



BURKINA FASO
UNITE – PROGRES - JUSTICE



**Ministère de la Santé
Secrétariat Général
Direction Générale de la Santé
Direction de la Prévention par les Vaccinations**



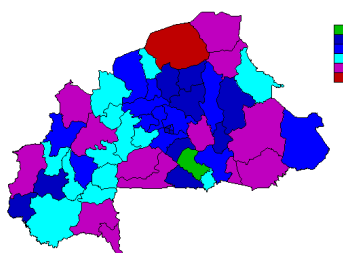
Revue Approfondie du PEV

Rapport Final

Avec l'appui de :

OMS, UNICEF, CDC, Union Européenne, Projet ARIVA , Banque Mondiale, SCPB.

DRAFT



Version du 11 Septembre 2003

RESUME

TABLE DE MATIERE

1. JUSTIFICATION DE LA REVUE	1
2. OBJECTIFS DE LA REVUE	3
2.1. Objectif général	3
2.2. Objectifs spécifiques	3
2.3. Questions stratégiques	3
3. METHODOLOGIE DE LA REVUE	4
3.1. Méthodologie pour l'enquête de couverture vaccinale	5
3.1.1. Type d'enquête	5
3.1.2. Population cible	5
3.1.3. Critères d'inclusion	5
3.1.4. Critères de non inclusion	5
3.1.5. Echantillonnage	5
3.1.6. Collecte des données	6
3.1.7. Gestion des données	7
3.1.8. L'analyse des données	7
3.2. Méthodologie de l'enquête sur les aspects opérationnels et logistiques	8
3.2.1. Echantillonnage et populations cibles	8
3.2.2. Collecte et analyse des données	8
3.3. Communication et mobilisation sociale en faveur du programme	9
3.3.1. Les différents domaines	9
3.3.2. Choix des localités	9
3.3.3. Les focus groupe	10
3.3.4. Entretiens semi-structurés (services de santé)	10
3.3.5. Entretiens semi-structurés aux autres niveaux	10
3.3.6. Autres études	11
3.3.7. La collecte de l'information, le dépouillement et l'analyse des données	11
3.4. Equipe et organisation de la revue	11
3.5. Financement de la revue et contribution technique	13
4. GENERALITES SUR LE PAYS	13
4.1. Informations géographiques et administratives	13
4.2. Situation socio-démographique	14
4.3. Données économiques	14
4.4. Organisation du système santé	15
5. GENERALITE SUR LE PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION	17
5.1. Historique du PEV	17
5.2. Vision et orientations stratégiques du PEV	17
5.3. Calendrier vaccinal de routine et populations cibles	19

5.4. Les principaux acquis du PEV	19
6. RESULTATS DE LA REVUE	22
6.1. Gestion du programme	22
6.1.1. Aspects institutionnels	22
6.1.2. Aspects opérationnels	26
6.2. Financement du programme	33
6.2.1. Tableau macro économique du Burkina	33
6.2.2. Le Financement de la santé au Burkina	34
6.2.3. Le Financement du PEV	35
6.2.4. Evolution du financement du PEV par source	35
6.2.5. Répartition du financement entre fonctionnement et investissement	37
6.2.6. Initiative de l'Indépendance vaccinale (IIV)	37
6.2.7. Alliance Globale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI)	38
6.2.8. Besoin de financement	39
6.2.9. Difficultés liées au Financement du PEV	40
6.3. Enquête de couverture vaccinale	41
6.3.1. Vaccination des enfants de 12 à 23 mois	42
6.3.2. Vaccination des mères d'enfants de 0 à 11 mois	55
6.3.3. Proportion d'enfants protégés à la naissance	57
6.3.4. Respect du calendrier vaccinal par les agents de santé	59
6.4. Logistique	61
6.4.1. Chaîne de froid	61
6.4.2. Gestion des vaccins	64
6.4.3. Transports	75
6.4.4. Sécurité des injections	75
6.5. Communication et mobilisation sociale	89
6.5.1. Connaissances, Attitudes, Comportements et Pratiques des mères	90
6.5.2. Connaissances, Attitudes, Comportements et Pratiques des pères	94
6.5.3. Connaissances, Attitudes, Comportements et Pratiques des agents de santé	105
6.5.4. Connaissances, Attitudes et Pratiques des leaders d'opinions	107
6.5.5. Opinions et comportements des différentes cibles par rapport à l'offre	107
6.5.6. Résumé des déterminants de couverture dans le domaine de la communication	108 108
6.6. Formation et supervision	109
6.6.1. Formation	109
6.6.2. Supervision	110
6.7. Système de monitoring des activités	111
6.7.1. Niveau Centres de santé (CSPS)	111
6.7.2. Niveau Equipe Cadre de District	111
6.7.3. Niveau intermédiaire (DRS)	112
6.8. Surveillance épidémiologique	112
6.8.1. Niveau Centres de santé (CSPS)	112
6.8.2. Niveau Equipe Cadre de District	113
6.8.3. Niveau intermédiaire (DRS)	113

7. RELEVÉ DES FORCES, DES FAIBLESSES ET OPPORTUNITÉS	
POUR LE PEV	114
7.1. Aspects institutionnels et financement	114
7.1.1. Points Forts	114
7.1.2. Points faibles	114
7.2. Gestion du programme	114
7.2.1. Points forts	114
7.2.2. Points faibles	115
7.3. Logistique	115
7.3.1. Points forts	115
7.3.2. Points faibles	116
7.4. Sécurité de la vaccination	116
7.4.1. Points forts	116
7.4.2. Points faibles	117
7.5. Communication et mobilisation sociales	117
7.5.1. Points forts	117
7.5.2. Points faibles	117
8. RECOMMANDATIONS ET PLAN DE MISE EN ŒUVRE	119
8.1. Aspects institutionnels et financement	119
8.2. Gestion du programme	119
8.3. Logistique	119
8.3.1. Chaîne de froid	119
8.3.2. Gestion des vaccins	120
8.4. Sécurité de la vaccination	120
8.5. Communication et mobilisation sociales	121
8.5.1. Recommandations pour le niveau central	121
8.5.2. Recommandations pour le niveau régional	121
8.5.3. Recommandations pour le niveau district	122
9. ANNEXES	122
9.1. Outils de collecte de données	122
9.2. Structures rencontrées	122
9.3. Liste des personnes rencontrées	122
BIBLIOGRAPHIE	123

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Evolution de la couverture vaccinale en % selon les données administratives au Burkina (1990 – 2002)	2
Tableau 2 : Localités choisies.....	9
Tableau 3 : Calendrier vaccinal de routine	19
Tableau 4 : Populations cibles du PEV	19
Tableau 5 : Situation du personnel de la DPV au 30 juillet 2003.....	24
Tableau 6 : Délais de livraison des vaccins et consommables au niveau central.....	28
Tableau 7: Ruptures de stock de vaccins au niveau central	29
Tableau 8 : Proportion des formations sanitaires vaccinant au quotidien	32
Tableau 9 : Evolution du financement du PEV (en FCFA).....	36
Tableau 10 : Répartition du financement par type de dépense en F CFA	37
Tableau 11 : Bilan d'exécution des fonds GAVI	39
Tableau 12 : Proportion d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés selon carte et histoire par district.....	43
Tableau 13 : Tableau comparatif des couvertures administratives en DTC3 et des données de l'enquête 2003.....	50
Tableau 14 : Tableau comparatif des couvertures administratives en VAR et des données de l'enquête 2003.....	51
Tableau 15: Proportion d'enfants vaccinés avec doses valides par région sanitaire.	52
Tableau 16 : Proportions de doses non valides par région sanitaire	53
Tableau 17 : Performances de l'adéquation de la chaîne du froid du PEV.....	61
Tableau 18 : Performances de la fiabilité de la chaîne du froid du PEV.....	63
Tableau 19 : Performances de la disponibilité en vaccins	66
Tableau 20 : Comparaison des besoins et des quantités reçues par an (doses)	67
Tableau 21 : Performances du système de suivi des stocks de vaccins.....	69
Tableau 22 : Performances du système de distribution des vaccins	70
Tableau 23 : Performances de l'utilisation effective de diluants appropriés	72
Tableau 24 : Performances de l'utilisation effective de la PCV.....	72
Tableau 25 : Appréciation de la mise œuvre effective de la politique des flacons entamés.....	73
Tableau 26 : Performances du Système de suivi des pertes de vaccins	73
Tableau 27 : Prévisions des besoins en matériel d'injection (2000 - 2004).....	77
Tableau 28: Comparaison des besoins et quantités de matériel d'injection disponible en 2002.....	77
Tableau 29 : Disponibilité en matériel d'injection en 2003.....	78
Tableau 30 : Ratio de distribution groupée de matériel d'injection.....	80
Tableau 31 : ratios de distribution de matériel d'injection par région sanitaire	80
Tableau 32 : Évolution des indicateurs de mauvaises pratiques d'injection entre 2 évaluations de la sécurité des injections.....	82
Tableau 33 : Évolution des indicateurs de mauvaises pratiques de manipulation du matériel d'injection souillé.....	83
Tableau 34 : Évolution des indicateurs de mauvaises pratiques d'élimination du matériel d'injection souillé.....	85
Tableau 35 : Place accordée à la vaccination par les mères	91
Tableau 36 : Qualité des connaissances des mères	91
Tableau 37 : Sources d'information des mères	92
Tableau 38 : Comportement des mères.....	92

Tableau 39 : Modalités de l'accueil des mères par les agents de santé.....	94
Tableau 40 : Place accordée à la vaccination par les pères	94
Tableau 41 : connaissances des pères sur la vaccination.....	95
Tableau 42 : sources d'information des pères	95
Tableau 43 : Comportement des pères.....	96
Tableau 44 : comparaison des avis des hommes et des femmes pour l'ensemble des zones.....	97
Tableau 45 : Répartition des provinces par zone	98
Tableau 46 : Volets pris en compte dans la gratuité de la vaccination	105
Tableau 47 : Raisons de la non-vaccination, selon des agents de santé locaux.....	105
Tableau 48 : Temps moyen consacré aux mères par l'agent.....	107
Tableau 49 : Nombre d'agents de santé qui vérifient si la mère a compris.	107
Tableau 50 : Raisons de la non-vaccination	108

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Évolution de la couverture vaccinale d'après les données administratives au Burkina (1990 – 2001)	20
Figure 2 : Évolution de la couverture vaccinale à partir des enquêtes de couverture vaccinale (enfants de 12 – 23 mois) au Burkina.....	21
Figure 3 : Périodicité des séances de vaccination selon les structures.....	32
Figure 4 : Proportions d'enfants vaccinés selon la source d'information (carte ou histoire, carte uniquement) et couverture vaccinale (doses valides) par antigène.	42
Figure 5 : Proportion d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés selon carte ou histoire par région sanitaire.....	45
Figure 6 : Comparaison des proportions d'enfants complètement vaccinés lors de l'enquête de 1998 avec celles de 2003.....	46
Figure 7 : Distribution de la couverture vaccinale DTC3 par district selon les données des sondages (doses valides)	47
Figure 8 : Distribution de la couverture vaccinale VAR par district selon les données du sondage (doses valides).	48
Figure 9 : Couverture vaccinale BCG, DTC3 et VAR par région sanitaire.....	49
Figure 10 : Principales raisons de non vaccination des enfants de 12 à 23 mois : niveau national	54
Figure 11 : Couverture antitétanique de mères d'enfants de 0 à 11 mois et proportions de mères vaccinées selon carte ou histoire ou selon carte uniquement.	55
Figure 12 : Carte de répartition de la proportion de mères d'enfants de moins d'un an ayant reçu le VAT par district	56
Figure 13 : Proportion de femmes et d'enfants protégés à la naissance contre le tétanos selon les régions sanitaires.....	58
Figure 14 : Comparaison des proportions de femmes protégées contre le tétanos lors des enquêtes de 1998 et 2003.....	58
Figure 15 : Relation entre la couverture vaccinale des mères et celle des enfants....	59
Figure 16 : Tableau comparatif des doses valides et non valides de VAT2 par région	60
Figure 17 : Evolution stock BCG de 2000 à 2003	66
Figure 18 : Evolution des vaccinations mensuelles du PEV de 2000 à 2003.....	68
Figure 19 : Taux de pertes par antigène.....	74
Figure 20 : Disponibilité en matériel d'injection et moyens de destruction.....	76
Figure 21 : Niveaux d'adéquation de la distribution en matériel d'injection	79
Figure 22 : Conditions d'administration des injections dans les formations sanitaires	81
Figure 23 : Manipulation du matériel d'injection souillé par le personnel soignant.....	83
Figure 24 : Élimination des déchets d'injection.....	84
Figure 25 : Situation des incinérateurs type De Monfort	86
Figure 26 : Performance thermique d'un incinérateur DeMonfort mal entretenu (rapport d'évaluation au Burkina)	87
Figure 27 : Situation de la gestion des déchets biomédicaux dans les formations sanitaires.....	88

LISTE DES ABREVIATIONS

BCG	Bacille de Calmette et Guérin
BFA	Burkina Faso
CATR	Cellule d'Appui Technique Régional
CAMEG	Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels Génériques
CCIA	Comité de Coordination Inter Agence
CDC	Center for Diseases Control
CHN	Centre Hospitalier National
CHR	Centre Hospitalier Régional
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CM	Centre Médical
COGES	Comité de Gestion
CSD	Comité de Santé Développement
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
CTRS	Comité Technique Régional Santé
DAF	Direction Administrative et financière
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DCMT	
DCPM	
DGS	Direction Générale de la Santé
DGIEM	
DGUP	
DGPML	
DHPES	
DLM	Direction de Lutte contre les Maladies
DN	
DPV	Direction de la Prévention par les Vaccinations
DPS	Direction Provinciale de la Santé
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSF	Direction de la Santé de la Famille
DTC	Diphthérie Tétanos Coqueluche
DSEV	
ECD	
ECV	Enquête de Couverture Vaccinale
FED	
GAVI	Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination
IB	Infirmiers Brevetés
ICP	Infirmier Chef de Poste
IIV	
INSD	Institut National de Statistiques et de la Démographie
MCD	Médecin Chef de District
MPE	
MSF	Médecins Sans Frontières
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut

PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PSN	Politique Sanitaire Nationale
PTB	
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SPV	Direction de la Prévention par les Vaccinations
SSP	Soins de Santé Primaires
TDR	Terme de références
TNN	Tétanos Néo Natal
UCI 90	
UNICEF	Fonds des nations Unies pour l'Enfance
VAA	Vaccin Anti Amarile
VAR	Vaccin Anti Rougeoleux
VAT	Vaccin Anti Tétanique
VPO	Vaccin Polio Oral
WCARO	

1. JUSTIFICATION DE LA REVUE

Le Programme Elargi de Vaccination du Burkina Faso est en pleine phase de renforcement depuis la formulation du plan stratégique PEV (2004 – 2005) et la soumission avec succès au processus GAVI en 2000.

C'est le lieu de rappeler que dans ce cadre :

- une revue externe a été conduite en 1998 avec pour composante essentielle un sondage de la couverture vaccinale et les raisons de non-vaccination ou de son incomplétude. Une étude sur les taux de pertes des vaccins a été menée et couvre la période de 1997 à 1999, et les résultats pris en compte dans la formulation du plan pluriannuel.
- Un plan pluriannuel est disponible, couvrant la période 2001-2005, et a servi à la finalisation des plans d'action annuels 2001 et 2002 qui viennent d'être mis en oeuvre avec des résultats encourageants. L'élaboration de ce plan a bénéficié des résultats d'une étude sur le financement et le coût du programme conduite avec l'appui de la CATR.
- La composante Communication/mobilisation sociale a été suffisamment développée dans un document de plan stratégique 2001-2005, élaboré avec l'appui technique de l'ICP PEV Afrique de l'ouest.
- Un plan stratégique de surveillance épidémiologique a été aussi élaboré pour la même période.
- Un plan stratégique national de contrôle de la rougeole (2001 – 2005).
- Un plan stratégique d'élimination de tétanos maternel et néo-natal.

Le pays a bénéficié effectivement d'un appui financier du fonds mondial pour les vaccins et la vaccination à travers GAVI, et ceci pour le renforcement du système de vaccination. Il a aussi soumissionné avec succès au programme sur la sécurité des injections, et compte re-soumissionner pour l'introduction de nouveaux vaccins en octobre 2003. Les observations du Comité d'experts sur l'ancien dossier de soumission à GAVI dans le cadre de l'introduction des nouveaux vaccins ont porté essentiellement sur :

- la nécessité de réaliser un nouvel examen du PEV ;
- la nécessité de réviser le plan d'introduction de ces vaccins ;
- l'évaluation de la capacité actuelle de la chaîne de froid ;
- la politique de sécurité des injections ;
- les aspects de viabilité financière du programme.

La présente revue est une des conditions pour l'admission au tirage de nouveaux vaccins de GAVI.

Parmi les actions entreprises dans le cadre du renforcement du système, on pourrait faire remarquer :

- l'organisation des activités de rattrapage du PEV systématique dans les districts sanitaires de Dori, Gorom et Sebba avec des résultats satisfaisants (*Rapport de l'étude sur l'impact des activités de rattrapage sur*

les couvertures vaccinales du PEV de routine dans la région sanitaire de Dori).

- Le renforcement du monitoring des activités avec des résultats encourageants en termes de complétude des rapports mensuels d'activités, de disponibilité d'informations pour l'action.
- Un guide sur la sécurité des injections et l'élimination des déchets médicaux est élaboré.
- Une évaluation des aspects de sécurité des injections a été faite et permet de mettre en place avec l'appui du projet FOCUS l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet de renforcement de la sécurité des injections.
- La construction de 53 incinérateurs de De Monfort dans le cadre de la campagne de vaccination de masse contre la rougeole.
- Le renforcement de l'appui technique de l'OMS par la mise à la disposition du programme d'experts nationaux chargés notamment du PEV de routine et servant de point focal pour le contrôle de la rougeole et surveillance intégrée.
- L'appui du CDC ciblé sur le renforcement de la gestion de l'information, le monitoring et la supervision et enfin la retro information.

Beaucoup d'autres activités ont été menées notamment dans le cadre du contrôle de la rougeole et de l'éradication de la poliomyélite, de même que dans le cadre du PEV systématique avec l'appui des partenaires et membres du CCIA.

L'évolution de la couverture vaccinale selon les données administratives et du nombre de centres de santé intégrés est indiquée sur le tableau suivant :

Tableau 1 : Evolution de la couverture vaccinale en % selon les données administratives au Burkina (1990 – 2002)

Antigènes	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
BCG	65	60	66	77	64	74	53	46	52	60	78	84	90
DTC3	21	38	39	47	41	47	37	28	31	42	57	64	69
POLIO3	21	38	39	47	41	47	37	28	31	42	57	64	69
VAR	30	36	77	42	45	56	55	33	38	53	59	65	64
VAA	27	23	77	42	45	56	28	27	33	50	56	52	61

Source :DMP / SPV

2. OBJECTIFS DE LA REVUE

2.1. Objectif général

Analyser les données et les informations relatives à la gestion et aux opérations du PEV Burkina en vue de formuler des recommandations pour garantir des conditions de succès pour l'introduction de nouveaux vaccins et améliorer les performances actuelles.

2.2. Objectifs spécifiques

- **Analyser la situation actuelle du PEV au niveau central, régional et des districts sanitaires dans les domaines suivants :**
 - la couverture vaccinale ;
 - la gestion du programme (aspects institutionnels, coordination, intégration, décentralisation) ;
 - le financement actuel du programme et sa viabilité financière ;
 - l'appui logistique (chaîne de froid, approvisionnement en vaccins, moyens de transport) ;
 - la politique de sécurité des injections et sa mise en œuvre ;
 - les autres opérations du programme ;
 - la formation et la supervision ;
 - le monitoring et les revues ;
 - les stratégies vaccinales (y compris la place du privé dans la politique de l'immunisation) ;
 - la communication et la mobilisation sociale ;
 - la surveillance des maladies cibles.
- **Identifier les forces, les faiblesses et les contraintes dans l'exécution du programme aux différents niveaux.**
- **Formuler des recommandations aux différents niveaux et aux partenaires pour l'introduction efficace des nouveaux vaccins, le renforcement et la pérennisation du PEV au Burkina.**

2.3. Questions stratégiques

Un certains nombres de question importantes se posent au programme actuellement, entre autre :

- Quelle est la couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois par district, région et niveau national ?
- Quelle est la couverture des mères d'enfants de 0 à 11 mois par district, région et niveau national ?
- Quelle est la proportion de mères protégées contre le tétanos au moment de leur accouchement ?
- Quelle est la proportion d'enfants protégés à leur naissance contre le tétanos néo natal ?

- Quelles sont les difficultés liées à l'utilisation des services de vaccination ?
- Existe-t-il une corrélation entre les résultats de l'ECV et les données administratives collectées de façon routinière ?
- Quelle est l'évolution de la couverture vaccinale depuis la dernière revue? (1998)
- Quels sont les principaux facteurs favorisant une faible couverture vaccinale au niveau d'un district ?
- Quelles relations existe-t-il entre la pauvreté et la couverture vaccinale
- Que faire pour améliorer la couverture vaccinale dans le cadre du PEV ?
- La gratuité de la vaccination est-elle toujours un obstacle à l'amélioration des couvertures ?
- Les données collectées sont-elles de qualité en vue d'amélioration à des informations correctes et des actions conséquentes ?
- La DPV a-t-elle les capacités actuelles d'animer, gérer et remettre en œuvre un si important programme ?
- Les ressources sont-elles disponibles aux différents niveaux et sont-elles mobilisables à temps ?
- Les ressources actions du programme sont-elles compétentes ?
- Les activités sont-elles correctement financées ?

Les contraintes liées

- La vaccination est-elle un problème d'offre ou liée à la demande ?
- Quelles sont les liens éventuels entre le PEV et les indicateurs de développement en vue de contribuer au cadre stratégique de lutte contre la pauvreté ?
- Les appuis apportés par les partenaires (zone de convergence du système des Nations Unies, Plan Burkina, SCPB, etc.) ont-elles apportées les résultats attendus et pérennisables ?
- Quelles sont les obstacles à la viabilité financière du programme ?

3. METHODOLOGIE DE LA REVUE

Cette revue a couvert quatre grands domaines qui sont :

- la couverture vaccinale ;
- la gestion du programme et les aspects logistique et de sécurité des injections ;
- la communication et mobilisation sociale ;
- les facteurs socio-économiques en relation avec la couverture vaccinale (pauvreté et vaccination).

Dans tous les cas elle a consisté à réaliser :

- une revue des principaux documents administratifs, techniques et financiers du PEV ;
- des entretiens approfondis et interviews semi-dirigés avec les principaux acteurs identifiés comme jouant un rôle clé dans le PEV : du Ministère de la Santé (Secrétaire Général, Directeur du PEV et ses collaborateurs au niveau

central), des Partenaires (OMS, UNICEF, CATR, Union Européenne, autorités au niveau régional) ;

- une enquête de couverture vaccinale selon la méthode classique de l'OMS ;
- une enquête sur les aspects opérationnels et logistiques du PEV auprès des centres de vaccination, des autorités provinciales et régionales de la santé et auprès des agents vaccinateurs ;
- une enquête sur la communication sociale auprès de la communauté, des leaders d'opinion et des professionnels de la santé.

3.1. Méthodologie pour l'enquête de couverture vaccinale

3.1.1. Type d'enquête

Il s'est agi d'une enquête transversale à visée descriptive et analytique.

3.1.2. Population cible

Elle est constituée :

- Des enfants de 12 à 23 mois sur l'ensemble des districts sanitaires du pays ;
- Des mères d'enfants de 0 à 11 mois dans les districts sanitaires du pays ;
- Des ménages des enfants de 12 à 23 mois

3.1.3. Critères d'inclusion

- L'âge : ont été inclus dans l'étude, les enfants nés entre le 03 juin 2001 et le 28 mai 2002 d'une part, les femmes ayant accouché entre le 3 juin et le jour de l'enquête (du 29 mai au 2 juin) d'autre part.

En ce qui concerne les ménages, a été inclus tout ménage d'enfant de 12 à 23 mois inclus dans l'étude.

- La résidence : Pour être inclus dans l'étude, les enfants et /ou les mères devraient résider dans la localité depuis au moins trois mois.

3.1.4. Critères de non inclusion

Les Burkinabè rapatriés de la Côte d'Ivoire, n'ont pas été inclus dans cette étude. En effet n'étant pas résidents au pays il ne sont pas sensés être pris en compte par le PEV du Burkina pour la période objet de l'enquête. Toutefois des réflexions sont en cours pour voir comment apprécier la couverture vaccinale de ces personnes.

3.1.5. Echantillonnage

La technique de Sondage en grappes à plusieurs degrés préconisée par l'Organisation Mondiale de la Santé a été utilisée.

Nous avons choisi comme base de sondage la liste exhaustive des villages de chaque district avec leur population. Si en 1998 la base de sondage était la région sanitaire, l'option de cette revue a porté sur le district sanitaire. Ceci a l'avantage de fournir des informations exhaustives au niveau le plus décentralisé de notre système

de santé en vue de proposer des interventions appropriées. Ce choix a été obtenu par consensus avec les membres du CCIA et des partenaires ; en accord avec les orientations actuelles de l'approche Reaching Every District (RED) voir liste des grappes en annexe.

L'identification des grappes s'est faite à l'aide de COSAS et du fichier Système National d'Information Sanitaire de la DEP. Ainsi 30 grappes ont été identifiées par district sanitaire soit un total de 1560 grappes comprenant chacune au moins 7 enfants de 12 à 23 mois et 7 mères d'enfants de 0 à 11 mois.

3.1.6. Collecte des données

• Outils et techniques de collecte des données

Quatre types d'outils de collecte des données ont été développés :

- une fiche d'enquête destinée aux enfants de 12 à 23 mois ;
- une fiche pour apprécier les raisons de non vaccination pour les enfants de 12 à 23 mois qui seraient partiellement ou pas du tout vaccinés ;
- une fiche d'enquête destinée aux mères d'enfants de 0 à 11 mois ;
- un questionnaire pour apprécier les conditions socioéconomiques des ménages où vivent les enfants de 12 à 23 mois.

Les techniques utilisées étaient l'entretien individuel, et l'observation (recherche de cicatrice vaccinale).

• Les acteurs

Plusieurs acteurs ont contribué à la collecte des données dans le cadre de l'enquête de couverture vaccinale ; il s'agit essentiellement :

- Vingt superviseurs nationaux regroupant des représentants d'institutions partenaires (OMS, UNICEF, MSF, CATR, PLAN) des représentants de certains services centraux du Ministère de la Santé, et des membres du Comité technique de la revue.
- Des superviseurs régionaux composés essentiellement des Directeurs Régionaux de la Santé, et/ou d'autres personnes ressources ayant des compétences en matière de gestion des activités du PEV. Nous avons eu recours à 26 superviseurs soient 2 par région sanitaire.
- Des superviseurs d'enquêteurs, qui sont en majorité des Médecin – Chefs de district ou des responsables locaux du PEV au total ils étaient 52.
- Des enquêteurs au nombre de 6 par district regroupés en 3 binômes soit un total de 312 enquêteurs pour l'ensemble du pays. Les enquêteurs étaient tous des agents de santé (Infirmier chef de poste pour la majorité).

• La formation

Le processus de formation des acteurs a débuté par un atelier de briefing des superviseurs nationaux et régionaux qui s'est déroulé les 20 et 21 mai à Ouagadougou. Il a été l'occasion de passer en revue la méthodologie de l'enquête,

et les outils de collecte des données qui ont été amendés aussi bien dans la fond que la forme. Enfin cet atelier a été l'occasion d'envisager avec les superviseurs nationaux et les DRS, les étapes ultérieures (formation des acteurs au niveau régional et collecte des données).

Les ateliers régionaux ont eu lieu simultanément dans toutes les régions sanitaires du 26 au 27 mai. Durant ces ateliers régionaux en plus de la formation théorique, un exercice pratique a été fait sur le terrain. Ce qui avait pour objectif de familiariser les enquêteurs et superviseurs à la rigueur de la méthodologie d'identification du premier ménage et l'évolution de proche en proche.

Enfin, c'est au cours de cet atelier que le tracé des itinéraires a été possible entre les équipes et leur superviseur.

- **La supervision**

L'enquête de couverture vaccinale s'est effectuée du 29 mai au 02 juin 2003 sur toute l'étendue du territoire national. La supervision des acteurs a été faite à deux niveaux :

Supervision des enquêteurs par le superviseur du district pour :

- s'assurer que la collecte des données se déroulait comme prévue au niveau des différentes équipes ;
- et vérifier que les fiches de collecte des données étaient correctement remplies.

La supervision de l'équipe régionale appuyée par le(s) superviseur (s) venu (s) du niveau central. Cette équipe a apporté un appui aux superviseurs et aux enquêteurs en plus de la coordination des activités de collecte des données.

3.1.7. Gestion des données

La saisie des données

Les données collectées ont été acheminées à la coordination nationale de la revue. Pour la saisie dix binômes d'opérateurs de saisie ont été mobilisés et ont bénéficié de l'appui de deux coordonnateurs de saisie.

Deux logiciels ont été utilisés pour la saisie des données :

- WINCOSAS version 1.8 pour les données relatives à la couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois et celle des mères d'enfants de 0 à 11 mois.
- EPI INFO version 2002 pour les raisons de non vaccination et la relation entre pauvreté et vaccination.

3.1.8. L'analyse des données

WINCOSAS dispose d'un programme permettant de générer automatiquement les résultats de la couverture vaccinale.

Quant aux données saisies sur EPI INFO 2002 l'analyse a été faite à l'aide du même logiciel après vérification des fichiers et ce conformément au plan d'analyse préalablement conçu.

Pour la présentation des données, nous avons appelé couverture la proportion de sujets vaccinés avec des doses valides. Les doses valides sont celles administrées en tenant compte du calendrier vaccinal (BCG, 3 doses DTCP, VAR, VAA).

3.2. Méthodologie de l'enquête sur les aspects opérationnels et logistiques

3.2.1. Echantillonnage et populations cibles

Les données de l'enquête sur la gestion, la logistique et la sécurité des injections ont été collectées dans la totalité des 13 Directions Régionales de la Santé (DRS) et 52 districts sanitaires (DS) et ont concerné 15% des Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) tirés au hasard, soit 337 au total.

3.2.2. Collecte et analyse des données

Il a consisté à l'administration d'un questionnaire sur la gestion, la chaîne de froid et la logistique et enfin la sécurité des injections :

- un questionnaire 'C' pour la sécurité des injections au niveau des CSPS ;
- un questionnaire d'évaluation de la gestion des vaccins et des moyens de transport, développé par l'OMS (ATT/AFRO, 2001) et spécifique à chaque niveau ;
- un questionnaire sur la gestion du programme, développé pour la circonstance sur le même principe que celui des deux outils précédents.

Le questionnaire sur la gestion a pris en compte certaines préoccupations du volet communication sociale, notamment celles relatives aux Connaissances, Aptitudes et Pratiques (CAP) des mères et CAP des agents de santé dans le domaine de la communication.

Les personnes enquêtées ont été les responsables du PEV (tous les volets essentiels), les responsables des différents volets des agences partenaires concernées par le PEV.

L'enquête a été menée :

- au niveau des CSPS par des équipes de deux (2) enquêteurs (personnels de santé) ayant une bonne connaissance du PEV et une expérience dans la conduite des enquêtes ;
- au niveau district par les superviseurs de districts (MCD) ;
- et au niveau région, par les superviseurs régionaux et nationaux ;
- la Coordination de la collecte au niveau régional a été assurée par une équipe composée d'un superviseur national et d'un de la DRS.

3.3. Communication et mobilisation sociale en faveur du programme

3.3.1. Les différents domaines

Les différents aspects suivants en relation avec l'offre de services ont été abordés :

- la planification et le fonctionnement de la composante communication et mobilisation sociale ;
- les ressources humaines, matérielles et financières au niveau national ; régional et local ;
- les déterminants de la vaccination et de la non vaccination ;
- l'implication des partenaires ;
- le rôle des associations, ONG et autres groupements communautaires ;
- la problématique de la gratuité de la vaccination.

En plus des études sur les occasions manquées, l'étude CAP des mères et des agents de santé en matière de communication, des focus group et des entretiens ou interviews ont été conduits dans plusieurs localités en fonction des configurations socio-ethniques bien définies.

3.3.2. Choix des localités

Sept (7) zones ethnolinguistiques ont été définies pour prendre en compte des aspects sociaux et culturels propres à des aires géographiques. Dans chacune de ces zones, deux (2) provinces ont été retenues afin de prendre en compte la plus grande diversité culturelle possible. Et dans chaque province deux centres de santé ont été visités, correspondant à deux localités (une semi-urbaine et une rurale). Les localités correspondent aux chefs-lieux de département pour la semi-urbaine et aux villages pour la rurale.

Le tableau suivant présente les localités retenues dans l'étude.

Tableau 2 : Localités choisies

Zone	Provinces	Districts sanitaires	Localités
1	Oudalan, Soum	Gorom-Gorom, Djibo	Gorom-Gorom : CSPS Markoye, Idamosem Djibo : CSPS Kelbo, Noralkinga
2	Kadiogo, Ouahigouya	Secteur 30, Ouahigouya	Secteur 30 : CSPS Nongtaaba Balkoui Ouahigouya : CSPS Bougounam, Rassogma
3	Tapoa, Boulgou	Diapaga, Tenkodogo	Diapaga : CSPS Botou, Tantiana Tenkodogo : CSPS Ouaregou, Dissin
4	Nahouri, Sanguié	Pô, Réo	Pô : CSPS Tiébélé, Sissoro Réo : CSPS Kion, Balenvalsé
5	Mouhoun, Banwa	Dédougou, Solenzo	Dédougou : CSPS Ouarkoye, Kouena Solenzo : CSPS Mawana, Toukoro

6	Bougouriba, Noumbiel	Diébougou, Batié	Diébougou : CSPS Nabéré, Darodine Batié : CSPS Midebdo, Tinkoura
7	Leraba, Houet	Sindou, Dandé	Sindou : CSPS Konandougou, Béboula Dandé : CSPS Dandé, Lanfiera

3.3.3. Les focus groupe

Dans chaque localité deux focus ont été organisés :

- un groupe de huit (8) à quinze (15) mères (6 mères ayant fait vacciné complètement et 6 mères n'ayant pas fait vacciner ou partiellement) ;
- un groupe de huit (8) à quinze (15) pères (6 pères d'enfants complètement vaccinés et 6 pères d'enfants partiellement ou non vaccinés).

Le nombre total de focus s'élève à 60 soit 28 groupes masculins et 28 groupes féminins répartis dans les 7 zones et 4 groupes témoins à Ouagadougou et Bobo Dioulasso. Les 4 groupes témoins permettent d'examiner les effets du brassage de la grande ville sur les comportements.

Autour de chaque centre de santé et au niveau départemental, (7) cibles ont été identifiées pour les entretiens semi-structurés :

- un membre du COGES (président ou vice-président, etc.) ;
- un membre d'association ou de groupement intervenant dans la santé ;
- un communicateur (journaliste, animateur radio, AIB) ;
- un représentant de l'administration locale (Maire, préfet, RAV) ;
- un élu local (quand cela existe) ;
- un leader religieux (la religion dominante dans la localité) ;
- une autorité coutumière.

Au total 168 fiches ont été administrées.

3.3.4. Entretiens semi-structurés (services de santé)

Ils ont porté dans les localités retenues sur :

- un responsable de SIECA ou un responsable PEV (au niveau du district) ;
- un Agent de santé du CSPS ;
- vingt huit (28) fiches ont été administrées soit 2 SIECA ou responsable PEV par zone et 2 agents de santé par zone.

3.3.5. Entretiens semi-structurés aux autres niveaux

Niveau central :

- Directeur de la Prévention par les Vaccinations
- Service de communication et de mobilisation sociale de la DPV
- Directeur de la communication et de la Presse ministérielle du Ministère de la santé

- Autres structures et partenaires impliquées dans la communication en faveur du PEV (UNICEF, OMS, Croix rouge, etc.)

Niveau intermédiaire :

- Haut commissaire
- Directeur Régional de la santé
- Médecin chef de district
- Chef de service CRESA
- Directeur régional de l'Action Sociale

Au total soixante huit (68) questionnaires ont été administrés soit : (17 au niveau central, et 51 au niveau intermédiaire[14 MCD, 14 chefs de CRESA, 8 DRS, 8 Directeurs Action Sociale]).

3.3.6. Autres études

Elles comportent :

- des observations de séances de vaccination ;
- l'administration d'un questionnaire EXIT aux mères à la sortie des centres de santé ;
- l'observation du comportement de l'agent vaccinateur vis-à-vis de la mère lors de la séance de vaccination.

3.3.7. La collecte de l'information, le dépouillement et l'analyse des données

La collecte a été faite sur la base de guides d'entretien semi-structurés élaborés par niveau et des grilles d'observation. Cette opération a utilisé :

- 18 animateurs de focus group (soit un binôme par zone) ;
- 8 enquêteurs soit un enquêteur par zone et un enquêteur pour Ouagadougou (organisation et fonctionnement de la DPV) ;
- 8 contrôleurs soit 2 contrôleurs par axe de 2 zones (4 axes).

Toutes ces personnes sont formées en sciences sociales et rompues aux techniques de collecte de données qualitatives.

Les focus group enregistrés et transcrits ont été dépouillés manuellement à partir d'une grille d'analyse élaborée à cet effet.

Les informations recueillies au cours des différents entretiens ont été traités sur le logiciel Epi info, après codification.

3.4. Equipe et organisation de la revue

L'organisation de la revue s'est faite autour de deux (2) structures qui sont :

- le Comité de pilotage et,
- la Coordination technique.

- **Le Comité de Pilotage**

Le comité de pilotage de la revue, représenté par le CCIA, a donné les grandes orientations de la revue, a adopté les TdR de la revue et a mobilisé les fonds. C'est également ce comité qui adoptera le rapport final de la revue y compris les recommandations.

- **La Coordination Technique**

La coordination technique de la revue est la structure opérationnelle de la revue. Elle inclut des experts nationaux et internationaux impliqués dans la revue. Elle s'est organisée autour des groupes thématiques et d'un secrétariat de la revue.

- **Les groupes thématiques**

Cinq (5) groupes thématiques correspondant aux principaux domaines concernés par la présente revue ont été constitués :

- un groupe pour l'enquête de couverture vaccinale (ECV) ;
- trois groupes pour la gestion du programme :
 - aspects institutionnels et opérationnels du programme ;
 - financement du programme ;
 - gestion de la logistique (chaîne de froid, transport) et sécurité des injections ;
- un groupe pour la communication et la mobilisation sociales.

Les partenaires du programme ont largement contribué à l'animation de ces groupes thématiques par la présence de leurs représentants au sein de ces groupes. La composition de ces groupes thématiques est jointe en annexe.

- **Le secrétariat de la revue**

L'équipe de la DPV, cellule d'exécution du Programme a été chargée du secrétariat de la revue. Elle a été appuyée en cela par certains partenaires du Programme (OMS notamment).

- **Les consultants nationaux**

La DPV a mis à la disposition de la revue :

- l'ensemble du personnel de la DPV ;
- quatre (4) personnes ressources dont un coordonnateur national et trois (3) consultants nationaux.

