

**GAVI**  
*LE CONTROLE DE LA QUALITE DES  
DONNEES*

**CAMEROUN**

**Date: 29/11 au 15/12/ 2004**

LATH - UK  
En collaboration avec

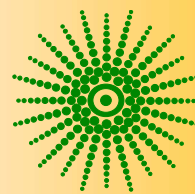


EHG - DENMARK



---

## Table des matières



<b>Rapport de synthèse</b> .....	<b>4</b>
Le but du DQA:	4
Le résumé des principaux constats et les points prioritaires:	5
Les principales recommandations:	5
<b>1. Introduction</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Contexte</b> .....	<b>7</b>
2.1. Situation géographique et organisation administrative	7
2.2. Données socio-économiques	7
2.3. Contexte sanitaire du Cameroun	8
2.4. Situation du PEV	8
<b>3. Résultats Principaux</b> .....	<b>10</b>
3.1 La précision des données	10
3.2 Les principaux constats au niveau central	12
3.3. Les principaux constats au niveau du district	13
3.4. Les constats au niveau de la formation sanitaire	15
3.5. Indicateurs clés	18
3.6 Les changements depuis le dernier CQD	19
<b>4. RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>21</b>
4. 1 Recommandations prioritaires	21
4.2. Autres recommandations	21
<b>5. ANNEXES</b> .....	<b>23</b>
Annexe I	23
Les personnes cles interviewees (central et district) et les formations sanitaires visitées	23



---

Annexe II	25
tableau des indicateurs clés	25
Annexe III	27
tableau d'analyse de l'indice de qualité	27
Annexe IV Commentaires et observations des centres de santé individuels	28



## Rapport de synthèse

### LE BUT DU DQA:

Le DQA a été conçu comme un moyen de vérification des résultats annoncés par les pays bénéficiaires du soutien GAVI ainsi que l'amélioration du suivi de la vaccination et du système d'établissement de rapports de ces pays; renforçant ainsi leurs capacités. Il contrôle à la fois le nombre notifié d'enfants de moins d'un an ayant reçu trois doses de DTC et la précision du système de rapport du PEV.

Ce DQA a été mené par deux auditeurs. Les auditeurs ont travaillé au niveau central (PEV, SNIS) avant de se rendre dans quatre districts et 24 postes de santé soient 6 par district ;.

Tous les postes de santé ont été choisis de manière aléatoire. La méthodologie adoptée pour le DQA 2003 comprend des interviews, l'administration des questionnaires, et le recomptage des données.

### Tableau d'indicateurs du DQA:

	2001	2002	Année de l'audit DQA 2003	Changement depuis 2001
<b>Le facteur de correction (&gt;0.8) (Ratio du nombre des DTC3 recomptés et notifiés)</b>	0,48		<b>0,89</b>	<b>0,42</b>
<b>Les indicateurs clés:</b>				
<b>La couverture en DTC3 (Rapport annuel PEV 2003)</b>	43,3%	63,4%	<b>72,7%</b>	<b>9,3%</b>
<b>Les taux d'abandon DTC1-3</b>	NA	10,5%	<b>8,2%</b>	<b>- 2,3%</b>
<b>La sécurité des injections et des vaccins</b>	NA	NA	<b>Oui (utilisation de seringue auto-bloquant et de boîte de sécurité)</b>	
<b>Le taux de perte</b>	NA	NA	<b>NA</b>	
<b>La complétude des rapports</b>	98,3	NA	<b>99,8%</b>	<b>1,5%</b>
<b>Les ruptures des stocks en vaccins</b>	NA	NA	<b>NA</b>	
<b>Les micro-plans des districts</b>	NA	NA	<b>100%</b>	
<b>L'IQS au niveau central</b>	72,1%	NA	<b>86,8%</b>	<b>14,7%</b>
<b>L'IQS moyen pour les districts</b>	57,4%	NA	<b>87,83%</b>	<b>30,43%</b>
<b>L'IQS pour les formations sanitaires</b>		NA	<b>81,53%</b>	



## **LE RESUME DES PRINCIPAUX CONSTATS ET LES POINTS PRIORITAIRES:**

La bonne organisation, la conception et l'application des recommandations du DQA de 2001 ont permis au programme élargi de vaccination du Cameroun d'avoir de bons résultats aussi bien dans la qualité du système qu'au niveau du facteur de vérification.

