

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix- Travail- Patrie

**INSTITUT NATIONAL
DE LA STATISTIQUE**



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace- Work- Fatherland

**NATIONAL INSTITUTE
OF STATISTICS**

**ENQUETE D'EVALUATION DE LA PHASE PILOTE DU PAQUET INTEGRE
COMMUNAUTAIRE DANS LA REGION DU NORD EN 2012**

DRAFT DE METHODOLOGIE

Yaoundé, juillet 2012

Table des matières

I. CONTEXTE, JUSTIFICATIFS ET OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	2
II. PLAN DE SONDAGE	5
2.1. Caractéristiques de l'enquête : champ et unité statistique	5
2.2. Type d'enquête.....	5
2.3. Echantillonnage.....	5
III. COLLECTE DES DONNÉES (superviseurs et agents enquêteurs).....	7
IV. EFFECTIF DU PERSONNEL DE TERRAIN ET DUREE DES OPERATIONS POUR L'ENQUETE PRINCIPALE	7
V. DEPOUILLEMENT ET SAISIE DES DONNEES.....	7
VI. ANALYSE	8
VII. CALENDRIER D'EXECUTION	8
VIII. FINANCEMENT	10

I. CONTEXTE, JUSTIFICATIFS ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

Les taux de mortalité infanto juvénile et maternel restent encore élevés au Cameroun d'après des statistiques des EDS 2004 et EDS-MICS 2011 avec respectivement 144 décès pour 1000 naissances vivantes chez les moins de 5 ans et 669 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (EDS 2004). Ces taux sont plus critiques dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord.

La pneumonie, la diarrhée et le paludisme sont les trois causes majeures de décès chez les enfants de moins de 5 ans. La malnutrition, le manque d'accès à l'eau potable, les conditions d'hygiène inadéquates contribuent pour la moitié dans ces décès. Par ailleurs, chaque année, environ 2 millions d'enfants de 0-11 mois ne sont pas protégés contre les maladies évitables par la vaccination.

A l'intérieur des régions, les indicateurs de santé sont plus alarmants dans les régions du Nord et de l'Extrême Nord (EN) du pays, ainsi :

- Le taux de mortalité infantile dans la région du Nord est le plus élevé du Cameroun (205 pour 1 000 naissances vivantes selon EDS III en 2004. Parmi les 105 000 enfants qui meurent chaque année au Cameroun, les régions du Nord et de l'Extrême-Nord comptent 40 000. La région du Nord est la deuxième à fort ratio de mortalité maternelle après l'EN ; 38% des décès maternels du Cameroun surviennent dans les deux régions du Nord et de l'EN.

Pour ce qui concerne les différentes maladies, on peut noter de la même source que :

- 34,7% des enfants de moins de 5 ans qui ont fait la diarrhée dans les 2 semaines avant l'enquête sont dans le Nord ;
- 63% des diarrhées au Cameroun surviennent dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord ;
- 36,2% des enfants anémiés sévères du Cameroun, et
- 54% des enfants anémiés modérés du pays proviennent des Régions du Nord et de l'Extrême-Nord ;
- 17,5% des enfants de la région du Nord ont présenté une pneumonie dans les 2 semaines avant l'enquête, et
- 55,4% des enfants ayant fait une pneumonie sont dans les deux régions

Le ratio de mortalité maternelle a augmenté entre 1998 et 2004, passant de 430 à 669 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDS II et III). Selon les données ajustées du « State of the World Children » (SOWC) de 2008, la mortalité maternelle serait de 1000 décès pour 100 000 naissances vivantes. Il est estimé qu'environ 8 femmes sur 10 bénéficient au moins d'une consultation prénatale (CPN) tandis que 6 sur 10 bénéficient des 4 CPN recommandées et d'une assistance qualifiée pendant l'accouchement. Cette situation varie considérablement entre les régions et selon que l'on se trouve en zone rurale ou urbaine

Les décès maternels sont concentrés autour du travail, de l'accouchement et du post-partum précoce avec comme causes directes l'éclampsie, les hémorragies de la délivrance et les infections du post-partum surtout chez les femmes ayant un terrain de malnutrition et d'anémie ;

Ces pathologies nécessitent la proximité et l'accès financier de services de prévention et de prise en charge efficace aux niveaux périphérique et intermédiaire, dotés de personnels qualifiés et d'équipements adaptés aux besoins du pays ; d'où la nécessité d'une mise à échelle d'interventions à haut impact telles que le suivi prénatal efficace (avec recherche de facteurs de risques et

supplémentation) et d'accouchement assisté dans des structures répondant aux qualifications « SONUB » ou « SONUC ».