Les partenaires du PEV ont apporté leur appui technique à travers la contribution d'experts nationaux et internationaux.

L'enquête sur la communication et mobilisation sociales a été réalisée par des consultants nationaux indépendants.

Chaque consultant national a constitué le point focal d'un domaine spécifique de la revue (ECV, aspects opérationnels de la gestion du programme, logique et sécurité des injections).

- **Les experts internationaux**

Plusieurs institutions et structures partenaires du Programme ont apporté leur appui technique en mettant à la disposition de la revue des experts de divers profils : OMS AFRO (4), OMS Pays (3), UNICEF WCARO/NY (2), UNICEF Pays (3), CATR (1), UE (3), CDC (1).

Chaque expert international a travaillé au sein d'un groupe thématique correspondant à son domaine de compétence ou d'intérêt.

Le Coordonnateur principal de la revue a été désigné par l'OMS.

La liste complète des experts nationaux et internationaux qui ont participé à cette revue est jointe en annexe.

3.5. Financement de la revue et contribution technique

Un montant équivalent de Dollars US a été mobilisé par le Gouvernement du Burkina Faso et ses partenaires pour la réalisation de cette revue :

- Etat burkinabé :
- OMS :
- UNICEF :
- CATR :

Il reste entendu que ce montant ne prend pas en compte les frais occasionnés par les diverses contributions techniques des partenaires (mises à disposition de la revue d'experts internationaux et nationaux).

4. GENERALITES SUR LE PAYS

4.1. Informations géographiques et administratives

Le Burkina Faso est un pays enclavé situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest dans la boucle du Niger. C'est un pays sahélien qui s'étend sur une superficie de 274.200 km² et qui partage ses frontières avec le Mali au Nord et à l'Ouest, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo et le Bénin au Sud, et le Niger à l'Est.

Le climat tropical de type soudanien alterne une saison sèche d'octobre en avril et une saison pluvieuse de mai en septembre. La végétation est de type soudano-sahélien.

Le territoire national est découpé en 45 provinces, 320 départements, 49 communes et environ 8000 villages. La province et la commune sont des collectivités locales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Le processus de décentralisation administrative engagé depuis 1993 suit son cours.

4.2. Situation socio-démographique

La population du Burkina Faso était de 10 312 609 habitants en 1996² ; elle croit à un rythme de 2,38 % l'an³. En l'an 2005 elle atteindra environ 12 743 968 habitants. Le taux brut de natalité est estimé à 46,1 pour mille⁴ ; celui de la mortalité générale est de 15,2 pour mille¹ et l'espérance de vie à la naissance de 53,8 ans.

La population vit à près de 90 % en milieu rural. Les femmes représentent près de 52% de la population. Cette population est essentiellement jeune. La tranche d'âge de 0 à 14 ans représente 47,92 %.

La densité de la population est de 38 habitants au km² avec de grandes disparités entre les régions.

Le taux brut de scolarisation dans l'enseignement de base est de 40,90 % pour l'année 1997-1998⁵ ; il est de 33 % chez les filles et 47,1 % chez les garçons. Le taux d'alphabétisation des adultes au niveau national reste faible, 26 % en 1997⁶ avec de fortes disparités d'une part entre hommes et femmes et d'autre part entre zones urbaines et zones rurales.

La population du Burkina Faso comprend une soixantaine de groupes ethnolinguistiques. Les Mossis représentent 48,5 % de la population. Les principales langues parlées sont le mooré, le dioula et le ffuldé. La langue officielle est le français.

Les religions sont dominées par l'islam (52 %), le christianisme (24,3 %) et l'animisme (23,3 %).

4.3. Données économiques

A l'instar de la plupart des pays africains, le Burkina Faso s'est engagé depuis 1991 dans le programme de réforme économique avec l'appui des partenaires au développement, notamment les institutions de Breton Woods, après l'auto ajustement opéré de 1983 à 1989. Le secteur de la santé fait partie des priorités du Gouvernement dans le cadre de ces réformes.

Le produit intérieur brut (PIB) à prix constant est passé de 752 milliards en 1990 à 1.068 milliards de FCFA en 1999 avec un taux de croissance entre 1998 et 1999 de 5 %.

Le produit national brut (PNB) par habitant estimé en 1998 à 300 dollars américains place le pays parmi les moins avancés.

L'indicateur de développement humain de 0,304 en 1997 classe le pays au 172^{ème} rang sur 174. L'économie du pays repose essentiellement sur l'agriculture et l'élevage qui absorbent plus de 90 % de la population active et contribuent pour 40 % au PIB et 55 % environ dans le total des exportations. Dans le cadre de

² Recensement Général de la Population et de l'Habitat 1996, RGPH 96

³ Recensement Général de la Population et de l'Habitat 1996, RGPH 96

⁴ Enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages. INSD 2000

⁵ Plan de Développement de l'Enseignement de Base 2000-2009

⁶ Plan de Développement de l'Enseignement de Base 2000-2009

l'initiative de la réduction de la dette des Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE), le pays a bénéficié en juillet 2000, d'une réduction de sa dette.

Les ressources additionnelles sont destinées en priorité au financement des secteurs de la santé et de l'éducation dans le cadre de la réduction de la pauvreté.

L'étude sur le profil de pauvreté réalisée en 1998 par l'Institut National de la Statistique et la Démographie (INSD), indique que 45,3 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté estimé à 72 690 FCFA sur la base des dépenses relatives aux besoins fondamentaux. La pauvreté est essentiellement rurale.

Parmi les principaux facteurs déterminants de la situation socio-économique on peut citer :

- le fort taux de croissance démographique,
- la population essentiellement agricole et analphabète,
- la rareté des ressources naturelles,
- les aléas climatiques imputables à sa situation géographique,
- le manque de débouché maritime entraînant un renchérissement des coûts des facteurs de production.

4.4. Organisation du système santé

Le système de soins de santé au Burkina Faso est basé sur la mise en œuvre d'une politique de soins de santé primaires (SSP) à travers la mise en place des districts sanitaires. L'Initiative de Bamako (IB) a été adoptée par le pays pour la relance des SSP.

Le système de soins de santé comporte une double organisation pyramidale, administrative et technique.

Parmi les principales structures techniques de soins.

On peut citer :

- les Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) : 765 ;
- les Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale (CMA) : 25 ;
- les neuf (9) Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) :
- les trois (3) Centres Hospitaliers Nationaux : Yalgado Ouédraogo et Charles De Gaulle à Ouagadougou et Souro Sanou à Bobo-Dioulasso.

En plus de ces structures normalisées on dénombre 130 dispensaires, 21 maternités et quelques Centres Médicaux (CM) résiduels.

Les infrastructures sanitaires privées « à but lucratif » connaissent une expansion, mais sont surtout concentrées dans les grandes villes. Le secteur sanitaire privé de type confessionnel a toujours été un partenaire de choix.

Le secteur traditionnel offre toujours un attrait tant pour son accessibilité géographique et économique que pour son acceptabilité culturelle. Les praticiens de ce secteur sont de plus en plus nombreux et organisés.

Les grandes réformes en cours dans le secteur de la santé

De nombreuses réformes ont été engagées au niveau du secteur de la santé.

Parmi ces réformes on peut retenir :

- a. la décentralisation du système sanitaire (le district sanitaire) : L'adoption du district sanitaire comme base d'organisation du système de soins répond au souci d'une plus grande déconcentration et décentralisation du système.
- b. Le Burkina a adopté une politique de promotion des médicaments essentiels génériques. Une Centrale d'approvisionnement et de distribution (CAMEG) a été créée, et des dépôts de vente des MEG sont en place dans les formations sanitaires.
- c. Le Burkina Faso vient d'adopter une révision de sa Politique Sanitaire Nationale (PSN) et de son Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2002-2012) qui ont fait l'objet d'une table ronde de mobilisation des ressources en 2003.

Situation sanitaire, alimentaire et nutritionnelle

L'état de santé de la population burkinabé est caractérisé par une morbidité et une mortalité générales élevées, et une grande prévalence des handicaps et incapacités :

- un taux de morbidité générale élevé est estimée à 15,8 % en 1995. Cette morbidité est principalement due aux endémo-épidémies locales et aux affections chroniques non transmissibles. Les principales causes de consultation dans les services de santé de base sont : le paludisme, les infections respiratoires, les maladies diarrhéiques, la rougeole et les infections sexuellement transmissibles. L'infection au VIH est également importante, avec un taux de séroprévalence se situant autour de 7 et 10 % dans la population générale.
 - a. Une mortalité générale élevée et estimée à 15,5 pour mille. Elle s'explique par des taux élevés de mortalité infantile (105,3 pour mille en 1998), infanto-juvénile (219,1 pour mille en 1998) et maternelle (484 pour 100.000 naissances vivantes en 1998).
 - b. Les handicaps et incapacités physiques et neurologiques prennent de plus en plus une part importante dans les états morbides de la populations. Il sont dus pour la plupart aux accidents et traumatismes divers ainsi qu'aux séquelles de certaines maladies (poliomyélite, méningite cérébro-spinale, etc.).

En plus de ce fardeau, la situation alimentaire du Burkina Faso est caractérisée par une insécurité préoccupante, les besoins en consommation des populations n'étant pas couverts par les disponibilités alimentaires. De ce fait, les cas de malnutrition protéino-énergétique (MPE) et de carences en micro-nutriments (Fer, Iode et Vitamine A) sont nombreux.

5. GENERALITE SUR LE PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

5.1. 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-épidémiques 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 et a connu un début de mise en œuvre en 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**”⁷ 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 de la Direction : le 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). Quelques mois avant la présente revue, ce service est redevenu une direction technique à part entière, Direction de la Prévention par la Vaccination (DPV).

Tous ces changements témoignent de la préoccupation permanente de rechercher une organisation opérationnelle à même de permettre au PEV d'atteindre ses objectifs et reflètent ainsi la vision des autorités au plus haut niveau du PEV.

5.2. Vision et orientations stratégiques du PEV

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.

⁷ campagne nationale de vaccination avec prise en compte des principaux antigènes et une mobilisation générale de la population

Lors de sa 38^{ème} session, le Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique⁸ engage les États membres à éliminer le Tétanos Néonatal (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.

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 2005 ;
- 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.

De façon concrète, de nombreuses campagnes d'accélération de la vaccination de routine ont été menées en 1989, 1990 et 1995. 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. Une autre campagne a été faite en 2001 et a concerné les enfants de 9 mois à 14 ans en 2001.

Au niveau opérationnel, les orientations suivantes ont été prises :

- 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.

Sur le plan du financement du programme quelques étapes importantes ont été franchi :

- prenant en compte la résolution AFR/RC 42/R3 demandant aux États membres d'assurer la responsabilité du financement de la fourniture des vaccins destinés au PEV le Burkina a signé avec l'appui de l'Union Européenne le 22/06/96 un accord de coopération pour la fourniture de

⁸ Résolution AFR/RC 38/R2

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.

- 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.

5.3. Calendrier vaccinal de routine et populations cibles

Tous les antigènes du programme devraient avoir été administrés avant l'âge de 1 an, en 5 contacts vaccinaux. Le tableau ci-dessous énumère les âges minima recommandés pour chacune des vaccinations.

Tableau 3 : Calendrier vaccinal de routine

Contact	Age	Antigènes recommandés
1	Naissance	BCG, polio 0
2	8 semaines	DTCoq 1, polio 1
3	12 semaines	DTCoq 2, polio 2
4	16 semaines	DTCoq 3, polio 3
5	9 mois	Vaccin Anti-Rougeoleux, Vaccin anti-amaril

Les populations cibles de la vaccination de routine et des activités supplémentaires :

Tableau 4 : Populations cibles du PEV

Groupe	Proportion de la population	Stratégie de Vaccination
Enfants âgés de 0-11 mois	4,21%	PEV de Routine
Enfants âgés de 0-59 mois	18,78%	JNV
Enfants de 9-59 mois	15,55%	Contrôle de la Rougeole
Enfants de 6 mois – 14 ans	48%	Contrôle de la fièvre jaune
Enfants de 6-59 mois	16,68%	Prévention de la carence en Vit A
Femmes enceintes	4,61%	Elimination du TNN
Femmes en âge de procréer	22,80%	Elimination du TNN

Source : RGPH 1985 & EDS-II

5.4. Les principaux acquis du PEV

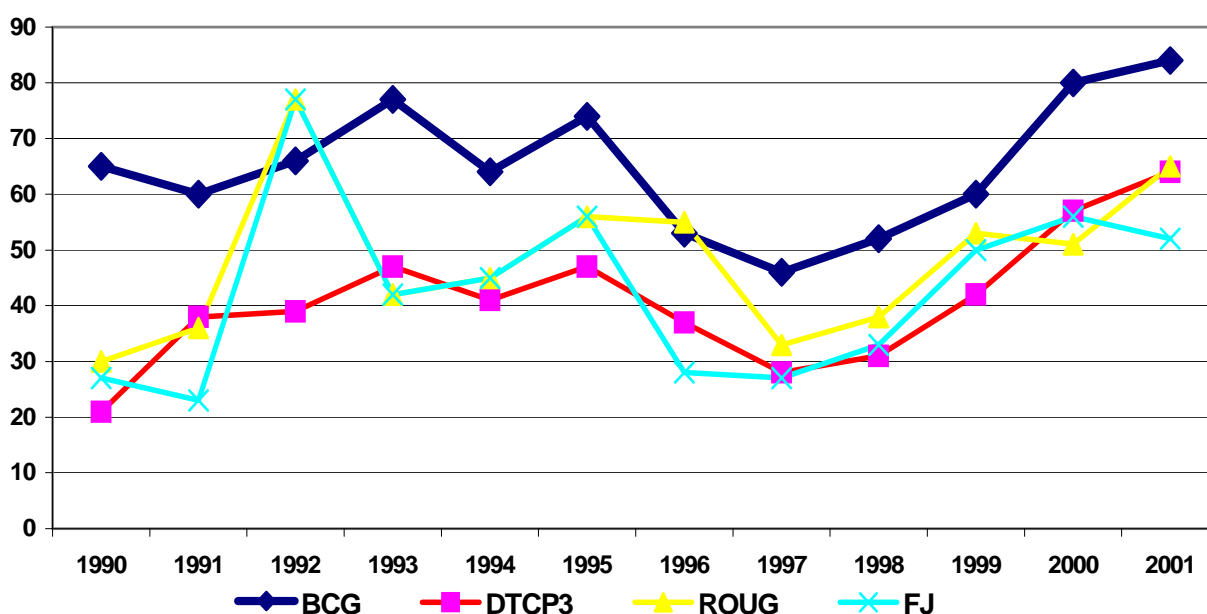
Au niveau des ressources, de nombreux efforts ont été faits aussi bien par l'État que par ses principaux partenaires au développement sanitaire :

- 900 centres fixes de vaccination environ 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 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 sont loin d'induire un contrôle patent des maladies cibles. L'évolution de la couverture vaccinale est illustrée dans les deux figures N°1 et N°2 ci dessous :

Figure 1 : Évolution de la couverture vaccinale d'après les données administratives au Burkina (1990 – 2001)

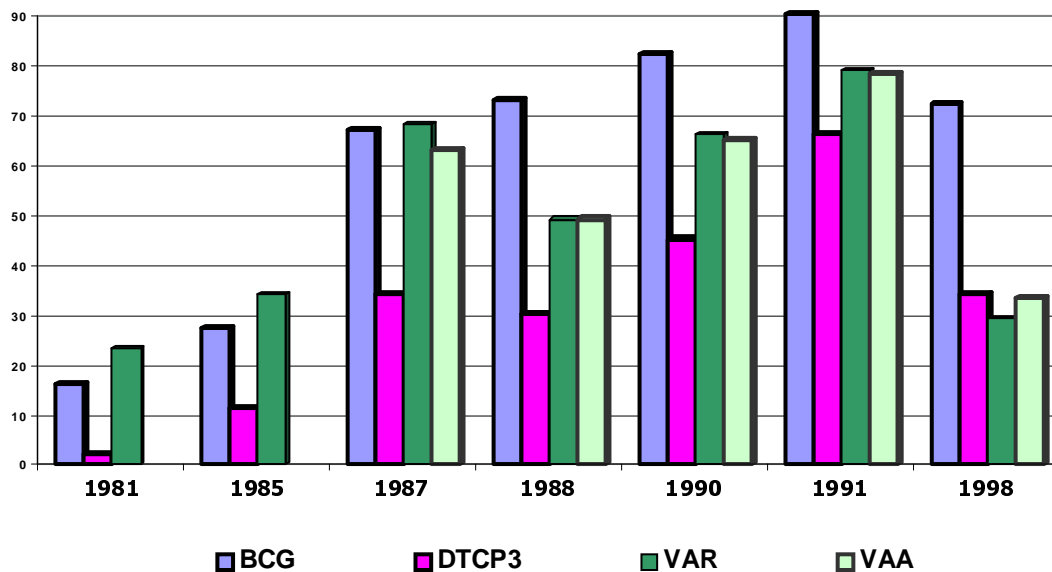


Sources : Données de routine enfants de 0-11 mois, Service PEV, MSP

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 ont connu un léger déclin, jusqu'en 1998. Au cours des trois dernières années, les données de routine indiquent une reprise assez significative des taux de couverture vaccinale, à part la couverture de la fièvre jaune due à une rupture de vaccins au niveau mondial en 2000 – 2001.

Cette évolution reflète bien les efforts faits par le pays dans le cadre de la vaccination universelle (UCI 90) et la relance amorcée timidement en 1998 dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite. Cette tendance est confirmée par les sondages de couverture réalisés périodiquement et dont les résultats sont repris dans la figure ci-dessus.

Figure 2 : Évolution de la couverture vaccinale à partir des enquêtes de couverture vaccinale (enfants de 12 – 23 mois) au Burkina



Sources : enquêtes de couverture vaccinale, MSP

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 budgétaires 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 et une fluctuation 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.

6. RESULTATS DE LA REVUE

6.1. Gestion du programme

6.1.1. Aspects institutionnels

6.1.1.1. Organisation du fonctionnement du Ministère de la Santé

L'Administration du secteur sanitaire public, organisée sous forme pyramidale, comprend :

- un niveau central : le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général et les Directions Centrales ;
- un niveau intermédiaire : les 13 Directions régionales de la Santé ;
- un niveau périphérique sous la responsabilité de l'Equipe Cadre de District (ECD).

L'organisation du Ministère de la Santé, régie par les dispositions du décret N° 2002-464/PRES/PM/MS du 28 octobre 2002, s'articule autour du Cabinet du Ministre et du Secrétariat Général.

Le Secrétariat Général est la structure chargée de la coordination administrative et technique des structures centrales, des structures déconcentrées et des structures rattachées au Ministère de la Santé.

Les structures centrales du Ministère de la santé sont :

- la Direction Générale de la Santé (DGS) ;
- la Direction Générale de la tutelle des Hôpitaux Publics et du sous-secteur sanitaire privé (DGHP) ;
- la Direction Générale des Infrastructures, de l'Equipement et de la Maintenance (DGIEM) ;
- la Direction Générale de la Pharmacie, du médicaments et des laboratoires (DGPML) ;
- la Direction des études et de la planification (DEP) ;
- la Direction des ressources humaines (DRH) ;
- la Direction de l'administration et des finances (DAF) ;
- la Direction de la communication et de la presse ministérielle (DCPM).

La Direction Générale de la Santé (DGS) est chargée de la coordination des directions techniques suivantes :

- la Direction de la lutte contre les maladies (DLM) ;
- la Direction de l'hygiène publique et de l'éducation pour la santé (DHPES) ;
- la Direction de la santé de la famille (DSF) ;
- la Direction de la nutrition (DN) ;
- la Direction de la prévention par les vaccination (DPV).

Les Structures déconcentrées du Ministère de la santé sont :

- les Directions régionales de la santé (DRS) ;
- les Directions provinciales de la santé (DPS) ;
- les Districts sanitaires ;
- les Centres de santé et de promotion sociale (CSPS).

D'autres structures (les structures de mission et les structures rattachées) complètent l'édifice.

6.1.1.2. La Direction de la Prévention par la Vaccination (DPV)

a. Attributions et organisation de la DPV

Comme indiqué dans l'historique, elle vient d'être mise en place pour remplacer l'ancien service national de vaccination qui dépendait de l'ancienne Direction de la Médecine Préventive, elle même une direction technique de la Direction Générale de la Santé. Une telle décision témoigne sans aucun doute de la volonté du Gouvernement de renforcer le programme, tenant compte ainsi de l'enjeu qu'il représente dans les discussions macro-économiques sur la lutte contre la pauvreté et la remise de la dette.

Cette nouvelle direction est chargée de :

- concevoir, de planifier, de coordonner, d'assurer le suivi et l'évaluation des activités de vaccination ;
- assurer la surveillance épidémiologique des maladies cibles du Programme Elargi de Vaccination (PEV) en collaboration avec la Direction de la Lutte contre les maladies (DLM) ;
- participer aux travaux de recherche opérationnelle sur les vaccinations

Un projet d'arrêté est en cours d'élaboration pour organiser cette nouvelle direction dont les caractéristiques peuvent se résumer comme suit :

- 5 services
 - Administration et finances
 - Planification, formation et recherche
 - Statistiques et surveillance épidémiologique
 - Logistique, approvisionnement et maintenance
 - Communication sociale/ mobilisation sociale
- Le Directeur est appuyé dans sa tâche quotidienne par un Secrétariat.
- Il est prévu sous chacun de ces services, des bureaux : soit 10 au total (Administration, Finance, Monitoring, Épidémiologie, Planification, Formation, Approvisionnement, Maintenance, Promotion et Communication).

b. Fonctionnement

- Le Directeur de la prévention par la vaccination est un médecin de santé publique avec une longue expérience de terrain.
- Le Service administratif est tenu par un administrateur des hôpitaux.
- Le Service de planification est conduit par un médecin de santé publique aidé d'un conseiller et d'un attaché en santé publique.
- Le Service des Statistiques et de la surveillance dispose d'un attaché de Santé, d'un Infirmier diplômé d'État (IDE) et d'un infirmier breveté.
- Le Service logistique et approvisionnement est animé par deux attachés de santé et un IDE.
- Les personnels de soutien et du secrétariat viennent renforcer ces ressources humaines.

Le Tableau N°5 ci-dessous résume la situation de l'effectif.

Tableau 5 : Situation du personnel de la DPV au 30 juillet 2003

Qualifications	Nombre	Durée à la DPV(en années révolus)
Médecin	2	<1an= 1, 1an = 1
Administrateur des Hôpitaux	1	1an
Conseiller en Santé	1	16ans
Infirmier diplômé d'état	2	1=4ans, 1=1an
Attaché de Santé	6	<1an=2, 1an=1, 2ans=1, 3ans=1, 4ans=1
Infirmière breveté	1	3ans
Agent de bureau	1	3ans
Garçon de salle	1	4ans
Chauffeur	1	4ans
Manœuvre	3	3=16 ans
Gardien	1	16ans

La durée moyenne au poste du personnel de la DPV est de 5 ans et la durée médiane est de 3 ans. Il n'y a pas d'énumération de tâches du personnel ni de description des postes de travail.

Pour son fonctionnement la DPV dispose de locaux dans lesquels le personnel actuel est logé à l'étroit, ce qui risquerait de limiter l'installation des ressources humaines additionnelles nécessaires au bon fonctionnement de la nouvelle direction. Actuellement la direction dispose de :

- un parc informatique de seize (16) appareils composés de 9 ordinateurs de table et 6 portables ;
- un parc automobile de trois (3) véhicules fonctionnels dont un tout terrain 4X4 ;
- les répondants de la DPV aux autres niveaux du système de santé sont :
 - o Niveau intermédiaire.
 - o Bureau de gestion des vaccins et chaîne de froid dont l'affiliation n'est pas codifiée.
 - o 5 dépôts régionaux dans tout le pays.

Chaque district dispose d'un dépôt PEV de district qui assure l'approvisionnement en vaccins des CSPS et CMA. Il est géré par un infirmier membre de l'ECD.

Les partenaires

6.1.1.3. Les partenaires du PEV

Le PEV est appuyé par des partenaires habituels parmi lesquels on peut citer :

- L'OMS qui apporte :
 - Un appui technique constant (basé au PEV), notamment par la mise à disposition de personnes ressources à plein temps (un conseiller technique international et trois conseillers nationaux) et par des appuis ponctuels à travers l'équipe ICP basée à Abidjan (formation, élaboration de plan, revue, etc.).
 - Un appui financier important fourni au pays dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite (surveillance et JNV), le contrôle de la rougeole et de la méningite (campagnes de vaccination de masse et surveillance).
- L'Unicef qui en plus de l'appui aux commandes des vaccins et intrants, apporte un soutien financier sous forme de projets développés au niveau de quelques régions et districts. Des appuis techniques ponctuels sont souvent apportés à la coordination centrale, comme pour cette revue.
- GAVI et Fonds Mondial pour les Vaccins et la Vaccination : dans ce cadre le Burkina est admis pour le fonds de renforcement du système pour lequel d'importantes sommes ont déjà été débloquées.
- Le CATR : il a appuyé et continue de soutenir le pays dans les aspects de la mise en œuvre de l'Initiative d'Indépendance Vaccinale, du renforcement de capacités en logistique, et dans ce cadre, l'appui est à la fois technique et financier.
- Le CDC : le domaine d'appui est le renforcement du système d'information.
- De nombreux autres partenaires interviennent à différents niveaux dont Save The Children, Plan International, la Croix Rouge (Fédération et Société nationale), la GTZ, l'Union Européenne, la Banque Mondiale, le Rotary International.
- Le Secteur Privé : concernant les stratégies d'approche du secteur privé, il y a des expériences isolées au niveau des Districts Sanitaires mais au niveau national il n'y a pas de stratégies.

6.1.1.4. Le Comité de Coordination Interagence du PEV (CCIA) et les organes GAVI

Dans le cadre de l'Initiative mondiale d'Eradication de la Poliomyélite, et en vue du renforcement de la coordination des partenaires en faveur du PEV il a été mis en place un CCIA par Arrêté Ministériel N° ----- en date du 31 juillet 2000.

Le CCIA est présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé. Il adopte les grandes orientations, plans et directives, et contribue à mobiliser les ressources.

Malheureusement le Comité Technique du CCIA n'a pas formellement été mis en place, malgré des rencontres et réunions informelles des techniciens.

Parallèlement et conformément à la soumission à GAVI, il a été mis en place deux (2) organes : un Comité directeur présidé par le Ministre de la Santé se réunit une fois par trimestre et un Comité de gestion dirigé par le Secrétaire général du ministère de la santé.

Il est actuellement envisagé de voir comment harmoniser les différents organes de ces Instances.

Les Termes de références et les préparatifs sur le déroulement de la présente revue ont fait l'objet de nombreuses discussions au sein du CCIA et les rapports largement diffusés. Toutefois les problèmes chroniques de ruptures de stocks en vaccins (voir plus loin partie logistique), laissent penser que ce cadre n'est pas suffisamment mis à profit pour améliorer le suivi et la coordination des actions en faveur du programme.

6.1.2. Aspects opérationnels

6.1.2.1. Au niveau central

a. Planification des activités du PEV

Le processus de planification du programme élargi de vaccination comporte une planification stratégique, des plans opérationnels et des plans sectoriels.

- **Le plan stratégique du PEV 2001-2005**

Élaboré pour une période de cinq (5) ans, le plan stratégique du PEV intègre dans ses objectifs les orientations stratégiques du plan décennal de développement sanitaire (PNDS 2002-2012). L'objectif global du plan stratégique du PEV est d'amener la couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois et des femmes en âge de procréer d'ici décembre 2003 de :

- 60 à 85% pour le BCG ;
- 42 à 75% pour le DTCP3 ;
- 53 à 75% pour le vaccin anti-rougeoleux ;
- 50 à 75% pour le vaccin anti-amaril ;
- et de 30 à 47,5% pour le VAT2 et plus ;
- Pour les femmes enceintes, l'objectif est d'atteindre un taux de couverture de 70% en VAT2.

Les activités à mener sont :

- renforcer la logistique ;
- rationaliser la gestion des vaccins et consommables sur la base des résultats des études réalisées sur les taux de perte en vaccins ;
- former/recycler les agents de santé pour augmenter leur compétence ;
- adapter les stratégies de vaccination au contexte ;

- sensibiliser les populations en matière de vaccination.

- **Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)**

Adopté par décret N° 2001-381/PRES/PM/MS, ce plan décennal prend en compte les principaux problèmes du développement sanitaire dont celui relatif à l'immunisation des groupes vulnérables que sont les enfants et les femmes en âge de procréer.

Soumis pour financement aux partenaires lors de la table ronde des partenaires, ce plan a retenu l'attention des bailleurs de fonds qui se sont engagés à soutenir sa mise en œuvre.

Ce qui permettra aux services de vaccination de bénéficier de ressources additionnelles pour l'atteinte des objectifs du plan stratégique PEV.

Le plaidoyer permanent auprès des différentes institutions, des communautés et des partenaires pour un financement des activités du programme permettra la mobilisation des ressources additionnelles pour l'immunisation des enfants.

- **Le plan triennal issu du PNDS**

Le PNDS est mis en œuvre à travers l'exécution de tranches triennales appelées plan triennaux ;

Enfin dans le cadre de la remise de la dette, la somme de un milliard sept cent quarante millions de francs (1 740 000 000) CFA sera mise à la disposition du programme pour ces différentes activités de vaccination durant la période 2001-2003

- **Le Plan trimestriel budget (PTB)**

Élaboré au niveau national et discuté au cours d'une réunion, le bilan du PTB permet de faire le point d'exécution des activités, d'identifier les forces et les faiblesses permettant à nouveau l'élaboration d'un nouveau plan trimestriel

- **Le plan de la communication et de la mobilisation sociale**

Élaboré par la DPV, le plan sectoriel de la communication et de la mobilisation sociale sert de cadre pour la mise en œuvre des activités de communication et de la mobilisation sociale pour un changement de comportement positif en faveur des vaccinations.

Le processus d'élaboration de tous ces plans comporte, une analyse de la situation par un groupe ad hoc, groupe de travail qui proposera un document final pour adoption par un groupe plus élargi.

Tous les plans de la DPV sont validés par le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA).

L'évaluation périodique du plan se fait à travers le plan triennal glissant et les réunions trimestrielles budgets.

Un système de coordination des activités de la DPV existe à travers les réunions hebdomadaires de staff, les réunions trimestriels d'élaboration de plan trimestriel du budget.

Un effort réel est fait dans le cadre de la planification pour le PEV, mais à ce jour il n'existe pas un document de politique élaboré en matière de gestion du PEV définissant les normes et les standards.

b. Appui du Programme aux Formations Sanitaires

- **Élaboration de politiques, directives, normes et standards**

Le PEV élabore des directives en matière de gestion du programme (supervision, surveillance épidémiologique, gestion des vaccins et chaîne de froid, monitoring).

- **Approvisionnement des structures opérationnelles à travers les DRS**

La DPV approvisionne les régions sanitaires en vaccins, consommables, gaz, tous les trois mois.

Depuis 1996, une ligne budgétaire consacrée à l'achat des vaccins a été inscrite au budget national du Burkina Faso.

L'approvisionnement est faite sur la base de deux commandes annuelles :

- en septembre de l'année précédente pour les besoins du premier semestre de l'année à venir ;
- en mars de l'année en cours pour les besoins du second semestre.

Tableau 6 : Délais de livraison des vaccins et consommables au niveau central

Date de la commande	Date de la livraison	Temps écoulé
Septembre 2000	Juin 2001	9 mois
Mars 2001	Septembre 2001	6 mois
Septembre 2001	Mars 2002	6 mois
Février 2002	Avril 2003	7 mos
Septembre 2002	Avril 2003	7 mois
Février 2003	Non Livrée	-

Le temps qui sépare la commande et la livraison est de 7 mois en moyenne.

Tableau 7: Ruptures de stock de vaccins au niveau central

Antigènes	Périodes de ruptures	Temps écoulé
VAA	Janvier – Juin 2001	6 mois
DTC	Février-Avril 2001	3 mois
BCG	Janvier-Mars 2002	3 mois
DTC	Janvier-Avril 2002	4 mois
BCG	Janvier-Juillet 2003	7 mois
VPO	Février-Juillet 2003	6 mois
DTC	Mars-Juillet 2003	5 mois
VAT	Février-Avril 2003	3 mois

De janvier 2001 au 16 juillet 2003, il y a eu au total :

- 6 mois de rupture de stock pour le VAA ;
- 12 mois de rupture de stock pour le DTC ;
- 10 mois de rupture de stock pour le BCG ;
- 6 mois de rupture de stock pour le VPO ;
- 3 mois de rupture de stock pour le VAT.

Les raisons des ruptures de stock de vaccins et consommables du PEV sont : le problème de communication entre la DAAF/Santé et le PEV et le problème de paiement des factures.

Conscient du problème, une réunion de concertation entre la DPV, la DAAF, l'UNICEF et l'OMS s'est tenue le 09 juillet 2003 dans la salle de réunion de la DPV dirigée par le directeur général de la santé en vue de trouver des solutions aux problèmes de rupture en vaccins. A l'issue de cette rencontre, trois séries de problèmes ont été identifiées :

- l'absence d'un mécanisme de suivi du circuit d'approvisionnement ;
- l'inadéquation entre les ressources financières disponibles et les besoins en vaccins et consommables.

La pertinence de deux commandes annuelles s'est posée. Il a été constaté plus un problème d'organisation, coordination, de procédures, suivis et communication qu'un problème de ressources véritables.

Des solutions ont été proposées à la DPV :

- la création d'un comité de suivi du système d'approvisionnement ;
- l'institution d'une commande annuelle avec deux livraisons échelonnées ;
- le pré-paiement effectif à l'UNICEF des frais devant servir à l'achat des vaccins et consommables ;
- la prospection du canal de la CAMEG pour une éventuelle commande des vaccins et consommables.

Il n'y a pas de problèmes pour la commande, le transport, les procédures douanières et le stockage des vaccins ; mais par contre il y a un problème pour les consommables (seringues, boîte de sécurité) souffrent à cause des procédures douanières.

Il y a un plan d'approvisionnement en vaccin pour la DPV (2 fois par an pour le niveau central) et (Trimestriel) pour les DRS.

Les dates d'approvisionnement en vaccins ne sont pas respectées à cause des ruptures de stock et les activités de relance du PEV (Campagne rougeole, Campagne d'accélération).

• **Gestion de l'Information Sanitaire**

Les données sur la population cible du PEV sont disponibles au niveau de la DPV. Les archives de la DPV permettent de retrouver les données de vaccination d'au moins trois ans.

Des outils de gestion standardisés du PEV (registres, bon de commandes et de livraisons des vaccins et consommables, fiches de stock etc..) sont élaborés et mis à la disposition de toutes les structures. Un stock des fiches/outils de gestion est disponible au niveau de la DPV.

Tous les rapports des Districts sanitaires des 2 dernières années ont été reçus par la DPV (53/53 en 2001 et 2002).

Une rétro information régulière est faite aux DRS au cours de la réunion bimestrielle des CISSE.

6.1.2.2. Aux niveaux intermédiaire et périphérique (région, district et CSPS)

a. Management du Programme

• **Organisation**

L'enquête a permis de constater que :

- 66% des structures sanitaires enquêtées disposent d'une énumération de tâches pour le personnel, et cette description prend en compte les activités de vaccination ;
- 88% des ECD et 86% des DRS ont une énumération de tâches pour le responsable PEV ;
- au niveau périphérique, 34% CSPS ne possède pas un organigramme prévoyant une énumération de tâches pour les agents assurant les activités de vaccination ;
- les normes en personnels (qualitativement et quantitativement) ne sont pas remplies pour 21% des CSPS ;

- la mobilité du personnel dans les formations sanitaires est grande: dans 42% des formations sanitaires enquêtées 3 à 5 infirmiers chefs de postes se sont succédés en 5 ans et la durée moyenne au poste des ICP est de 1 an ;
- pour 90% ECD et 69% des DRS il existe un système de coordination des activités du PEV ;
- et cette coordination des activités PEV s'effectue dans le cadre des réunions de l'ECD, du CSD, et du CTRS) documentées par des rapports d'activités....

• **Planification**

La pratique de la planification est instituée à tous les niveaux du système de santé. De la base de la pyramide sanitaire vers le sommet, l'enquête a permis de faire les constats suivants :

- 85% des CSPS élaborent des micros plans intégrant le PEV ;
- toutes les ECD élaborent un plan d'action annuel (PAA) ;
- toutes les DRS élaborent annuellement un plan opérationnel intégrant le PEV d'appui aux districts ;
- les plans de 92 % des ECD et de 92 % des DRS sont validés des comités de validation (CTRS pour les régions sanitaires et CSD ou réunions des partenaires pour les districts).

Ce processus de planification initié au niveau des structures sanitaires souffre de quelques insuffisances au nombre desquelles on peut citer :

- les communautés à la base sont très peu impliquées dans l'élaboration des plans (plus d'un CSPS sur 3 n'impliquent pas la communauté ;
- tous les plans ne font pas l'objet d'évaluation (65% des CSPS n'évaluent pas leurs plans).

• **Partenariat**

Aux niveaux intermédiaire et local le PEV bénéficie de l'appui direct de certains partenaires tels que mis en évidence par la présente enquête :

- 59% des CSPS sont appuyés par des partenaires ;
- 70% des districts sanitaires bénéficient de l'appui d'ONG ;
- 80% des ECD développent un partenariat avec d'autres services au niveau local ;
- 10 DRS bénéficient de l'appui de partenaires pour le PEV.

Ce partenariat reste insuffisant au regard des besoins et des possibilités non exploitées. Ainsi :

- toutes les structures sanitaires n'entretiennent pas de collaboration avec les autres structures ou services de développement au niveau local (seuls 45% des CSPS développent ce partenariat au niveau local) ;
- de nombreuses structures n'ont d'appui que celui de l'état ;

- les services de santé n'arrivent pas à profiter de l'expérience des autres structures de développement, notamment dans le domaine de l'approche communautaire et de la mobilisation sociale ;
- même pour les structures disposant de cadre de concertation ou de partenariat, on constate que très peu parviennent à tenir régulièrement des réunions (seulement dans 4 DRS ces réunions se tiennent régulièrement).

b. Prestations de services

• Disponibilité des services

La disponibilité de l'offre a été appréciée à travers l'existence des centres de vaccination et la programmation (planning) des séances. L'enquête a permis de constater que :

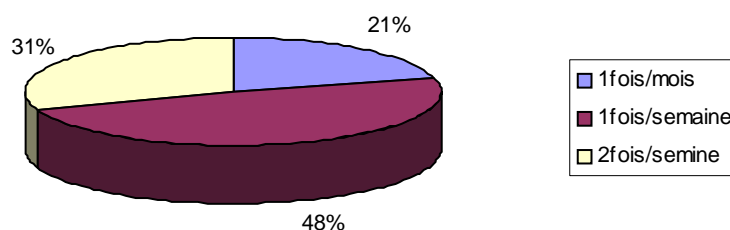
- la vaccination est assurée par environ 900 centres, qui la pratiquent en stratégie fixe et en stratégie avancée ;
- 40 % des formations sanitaires enquêtées ne vaccinent pas tous les jours.

Tableau 8 : Proportion des formations sanitaires vaccinant au quotidien

Vaccination au quotidien	Nombre de FS	Pourcentage
OUI	96	60,8
NON	62	39,2
TOTAL	158	100,0

Pour les structures qui ne vaccinent pas au quotidien la périodicité des séances se présente comme suit :

Figure 3 : Périodicité des séances de vaccination selon les structures.



