

# PROTOCOLE DE RECHERCHE SUR LE FINANCEMENT DU PEV AU BURKINA FASO

## 1. Contexte et justification de la recherche

Au cours de la période 1980-1990, le Burkina Faso a élaboré et mis en œuvre son premier programme national de développement sanitaire (PSN). Ce programme basé sur les principes des SSP a permis de construire un système de santé de type pyramidal plus ou moins calquée sur l'organisation administrative (CSPS - CM/CMA - CHR - CHN). A l'issue de cette période, de nombreuses réformes du système ont été envisagées et ont concerné :

- Le financement à travers la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako
- La participation communautaire avec la mise en place des Comités de Gestion (COGES)
- La décentralisation du système de santé avec la mise en place des districts sanitaires
- La promotion des médicaments essentiels génériques avec la création de la CAMEG et les dépôts de vente dans les formations sanitaires.

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

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

## 2. Le Programme Elargi de Vaccination

### 2.1 Historique du PEV

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

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

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

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

Il a connu son véritable essor après la "vaccination commando" 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 la Vaccination (DPV) en 1992. Le volet surveillance épidémiologique a été logé à la Direction du Contrôle des Maladies Transmissibles (DCMT)

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

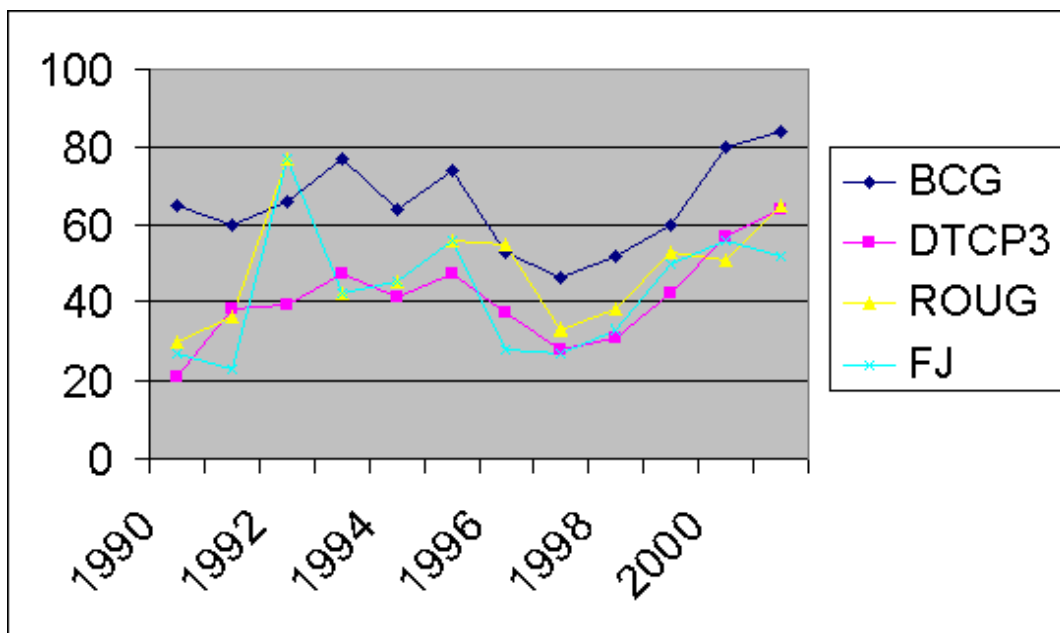
Tous ces changements témoignent de la préoccupation permanente de rechercher une organisation opérationnelle à même de permettre au PEV d'atteindre ses objectifs.

### 2.2 Les principaux acquis du PEV

Au niveau des ressources, de nombreux efforts ont été faits aussi bien par l'Etat que par ses principaux partenaires au développement sanitaire : environ 900 centres fixes de vaccination sont fonctionnels et de nombreux moyens logistiques sont mis en place pour assurer le ravitaillement mais aussi pour permettre la réalisation des stratégies avancées au niveau des populations éloignées des centres fixes. De nombreux agents ont bénéficié de formations en PEV pour leur permettre de réaliser efficacement le programme. Ces activités de formation ont porté aussi bien sur les aspects techniques que sur la mobilisation sociale.

