles sont celles qui interviennent essentiellement dans le programme de vaccination ?

Structures	Depuis quand ?	Observations

Q1-4 Quelles sont les différentes étapes suivies pour la mise en place des structures mises en place à l'initiative des services de santé ?

Structures	Différentes étapes suivies

Q1-5 Système d'encadrement mis en place

Structures	Type d'encadrement

Q2 Le choix des dirigeants et des animateurs des structures de PC

Q2-1 Pour les structures impliquées dans le PEV quel a été le mode de désignation des responsables ? (à préciser par structure).

Structures	Modes					observations
	Elections	Volontaire	Succession	Imposition	Autres	

Q2-2 Quel est le mode de communication entre chaque structure et la communauté ?

Structures	Modes				observations
	Rencontres périodiques	Structures relais	Autres	Autres	

Q3 La mobilisation des ressources financières et humaines pour le PEV

Structures	Type de ressources mobilisées			Pourquoi ce type de ressources ?			Observations
	Financières	Matérielles	Humaines	Absence/insuffisance d'autres sources	Insuffisance de personnel	Autres	

Q5 Evaluation des besoins des communautés

Q5-1 Comment le PEV est intégré dans les préoccupations des populations ?

- Existe t-il des stratégies spécifiques de mobilisation sociale en faveur du PEV : OUI NON
 - Si oui, lesquelles ? :
-
-
-

Q5-2 Prise en compte des besoins des plus défavorisés

- Comment les populations recluses sont prises en compte ?
- Comment les populations démunies participent elles à la mobilisation des ressources ?

**QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX ICP ET AUX CMA
PCC**

Direction Régionale de la Santé de :.....

District Sanitaire de :.....

CSPS/CM/CMA :.....

Profil du chef de poste :.....

Nom - Prénoms de l'enquêteur :.....

Date :

Q1 Organisation communautaire existante dans l'aire de la FS

Q1-1 Structures impliquées dans les activités de santé au niveau de la FS ? :

Structures	Depuis quand ?	Modalités			Observations
		Appui financier	Appui en ressources humaines	Autres	

Q1-2 Parmi ces structures, lesquelles sont mises en place à l'initiative de l'ECD /ICP?

Structures	Depuis quand ?	Observations

Q1-3 Quelles sont celles qui interviennent essentiellement dans le programme de vaccination ?

Structures	Depuis quand ?	Observations

Q1-4 Quelles sont les différentes étapes suivies pour la mise en place des structures créées par les services de santé ?

Structures	Différentes étapes suivies			
	1Sensibilisation	2 Alphabétisation	3 Formation	4 Autres

Q1-5 Système d'encadrement mis en place

Structures	Système d'encadrement				
	Formation	Supervision	Autres	Autres	Autres

Q1-6 Activités de formation : Nombre de personnes formées par an et par structure

Structures	2001		2002		Nombre de rapports de formation disponibles	
	Formation classique	Alphabétisation	Formation classique	Alphabétisation	En 2001	En 2002

Q1-7 Activités de supervision : Nombre de supervision effectuées par an et par structure

Structures	2001	2002	Nombre de rapports de supervision disponibles	
			En 2001	En 2002

Q2 Le choix des dirigeants et des animateurs des structures de PC

Q2-1 Pour les structures impliquées dans le PEV quel a été le mode de désignation des responsables ? (à préciser par structure.

Structures	Modes				
	Elections	Volontaire	Succession	Imposition	Autres

Q2-2 Quel est le mode de communication entre chaque structure et la communauté ?

Structures	Modes				
	Rencontres périodiques	Structures relais	Autres	Autres	observations

Q3 La gestion du programme

Q3-1 Quelles sont les modalités de participation de chaque structure impliquée dans le PEV ? :

Structures	Les éléments de participation (à détailler)								
	Aux activités			A la gestion du PEV			A la surveillance et à l'évaluation		
	Organisation des séances	Mobilisation des populations	Autres	Identification des sites	Élaboration du calendrier	Acquisition de consommables	Monitoring	Collecte de données	Autres

Q4 La mobilisation des ressources financières et humaines

Structures	Type de ressources mobilisées			Pourquoi ce type de ressources ?			Observations
	Financières	Matérielles	Humaines	Absence/insuffisance d'autres sources	Insuffisance de personnel	Autres	

Q5 Evaluation des besoins des communautés

Q5-1 Comment le PEV est intégré dans les préoccupations des populations ?

