

**Ministère de la santé**  
**Direction de la Médecine Préventive**  
**Service de Prévention par les Vaccinations**

**Programme Élargi de Vaccination ( PEV)**

*Protocole de recherche sur la participation communautaire  
et le financement des activités*

**Version finale**

Dr Abel Bicaba MD. MPH  
Consultant

Août 2002

## SOMMAIRE

<b>I. Contexte et justification de la recherche</b>	<b>3</b>
<b>II. Le Programme Élargi de Vaccination au Burkina Faso</b>	<b>4</b>
2.1 Historique du PEV	5
2.2 Les principaux acquis du PEV	5
2.3 Les orientations stratégiques et leur justification	7
2.4 Les grands défis du PEV	8
<b>III. Hypothèses de recherche</b>	<b>9</b>
<b>IV. Questions de recherche</b>	<b>10</b>
<b>V. Objectifs de la recherche</b>	<b>10</b>
But de la recherche	10
Objectifs spécifiques	10
<b>VI. Méthodologie</b>	<b>11</b>
6.1 Volet Participation communautaire	11-13
6.2 Volet financement	13-14
6.3 Échantillonnage	15-17
<b>VII. Les principaux outils</b>	<b>18</b>
<b>VIII Définition des indicateurs</b>	<b>18-19</b>
<b>IX Mise en œuvre</b>	<b>19-21</b>
9.1 Équipe de recherche	
9.2 Chronogramme	
9.3 Analyse des données	
9.4 Le rapport de la recherche	
<b>X Le budget de la recherche</b>	<b>22</b>
<b>Liste des principaux documents consultés</b>	<b>23</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>24</b>
Annexe 1 : liste des fournitures de bureau	25
Annexe 2 :Les différents outils	26

## ABREVIATIONS

BCG : Bacille Calmette Guérin

CAMEG : Centre d'Achat des Médicaments Génériques

CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale

CMA : Centre Médical avec Antenne Chirurgicale

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHN : Centre Hospitalier National

DRS : Direction Régionale de la Santé

DTC : Vaccin combiné : Diphtérie –Tétanos –Coqueluche

ECD : Équipe Cadre de District

FED : Fonds Européen de Développement

ICP : Infirmier chef de District

PMA : Paquet Minimum d'Activité

PEV : Programme Élargi de Vaccination

PB : Plan Burkina

PLD/Z : Projet de Développement local du Zoundwéogo

PDR/SO : plan de Développement Rural du Sud Ouest

POA : Plan Opérationnel Annuel

PC : Participation Communautaire

SCPB : Save the Children Pays Bas

TU : Total Utilisé

TNN : Tétanos Néonatal

## I Contexte et justification de la recherche

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 2010<sup>1</sup>. 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)<sup>2</sup>.

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 ( CSPS – 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'OMS<sup>3</sup>, le Burkina Faso occupe le 162<sup>ème</sup> 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 vivantes<sup>4</sup>. 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.

---

<sup>1</sup> Recensement Général de la Population et de l'Habitat 1996, RGPH 1996

<sup>2</sup> Profil de pauvreté

<sup>3</sup> Rapport sur la santé dans le monde, OMS, 2000

<sup>4</sup>EDSBF 1998

## II Le Programme élargi de vaccination au Burkina Faso (PEV).

### 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** ”<sup>5</sup> 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.