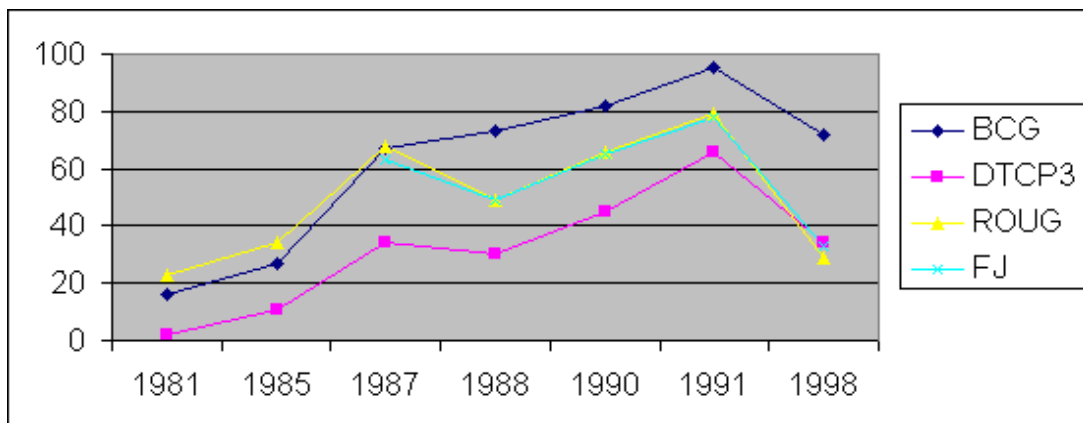
La mise en place de ces ressources a permis au PEV d'obtenir d'importants résultats en terme de couverture vaccinale même si elles ne sont pas conforme aux attentes en terme de contrôle des maladies évitable par la vaccination. L'évolution de la couverture vaccinale est illustrée dans les deux graphiques ci dessous.

Graphique 1 : Evolution de la couverture vaccinale



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

Graphique 2 : Evolution de la couverture vaccinale à partir des enquêtes de couverture vaccinale (enfants de 12-23 mois)



Sources : enquêtes de couverture vaccinale, MSP

On observe au plan national une augmentation de la couverture vaccinale quel que soit l'antigène jusqu'en 1995. A partir de cette période, les taux de couverture vaccinale sont restés globalement stables puis ont amorcé une diminution jusqu'en 1998. Au cours des trois dernières années, les données de routines indiquent une reprise assez significative des taux de couverture vaccinale. Cette tendance reste à être confirmée par des enquêtes de couverture vaccinale. Lorsqu'on examine l'évolution des couvertures vaccinales au niveau des différents districts ou provinces, on observe les principales tendances suivantes : un certain nombre de districts présentent des taux de couverture vaccinale relativement élevés et de façon constante. A l'inverse on trouve environ le même nombre avec des taux constamment faibles. Au niveau des autres districts, la tendance est une évolution en dents de scie.

### **2.3 Les orientations stratégiques et leur justification**

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

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

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

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

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

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

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

### **2.4 Les grands défis actuels du PEV**

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

#### *A) Au plan technique*

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

#### *B) Au plan du financement*

Il existe un paradoxe. En effet, alors que de nombreuses activités semblent souffrir d'un manque de financement (stratégies avancées, le maintien de la chaîne de froid, l'acquisition des consommables...), la situation est caractérisée par une faible absorption des fonds disponibles. Cette situation serait imputable à la complexité des procédures et à la mauvaise planification des activités.