Des actions telles que la PCIME et la SASNIM sont menées par le Cameroun pour faire face à cette situation. Mais toutes ces stratégies sont confrontées aux difficultés dont l'accès aux médicaments, les plateaux techniques incomplets dans les formations sanitaires, l'insuffisance du personnel de santé en qualité et quantité.

D'après certaines études, la lutte contre la mortalité infanto juvénile et maternelle doit avoir des orientations essentielles, car les décès des petits enfants sont pour la plupart évitables par des interventions simples et non coûteuses qui peuvent être développées au niveau familial et communautaire :

-Agir au niveau des familles, des communautés et du niveau primaire des soins ;

-Prioriser le volet nutritionnel dans l'action ;

-Promouvoir les bonnes pratiques en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène.

Le paquet d'interventions à haut impact a été expérimenté dans certains pays et concerne la vaccination, la supplémentation en vitamine A, le déparasitage, le traitement préventif intermittent, le traitement des cas simples de paludisme, de diarrhée et de pneumonie, l'orientation des femmes enceintes dans les services de CPN et d'accouchement, etc...). Mais ces interventions rencontrent des problèmes dans leur mise en œuvre. Les difficultés sont liées à la gestion verticale et isolée n'impliquant pas toujours les acteurs professionnels et la communauté dans la planification, au choix des ARC, à la mise en œuvre et à l'évaluation.

En réponse à la situation alarmante des indicateurs sanitaires, l'UNICEF s'est engagé à accompagner depuis septembre 2011, la phase pilote d'un paquet intégré d'interventions à haut impact de la mère et de l'enfant dans 56 villages de 6 aires de santé des districts de santé de Pitoa et de Lagdo dans la région du Nord, pour une population d'environ 100 000 habitants.

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Evaluer la perception et l'appropriation de l'approche intégrée communautaire par les différents acteurs notamment la DRSP, les ECDS, les équipes des AS, les Agents Relais Communautaires et communauté (bénéficiaires et chefs traditionnels) ;
- Evaluer la gestion de l'approche intégrée communautaire en termes de préparation, de la pertinence des outils de gestion mis en place, de la qualité des prestations offertes par les ARC, du système d'appui (suivi / supervision) aussi bien par les niveaux hiérarchiques que le partenaire, le système d'approvisionnements des intrants et médicaments ;
- Evaluer le système de motivation mis en place pour les prestations des ARC ;
- Evaluer la contribution des activités communautaires sur les performances des CSI en termes de fréquentation des soins maternels (CPN, accouchements), de fréquentation des soins curatifs, de référence des femmes et des cas graves, de mise en œuvre des prestations en stratégies avancées ;
- Evaluation du système d'information (collecte, traitement/analyse et circuit de transmission) ;
- Examiner la contribution des ARC au système de soins, le système de référence et contre référence ;
- Evaluer la contribution des ARC dans l'adoption des pratiques familiales essentielles (PFE) par leurs communautés ;
- Identifier les goulots d'étranglements à chaque niveau de la mise en œuvre et les mesures de correction appropriées proposées par chaque niveau ;
- Faire des recommandations pertinentes pour un éventuel passage à échelle soutenu par un plan d'action de mise en œuvre des recommandations ;
- Apporter un appui à la DRSP-Nord pour une restitution au niveau national des résultats de cette évaluation.

Afin d'évaluer la mise en œuvre de l'approche et d'identifier les actions immédiates à mener après la mise en œuvre de cette phase, il a été jugé nécessaire de faire une enquête rapide d'évaluation de

cette phase auprès de tous les acteurs (DSRP, ECDS, AS et communauté constituant le bénéficiaires). Cette évaluation qui intervient presque un an après le début de l'intervention, est prévue *au mois d'août 2012 et doit être effectuée sous la forme* d'une enquête d'évaluation auprès des acteurs suscités.