### 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

---

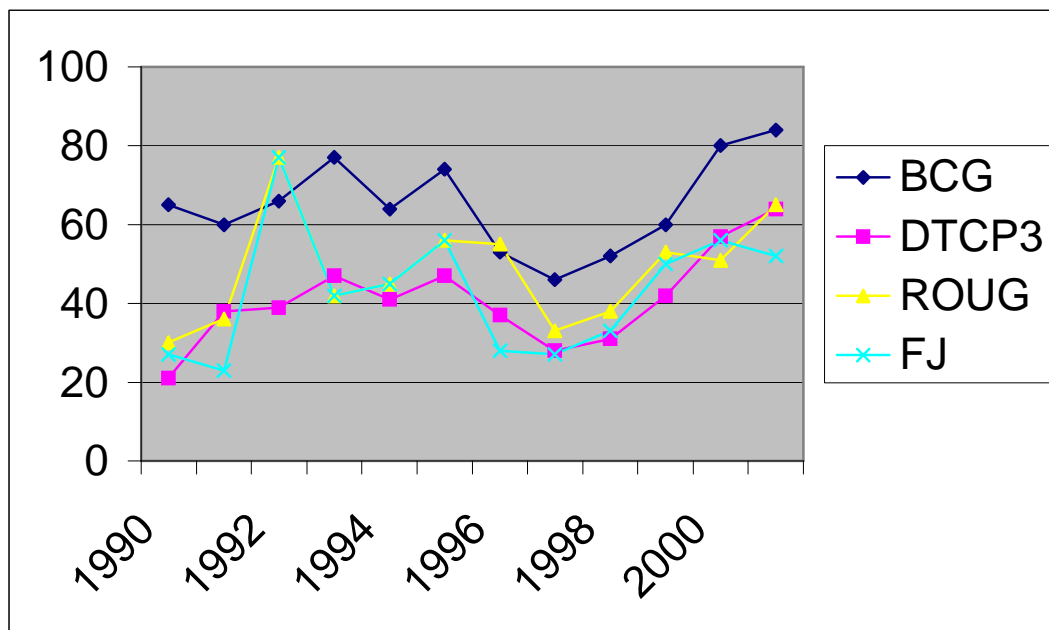
<sup>5</sup> campagne nationale de vaccination avec prise en compte des principaux antigènes et une mobilisation générale de la population

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.

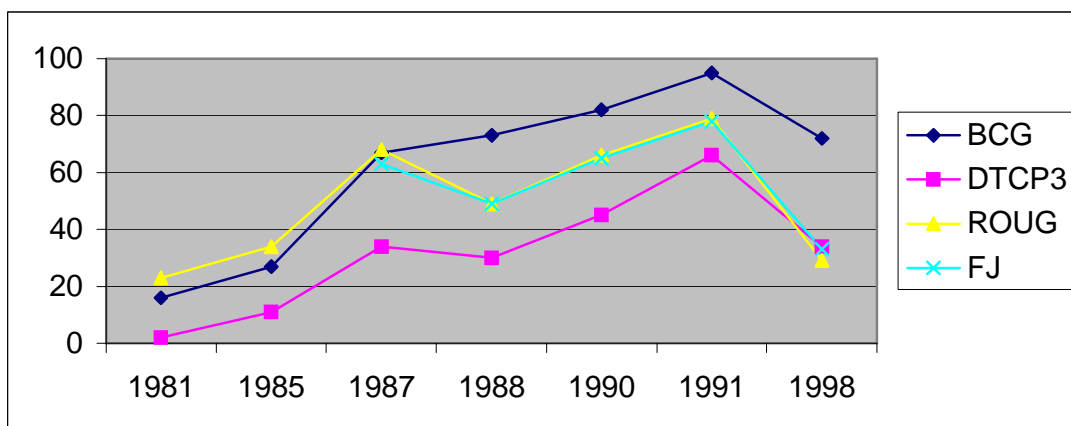
L'évolution de la couverture vaccinale est illustrée dans les deux graphiques ci dessous :

**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

### ***2-3 Les orientations stratégiques et leur justification***

Initialement, la cible retenue pour le PEV au Burkina était de 0 à 23 mois. Lors de sa 38<sup>ème</sup> session, le Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique<sup>6</sup> 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 ( CSPS, 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.

---

<sup>6</sup> 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'Etat :

- 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.