### C) Au plan de la mobilisation sociale

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

Il ressort de ce qui précède que depuis sa mise en œuvre en 1980, le PEV bénéficie d'une attention particulière de la part des autorités politiques et des différents partenaires au développement sanitaire. Cette prise en compte du PEV s'est matérialisée entre autre par le développement de stratégies qui permettent aujourd'hui de rendre le vaccin toujours disponible. Malgré ces efforts, les résultats sont très contrastés et caractérisés par une évolution globale en dents de scie et surtout par une disparité des performances entre les districts sanitaires du pays. On note cependant que certains districts restent relativement constants en ce qui concerne leurs performances (bonnes ou mauvaises). Cette situation au regard des différentes analyses semble relever entre autre de la variation des contextes et des actions entreprises en ce qui concerne notamment l'implication effective des populations aux différentes actions entreprises.

## 3. Hypothèse de recherche

La présente recherche se fonde sur l'hypothèse selon laquelle il existe dans certains districts des stratégies efficaces d'implication des populations dans les activités du PEV et dont la reproduction dans les autres districts est susceptible d'améliorer leurs performances en matière de couverture vaccinale dans le cadre du PEV de routine et aussi dans la surveillance épidémiologique. Il reste entendu que dans cette démarche, abstraction est faite des autres facteurs déterminants du succès du PEV.

## 4. Questions de recherche

- Comment certains districts arrivent-ils à impliquer efficacement et durablement les communautés dans l'exécution du PEV ?
- Comment ces stratégies contribuent-elles effectivement à améliorer les performances du PEV ?
- Dans quelle mesure ces stratégies d'implication des communautés sont-elles reproductibles dans les autres districts du pays ?

## 5. Objectifs de la recherche

### 5.1 Objectif général

L'objectif général est de contribuer à une plus grande implication des populations dans les activités de vaccination y compris la surveillance épidémiologique dans les districts sanitaires.

### 5.2 Objectifs spécifiques

- Identifier les expériences de participation efficace des populations dans le PEV
- Identifier les facteurs de succès et d'échec de cette participation des communautés dans les stratégies du PEV
- Identifier les mécanismes pour une réplique des expériences positives dans d'autres districts du pays

## 6. Méthodologie

### 6.1 Cadre conceptuel théorique de la recherche

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

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

Dans le cadre de la présente recherche, la PC est considérée comme un moyen qui doit permettre une amélioration significative et durable des taux de couverture vaccinale sur l'ensemble des districts du pays de même que la stratégie de surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV.

En terme de modalités de participation on peut en retenir 4 qui sont applicables au PEV :

- La participation des populations aux avantages du programme : les populations cibles bénéficient de la vaccination dans le cadre des séances organisées par les agents de santé dans les divers districts
- La participation aux activités du programme : cette participation peut se manifester de plusieurs manières (appui à l'organisation des séances, mobilisation des populations, etc.)
- La participation à l'exécution du programme : à la différence de la participation aux activités, certaines populations participent à des aspects de gestion du PEV en identifiant les sites de vaccination, en définissant les agendas de vaccination et les modalités d'acquisition de certains consommables du PEV
- La participation à la surveillance et à l'évaluation du programme : le système de monitoring permet à certaines populations de s'assurer que les objectifs sont atteints, d'identifier les zones où la participation aux séances est faible

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

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

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

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

## 6.2 Les approches méthodologiques

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

### 6.2.1 L'analyse du contexte

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

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

Domaines	Éléments de description	Méthodologie	Cibles
Contexte culturel	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Organisation sociale (hiérarchie, chefferie)</li> <li>● Place et rôle de la femme</li> <li>● Pratiques en matière de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Revue documentaire</li> <li>● Entretiens individuels</li> </ul>	Informateurs clés
Situation socio-économique	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Système de production</li> <li>● Niveau de pauvreté</li> <li>● Mouvements migratoires</li> <li>● Mouvement associatif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Revue documentaire</li> <li>● Entretiens individuels</li> </ul>	Informateurs clés
Evolution historique	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Les changements majeurs en matière d'organisation sociale et politique</li> <li>● Les changements majeurs en matière de développement local, de participation communautaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Revue documentaire</li> <li>● Entretiens individuels</li> </ul>	Informateurs clés
Politique des pouvoirs publics	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Organisation de la collaboration intersectorielle</li> <li>● Prise en compte des besoins des populations locales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Revue documentaire</li> <li>● Entretiens individuels</li> </ul>	Informateurs clés