- 79 % des formations sanitaires enquêtées mènent la vaccination en stratégie avancée afin de couvrir leurs populations de responsabilité résidant au-delà de 5 km ;

- plus de 70% des centres de santé ont connu des ruptures de stocks de vaccins (BCG et DTC) au cours des 6 derniers mois ;
- seulement 47% des centres de santé administrent tous les antigènes au cours d'une même séance.

- **Accessibilité des services (géographique, culturelle et financière)**

Malgré les progrès réalisés ces dernières années (nouvelles constructions d'infrastructures sanitaires), l'accessibilité géographique des populations aux centres de vaccination (à moins de 5 Km d'une formation sanitaire) demeure faible ; elle est estimée à environ 60%. Cette accessibilité géographique est réduite en saison hivernale.

L'enquête sur la gestion du programme a constaté que :

- la vaccination intégrée aux autres activités du Paquet Minimum d'Activités dans 85% des FS visitées ;
- dans 38% des FS le personnel déclarent rencontrer des obstacles quant à l'acceptation de la vaccination par la population, et les raisons évoquées sont : la crainte des effets secondaires, les interdits culturels, le manque de moyens notamment le coût des seringues ;
- les programmations hebdomadaires voire mensuelles réduisent également l'accès des populations aux vaccinations, de même que les fréquentes ruptures en certains antigènes ;
- l'inaccessibilité financière (coûts élevés de la vaccination) et culturelle est aggravée par le fait que la communauté n'est pas impliquée dans le processus de planification.

La faible disponibilité et d'accès des services de vaccination et de leur utilisation par les populations expliquent la faible couverture vaccinale.

Certaines contraintes telles les épidémies de méningite survenues dans le pays de manière permanente depuis 1996 à 2003 sont à inscrire au titre des événements qui ont perturbé le programme de vaccination.

6.2. Financement du programme

Le Burkina s'est engagé avec d'autres pays de la sous région dans l'Initiative de l'Indépendance Vaccinale (IIV) en 1997 (cf. Bilan de mise en œuvre de l'IIV dans les pays du Sahel en 1999). Une politique qui vise à terme une certaine appropriation du PEV par ces pays. Elle repose sur l'achat par ces pays des vaccins et des consommables destinés à la vaccination de routine. Le respect de cet engagement politique passe nécessairement par une certaine stabilité sociale, économique, politique et une bonne gouvernance.

6.2.1. Tableau macro économique du Burkina

Une lecture attentive des indicateurs macroéconomiques nous permet de dire que le Burkina traverse une période de stabilité de sa situation économique :

- le Produit Intérieur Brut par tête d'habitant (PIB) exprimé en Dollar US a évolué comme suit sur les cinq dernières années : 227 \$ en 1999, 204 \$ en 2000, 221 \$ en 2001, 230 \$ en 2002, 242 \$ en 2003, et une prévision de 248 \$ est attendue en fin 2004 (cf. analyse des résultats de l'enquête prioritaire) ;
- le taux de croissance économique du pays est en moyenne supérieur à 4 % depuis 1997 grâce à la mise en œuvre de programmes de réformes : stabilisation et l'ouverture du pays à l'extérieur, la libéralisation de l'économie nationale et une gestion des finances publiques.

Le pays se trouve depuis 1991, dans une période de stabilité politique favorable à une relance économique (données indicateurs économiques et financiers)

Cependant des contraintes demeurent qui entravent le processus de développement économique :

- le taux de croissance de la population reste élevé (2.4 % par an) ces dernières années. La population totale du pays sera d'environ 12 163 100 habitants en fin d'année 2003 (source : Indicateurs économiques et financiers) ;
- la population est relativement jeune avec un âge médian de 16 ans. Les femmes représentent 51 % de la population ;
- le Burkina est un pays essentiellement agricole (90 % des populations vivent en milieu rural) (source : Analyse des résultats de l'enquête prioritaire) ;
- le coton est le principal produit d'exportation du pays. Il constitue 54% du revenu monétaire agricole des ménages. Mais son cours dépend du marché international (Source : Analyse des résultats de l'enquête prioritaire) ;
- le revenu journalier moyen par tête est de 271 FCFA soit moins d'un demi dollar ;
- le taux brut de scolarisation est de 31 % pour le primaire et de 21 % pour le secondaire (Source : Analyse des résultats de l'enquête prioritaire).

Il convient de noter que les troubles politiques qui perdurent en Côte D'Ivoire pays voisin et d'accueil de beaucoup de Burkinabé sont ressentis par le Burkina par l'arrivée massive de ses ressortissants et le ralentissement de certaines activités économiques. Cependant ces effets pour le moment ne semblent pas renverser les tendances macroéconomiques (Source : Communication personnelle).

6.2.2. Le Financement de la santé au Burkina

La part du budget de la santé dans le budget de l'Etat a été de 12 % en 1998 (Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté). Les dépenses publiques de santé (Etat plus bailleurs de fonds) étaient de 7 \$ US par habitant en 2000.

On note un déséquilibre entre le niveau central et le niveau opérationnel : en 2000 56.89 % du budget santé ont été consacrés au niveau central contre 38.24% au niveau district et 4.87 % au niveau intermédiaire (régional). Après la remise de la dette dans le cadre de l'Initiative PPTE, la part du budget de la santé va augmenter d'année en année pour atteindre 14 % en 2003 (Source : Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté).

Les dépenses privées de santé (contribution des ménages) représentent environ 10 \$ US par habitant, soit 4.4 % des dépenses totales des ménages (Source : Enquête prioritaire).

6.2.3. Le Financement du PEV

La performance d'un système de santé dépend du montant des dépenses consacrées à la santé mais aussi et surtout de la façon dont ces dépenses sont réparties à l'intérieur de ce secteur : entre le préventif et le curatif, entre le niveau administratif et le niveau opérationnel.

Il a été démontré que la prévention des maladies est plus efficiente et plus efficace que le traitement des maladies. La prévention contre les maladies transmissibles présente des externalités positives pour la communauté toute entière avec la possibilité d'éradiquer certaines maladies. On dit généralement que « mieux vaut prévenir que guérir ».

Des pays relativement moins riches qui ont mis l'accent sur la prévention ont souvent le même niveau de santé que des nations développées qui dépensent dix fois plus dans la santé : Par exemple avec 3.7 % PIB consacrés à la santé et 44 \$ par tête d'habitant le Costa Rica a un système de santé plus performant que celui de l'Afrique du Sud qui dépense environ 268 \$ par habitant soit environ 7.1 % de son PIB. (source : world health report). Aux USA, avec 21.4 Millions \$ on pourrait sauver entre 592 000 et 638 000 années de vie en 2000 selon que cette somme soit utilisée dans des activités sanitaires qui touchent une masse importante de la population ou non.

Les maladies cibles du PEV concernent les enfants et les femmes enceintes. Les pertes de revenus liées aux dépenses directes de la prise en charge de la maladie et aux coûts indirects (pertes de journées de travail pour les mères et leurs accompagnateurs, les pertes de revenus liées aux décès précoces et/ou aux invalidités susceptibles d'être causées par certaines maladies) peuvent représenter un fardeau économique important pour les ménages et pour le pays entier avec un impact négatif important sur le PIB. La vaccination seulement contre la rougeole et le tétanos permet de gagner des milliers d'années de vie en Afrique (Source : World Health Report 2000).

Les responsables politiques et sanitaires du Burkina qui ont compris cet avantage comparatif de la prévention sont entrain de déployer suffisamment d'efforts pour la promotion de la santé au moyen de la vaccination. Une place de choix est accordée au PEV : Ce programme qui n'était qu'un service au sein de la Direction de la Médecine Préventive est aujourd'hui une Direction Nationale. Le Gouvernement est soutenu dans son effort par des bailleurs de fonds multilatéraux, bilatéraux, des ONG et par la société civile.

6.2.4. Evolution du financement du PEV par source

Les sources de financement du Programme Elargi de Vaccination sont assez diversifiées : l'Etat (sur le budget de fonctionnement du ministère de la santé et sur le fonds PPTÉ), les collectivités locales, les comités de gestion et les partenaires au développement.

L'évaluation du financement du PEV par la présente revue n'a pu faire ressortir l'évolution des différentes contributions (sources) de 1999 à 2003, car toutes les données n'étaient pas toujours disponibles au niveau central ; et pour celles disponibles il a été constaté des différences selon l'origine des données : par exemple en 1999 la contribution de l'Etat était de 610 000 000 FCFA selon le rapport régional FED alors que pour la même période et selon un autre document (Bilan de mise en œuvre de l'IIV) cette contribution a été de 506 000 000 FCFA.

Des informations complètes ont pu être recueillies concernant 2001, 2002 et le premier semestre 2003.

Dans le tableau N° ... qui suit on constate une augmentation notable de la contribution de l'État au financement du PEV entre 2001 et 2002. Par contre celle des partenaires concernant le PEV de routine a une tendance à la baisse.

Tableau 9 : Evolution du financement du PEV (en FCFA)

Sources/ Années	2001	2002	*2003
Budget ord Etat	432 285 768	755 432 651	461 500 000
PPTE	800 000 000	907 124 583	500 000 239
GAVI	305 000 500	152 001 840	293 230 000
Autres Partenaires	2 947 083 725	1 708 972 168	447 726 012
JNV	2 803 236 010	1 087 605 278	0
Total	7 287 608 004	4 611 138 522	1 702 458 254
Total PEV Routine	4 484 371 994	3 523 533 244	1 702 458 254

* pour le premier semestre 2003

Sources : Partenaires

Les totaux des dépenses de 2001 et de 2002 s'éloignent des prévisions du plan 2001-2005 : en 2001, le total des dépenses était 7 287 608 004 pour une prévision de 5 458 620 000 FCFA. Cet écart s'expliquerait en partie par le coût exceptionnellement élevé de la campagne contre la rougeole pendant cette année soit 2 191 938 700 FCFA.

Par contre en 2002, nos résultats sont inférieurs aux prévisions. Il y a un grand écart qui passe du simple au double (4,6 milliards contre 7,2 milliards). Cet écart s'expliquerait d'une part par le fait que des informations financières aux niveaux régional et district n'ont pas pu être obtenues d'une part et d'autre part par le fait que le plan prévoyait à cette date l'introduction de nouveaux vaccins avec un coût additionnel d'environ 836 350 000 FCFA.

Ces chiffres ne prennent pas en compte le financement communautaire (contributions des COGES). Les résultats de l'Etude sur le financement communautaire et le financement des activités (rapport provisoire, juin 2003) donnent un aperçu sur les possibilités de financement des activités du PEV par les COGES. Pour un échantillon de sept (07) districts du pays la contribution des COGES pour le fonctionnement du PEV en 2002 s'est élevée à dix millions huit cent quarante trois mille six cent quarante cinq (10 843 645) F CFA. Il s'agit essentiellement de dépenses de fonctionnement (entretiens, réparation et carburant

pour le transport). Ces ressources sont générées sur la vente des carnets de vaccinations internationaux, des cartes de vaccination, des médicaments, des vaccins et sérum anti-rabique.

Le choix de ces districts ayant été délibéré (districts bénéficiant d'une forte implication des COGES dans le financement du PEV), il reste entendu que ces résultats ne sauraient être généralisés à l'ensemble du pays.

Ces chiffres nous donnent une idée sur les possibilités d'implication de la population dans la prise de décision et de financement de leurs problèmes de santé.

Les JNV sont suffisamment financés par les partenaires au développement qui injectent à cette occasion dans le système presque l'équivalent de leurs contributions annuelles pour le PEV de routine.

6.2.5. Répartition du financement entre fonctionnement et investissement

Seules les données de l'année 2002 qui se prêtent mieux à cette classification seront présentées.

Tableau 10 : Répartition du financement par type de dépense en F CFA

Sources	Fonctionnement	Investissement
Budget ord Etat	754 146 651	1286000
Fonds PPTE	907 124 583	0
Fonds GAVI	61 005 470	90 996 370
A/ Partenaires	1 418 908 306	290 063 862
dont JNV	1 087 605 278	
Total	3 141 185 010	382 346 232

Sources : partenaires/PEV

Le financement du PEV de routine s'est élevé à environ 3 523 591 242 FCFA en 2002 dont 90 % était consacré au fonctionnement (vaccins, consommables, gaz etc.)

On ne peut pas aujourd'hui parler du financement du PEV au Burkina, sans évoquer l'Initiative de l'Indépendance vaccinale (IIV) et le fonds de l'alliance globale pour les vaccins et la vaccination (GAVI)

6.2.6. Initiative de l'Indépendance vaccinale (IIV)

Le Burkina s'est engagé dans l'initiative de l'Indépendance Vaccinale en 1997. Une initiative qui vise une certaine appropriation du PEV par le gouvernement en créant une ligne budgétaire consacrée exclusivement à l'achat des vaccins et des consommables.

Ce budget serait d'environ 430 millions par an. Dans le souci d'augmenter la couverture vaccinale, le Burkina a décrété la gratuité de la vaccination pour tous

enfants cibles du PEV. Cette gratuité n'est pas encore effective à cause de la rupture des stocks de consommables. Les populations sont souvent obligées de payer les seringues et les cartes de vaccination pour faire vacciner leurs enfants. Ce qui pourrait constituer une des raisons de non vaccination des enfants.

Le mécanisme de financement budgétaire de l'IIV peut se résumer comme suit : l'UNICEF mobilise un fonds de roulement qu'elle a constitué pour pré financer les vaccins. Et ce fonds est reconstitué par le déblocage des sommes réalisées sur la ligne budgétaire du ministère de la santé consacrée à l'achat des vaccins et consommables.

Pour respecter les délais et éviter d'éventuels problèmes de trésorerie, la Délégation de la Commission Européenne s'engage à couvrir totalement les achats de vaccins et consommables.

6.2.7. Alliance Globale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI)

Le PEV du Burkina bénéficie de l'apport de GAVI sur la base de l'engagement de du gouvernement du Burkina Faso à renforcer les services nationaux de vaccination sur une base durable, conformément à un plan pluriannuel 2001-2005. Les districts sanitaires seront évalués chaque année en matière de vaccination avec un système de suivi satisfaisant. Dans ces conditions les besoins énoncés non satisfaits sur le plan matériel et technique seront pris en charge par GAVI.

«GAVI est un fonds supplémentaire destiné à aider les pays bénéficiaires à élargir leur couverture vaccinale, améliorer la sécurité et l'efficacité du programme et pour l'introduction de nouveaux vaccins. Il doit permettre une meilleure coordination des contributions des partenaires et de développer le système d'information et des capacités institutionnelles à long terme. Il ne doit pas se substituer aux ressources existantes. Le bénéfice de ce fonds dure entre 3 et 8 ans ». (Source : Dossier de l'atelier sur le plan de viabilité financière à Douala au Cameroun 26–30 mai 2003)

Depuis 2001, le Burkina bénéficie de ce fonds (voir tableau ci-dessus). Les pays bénéficiaires doivent élaborer un plan de viabilité financière à la fin de la deuxième année. Le plan de viabilité financière du Burkina est en cours d'élaboration.

La disponibilité financière de GAVI pour le Burkina dans les cinq années (à partir de 2002) était de 4 962 000 \$ US. (Source : estimated five-year commitment in US \$ to 64 countries november 2002) Cette somme se répartie comme suit :

Le pays a mobilisé de 2001 à aujourd'hui, environ 2 603 900 \$ US (437000 en 2003 vient d'arriver, 418.900 \$ US en 2002 et 874.000 \$ US en 2001) (Source : Dossier GAVI, PEV).

Le bilan d'exécution en F CFA des fonds GAVI jusqu' en 2002 se présente comme suit :

Tableau 11 : Bilan d'exécution des fonds GAVI

Type de dépense	Montants en FCFA
Débloccage non spécifié	48 000 000
Achats de seringues	152 001 840
Achats vélomoteurs	63 000 000
Mobilisation sociale	42 000 000
Total dépensé	305 001 840
Total reçu	617 044 000
Montant non utilisé	312 042 160

Source : PEV

Au regard de ce tableau, nous pouvons estimer la capacité d'absorption du PEV à environ 50 %, soit l'équivalent des sommes perçues en 2001. La nouveauté du processus de financement par le fonds GAVI n'a pas facilité la mise en place rapide des sommes nécessaires par la BCEAO et le trésor public pour la mise en œuvre des activités concernant la première tranche reçue en 2001 (Source : Rapport initial des pays).

6.2.8. Besoin de financement

L'exécution du plan quinquennal du programme élargi de vaccination 2001–2005 nécessite une mobilisation des ressources financières d'un montant global de trente trois milliards neuf quatre vingt dix millions trois cent soixante mille (33 990 360 000) F CFA dont onze milliards cinquante six millions trois soixante mille (11 056 360 000) F CFA soit environ 30 % pour l'introduction des nouveaux vaccins à partir de 2002.

Le financement prévisionnel se répartit comme suit :

- trois milliards trois cent soixante huit millions vingt mille (3 368 020 000) F CFA, sur le budget national ;
- deux cent soixante seize millions cinq cent mille (276 500 000) F CFA pour l'OMS ;
- et quatre milliards quatre cent cinquante huit millions quatre cent mille (4 458 400 000) F CFA pour l'UNICEF.

Le besoin de financement s'élèverait alors à vingt cinq milliards huit cent quatre vingt sept millions quatre cent quarante mille (25 887 440 000) F CFA.

La transformation du service de prévention par les vaccinations (SPV) en direction de la prévention par les vaccinations (DPV) a des incidences financières liées au renforcement de cette structure en ressources humaines et matérielles qu'il ne faudrait pas perdre de vue.

6.2.9. Difficultés liées au Financement du PEV

Le PEV connaît actuellement des problèmes de ruptures de stocks de vaccins et de consommables qui sont entrain de se généraliser à tous les antigènes et de s'étaler également dans le temps (Source : Gestion logistique). Ces ruptures sont dues :

- aux délais de mobilisation des fonds plutôt qu'à leurs insuffisances (procédures administratives et douanières lourdes, faible suivi des dossiers par le niveau central, etc.) ;
- à la qualité défectueuse de communications entre le PEV , la DAF santé et l'UNICEF ;
- à l'insuffisance des activités de supervision par le niveau central qui ne sont pas réalisées depuis 2002.

Selon les partenaires financiers, le PEV au Burkina est bien financé. Cependant des difficultés se situeraient essentiellement deux niveaux :

- **La mobilisation des ressources**

- les fonds PPTTE ne sont pas suffisamment mobilisés faute d'un suivi efficace des dossiers ;
- les justificatifs relatifs à l'utilisation des fonds ne viennent pas à temps pour permettre le décaissement des autres fonds prévus ;
- des fonds restent souvent sans pouvoir être décaissés.

- **La gestion des ressources**

- il y a des centres qui ont 2 ou 3 réfrigérateurs neufs non déballés pendant que d'autres n'ont presque rien ou peut être que de vieux réfrigérateurs usagés ;
- la mobilité du personnel est un handicap ; comme le souligne ce cri du cœur d'un responsable : « Nous formons des agents qui au bout de quelques années font les concours professionnels pour partir ; il faut toujours recommencer avec des débutants et cela coûte de l'argent et du temps ; 60 à 80 % de nos agents formés sont partis ».

Les partenaires de façon quasi unanime émettent des réserves quant à la qualité des données statistiques produites. Par rapport à la capacité managériale du niveau central, certains se posent des questions :

- « Comment peut on expliquer les ruptures de stock au niveau central ? » ;
- « pourquoi n'existe-il pas de description de tâches pour responsabiliser les uns et les autres ? » ;
- « Quel crédit accordé aux statistiques, lorsque après des taux de couverture de 120 % on n'échappe pas aux épidémies de maladies ? » ;
- « Comment apprécier l'organisation du travail en l'absence d'un système efficace d'archivage des statistiques » ;
- « comment expliquer tout ce flottement entre le départ du directeur et l'arrivée d'un nouveau ».

6.3. Enquête de couverture vaccinale

L'objectif général était d'évaluer la couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois et celle des mères d'enfants de 0 à 11 mois [selon le calendrier vaccinal](#).

Plus spécifiquement il s'est agit de :

- Mesurer la proportion d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés dans le cadre du PEV au Burkina Faso ;
- déterminer la proportion d'enfants complètement vaccinés selon le calendrier du PEV ;
- estimer le taux d'abandon entre DTC1/DTC3 et BCG/VAR ;
- déterminer la proportion d'enfants protégés à leur naissance contre le tétanos néonatal ;
- comparer les résultats obtenus à ceux de la couverture administrative (routine) ;
- apprécier les raisons de non vaccination des enfants de 12 mois à 23 mois.

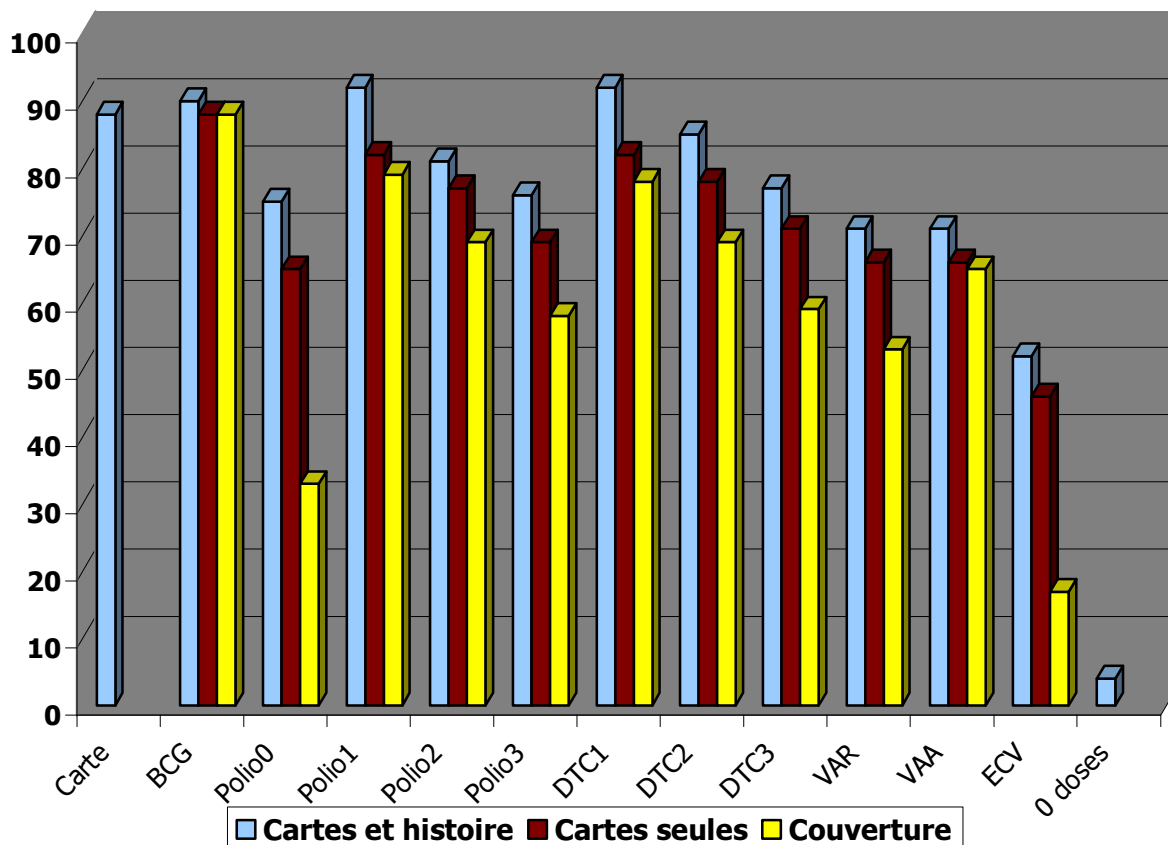
L'enquête de couverture vaccinale a concerné :

- 11 080 enfants de 12 à 23 mois : soit une moyenne de 213 enfants par district ;
- 11 293 mères d'enfants de 0 à 11 mois : soit une moyenne de 217 mères par district ;
- 4 373 enfants partiellement ou non vaccinés pour lesquels les Raisons de non vaccination ont été recherchées ;
- 8 113 ménages d'enfants de 12 à 23 mois pour apprécier les relations entre la pauvreté et la vaccination.

Les principaux résultats sont présentés ci-dessous.

6.3.1. Vaccination des enfants de 12 à 23 mois

Figure 4 : Proportions d'enfants vaccinés selon la source d'information (carte ou histoire, carte uniquement) et couverture vaccinale (doses valides) par antigène.



On constate que la conservation des documents est bonne dans l'ensemble (88% de disponibilité des cartes). L'écart entre la proportion d'enfants vaccinés selon les cartes uniquement et la couverture est prononcé au niveau du Polio0 et des Enfants Complètement Vaccinés.

Seuls 17% des enfants ont reçu la série complète de vaccination conformément au calendrier du PEV et près de 5% des enfants n'ont reçu aucun antigène.

6.3.1.1. Proportions d'enfants vaccinés selon carte ou histoire par district

Tableau 12 : Proportion d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés selon carte et histoire par district

District	Carte	BCG	Polio0	Polio1	Polio2	Polio3	DTC1	DTC2	DTC3	VAR	VAA	ECV	Aucun vaccin
Banfora	87,8	83,1	90,1	85,4	74,2	53,1	88,3	77,5	66,2	67,6	67,1	43,7	2,8
Sindou	99,1	98,6	88,3	98,6	95,3	87,8	98,6	95,8	92,5	85,4	83,1	69,5	0,5
Dandé	86,8	92,0	77,8	92,5	84,9	77,8	91,5	84,9	78,8	75,0	73,6	59,0	4,3
Houndé	93,9	95,8	72,8	90,6	82,2	75,6	88,7	81,2	74,6	68,5	68,5	51,6	2,8
Orodara	78,2	90,0	37,0	88,6	77,3	67,3	87,2	77,3	67,3	64,9	64,0	23,2	7,1
Secteur 15	90,7	94,0	60,0	89,8	85,6	78,1	89,8	85,6	78,1	77,2	71,6	47,0	3,3
Secteur 22	96,1	97,6	78,2	97,6	93,7	86,5	90,3	89,9	86,0	75,8	71,5	58,5	1,0
Boromo	90,1	94,8	87,8	91,5	87,3	73,7	93,0	87,8	81,2	77,0	75,6	62,0	3,3
Dédougou	82,2	83,2	63,1	81,3	75,7	64,0	82,2	77,6	64,5	68,2	67,8	41,1	13,6
Nouna	77,7	84,8	53,6	91,0	78,7	63,5	90,5	79,1	63,5	67,3	64,9	35,1	5,2
Solenzo	93,6	97,7	85,5	99,1	94,5	89,5	98,6	94,1	88,6	85,9	87,3	70,9	0,0
Toma	89,5	93,3	82,9	95,2	89,5	81,4	94,3	89,5	81,4	76,7	76,7	61,9	3,3
Tougan	86,6	90,7	74,5	92,1	89,8	83,8	93,1	90,7	85,2	45,8	78,7	35,2	3,2
Dori	70,0	83,6	66,2	96,2	85,9	70,9	94,8	83,1	70,0	58,2	58,2	32,9	1,9
Djibo	52,6	48,4	62,9	80,3	60,6	43,2	77,5	60,6	44,1	50,7	45,5	21,1	8,0
Gorom-gorom	73,0	77,7	76,7	81,9	69,8	51,6	89,3	75,8	61,4	59,5	59,5	30,2	5,6
Séba	87,2	79,6	84,4	90,0	82,9	61,6	91,0	83,4	63,5	67,3	67,3	48,3	5,7
Bogandé	93,9	96,2	81,6	96,2	94,8	87,7	95,3	94,3	87,7	83,0	82,5	68,9	2,4
Diapaga	89,5	94,7	79,9	97,6	94,7	88,0	97,6	94,3	89,5	81,8	79,9	61,7	0,5
Fada	81,9	79,5	60,9	90,7	72,1	54,4	88,4	72,1	54,0	64,7	66,0	34,9	3,7
Pama	69,9	70,4	84,7	89,8	79,2	68,5	88,0	79,2	68,1	67,6	68,1	50,0	6,0
Batié	48,6	84,0	81,1	90,1	84,0	74,1	91,0	84,4	73,6	60,4	59,9	47,2	3,8
Dano	93,3	91,9	82,9	89,5	83,3	77,6	87,6	82,9	78,6	61,9	61,9	52,9	5,2
Diébougou	83,8	97,1	93,8	96,7	94,8	91,4	96,7	94,8	91,9	86,2	85,2	79,1	1,0
Gaoua	65,1	82,1	77,4	79,7	72,6	64,6	78,8	70,8	67,9	68,9	68,4	50,5	10,4
Barsalgo	98,1	98,1	71,2	96,7	93,4	87,7	96,2	94,8	88,7	80,2	79,7	59,0	1,4
Boulsa	89,8	94,4	67,6	97,2	95,4	89,4	98,6	95,8	91,2	86,1	84,7	57,4	0,9
Kaya	94,3	99,1	71,7	99,5	97,6	96,7	98,6	97,2	96,2	92,9	92,9	65,1	0,0
Kongoussi	94,9	97,7	74,9	99,1	97,7	90,7	99,1	98,1	91,2	85,1	85,1	64,7	0,9

District	Carte	BCG	Polio0	Polio1	Polio2	Polio3	DTC1	DTC2	DTC3	VAR	VAA	ECV	Aucun vaccin
Koudougou	88,5	92,3	72,6	89,9	79,8	65,4	89,9	79,3	66,8	61,5	57,2	43,8	5,3
Léo	82,7	83,2	70,7	91,3	83,7	65,4	93,3	88,0	71,2	45,7	63,5	26,9	2,4
Nanoro	84,7	96,3	87,9	93,5	87,4	82,3	92,6	87,4	82,3	78,6	76,3	65,6	0,5
Réo	89,3	88,8	70,4	88,3	80,1	68,0	87,9	80,6	68,0	62,1	61,2	42,7	8,3
Kombissiri	98,1	100,0	99,1	94,8	92,5	84,0	94,8	92,0	84,0	59,0	72,2	58,5	0,0
Manga	98,6	99,1	58,3	99,1	97,6	93,8	99,1	97,6	93,8	88,6	89,6	50,2	1,0
Po	95,4	95,8	90,7	96,7	92,6	86,0	94,9	91,6	86,0	85,6	84,2	73,0	1,4
Saponè	90,5	92,9	90,0	91,5	88,2	81,5	93,8	88,2	82,0	76,3	75,4	67,8	3,3
Kossodo	95,8	97,6	87,7	93,9	89,2	80,2	93,9	89,2	80,7	71,2	70,8	62,7	1,4
Paul VI	97,7	95,3	93,0	93,0	89,3	83,9	93,0	89,3	83,6	77,1	77,1	72,9	2,3
Pissy	94,8	96,7	91,0	96,2	93,4	86,8	96,2	93,4	86,3	79,7	79,2	75,0	1,9
Secteur 30	93,0	99,1	96,3	97,7	91,1	83,6	95,8	89,7	83,6	73,4	72,9	70,1	0,5
Yako	94,4	91,7	66,2	89,8	82,4	75,0	89,4	82,4	75,0	58,8	52,8	38,0	5,6
Ouahigouya	94,8	83,9	67,3	89,1	82,5	66,8	91,5	83,9	73,0	72,0	69,7	39,8	4,7
Séguénéga	98,6	94,5	66,4	96,8	92,2	83,9	96,8	92,6	83,9	83,4	82,9	55,3	1,4
Titao	93,9	82,1	26,4	91,0	78,8	61,3	91,0	78,8	61,3	63,7	59,0	18,9	4,7
Koupéla	92,1	96,3	79,9	96,3	93,9	89,3	95,8	93,0	88,3	85,5	85,0	67,3	1,4
Ouargaye	87,4	82,5	52,9	86,1	75,3	66,8	85,7	74,9	64,6	65,0	61,9	36,3	9,4
Tenkodogo	90,4	90,4	77,1	88,1	85,3	79,8	87,2	85,3	78,9	69,7	69,7	57,8	7,8
Zabré	87,0	87,0	73,5	95,3	90,7	82,8	94,4	90,7	82,3	79,1	76,7	58,1	3,7
Boussé	92,1	95,8	90,2	94,0	91,6	86,5	94,0	90,7	86,5	80,0	79,1	73,0	2,3
Ziniaré	94,3	92,9	84,4	90,5	76,8	70,1	88,2	76,8	71,1	59,2	58,8	51,2	3,8
Zorgho	79,3	90,6	79,3	88,3	77,9	62,4	88,3	77,9	62,4	57,7	54,0	40,9	5,6
Moyenne Pays	88,1	90,3	74,6	91,8	81,2	75,9	91,4	85,4	77,0	71,6	71,3	52,1	3,6

En considérant le BCG, la proportion d'enfants vaccinés va de 48% (Djibo) à 100% (Kombissiri) avec une moyenne nationale de 90%.

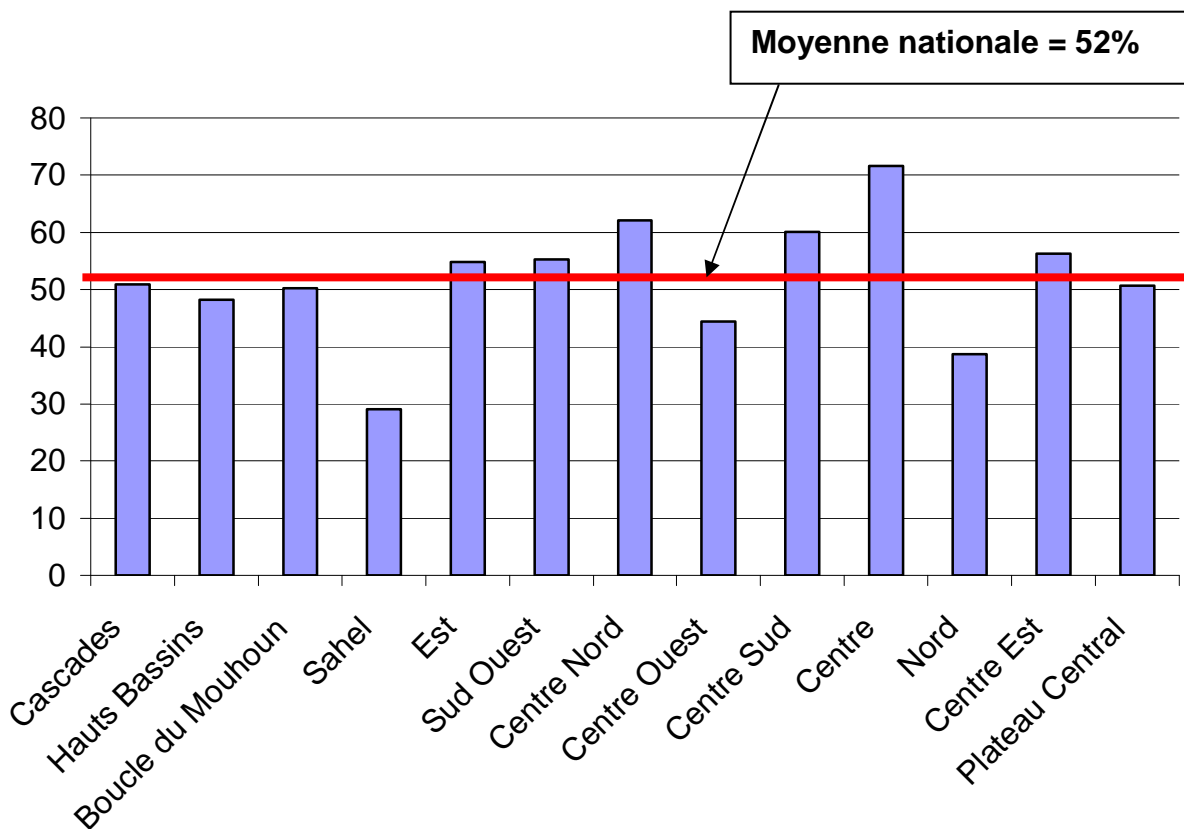
On constate aussi une grande disparité de la proportion d'enfants vaccinés au DTC3 entre districts sanitaires. Les taux les plus faibles se rencontrent dans les districts suivants : Dédougou, Nouna, Djibo Gorom Gorom, Fada, Titao et Zorgho.

Quant au VAR, des proportions élevées (au-delà de 80%) sont retrouvées à : Sindou, Solenzo, Bogandé, Diapaga, Diébougou, Boulsa, Kaya, Kongoussi, Manga, Pô, Séguénéga, et Koupéla alors que les districts de Léo et Tougan ont les proportions les plus basses (moins de 50%).

Qu'en est-il des proportions d'enfants complètement vaccinés par région sanitaires ?

6.3.1.2. Proportion d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés selon carte ou histoire par région sanitaire

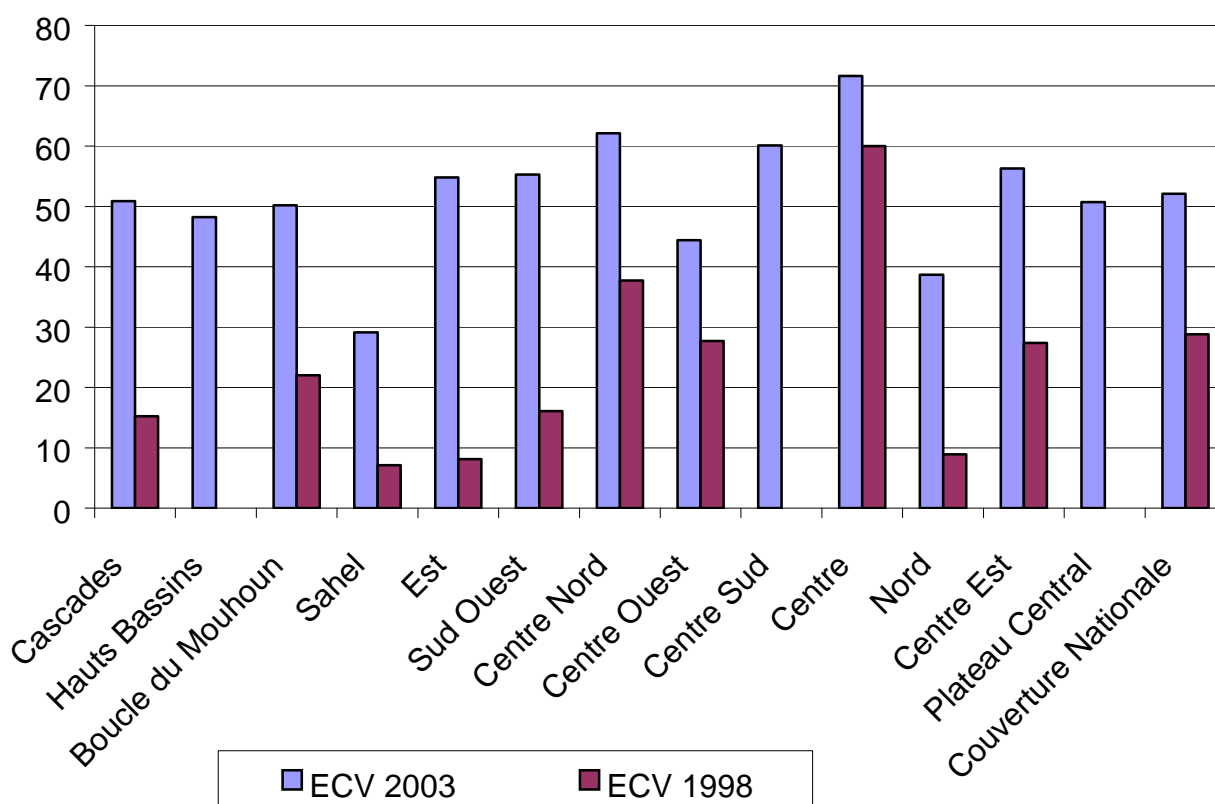
Figure 5 : Proportion d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés selon carte ou histoire par région sanitaire



Six régions sanitaires ont une proportion d'enfants complètement vaccinés supérieure à la moyenne nationale (52%).