#### ***2-4 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 disponibles<sup>7</sup>. 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)<sup>8</sup>. 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.*

### **III Hypothèses de recherche**

La présente recherche se fonde sur les hypothèses suivantes :

- Il existe dans certains districts des stratégies efficaces d'implication des populations dans les activités du PEV et dont la reproduction dans les autres districts est susceptible d'améliorer leurs performances en matière de couverture vaccinale dans le cadre du PEV de routine et aussi dans la surveillance épidémiologique.

---

<sup>7</sup> Plan stratégique PEV Burkina Faso, MS ; septembre 2000

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

- Les disparités dans les performances des districts en matière de PEV apparaissent liées à plusieurs facteurs dont les mécanismes de financement. La présente recherche se fonde sur l'hypothèse selon laquelle Il existe dans certains districts des mécanismes de financement qui permettent le développement continue des activités de vaccination.

Il reste entendu que dans cette démarche, abstraction est faite des autres facteurs déterminants le succès du PEV.

#### **IV Questions de recherche**

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 ?

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

#### **V Objectifs de la recherche**

##### *Les buts de la recherche*

- Contribuer à une plus grande implication des populations dans les activités de vaccination y compris la surveillance épidémiologique dans les districts sanitaires.
- Contribuer à la promotion de mécanismes de financement qui garantissent la pérennité et l'équité

##### *Objectifs spécifiques*

- 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 ;
- Identifier les mécanismes pour une répliation des expériences dans d'autres districts du pays.

## **VI Méthodologie**

La méthodologie est conçue selon les deux axes de la recherche : la participation communautaire et le financement des activités

### **6-1 Volet participation communautaire**

#### **6-1-1 Cadre conceptuel théorique de la recherche**

L'intérêt apporté à la Participation Communautaire (PC) n'est pas nouveau et s'est davantage accru avec l'adoption des Soins de Santé Primaires en 1978 qui font de cette PC un élément capital. Notre cadre conceptuel s'inspire largement de la démarche développée dans la publication de Susan B. RIFKIN<sup>9</sup>.

Nous définissons la PC comme étant l'intervention de la population bénéficiaire dans le processus de prise de décision, d'exécution et d'évaluation des activités de vaccination.

Dans le cadre de la présente recherche, la PC est considérée 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 on peut en retenir 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 divers 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 agendas 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 quant 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.

---

<sup>9</sup> Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile, planification familiale, OMS, 1990

Dans le cadre de la présente recherche, la démarche méthodologique est axée sur une meilleure compréhension de ces deux facteurs. 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 quant à eux sont ceux dont la maîtrise est du ressort des acteurs de la promotion d'une PC efficace.

### 6-1-2 Les approches méthodologiques.

Cette recherche est qualitative, basée sur l'exploitation des documents et des entretiens avec les principaux acteurs

#### 6-1-2-1 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. Par la suite on analysera 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	Éléments 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 individuel	- Informateurs clés
Situation socio-économique	système de production niveau de pauvreté mouvements migratoires mouvement associatif	Revue documentaire Entretien individuel	Informateurs clés
Évolution historique	Les changements majeurs en matière d'organisation sociale, politique Les changements majeurs en matière de développement local, de participation communautaire	Revue documentaire Entretien individuel	Informateurs clés
La politique des pouvoirs publics	organisation de la collaboration intersectorielle ... prise en compte des besoins des populations locales	Revue documentaire Entretien individuel	Informateurs clés

### 6-1-2-2 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 quelles sont les conditions de réussite de la participation communautaire

**Tableau 2 : Cadre d'analyse des facteurs d'action**

Domaines	Éléments 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 programme	Modalités de participation	Entretiens individuels	Responsables des ECD 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
Évaluation 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
Prise en compte des plus démunis ( enclavés, pauvres )	Mécanismes développés pour : couvrir effectivement les plus démunis par les prestations, faire participer les plus démunis à la mobilisation des ressources ...	Entretiens individuels	Responsables des ECD Membres des structures de PC ICP

## 6-2 Volet Financement

### 6-2-1 Cadre conceptuel de la recherche

La mise en œuvre du PEV repose sur le développement de plusieurs activités traditionnellement financées par plusieurs partenaires du développement sanitaire, l'Etat, 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 Equipes 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 leur propre approvisionnement.