Pendant cette enquête, différentes interventions seront prises en compte et cette collecte nous permettra d'évaluer de façon qualitative et de mesurer un certain nombre d'indicateurs notamment :

Quantitatifs

- la proportion des ARC en fonction des pratiques familiales essentielles (choix de certaines pratiques) assimilées aux bénéficiaires ;
- la proportion des ARC insatisfaits de leur système de motivation ;
- la proportion des ARC encore en activité dans le cadre du projet ;
- la proportion des ARC ayant des difficultés d'accès aux médicaments et intrants ;
- la proportion des ARC supervisés au cours d'une période de référence donnée ;
- la proportion des différents acteurs (ARC et population) en fonction de leur appréciation de l'approche mise en œuvre ;
- la proportion de ménages ayant déjà eu au moins une visite d'ARC ;
- la proportion de ménages suivant la date de la dernière intervention de l'ARC dans leur ménage ;
- la proportion de bénéficiaires ayant souffert de maladies (paludisme simple, diarrhée et pneumonie) au courant d'une période de référence ;
- la fréquence des stratégies avancées organisées/tenues par les ARC dans leurs localités de travail ;
- la proportion des bénéficiaires adoptant les bonnes pratiques familiales essentielles ;
- la proportion des bénéficiaires adoptant les bonnes pratiques familiales essentielles enseignées par les ARC ;
- la proportion de bénéficiaires ayant bénéficié de la prise en charge des cas de maladies (paludisme simple, diarrhée et pneumonie) ;
- la proportion de bénéficiaires satisfaits de la présence des ARC ;

Qualitatifs

- Evaluation de la préparation, de la pertinence des outils de gestion mis en place, de la qualité des prestations offertes par les ARC, du système d'appui (suivi / supervision) et le système d'approvisionnements des intrants et médicaments dans le cadre de l'approche intégrée communautaire ;
- la perception des différents acteurs notamment l'ETR, les ECDS, les équipes des AS sur l'approche intégrée communautaire ;
- les rôles joués par chaque niveau, et à différentes étapes de la mise en place de l'approche et leurs perspectives par rapport à sa pérennité et l'élargissement du champ géographique ;
 - le système d'approvisionnement en médicaments et intrants établi pour soutenir l'approche (en terme de promptitude et de régularité des transmissions, d'archivage, ...);
 - la qualité du système d'information établi entre les différents niveaux pour la gestion de l'approche ;
 - la qualité des relations entre les ARC et les équipes des CSI, puis entre les ARC et les communautés (populations et autorités) ;
 - contribution des ARC dans l'adoption des pratiques familiales essentielles (PFE) par leurs communautés ;

- les différents éléments de motivation des ARC mis en œuvre dans le cadre de leurs activités ;
- les difficultés rencontrées par les différents maillons dans le cadre de la mise en œuvre des activités et les suggestions apportées.

C'est dans ce cadre que le présent document qui constitue une proposition méthodologique est élaboré par l'Institut National de Statistique (INS). Il présente entre autre le plan de sondage, le personnel nécessaire, le budget et le calendrier des opérations.

II. PLAN DE SONDAGE

2.1. Caractéristiques de l'enquête : champ et unité statistique

Le champ de cette enquête d'évaluation est réduit au champ géographique de l'intervention, à savoir les districts de santé de Pitoa et de Lagdo dans la région du Nord. La population cible est diversifiée :

-l'ETR;

-l'ECDS pour les districts de santé de Pitoa et de Lagdo ;

-les aires de santé de Lamoudam, Mayo Bocki, Bakona, Badjouma Centre, Boula Ibib et de Langui;

-73 ARC formés pour cette première phase du projet ;

-les autorités traditionnelles et les populations d'un échantillon de villages de la première phase ; les populations sont observées à partir des ménages auxquels ils appartiennent.

2.2. Type d'enquête

Il est préconisé pour cette étude, de mener deux volets d'enquête dont un quantitatif et un autre qualitatif. Le volet quantitatif sera mis en œuvre pour les ménages et les ARC tandis que des entretiens guidés seront effectués pour les autres cibles.

En plus des interviews menées pour ces deux volets, il sera procédé à la recherche documentaire et à l'observation des fiches de collecte, des rapports de supervisions et des rapports de synthèse des AS au niveau du DS.

2.3. Echantillonnage

L'échantillonnage dans le cadre de cette étude concerne essentiellement la cible des ARC et des communautés (population et autorités).

Pour une population d'environ 60 000 habitants dans 56 villages bénéficiaires de cette première phase, un échantillon 300 ménages cibles répartis dans 20 villages nous permettra d'avoir des résultats avec une précision d'au moins 7,5%. Les ménages cibles sont ceux ayant au moins un enfant de moins de 5 ans en leur sein.