Lors de notre audit tout le personnel s'est impliqué pour la réussite de la mission. Par ailleurs, le personnel des trois niveaux, qui a fait l'objet de l'audit, est dédié aux tâches, et la plupart du temps a une bonne compréhension des problèmes relatifs aux vaccinations et résout les problèmes rencontrés de façon très satisfaisante. Cependant, bien qu'ayant fait des efforts pour améliorer son système, lors de notre audit, nous avons constaté quelques faiblesses qui méritent attention:

- La conception du système, manque de formalisation en ce qui concerne le traitement des rapports qui sont transmis en retard et la sauvegarde des données informatiques
- La méconnaissance des enfants vaccinés à chaque type de stratégie.
- L'enregistrement systématique de tous les enfants et femmes vaccinées
- La gestion des stocks de vaccins et seringues pour l'année auditée
- La non harmonisation des dénominateurs à tous les niveaux
- Le monitoring du taux d'abandon et de perte
- Les méthodes de fixation des objectifs

## **LES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS:**

- Mettre en place des directives écrites pour traiter les rapports qui sont transmis en retard à tous les niveaux.
- Elaborer des directives pour la sauvegarde des données informatiques et des autres supports
- Enregistrer séparément les différents types de stratégies (fixes et avancées)
- Enregistrer systématiquement tous les enfants et femmes vaccinées
- Rapportage systématique des données sur les fiches de pointages
- Renforcer la gestion mensuelle et journalière de stock des vaccins et seringues avec le numéro des lots et la date de péremption
- Harmoniser les dénominateurs à tous les niveaux
- Faire le monitoring du taux d'abandon et de perte
- Améliorer les connaissances des agents pour la fixation des objectifs



## 1. Introduction

Le Contrôle de la Qualité des Données (DQA) fait partie intégrante de l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI). Le DQA est conçu dans le but d'aider les pays bénéficiaires du soutien GAVI à améliorer leurs systèmes d'établissements de rapport des données du Programme Elargi de Vaccination (PEV). En plus il sert à estimer une mesure de la précision de rapportage des données du PEV, le facteur de correction des doses de DTC3 que le pays a annoncé avoir administré aux enfants de moins d'un an ( $DTC3 < 1$ ). En 2003, 14 pays vont subir le DQA. Il est envisagé que chaque pays ayant subi le DQA maîtrise ce processus de contrôle et soit à mesure d'améliorer son système d'enregistrement des données et d'établissement de rapports du PEV. L'un des volets de l'objectif du DQA est de renforcer les capacités des pays ayant pris part.

*Ce DQA a été mené au Cameroun du 29 novembre au 15 décembre 2004, par l'équipe suivante:*

Nom	Fonction	Districts visités
Dr KONAN Claude	Auditeur externe	Sa'a, Tokombéré
Dr TOLLO Bienvenu	Auditeur externe	Fundong, Kumba
Dr Djumo Clément	Auditeur interne	Sa'a, Tokombéré
Mme Mbahe Lucie	Auditeur interne	Fundong, Kumba

Les auditeurs ont travaillé au niveau central, à savoir au PEV et au SNIS, avant de se rendre dans quatre districts et 24 centres de santé, soient 6 par district. Les districts et postes de santé sont sélectionnés selon une procédure d'échantillonnage au hasard. Seulement des districts qui ont plus que 6 centres de vaccination ont été choisis : non précisée dans le document du PEV du Cameroun.

Parmi les districts choisis, il peut y avoir des centres qui ne sont pas éligibles pour l'audit. C'est le cas du poste de santé Crat dans le district de Sa'a qui a été fermé au début de l'année 2004. La méthodologie adoptée pour le DQA 2003 comprend des interviews, l'administration des questionnaires, et le recomptage des données. La mission s'est bien déroulée et tous les postes de santé ont pu être visités.