*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 le financement de certaines activités du plan opérationnel sont à rechercher et des stratégies ne sont pas mises en œuvre pour effectivement mobiliser ce financement. 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'agira 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.

### **6-2-2 Approches méthodologiques**

La démarche consistera 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 initiatives de réduction des coûts et d'autre part à une analyse des stratégies développées pour mobilisation des ressources financières.

Cette analyse de situation sera 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 concernera 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 seront 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 permettra d'avoir des informations récentes et assez valides. Cette revue permettra 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 : concernent 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 ...

## 6-3 Échantillonnage

### 6-3-1 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 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 constante ou ont une tendance à l'amélioration de leurs couvertures vaccinales.

### 6-3-2 Zones retenues

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

**Tableau 3 : Les districts retenus**

<b>Districts retenus</b>	<b>Éléments Justificatifs</b>	<b>Contexte Semblable</b>
1 Kongoussi	District rural situé dans le Centre Nord Expérience dans l'appui des partenaires ( AFVP-APBY- PATECORE-CECI- Morija-Rand stars-pib-passk, Croix Rouge ) Évolution progressive continue de la couverture vaccinale sur trois ans (1999-2001) Expérience dans la collaboration intersectorielle Expérience en cours sur la participation communautaire	Boulsa Barsalogho
2 Fada	District situé centré sur un chef lieu de région Expérience en cours sur la participation communautaire Évolution de la couverture vaccinale en dents de scie (1999-2001) Appui des partenaires ( PDLK ; TIN-TUA ; FNUAP ; Unicef ; Pays – Bas ; Croix Rouge)	Chefs lieux de régions

3 Secteur 30 Ouagadougou	<p>District urbain</p> <p>Expérience en cours sur la participation communautaire en milieu urbain</p> <p>Évolution progressive de la couverture vaccinale sur trois ans (1999-2001)</p> <p>Appui des partenaires ( Pays –Bas ; Coopération Italienne ; Unicef ; CECI Croix Rouge)</p> <p>Expérience dans la collaboration intersectorielle</p>	Secteur 22 Bobo Pyssi Kossodo Sect 15 Bobo Paul VI
4 Houndé	<p>District rural situé dans la région Ouest</p> <p>Évolution progressive de la couverture vaccinale sur quatre ans (1998-2001)</p> <p>Expérience en cours sur la participation communautaire</p> <p>Appui Croix Rouge</p>	Orodara Sindou Dandé
5 Gorom Gorom	<p>District rural situé dans la région du Sahel et du Nord</p> <p>Évolution progressive de la couverture vaccinale sur deux ans (2000-2001)</p> <p>Appui des partenaires ( PB-Unicef-FNUAP-SCF/UK-OMS-GLOBAL 2000-PAM Croix Rouge)</p> <p>Expérience dans la collaboration intersectorielle</p>	Djibo Titao Seguenega
6 Solenzo	<p>District situé dans la région de la boucle du Mouhoun</p> <p>Expérience en cours dans la participation communautaire</p> <p>Maintien de la couverture vaccinale sur trois ans ( 1999-2001)</p> <p>Appui de partenaires ( BAD- Pays Bas Croix Rouge)</p>	Dédougou Nouna Boromo Tougan Toma
7 Manga	<p>District situé dans la région du centre sud</p> <p>Expérience en cours sur la participation communautaire</p> <p>Évolution progressive de la couverture vaccinale sur cinq ans (1997-2001)</p> <p>Expérience dans la collaboration intersectorielle</p> <p>Appui des partenaires (Pays –Bas ; SCPB ; Borde fonden ; PLD/Z Croix Rouge)</p>	Po Kombissiri Saponé Léo Tô
8 Yako	<p>District situé dans la région du plateau central</p> <p>Expérience en cours sur la participation communautaire</p> <p>Évolution progressive de la couverture vaccinale sur trois ans (1999-2001)</p>	Ziniaré Boussé, Réo Koupéla Zorgho
9 Bogandé	<p>District rural situé dans la région est</p> <p>Expérience en cours sur la participation communautaire</p> <p>Appui de certains partenaires ( voisins mondiaux –FNUAP- Unicef - Pays.Bas - Croix Rouge)</p> <p>Évolution progressive de la couverture vaccinale sur trois ans (1999-2001)</p>	Pama Diapaga
10 Diébougou	<p>District rural situé dans la région du sud ouest</p> <p>Appui des partenaires ( Plan –PDR/SO- GTZ Croix Rouge)</p> <p>Évolution continue de la couverture vaccinale sur trois ans (1999-2001)</p> <p>Expérience en cours sur la participation communautaire</p>	Dano Batié