Les villages seront tirés soit aléatoirement proportionnellement à leur taille en population, soit après une stratification suivant des critères pertinents tandis que les ménages cibles seront sélectionnés aussi aléatoirement par la méthode d'itinéraire selon la méthodologie ci-dessous.

Tirage des ménages

Dans chaque village sélectionné, la méthode mise en œuvre sera celle des *itinéraires aléatoires*. A partir d'un point de référence, on choisira un itinéraire au hasard.

Le choix du premier ménage marque le début et le travail est fini une fois que l'effectif prévu est atteint (15 ménages cibles).

a) Choix du premier ménage

Le choix du premier ménage se fera suivant les étapes suivantes :

1. Retrouver le centre géographique approximatif du village à enquêter ;
2. Choisir au hasard une direction en partant du centre (identifier toutes les directions possibles et choisir au hasard l'une d'entre elles) ;
3. Compter en les numérotant tous les ménages (le numéro d'ordre devra être porté à l'aide de la craie à un endroit visible de l'entrée principale) à partir du centre jusqu'à la limite de la localité en respectant la direction choisie ;
4. Faire le rapport entre le nombre total de ménages recensés et 15 pour obtenir le pas correspondant à la partie entière ;
5. Choisir au hasard un nombre entre 1 et le pas, le ménage correspondant au nombre choisi sera le premier à être enquêté.

b) Choix des prochains ménages

La procédure à suivre pour le choix des prochains ménages, une fois le premier ménage tiré consiste à visiter le ménage le plus proche du premier en ajoutant le pas précédent. ***Le ménage le plus proche est défini comme celui qu'on peut atteindre dans le délai le plus court en partant du ménage qu'on vient de visiter.***

Le ménage le plus proche n'est pas nécessairement sur le même alignement ou du même côté de la rue ou même de la route. ***S'il y a deux ou plusieurs ménages situés à égale distance en pas du ménage qu'on vient de visiter, il faut choisir celui situé sur votre droite dès lors que vous vous placez sur le seuil de la porte d'entrée de la maison que vous venez de visiter, le regard fixé vers l'extérieur.***

Concernant le choix des ARC, il est prévu de tirer au hasard 2 ARC dans chaque village échantillon, soit au total 40 ARC sur les 73 ayant participé à cette phase à petite échelle.

Tableau : Récapitulatif de l'échantillon

District de santé	Aire de santé	Echantillon AS	Nombre de villages couverts	Nombre de villages échantillon	Nombre d'ARC	Nombre d'ARC échantillon	Population couverte	Echantillon ménages
LAGDO	Lamoudam	1	8	3	10	6	8 237	45
	Mayo Bocki	1	10	4	18	8	15 895	60
	Bakona	1	10	3	11	6	8 529	45
PITOA	Badjouma Centre	1	10	3	10	6	7 684	45
	Boula Ibib	1	10	4	13	8	10 947	60
	Langui	1	8	3	11	6	9 503	45
Total		6	56	20	73	40	60 795	300

III. COLLECTE DES DONNÉES (superviseurs et agents enquêteurs)

Cette étude prenant en compte plusieurs cibles, des questionnaires seront remplis en fonction des cibles. Ainsi, l'on aura :

- un guide d'entretien individuel pour l'ETR ;
- un guide d'entretien individuel pour l'ECDS des districts de santé (Pitoa et Lagdo) ;
- un guide d'entretien individuel pour chaque responsable d'aire de santé de cette première phase ;
- un questionnaire pour chaque ARC sélectionné ;
- un guide d'entretien individuel pour chaque autorité traditionnelle des villages sélectionnés ;
- un questionnaire pour chaque ménage tiré.

IV. EFFECTIF DU PERSONNEL DE TERRAIN ET DUREE DES OPERATIONS POUR L'ENQUETE PRINCIPALE

Pour une charge de travail moyenne d'un village à couvrir pendant 3 jours par un binôme d'enquêteurs, l'effectif d'enquêteurs du volet quantitatif nécessaire pour 15 jours de travail, est de **8 personnes, soit 4 binômes**. Ainsi, chaque binôme d'enquêteurs aura à couvrir 5 villages.

Pour le volet qualitatif, environ 30 entretiens seront menés en plus de la recherche documentaire et de l'observation des documents. Ainsi, 2 enquêteurs pourront travailler pendant 7 jours environ à raison de 2 entretiens par jours par enquêteurs.