Une réunion de débriefing a eu lieu le 15/12//2004 avec les membres du Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) sous la présidence du Secrétaire Général de la Santé. A ce débriefing la Radio Télévision du Cameroun était présente et les auditeurs ont pu être interviewés.



## 2. Contexte

### 2.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE ET ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Pays d'Afrique Centrale, le Cameroun est situé au fond du Golfe de Guinée, entre les 2<sup>ème</sup> et 13<sup>ème</sup> degrés de latitude Nord et les 9<sup>ème</sup> et 16<sup>ème</sup> degrés de longitude Est. De forme triangulaire, le pays s'étire en hauteur, de l'Océan Atlantique au lac Tchad, sur près de 1200 Km; la base s'étale de l'est à l'ouest sur 800 Km, présentant ainsi une superficie d'environ 475.000 Km<sup>2</sup>. Le Cameroun est limité, à l'est, par le Tchad et la République Centrafricaine, au sud, par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale, au sud-ouest, par l'Océan Atlantique et, à l'ouest, par le Nigeria. Enfin, au sommet supérieur du triangle, au nord, il est coiffé par le Lac Tchad.

Le milieu naturel du Cameroun est diversifié. On dit de ce pays qu'il est « l'Afrique en miniature ». En effet, plusieurs types de régions naturelles contribuent à la diversité géographique du pays :

- 1 Le sud forestier (provinces du Centre, de l'Est, du Littoral, du Sud et du Sud-ouest) se situe dans des zones maritimes et équatoriales et se caractérise par une végétation dense, un vaste réseau hydrographique et un climat chaud et humide aux précipitations abondantes.
- 2 Les hauts plateaux de l'ouest (provinces de l'Ouest et du Nord-ouest), dont l'altitude moyenne est supérieure à 1.100 m, forment une région riche en terres volcaniques favorables à l'agriculture. La végétation y est moins dense que dans le sud forestier et le climat frais qui y règne est favorable à l'éclosion de toutes sortes d'activités.
- 3 Le nord soudano-sahélien (provinces de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême Nord) est une région de savanes et de steppes.

Le Cameroun est un pays bilingue composé d'une zone francophone et d'une zone anglophone. Le pays comprend dix provinces sanitaires correspondant aux dix provinces administratives.

### 2.2. DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES

La population du Cameroun est estimée à environ 16.5 millions d'habitants en 2003 selon les projections du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1987. A l'instar des autres pays africains, cette population est jeune (45% de cette population a moins de 15 ans).

Les activités économiques du Cameroun, comme dans la plupart des pays en voie de développement, sont essentiellement tournées vers le secteur primaire. La production vivrière est importante et assure l'alimentation des populations et le surplus est exporté vers les pays voisins. Quant au secteur industriel, il relève principalement de l'agroalimentaire et du textile.

L'économie camerounaise a connu une phase de croissance normale jusqu'en 1985-86 et une phase de crise sans précédents caractérisée par : la diminution du PIB, une réduction de la consommation moyenne par habitant de 40% et la détérioration des conditions de vie des plus pauvres. En 1997-98, le PIB par habitant était estimé à environ 684 \$US selon l'Enquête Démographique de Santé (EDS) de 1998. Le



taux d'analphabétisme reste encore élevé ( 41%), particulièrement chez les femmes (50%). Le tableau ci-dessous résume quelques indicateurs de santé.

**Tableau 1 : Indicateurs de santé au Cameroun**

Enfants de moins d'un an	4%
Mortalité infantile	77 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>
Accès aux soins prénatals	75%
Supplémentation en vitamine A des enfants	9%
Traitement du paludisme	66%
Connaissances pour éviter le VIH/SIDA	28%

Source: Enquête MICS 2000, Cameroun

### 2.3. CONTEXTE SANITAIRE DU CAMEROUN

Après la conférence d'Alma Ata de 1978, le Cameroun a entamé en 1982 la réforme de son système de santé par la stratégie des soins de santé primaires (SSP). Avec la réorientation des SSP commencée en 1989 et la déclaration de la politique nationale de réorientation des soins de santé primaires en 1993. Inspiré de l'initiative de Bamako, le pays s'est doté d'un cadre institutionnel approprié pour poursuivre la réforme de son système de santé. Dans cette nouvelle approche, le système de santé est calqué sur une structure pyramidale avec une gestion décentralisée. Cette pyramide est composée de trois niveaux:

1. Central pour les orientations politiques
2. Intermédiaire ou provincial (pour l'appui stratégique aux districts) et
3. Périphérique ou district pour l'appui technique opérationnel aux aires de santé.