Au total l'étude va couvrir 9 régions sanitaires et dix districts de santé

### 6-3-3 Les principales cibles

Au plan national et régional, il sera 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 seront 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

**Tableau 4: 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 CSPS du CMA
	CSPS	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
CSPS	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.

## VII Les Principaux outils

**Tableau 5: Les principaux outils de collecte de données**

Code	Intitulé	Cibles
PCA	Guide d'entretien pour l'analyse du contexte et de facteurs d'action au niveau global	Informateurs clés
PCB	Questionnaire d'analyse des facteurs d'action au niveau des services de santé	ECD
PCC	Questionnaire d'analyse des facteurs d'action au niveau des services de santé	Infirmiers chefs de poste
PCD	Questionnaire d'analyse des facteurs d'action au niveau des structures de PC	Membres des différentes structures de PC identifiés
FA	Canevas de revue documentaire sur le financement	Plans et micro plans des ECD et des ICP
FB	Guide d'entretien au niveau des services de santé pour l'analyse des ressources financières	ECD et ICP
FC	Questionnaire d'analyse des différentes sources de financement du PEV	Responsables des structures impliquées dans le financement
FD	Canevas de collecte de données sur les ressources du PEV	CSPS
FE	Canevas de collecte de données sur les ressources du PEV	ECD

NB : les différents outils sont en annexe II du protocole

## VIII La définition des indicateurs

L'analyse des données collectée s'efforcera de mettre en évidence les informations ci après :

### 8-1 Volet participation communautaire

- L'organisation sociale : chefferie, les modes de distribution des rôles et des responsabilités
- Le mouvement associatif et son évolution historique
- La collaboration intersectorielle : outils, mécanismes
- La place et le rôle des femmes
- Degré d'implication des autorités politiques dans le développement local
- La place et le rôle des projets de développement locaux
- La typologie des structures de participation communautaires
- Profil et modalités de désignation des responsables
- Les modalités de participation
- Le leadership
- La motivation des membres

- Typologie des ressources mobilisées par la communauté
- L'implication de toutes les couches sociales dans la participation communautaire

## 8-2 Volet financement

- La qualité du processus de planification : critères de fixation des niveaux de performances, l'estimation des coûts et la détermination des stratégies d'intervention
- Les stratégies d'intégration des financements disponibles
- Taux de satisfaction des prévisions ( financements acquis au moment de l'élaboration des plans )
- Taux d'absorption des financements acquis
- Typologie des sources de financement
- Typologie des sources potentielles de financement
- Typologie des difficultés d'utilisation des fonds disponibles
- Typologie des stratégies originales pour la mobilisation des ressources financières
- Stratégies développées dans le cadre du PEV

## **IX Mise en œuvre**

### **9-1 Equipe de recherche**

Etant donné qu'il s'agit d'une recherche action, il est indiqué que la mise en œuvre du présent protocole soit assurée par une équipe composée d'acteurs du système de santé qui bénéficieront de l'appui technique d'une expertise extérieure au système. Les acteurs du système de santé seront plus à même de mettre en œuvre les résultats obtenus.