Les proportions les plus basses sont celles des régions du sahel (29%) du Nord (39%) et du Centre Ouest (41%). Par contre les régions du Centre, du Centre Nord et du Centre Sud ont les meilleures proportions qui sont respectivement 71%, 62% et 60%.

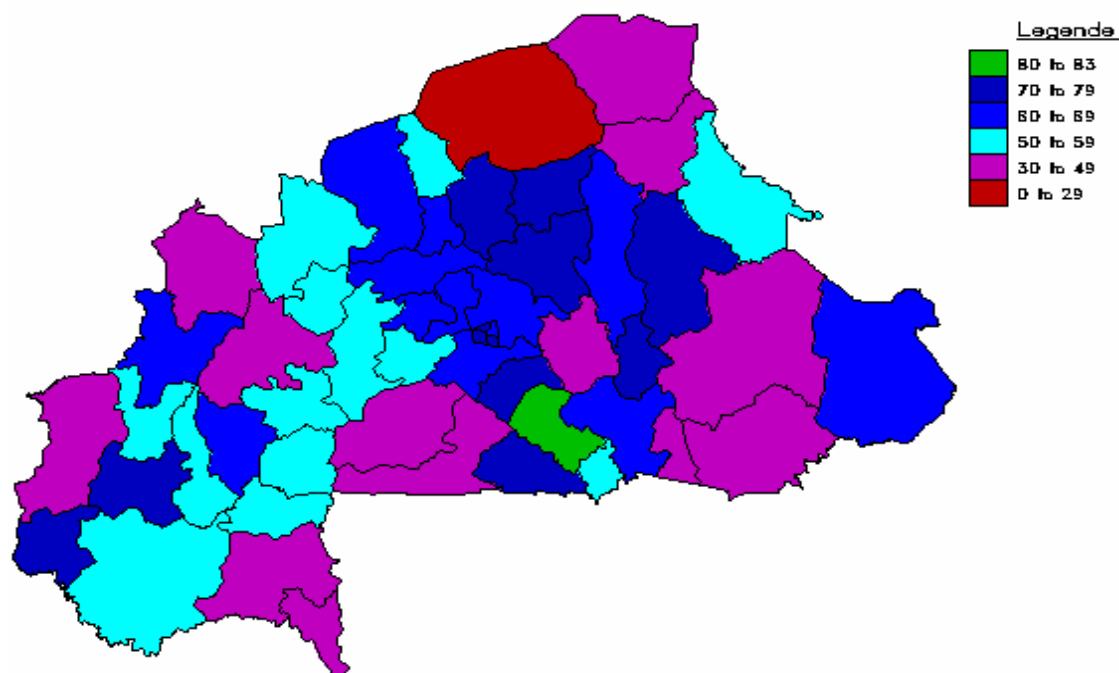
Figure 6 : Comparaison des proportions d'enfants complètement vaccinés lors de l'enquête de 1998 avec celles de 2003.



Une comparaison avec les résultats de la Revue du PEV de 1998 laisse observer une nette amélioration de la proportion d'enfants complètement vaccinés quelque soit la région sanitaire. Nous pouvons aussi remarquer que les régions de l'Est du Sud Ouest et du Nord sont celles qui ont connu une forte amélioration.

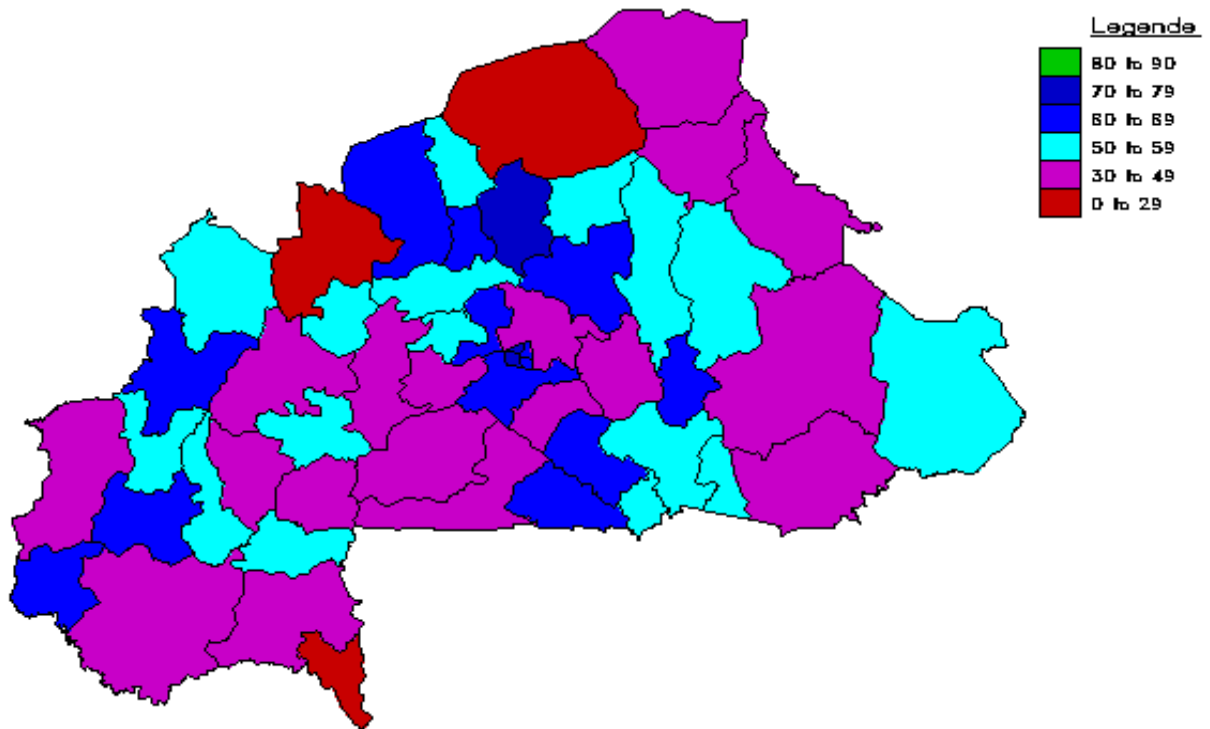
Pour les régions sanitaires du Centre Sud et du plateau central, la comparaison est impossible dans la mesure où ces régions n'existaient pas en 1998. De même des modifications sont intervenues dans la configuration de la région des Hauts bassins rendant difficile toute comparaison.

Figure 7 : Distribution de la couverture vaccinale DTC3 par district selon les données des sondages (doses valides)



Les couvertures les plus faibles pour DTC3 sont 18 % à Djibo, 30% pour Batié, et 30 % pour Zorgho. Pour le même antigène, les couvertures les plus élevées s'observent à Kaya (78 %), Paul VI (79%), et à Manga (83 %).

Figure 8 : Distribution de la couverture vaccinale VAR par district selon les données du sondage (doses valides).



Trois districts sanitaires (Batié, Djibo et Tougan) ont moins une faible couverture en VAR (moins de 30%). Par ailleurs on relève des taux les plus élevés de 70% (Pissy et Kongoussi) et 72% pour Paul VI.

Figure 9 : Couverture vaccinale BCG, DTC3 et VAR par région sanitaire

La couverture par région est résumée dans la figure ci-dessus. Elle présente des écarts peu prononcés pour les trois antigènes que sont BCG, DTC3 et VAR, et ceci à l'exception des régions sanitaires du Sahel et Sud Ouest.

6.3.1.3. Comparaisons des données de l'E.C.V avec les données de routine

Tableau 13 : Tableau comparatif des couvertures administratives en DTC3 et des données de l'enquête 2003

District sanitaire	DTC3 Adm	DTC3 Ecv/carte
BANFORA	59,10	62,0
BARSALGHO	79,30	87,7
BATIE	101,40	37,3
BOULSA	68,90	82,9
BOGANDE	66,60	82,5
BOROMO	77,90	73,7
BOUSSE	82,80	77,7
DANDE	48,60	68,9
DANO	93,70	75,7
DORI	77,90	50,7
DIAPAGA	94,20	78,5
DJIBO	47,90	33,3
DEDOUGOU	61,20	57,9
DIEBOUGOU	85,20	77,1
FADA	68,04	45,6
GAOUA	79,50	52,4
GOROM	63,90	54,9
HOUNDE	71,20	69,5
KAYA	77,70	91,5
KONGOUSI	92,80	88,8
KOUDOUGOU	58,60	62,5
KOSSODO	47,20	77,8
KOUELA	79,40	83,6
KOMBISSIRI	52,80	81,6
LEO	72,00	62,5
MANGA	93,00	92,9
NANORO	58,50	79,5
NOUNA	58,30	52,1
OUARGAYE	56,30	56,5
ORODARA	50,60	55,9
OUAHIGOUYA	71,60	73,0
PAMA	66,40	54,2
PAUL VI	79,20	83,2
PISSY	56,30	83,0
PÔ	71,30	84,2
REO	51,10	67,0
SAPONE	80,80	77,7
SEBBA	80,70	56,9
SINDOU	95,60	91,5
SECT.30	69,70	79,0
SECT.15B	58,60	72,6
SECT.22B	67,80	84,1
SEGUENEGA	78,70	83,9
SOLENZO	94,50	84,5

TOMA	90,20	69,0
TOUGAN	76,50	74,1
TENKODOGO	63,90	71,6
TITAO	73,50	61,3
YAKO	59,80	75,0
ZABRE	72,30	72,6
ZINIARE	70,50	67,8
ZORGHO	49,90	51,6
BFA	69,10	

Tableau 14 : Tableau comparatif des couvertures administratives en VAR et des données de l'enquête 2003

DISTRICT SANITAIRE	VAR ADM	VAR ECV
BANFORA	55,50	63,4
BARSALGHO	80,60	79,2
BATIE	79,70	34,4
BOULSA	57,90	75,9
BOGANDE	64,00	78,8
BOROMO	69,70	71,4
BOUSSE	66,20	71,6
DANDE	51,70	66,5
DANO	72,80	60,0
DORI	69,60	45,1
DIAPAGA	82,70	75,1
DJIBO	48,50	34,7
DEDOUGOU	67,05	61,7
DIEBOUGOU	74,70	72,4
FADA	73,90	54,9
GAOUA	65,60	54,7
GOROM	63,90	51,2
HOUNDE	68,10	63,8
KAYA	73,60	88,7
KONGOUSSI	79,40	82,8
KOUDOUGOU	57,70	56,7
KOSSODO	38,80	68,4
KOUELA	67,30	80,8
KOMBISSIRI	46,60	57,1
LEO	61,30	42,8
MANGA	81,40	87,7
NANORO	55,70	75,3
NOUNA	64,10	57,8
OUARGAYE	52,50	60,1
ORODARA	53,30	53,9
OUAHIGOUYA	68,90	72,0
PAMA	76,40	53,7
PAUL VI	68,30	75,7
PISSY	51,10	77,4
PÔ	65,20	84,2
REO	51,20	61,7
SAPONE	77,70	72,0

SEBBA	64,20	59,2
SINDOU	84,60	84,0
SECT.30	57,00	69,2
SECT.15B	54,40	73,0
SECT.22B	69,30	73,4
SEGUENEGA	72,50	83,4
SOLENZO	76,60	83,2
TOMA	98,10	66,2
TOUGAN	71,80	39,4
TENKODOGO	65,60	66,1
TITAO	74,80	63,7
YAKO	48,60	58,8
ZABRE	76,70	72,1
ZINIARE	62,90	55,9
ZORGHO	42,60	42,7
BFA	64,2	

6.3.1.4. Doses valides

Tableau 15: Proportion d'enfants vaccinés avec doses valides par région sanitaire.

Régions sanitaires	BCG	Polio0	Polio1	Polio2	Polio3	DTC1	DTC2	DTC3	VAR	VAA	ECV
Cascades	87,1	33,6	79,6	67,4	50,4	79,6	68,3	58,1	50,7	67,0	13,6
Hauts Bassins	93,2	35,9	79,1	69,3	59,6	77,4	68,6	59,9	54,6	63,7	17,5
Boucle du MHN	88,3	24,5	75,3	65,4	53,8	74,9	65,4	54,2	50,0	66,5	11,0
Sahel	64,0	12,1	49,4	39,9	29,9	51,3	41,8	34,6	33,0	40,7	5,3
Est	85,3	29,4	78,2	69,3	59,1	77,6	69,6	60,4	51,1	67,5	14,9
Sud Ouest	83,4	27,6	64,6	53,4	43,3	63,2	52,4	45,3	41,4	55,4	11,8
Centre Nord	93,7	28,7	87,7	80,6	72,3	87,6	81,0	73,0	64,0	80,3	16,2
Centre Ouest	88,7	32,1	80,7	67,5	53,8	80,2	68,8	56,5	45,5	57,8	13,4
Centre Sud	96,9	31,9	89,0	82,4	74,1	89,7	82,9	74,6	60,3	78,9	18,0
Centre	96,2	67,3	89,7	82,2	74,0	88,4	80,7	73,3	67,5	72,7	43,0
Nord	87,3	25,5	86,5	73,9	59,9	87,2	73,9	61,3	56,8	64,6	11,0
Centre Est	88,4	32,5	78,9	70,4	63,3	78,7	71,1	63,3	57,3	67,9	18,3
Plateau central	90,2	39,3	73,9	61,5	51,0	71,6	60,1	49,6	42,5	51,4	13,6
Ensemble du pays	88,4	33,0	78,7	69,0	58,6	78,3	69,0	59,7	53,1	65,0	16,8

La prise en compte des doses valides (respect de l'âge et des intervalles pour l'administration des doses) entraîne une chute importante de la couverture vaccinale quelque soit la région considérée.

Pour le DTC3 et le VAR, trois régions sanitaires (Centre, Centre Nord et Centre Sud) ont les meilleures couvertures (respectivement au dessus de 65% et 60%) ; tandis que les régions du Sahel, du Sud Ouest et du Plateau central ont les plus faibles couvertures.

Tableau 16 : Proportions de doses non valides par région sanitaire

Région	Polio0	DTC3	VAR
Cascades	62	5,8	26,5
Hauts Bassins	48	5,6	18,9
Boucle du MHN	67	6,7	21,3
Sahel	75	3,7	20,2
Est	62	3,4	24,8
Sud Ouest	67	10,2	27,5
Centre Nord	60	6,4	22,9
Centre Ouest	61	6,1	23,9
Centre Sud	59	4,5	20,9
Centre	27	2,7	8,2
Nord	58	4,4	17,0
Centre Est	55	3,8	18,0
Plateau central	53	8,5	19,3
Ensemble du pays	57	5,3	20,0

Ce tableau montre une grande disparité dans la répartition des proportions de doses non valides selon les régions sanitaires.

Pour le Polio0 en moyenne 57% des doses administrées ne sont pas valides avec des extrêmes allant de 27% (Centre) à 75% (Sahel).

Pour le VAR, en moyenne 20% des doses administrées ne sont pas valides avec des extrêmes allant de 8% (Centre) à 27% (Sud Ouest).

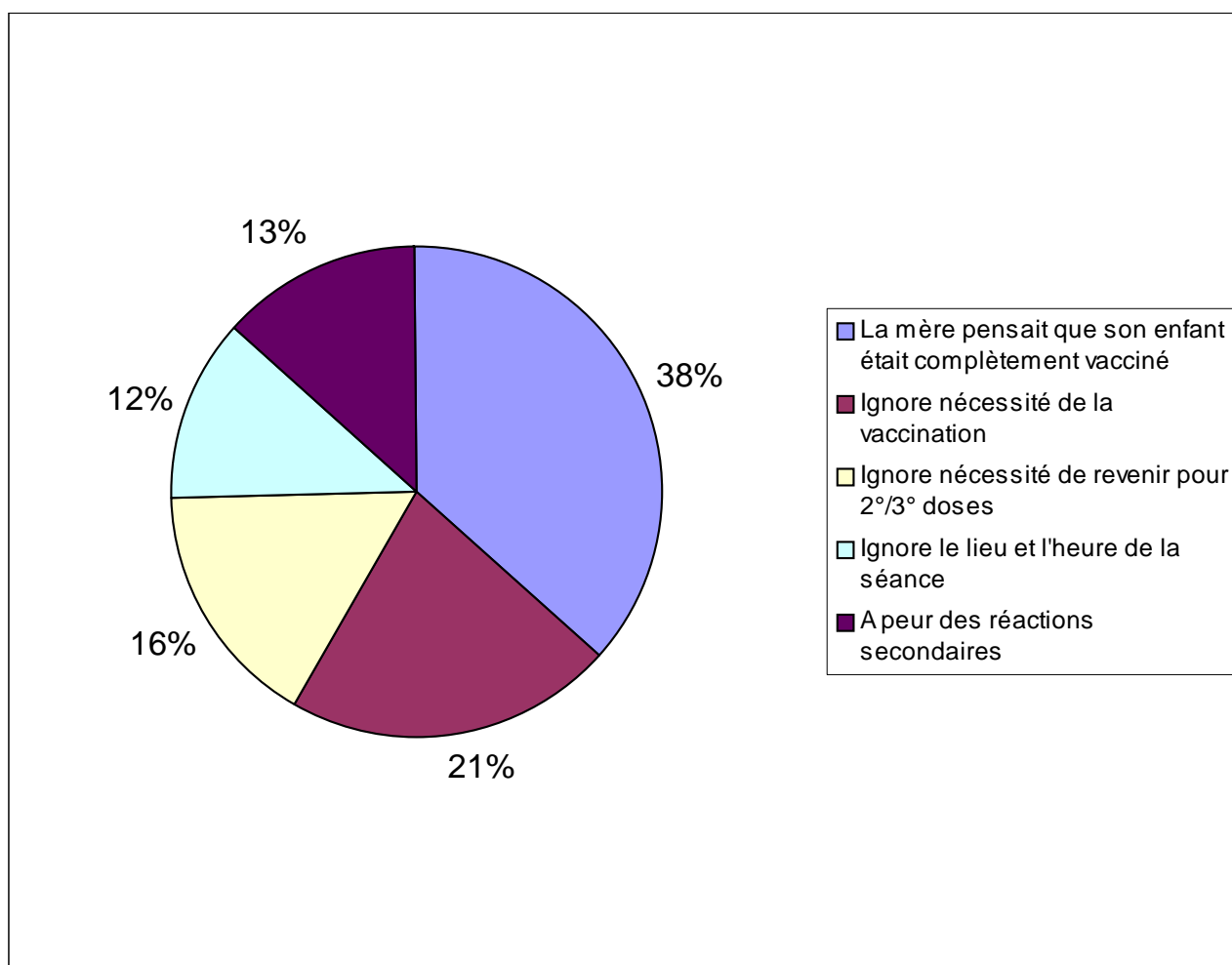
Cette forte proportion de doses non valides nous amène à nous poser les questions suivantes :

1. n'existe-t-il pas de directives claires pour le respect de l'âge d'administration des vaccins ?
2. Les agents vaccinateurs sont-ils bien formés pour une administration adéquate des vaccins ?
3. La supervision des agents vaccinateurs est-elle de bonne qualité pour assurer un respect des instructions ?

6.3.1.5. Principales raisons de non vaccination

La figure suivante présente les principales raisons de non vaccination des enfants selon les déclarations des mères.

Figure 10 : Principales raisons de non vaccination des enfants de 12 à 23 mois : niveau national



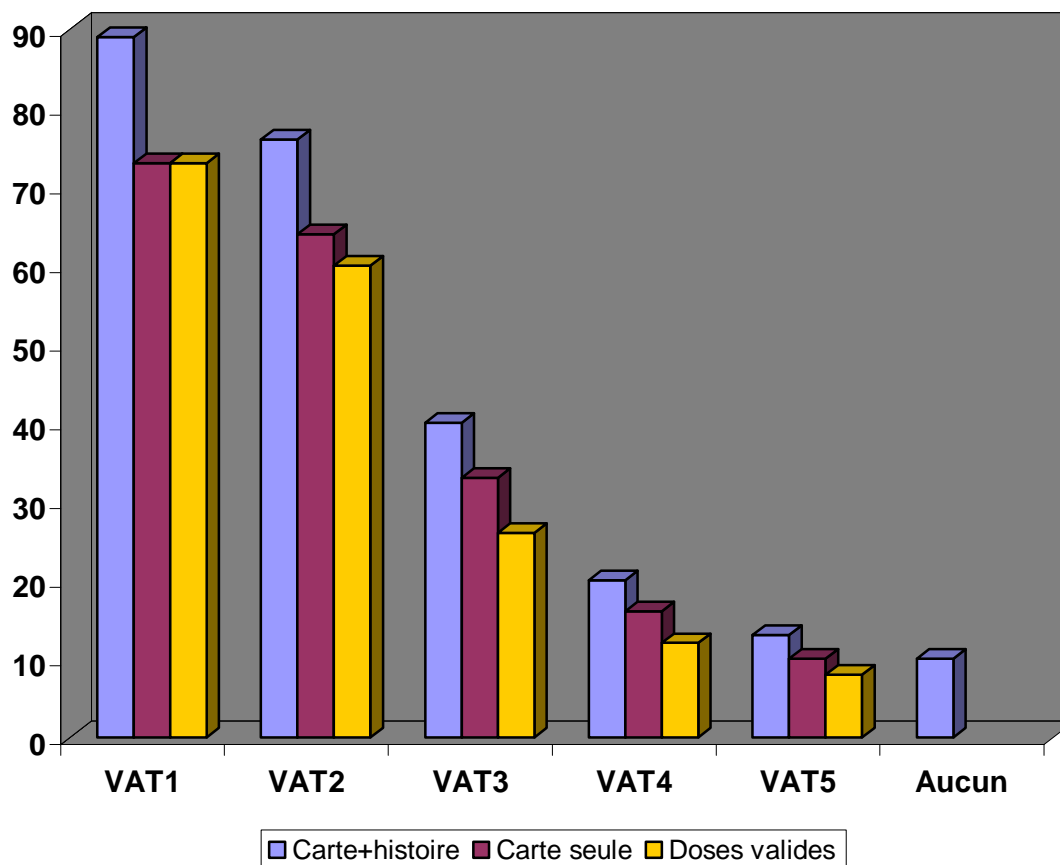
Nous pouvons remarquer que les principales raisons évoquées sont :

- La méconnaissance de l'importance de la vaccination
- la méconnaissance du calendrier vaccinal
- la non disponibilité des vaccins
- l'absence de l'agent vaccinateur
- le prix des seringues et cartes
- les contraintes familiales

En dehors des contraintes familiales les raisons de non vaccination sont essentiellement liées à des insuffisances de la gestion du programme de vaccination.

6.3.2. Vaccination des mères d'enfants de 0 à 11 mois

Figure 11 : Couverture antitétanique de mères d'enfants de 0 à 11 mois et proportions de mères vaccinées selon carte ou histoire ou selon carte uniquement.



Près de 60% des mères ont reçu au moins VAT2, très peu de mères étaient complètement vaccinées (VAT5) et environ une mère sur 10 n'avait reçu aucune dose de VAT.

Figure 12 : Carte de répartition de la proportion de mères d'enfants de moins d'un an ayant reçu le VAT par district

L'examen de la couverture vaccinale anti-tétanique des mères indique :

- douze (12) districts ont un taux de couverture inférieur à 50%, (districts de Dori, Djibo, Gorom gorom, Séba, Fada, Pama, Batié, Gaoua, Léo, Ouahigouya, Titao, Zorgho) ;
- vingt huit (28) districts ont des performances comprises entre 60 et 80%, et
- douze (12) districts ont une performance supérieure ou égale à 80% de couverture. (Sindou, secteur 22 Bobo, Diapaga, Barsalogo, Kaya, Nanoro, Kossodo, Paul VI, Pissy, Manga, Koupéla, Tenkodogo) (VAT 2).

6.3.3. Proportion d'enfants protégés à la naissance

La moyenne nationale des enfants protégés à la naissance est de 50%. Ces couvertures varient de 22,2% (Sahel) à 68,5% (centre Nord).

Sept (7) régions ont un taux de couverture inférieur à la moyenne nationale. Ce sont les régions de la Boucle du Mouhoun, Sahel, Est, Sud Ouest, centre Ouest, Nord, Plateau central.

La protection des enfants nécessite au moins deux administrations du VAT à la mère dont la dernière 15 jours avant la naissance.

Les raisons d'une faible proportion d'enfants protégés peuvent être de trois ordres :

La faiblesse de la stratégie d'immunisation des femmes en âge de procréer.

La survenue tardive de la première consultation prénatale (après 6 mois voire 8 mois de grossesse, ce qui laisse souvent peu de temps pour terminer le calendrier vaccinal. Des actions en vue d'assurer la consultation précoce et une meilleure disponibilité de la vaccination pourrait améliorer la situation.

La faible disponibilité des services de vaccination antitétanique (ruptures fréquentes et faible intégration des services)

Figure 13 : Proportion de femmes et d'enfants protégés à la naissance contre le tétanos selon les régions sanitaires

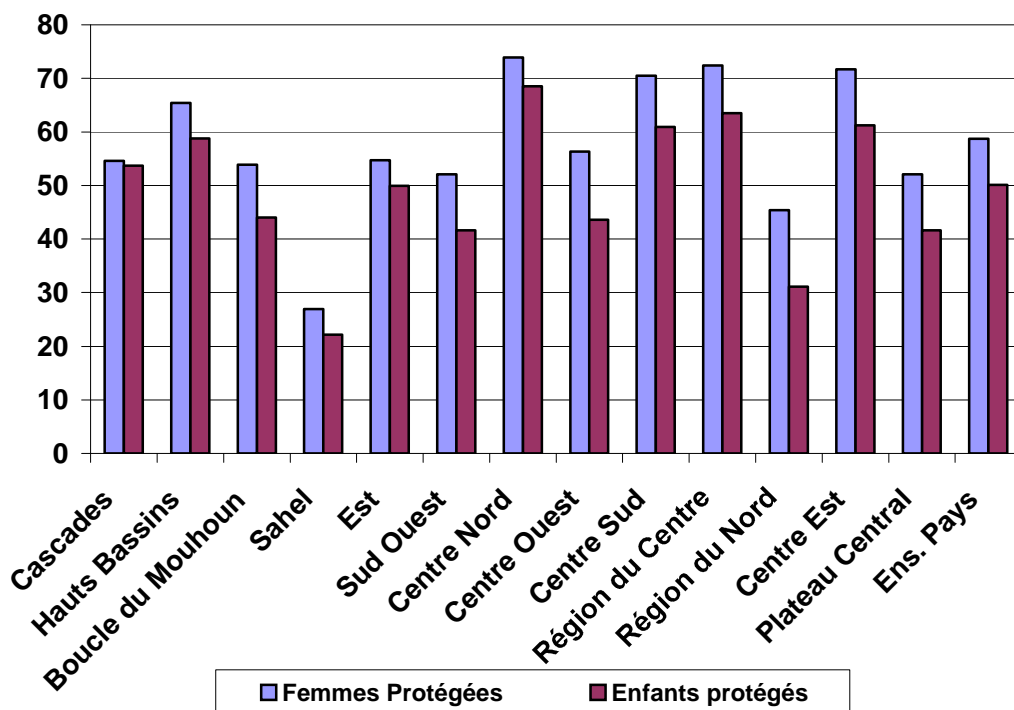
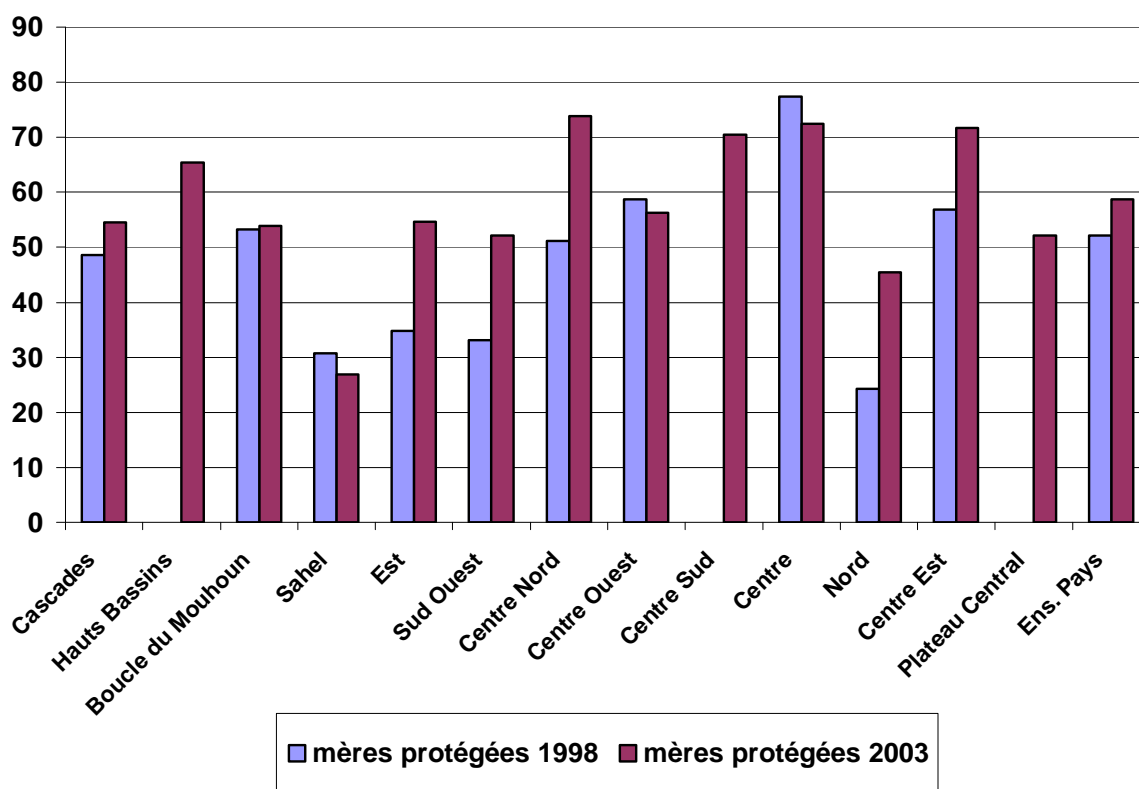
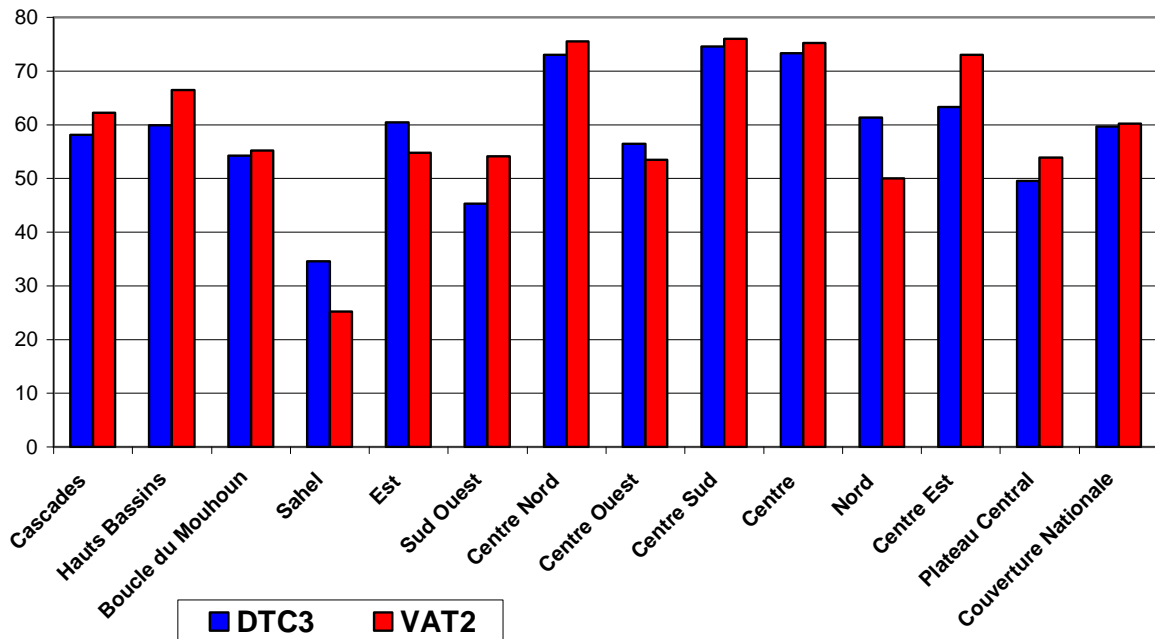


Figure 14 : Comparaison des proportions de femmes protégées contre le tétanos lors des enquêtes de 1998 et 2003.



Les régions de l’Est, du Sud Ouest et du Nord ont connu une forte augmentation de la proportion de mères protégées contre le tétanos entre 1998 et 2003 tandis que cette proportion a légèrement régressé au centre au centre Ouest et au Sahel.

Figure 15 : Relation entre la couverture vaccinale des mères et celle des enfants



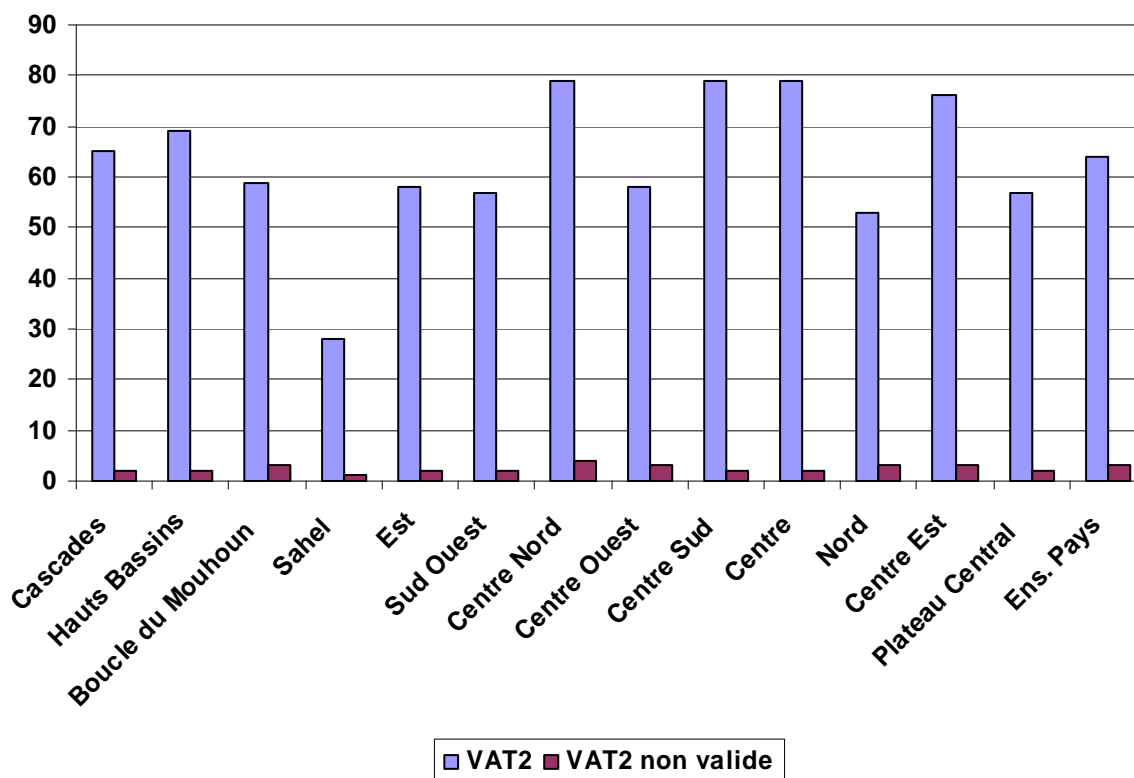
Nous pouvons remarquer que les régions où la couverture vaccinale des mères est bonne, celle des enfants est aussi bonne et vice versa.

6.3.4. Respect du calendrier vaccinal par les agents de santé

2,5% des doses de VAT 2 administrées par les agents de santé à l’échelle du pays sont non valides.

Les variations régionales vont de 1,1% dans la région du Sahel à 3,8% dans la région du Centre Nord

Figure 16 : Tableau comparatif des doses valides et non valides de VAT2 par région



6.4. Logistique

6.4.1. Chaîne de froid

Dans le cadre de la présente revue de programme, la situation de la chaîne du froid du PEV sera abordée sous plusieurs angles :

- adéquation de la flexibilité qui va mesurer la disponibilité en capacités de stockage de vaccins à tous les niveaux ; c'est-à-dire le nombre d'équipements en place et l'aptitude des gestionnaires et utilisateurs à utiliser de façon optimale les capacités existantes.
- Adéquation de la fiabilité pour le stockage des vaccins qui caractérise le degré de maintien des températures requises de conservation des vaccins ; c'est-à-dire le déterminant de la qualité de la chaîne du froid.

6.4.1.1. Adéquation de la flexibilité de la Chaîne du Froid

La disponibilité actuelle des équipements de la chaîne du froid du PEV au Burkina n'est pas totalement connue à tous les niveaux. L'inventaire détaillé des équipements de la chaîne du froid, planifié dans le cadre de la présente revue n'a pas été conduit. Le dernier inventaire national date de 2000. Les efforts nécessaires d'actualisation n'ont pas été systématiques au fil des ans lors de la distribution des nouveaux équipements.

Cependant, l'adéquation de la chaîne du froid semble à un niveau acceptable, avec un score global (tous niveaux confondus) de **3,57 points sur 5**.

Tableau 17 : Performances de l'adéquation de la chaîne du froid du PEV

Indicateurs	Central	DRS/DS	CSPS	National
Adéquation/Flexibilité de la Chaîne du Froid	3,33	3,18	4,19	3,57
Equipements chaîne du froid conformes PIS	0,00	0,55	0,77	0,44
Volume de stockage suffisant	1,00	0,27	0,97	0,75
Stockage alternatif existe	0,00	0,64		0,32
Rangement vaccins adéquat	1,00	0,45	0,75	0,73
Estimation volumes de stockage maîtrisée	1,00	0,91		0,95
Procédures transport vaccins maîtrisées	1,00	1,00	0,86	0,95

a. Chaîne de froid au niveau central

Au niveau central, le PEV dispose de :

- 02 chambres froides positives d'une capacité de 60 m³, installées depuis 1982.
- 07 congélateurs dont 01 Electrolux TCW 1151 et de 06 marques et modèles divers. La capacité totale des congélateurs est de 2 500 litres. Ils servent au stockage du vaccin polio oral.
- 02 congélateurs Electrolux TFW 791 pour la congélation des accumulateurs du froid.

Une chambre froide négative d'une capacité de 9 m³, installée en 2000 au niveau du Centre National Hospitalier de Yalgado est également à la disposition du PEV pour le stockage des vaccins. Toutefois cette chambre froide est en panne sans réparation depuis un an (juillet 2002).