Le Centre de Santé Intégré (CSI) qui est le premier niveau de contact avec la population dispense un paquet minimum d'activités (PMA) des soins promotionnels, préventifs et curatifs.

Les formations sanitaires sont classées par niveau comme suit :

1. Niveau Central : les hôpitaux généraux (trois) dont un centre hospitalier et universitaire (CHU), les hôpitaux centraux (trois) dont un hôpital confessionnel
2. Niveau Intermédiaire : les hôpitaux provinciaux et assimilés (neuf)
3. Niveau Périphérique : les hôpitaux de district (150), les centres médicaux d'arrondissement (CMA , 97 centres) et centres de santé intégrés (1277 centres). Le grand défi est de rendre opérationnels les 151 districts de santé permettant ainsi au pays de réaliser les objectifs de ces programmes prioritaires dont ceux du Programme Elargi de Vaccination.

Par ailleurs, la Stratégie Sectorielle de santé adoptée en 2002, le PEV figure comme l'une des programmes prioritaires.

### 2.4. SITUATION DU PEV

Le PEV Cameroun a été créé en 1976. Depuis août 2002, il fonctionne au niveau central sous la responsabilité d'un Groupe Technique Central (GTC) rattaché au Cabinet du Ministre de la Santé Publique. Ceci pour lui conférer une bonne visibilité permettant d'avoir un impact positif sur l'atteinte de ses objectifs. Au niveau des délégations provinciales, les activités du PEV relèvent de l'unité provinciale du PEV





sous l'autorité du Délégué Provincial de la Santé Publique. Au niveau district, il y a des unités PEV sous l'autorité du Chef de Service de Santé de District.

L'objectif général du PEV Cameroun est de réduire la mortalité et la morbidité infanto-juvéniles dues aux maladies évitables par la vaccination.

Un Comité de Coordination Inter Agences (CCIA) a été mis en place depuis 1998 par décision du Ministre de la Santé Publique, modifiée par Décision de 29 juillet 2002. Le CCIA, qui est présidé par le Ministre de la Santé Publique, assure la coordination et la recherche des financements du programme. Dans l'optique d'une gestion efficace et transparente des ressources mises à la disposition du PEV, le GTC-PEV est l'organe qui exécute le plan d'action.

Cependant, dans l'organigramme du Ministère de la Santé, il existe une sous-direction chargée de la vaccination au sein de la Direction de la Santé Familiale. Cette direction est chargée de définir les orientations et la politique en matière de vaccination au Cameroun.

**Tableau 2 : Evolution de la couverture vaccinale (%) de 1995 à juin 2003.**

Antigène	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003*
BCG (%)	54	55	53	63	66	69	66	76	83
DTC3 (%)	46	44	43	48	48	54	43	63	65
OPV3 (%)	46	43	47	48	48	53	45	63	64
VAR (%)	46	39	43	47	46	49	47	53	59
VAT:toutes doses confondues (%)	12	35	32	38	48	40	36	45	51
Complétude (%)	70	77	75	78	80	87	84	98	99,5

Source: GTC-PEV/Ministère de la Santé Publique (MSP), \* données du 1<sup>er</sup> semestre 2003

**Tableau 3 : Incidence des maladies cibles de 1995 à juin 2003.**

	1995	1996	1997	1998		1999		2000		2001		2002		2003*	
	Cas	Cas	Cas	Cas	D	Cas	D	Cas	D	cas	D	Cas	D	Cas	D
PFA	8	34	21	40	O	95	0	166	0	151	0	103	0	51	0
TNN	95	274	173	197	ND	238	105	279	120	208	94	256	134	143	64
Rougeole	5535	11770	7210	10731	311	10894	248	14629	350	23934	252	1450	134	148	14
Complétude	70%	77%	75%	78%		80%		87%		84%		98%		99,5%	

Source: GTC-PEV/MSP, \* données du 1<sup>er</sup> semestre 2003

### Flux du rapport (traitement)

Le rapport mensuel comprend les données du PEV de routine, Depuis 2004, ce rapport comprend d'autres données notamment les maladies à surveillances épidémiologiques, le paludisme, la nutrition et le VIH-SIDA.