Dans cette logique, l'équipe sera composée :

- D'un Coordonnateur
- D'un chercheur principal : expert en recherche et ayant la maîtrise de l'organisation du PEV au Burkina ;
- De quatre assistants de recherche ( Un membre du service PEV et trois médecins en fin de formation) ;
- De deux points focaux au niveau de chaque DRS dans laquelle un district est retenu ;
- D'un chargé de l'analyse statistique
- Des membres des ECD et les ICP des zones concernées sont associées à l'étude

**Tableau 6 : répartition des tâches au niveau des membres de l'équipe de recherche**

<b>Equipes de recherche</b>	<b>Principales fonctions</b>
Equipes Cadre de District retenu et les Infirmiers Chefs de Poste	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fournir toutes les informations requises</li> <li>- Apporter l'appui administratif et logistique nécessaire</li> <li>- Appui a la collecte des données</li> <li>- Discuter, analyser et s'approprier les résultats de l'étude</li> <li>- Mettre en œuvre les résultats obtenus</li> </ul>
Points focaux de la recherche au niveau de la Direction Régionale de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conduire la collecte des données au niveau des districts et des CSPS ;</li> <li>- Analyser les données collectées avec l'appui technique de l'équipe de recherche ;</li> <li>- Assurer la vulgarisation des résultats obtenus à l'ensemble des districts de la région</li> <li>- Assurer le suivi de la mise en œuvre des résultats obtenus</li> </ul>
Point focal SPV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maîtriser le protocole de la recherche ;</li> <li>- Participer à la formation des points focaux des DRS ;</li> <li>- Superviser la collecte des données et l'analyse des données ;</li> <li>- Participer à la vulgarisation des résultats au plan national ;</li> <li>- Participer au suivi de la mise en œuvre.</li> </ul>
Statisticien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conception des masques de saisie</li> <li>- Vérification de fiches</li> <li>- Vérification de la saisie</li> <li>- Analyse des données</li> </ul>
Assistants de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer un contrôle des différentes fiches au niveau du terrain</li> <li>- Apporter un appui technique aux points focaux des régions sanitaires</li> </ul>
Chercheur Principal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Former les différents points focaux impliqués dans la recherche ;</li> <li>- Superviser la collecte des données ;</li> <li>- Superviser l'analyse des données ;</li> <li>- Confectionner le rapport de la recherche ;</li> <li>- Participer à la vulgarisation des résultats ;</li> <li>- Participer à l'évaluation de la mise en œuvre des résultats.</li> </ul>
Coordonnateur de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assure l'appui logistique et administratif pour la conduite de la recherche</li> </ul>

## 9-2 Chronogramme

**Tableau 7 : Chronogramme des activités**

<b>Activités</b>	<b>Durée</b>	<b>Acteurs</b>
1 Formation des différents points focaux	3 jours	Chercheur principal
2 Reproduction des différents supports de collecte de données	1 jour	SPV
3 Collecte des données	30 jours	Points focaux des DRS
4 Supervision	3 jours par districts	
5 Saisie et analyse des données	21 jours	Responsable statistique Point focal de le la SPV Chercheur principal
6 Rédaction du rapport de la recherche	21 jours	Chercheur principal Point focal SPV
7 Vulgarisation des résultats	1 mois	Chaque point focal DRS Point focal SPV
8 Mise en oeuvre des résultats	Plans d'actions 2003 des districts	Chaque DRS Chaque ECD

## 9-3 Analyse des données

L'analyse des données sera faite essentiellement de façon manuelle au regard du caractère très qualitatif des données à analyser et aussi compte tenu du nombre relativement faible de l'échantillon. Les données seront analysées par district et de façon globale

## 9-4 Le rapport de la recherche

Le rapport sera axé sur les éléments du processus de planification des activités PEV et sur les stratégies de mobilisation des ressources financières. Plus spécifiquement le rapport fera ressortir : les facteurs déterminant du processus de planification ; les principales sources de financement et leurs caractéristiques ; les stratégies de mobilisation et d'utilisation des ressources financières, les stratégies d'implication des populations, les conditions de réplication des expériences acquises.