Les capacités de stockage en chambre froide positive du niveau central seront encore suffisantes pour les besoins du PEV même avec une livraison annuelle de vaccins, y compris avec l'introduction du vaccin contre l'hépatite B. Il reste entendu que la flexibilité reste grande pour ajuster le rythme des approvisionnements à deux (2), voire trois (3) livraisons annuelles si le besoin se faisait sentir.

Les capacités de stockage en chaîne du froid négatif sont limitées. Sans la chambre froide négative du CNH de Yalgado, les congélateurs n'offrent en fin de compte pas assez de flexibilité à la fois pour le stockage des vaccins et la production d'accumulateurs du froid.

b. Chaîne de froid aux autres niveaux

Au niveau DRS, la disponibilité des capacités de stockage n'est pas satisfaisante. Seulement 27% des dépôts DRS et de district ont des capacités de chaîne du froid suffisantes. Pour certains dépôts DRS non encore fonctionnels (Ziniaré, Manga et Banfora), le ravitaillement en vaccins se fait directement aux districts. Ce qui n'est pas forcément un handicap du fait de la proximité immédiate avec le dépôt national à Ouaga. Les districts de la région de Banfora se ravitaillent à partir du dépôt de la DRS de Bobo, qui dispose d'une chambre froide positive.

De façon générale, seulement 55% des dépôts intermédiaires ont des équipements répondants aux normes du catalogue des fiches signalétiques des équipements du PEV OMS/Unicef.

Des faiblesses sont observées dans le rangement des vaccins dans la chaîne du froid au niveau intermédiaire. Seulement 45% des dépôts DRS et district présentaient une situation satisfaisante. Le respect des règles de rangement adéquat des vaccins est essentiel, surtout au niveau dépôt (où des quantités relativement importantes de vaccins transitent), à la fois pour une utilisation optimale des capacités de stockage, mais également pour la qualité de la conservation du vaccin. Cet aspect nécessite donc une amélioration.

Au niveau CSPS, la disponibilité de la chaîne du froid semble nettement meilleure. 97% des CSPS avaient un réfrigérateur fonctionnel. 77% de ces équipements répondaient aux normes du catalogue PEV. L'inventaire actualisé devrait fournir plus de détail sur les caractéristiques des équipements.

75% des CSPS observent un rangement adéquat des vaccins dans la chaîne du froid. Cependant, il a été observé dans certaines formations sanitaires des situations non conformes, pouvant exposer les vaccins sensibles (DTC, VAT) au risque de congélation. Il est important de pouvoir informer les agents de santé sur ces risques, notamment en prévision de l'introduction de nouveaux vaccins, encore plus sensibles à la congélation.

De façon générale, il n'existe pas au niveau central un inventaire à jour des équipements de la chaîne du froid du PEV, faute d'une organisation systématique. Les inventaires successifs de 1997 et de 2000 n'ont pas été mis à profit pour consolider une base de données dynamique des équipements. Les nouveaux équipements ont été distribués et installés sans leur enregistrement dans l'inventaire, faute d'une organisation conséquente du niveau central.

En somme, l'adéquation de la chaîne du froid du PEV nécessite encore des améliorations à tous les niveaux, en terme :

6.4.1.2. Fiabilité de la Chaîne du Froid

La fiabilité de la chaîne du froid enregistre un score global de **2,92 points sur 5**. Ce score reste largement inférieur à celui de l'adéquation, du fait d'un faible niveau de contrôle de la température de stockage des vaccins et d'une maintenance insuffisante à tous les niveaux.

Tableau 18 : Performances de la fiabilité de la chaîne du froid du PEV

Indicateurs	Central	DRS/DS	CSPS	National
Fiabilité de la Chaîne du froid	2,50	2,95	3,31	2,92
Relevés température en place	1,00	0,91	0,85	0,92
Température correcte	0,00	0,82	0,63	0,48
Vaccins bien protégés en transit	1,00			1,00
Indicateurs ch. froid utilisés	1,00			1,00
Capacité congél. & accus suffisants	0,00	1,00	0,95	0,65
Glacières / Porte-vaccins suffisants	0,00	0,73	0,94	0,56
Energie de secours disponible	1,00	0,09	0,57	0,55
Procédures si rupture ch. froid maîtrisées	1,00	1,00	0,85	0,95
Pièces détachées disponibles	0,00	0,09	0,03	0,04
Maintenance régulière planifiée	0,00	0,09	0,47	0,19

Au niveau central, le suivi bi-quotidien de la température de conservation des vaccins basé sur l'enregistrement manuel en place, n'est pas suffisant pour les chambres froides. Il est nécessaire d'équiper toutes les chambres froides de dispositifs de suivi automatique et continu de la température, en panne depuis plus de 5 ans et d'un système d'alarme.

Un groupe électrogène de 30 kVA assure le relais de l'approvisionnement électrique du dépôt central en cas de rupture du réseau.

La maintenance des installations de la chaîne du froid au niveau central reste problématique. Initialement prise en charge dans le cadre d'un contrat avec un opérateur privé, la maintenance préventive n'est plus assurée.

Au niveau intermédiaire, une situation satisfaisante est observée dans la disponibilité en capacités de congélation d'accumulateurs et dans la maîtrise des procédures en cas de rupture de la chaîne du froid. Le suivi et le contrôle de la température de stockage des vaccins ne sont pas encore effectifs dans tous les dépôts.

- 10% des dépôts intermédiaires n'ont pas encore de relevés quotidiens et de suivi de la température et dans 18% des cas les températures observées n'étaient pas correctes ;
- les glacières, nécessaires pour le conditionnement et le transport des vaccins sont en nombre insuffisant dans 27% des dépôts intermédiaires.

Les aspects enregistrant les plus faibles scores, sont la disponibilité de source d'énergie de secours et la maintenance, avec seulement 9 % des dépôts satisfaisants. Pour la source d'énergie de secours, un palliatif à l'absence de groupe électrogène serait la mise en place d'équipements répondant aux normes de durée de conservation du froid (après rupture d'électricité) et de stabilisateurs de tension.

La maintenance reste faible et ne semble pas bénéficier de l'apport des structures de la DIEM, en charge de la maintenance hospitalière du ministère de la santé. Des contacts, non encore formels ont été menés avec certains responsables nationaux pour trouver des solutions de maintenance des équipements de la chaîne du froid par les structures de la DIEM sur le terrain.

Le technicien en chaîne du froid qui avait une bonne expérience et avait été formé sur la maintenance des équipements sans CFC en 1997, n'a pas toujours pas été remplacé depuis son départ. Ce qui ne permet pas au niveau central de faire face aux sollicitations pour les interventions venant du terrain.

Au niveau périphérique, le gaz est la source d'énergie dominante pour le fonctionnement de la chaîne du froid du PEV (70 % du parc, selon l'inventaire 2000). L'approvisionnement adéquat et continu en gaz semble encore un problème majeur de la fiabilité de la chaîne du froid au niveau périphérique. Ainsi 43 % des formations sanitaires n'avaient pas du gaz en réserve. Afin d'améliorer l'approvisionnement en gaz et permettre le fonctionnement sans interruption de la chaîne du froid, un système de gestion centralisée de distribution du gaz était mis en place jusqu'en 2002.

6.4.2. Gestion des vaccins

L'analyse de la gestion des vaccins a porté essentiellement sur les aspects importants suivants :

- le système d'approvisionnement ;
- la disponibilité en vaccins ;
- l'enregistrement des mouvements et le contrôle des stocks ;
- et le suivi de l'utilisation et des pertes de vaccins.

Un approvisionnement adéquat en vaccins à tous les niveaux est essentiel pour assurer la conduite sans interruption des services de vaccination. Le suivi des stocks et des pertes contribue à l'amélioration de la qualité des services et à la maîtrise du coût des vaccins.

6.4.2.1. Le système d'approvisionnement en vaccins

Depuis 1996, l'approvisionnement du pays en vaccins est assuré dans le cadre de l'initiative pour l'indépendance vaccinale (IIV) en Afrique sahélienne, à travers l'appui budgétaire de l'Union Européenne. L'approvisionnement en vaccins se fait à travers l'Unicef sur la base d'un protocole d'accord signé avec le gouvernement en 1996 et renouvelable tous les deux ans.

Une ligne budgétaire consacrée à l'achat des vaccins, a été inscrite au budget national depuis 1996. Un effort important de l'Etat est observé depuis 2000, avec l'augmentation de la ligne budgétaire qui est passé de 400 millions en 2001 à 430 millions Francs CFA en 2003, soit une augmentation annuelle de 3,7%.

L'approvisionnement est fait sur la base de deux commandes annuelles ; en septembre de l'année précédente pour les besoins de l'année à venir et en mars de l'année en cours pour les besoins du second semestre. Chaque commande fait l'objet d'une estimation conjointe des besoins par le PEV et l'Unicef après vérification de la disponibilité financière avec la DAF.

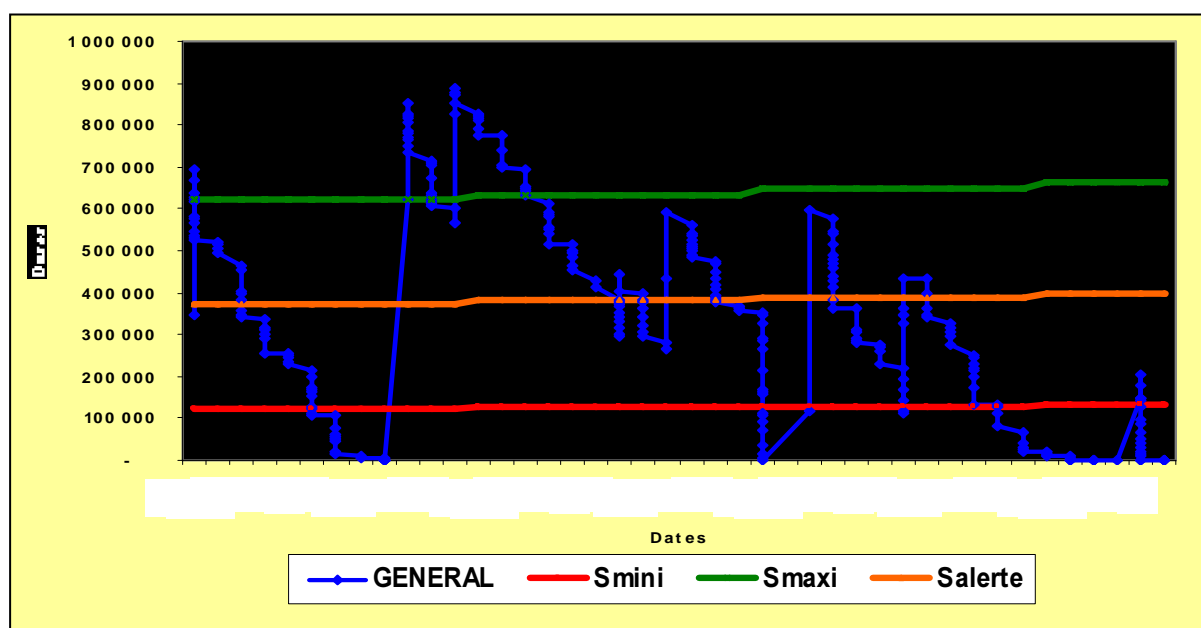
De multiples difficultés (de communication et de lourdeurs administratives) subsistent et entravent l'aboutissement de ce processus dans des délais raisonnables. De plus, même avec une augmentation soutenue, la ligne budgétaire de 430 millions pour l'achat des vaccins ne couvre plus à elle seule les besoins du programme, estimés en 2003 à 740 millions de Francs CFA, comme suit :

- 530 millions pour les vaccins ;
- 210 millions pour le matériel d'injection, désormais partie intégrante des intrants de vaccination.

C'est ainsi que les mécanismes de financement complémentaires à travers l'Initiative de remise de dette des PPTTE sont utilisés à partir de 2002. En 2003, plus de 500 millions FCA ont été mobilisés sur les fonds PPTTE pour l'achat des vaccins. On peut espérer que les arbitrages (souvent difficiles) pour l'utilisation de ce financement ad-hoc se feront en tenant toujours compte des priorités de la vaccination.

Les difficultés ci-dessus citées provoquent des reports dans les livraisons et exposent le pays à des ruptures quasi-permanentes de vaccins en début de chaque année depuis 2000, comme c'est le cas avec le BCG (figure 5.8).

Figure 17 : Evolution stock BCG de 2000 à 2003



Source : Registre vaccins, DPEV Burkina

En somme, en dépit des efforts accomplis, il existe un décalage (gap) entre les ressources disponibles (à travers la ligne budgétaire) et les objectifs du programme. La couverture vaccinale a presque doublé, passant d'environ 30 % seulement en 1996 à plus de 60 % en 2002.

L'approvisionnement en vaccins basé sur deux commandes annuelles ne donne pas une réponse satisfaisante pour assurer la livraison des vaccins dans les délais raisonnables. L'amélioration de l'approvisionnement du pays en vaccins et matériel d'injection devrait militer en faveur d'une augmentation conséquente de la ligne budgétaire et l'adoption d'une commande annuelle en deux livraisons.

6.4.2.2. Disponibilité en Vaccins

Dans ce contexte d'incertitude sur les approvisionnements, la disponibilité en vaccins du PEV ne peut être qu'inadéquate. Les résultats de l'évaluation de la gestion des vaccins montrent un score global de **2,15 points sur 5** pour la disponibilité en vaccins. Ce qui fait de la disponibilité en vaccins l'indicateur de gestion des vaccins du PEV, le plus faible au Burkina.

Tableau 19 : Performances de la disponibilité en vaccins

Indicateurs	Central	DRS/DS	CSPS	National
Disponibilité adéquate en vaccins	1,67	2,42	2,35	2,15
Stock de vaccins suffisant	0,00	0,36	0,55	0,30
Absence de rupture de stock	0,00	0,09	0,26	0,12
Estimation besoins en vaccins maîtrisée	1,00	1,00	0,61	0,87

Tous les antigènes ont connu des ruptures de stock plus ou moins prolongées depuis 2000 (cf. évolution des stocks en Annexes). La caractéristique commune à ces ruptures est qu'elles surviennent régulièrement en début d'année, principalement au cours du premier trimestre.

Au niveau central, la situation des ruptures⁹ enregistrées à partir de 2001, se présente comme suit :

- 2001 : DTC de février à avril et VAA de janvier à juin ;
- 2002 : BCG de janvier à mars, DTC de janvier à avril et VAT de mars à avril ;
- 2003 : BCG depuis janvier, DTC depuis mars, VPO depuis février et VAT de février à avril.

Loin de s'améliorer, cette situation s'est généralisée à l'ensemble des antigènes du PEV. Seul le VAR semble avoir été épargné par la crise, du fait probablement des retombées de la grande campagne de vaccination de masse de 2001 des enfants de moins de 15 ans. Les stocks restants après cette campagne ont constitué l'essentiel des provisions pour la vaccination du PEV systématique en 2002 dans beaucoup de districts.

Les raisons des différentes ruptures sont multiples. Ainsi :

- pour le VAA en 2001, les ruptures étaient dues à la situation de déficit mondial de cet antigène ;
- dans les autres cas, les ruptures sont survenues à la suite de la réception tardive ou partielle de la première livraison annuelle initialement planifiée ;
- ou encore que la quantité totale disponible au cours de l'année correspondait juste à la consommation, sans réserve suffisante.

Tableau 20 : Comparaison des besoins et des quantités reçues par an (doses)

Situation du VAA	2 000	2 001	2 002	2 003
Enfants 1an	694 800	477 477	488 745	500 279
Besoins annuels	506 000	518 000	571 000	626 000
Stock début d'année	480 240	64 650	372 390	581 400
Quantité reçue	291 930	787 060	934 000	284 400
Total disponible	772 170	851 710	1 306 390	865 800
Quantité distribuée	688 500	454 270	697 110	321 880
Couverture distribution/besoins	136%	88%	122%	51%
Stock en fin d'année	83 670	397 440	609 280	543 920
Nbre jours de rupture de stock	91	318	26	-
Nbre jours de sur-stock	48	2	117	175

Source : Registre vaccins, DPEV Burkina

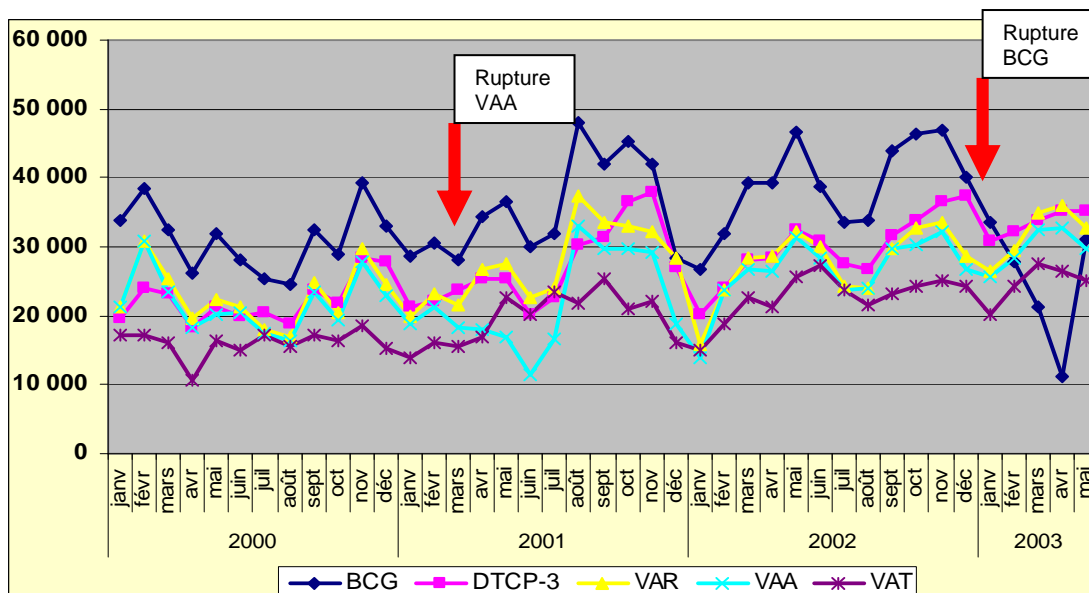
De façon générale, on constate que les ruptures ne sont pas le fait d'une estimation approximative des besoins, mais plutôt d'une planification et d'une coordination insuffisante des approvisionnements. Les livraisons attendues ne sont pas reçues

⁹ Une situation de rupture est constatée lorsque le stock courant est inférieur au niveau de stock minimal ou de réserve, établi pour l'antigène donné sur la base d'approvisionnement semestriel.

dans les délais impartis. L'estimation des besoins en vaccins est satisfaisante au niveau central. Une prévision pluriannuelle des besoins en vaccins et matériel d'injection est disponible. Un ajustement des besoins est fait lors de chaque commande en concertation avec l'Unicef.

Aux niveaux DRS et districts, l'exercice d'estimation des besoins en vaccins a été également bien maîtrisé à la faveur des activités de formations initiées par la DPEV et soutenues par les partenaires. Au niveau CSPS, la maîtrise de l'estimation des besoins par les agents est encore incertaine. Les agents de santé ne maîtrisent pas l'estimation des besoins dans 39% des formations sanitaires enquêtées. L'utilisation des vaccins sur le terrain pourrait également avoir une incidence sur la disponibilité globale en vaccins.

Figure 18 : Evolution des vaccinations mensuelles du PEV de 2000 à 2003



Source : Registre vaccins, DPV Burkina

En définitive, seule les ruptures prolongées auraient des répercussions sur les vaccinations au niveau du terrain. Comme le montre la figure ci-dessus, la grande rupture de VAA de 2001 a entraîné un décrochage entre les vaccinations VAA et VAR, généralement très similaires en situation normale au Burkina. Il en est de même pour la rupture actuelle de BCG qui dure depuis novembre 2002, et pourrait expliquer la chute drastique de la couverture vaccinale pour cet antigène depuis novembre 2002.

6.4.2.3. Suivi et Contrôle des Stocks

Le suivi et le contrôle des stocks de vaccins et consommables sont essentiels pour la qualité des services de vaccination et l'efficacité du suivi des MAPI. La qualité de ce suivi repose d'abord sur un bon système d'enregistrement des mouvements entrées et sorties. L'enregistrement comportera, non seulement les informations essentielles sur les intrants sortis (quantités, type de conditionnement, lot, date de péremption),

mais également les indications précises sur les bénéficiaires/destinataires (localisation, ...).

Tableau 21 : Performances du système de suivi des stocks de vaccins

Indicateurs	Central	DRS/DS	CSPS	National
Disponibilité adéquate en vaccins	5,00	3,75	2,61	3,79
Rapport de Réception Vaccins utilisé	1,00			1,00
Système gestion stock pour vaccins & diluants	1,00	0,73	0,50	0,74
Documents gestion stock à jour	1,00	0,82		0,91
N° lot et dates péremption enregistrés	1,00	0,82	0,55	0,79
Inventaire physique régulier	1,00	0,64		0,82

Le rapport de réception des vaccins, outil essentiel dans le suivi de la qualité des approvisionnements, est en vigueur au PEV depuis 2000. Une bonne promptitude est observée dans le remplissage et la transmission de ce rapport après chaque arrivage des vaccins. L'analyse des rapports ne signale pas d'anomalie sur les envois des vaccins. Cependant des retards importants ont été enregistrés dans l'acheminement des rapports vers la division «supply» de l'Unicef.

Au niveau central, les outils appropriés existent pour l'enregistrement et le suivi des mouvements des stocks de vaccins et matériel d'injection. L'informatisation de la gestion des stocks de vaccins, initiée en 1999, est maintenant bien établie. Ce qui permet au programme de disposer de base de données cohérentes en matière de gestion des stocks de vaccins, diluants et matériel d'injection, depuis lors.

La maîtrise de cet outil au niveau central aura largement contribué à l'amélioration de la gestion des stocks depuis 1999. Ainsi, pour le vaccin BCG, le nombre des opérations non codifiées entraînant des manquants et/ou sur-plus lors des inventaires physiques n'a cessé de décroître.

Au niveau intermédiaire, des registres de gestion plus ou moins adéquats pour le suivi des stocks de vaccins sont en place et généralement tenus à jour. Des supports de gestion des stocks ont été observés dans 73% des dépôts DRS et districts, parmi lesquels 82% étaient à jour. Des améliorations sont également signalées sur la qualité du remplissage de ces supports. Les informations essentielles, comme le numéro de lot et les dates de péremption, naguère omises, semblent désormais faire l'objet d'un suivi, avec 82% des dépôts. Les efforts dans ce domaine sont à encourager.

Pour les diluants et matériel d'injection, le suivi des stocks est inexistant. La conduite périodique de l'inventaire physique ne se fait pas encore de façon systématique au niveau de tous les dépôts intermédiaires.

Au niveau CSPS, un score de **2,61 points sur cinq** a été enregistré car les supports de gestion des stocks de vaccins et consommables n'ont été observés que dans 50% des formations sanitaires enquêtées.

Le suivi des stocks reste encore à améliorer aux niveaux intermédiaires et CSPS par la mise en place et l'utilisation effective d'outils appropriés pour l'enregistrement des mouvements. Des efforts sont en cours pour la production et la mise en place des outils standards de gestion des stocks, avec le soutien du CDC/Atlanta et l'OMS. Il faudra en assurer l'utilisation correcte par une supervision effective.

6.4.2.4. Distribution des Vaccins et Consommables

Le schéma de distribution interne des vaccins suit de façon générale l'organisation du découpage sanitaire du pays. Ainsi, il est prévu :

- un approvisionnement trimestriel pour les DRS, à partir du niveau central,
- un approvisionnement bimestriel pour les dépôts districts, à partir des DRS,
- un approvisionnement mensuel pour les CSPS unités fixes de vaccination, à partir des dépôts districts.

Tableau 22 : Performances du système de distribution des vaccins

Indicateurs	Central	DRS/DS	CSPS	National
Distribution vaccins & consommables	5,00	3,94	3,84	4,26
Stocks mini/maxi établis	1,00	0,82		0,91
Plans réception/distribution établis & suivis	1,00	0,91		0,95
Principe "1er expiré - 1er sorti" en vigueur	1,00	0,82	0,84	0,89
Connaissance d'autres principes	1,00	0,91	0,71	0,87
Bons commande/réception utilisés	1,00	0,91	0,75	0,89
Rapport distribution vaccins institué	1,00	0,36		0,68

Le système de distribution du vaccin et matériel d'injection est mis en œuvre selon la modalité de collecte des intrants. Chaque dépôt vient s'approvisionner par ses propres moyens à l'échelon supérieur.

Au niveau central, les différents paramètres d'un système efficace de distribution sont en place. Les niveaux de stocks critiques sont établis pour chacun des dépôts DRS desservis. Un calendrier de réception et d'approvisionnement est établi. Cependant le suivi reste aléatoire en raison des incertitudes évoquées ci-dessus sur les livraisons.

Les sorties respectent le principe du 'premier à expirer – premier sorti'. Les outils requis pour les commandes et livraisons sont utilisés. Un rapport de distribution est établi au fur et à mesure de l'enregistrement des sorties et donne la situation en temps réel des quantités reçues par dépôt et comparées au besoins annuels. Cependant une comparaison des quantités distribuées avec les doses effectivement administrées serait mieux indiquée. Elle donnerait la mesure réelle de l'utilisation des vaccins sur le terrain et permettrait de mieux réguler en conséquence la distribution, tout en orientant les actions de supervision en matière de gestion des vaccins sur le terrain.

Au niveau intermédiaire, le suivi de la distribution des vaccins au niveau inférieur (district ou CSPS) reste faible. Seulement 36% des dépôts intermédiaires tentent d'instituer le rapport de distribution des vaccins.

Un contrôle adéquat des flux de vaccins et consommables à la distribution est essentiel pour la continuité et la qualité des services de vaccination. Ce contrôle adéquat ne peut se faire sans un suivi permanent de la distribution à travers le rapport de distribution ; surtout dans un mode de distribution basé sur la collecte.

Bien sûr le mode de distribution basé sur la collecte présente des inconvénients potentiels dont :

- exigence d'un calendrier et horaire de collecte rigoureux pour éviter les absences au niveau du dépôt ;
- à moins qu'un système ne soit établi pour permettre de vérifier à l'avance, le personnel des formations sanitaires peut arriver à un moment où le magasin est temporairement à court des fournitures nécessaires ;
- il peut être difficile pour certaines formations sanitaires d'assurer leurs propres transports (manque de fonds, panne de moyen de transport approprié, etc.) ;
- dans l'ensemble, le système de collecte peut-être plus coûteux, parce que chaque formation transporte ses propres approvisionnements.

Cependant la collecte possède de multiples atouts qu'il convient de maximiser :

- possibilité de rencontres régulières du responsable des sorties du dépôt avec les gens de terrain ou les agents de formations sanitaires, cela permet des échanges et occasionne la récolte de données ;
- libération du personnel du niveau central de la responsabilité d'arranger et de surveiller les vaccins durant le transport vers les unités sanitaires périphériques ;
- les utilisateurs étant responsables eux-mêmes de la collecte seront plus motivés pour obtenir des approvisionnements sur une base régulière ;
- non nécessité de constituer un parc coûteux de véhicules lourds et frigorifiques à gestion délicate.

6.4.2.5. Utilisation des diluants pour les vaccins lyophilisés

L'utilisation du diluant approprié avec chaque vaccin lyophilisé est une norme de qualité de la vaccination. Cette exigence majeure de l'administration du vaccin ne semble pas bien suivie par tous à tous les niveaux. Cet indicateur a été apprécié à un score global de **4,38 points sur 5**.

Tableau 23 : Performances de l'utilisation effective de diluants appropriés

Indicateurs	Central	DRS/DS	CSPS	National
Utilisation diluants appropriés	5,00	3,86	4,26	4,38
Vaccins lyophilisés récept./distribués avec diluant original	1,00	1,00	0,80	0,93
Stock diluent's = stock vaccin lyophilisé	1,00	0,55	0,79	0,78
Diluant approprié utilisé avec vaccin correspondant			0,93	0,93
Diluants utilisés à la température correcte			0,89	0,89

Au niveau central, toutes les conditions sont remplies pour permettre une utilisation effective du diluant approprié avec chaque vaccin lyophilisé. Les diluants sont commandés et réceptionnés en même temps que les vaccins lyophilisés. Les stocks de diluants sont maintenus au même niveau que ceux des stocks de vaccins lyophilisés.

Au niveau intermédiaire, le maintien de stocks de diluant équivalent à celui des vaccins lyophilisés n'a été observé que dans 55% des dépôts DRS et districts, même si les gestionnaires déclarent tous procéder à des commandes et distributions de quantités identiques.

Au niveau CSPS, l'utilisation de diluant approprié avec chaque vaccin lyophilisé n'est pas assurée lors de la vaccination. Déjà à la commande et réception, 20% des agents déclarent ne pas commander et recevoir les mêmes quantités de diluant et de vaccins. Et quand même le diluant approprié est disponible pour la vaccination, certains agents ne perçoivent pas encore la nécessité de l'utilisation exclusive de chaque vaccin lyophilisé avec son diluant du même fabricant.

Les actions d'harmonisation des outils de gestion des vaccins incluant les diluants et matériels d'injection constituent un pas positif vers l'utilisation effective de diluant approprié pour chaque vaccin lyophilisé. Les actions de diffusion des outils devront être renforcées par la formation et la sensibilisation.

6.4.2.6. Utilisation de Pastille de Contrôle du Vaccin

La pastille de contrôle du vaccin (PCV) est disponible sur le vaccin polio oral.

Tableau 24 : Performances de l'utilisation effective de la PCV

Indicateurs	Central	DRS/DS	CSPS	National
Utilisation effective de la PCV	5,00	4,85	3,81	4,55
PCV adoptée PEV	1,00			1,00
PCV au stade 1-2	1,00	1,00	0,91	0,97
Interprétation correcte PCV	1,00	1,00	0,93	0,98
PCV utilisée comme outil de gestion	1,00	0,91	0,90	0,94
Vaccins utilisés avec moins de ch. du froid			0,31	0,31

6.4.2.7. Utilisation des Flacons Entamés

La gestion des flacons entamés est une des stratégies clé de réduction des pertes des vaccins et d'amélioration de la qualité des services. Elle revêt un intérêt tout particulier dans le contexte actuel de relance du PEV. Les constats au cours de la revue sont repris dans le tableau suivant.

Tableau 25 : Appréciation de la mise œuvre effective de la politique des flacons entamés

Indicateurs	Central	DRS/DS	CSPS	National
Politique Flacon Entamé mise en œuvre effectivement	5,00	4,55	3,70	4,42
Politique flacons entamés adoptée	1,00			1,00
Politique flacons entamés connue	1,00	0,91	0,69	0,87
Vaccins reconstitués jetés			0,74	0,74
Vaccins liquides utilisés pour séances ultérieures			0,79	0,79

6.4.2.8. Suivi de l'utilisation des vaccins et taux des pertes

Le suivi des taux de perte de vaccins enregistre un score global de **3,06 points sur 5**. Il représente de fait l'un des plus faibles indicateurs de la gestion des vaccins du programme.

Tableau 26 : Performances du Système de suivi des pertes de vaccins

Indicateurs	Central	DRS/DS	CSPS	National
Système de suivi des pertes de vaccins en place	2,50	3,64	3,06	3,06
Taux ou Info. permettant calcul pertes disponibles	0,00	0,64	0,52	0,38
Calcul taux de perte maîtrisé	1,00	0,91	0,67	0,86
Vaccins commandés selon taux de pertes	0,00			0,00
Informations sur pertes utilisées pour action	1,00	0,64	0,65	0,76

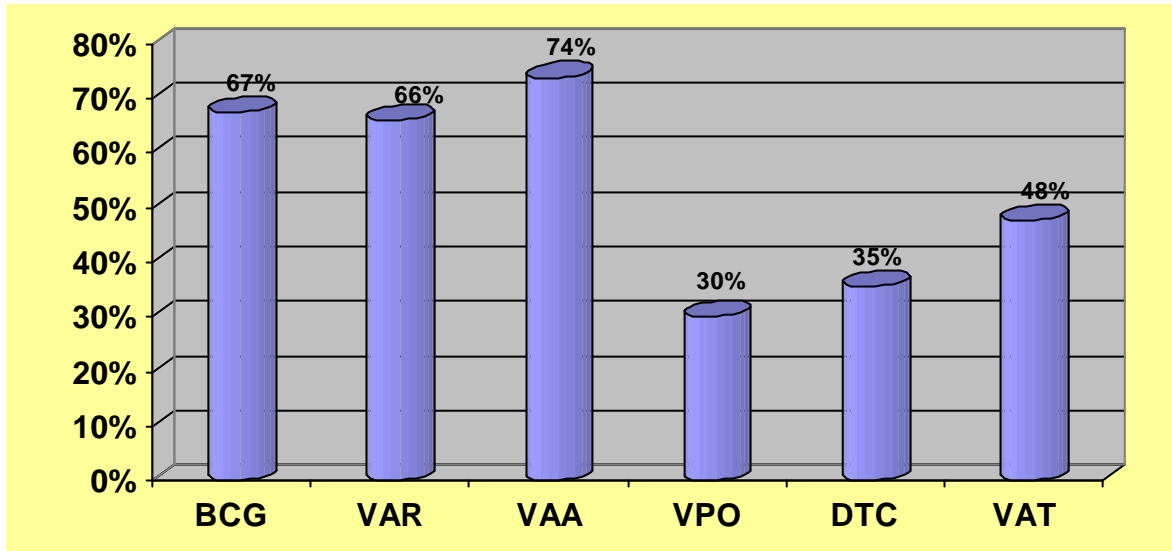
Des signes d'une certaine volonté de contrôle des pertes de vaccins sont perceptibles au PEV. Une étude sur les taux de pertes des vaccins du PEV a été conduite avec le soutien de la CATR en 2000. Une autre étude d'évaluation du système d'approvisionnement des vaccins et consommables du PEV a été menée en décembre 2000.

Ces études, bien que menées par différentes équipes du service PEV et de la DMP, selon différentes méthodologies, semblent parvenir au même constat de l'importance des pertes de vaccins sur le terrain.

Les pertes observées sont en général élevées. Elles sont à plus de 65% pour les vaccins lyophilisés (BCG, VAR et VAA) et se situent entre 30 et 48% pour les vaccins liquides (DTC, VAT et VPO). Pour ces derniers, les possibilités de réduction que sont la politique des flacons entamés et la PCV (pour le VPO) semblent réelles.

Le graphique ci-dessous donne la situation des taux de perte par antigène observés lors de l'étude sur les taux de perte des vaccins du PEV au Burkina, 1997 - 1999.

Figure 19 : Taux de pertes par antigène



Source : Etude sur les taux de pertes des vaccins du PEV au Burkina, 1997 - 1999

Il reste à déplorer toutefois que les différentes recommandations de cette étude tardent à se mettre en œuvre.

Le suivi des taux de perte des vaccins a été intégré dans les différents outils de monitoring des vaccinations. Sur le terrain, aux niveaux CSPS et district, des efforts appréciables sont accomplis dans le remplissage des supports. Cependant, des insuffisances demeurent dans le suivi des pertes. Le suivi des pertes ne se fait pas au niveau CSPS, c'est-à-dire au niveau de l'utilisation des vaccins. Tout au plus les données brutes sur les doses utilisées sont collectées et envoyées au niveau district sans aucun traitement.

Au niveau district ces données brutes sont compilées comme telles et envoyées au niveau central.

Ainsi faute d'un traitement adéquat des données collectées, le PEV ne peut entreprendre les actions conséquentes de maîtrise des pertes pourtant cruciales pour la gestion du programme dans son ensemble.

6.4.3. Transports

6.4.3.1. Disponibilité des moyens de transport

6.4.3.2. Utilisation effective des moyens de transport

6.4.3.3. Gestion des moyens de transport

6.4.4. Sécurité des injections

La sécurité des injections est un des facteurs essentiels à la qualité des services de vaccination. Trois exigences sont requises pour assurer la sécurité des injections : (i) l'utilisation de matériel d'injection stérile, (ii) l'observation de pratiques d'injection sans risque et (iii) la destruction sûre des déchets.

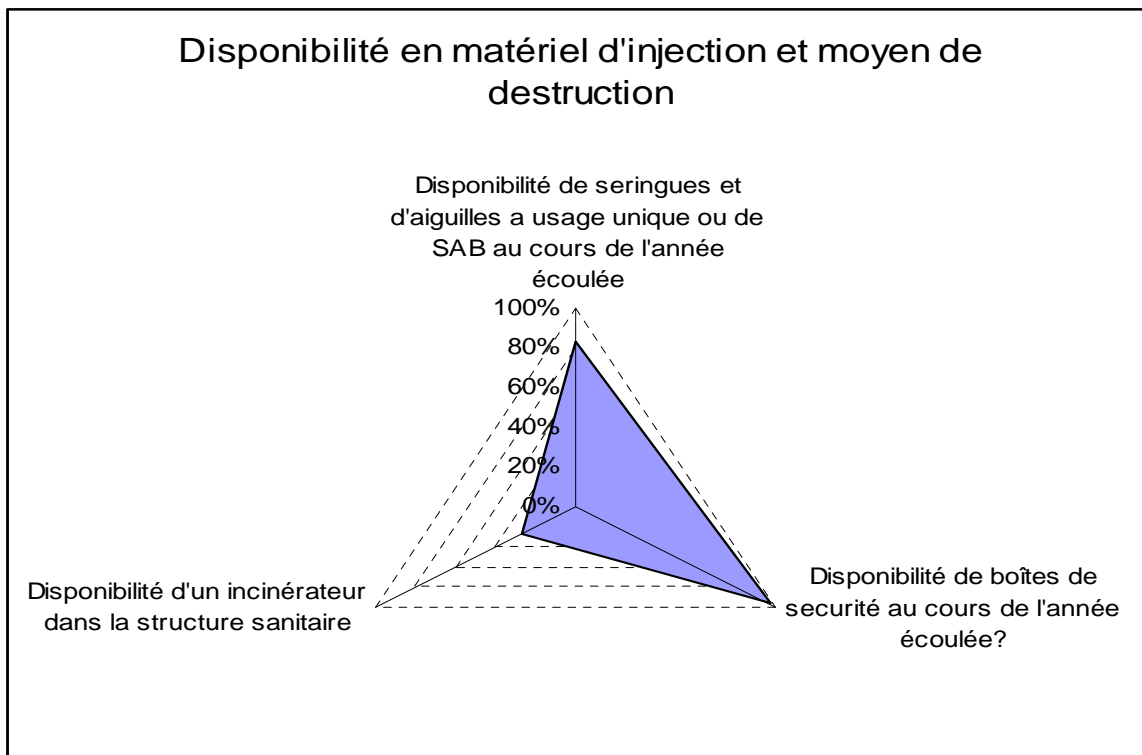
6.4.4.1. Utilisation du matériel d'injection vaccinale

Le matériel d'injection vaccinale se compose de seringues autobloquantes pour l'administration du BCG, de seringues autobloquantes de 0.5 ml pour l'administration des autres antigènes injectables, de seringues de dilution, de boîtes de sécurité pour collecter les seringues usagées et de tampons de coton.