Les rapports sont remplis à la fin du mois après la synthèse des activités mensuelles. Un exemplaire du rapport est transmis au niveau du district. Généralement dans les centres visités, les rapports sont acheminés au district par les responsables des centres de santé lors des réunions mensuelles. Le district fait la compilation des données des différents centres de santé de son air puis ces données envoyées à la délégation (niveau provincial) soit par le médecin chef du district ou soit par fax. La délégation (niveau provincial) transmet ensuite les données des différents districts au niveau national tout en faisant une compilation pour le niveau provincial. Lorsque

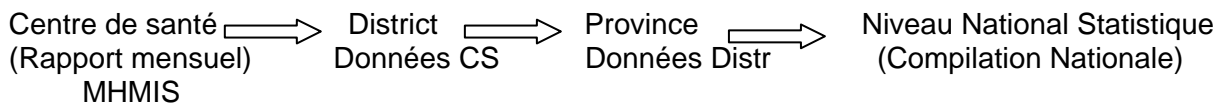
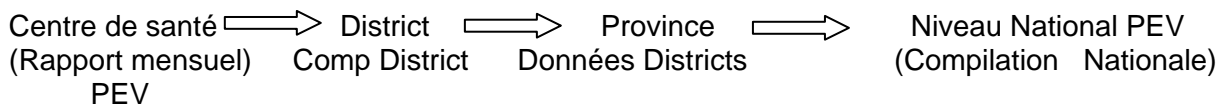


les données des différents districts arrivent au niveau central, celui-ci fait la compilation nationale.

La date limite de réception des rapports est fixée au 5 du mois des centres des santé vers les districts, le 10 du mois des districts vers la province et le 15 du mois de la province vers le niveau central.

Il faut signaler que le service national de la statistique s'appuie sur les données du PEV pour son rapport annuel.

Il existe un deuxième support : le MHMIS : National Health Monitoring and Information Système. Ce support prend en compte toutes les activités curatives, préventives, promotionnelles et les ventes de médicaments. Les supports suivent le même circuit que les rapports mensuels du PEV jusqu'au niveau provincial. Ensuite ils sont transmis à la Direction de la Statistique du Ministère de la Santé pour les rapports annuels. Ces données prennent en compte aussi les données du PEV.



### 3. Résultats Principaux

#### 3.1 LA PRECISION DES DONNEES

Le facteur de correction (FC) est égal au ratio des doses de DTC3<1 (total des doses administrées en 2003) recomptées des fiches de pointage ou registres des vaccinations lors du DQA sur le nombre de doses DTC3<1 rapportées dans les rapports de synthèse mensuels: recomptées/notifiées. Il ressort que le facteur de correction du Cameroun est de **0,888** avec un intervalle de confiance limite inférieure 0,532 et limite supérieure 1,245.

Ce chiffre est supérieur à 0,8 (seuil de validité de GAVI). La différence entre les doses de DTC3<1 rapportées et recomptées peut s'expliquer par deux raisons :

- Dans 7 centres de santé visités, toutes les données des stratégies avancées ne sont pas enregistrées. Au cours des séances de vaccination, les données sont enregistrées sur des feuilles faisant office de fiches de pointages et qui sont détruites après les rapports mensuels. Lors de notre audit, ces feuilles étaient indisponibles. C'est le cas des centres de santé de Sa'a, Nkolang dans le district de Sa'a, de Mayo-Ouldémé, Tokombéré II et Manga-Dalil dans le district de Tokombéré et de Banga Bakudu dans le dsirict de Kumba.

Dans le district de Sa'a, la différence entre la compilation du district et celles du niveau national est le fait de rapports qui sont arrivés en retard au niveau du district et qui ont été transmis au niveau national via le niveau provincial sans que le district n'est fait l'additif.