V. DEPOUILLEMENT ET SAISIE DES DONNEES

Le dépouillement consiste à passer en revue tous les questionnaires avec les différentes réponses aux questions, de les relever et de codifier si possible. Cette phase consiste en la transcription des données qualitatives à partir des enregistreurs.

La saisie des données quant à elle est le processus par lequel on transfère les données d'une copie papier (questionnaires et réponses d'enquête) vers un fichier. Pour le volet qualitatif, il sera procédé à cette étape, à une codification.

Pour disposer d'un fichier de données quantitatives conforme aux données collectées, **la double saisie** est vivement conseillée. Elle consiste à saisir dans deux fichiers différents par deux agents, les mêmes questionnaires et ensuite de procéder à la comparaison des fichiers. A l'issue de cette comparaison, les différences sont corrigées sur la base du questionnaire.

Le **logiciel CSPRO** que nous utiliserons est actuellement un outil de saisie d'accès facile. Son principal avantage est le traitement des fichiers hiérarchiques. Grâce à la convivialité de son interface, il permet de concevoir des masques de saisie fidèles à la structure du questionnaire. Il permet de réaliser plusieurs scénarios de saisie : simple saisie, double saisie indépendante, double saisie interactive. Les écrans de saisie sont des copies conformes des pages du questionnaire. La facilité de navigation dans le CSPRO, l'aide contextuelle dynamique, le guide de saisie et la saisie assistée (passage automatique de champs en champs en fonction des données saisies) sont autant d'atouts appréciés par les utilisateurs.

La puissance de son compilateur garantie une efficacité dans l'implémentation des contrôles à la saisie et après la saisie. Il est donc adapté pour la saisie des données des enquêtes ou des recensements.

Avec une moyenne de 27 fiches (environ 14 fiches saisies en double) ou questionnaires par jour (dépouillement et double saisie) par agent de saisie, le dépouillement et la saisie des 340 questionnaires durerait **5 jours avec 5 agents de saisie**. Elle commencera directement après la fin des travaux de terrain.

VI. ANALYSE

Il est attendu de l'INS un rapport descriptif.

VII. CALENDRIER D'EXECUTION

Il est prévu que toutes les activités de l'enquête (conception, exécution sur le terrain, production des données, publication et diffusion des résultats) soient exécutées en 45 jours s'étendant sur 1 mois et demi environ.

Tableau 4 : Calendrier des opérations

	Jours																																										
ACTIVITES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40			
Plan de sondage, adaptation et mise en forme du questionnaire, élaboration projet de budget, Identification des personnes ressources, préparation et signature du protocole d'accord, mise en place du budget,	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																																	
Tirage de l'échantillon						■	■	■																																			
Mise en place du dispositif logistique								■	■	■																																	
Recrutement et formation du personnel de terrain											■	■																															
Finalisation et impression des questionnaires										■	■	■																															
Elaboration et test du masque de saisie										■	■	■	■	■																													
Réalisation de l'enquête principale sur le terrain													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Dépouillement, saisie et apurement des données																																											
Analyse des données et rédaction du rapport descriptif détaillé provisoire																																											
Rapport descriptif final																																											
Présentation des résultats à l'UNICEF																																											

VIII. FINANCEMENT

Le financement de l'enquête est assuré par l'UNICEF. Le budget prévisionnel s'élève à un montant de **13 697 500 FCFA (treize million six cent quatre vingt dix sept mille cinq cent francs CFA)**.

Budget de réalisation de l'enquête d'évaluation de la phase pilote du paquet intégré communautaire dans la région du Nord en 2012