## X Le budget de la recherche

Éléments constitutifs	Coût unitaire CFA	Nombre de jour/quantité	Nombre d'intervenants	Coût total en CFA
Honoraires du chercheur principal	78 715	80	1	6 297 200
Prise en charge de l'assistant de recherche SPV	15 000	80	1	1 200 000
Prise en charge de deux points focaux dans chacune des 9 DRS pour collecte des données	15 000 F CFA /j	21	18	5 670 000
Prise en charge d'un point focal par districts pour l'appui à la collecte des données	5000	10	10	500 000
Prise en charge d'un ICP par CSPS pour l'appui à la collecte des données	5 000	5	40	1 000 000
Prise en charge d'un chauffeur dans chacune des 9 DRS	5 000	10	9	450 000
Supervision du chercheur principale	25 000	30	1	750 000
Carburant pour la supervision	494	923		455 962
Prise en charge de un chauffeurs pour la supervision	5000	30	1	300 000
Carburant pour la collecte des données par les points focaux	494	1020		503 880
Carburant pour le déplacement des points focaux DRS pour la formation à Ouagadougou	75	8030		602 250
Prise en charge des 18 points focaux pour la formation	15 000	4	18	1 080 000
Pré test des outils ( carburant)	494	120		59 280
Fourniture de bureau ( formation + pré test)	4 500	1	23	103 500
Pause café/repas	2 500	3	23	172 500
Prise en charge d'un statisticien	15 000	21	1	315 000
Saisie de données	15 000	10	1	150 000
Saisie et reproduction du rapport	5300	80		424 000
Rencontres de restitution des résultats .	15 000	2	65	1 950 000
Carburant pour la restitution	494	1000		494 000
Fourniture de bureau pour la recherche ( détails en annexe )				250 225
Supervision et coordination des activités de collecte données et ateliers de restitution	15 000	21	1	315 000
Location de deux véhicules ( à la charge de l'état )	60 000	30	2	3 600 000
<b>Total général</b>				<b>26 492 797</b>

La requête de financement porte sur le montant de **22 892 797 frs cfa**

## Liste des principaux documents consultés

- 1 Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile, planification familiale. Susan B. Rifkin, OMS 1990
- 2 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
- 3 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
- 4 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
- 5 Plans d'action 2000 des districts de Nouna, Dédougou, Solenzo
- 6 Plan d'action 2000 de la Direction régionale de la santé de Dédougou
- 7 Plan d'action 1998 du district de Barsalogo
- 8 Plan stratégique PEV, MS, Burkina faso 2000
- 9 Rapport de la revue nationale du PEV au Burkina Faso, juin 1998
- 10 Rapport d'enquête nationale de couverture vaccinale MS, mai 1998
- 11 Étude du financement et du coût du PEV du Burkina Faso, CATR /FED ARIVAS, mai 2000