## 6.2.2 L'analyse des facteurs d'action

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

Domaines	Éléments à analyser	Méthodologie	Cibles
Organisation communautaire mise en place	<ul style="list-style-type: none"> <li>Type de structures</li> <li>Modalités de création</li> <li>Organisation, fonctionnement</li> <li>Système d'encadrement</li> </ul>	Entretiens individuels	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsables des ECD</li> <li>Membres des structures de PC</li> <li>ICP</li> </ul>
Choix des dirigeants et animateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profil</li> <li>Modalités de désignation</li> <li>Type de leadership</li> <li>Modes de communication avec les autres membres de la communauté</li> </ul>	Entretiens individuels	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsables des ECD</li> <li>Membres des structures de PC</li> <li>ICP</li> </ul>
Gestion du programme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modalités de participation</li> </ul>	Entretiens individuels	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsables des ECD</li> <li>Membres des structures de PC</li> <li>ICP</li> </ul>
Mobilisation des ressources financières et humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>Type de ressources fournies par la communauté</li> <li>Motivations de la mobilisation de ces ressources</li> <li>Processus de prise de décision</li> </ul>	Entretiens individuels	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsables des ECD</li> <li>Membres des structures de PC</li> <li>ICP</li> </ul>
Evaluation des besoins des communautés	<ul style="list-style-type: none"> <li>Place du PEV dans les besoins prioritaires des communautés</li> <li>Processus d'appropriation du PEV par les communautés</li> </ul>	Entretiens individuels	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsables des ECD</li> <li>Membres des structures de PC</li> <li>ICP</li> </ul>
Prise en compte des plus démunis (enclavés, pauvres)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mécanismes développés pour couvrir effectivement les plus démunis par les prestations, faire participer les plus démunis à la mobilisation des ressources, etc.</li> </ul>	Entretiens individuels	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsables des ECD</li> <li>Membres des structures de PC</li> <li>ICP</li> </ul>

## 6.3 Echantillonnage

### 6.3.1 Critères de choix

Le principe de la recherche action est de permettre au PEV de promouvoir la participation communautaire pour une meilleure performance du PEV dans l'ensemble des 53 districts du pays.

Dans cette perspective et en prenant en compte le cadre conceptuel de la recherche, les critères ci dessous ont déterminé l'identification des zones de la recherche :