Une utilisation correcte du matériel d'injection implique une disponibilité de ce matériel aux points d'utilisation, une adéquation des approvisionnements de ce matériel d'injection avec les vaccins, de bonnes pratiques vaccinales, une élimination appropriée du matériel piquant utilisé.

6.4.4.2. Disponibilité en matériel d'injection

A partir des résultats de la revue, la disponibilité sur le terrain du matériel d'injection se présente comme ci-dessous :

Figure 20 : Disponibilité en matériel d'injection et moyens de destruction

Selon les résultats de la revue au cours de l'année écoulée, 80% des structures sanitaires disposaient de SAB, 97% des structures sanitaires disposaient de boîtes de sécurité et 26% des structures disposaient d'un type incinérateur (fonctionnel/non fonctionnel) pouvant assurer une destruction correcte du matériel d'injection usagé. Toutes les structures sanitaires n'ont donc pas disposé de matériel d'injection au cours de l'année écoulée.

Il convient de noter que la distribution de matériel d'injection de façon formelle à partir du niveau central a vu le jour à la faveur des campagnes rougeole et méningite de 2001 et une distribution systématique à partir du niveau central a été mise en place seulement à partir de 2002.

La disponibilisation du matériel d'injection a connu plusieurs scénarii :

- jusqu'en 1994, le matériel de stérilisation était en vigueur sur le terrain et des seringues stérilisables étaient utilisées pour les injections; il n'y avait donc pas un besoin d'approvisionnement en matériel d'injection. Le manque de rigueur dans l'assurance de la qualité de stérilisation rendait cette méthode non sécurisante.
- Depuis 1994, le manque de rigueur dans la fourniture de pièces pour garantir un bon fonctionnement des stérilisateur sur le terrain a conduit à une situation progressive d'abandon de la stérilisation; La revue du PEV en 1998 a montré que l'utilisation des seringues à usage unique avait pris le pas sur la stérilisation des seringues; chaque patient qui venait se faire vacciner apportait sa seringue à usage unique.

- A la faveur des campagnes de masse contre la rougeole et la méningite en 2001, l'utilisation à grande échelle de seringues autobloquantes et les boîtes de sécurité a vu le jour. Ce matériel offre une plus grande assurance de sécurité mais a induit depuis ce temps le concept de matériel d'injection « consommables » à commander, et distribuer à partir du niveau central, car SAB et boîtes de sécurité ne sont pas disponibles pour acquisition au niveau du patient ou de la formation sanitaire.

La situation de non disponibilité ou de disponibilité insuffisante au niveau des formations sanitaires est-elle induite par un problème de disponibilité insuffisante au niveau central (estimation des besoins ou problème d'approvisionnement) et/ou un problème de distribution (du niveau central aux niveaux inférieurs)?

6.4.4.3. Besoins en matériel d'injection

Les résultats de la revue montrent que le personnel en charge des vaccinations possède une bonne maîtrise de l'estimation des besoins aux niveaux central et intermédiaire et que 60% du personnel en charge au niveau périphérique possède également une bonne maîtrise de l'estimation des besoins.

La prévision des besoins en matériel d'injection se présente comme suit pour les 5 années 2000 – 2004.

Tableau 27 : Prévisions des besoins en matériel d'injection (2000 - 2004)

années	2000	2001	2002	2003	2004
Matériel d'injection nécessaires					
Seringue AB 0,05/0,1ml 27G pour BCG	414,000	440,000	488,000	516,000	540,000
Seringue AB 0,5ml 23G 25mm	2,196,000	2,405,000	2,804,000	3,047,000	4,814,000
Seringue dilution 2,0ml pour BCG/Hib	46,600	49,500	54,950	58,100	60,750
Seringue dilution 5,0ml pour VAR/VAA	93,800	96,000	105,900	116,100	126,700
Boîtes de Sécurité	27,504	29,905	34,529	37,372	55,415
COÛT TOTAL MAT.	\$260,727	\$289,437	\$341,167	\$376,661	\$572,784

Source : Prévisions de la DPV

La disponibilité (commandes livrées) de matériel d'injection se présente comme suit :

Tableau 28: Comparaison des besoins et quantités de matériel d'injection disponible en 2002

	Matériel d'injection en 2002			
	SBCG 0,05 ml	SAB 0,5 ml	SPRV dilution	BDS
Besoins de l'année (unités)	622600	4051400	235200	49400
Stock en debut d'année (unités)	43021	172285	118224	12900
Quantité reçue (unités)	337100	5924906	471000	37620
Quantité totale en stock (unités)	380121	6097191	589224	50520
Excédent ou manquant (-)	-242479	2045791	354024	1120

Source : Registre de gestion de vaccins et matériel d'injection (DPV)

En dehors des seringues BCG, il y a eu en 2002 une satisfaction des besoins en matériel d'injection en terme de quantité annuelle disponible; cependant en terme de disponibilité permanente, en 2002 la situation des stocks de SAB 0.5 ml au dépôt central présentait un niveau inférieur au niveau de stock minimal pendant 230 jours sur 365 et un sur-stock le reste de l'année ; la situation des stocks de seringues autobloquantes pour BCG au dépôt central présentait un niveau inférieur au niveau de stock minimal pendant 315 jours sur 365.

La disponibilité de stock de boîtes de sécurité au dépôt central a présenté en 2002 un léger sur-stock (74 boîtes).

En 2003 la disponibilité au niveau central des stocks de matériel d'injection (nombre de mois couverts par le stock disponible) se présente comme suit :

Tableau 29 : Disponibilité en matériel d'injection en 2003

INDICATEURS	janvier	février	mars	avril	mai
Disponibilité en matériel d'injection (mois de consommation couvert par stock disponible)					
Seringues AB BCG (par dose de vaccin)	0	0	0	0	0
Seringues AB 0,5ml (par dose de vaccin)	6	5	6	5	5
Seringues dilution (2; 5 et 10 ml) (par flacon de vaccin lyophilisé)	18	16	15	15	16
Boîtes de sécurité (nbre de seringues /bte)	4	2	1	1	4

Source : *Registre de gestion de vaccins et matériel d'injection (DPV)*

La disponibilité insuffisante du matériel d'injection dans les formations sanitaires s'expliquerait en partie par la non disponibilité de stocks suffisants de matériel d'injection au niveau central pendant des périodes de l'année. La revue montre que *les seringues autobloquantes sont parfois inconnues dans certaines formations sanitaires du pays (des opérations vaccinales sont-elles effectivement effectuées dans ces formations ?)*

6.4.4.4. Approvisionnement du niveau central en matériel d'injection

Jusqu'en 2002, le matériel d'injection (seringues autobloquantes et boîtes de sécurité utilisées) sur le terrain était constitué de reliquat de campagne ou était disponibilisé grâce aux opportunités d'appui, notamment de GAVI.

En 2003 une dotation de 67 millions de francs CFA a été consacrée par l'État pour l'achat de seringues autobloquantes. Cette dotation qui vient en complément des opportunités d'appui serait-elle un début d'inscription d'une ligne budgétaire pour l'achat de matériel d'injection ou simplement une dotation ponctuelle?

Ce montant représente environ le quart des besoins financiers pour couvrir les prévisions de 2003 et ne représentera que le cinquième des besoins pour couvrir les prévisions pour 2004. Le gap est comblé jusque-là par les opportunités d'appui offerts au Burkina.

Un approvisionnement qui assure une disponibilité du matériel d'injection nécessite :

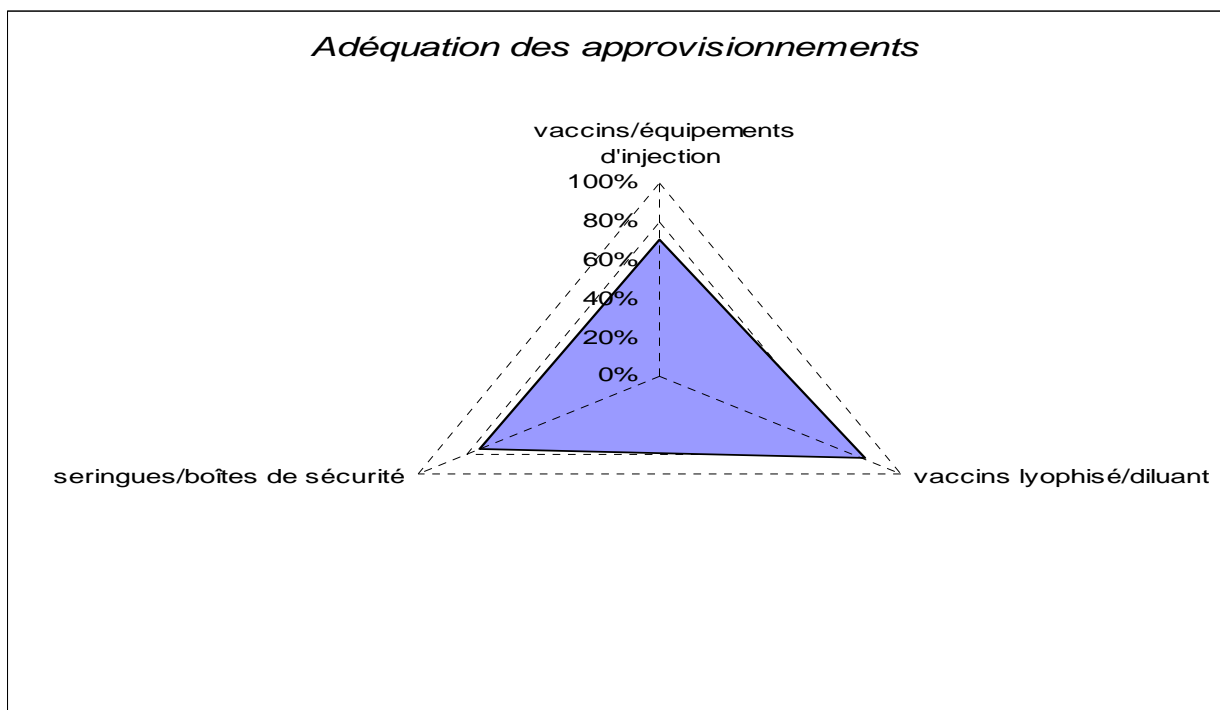
- une ligne budgétaire conséquente et consolidée pour l'achat de ce matériel est mis en place (l'existence de ce budget permettra de planifier les commandes à temps et de réduire les risques de rupture de stocks).
- Un maintien des opportunités d'appui des partenaires pour l'achat de stocks importants de matériel d'injection (suffisants pour rencontrer les besoins annuels). Il faudrait alors persévérer dans les négociations avec les partenaires et résoudre la question du volume requis pour le stockage et prendre en compte les dates de péremption du matériel.

6.4.4.5. Adéquation dans la distribution du matériel d'injection

L'adéquation dans la distribution du matériel d'injection vise à assurer une disponibilité permanente de l'ensemble des composantes du matériel d'injection dans des proportions normatives qui favorisent un usage sécuritaire de ce matériel.

A partir des résultats de la revue, l'adéquation de la distribution sur le terrain du matériel d'injection se présente comme ci-dessous :

Figure 21 : Niveaux d'adéquation de la distribution en matériel d'injection



- l'adéquation entre vaccins et matériel d'injection est assuré dans 71% des formations sanitaires ;
- l'adéquation entre vaccins lyophilisé et diluant est assurée dans 75% ;
- l'adéquation entre seringues et boîtes de sécurité est assurée dans 80% des formations sanitaires.

L'analyse des données du registre de distribution des vaccins et matériels d'injection, dégage des ratios de distribution groupée de matériel d'injection à partir du dépôt central qui se présentent comme suit :

Tableau 30 : Ratio de distribution groupée de matériel d'injection

INDICATEURS	janvier	février	mars	avril	mai
Ratio de distribution groupée (nbre de seringues distribuées pour chaque dose de vaccin et BS)					
Seringues AB BCG (par dose de vaccins)	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
Seringues AB 0,5ml (par dose de vaccin)	0.8	1.7	2.5	2.3	1.8
Seringues dilution (2; 5 et 10 ml) (par flacon de vaccin lyophilisé)	2.6	3.2	3.6	2.8	3.2
Boîtes de sécurité (nbre de seringues /bte)	82	106	107	124	150

Source : Registre de gestion de vaccins et matériel d'injection (DPEV)

Il ressort de ce constat :

- pour 10 doses de vaccins il est distribué 0 à 1 seringue AB BCG ;
- 1 à 2 seringues AB de 0.5 ml sont distribuées par dose de vaccin ;
- 2 à 3 seringues sont distribuées par flacon de vaccin lyophilisé ;
- 1 boîte de sécurité est distribuée pour 150 seringues utilisées.

Tableau 31 : ratios de distribution de matériel d'injection par région sanitaire

	2002			2003		
	S.BCG	SAB	B.Sécurité	S.BCG	SAB	B.Sécurité
Ratio Régions	0.26	0.29	171	0.01	0.81	118
Centre (Ouaga)	0.07	0.28	943	-	1.87	146
Centre Sud (Manga)	0.40	0.77	134	0.02	0.74	291
Plateau centre (Ziniaré)	0.44	0.36	209	0.10	1.28	232
Banfora	0.46	0.43	124	-	0.79	302
Bobo	0.43	0.42	221	0.03	0.16	172
Dédougou	0.37	0.39	221	-	0.85	82
Dori	0.14	-	23	-	0.84	158
Gaoua	0.10	-	23	-	0.20	28
Fada	0.11	0.08	96	-	0.94	125
Kaya	0.11	0.07	96	-	-	#DIV/0!
Koudougou	0.29	0.44	171	-	1.38	104
Ouahigouya	0.50	0.58	171	-	0.79	144
Tenkodogo	0.21	0.08	658	0.02	0.64	69

Source : Registre de gestion de vaccins et matériel d'injection

L'inadéquation de la distribution de matériel d'injection crée d'une région sanitaire à une autre une disparité de ratio qui s'écarte généralement des normes fixées, augmentant du même coup les risques soit de non vaccination par manque de matériel d'injection soit de réutilisation de matériel, générant ainsi une insécurité.

On note toutefois une amélioration des ratios de 2003 par rapport à ceux de 2002 bien que d'importants efforts restent à faire pour une meilleure adéquation des approvisionnements en matériel d'injection.

Les difficultés de maîtrise de la disponibilité et/ou de la distribution adéquate du matériel d'injection peuvent s'expliquer par le passage assez récent du concept de matériel d'injection stérilisable au concept de matériel d'injection conçu comme consommable et qui implique un renouvellement continu de ce matériel. Ce changement de concept s'accompagne d'une culture de la planification de la gestion de ce « nouveau matériel » en termes de prévision des besoins de niveaux et périodes de commandes, de distribution, mais de pérennisation d'une ligne budgétaire conséquente et consolidée pour l'acquisition de ces "consommables". Il faut travailler à une maîtrise de l'ensemble de ces questions.

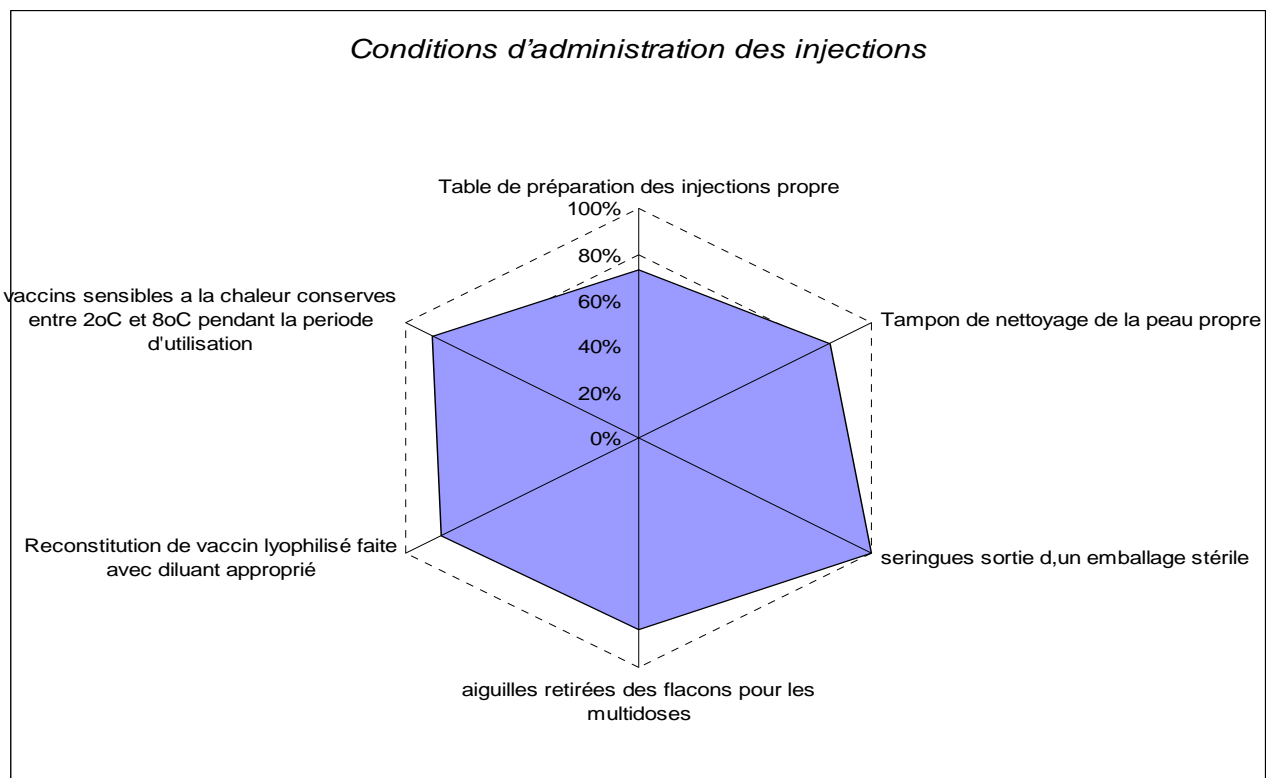
6.4.4.6. Pratiques d'injection, de manipulation et d'élimination du matériel d'injection utilisé

Afin de garantir la sécurité vaccinale, une disponibilité adéquate de matériel d'injection approprié doit être accompagnée de pratiques d'injection, de manipulation et d'élimination du matériel d'injection utilisé.

a. Les conditions d'administration des injections

La revue a collecté des données sur les pratiques d'administration des injections sur le terrain ; les résultats de l'analyse de ces données comme ci-dessous.

Figure 22 : Conditions d'administration des injections dans les formations sanitaires



Dans les formations sanitaires visitées au cours de la revue, de mauvaises pratiques d'injection ont été observées :

- malpropreté de la table de préparation des injections (sale),
- utilisation de lit d'hospitalisation pour préparer les injections dans 27% des formations sanitaires ;
- non nettoyage de la peau avant injection ou nettoyage avec un tampon sale dans 18% des formations sanitaires ;
- reconstitution de vaccins lyophilisés avec du diluant inapproprié dans 15 % des formations sanitaires ;
- aiguilles non retirées du flacons pour les multidoses dans 16% des formations sanitaires.

La comparaison de certains des indicateurs ci-dessus avec ceux mesurés au cours de l'évaluation de la sécurité des injections en septembre 2000, donne l'évolution suivante :

Tableau 32 : Évolution des indicateurs de mauvaises pratiques d'injection entre 2 évaluations de la sécurité des injections

	Seringue non stérile	Table non propre	Non retrait de l'aiguille du flacon	Non nettoyage de la peau avant injection
2000	4 %	48 %	11 %	27 %
2003	0	27 %	16 %	18 %

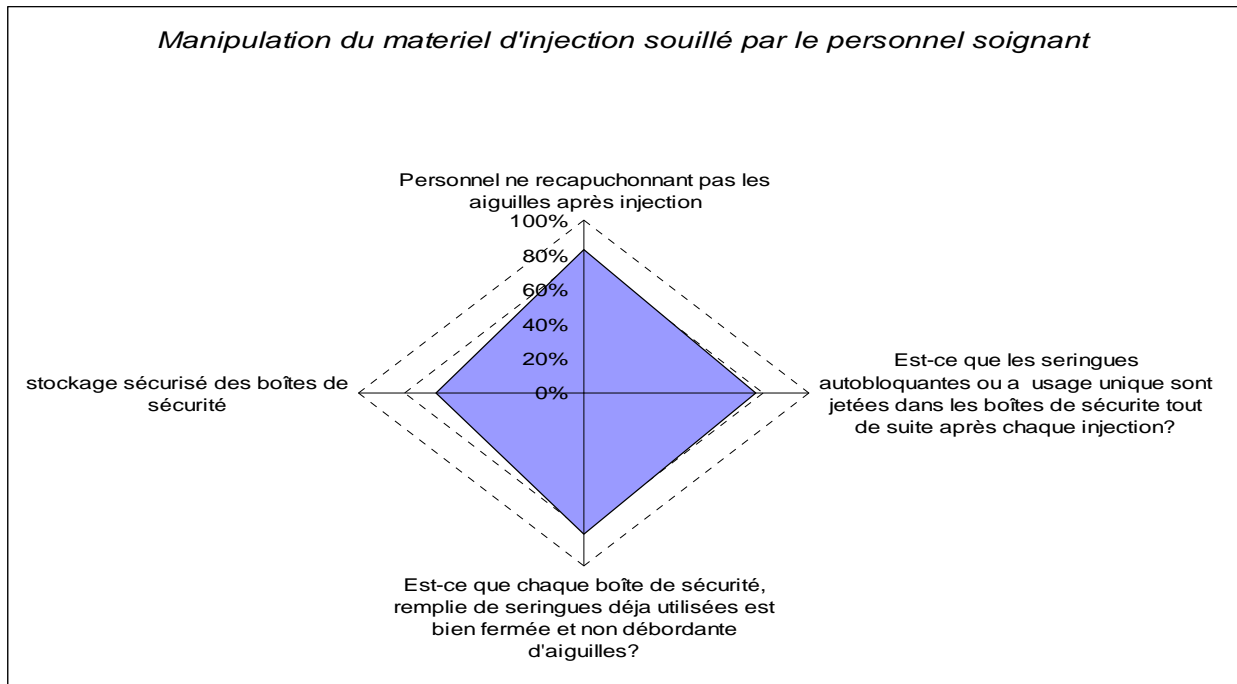
Il apparaît une amélioration de l'état des indicateurs ; cette amélioration s'expliquerait par la mise en œuvre depuis lors de programme de formation ; ainsi il ressort de la revue que plus de la moitié des formations sanitaires disposent d'un personnel PEV formé à la sécurité des injections.

Sur le terrain il y a une incohérence de messages reçus et des directives claires devraient être adressées pour harmoniser les pratiques (par exemple selon certains agents l'utilisation de tampon est déconseillée)..

b. Les pratiques de manipulation du matériel d'injection souillé

A partir des résultats de la revue, les pratiques de manipulation du matériel d'injection utilisé se présentent sur le terrain comme ci-dessous.

Figure 23 : Manipulation du matériel d’injection souillé par le personnel soignant



Dans les formations sanitaires visitées au cours de la revue, de mauvaises pratiques de manipulation des seringues et aiguilles souillées ont été observées :

- recapuchonnage des aiguilles après injection dans 7% des formations sanitaires ;
- non placement systématique et immédiat après injection des seringues et aiguilles utilisées dans 14 % des formations sanitaires ;
- non fermeture correcte ou le sur-remplissage des boîtes de sécurité dans 18% des formations sanitaires ;
- stockage non sécurisé des boîtes de sécurité contenant des seringues et aiguilles souillées dans 24% des formations sanitaires.

La comparaison de certains indicateurs disponibles dans l'évaluation de la sécurité des injections (septembre 2000) à ceux mesurés au cours de la présente revue est présentée ci-dessous.

Tableau 33 : Évolution des indicateurs de mauvaises pratiques de manipulation du matériel d’injection souillé

	Recapuchonnage	Absence de boîtes sécurité de	Boîtes mal fermées /débordantes d'aiguille	Piqûres accidentelles
2000	55 %	51 %	83 %	71 %
2003	17 %	14 %	18 %	32 %

Il apparaît une nette amélioration de l'état des indicateurs; cette amélioration s'expliquerait par la sensibilisation et la mise en œuvre depuis lors de programme de

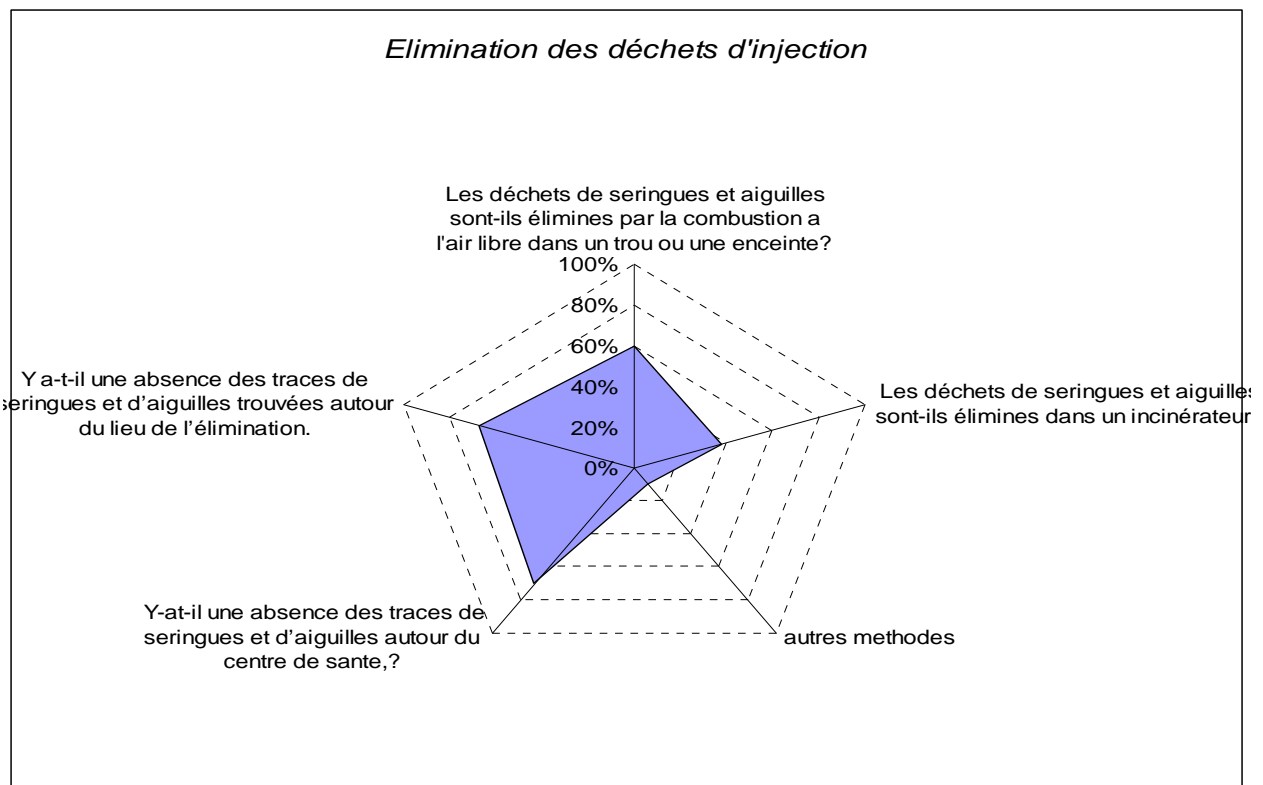
formation ; ainsi il ressort de la revue que plus de la moitié des formations sanitaires disposent d'un personnel PEV formé. Il y a des incohérences dans la diffusion des messages aux structures sanitaires sur le terrain; il a été rapporté dans le district de Banfora que certains partenaires recommandent de recapuchonner les aiguilles après les avoir décontaminées.

La formation et la supervision formative sont également les axes sur lesquels les efforts devraient se poursuivre.

c. Les pratiques d'élimination des déchets d'injection

L'évaluation des pratiques d'élimination appropriée du matériel d'injection utilisé a donné les résultats suivants :

Figure 24 : Élimination des déchets d'injection



Dans plusieurs formations sanitaires visitées au cours de la revue, de mauvaises pratiques d'élimination des seringues et aiguilles souillées ont été observées :

- brûlage à l'air libre ou dans une enceinte pour 60% des formations sanitaires ;
- Présence d'aiguilles et de seringues souillées dans la cours de la structure sanitaire dans 30% des formations sanitaires ;
- présence d'aiguilles autour du site d'élimination dans 33% des formations sanitaires.

Comparativement aux résultats de l'évaluation de la sécurité des injections réalisée en septembre 2000, les résultats de la présente revue sont en nette amélioration en ce qui concerne les pratiques d'élimination du matériel d'injection utilisé.

Tableau 34 : Évolution des indicateurs de mauvaises pratiques d'élimination du matériel d'injection souillé

	Brûler a l'air libre	Présence d'aiguilles dans la cours
2000	51%	57%
2003	40%	30%

d. Planification de la gestion des déchets d'injection au niveau des districts

Les pratiques sécuritaires d'injection, de manipulation et d'élimination des déchets d'injection constitue un enjeu à relever au niveau du personnel soignant et de sa clientèle.

Le projet Focus (avec centre méditerranéen de l'OMS) dans le cadre de son appui au Burkina Faso offre une opportunité pour la mise en œuvre des recommandations issues de l'étude sur la sécurité des injections et la gestion des déchets bio-médicaux. Les mesures ci-dessous prises au niveau des formations sanitaires témoignent de l'intérêt porté à la sécurité des injections :

- Vaccination du personnel de santé et de la population contre l'hépatite B et le tétanos.
- Prise en charge thérapeutique des cas de piqûres accidentelles :

e. Les méthodes de destruction du matériel d'injection utilisé

Plusieurs méthodes de destruction existent sur le terrain. Les moyens d'incinération rencontrés sur le terrain sont principalement des incinérateurs de type DeBailleuil, des incinérateurs de type DeMonfort et des enceintes métalliques dans lesquelles les déchets sont brûlés (ex-incinérateurs PSF). Il existe également des techniques de brûlis dans des fosses, ou enfouissement.

La destruction des déchets piquants est généralement assurée par incinération à des niveaux de températures supérieurs à 800 degrés Celsius.

L'incinérateur de type DeMonfort est celui qui parmi ceux cités plus haut permet de détruire convenablement les déchets piquants à des températures d'au moins 800 degrés Celsius.

C'est à la faveur de la campagne de masse contre la rougeole en 2001, que dans chaque chef-lieu de district sanitaire a été construit un incinérateur De Monfort.

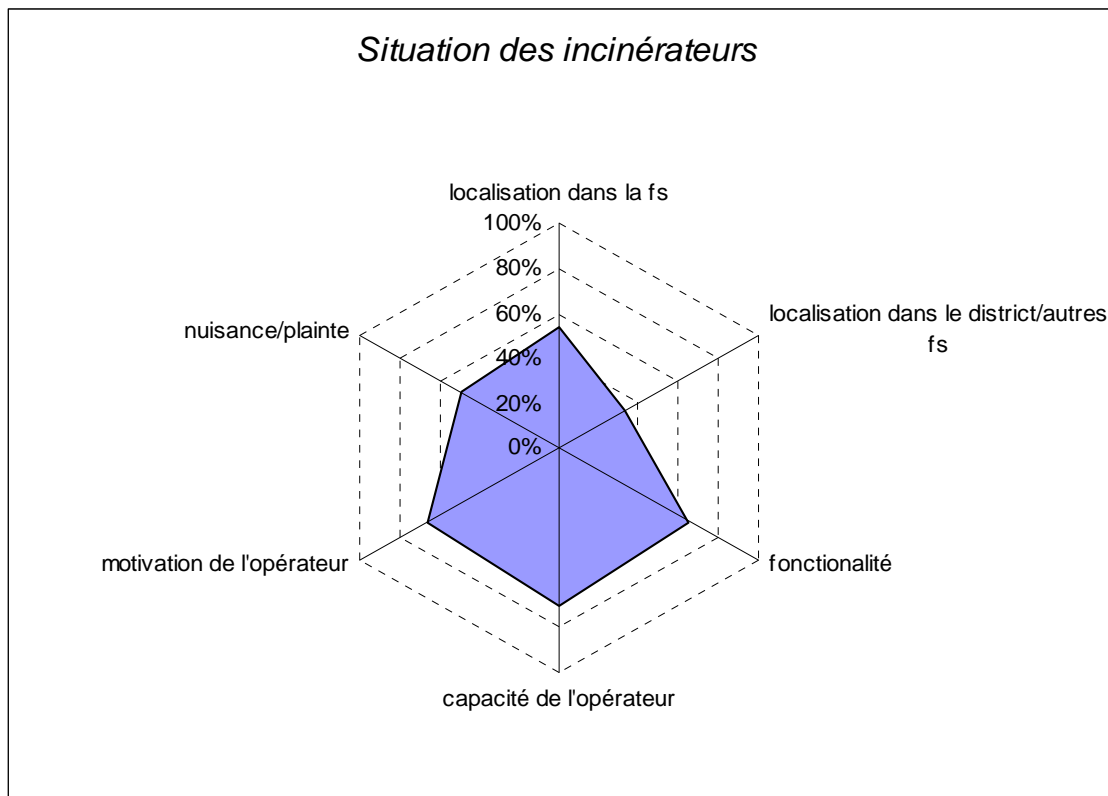
Ces incinérateurs ont fait l'objet d'évaluations ; il s'agissait d'évaluer la performance opérationnelle ainsi que l'expérience d'utilisation de ces incinérateurs de petites capacité installés dans les districts :

La présente revue a évalué la situation des incinérateurs sur le terrain à travers six (6) indicateurs qui sont :

- la localisation des incinérateurs par rapport aux bâtiments de la structure sanitaire (au voisinage de la structure sanitaire, ne cause pas beaucoup de nuisance) ;

- la localisation de l'incinérateur dans le district (par rapport à la distance et à la quantité de déchets piquants produits des différentes formations sanitaires) permet elle une utilisation optimale de l'incinérateur dans le district ;
- la formation (capacité) de l'opérateur assigné aux tâches d'incinération ;
- la fonctionnalité de l'incinérateur ;
- la motivation de l'opérateur aux tâches d'incinération ;
- l'opinion du personnel de la structure sanitaire et du voisinage sur les incinérateurs (plaintes pour nuisance).

Figure 25 : Situation des incinérateurs type De Monfort

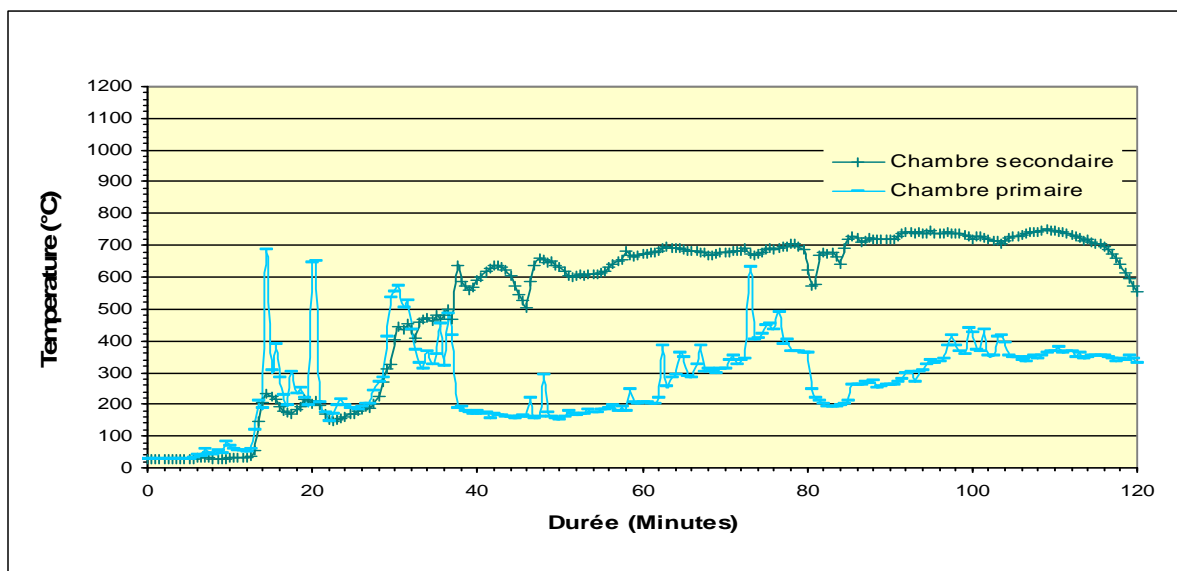


- La localisation des incinérateurs n'est généralement pas appropriée car les sites choisis sont proches des bâtiments (ou du voisinage) et pourraient faire l'objet de plainte en raison des nuisances causées par la fumée qui se dégage pendant les opérations d'incinération.
- Le personnel en charge de l'opération des incinérateurs n'est pas toujours correctement formé; il s'agit souvent du personnel occasionnel ou à qui de multiples activités sont confiées dont la collecte et l'incinération. Ce personnel, sans un matériel de protection adéquat, n'a souvent aucune de motivation permettant de pérenniser la qualité de son travail. De plus il n'est pas supervisé, ce qui ne démontre guère un quelconque intérêt de la hiérarchie à son activité. L'incinérateur de De Monfort requiert la présence de l'opérateur durant l'opération d'incinération et il convient de souligner que la performance de cet incinérateur est lié à la qualité de son opérateur.

- Les incinérateurs souffrent de problèmes de conception et de maintenance (fissures érosion excessives des parois maçonnées, composantes métalliques en mauvais état) dus à une absence de budget et de définition de responsabilité par rapport à la maintenance. Les actions suivantes devraient être entreprises :
 - o ramonage de la cheminée (une cheminée bouchée réduit la performance du tirage et donc de la combustion) ;
 - o crépissage des parois ;
 - o réparation ou remplacement des composantes métalliques ;
 - o nettoyage des abords de l'incinérateur.

La figure N°26 ci-dessous présente la performance d'un incinérateur non entretenu. Le niveau de température dans les 2 chambres n'atteint pas 800 degrés Celsius et il met près de 2 heures pour atteindre 700 degrés dans la chambre secondaire de combustion.