- Existe t-il des stratégies spécifiques de mobilisation sociale en faveur du PEV : OUI NON
- Si oui, lesquelles ? :

Q5-2 Prise en compte des besoins des plus défavorisés

- Comment les populations reculées sont prises en compte ?
- Comment les populations démunies participent elles à la mobilisation des ressources ?

Membres d'une structure impliquée dans la PC PCD

Direction Régionale de la Santé de :-----

District Sanitaire de :-----

CSPS :-----

Structure :

Profil du membre de la structure :-----

Nom de l'enquêteur :_____

Date : -----

Identité de la structure (type de structure) :
Responsable : sexe Age Fonction.....
Date de création / implantation dans le district
Nombre total des membres :
Dont sexe M :
Dont sexe F :

Q1 Qui a décidé de la création/implantation de la structure ?

Q2 Quels sont les éléments de justification de la création/implantation de cette structure ?

.....

.....

.....

Q3 Quelles sont les différentes étapes suivies pour la mise en place de votre structure ?

Différentes étapes	Différentes actions
1	
2	

Q4 Système d'encadrement dont bénéficie la structure

Système d'encadrement				
Formation	Supervision	Autres	Autres	Autres

Q5 Activités de formation : nombre de personnes formées

2001		2002		Nombre de rapports de formation disponibles	
Formation classique	Alphabétisation	Formation classique	Alphabétisation	2001	2002

Q6 Activités de supervision : Nombre de supervisions effectuées par an et par structure

2001	2002	Nombre de rapports de supervision disponibles	
		En 2001	En 2002

Q7 Le choix des dirigeants et des animateurs de votre structure et leadership

Q7-1 Désignation des membres

Mode désignation			
Election	Volontaire	Succession	Imposition

En quoi le mode de désignation vous semble t-il être un facteur d'efficacité ou au contraire freine vos activités ?

a).....

b)_____

c)_____

Q8 Stratégies de communication

Q8-1 Avec la communauté

Stratégies			
Assemblées	Personnes relais	Autres :	Autres :

Q8-2 Mode de communication au sein de votre structure

Prise de décisions : comment les décisions sont prises ?

- Vote OUI ...NON
- Consensus OUINON
- Le chef seul OUINON
- Autre (a préciser) : _____

Circulation de l'information :

- réunions périodiques du bureau OUI.....NON.....
- assemblées des membres OUI....NON.....
- Autres (à préciser) : _____

Q9 Fonctionnement de la structure

	En 2001	En 2002
Nombre de réunions du bureau		
Nombre d'assemblées avec la communauté		
Nombre de personnes relais utilisées		
Nombre d'assemblées des membres de la structure		

Q10 La gestion du programme

Structures	Les éléments de participation (à détailler)								
	Aux activités			A la gestion du PEV			A la surveillance et à l'évaluation		
	Organisation des séances	Mobilisation des populations	Autres	Identification des sites	Élaboration du calendrier	Acquisition de consommables	Monitoring	Collecte de données	Autres

Q10-1Quels sont les facteurs qui ont motivé l'engagement de votre structure dans les activités de santé

- a):.....
- b):.....
- c):.....

Et dans le PEV en particulier :.....

- a):.....
- b):.....
- c):.....

Q10-2 Votre structure est elle à même de s'engager dans d'autres activités du PEV ?

Oui.....Non.....

Pourquoi ? :.....

Si oui lesquelles ?

a):

b)_____

c)_____

Q11 Préciser les performances dans la gestion du programme

Les éléments de participation	En 2001	En 2002
Fonds mobilisés pour le PEV		
Autres ressources matérielles		
Personnes mobilisées de façon permanente		
Personnes mobilisées de façon périodique		

Q12 Evaluation des besoins des communautés

Q12-1 Qu'est ce qui justifie l'importance accordée au PEV?

Q12-2 Prise en compte des besoins des plus défavorisées

- Comment les populations recluses sont prises en compte ?

- Comment les populations démunies participent à la mobilisation des ressources ?

Q11 Les facteurs de motivation :

Les membres de votre structure sont ils motivés : OUINON

Si oui , Comment (forme de motivation) ?

Qui à pris la décision ? :

Q12 Quelles sont les principales difficultés que rencontre votre structure ?

.....
.....
.....

Q13 Quelles sont vos principales attentes ?

De la part des services de santé..

.....

De la part des autorités politiques et administratives

.....

De la part de la communauté