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

### 6.3.2 Zones retenues

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

Districts retenus	Eléments justificatifs	Contexte semblable
Kongoussi	<ul style="list-style-type: none"> <li>● District rural situé dans le Centre Nord</li> <li>● Expérience dans l'appui des partenaires (AFVP, APBY, PATECORE, CECI, Morija, Rand stars, PIB-ASSK, Croix Rouge)</li> <li>● Evolution progressive continue de la couverture vaccinale sur trois ans (1999-2001)</li> <li>● Expérience dans la collaboration intersectorielle</li> <li>● Expérience en cours sur la participation communautaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Boulsa</li> <li>● Barsalogo</li> </ul>
Fada	<ul style="list-style-type: none"> <li>● District situé centré sur un chef lieu de région</li> <li>● Expérience en cours sur la participation communautaire</li> <li>● Evolution de la couverture vaccinale en dents de scie (1999-2001)</li> <li>● Appui des partenaires (PDLK, TIN-TUA, FNUAP, Unicef, Pays-Bas, Croix Rouge)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tenkodogo</li> <li>● Dédougou</li> <li>● Gaoua</li> <li>● Ouahigouya</li> <li>● Banfora</li> <li>● Dori</li> <li>● Kaya</li> <li>● Koudougou</li> </ul>
Ouagadougou (Secteur 30 )	<ul style="list-style-type: none"> <li>● District urbain</li> <li>● Expérience en cours sur la participation communautaire en milieu urbain</li> <li>● Evolution progressive de la couverture vaccinale sur trois ans (1999-2001)</li> <li>● Appui des partenaires (Pays-Bas, Coopération Italienne, Unicef, CECI Croix Rouge)</li> <li>● Expérience dans la collaboration intersectorielle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Secteur 22 Bobo</li> <li>● Pissi</li> <li>● Kossodo</li> <li>● Sect 15 Bobo</li> <li>● Paul VI</li> </ul>
Houndé	<ul style="list-style-type: none"> <li>● District rural situé dans la région Ouest</li> <li>● Evolution progressive de la couverture vaccinale sur quatre ans (1998-2001)</li> <li>● Expérience en cours sur la participation communautaire</li> <li>● Appui Croix Rouge</li> <li>● Expérience dans la collaboration intersectorielle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Orodara</li> <li>● Sindou</li> <li>● Dandé</li> </ul>
Gorom Gorom	<ul style="list-style-type: none"> <li>● District rural situé dans la région du Sahel et du nord</li> <li>● Evolution progressive de la couverture vaccinale sur deux ans (2000-2001)</li> <li>● Appui des partenaires (PB, Unicef, FNUAP, SCF/UK, OMS, GLOBAL 2000, PAM, Croix Rouge)</li> <li>● Expérience dans la collaboration intersectorielle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Djibo</li> <li>● Titao</li> <li>● Seguenega</li> </ul>
Solenzo	<ul style="list-style-type: none"> <li>● District situé dans la région de la boucle du Mouhoun</li> <li>● Expérience en cours dans la participation communautaire</li> <li>● Maintien de la couverture vaccinale sur trois ans ( 1999-2001)</li> <li>● Appui de partenaires (BAD, Pays-Bas, Croix Rouge)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dédougou</li> <li>● Nouna</li> <li>● Boromo</li> <li>● Tougan</li> <li>● Toma</li> </ul>
Manga	<ul style="list-style-type: none"> <li>● District situé dans la région du centre sud</li> <li>● Expérience en cours sur la participation communautaire</li> <li>● Evolution progressive de la couverture vaccinale sur cinq ans (1997-2001)</li> <li>● Expérience dans la collaboration intersectorielle</li> <li>● Appui des partenaires (Pays-Bas, SCPB, Borde fonde, PLD/Z, Croix Rouge)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pô</li> <li>● Kombissiri</li> <li>● Saponé</li> <li>● Léo</li> <li>● Tô</li> </ul>
Yako	<ul style="list-style-type: none"> <li>● District situé dans la région du plateau central</li> <li>● Expérience en cours sur la participation communautaire</li> <li>● Evolution progressive de la couverture vaccinale sur trois ans (1999-2001)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ziniaré</li> <li>● Boussé</li> <li>● Réo</li> <li>● Koupéla</li> <li>● Zorgho</li> </ul>
Bogandé	<ul style="list-style-type: none"> <li>● District rural situé dans la région est</li> <li>● Expérience en cours sur la participation communautaire</li> <li>● Appui de certains partenaires (voisins mondiaux, FNUAP,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pama</li> <li>● Diapaga</li> </ul>

	Unicef, Pays-Bas, Croix Rouge)	
	• Evolution progressive de la couverture vaccinale sur trois ans (1999-2001)	
Diébougou	• District rural situé dans la région du sud ouest	• Dano
	• Appui des partenaires (Plan, PDR/SO, GTZ, Croix Rouge)	• Batié
	• Evolution continue de la couverture vaccinale sur trois ans (1999-2001)	
	• Expérience en cours sur la participation communautaire	

Au total l'étude va couvrir 9 régions sanitaires et 10 districts de santé.

### 6.3.3 Principales cibles

Au plan national et régional, il sera pris en compte les principaux partenaires qui interviennent dans le PEV et plus particulièrement dans le volet mobilisation sociale. C'est le cas de la Croix Rouge, de l'UNICEF, etc. Au niveau intermédiaire, les principaux partenaires impliqués dans la PC seront pris en compte.