Figure 26 : Performance thermique d'un incinérateur DeMonfort mal entretenu (rapport d'évaluation au Burkina)



La rentabilité de cet incinérateur de déchets piquants est liée à la quantité de boîtes de sécurité incinérées. Il est indispensable qu' autour de chaque incinérateur de type DeMonfort, une stratégie de collecte des boîtes de sécurité (qui peut être intégrée aux activités de supervision ou de ravitaillement mensuelle des formations sanitaires périphériques en vaccins et accessoires) soit développée localement au niveau de chaque district. Cette stratégie de planification de la gestion des déchets piquants doit être appliquée dans chaque district pour la destruction correcte des déchets ; cette stratégie permet de rentabiliser l'incinérateur.

f. Vers une culture de la gestion des déchets biomédicaux (une recommandation à bâtir un système)

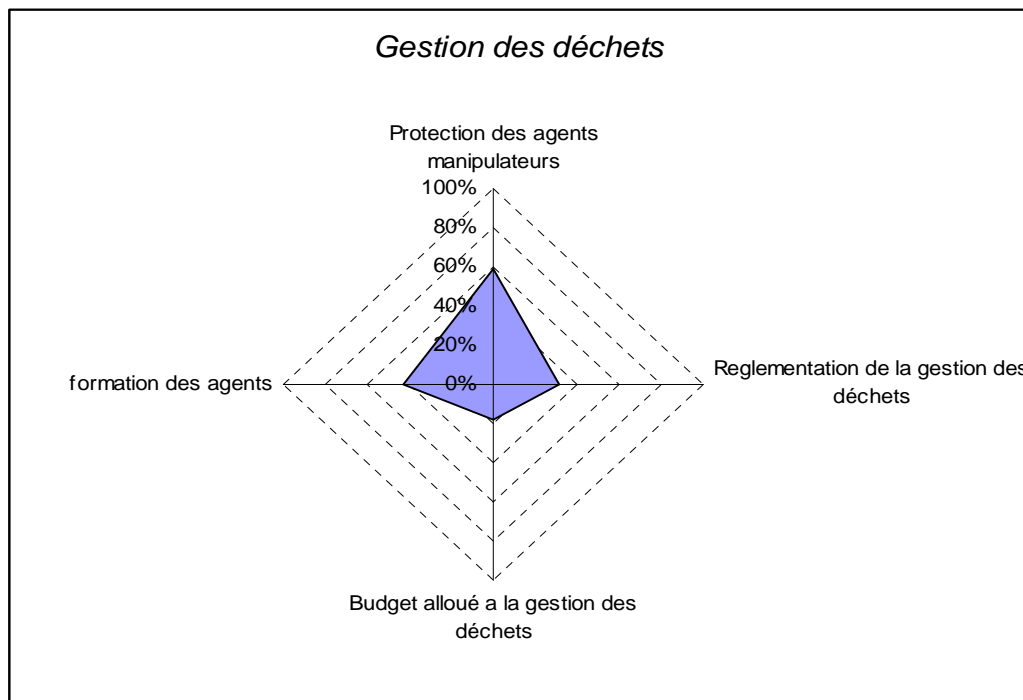
La problématique de l'élimination appropriée du matériel d'injection est cernée d'avantage lorsqu'on l'inscrit dans la problématique plus globale de la gestion des déchets biomédicaux.

Pour cerner la situation de la gestion des déchets biomédicaux 7 indicateurs ont été utilisés. Le niveau de chaque indicateur est déterminé à partir d'un ensemble de questions pour lesquelles les réponses ont été obtenues suite aux interviews et aux observations faites dans les structures sanitaires visitées. Les sept indicateurs suivants ont été retenus :

- formation du personnel et niveau de conscience du personnel sur le danger des déchets biomédicaux ;
- tri des déchets biomédicaux ;
- contenants dans lesquels les déchets biomédicaux sont placés après le tri ;
- collecte et stockage des déchets biomédicaux ;
- traitement des déchets sur site des déchets biomédicaux ;
- réglementation sur la gestion des déchets biomédicaux dans les structures sanitaires ;
- plan d'action et allocation de ligne budgétaire pour la gestion des déchets.

La situation de la gestion des déchets biomédicaux dans son ensemble dans les structures sanitaires enquêtées est présentée ci-dessous.

Figure 27 : Situation de la gestion des déchets biomédicaux dans les formations sanitaires



Tous les indicateurs doivent être améliorés de façon significative.

- Même si un effort de tri existe en général dans les structures sanitaires (tri en au moins 3 catégories (déchets piquants, déchets infectieux, déchets liquides), il existe plusieurs formations sanitaires où les déchets sont tous placés dans le même contenant sans tri préalable. Là où les déchets sont triés, les contenants dans lesquels ces déchets triés sont placés ne sont en général pas spécifiques et aucun code de couleur n'est en vigueur dans les formations sanitaires pour identifier les différents types de déchets.
- Les déchets piquants collectés dans ces contenants inappropriés et mal fermés sont stockés dans des endroits souvent non sécurisés en attendant leur traitement et leur élimination finale.
- Les garçons ou filles de salles transportent les déchets infectieux de leur salle de soins directement dans l'incinérateur. Celui-ci devient le dépotoir à déchets jusqu'au moment où l'opérateur vient mettre le feu. Cette façon de faire a souvent abouti à l'observation de déchets jetés à côté de l'incinérateur ou alors l'incinérateur est bourré de déchets de plusieurs jours, non encore incinérés ; une organisation systématique de l'incinération des déchets infectieux en rapport avec la fréquence de production de ces déchets est indispensable.
- La séparation des aiguilles de leur seringues dans certaines formations sanitaires, la non utilisation de boîtes de sécurité appropriées pour récupérer les produits des injections curatives, le transport anarchique des déchets à l'incinérateur, l'inexistence de code de couleur pour le tri et la collecte des différents types de déchets montrent l'inexistence d'une réglementation de la gestion des déchets dans les structures sanitaires.
- Plusieurs structures sanitaires confient l'enlèvement des déchets généraux et des cendres de combustion à des services privés ; cependant, le traitement hors site de ces déchets par ces services consiste simplement à les déposer dans les décharges publiques sans aucun traitement particulier ce qui représente un danger supplémentaire pour la communauté.
- Une activité de gestion des déchets biomédicaux planifiée et budgétisée annuellement n'est pas encore effective dans les structures sanitaires. L'acquisition de nouveaux équipements, l'organisation de formations ou de recyclages, la réalisation de réparation, l'assurance d'une maintenance préventive... requièrent un plan d'action budgétisé qui pérennise la gestion des déchets.

6.5. Communication et mobilisation sociale

Les données recueillies lors de l'enquête sur la communication et mobilisation sociale ont permis de recueillir des informations sur :

- l'organisation et le fonctionnement des structures de communication et mobilisation sociale ;

- les connaissances, attitudes, comportements et pratiques des pères et des mères ainsi que des leaders d'opinions ;
- les opinions, comportements et pratiques des agents de santé ;
- les opinions des responsables de la santé au niveau national, régional, local et ceux des partenaires.

6.5.1. Connaissances, Attitudes, Comportements et Pratiques des mères

Les connaissances, attitudes, comportements et pratiques des mères ont été explorés au cours de l'enquête sur la communication et la mobilisation sociale, d'une part lors des groupes de discussion dirigés et d'autre part au cours des interview à la sortie des centres de santé.

6.5.1.1. Résultats des focus

Trente (30) focus group regroupant 352 femmes ont été animés sur les sites retenus. Les résultats présentés ci-après concernent des mères ayant ou pas vaccinés leurs enfants.

Sur la place accordée à la vaccination parmi les mesures assurant la protection des enfants, on note : quelque que soit le milieu de résidence, très peu d'intérêt est accordé à la vaccination comparativement à l'hygiène et à la bonne alimentation. Le tableau n° 35 ci-dessous résume les résultats de cette appréciation.

Quelles soient du milieu rural ou semi-urbain les mères consultent de préférence l'agent de santé. Cependant, le guérisseur n'est pas oublié (cité 54 fois contre 85 fois pour l'agent de santé).

D'une manière générale, les mères sont satisfaites (cité 31 fois) des services de vaccination et cela parce que :

- elles sont bien accueillies (36 fois) ;
- elles sont satisfaites du comportement des agents de santé (29 fois) ;
- ou encore les horaires des séances de vaccinations (le matin) leur conviennent (16 fois).

De nombreuses mères trouvent le vaccin est fiable (cité 44 fois) parce qu'elles constatent une baisse des maladies de l'enfance.

Leur préférence pour la stratégie avancée est justifiée par :

- on y perd moins de temps car on ne passe pas d'un service à l'autre ;
- la stratégie avancée permet de réduire les distances ;
- les mères peuvent faire vacciner plusieurs enfants.

Comme inconvénient de la stratégie avancée les mères font remarqué qu'il y a parfois de faux rendez-vous, à cause des ruptures de stocks, soit des vaccins, soit des seringues.

Tableau 35 : Place accordée à la vaccination par les mères

Sous-thème	Dimension	Semi-urbain	Rural	Total	%
Consultation	Guérisseur	30	24	54	18,7
	Agent de santé	49	36	85	29,4
Prévention	Nourriture	26	10	36	12,5
	Vitamines	16	1	17	5,9
	Hygiène	54	29	83	28,7
	Vaccination	6	8	14	4,8
TOTAL		181	108	289	100,0

La qualité des connaissances des mères a été jugée bonne et celles des milieux urbain et semi-urbain ont de meilleures connaissances tel que l'indique le tableau n° 36 ci-après. Cependant les rumeurs et peurs à propos des vaccinations restent tenaces, surtout en milieu urbain et semi-urbain.

Tableau 36 : Qualité des connaissances des mères

Sous-thème	Dimension	Semi-urbain	Rural	Total	%
Connaissance	Bonne	72	40	112	32,3
	Mauvaise	13	18	31	8,9
Idées reçues	Peurs	25	6	31	8,9
	Rumeurs	11	8	19	5,5
Motivation	Santé	16	19	35	10,1
	Facilité	3	6	9	2,6
Démotivation	Réactions enfants	30	19	49	14,1
	Difficultés	33	28	61	17,6
TOTAL		203	144	347	100,0

Les principales sources d'informations des mères sont essentiellement «de personne à personne» et secondairement la radio. Les supports écrits et la télé sont très peu cités. Les principaux informateurs sont : les agents de santé, des leaders d'opinions ou d'autres mères.

Tableau 37 : Sources d'information des mères

Sous-thème	Dimension	Semi-urbain	Rural	Total	%
Sources	Personne	40	37	77	36,0
	TV	4	1	5	2,3
	Radio	12	5	17	7,9
	Supports écrits	1	2	3	1,4
Crédibilité	Crédible	29	10	39	18,2
	Non crédible	3	3	6	2,8
Contenu	Motivant	13	12	25	11,7
	Convaincant	7	7	14	6,5
	Non motivant				0,0
	Non convaincant				0,0
Amélioration	Disponibilité du vaccin	4	2	6	2,8
	Se rapprocher des mères	7	15	22	10,3
	Pas d'amélioration possible				0,0
TOTAL		120	94	214	100,0

Les mères parlent de peurs vis-à-vis de la vaccination ; ces peurs sont nourries par des idées reçues. Les réactions des enfants lors de la vaccination et les effets secondaires amplifient ces préjugés. Les autres obstacles viennent de difficultés rencontrées lors de vaccination comme le comportement des agents, les rendez-vous non respectés et la distance pour se rendre au centre de santé. Cependant, elles acceptent de faire vacciner les enfants parce qu'elles estiment que la santé de leurs enfants est meilleure.

Tableau 38 : Comportement des mères

Sous-thème	Dimension	Semi-urbain	Rural	Total	%
Connaissance	Bonne	72	40	112	32,3
	Mauvaise	13	18	31	8,9
Idées reçues	Peurs	25	6	31	8,9
	Rumeurs	11	8	19	5,5
Motivation	Santé	16	19	35	10,1
	Facilité	3	6	9	2,6
Démotivation	Réactions enfants	30	19	49	14,1
	Difficultés	33	28	61	17,6
TOTAL		203	144	347	100,0

La comparaison entre zones ethno-linguistiques des différentes appréciations des services de vaccination par les mères fait ressortir :

- quelque soit la zone, les services sont appréciés positivement par les mères ;
- la distance et les heures de programmation des séances en stratégie fixe posent problèmes à certaines mères particulièrement celles des zones 3 et 8 ;
- l'appréciation de la stratégie avancée est positive quel que soit la zone, mais encore plus dans les zones 2, 3 et 7 ;

- le comportement des agents vaccinateurs est jugé bon quel que soit la zone, aussi bien en stratégie fixe qu'en stratégie avancée ;
- bien que la fiabilité des vaccins soit positivement appréciée dans toutes les zones, les effets secondaires demeurent redoutés particulièrement en zones 3, 4, 5 et 6.

6.5.1.2. Résultats des Interview des mères à la sortie d'un centre de santé

Les interview d'exit ont permis d'évaluer les connaissances des mères et leurs appréciations du comportement des agents de santé lors des séances de vaccination

Connaissances des mères

Sur les 65 femmes interviewées à leur sortie du centre de santé, 97% avaient fait vacciner leur enfant, 95,3% étaient en possession d'un carnet de vaccination.

- plus de 58% des mères ne savaient pas quel vaccin a été administré à leur enfant ;
- A propos du nombre de contacts pour une vaccination complète, 50% donnent une réponse correcte, 28,13% une réponse fausse et 21,88% ne savent pas ;
- 40% des mères d'enfants incomplètement vaccinés n'ont pu donner ni l'heure ni la date de la prochaine vaccination ;
- 92,42% des mères interrogées disent que la vaccination empêche les maladies ;
- 87,88% des interviewées ont été informées de la nécessité de faire vacciner les enfants par les agents de santé ;
- appréciations du comportement des agents de santé.

Sur les Soixante cinq (65) mères interrogées 65 % ont jugé le comportement de l'agent de santé pendant la séance de vaccination. Le Tableau n° 39 ci-dessous résume les différentes modalités d'appréciation de l'accueil des mères par les agents de santé.

Tableau 39 : Modalités de l'accueil des mères par les agents de santé.

Modalités	Nombre	Pourcentage
Bon accueil	19	24,05%
Conseil	14	17,72%
Bonne occupation	10	12,66%
Comportement	7	8,86%
Salutation	6	7,59%
Ecoute	5	6,33%
Respect	4	5,07%
Demande les nouvelle enfant	3	3,80%
Disponibilité	3	3,80%
Donne des explications	2	2,53%
Sensibilisation	2	2,53%
Bonne explication	1	1,27%
Donne rendez-vous	1	1,27%
Pas de plaint	1	1,27%
Répond aux questions	1	1,27%
Total	79	100,00%

6.5.2. Connaissances, Attitudes, Comportements et Pratiques des pères

Trois cent vingt (320) hommes ont participé aux trente (30) focus group masculins réalisés dans le cadre de cette enquête.

6.5.2.1. Connaissances des pères

Place accordée à la vaccination

Tableau 40 : Place accordée à la vaccination par les pères

Sous-theme	Dimension	Semi-urbain	Rural	Total	%
Consultation	Guérisseur	23	41	64	22,7
	Agent de santé	31	53	84	29,8
Prévention	Nourriture	16	17	33	11,7
	Vitamines	3	2	5	1,8
	Hygiène	43	26	69	24,5
	Vaccination	17	10	27	9,6
Total		133	149	282	100,0

Pour les pères l'hygiène est la première citée comme moyen de prévention des maladies. La vaccination est très peu citée, beaucoup moins par les pères que par les mères.

Au cours des débats sur le thème des comportements, il est ressorti un bon niveau de connaissance des pères à propos de la vaccination.

Tableau 41 : connaissances des pères sur la vaccination

Sous-thème	Dimension	Semi-urbain	Rural	Total	%
Connaissance	Bonne	32	38	70	25,6
	Mauvaise	9	21	30	11,0
Idées reçues	Peurs	18	19	37	13,6
	Rumeurs	10	2	12	4,4
Motivation	Santé	14	22	36	13,2
	Facilité	6	4	10	3,7
Démotivation	Réactions enfants	16	13	29	10,6
	Difficultés	27	22	49	17,9
Total		132	141	273	100,0

Les sources d'information sont en premier lieu les personnes (agents de santé, leaders d'opinions) en second la radio et enfin la télévision.

Tableau 42 : sources d'information des pères

Sous-thème	Dimension	Semi-urbain	Rural	Total	%
Sources	Personne	33	41	74	32,6
	TV	7		7	3,1
	Radio	15	13	28	12,3
	Supports écrits	2		2	0,9
Crédibilité	Crédible	24	18	42	18,5
	Non crédible	9	2	11	4,8
Contenu	Motivant	7	11	18	7,9
	Convaincant	15	7	22	9,7
	Non motivant	1		1	0,4
	Non convaincant	5	3	8	3,5
Amélioration	Disponibilité du vaccin	1	2	3	1,3
	Se rapprocher des mères	7	4	11	4,8
Total		126	101	227	100,0

6.5.2.2. Attitudes et Comportement des pères

- Pour la santé de leurs enfants, les pères font plus confiance à l'agent de santé (cité 84 fois). Le guérisseur n'est pas oublié (cité 64 fois), plus en milieu rural qu'urbain ;
- les difficultés rencontrées par les mères lors des séances de vaccination, constituent pour les pères un obstacle à la vaccination ;

- la peur des effets secondaires est également un obstacle, surtout lorsque les parents doivent payer des médicaments quand l'enfant fait la fièvre suite à la vaccination.

Tableau 43 : Comportement des pères

Sous-thème	Dimension	Semi-urbain	Rural	Total	%
Connaissance	Bonne	32	38	70	25,6
	Mauvaise	9	21	30	11,0
Idées reçues	Peurs	18	19	37	13,6
	Rumeurs	10	2	12	4,4
Motivation	Santé	14	22	36	13,2
	Facilité	6	4	10	3,7
Démotivation	Réactions enfants	16	13	29	10,6
	Difficultés	27	22	49	17,9
<i>Total</i>		<i>132</i>	<i>141</i>	<i>273</i>	<i>100,0</i>

6.5.2.3. Appréciation des services de vaccination par les pères et selon les zones

- les hommes sont peu satisfaits des services de vaccination, surtout ceux de la zone 8 ;
- les distances à parcourir dans le cadre de la stratégie fixe constituent un obstacle aux dire des hommes et dans presque la quasi totalité des zones d'enquête particulièrement dans les zones 4, 5, 6 et 7 ;
- le comportement des vaccinateurs lors des séances en poste fixe est positivement apprécié dans l'ensemble des zones à l'exception de la zone 7 ;
- l'appréciation de la stratégie avancée par les hommes est variable d'une zone à l'autre : les hommes des zones 2, 3 et 7 la trouve efficace tandis que ceux de la zone pensent le contraire ;
- en dehors des zones 3 et 4, l'attitude des vaccinateurs lors des séances de stratégie avancée est qualifiée de non accueillante dans toutes les zones ;
- la peur des effets secondaires est un obstacle à la vaccination de l'avis des hommes de toutes les zones, plus particulièrement ceux des zones 1, 3, 6 et 7 ;
- le coût est très peu cité comme obstacle à la vaccination.

La comparaison entre les avis des hommes et ceux des femmes sur l'appréciation des services de vaccination fait ressortir :

- Les femmes sont plus satisfaites des services de vaccination que les hommes ;
- plus d'hommes (32/320 fois) que de les femmes (29/352 fois) ont une appréciation positive du comportement des agents vaccinateurs ;
- la démotivation liée aux longues distances à parcourir est beaucoup plus citée par les hommes (25/320 fois) que les femmes(18/352 fois) ;

- la stratégie avancée est plus appréciée par les femmes que les hommes (39/352 fois contre 22/320 fois) ; efficace Les pensent. Les femmes, deux fois plus que les hommes, sont satisfaites de l'accueil qui leur est réservé par les agents de santé lors des séances de vaccination ;
- aussi bien pour certains des hommes que certaines des femmes, le coût de la vaccination est un obstacle, même si d'autres par contre le trouve abordable ;
- la peur des effets secondaires préoccupe plus les femmes que les hommes, essentiellement nourrie par les rumeurs. Ainsi dans le Houet un homme a déclaré lors d'un focus : «*On entend souvent parler du nassarabi (méningite des blancs) qui attrape les enfants après la vaccination*».

Tableau 44 : comparaison des avis des hommes et des femmes pour l'ensemble des zones

Sous- thème	Modalités	Femmes	Hommes	Total
Avis	Satisfait	30	27	57
	Non satisfaisant	9	14	23
Stratégie fixe	Distance	18	25	43
	Heures	16	9	25
	Comportement agent	29	32	61
	Renvoi d'un service à l'autre	4	7	11
Stratégie avancée	Efficace	39	22	61
	Non efficace	7	9	16
	Fiable	8	10	18
	Non fiable	2	8	10
	Agent accueillant	35	16	51
	Agents non accueillant	5	13	18
Qualité vaccin	Cher	28	27	55
	Abordable	39	33	72
	Fiable	44	38	82
	Non fiable		1	1
	Effets secondaires	38	29	67
	Pas d'effets secondaires	1		1
TOTAL		352	320	672

6.5.2.4. Les opinions et comportements des mères et des pères par rapport à la demande

Les opinions et comportements des hommes et femmes des différentes zones d'enquête seront présentés à travers les résultats des focus group par zone. Ces résultats concerneront les points suivants :

- l'intérêt des population pour la vaccination comme moyen de prévention ;
- la place et le rôle des tradithérapeutes dans la zone ;
- les rumeurs autour de la vaccination et les peurs qu'elles engendrent ;
- les difficultés rencontrées pour l'accès aux vaccinations.

Pour une meilleure lecture des résultats présentés dans cette section, il paraît utile de broser quelques traits essentiels au regard des discussions avec les groupes d'hommes et de femmes. Il ne s'agit pas d'une étude anthropologique et sociologique, se sont des caractéristiques qui pourraient être utiles à prendre en compte dans l'élaboration de programme de communication à destination des populations concernées.

Le nombre de fois qu'une réponse intervient dans un thème est à considérer comme l'intérêt que porte le groupe à une question par rapport aux autres.

Le sous-thème difficulté couvre les points suivants : distance, paiement du carnet, rupture des vaccins, comportement des agents de santé, disponibilité de la mère.

La référence faite à la couverture vaccinale n'a pas pour objectif d'expliquer un taux faible ou élevé de la couverture vaccinale par des caractéristiques ethnolinguistiques mais a pour but d'apporter un éclairage et vient s'ajouter à des considérations comme la qualité de la communication, et des services de santé.

En rappel les provinces retenues dans chaque zone et les ethnies concernées sont les suivantes :

Tableau 45 : Répartition des provinces par zone

Zones	Provinces retenues	Principales ethnies
1	Ouadalan, Soum	Peuhl, Touaregs, Sonraï
2	Kadiogo, Yatenga	Mossi et sous-groupes
3	Tapoa, Boulgou	Gourmantché, Bissa
4	Nahouri, Sanguié	Gourounsi
5	Mouhoun, Banwa	Dafing, Bwaba, Bobo, Samo
6	Bougouriba, Noumbiel	Dagara, Birifor, Lobi
7	Leraba, Houet	Dioula, Senoufo, Gouin,
8	Houet, Kadiogo	Bobo et Ouaga (diverses ethnies)

Dans la zone 1 (Ouadalan, Soum)

Il a été difficile de discuter aussi bien avec les hommes qu'avec les femmes.

Dans ces deux provinces classées parmi les régions à faible couverture vaccinale au Burkina Faso (...) on remarque aussi un taux de déperdition élevée.

En ce qui concerne le vaccin antitétanique la situation est aussi la plus alarmante.

Les tradithérapeutes jouent encore un rôle prépondérant dans cette zone :

Les femmes comme les hommes citent deux fois les guérisseurs aussi bien en milieu semi-urbain que rural.

Le guérisseur est évoqué comme un second recours. Ainsi, dans l'Oudalan, un homme affirme que « *si tu échoue devant l'infirmier, tu peux aller voir soit le marabout, soit le guérisseur* ». Un autre homme ajoute : « *Souvent ni l'infirmier, ni le guérisseur ne peuvent guérir, dans ce cas, il faut consulter un marabout* ». Une femme renchérit : « *Il y a des maladies que les infirmiers ne peuvent pas guérir dans ce cas se sont les vieux du village qui nous aident* ».

Parmi les moyens de prévention des maladies de l'enfant la vaccination est moins citée que l'hygiène. Au cours du focus un homme déclare : «*il faut simplement être propre à l'intérieur comme à l'extérieur*».

La nourriture et les vitamines sont également soulignées par les femmes de cette zone (cité 6 fois) tandis que les hommes n'en font pas cas.

Les peurs engendrées par les rumeurs

Les femmes comme les hommes évoquent clairement leurs peurs et les rumeurs qui ont droit de cité :

- pour les femmes, le manque d'information est la source de leur crainte. Une d'elles déclare : «On fait vacciner nos enfants mais on ne connaît pas les noms des vaccins» et une autre ajoute «j'ai peur car la vaccination fait souffrir les enfants, (...) il semble que quand l'enfant est constamment vacciné il devient faible» ;
- un homme parle de ses peurs par rapport à la vaccination dans ces termes : «la piqûre des infirmiers, ça détruit complètement les jambes des enfants, ça détruit complètement, pas un peu».

Les difficultés signalées par les hommes et les femmes de cette zone se résument en l'impatience des agents vaccinateurs qui ne perdent pas de temps à attendre les mères quand celles-ci ne sortent pas aux heures indiquées.

Dans la zone 2 (Yatenga, Kadiogo)

Le trait caractéristique de cette zone est une organisation sociale fortement hiérarchisée. Cependant on constate une différence dans le mode de communication : Si dans le Kadiogo la communication est plus centrée sur la parole du chef, le Yatenga offre une plus grande possibilité de participation à la décision aux autres hommes et aux femmes. Les groupements féminins sont les lieux par excellence de l'expression féminine.

Ces deux provinces se situent dans des régions sanitaires ayant une bonne couverture vaccinale. Cependant, pour Ouahigouya on retrouve le taux le plus élevé du pays de femmes n'ayant reçu aucune vaccination antitétanique.

Place et rôle des tradithérapeutes

Dans les deux provinces (Kadiogo et Yatenga), le recours au « guérisseur » demeure vivace, plus en milieu rural que semi-rural et moins en milieu urbain que semi-urbain.

Intérêt pour la vaccination

Comme moyen de protection des enfants, les femmes évoquent moins la vaccination que l'hygiène, beaucoup moins en milieu rural que semi-urbain. La nourriture et les vitamines sont mentionnées de façon isolée.

Peurs et rumeurs

Les femmes évoquent leurs peurs pour les vaccinations et les rumeurs qui les entourent. Les peurs et rumeurs sont plus mentionnées par les femmes du milieu rural que celles du milieu semi-urbain.

Difficultés d'accès aux vaccinations

Les difficultés sont principalement d'ordre économique surtout en milieu semi-urbain. Les femmes comme les hommes du milieu rural sont plus préoccupés par la question du coût de la vaccination que leurs homologues du milieu semi-urbain. Un homme du Kadiogo affirme à ce propos : « à moins que tu n'aies de l'argent... si tu n'as pas d'argent tu ne peux pas venir à la vaccination ».

Dans la zone 3 (Tapoa, Boulgou)

La référence aux « coutumes » et le cours aux sciences occultes sont une tradition vivace dans le GULMU en général et dans la Tapoa en particulier et la place de la religion (animisme) est très grande dans la vie de tous les jours.

Au cours des discussions et particulièrement avec les hommes le recours aux « coutumes », à la tradition est primordial. Les questions de santé se traitent sur ce mode et toute décision doit s'y référer. Les instruments (aiguilles, scalpel, etc.) qui pénètrent le corps peuvent être ressentis comme un danger pour l'individu dans la mesure où ils peuvent contrarier les protections des ancêtres.

La société Bissa est fortement influencée par la culture Mossi avec cependant un rôle important des femmes et leurs poids dans les décisions.

La Tapoa présente le meilleur taux de couverture de la région sanitaire de Fada (région sanitaire de faible couverture vaccinale) il en est de même pour la vaccination antitétanique pour laquelle on n'enregistre aucun cas de non-vaccination.

Place du guérisseur

Dans la Tapoa le guérisseur a une grande place auprès des hommes comme des femmes, mais encore plus en milieu rural. Un homme de Kantchari déclare « *si la maladie est liée aux ancêtres même si tu te fais vacciner, ça ne fera rien. Il faut coûte que coûte voir un guérisseur* » Un autre pour marquer l'importance des coutumes et des traditions affirme que « *pour certaines personnes qui ne font pas vacciner leurs enfants, il y a des coutumes. Parce que chez nous ici les coutumes ont une grande importance, pour nous et il faut obligatoirement les respecter si tu veux la vie* ».

Place de la vaccination

La vaccination n'est pas évoquée par les femmes comme moyen de prévention, c'est surtout l'hygiène, et la nourriture. La vaccination est mentionnée seulement 2 fois, mais l'hygiène est évoquée 13 fois en milieu rural et seulement 6 fois en milieu semi-urbain.

Peurs et rumeurs

Les peurs et rumeurs sont évoquées aussi bien par les femmes que par les hommes (9 fois).

Difficultés

Les difficultés sont plus soulignées par les femmes que les hommes et plus en milieu semi-urbain que rural. Un homme de la Tapoa mentionne la distance et les rendez-vous manqués : *«il faut reconnaître que les femmes sont fatiguées de se déplacer chaque fois à K... et aller perdre leur temps à attendre et elles peuvent revenir sans avoir eu, soit, on dit que l'enfant est trop petit ou qu'il est trop grand. Tout cela ne motive pas les femmes à repartir, parce qu'il y a la distance»*.

Dans la zone 4 (Nahouri, Sanguié)

L'organisation sociale accorde beaucoup de liberté à la femme Gourounsi, ce qui l'autorise à participer activement aux prises de décision. Le rapport du PNUD sur le développement humain durable souligne cette caractéristique.

« Dans le Sanguié les femmes sont plus nombreuses que dans le Boulkiemdé voisin à participer aux COGES ». Il faut cependant noter quelques différences linguistiques et culturelles entre les Gourounsi du Nahouri et ceux du Sanguié.

Pour le district de Pô la couverture vaccinale est bonne, incluant le vaccin antitétanique. Pour le district de Réo dans le Sanguié les résultats sont moins bons et le taux de déperdition plus élevé.

La place du tradithérapeute

Les femmes citent plus les « guérisseurs » (6 fois) que les agents de santé (5 fois) comme recours thérapeutique. Les hommes également citent l'agent de santé et le guérisseur aussi bien en milieu rural qu'urbain que semi-urbain.

Un homme au Nahouri affirme qu'en « *cas de maladie on se soigne à la fois à l'infirmerie et avec les produits traditionnels* ».

La place de la vaccination

L'hygiène est plus citée que la vaccination comme moyen de prévention. Les hommes comme les femmes, en milieu semi-urbain comme en milieu rural la citent.

Peurs et rumeurs

En milieu semi-urbain les femmes comme les hommes font part de les peurs et des rumeurs qui les envahissent. En milieu rural, les mêmes peurs et les mêmes rumeurs sont présentes aussi bien auprès des femmes que des hommes.

Un homme du Nahouri affirme *«il y a des femmes qui sont crispées lorsqu'elles voient les infirmiers, et elles se disent que se sont des fonctionnaires donc différents d'eux»*.

Difficultés

Le manque d'information est la principale difficulté mentionnée au cours des focus dans cette zone ; particulièrement en ce qui concerne les femmes difficiles à toucher pour la vaccination. Un homme du Nahouri l'illustre comme suit : « *il y a des gens qui ne sont pas informés, surtout les femmes qui n'accouchent pas à la maternité* »

Dans la zone 5 (Mouhoun, Banwa)

Les femmes très présentes dans l'activité économique ont acquis le droit à la parole. Ceci pose du même coup le problème de disponibilité des mères lors des périodes d'activités intenses pour les soins des enfants et la vaccination.

En ce qui concerne le taux de vaccination il n'existe pas de particularité pour ces deux provinces. Les résultats sont me

Place du guérisseur

Les femmes- Place du guérisseur

Un des villages (1 fois) elles recourent de préférence à l'agent de santé, mais citent le « guérisseur » comme second recours. Les hommes sont beaucoup plus nombreux à citer les « marabouts » et « guérisseurs »

Place de la vaccination

Les femmes plus fréquemment que les hommes mentionnent la vaccination comme moyen de prévention même si elles accordent plus d'importance à l'hygiène. Les hommes accordent la même place à l'hygiène et à la vaccination.

Peurs et rumeurs

Les hommes plus que les femmes évoquent leurs peurs des vaccinations, les justifiant par des informations erronées (rumeurs). Ce sont surtout les femmes du milieu rural qui mentionnent leurs peurs.

Difficultés

De nombreuses difficultés ont été signalées tant par les femmes que par les hommes comme facteurs de démotivation.

Dans la zone 6 (Bougouriba, Nounbiel)

L'influence des fétiches protecteurs est très grande dans la vie sociale dans ces deux provinces. Cependant la christianisation Dagara de la Bougouriba leur a conféré une autre ouverture.

A Diébougou les résultats de la couverture vaccinale sont les meilleurs de la région sanitaire et même l'un des meilleurs du pays. Le Nounbiel enregistre de nettement moins bons résultats.

Place du guérisseur

Hommes comme femmes accordent une grande confiance aux guérisseurs dans ces deux provinces. Les agents de santé sont cités en second recours aussi bien par les hommes que par les femmes.

Place de la vaccination

Pour les hommes des deux provinces une bonne alimentation est le meilleur moyen de prévention des maladies. Quant aux femmes, elles mentionnent les vitamines et l'hygiène. La vaccination n'est pas du tout citée parmi les moyen de protection contre les maladies.

On note un certain fatalisme comme le démontre une femme du Nounbiel : « Il n'y a pas de prévention possible si on doit tomber malade, il n'y a pas de solutions »

Peurs et rumeurs

Les peurs et les rumeurs sont plus le fait des hommes (4 fois) que des femmes (1 fois).

Difficultés

Les femmes plus que les hommes signalent des difficultés qui peuvent démotiver ; et parmi les hommes ceux du milieu semi-urbain sont plus attentifs aux contraintes que ceux du milieu rural. Parmi les nombreuses difficultés les longues attentes sont citées : Une femme du Nounbiel : « *souvent on peut passer la nuit à M ; parce que nous n'avons pas pu avoir le vaccin le même jour à cause du nombre d'enfants* ».

Dans la zone 7 (Léraba, Houet)

Place du « guérisseur »

Les agents de santé et les guérisseurs occupent à peu près la même place dans le discours des groupes d'hommes et de femmes. Pour les femmes la préférence est donnée aux agents de santé plutôt qu'au guérisseur. Pour les hommes la différence est moins tranchée (agents de santé 10 fois, guérisseur 8 fois).

Un homme précise : « *Il y a certaines maladies graves pour lesquelles nous partons voir les tradipraticiens d'abord* ».

Place de la vaccination

Les hommes citent volontiers la vaccination comme moyen de protection contre les maladies (7 fois contre 6 fois pour l'hygiène).

Les femmes par contre citent plus l'hygiène que la vaccination.

Peurs et rumeurs

Peu de peurs et de rumeurs sont exprimées dans les différents groupes. Cependant un homme du Houet indique : « *Il n'y pas cette personne qui ne commet pas*

d'erreurs (...), j'ai personnellement vu l'infection d'une vaccination que portait un enfant, mais c'était horrible à voir »

Difficultés

Les femmes plus que les hommes parlent volontiers des difficultés. Un homme du Houet l'exprime ainsi : *Il y a des femmes qui ne sortent plus si elles vont une fois et qu'on leur dit que leurs enfants ne sont pas concernés, elles pensent que c'est de la ségrégation »*

Dans la zone 8 (Bobo et Ouaga Urbain)

La zone urbaine a été choisie comme témoin par rapport aux autres. Les groupes d'hommes et de femmes se caractérisent par une grande disparité sociale et économique, de même que le peu de disponibilité pour participer à ce type d'enquête. Cependant, la participation des personnes ayant accepté a été très active.

Place du guérisseur

Aussi bien les femmes que les hommes accordent très peu de place « aux guérisseurs ». Leur préférence va à l'agent de santé comme premier recours de soins.

Place de la vaccination

La nourriture pour les femmes et l'hygiène pour les hommes sont les deux moyens majeurs de prévention des maladies. La vaccination n'est jamais spontanément mentionnée.

Peurs et rumeurs

Malgré un bon niveau de connaissances il est fait état de peurs et de rumeurs aussi bien chez les hommes (12 fois) que chez les femmes (14 fois).

Les peurs sont plutôt liées à la qualité et à la fiabilité du vaccin et à la pratique des agents de santé.

A ce propos un homme déclare: « les infirmiers utilisent une seule aiguille pour vacciner tous les patients ». Un autre ajoute : « il y a des agents qui ont une main douloureuse » ; « les femmes du secteur 5 préfèrent la pharmacie pour la vaccination de leurs enfants. Elles pensent que les doses sont réelles et que les produits sont bien conservés ».

Difficultés

Les difficultés occupent une plus grande importance dans le discours des hommes (14 fois) que celui des femmes (7 fois).

Le niveau de connaissance est très bon, l'accès à l'information est excellent. Lors des groupes de discussion aucune des personnes ne cite d'informations erronées sur la vaccination même si elles ont fait cas de peurs et de rumeurs.

En conclusion, quelle que soit la zone d'enquête, quel que soit le milieu de résidence et quel que soit le genre, les mêmes déterminants sont cités par les populations. Ils se résument en :

- ignorance (manque d'information, effets secondaires vécus comme une maladie) ;
- caractéristiques culturelles (recours aux guérisseurs, aux coutumes) ;
- fatalisme (c'est Dieu qui donne c'est lui qui reprend) ;
- place des femmes (pouvoir économique, de décision, occupation) ;
- accessibilité géographique (distance à parcourir avec de jeunes enfants) ;
- peurs et rumeurs (manque d'information, préjugés, interprétations des us et coutumes).

6.5.3. Connaissances, Attitudes, Comportements et Pratiques des agents de santé

Les connaissances, attitudes, comportements et pratiques des agents de santé ont été évalués à travers d'une part les entretiens individuels et d'autre part l'observation de séances de vaccination

Dans le cadre de la gratuité de la vaccination, le tableau montre les volets pris en compte dans les formations sanitaires des répondants qui sont soit des agents de santé, soit du SIECA, soit du PEV.

Tableau 46 : Volets pris en compte dans la gratuité de la vaccination

Modalités	Nombre	Pourcentage
Carte de vaccination	26	92,9
Seringues	24	85,7
Vaccins	24	85,7
Prestation	4	14,3
Carburant	4	14,3
Tout est gratuit	3	10,7
Fiche infantile	2	7,1

Plus de 85% affirment que les seringues, les vaccins et les cartes de vaccination sont gratuites.

Tableau 47 : Raisons de la non-vaccination, selon des agents de santé locaux.

Modalités	Score	Pourcentage
Ignorance	19	37,3
Effets secondaires	7	13,7
Négligence	4	7,8
Non-information	4	7,8
Tabou	2	3,9
Distance	2	3,9

Moyens financiers	2	3,9
Rupture de stock	2	3,9
Multiples va et vient	2	3,9
Coût de la vaccination	2	3,9
NSP	1	2,0
Pesanteurs sociales culturelles	1	2,0
Manque de volonté	1	2,0
Inaccessibilité géographique	1	2,0
Analphabétisme	1	2,0
Total	51	100,0

Il est à constater que la principale raison de non-vaccination invoquée par les agents de santé, les responsables du PEV et/ou SIECA est l'ignorance. Celle-ci a été invoquée par 19 personnes sur 51 soit 37,3%. La crainte des effets secondaires vient en 2^e lieu à 13,7%. Les autres raisons invoquées ayant un lien direct avec l'ignorance sont la négligence et la non-information qui sont citées à égalité à 7,8%. Les deux études (couverture vaccinale et communication pour la mobilisation sociale) montrent sans conteste que l'ignorance est la principale raison de non-vaccination.