## **ANNEXES**

## **ANNEXE I : Liste des fournitures de bureau**

### **RECHERCHE SUR LE FINANCEMENT ET LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE**

#### **BUDGET POUR LES FOURNITURES DE BUREAU**

<b>DESIGNATION</b>	<b>QUANTITE</b>	<b>PRIX UNITAIRE : CFA</b>	<b>COUT TOTAL : F CFA</b>
<b>Bloc note G.Format</b>	<b>23</b>	<b>1 100</b>	<b>25 300</b>
<b>Bic Bleu</b>	<b>23</b>	<b>75</b>	<b>1 725</b>
<b>Crayon</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>2 300</b>
<b>Taille crayon de papier</b>	<b>23</b>	<b>250</b>	<b>5 750</b>
<b>Chemise à rabats</b>	<b>40</b>	<b>890</b>	<b>35 600</b>
<b>Gomme</b>	<b>23</b>	<b>250</b>	<b>5 750</b>
<b>Rame de papier photocopie</b>	<b>9</b>	<b>4 800</b>	<b>43 200</b>
<b>Boîte de 10 disquettes</b>	<b>3</b>	<b>7 000</b>	<b>21 000</b>
<b>Encre imprimante DJ 840</b>	<b>2</b>	<b>35 000</b>	<b>70 000</b>
<b>Sous chemise (paquet de 100)</b>	<b>1</b>	<b>6 000</b>	<b>6 000</b>
<b>Paquet de transparent photocopie</b>	<b>1</b>	<b>25 000</b>	<b>25 000</b>
<b>Marqueurs</b>	<b>6</b>	<b>780</b>	<b>4 680</b>
<b>Feutre transparent</b>	<b>4</b>	<b>980</b>	<b>3 920</b>
<b>TOTAL</b>			<b>250 225</b>

**ANNEXE II : Les outils de collecte de données**

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

**CETTE FICHE EST DESTINÉE AUX ECD ET AUX ICP**

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

District Sanitaire de : .....

ECD/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	<i>Coûts par sources de financement</i>						Observations
		1	2	3	4	5	6	

**Q1-3 Volet PEV**

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

### Q2-5 Activités PEV

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

# GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES MEMBRES DES ECD ET DES ICP ( FB)

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

District Sanitaire de :-----

ECD/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 ? OUI .....NON....

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 ? OUI ....NON.....

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**

<b>Sources de financement</b>	<b>Difficultés rencontrées</b>	<b>Solutions apportées</b>

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

**Q4-1 En 2001**

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

**Q4-2 En 2002**

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

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

**Q5-1 En 2001**

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

**Q5-2 En 2002**

Activités	Motifs du ralentissement		
	Insuffisance de financement	Retard dans le financement	Observations

**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	
3	

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

<b>Les différentes sources</b>	<b>Pourquoi ?</b>
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/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					
3					
4					
5					

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 : 2001 .....2002..... ( 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 : 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 : OUI ....NON**

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 : 2001 .....2002..... ( 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 : formation sanitaire 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 : OUI ....NON.... 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 : OUI ....NON.... Rythme ....  
FS : OUI...NON.... Rythme ....
- Autres approches

**Mobilisation de ressources financières**

**Q11 Existe des prestations qui font l’objet d’une tarification : OUI ....NON**

Si oui

**quels sont les coûts pratiqués par prestation**

Prestations	Coût par an		Destination des fonds recouvrés ( 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 ( MCD/responsable PEV)  
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 ?**

<b>Structures</b>	<b>Depuis quand ?</b>	<b>Observations</b>

**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 ?**

<b>Structures</b>	<b>Différentes étapes suivies</b>

**Q1-5 Système d'encadrement mis en place**

<b>Structures</b>	<b>Type d'encadrement</b>


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

## CENTRE DE SANTE ET DE PROMOTION SOCIALE ( ICP) 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?**

<b>Structures</b>	<b>Depuis quand ?</b>	<b>Observations</b>

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

<b>Structures</b>	<b>Depuis quand ?</b>	<b>Observations</b>

**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	


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

<b>Structures</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>Nombre de rapports de supervision disponibles</b>

**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.**

<b>Structures</b>	<b>Modes</b>				
	<b>Elections</b>	<b>Volontaire</b>	<b>Succession</b>	<b>Imposition</b>	<b>Autres</b>


**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 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	
3	
4	

**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	

**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              OUI .....NON
- Le chef seul            OUI .....NON
- 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**

	<b>En 2001</b>	<b>En 2002</b>
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

Q10-1 Quels 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 : OUI .....NON ....

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