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

- L'Equipe Cadre du District : il s'agira du médecin chef et du chargé du PEV de même que celui chargé de la mobilisation sociale
- Les CSPS : Dans chaque district on retiendra trois CSPS et le chef lieu représenté par le CMA. Le choix des trois CSPS tiendra compte des bonnes performances en matière de PEV, des expériences de PC et les différents contextes
- Les membres des structures de PC : Au niveau de chaque CSPS on retiendra toutes les structures identifiées comme étant impliquées dans la PC en faveur du PEV. Deux membres seront l'objet de l'enquête (le responsable et un membre)
- Les informateurs clés : il s'agit de personnes à même de donner des informations pertinentes parce qu'ayant de bonnes connaissances du milieu. Il s'agira : du Haut commissaire ou du Préfet, du Maire , de conseillers municipaux, de responsables administratifs de village, d'accoucheuses de village, d'agents de santé villageois, de responsables religieux, de tradipraticiens

Récapitulatif des principales cibles

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

## 7. Les principaux outils

Au total six outils seront utilisés :

- Canevas (A) pour la revue documentaire : ce guide devra permettre de mettre en évidence les principaux éléments

- contenus dans le tableau 1
- Guide d'entretien (B) pour les informateurs clés identifiés dans le district
- Questionnaire pour les membres de l'ECD (C) : il permettra de collecter les données pour une analyse des facteurs d'action
- Questionnaire pour les infirmiers chefs de poste (D) : il permettra de collecter les données pour une analyse des facteurs d'action
- Questionnaire pour les membres des structures de PC (E) : il permettra de collecter les données pour une analyse des facteurs d'action
- Questionnaire pour les partenaires

## 8. Mise en oeuvre

### 8.1 Equipe de recherche

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

- D'un chercheur principal : expert en recherche et ayant la maîtrise du protocole
- D'un point focal au niveau du SPV, ayant une bonne connaissance du protocole et du PEV en général et au plan national en particulier
- D'un point focal au niveau de chaque DRS dans laquelle un district est retenu
- Les membres des ECD et les ICP des zones concernées sont associées à l'étude

Equipes de recherche	Principales fonctions
Equipes Cadre de District retenus et les Infirmiers Chefs de Poste	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Fournir toutes les informations requises</li> <li>● Apporter l'appui administratif et logistique nécessaire</li> <li>● Aider à la collecte des données</li> <li>● Discuter, analyser et s'appropriier les résultats de l'étude</li> <li>● Mettre en œuvre les résultats obtenus</li> </ul>
Point focal de la recherche au niveau de la Direction Régionale de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Conduire la collecte des données au niveau des districts et des CSPS</li> <li>● Analyser les données collectées avec l'appui technique de l'équipe de recherche</li> <li>● Assurer la vulgarisation des résultats obtenus à l'ensemble des districts de la région</li> <li>● Assurer le suivi de la mise en œuvre des résultats obtenus</li> </ul>
Point focal SPV	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Maîtriser le protocole de la recherche</li> <li>● Participer à la formation des points focaux des DRS</li> <li>● Superviser la collecte des données et l'analyse des données</li> <li>● Participer à la vulgarisation des résultats au plan national</li> <li>● Participer au suivi de la mise en œuvre</li> </ul>
Chercheur principal	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Former les différents points focaux impliqués dans la recherche</li> <li>● Superviser la collecte des données</li> <li>● Superviser l'analyse des données</li> <li>● Confectionner le rapport de la recherche</li> <li>● Participer à la vulgarisation des résultats</li> <li>● Participer à l'évaluation de la mise en œuvre des résultats</li> </ul>