Les comportements des agents de santé (vaccinateurs) vis-à-vis des mères ont été appréciés lors de l'observation des séances de vaccination. Il en est ressorti les constats suivants :

- sur les 54 agents de santé observés, 98 % (soit 53 agents) communiquent avec la mère. Ceci pendant deux minutes au moins dans 24% des cas ;
- généralement, les agents de santé informent les mères sur la date, l'heure et le lieu de la prochaine vaccination ;
- sur ces 23 agents observés (à propos des informations données sur le nombre de visites nécessaires pour que l'enfant soit complètement vacciné), 20 vaccinateurs donnent aux mères ces informations;
- (23 agents seulement ont été observés par rapport à ce comportement)
- vingt cinq (25) agents sur 29 expliquent les effets secondaires qui peuvent survenir après une vaccination ;
- vingt agents (sur 23 pour lesquels cette rubrique a été remplie) expliquent ce qu'il faut faire en cas d'effets secondaires après une vaccination ;
- 32 agents sur 51 observés vérifient si les mères ont compris ce qu'ils leur ont expliqué ;
- à l'exception d'un seul agent sur 50 observés, pratiquement tous se servent de la carte de vaccination ;
- la moitié des mères ont posé des questions au cours des séances de vaccination, auxquelles l'agent de santé a répondu dans 88,5% des cas ;
- quarante cinq (45) enquêteurs sur 48, soit 93,8%, ont trouvé que l'agent de santé était accueillant ;
- dans la quasi totalité des centres de santé on a retrouvé des affiches sur le calendrier vaccinal de l'enfant, de la femme enceinte et sur les JNV.

Tableau 48 : Temps moyen consacré aux mères par l'agent

Modalités	Nombre	Pourcentage
Plus de deux minutes	17	34,0
Deux minutes	12	24,0
Moins d'une minute	11	22,0
Une minute	10	20,0
<i>Total</i>	<i>50</i>	<i>100,0</i>

Tableau 49 : Nombre d'agents de santé qui vérifient si la mère a compris.

Modalités	Nombre	Pourcentage
Oui	32	62,7
Non	19	37,3
Total	51	100,0

6.5.4. Connaissances, Attitudes et Pratiques des leaders d'opinions

Sur le coût de la vaccination (vaccins, seringues, carte de vaccination, acte vaccinal)

Selon les membres des COGES, des associations et groupements, les représentants de l'administration locale, les leaders religieux et les autorités coutumières, soit au total 131 personnes dans la zone d'étude, la vaccination est presque gratuite. En effet, 121 répondants sur 130, soit 93,08%, disent que le vaccin est gratuit dans leur localité.

La carte de vaccination et les seringues sont payantes dans certaines localités. Mais son coût ne dépasse pas cent francs CFA.

6.5.5. Opinions et comportements des différentes cibles par rapport à l'offre

La vaccination a été l'un des grands succès de la santé publique. Elle est la plus importante mesure préventive pour la santé de l'enfant. grâce à elle, la variole a été éradiquée et de nombreuses autres maladies sont mieux maîtrisées dont certaines en voie d'éradication (la poliomyélite). Le succès de la vaccination est variable selon que les pays sont riches ou pauvres. Même dans les pays pauvres la couverture vaccinale dépend de plusieurs facteurs entre autres de la qualité de l'offre des services.

Au niveau national, l'étude de la couverture vaccinale a recueilli aussi les raisons de non-vaccination. Le tableau qui suit nous renseigne sur ces raisons.

Tableau 50 : Raisons de la non-vaccination

Modalités	Non vacciné	Partiellement vacciné	Total
	%	%	%
La mère pensait que son enfant était complètement vacciné	1,7	16,4	15,2
Ignore nécessité de vacciner	26,5	7,2	8,8
Vaccin non disponible	4,2	8,8	8,5
Mère trop occupée	7,0	7,6	7,6
Ignore nécessité de revenir pour 2 ^o /3 ^o doses	0,8	7,4	6,8
Problème familial (maladie...)	6,7	6,1	6,2
A peur des réactions secondaires	5,3	5,6	5,5
Ignore le lieu et l'heure de la séance de vaccination	7,8	4,8	5,1
Vaccinateur absent	10,3	4,6	5,0
Lieu de la séance de vaccination trop éloigné	5,6	4,4	4,5
A reporté à une date ultérieure	2,5	4,4	4,3
Enfant malade non amené	1,4	4,6	4,3
Prix des seringues	1,7	2,6	2,5
Rumeurs	4,2	2,2	2,4
Ne fait pas confiance à la vaccination	4,7	1,3	1,6
Heures ne conviennent pas	2,5	1,4	1,5
Prix de la carte de vaccination	2,0	1,4	1,5
Enfant malade amené non vacciné	0,0	1,0	0,9
Mauvais accueil	0,8	0,8	0,8
Attente trop longue	0,6	0,5	0,5

Les trois raisons de non-vaccination liées à l'offre de service seraient la rupture de stock des vaccins (vaccins non disponibles 8,5%), l'absence de l'agent de santé chargé de la vaccination (vaccinateur absent 5,0%) et l'éloignement du lieu de vaccination (4,5%).

L'ignorance de la nécessité de la vaccination qui est la première cause de non-vaccination citée par le groupe des mères n'ayant pas fait vacciner (26,5%) est indirectement liée à la qualité de l'offre de service en ce sens qu'elle traduit les insuffisances de la sensibilisation et de la mobilisation sociale pour la vaccination de routine.

Par ailleurs le tableau suivant nous indique, les déterminants majeurs de la faible ou non-adhésion des parents à la vaccination de routine, selon des responsables de santé au niveau local.

6.5.6. Résumé des déterminants de couverture dans le domaine de la communication

Pour affiner les outils de communication spécifiques et adaptés aux situations, des groupes de communication de proximité pourraient être mis en place. Ces groupes gagneraient à utiliser les ressources déjà disponibles comme : (i) les chameliers dans le nord, (ii) les groupements féminins de Dori, Ouahigouya, les dolotières du Boulkiemde, les griottes de Bobo, et bien d'autres qui sont déjà recensés et ont l'avantage d'avoir été formés pour l'IEC et certains en Communication pour le Changement de Comportement. Au préalable, il convient de préciser les

connaissances sociales et anthropologiques de chaque zone. Cette démarche peut se faire sur le mode du diagnostic communautaire participatif. Cette préoccupation figure dans le plan stratégique de communication sociale/mobilisation sociale pour le PEV au Burkina Faso¹⁰.

Au fil des groupes de discussion il ressort que la qualité de l'information et de la relation avec l'agent de santé détermine le comportement des mères vis à vis de la vaccination : « *Quand on nous précise la maladie contre laquelle on vaccine, cela nous encourage, on aime ça* »

Cette défaillance de la communication peut dans certains cas s'expliquer par des problèmes de langue. Cette question est peu évoquée par les participants aux groupes. Les animateurs l'ont souligné dans leurs rapports et montrent que la communication peut être mauvaise entre l'infirmier et les femmes à cause de la barrière de la langue. Une femme de la Léraba : « *le problème qui se pose est la langue ; toutes les femmes ne comprennent pas le dioula. Cela est un handicap à la discussion entre les agents de santé et les femmes de K.* »

6.6. Formation et supervision

6.6.1. Formation

6.6.1.1. Au niveau central

Au niveau central, des modules de formation sur la gestion du PEV existent portant sur la supervision, la surveillance épidémiologique, la gestion des vaccins et la chaîne de froid, le monitoring.

La DPV dispose également de compétences (personnes ressources) pour assurer la formation, mais il n'existe aucun plan de formation sur le PEV au niveau central.

Le niveau central a organisé en 1999 et en Août - Septembre 2002 des formations au profit des responsables PEV des districts et des DRS qui ont porté respectivement sur le système d'approvisionnement en vaccins et sur la gestion du PEV. Une formation des points focaux régionaux en communication s'est également déroulée en 2002.

6.6.1.2. Au niveau intermédiaire (DRS)

- Moins d'une DRS sur deux dispose d'un plan de formation pour le PEV,
- Dans plus de la moitié (62%) des DRS, il existe des modules de formation sur le PEV,
- Presque toutes les équipes DRS (83%) déclarent disposer de compétences (personnes ressources) pour assurer la formation en PEV.

6.6.1.3. Au niveau Equipe Cadre de District

- Un plan de formation incluant le PEV existe pour la plupart des districts (92%) et les modules de formation sont disponibles dans 88% des districts,

¹⁰ p.8 plan stratégique de communication sociale/mobilisation sociale pour le PEV au Burkina Faso 2001-2005

- la plupart des districts (88%) déclarent disposer de personnes ressources au niveau local pour assurer la formation sur le PEV,
- la formation sur le PEV reste cependant insuffisante, même si le nombre de districts sanitaires assurant la formation s'est amélioré d'année en année (5 % en 1999 à 26 % en 2003),
- 37 % des responsables PEV des districts n'ont pas reçu de formation spécifique sur le PEV depuis les 3 dernières années,
- dix (10) médecins-chefs de districts (MCD) ont bénéficié d'une formation sur EPIVAC en cours avec un système de supervision.

6.6.1.4. Au niveau Centres de santé (CSPS)

- Seulement 59 % des FS disposent du guide à l'usage des agents chargés des vaccinations.
- Un peu plus de la moitié des FS (55%) disposent d'un personnel infirmier chargé du PEV formé ou recyclé durant les 3 dernières années.

6.6.2. Supervision

La supervision est un élément de motivation des agents sur le terrain et améliore leurs compétences. La revue de 1998 recommandait le renforcement de la supervision entre les différents niveaux du système de santé. La supervision figure en bonne place dans les attributions des DRS.

6.6.2.1. Du niveau central vers les DRS

- Il n'existe pas de plan de supervision pour les régions.
- Il existe un guide (fiche/outil) de supervision.
- Le niveau central a réalisé une seule supervision en 2002.
- Il n'y a pas de mécanisme de mise en œuvre des recommandations des supervisions.
- Il existe des difficultés pour réaliser la supervision par manque de moyen de locomotion et par contraintes de temps.

6.6.2.2. Des DRS vers les districts sanitaires

Toutes les DRS disposent de plan intégré de supervision prenant en compte le PEV et des outils de supervision.

15% des DRS n'ont pas supervisé les districts sur le PEV au cours de 2002 et 2003. Il existe des difficultés pour réaliser la supervision par manque de moyen de locomotion et par contraintes de temps.

Tous les rapports de supervision ne sont pas disponibles

Il n'y a pas de mécanisme de mise en œuvre des recommandations des supervisions.

6.6.2.3. Des districts vers les formations sanitaires périphériques

La majorité des districts (94%) disposent d'un plan de supervision intégrant le PEV et les outils de supervision sont disponibles pour (92% d'entre eux).

Mais plus de la moitié des districts (ECD) ont réalisé moins de 4 supervisions sur le PEV dans l'année (moins d'une supervision par trimestre) et l'élaboration de rapports de supervision par les ECD n'est pas une pratique courante.

Seulement 59% des FS affirment connaître le programme de supervision (incluant le PEV) de l'ECD, et une faible proportion (24%) déclarent n'avoir pas reçu une supervision sur le PEV en 2002 et 2003.

et moins de la moitié des FS supervisées ont reçu un rapport de supervision fait par l'ECD.

Ces constats dans les domaines combien importants pour le PEV suscitent les commentaires suivants :

Les insuffisances relevées dans la formation malgré le nombre impressionnant de formations qui sont dispensées chaque année et la disponibilité relative de ressources, ne favorisent pas une dispensation de services de qualité en matière de PEV.

Les difficultés évoquées qui limitent la réalisation des supervisions :

- le chevauchement des activités aux différents niveaux du système ;
- le manque de ressources (humaines, financières, logistique) ;
- les perturbations par les niveaux intermédiaire et central ;
- l'inaccessibilité géographique des certaines structure pendant la saison pluvieuse ;
- l'absence de canevas de supervision spécifique aux activités du PEV ;
- la faible niveau de motivation des agents de terrain pour le PEV.

6.7. Système de monitoring des activités

Le monitoring constitue un important outil dans le management de tout programme et l'occurrence le PEV ; cependant il tarde à être pratique courante des ECD. Pourtant, des modules sur le monitoring ont été élaborés par la cellule d'appui à la décentralisation du système de santé (CADSS) à l'intention des districts pour améliorer la surveillance des différentes interventions en faveur de la santé. Ce domaine mérite plus d'attention de la part des différents acteurs aux différents niveaux du système.

6.7.1. Niveau Centres de santé (CSPS)

A ce niveau, l'enquête révèle que près de la moitié des FS (57%) n'exécute pas le monitoring des activités du PEV ;

plus d'une formation sanitaire sur quatre (25%) ne calculent pas mensuellement la couverture vaccinale; ce calcul pourrait aider à la prise de décision au niveau local.

6.7.2. Niveau Equipe Cadre de District

La surveillance des activités du PEV dans les districts se fait au cours de réunions avec les partenaires pour 78% des districts.

L'exécution du monitoring des activités PEV n'est pas effective dans 69% des districts et là où le monitoring est mis en place, toutes les formations sanitaires n'en font pas.

6.7.3. Niveau intermédiaire (DRS)

Un peu plus de moitié des DRS déclarent fournir un appui sur le monitoring aux districts.

Mais 15% des gestionnaires du programme dans les DRS ne calculent pas régulièrement la couverture vaccinale de la région.

6.8. Surveillance épidémiologique

Au plan de la surveillance des maladies, le programme évolue actuellement vers une approche intégrée des activités de surveillance des maladies à potentiel épidémique. Le système actuel comprend une notification hebdomadaire des cas totaux de chacun des 53 districts, ainsi qu'une notification mensuelle des cas de rougeole, tétanos néonatal et paralysie flasque aiguë, ainsi que des doses de vaccin administrées au niveau des districts. Dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite et du contrôle de la rougeole et du TNN, une surveillance active est menée en plus de la surveillance passive.

Notons que le système de gestion des données a fait l'objet d'un contrôle de qualité à travers le DQA dont les objectifs visaient spécifiquement à :

- évaluer la qualité, l'exactitude, la promptitude et la complétude des systèmes de rapportage administratifs ;
- évaluer la précision des vaccinations de DTC3<1 rapportées pour une année spécifique et calculer un facteur de correction national (vaccinations recomptées / vaccinations rapportées) comme critère de base pour l'allocation de fonds GAVI ;
- fournir aux responsables du système de vaccination une rétro-information visant à améliorer leur système de rapportage

Le DQA (Audit sur la qualité des données), a été développé par GAVI comme outil de mesure de performance mais également comme moyen d'améliorer les systèmes de monitoring et de rapportage de l'immunisation ; il met l'accent sur la qualité du rapportage à tous les niveaux (national, district, centre de santé).

Cet audit a fait des recommandations dans le sens de l'amélioration du programme.

L'enquête sur la gestion des programmes a fait des constats suivants dans le domaine de la surveillance épidémiologique.

6.8.1. Niveau Centres de santé (CSPS)

L'estimation des populations cibles est généralement faite sur la base du RGPH/1996 ; cependant de nombreuses FS (90%) utilisent d'autres sources pour estimer leur population cible. Ceci pose le problème de dénominateur dans les calculs de couvertures lors de certaines campagnes de masse (JNV, Rougeole).

Le circuit de transmission des données sur le PEV est connu par 92% des FS et se fait classiquement du CSPS → l'Equipe cadre de District → DRS → Niveau central.

Le remplissage des rapports ne se fait pas correctement au niveau de 23% des FS et une proportion notable d'entre elles (36%) ne disposent pas d'un système d'archivage permettant la conservation des données du PEV.

- 86% des formations sanitaires envoient mensuellement les rapports sur la vaccination à l'ECD.
- 16% des FS manquent de supports pour la collecte des données sur le PEV.
- La rétro information aux formations sanitaires n'est pas faite par l'ECD dans 36% des cas.

6.8.2. Niveau Equipe Cadre de District

Le circuit de transmission des rapports PEV est connu de la majorité des ECD (88%).

Le stock de supports/outils de collecte des données est disponible dans 98% des Districts.

Tous les rapports de vaccination des 3 derniers mois ne sont pas disponibles au niveau de 8% des districts ;
36% des districts n'ont pas transmis les rapports sur le PEV de 2002 et 2003 à temps aux DRS (promptitude).

- La complétude à 100% des rapports PEV n'est effective que dans 94% des cas.
- Les rapports ne sont correctement remplis pour près de 18% des districts.
- La rétro information aux FS n'est régulièrement faite pour 10% des districts.
- Le système d'archivage sur la vaccination reste défaillant pour 20% des districts.

6.8.3. Niveau intermédiaire (DRS)

Il existe un système de surveillance des maladies cibles du PEV.

La promptitude des rapports n'est que de 15% et 23 % des DRS ne disposent pas de supports de collecte des données PEV et 92% des DRS ont transmis tous les rapports sur le PEV au niveau central (complétude).

De plus la tenue des archives n'est satisfaisante que pour 69% des DRS.

Le feedback aux districts ne se fait pas pour près de 31% des DRS.

7. RELEVÉ DES FORCES, DES FAIBLESSES ET OPPORTUNITÉS POUR LE PEV

7.1. Aspects institutionnels et financement

7.1.1. Points Forts

- Engagement des autorités sanitaires, administratives, politiques et des partenaires à tous les niveaux du système de santé ;
- inscription d'une ligne budgétaire dans le budget de l'Etat pour financer l'achat des vaccins, du matériel et des consommables du PEV ;
- la capacité de la chaîne de froid au niveau central est suffisante, avec le maintien de 2 chambres froides d'une capacité totale de 60 m³ ;
- la diversité des sources de financement donne une forte potentialité au PEV de disposer des ressources ;
- l'engagement de l'Etat pour l'achat des vaccins et des consommables ;
- la forte implication des communautés dans le financement du PEV ;
- diversités des sources de financement qui donne une forte potentialité au PEV de disposer des ressources ;
- engagement de l'Etat pour l'achat des vaccins et des consommables ;
- forte implication des communautés dans le financement du PEV.

7.1.2. Points faibles

- Problème de disponibilité en vaccins ;
- non respect du plan d'approvisionnement ;
- absence de financement ferme du plan d'action déjà élaboré ;
- insuffisance et exigüité des locaux ;
- absence d'un plan de formation ;
- insuffisance de la supervision ;
- il n'y a pas de description détaillée de tâches du personnel de la DPV ;
- utilisation non rationnelle des ressources financières (pertes de vaccins non estimées, faible suivi des stocks etc.) ;
- retard dans la mobilisation des fonds ;
- faible disponibilité des données financières au niveau du PEV central ;
- sous équipement du PEV en personnel et en matériel .
- lourdeur des mécanismes de décaissement des fonds ;
- insuffisance de suivi des données et commande.

7.2. Gestion du programme

7.2.1. Points forts

- la gestion informatisée des vaccins permet un bon suivi des stocks et des opérations de distribution de vaccins sur le terrain ;
- l'organisation des ressources humaines prévoit pour la plupart un poste de responsable chargé du PEV dans l'organigramme ;
- le PNDS au niveau central et les plans d'action annuels aux niveaux déconcentrés (DRS, DS) prennent en compte le PEV ;

- le PEV bénéficie de l'appui de nombreux partenaires (OMS, UNICEF, CATR, SCPB.....) ;
- un partenariat au niveau communautaire existe pour promouvoir le PEV dans la plupart des structures à travers les organes de participation que sont les CTRS, les CSD et les COGES ;
- plusieurs stratégies (fixe, avancée, mobile) sont développées pour rendre disponibles les services de vaccination à toute la population des aires sanitaires.

7.2.2. Points faibles

- une insuffisance dans l'énumération des tâches à tous les niveaux ;
- la non disponibilité de personnel en nombre requis dans les formations sanitaires et la forte mobilité de ce personnel ;
- la non implication de la communauté au processus de planification des activités ;
- le faible niveau d'évaluation des plans ;
- l'absence de partenaires d'appui pour certaines régions et certains districts ;
- la faible collaboration avec les structures étatiques locales ;
- une faible disponibilité de l'offre de services de vaccination par le fait que nombre de formations sanitaires (40%) ne vaccinent pas au quotidien ;
- les ruptures fréquentes de stocks de vaccins ;
- la non administration de tous les antigènes au cours d'une même séance (seuls 47% des centres de santé le font) ;
- le faible accès (géographique) des populations aux centres de vaccination (60% de la population vivant à moins de 5km d'une formation sanitaire) ;
- des obstacles d'ordre culturel et financier ;
- insuffisance de la formation et de la supervision des agents impliqués dans le PEV ;
- insuffisance du monitoring des activités du PEV (seulement 57 % des formations sanitaires ont mis en place un monitoring régulier) ;
- insuffisances dans l'estimation des populations cibles du PEV ;
- faible promptitude et complétude dans la transmission des rapports ;
- défaillance de système d'archivage dans certaines structures ;
- insuffisance de la rétro information ;
- la recherche sur le PEV n'est pas développée.

7.3. Logistique

7.3.1. Points forts

- Niveau acceptable d'adéquation de la chaîne du froid à tous les niveaux ;
- bonne disponibilité de la chaîne du froid au niveau CSPS ;
- au niveau intermédiaire, disponibilité satisfaisante en capacités de congélation d'accumulateurs et en maîtrise des procédures en cas de rupture de la chaîne du froid ;
- bonne estimation des besoins en vaccins au niveau central, intermédiaire (DRS) et des districts.

7.3.2. Points faibles

- Pas d'inventaire détaillé actualisé des équipements de la chaîne du froid ;
- capacités de stockage limitées en chaîne du froid négative au niveau central ;
- faibles capacités de stockage au niveau des DRS ;
- faiblesses dans le rangement des vaccins au niveau intermédiaire ;
- faible niveau de contrôle de la température de stockage des vaccins et d'une maintenance insuffisante à tous les niveaux ;
- au niveau central faiblesse du système d'enregistrement de la température de conservation des chambres froides (enregistrement manuel) ;
- insuffisance du suivi et du contrôle de la température de stockage des vaccins au niveau périphérique ;
- faible disponibilité en source d'énergie de secours et en maintenance au niveau périphérique ;
- la ligne budgétaire pour l'achat des vaccins demeure insuffisante ;
- insuffisance de la maîtrise de l'estimation des besoins par les agents au niveau CSPS ;
- insuffisance dans le suivi des mouvements des stocks de vaccins et matériel d'injection ;
- mauvais suivi de la distribution des vaccins par le niveau périphérique (des districts aux CSPS) ;
- au niveau intermédiaire, les stocks de diluant et des vaccins lyophilisés ne sont pas toujours maintenus aux mêmes niveaux ;
- au niveau CSPS, l'utilisation de diluant approprié avec chaque vaccin lyophilisé n'est pas assurée lors de la vaccination, même si le diluant approprié est disponible ;
- suivi des taux de perte de vaccins non effectif à tous les niveaux (le suivi des pertes ne se fait pas au niveau CSPS).

7.4. Sécurité de la vaccination

7.4.1. Points forts

- Une satisfaction des besoins en matériel d'injection en terme de quantité annuelle disponible ;
- bonne maîtrise de l'estimation des besoins en matériel d'injection par le personnel à tous les niveaux ;
- disponibilité du fonds GAVI pour le financement de la sécurité des injections ;
- l'apport du fonds PPTTE pour les vaccinations améliore la disponibilité des ressources pour le PEV ;
- bon suivi des mouvements des stocks de vaccins et matériel d'injection au niveau central et intermédiaire ;
- suivi satisfaisant de la distribution des vaccins au niveau central et intermédiaire ;
- appui du projet Focus pour les activités de promotions de la sécurité des injections

7.4.2. Points faibles

- Mauvaise adéquation entre la distribution de vaccins et celle des diluants et du matériel d'injection ;
- difficultés de maîtrise de la disponibilité du matériel d'injection ;
- mauvaises pratiques d'injection ;
- mauvaises pratiques de manipulation des seringues et aiguilles souillées ;
- mauvaises pratiques d'élimination des seringues et aiguilles souillées ;
- absence de planification de la gestion des déchets d'injection au niveau des districts ;
- mauvaises localisations des incinérateurs ;
- insuffisance de la compétence du personnel en charge de l'opération des incinérateurs (non formé, non supervisé, insuffisamment équipé, non motivé) ;
- absence de maintenance des incinérateurs ;
- absence de gestion rationnelle des déchets biomédicaux (pas de tri, mauvais entreposage) ;
- pas de plan de gestion des déchets budgétisé

7.5. Communication et mobilisation sociales

7.5.1. Points forts

- Existence d'un service communication et mobilisation sociale au sein de la DPV ;
- existence d'un comité pour la communication et de mobilisation sociale au niveau central ;
- existence d'un Plan Stratégique de communication mobilisation sociale pour le PEV ;
- gratuité de la vaccination est un grand facteur de motivation pour les mères ;
- Volonté d'implication des membres du COGES et des leaders d'opinion dans la mobilisation sociale ;
- environnement dynamique en matière de communication (radio rurale, ONG OBC, etc.) ;
- existence de structures décentralisées appelées Centres Régionaux d'Education pour la Santé et l'Assainissement ;
- multisectorialité des comités qui le renforce, assure un appui important et sert de canal d'information ;
- mise en place d'indicateurs de performances par le niveau national ;
- directives internationales en matière de stratégie de développement (plaidoyer ; mobilisation sociale et communication).

7.5.2. Points faibles

- Il n'existe pas de comités pas pour la vaccination de routine et la surveillance des maladies à l'image de ceux mis en place pour les JNV ;
- a niveau régional tous les comités de communication et de mobilisation sociale ne sont pas mis en place ;
- lors des réunions peu de temps est accordé aux vaccinations de routine et à la surveillance des maladies ;
- un seul média national est impliqué dans le comité ;

- la planification et les suivis des activités de communication et de mobilisation sociale n'est pas effective à tous les niveaux ;
- la diffusion des programmes de vaccination demeure très partielle ;
- la majorité des comités existants n'a pas mis en place une stratégie de communication pour le PEV ;
- les outils d'indicateurs de performances ne sont pas utilisés ensemble mais de façon isolée ;
- manque de matériel IEC pour les séances de sensibilisation, et faible utilisation des outils de communication ;
- la qualité et la quantité de messages diffusés aux mères ;
- il n'existe pas de messages et de stratégie pour un Changement de Comportement ;
- les ruptures de stocks des vaccins qui démobilisent les pères et les mères ;
- l'insuffisance dans la formation des partenaires locaux ;
- l'insuffisance du budget pour la communication et la mobilisation pour le PEV ;
- le manque d'implication des OBC et des ONG dans la communication et la mobilisation sociale ;
- la surveillance communautaire de la maladie n'a pas fait l'objet d'une attention suffisante.

8. RECOMMANDATIONS ET PLAN DE MISE EN ŒUVRE

8.1. Aspects institutionnels et financement

- Adopter l'organigramme et le mettre en application avec une description de poste du personnel du PEV ;
- mettre en place un cadre de concertation régulier entre la DPV, le ministère de la santé, le DAAF et l'UNICEF et procéder au paiement des factures d'achat des vaccins pour éviter les ruptures de stock de vaccins ;
- sensibiliser les COGES et négocier leur plus grande implication pour accroître leur participation dans le financement du PEV au niveau des districts ;
- utiliser rationnellement des ressources par une plus grande maîtrise des pertes de vaccins et un suivi régulier des stocks ;
- prendre en compte les coûts d'investissement nécessaires à la transformation du service de prévention en direction ;
- suivi rigoureux des requêtes de financement par le gestionnaire du programme sur tout le fonds PPTE ;
- mettre en place un cadre de concertation entre DPV, DAF santé et l'UNICEF pour accélérer le processus de prise de décision de commandes ;
- faire régulièrement le recoupement entre les ressources consommées et les résultats obtenus (enfants complètement vaccinés) ;
- enregistrer systématiquement et régulièrement tous les financements et leurs utilisations afin d'avoir une vision globale sur l'allocation des ressources financières. Ceci est indispensable pour une utilisation rationnelle des ressources.

8.2. Gestion du programme

- Respecter le plan d'approvisionnement en vaccins des régions ;
- suivre les dossiers de commande de vaccins, matériels et consommables du PEV dans le circuit administratif pour que les livraisons puissent se faire à temps ;
- doter la DPV d'infrastructures convenables (bureaux suffisants en nombre avec mobiliers et équipement informatique avec connexion sur le réseau Internet) ;
- mettre en place un plan de Formation sur le PEV et de supervision des activités au niveau central et l'exécuter ;
- élaborer et diffuser, les directives et normes de qualité des services du PEV à tous les niveaux du système de santé.

8.3. Logistique

8.3.1. Chaîne de froid

- Actualisation de l'inventaire des équipements en utilisant les outils standards existants et systématiser sa mise à jour ;
- réhabiliter des capacités de stockage du niveau central et de renforcer des dépôts intermédiaires ;
- élaborer et faire appliquer des normes et standards d'équipement de la chaîne du froid par niveau ;

- renforcer le suivi du rangement correcte des vaccins dans la chaîne du froid et lors du transport par l'entremise d'une supervision effective à tous les niveaux ;
- renforcer le monitoring de la température de la chaîne du froid par un enregistrement continu et automatique au dépôt central ;
- renforcer la gestion de la maintenance de la chaîne du froid par la mise à disposition de pièces de rechange et autres consommables, ainsi qu'une planification conséquente des interventions ;
- améliorer le système de surveillance de relevé quotidien de la température au niveau intermédiaire et périphérique.

8.3.2. Gestion des vaccins

- Améliorer l'approvisionnement du pays en vaccins et matériel d'injection par une augmentation conséquente de la ligne budgétaire et l'adoption d'une commande annuelle en deux livraisons ;
- poursuivre les efforts dans l'amélioration de la qualité du remplissage de ces supports de gestion ;
- améliorer le suivi des stocks reste à aux niveaux intermédiaires et CSPS par la mise en place et l'utilisation effective d'outils appropriés pour l'enregistrement des mouvements ;
- poursuivre les efforts dans la production, la mise en place et l'utilisation correcte des outils standards de gestion des stocks ;
- entreprendre les actions conséquentes de maîtrise des pertes.

8.4. Sécurité de la vaccination

- Organisation d'ateliers de formation/recyclage du personnel de santé en gestion des stocks, sur la sécurité des injections, sur la gestion des déchets ;
- pérennisation d'une ligne budgétaire suffisante pour l'achat de vaccins et du matériel d'injection ;
- approvisionnement régulier et adéquat en matériels d'injections ;
- organisation de séances d'information et de sensibilisation à l'endroit du personnel de santé sur les risques de pratiques dangereuses d'injection, de manipulation et d'élimination de matériel d'injection souillé ;
- organisation de formation/recyclage sur les bonnes pratiques d'injection, de manipulation et d'élimination de matériel d'injection souillé ;
- organisation de supervision formative sur les bonnes pratiques d'injection, de manipulation et d'élimination de matériel d'injection souillé ;
- information, éducation, communication en direction de la communauté sur la sécurité des injections (affiches, directives, code de conduite...) ;
- impliquer dans l'identification des sites d'installation/construction des équipements d'incinération, des services spécialisés (DIEM, Ministère de l'environnement, structure sanitaire, comité de gestion...) ;
- apporter les corrections aux anomalies fonctionnelles des incinérateurs existants (réparation des composants métalliques pour les incinérateurs) ;
- élaborer un guide pratique d'utilisation et d'entretien des équipements d'incinération et former le manipulateur de l'incinérateur à l'utilisation et à l'entretien des incinérateurs (par exemple ramonage périodique de la cheminée 1 fois par trimestre) cette formation doit être administrée

directement à l'agent manipulateur des incinérateurs et non lui être transférée ;

- élaborer dans chaque département une micro-plannification, district par district de la collecte des déchets piquants (boîtes de sécurité) des activités de soins de routine des différentes formations sanitaires afin de permettre leur destruction adéquate avec les incinérateurs de type DeMonfort ;
- assurer une supervision formative des agents manipulateurs des équipements d'incinération .

8.5. Communication et mobilisation sociales

8.5.1. Recommandations pour le niveau central

- Formaliser le Comité National pour la Communication et la Mobilisation Sociale pour le PEV ;
- impliquer le Comité National dans l'élaboration du Plan de Communication et de Mobilisation sociale pour la vaccination de routine et la surveillance ;
- concevoir des outils de Communication pour le Changement de comportement sur la base des résultats de la revue et former les partenaires ;
- concevoir des outils pour la surveillance de la maladie à base communautaire ;
- apporter un appui technique et financier dans la mise en œuvre de la communication et de la mobilisation sociale au niveau district ;
- définir des critères de financement de la communication et la mobilisation sociale au niveau district ;
- appuyer les districts sanitaires dans la formation des agents de santé et les autres communicateurs du PEV ;
- impliquer les médias pour la vaccination de routine, notamment en ce qui concerne la diffusion des programmes ;
- impliquer les médias dans la production d'émissions éducatives pour un changement de comportement en matière de vaccination ;
- mettre en application les directives internationales en matière de stratégie de développement (le plaidoyer, la mobilisation sociale, la communication pour l'appui aux programmes) ;
- veiller à la conception de plans d'actions spécifiques et de suivi à la JNV, à la vaccination de routine, à la surveillance des maladies.

8.5.2. Recommandations pour le niveau régional

- Dynamiser les comités de communication et de mobilisation pour les JNV ;
- responsabiliser les CRESA dans la planification et le suivi des activités de communication et de mobilisation sociale pour le PEV ;
- mettre en place les comités de communication et de mobilisation sociale pour le PEV de routine et la surveillance là où ils n'existent pas,
- apporter un appui technique à la planification et à la mise en œuvre des activités de communication et de mobilisation sociale au niveau district.

8.5.3. Recommandations pour le niveau district

- Responsabiliser les SIECA et les responsables PEV pour la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités de communication et de mobilisation sociale pour les JNV, le PEV de routine et la surveillance ;
- accorder un budget (3% selon la documentation¹¹) au service de communication pour financer les plans de communication du niveau opérationnel (district) ;
- apporter un appui technique à la mise en œuvre des activités de communication et de mobilisation sociale au niveau CSPS ;
- former les partenaires locaux (agents de santé, les membres du COGES, les leaders d'opinion et les représentants de l'administration) en technique de communication interpersonnelle pour le changement de comportement ;
- former les agents de santé à mieux communiquer et informer sur la survenue éventuelle d'effets secondaires après la vaccination ;
- veiller à la conception de plans d'actions spécifiques et de suivi à la JNV, à la vaccination de routine, à la surveillance des maladies ;
- impliquer les leaders d'opinion (groupements, religieux, etc.) au niveau de la communication, de la mobilisation et de la surveillance.

9. ANNEXES

9.1. Outils de collecte de données

9.2. Structures rencontrées

9.3. Liste des personnes rencontrées

¹¹ La part de ce budget consacré à la mobilisation sociale serait de 1 à 4 % (Le point sur les vaccins et la vaccination dans le monde p.14)

BIBLIOGRAPHIE

1. The World Health Report 2000 Health Systems : Improving Performance, WHO, 141 P plus annexes.
2. Dr . Blaise Antoine BAMOUNI, MD, MPH , et Coll. : Rapport d'évaluation du système d'approvisionnement et de Distribution des vaccins et consommables du PEV du Burkina FASO
3. Revue du PEV Mauritanie
4. Revue du PEV Cameroun
5. Revue du PEV RDC
6. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) Analyse des résultats de l'enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages en 1998
7. Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté 74 p plus annexes
8. Données et indicateurs économiques et financiers. Projections macroéconomiques établies à l'aide de l'IAP, 32p mars 2002
9. Dr Traoré Abdoulaye, médecin de santé publique économiste de la santé, enseignant à la faculté des sciences de la santé et coll. Etude sur le financement et le coût du PEV au Burkina, novembre 2000 , 36 P
10. Plan stratégique de développement du PEV 2001-2005
11. Dr Abel BICABA, Programme Elargi de Vaccination (PEV), Recherche sur le financement communautaire et le financement des activités, rapport provisoire, juin 2003, 66 p plus annexes.
12. Dossier de l'atelier sur le plan de viabilité financière à Douala au Cameroun, 26-30 mai 2003.
13. République du Burkina Faso, Direction de la Médecine préventive, Revue du programme élargi de vaccination du Burkina Faso ; couverture vaccinale et CAP des mères, Rapport préliminaire, CATR/ARIVAS/OMS/UNICEF/Banque Mondiale/UE/UEROMURAZ, juin 1998, p.34
14. Décret N°2002-464/PRES/PM/MS portant organisation du Ministère de la santé, 28 octobre 2002
15. Guide de la communication pour l'éradication de la polio et le PEV systématique, UNICEF/OMS en collaboration avec Polio Partners et les représentants de Ministères de la santé, 10 septembre 1998 avant-projet – version 2, 142p.

16. Guide pour l'amélioration de la qualité des JNV, OMS/AFRO, octobre 1999, 37p.
17. Ministère de la Santé, Secrétariat Général, Direction de la Santé Publique, CNEPS, Politique Nationale d'IEC pour la santé ; document de travail pour l'atelier d'élaboration du document de politique nationale d'IEC/santé, Ouagadougou septembre 1999
18. Ministère de la Santé, Burkina Faso, Plan National de Développement sanitaire 2001-2010, juillet 2001, 23p.
19. Le point sur les vaccinations dans le monde, UNICEF/OMS/BANQUE MONDIALE, extrait page 1 à 15 et page 25 à 34
20. ACIDI-CCCD, Programme Elargi de Vaccination dans 12 pays africains, UASAIID/CDC, extrait chapitre 8 page 85 à 101
21. Epi and social mobilization in CSDR 1990, extrait page 5 à 9
22. Ministère de la santé, Secrétariat Général, DGSP, Direction de la Médecine Préventive, Service de prévention par la vaccination, Plan stratégique de communication sociale/mobilisation sociale pour le PEV au Burkina, 2001-2005, 25p.
23. Revue du PEV Burkina Faso, juin 1998, 54p.
24. Evaluation rapide à mi-chemin du programme de mobilisation sociale pour le PEV
25. Burkina Faso, Enquête démographique et de santé 1998-1999, INSSD, Ministère de l'Economie et des Finances, Macro International Inc. Mai 2000, 242p.
26. Arrêté N°2000 –277/MS/SG/DGS/DMP/SVP portant dynamisation du Comité de Coordination Inter-Agences, Ministère de la Santé, Burkina Faso, Ouagadougou le 31 juillet 2000
27. Arrêté N°99-276/MS/SG portant création et attribution de la Commission Nationale chargée de l'organisation des Journées Nationales de Vaccination, Ouagadougou le 31 juillet 2000
28. Ministère de la santé, Direction de la Prévention par les Vaccinations, Service Communication/Mobilisation sociale, Plan d'action 2003, janvier 2003, 6p.
29. Ministère de la santé, Direction de la Prévention par la Vaccination, TRD renforcement des activités de communication PEV dans 7 districts sanitaires, 5p.
30. Projet d'arrêté n°2003_____MS/SG/DGS/DPV, portant création, attribution et organisation de la Direction de la Prévention par les Vaccinations.

31. Termes de références de la Revue Approfondie du PEV
32. Revue externe du PEV Sénégal (Résumé du rapport)
33. Revue du PEV Tchad
34. Enquête sur l'évaluation de la Couverture vaccinale
35. Rapport d'évaluation de la campagne rougeole
36. Bilan des activités du PEV 2002
37. Guide pratique pour les enquêtes nationales de couverture vaccinale Tome 1
Préparation et réalisation de l'enquête sur le terrain
38. Organisation Mondiale de la Santé. Programme Elargi de Vaccination.
Formation des cadres moyens. Evaluer la couverture vaccinale
39. Enquête nationale de couverture vaccinale par strates Rapport Janvier 1991.
40. Enquête nationale de couverture vaccinale par strates Rapport Mars /Avril
1990.
41. Rapport de la Revue du PEV 1998
42. Rapport de l'Audit sur la Qualité des Données