Montant en FCFA	Quantité	Nbre jours	Coût unitaire	Coût total demande
1- Travaux préparatoires (Conception, exploration et Formations)				2 005 000
1-1 Conception des outils				480 000
1-1.1 Conception des outils quantitatifs (2)	2	4	40 000	320 000
1-1.2 Conception des outils qualitatifs (1)	1	4	40 000	160 000
1-2 Mission de reconnaissance				440 000
1-2.1 Perdiems (2)	2	4	40 000	320 000
1-2.2 Transport	2	1	60 000	120 000
1-3 Formations				1 085 000
1-3-1 Formation des formateurs (1 jours) (à Yaoundé)				339 000
1-3.1.1 Encadreurs (2)	2	1	40 000	80 000
1-3.1.2 Participants venant de l'agences régionale de l'INS (1)	1	3	40 000	120 000
1-3.1.3 Participants des services centraux de l'INS (2)	1	1	25 000	25 000
1-3.1.4 Transport des participants venant des Agences régionales (aller et retour)	1	1	60 000	60 000
1-3.1.5 Pausés-café	6	1	5 000	30 000
1-3.1.6 Matériel de la formation	6	1	4 000	24 000
1-3-2 Formation des enquêteurs et contrôleurs (1 jours)				746 000
1-3.2.1 Transport des encadreurs quantitatifs (de Ydé vers les régions et retour)	3	1	60 000	180 000
1-3.2.2 Transport des encadreurs qualitatifs (de Ydé vers les régions et retour)	1	1	60 000	60 000
1-3.2.3 Transport des enquêteurs qualitatifs (de Ydé vers les régions et retour)	2	1	60 000	120 000
1-3.2.4 Perdiem des candidats enquêteurs quantitatifs	8	1	5 000	40 000
1-3.2.5 Perdiem des candidats enquêteurs qualitatifs	2	1	5 000	10 000
1-3.2.6 Frais de facilitation Encadreurs sur place	2	1	25 000	50 000
1-3.2.7 Prise en charge Formateurs déplacés	4	1	40 000	160 000
1-3.2.8 Matériel de formation	14	1	9 000	126 000
2- Sensibilisation				850 000
2-1 Autorités administratives et traditionnelles	25	1	30 000	750 000
2-2 Guides locaux (primes)	20	1	5 000	100 000
3- Documents techniques				250 000
3-1 Matériel d'enquête				250 000

Montant en FCFA	Quantité	Nbre jours	Coût unitaire	Coût total demande
3-1.1 Impression et Réprographie des documents techniques	500	1	500	250 000
4- Collecte				6 350 000
4-1 Personnels de terrain (15 jours quantitatif et 10 jours qualitatif)				6 350 000
4-1.1 Frais de facilitation des Superviseurs régionaux (2)	2	15	25 000	750 000
4-1.2 Per diem aux agents enquêteurs quantitatifs (8)	8	15	15 000	1 800 000
4-1.3 Prise en charge des Superviseurs quantitatifs (2)	3	15	40 000	1 800 000
4-1.4 Per diem aux agents enquêteurs qualitatifs (2)	2	10	15 000	300 000
4-1.5 Prise en charge des Superviseurs qualitatifs (1)	1	10	40 000	400 000
4-1.6 Transport du personnel de terrain	17	5	10 000	850 000
4-1.7 Carburant de terrain	3	15	10 000	450 000
4-1.8 Perdiem des chauffeurs de terrain	0	15	10 000	0
4-1.9 Entretien véhicules	0	1	50 000	0
5- Exploitation				1 080 000
5-1 Formation des agents de saisie (1 jour)				75 000
5-1.1 Frais de facilitation des formateurs de saisie (1)	2	1	25 000	50 000
5-1.2 Perdiems des agents de saisie (5)	5	1	5 000	25 000
5-2 Saisie des données (5 jours)				1 005 000
5-2.1 Frais de facilitation Contrôleurs d'exploitation (1)	1	10	40 000	400 000
5-2.2 Perdiem agents de saisie (5)	5	5	15 000	375 000
5-2.3 Perdiem agents transcripteurs (2)	2	4	25 000	200 000
5-2.4 Matériel et consommables	5	1	6 000	30 000
6- Analyse et publication des résultats				1 300 000
6-1 Analyse des données (Indemnités)	4	5	40 000	800 000
6-2 Prime codification interviews qualitatif	2	8	25 000	400 000
6-3 Publication des résultats (édition)	10	1	10 000	100 000
7- Coordination et encadrement des travaux				1 862 500
7-1 Directeur national	1	40	10 000	400 000
7-2 Location salle de saisie	1	15	30 000	450 000
7-3 Coordonateur technique	1	45	8 000	360 000
7-4 Statisticien informaticien	1	45	7 500	337 500
7-5 Primes au personnel d'appui	1	45	1 000	45 000
7-6 Personnel des Services financiers	2	45	1 000	90 000
7-7 Envoi des colis	6	1	5 000	30 000
7-8 Communication (téléphone)	6	5	5 000	150 000
TOTAL GENERAL				13 697 500