### 8.2 Chronogramme

Activités	Durée	Acteurs
Formation des différents points focaux + pré-test des outils	3 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Chercheur principal + point focal SPV</li> </ul>
Reproduction des différents supports de	1 jour	<ul style="list-style-type: none"> <li>● SPV</li> </ul>

collecte de données		
Collecte des données	30 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Points focaux des DRS</li> <li>● Points focaux des DRS</li> <li>● Point focal de la SPV</li> <li>● Chercheur principal</li> </ul>
Analyse des données	15 jours	
Supervision	3 jours par district	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Chercheur principal + point focal SPV</li> </ul>
Rédaction du rapport de la recherche	15 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Chercheur principal</li> <li>● Point focal SPV</li> </ul>
Vulgarisation des résultats	1 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Chaque point focal DRS</li> <li>● Point focal SPV</li> </ul>
Mise en oeuvre des résultats	Plans d'actions des districts 2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Chaque DRS</li> <li>● Chaque ECD</li> </ul>

L'étude se déroulera en trois phases :

- Phase 1 : Elle permettra d'obtenir le rapport de l'étude contenant les recommandations. Cette phase comporte les activités 1 à 6 et couvre une période de deux mois. Elle pourra se dérouler à la période de septembre à novembre 2002
- Phase 2 : Elle sera consacrée à la vulgarisation des résultats (activité 7). Cette période pourra se dérouler en novembre -décembre 2002
- Phase 3 : Mise en œuvre au cours des plans d'action 2003 des districts retenus pour cette étape

### 8.3 Analyse des données

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

### 8.4 Le rapport de la recherche

Le rapport sera axé sur les deux facteurs déterminants de la PC : les éléments du contexte et les différents facteurs d'action. L'analyse des tendances permettra de faire des recommandations

## 9. Le budget de la recherche

Eléments constitutifs	Coût unitaire	Coût total	Observation
Honoraires du chercheur principal	75 000 F CFA/j	4 500 000 F CFA	Durée estimée 60 jours
Prise en charge du point focal SPV (assistant de recherche )	42 000 F CFA/j	1 890 000 F CFA	Durée estimée 45 jours
Prise en charge d'un point focal dans chacune des 9 DRS pour collecte des données	15 000 F CFA/j	2 835 000 F CFA	Durée estimée 21journs
Prise en charge d'un point focal dans chacun des 10 districts pour l'appui a la collecte des données	10 000 F CFA/j	1 500 000 F CFA	Durée estimée 15 jours
Prise en charge d'un ICP par CSPS dans chacun des 40 CSPS pour l'appui à la collecte des données	5 000 F CFA/j	1 000 000 F CFA	Durée estimée 5 jours
Prise en charge d'un chauffeur dans chacune des 9 DRS	5 000 F CFA/j	450 000 F CFA	Durée estimée 10 jours
Supervision du chercheur principal	25 000 F CFA/j	375 000 F CFA	Durée estimée 15 jours
Supervision du chercheur assistant	20 000 F CFA/j	250 000 F CFA	Durée estimée 15 jours
Carburant pour la supervision	494 F CFA	455 962 F CFA	Quantité : 923 litres

Prise en charge de deux chauffeurs pour la supervision	10 000 F CFA/j	300 000 F CFA	15 jours
Carburant pour la collecte des données	494 F CFA	251 940 F CFA	Quantité : 510 litres
Carburant pour le déplacement des points focaux DRS pour la formation à Ouagadougou	75 F CFA	301 125 F CFA	Distance total à parcourir : 4 015 km
Prise en charge des 10 points focaux pour la formation	45 000 F CFA	450 000 F CFA	Prise en charge : 15 000 F CFA/j pendant 3 jours
Fourniture de bureau et pause café/repas	9 000 F CFA	135 000 F CFA	15 participants
Rencontres de restitution des résultats dans les régions sanitaires		1 000 000 F CFA	Forfait
Fourniture de bureau pour la recherche		200 000 F CFA	Forfait
Honoraire du coordonnateur		500 000 F CFA	Forfait
Prise en charge du gestionnaire		100 000 F CFA	Forfait
Imprévus (5%)		824 701 F CFA	
<b>Total général</b>		<b>17 5318 728 F CFA</b>	

NB : Ce budget ne prend pas en compte une éventuelle location de véhicule. En cas de nécessité il faudrait envisager un montant supplémentaire de 60 000 F x 15 jours x 2 = 1 850 000 F.