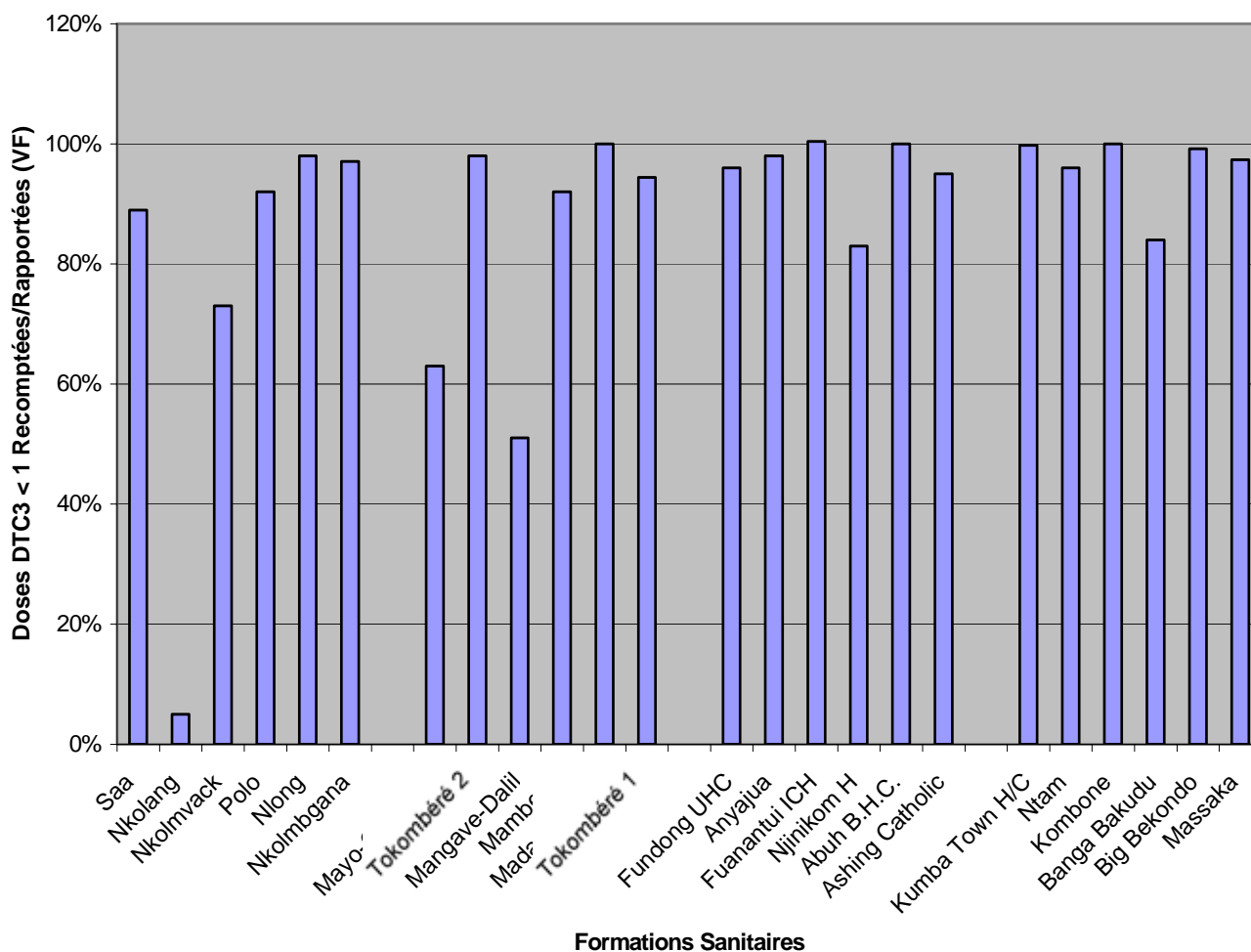


- La deuxième raison est que nous avons relevés des erreurs de calcul lors des compilations mensuelles des données.

Le rapport entre doses recomptées et rapportées (élevé) est dû à la bonne performance des différents centre visités. En effet, dans 18 centres de santé visités, les auditeurs ont pu recompter plus de 95% des doses rapportées.

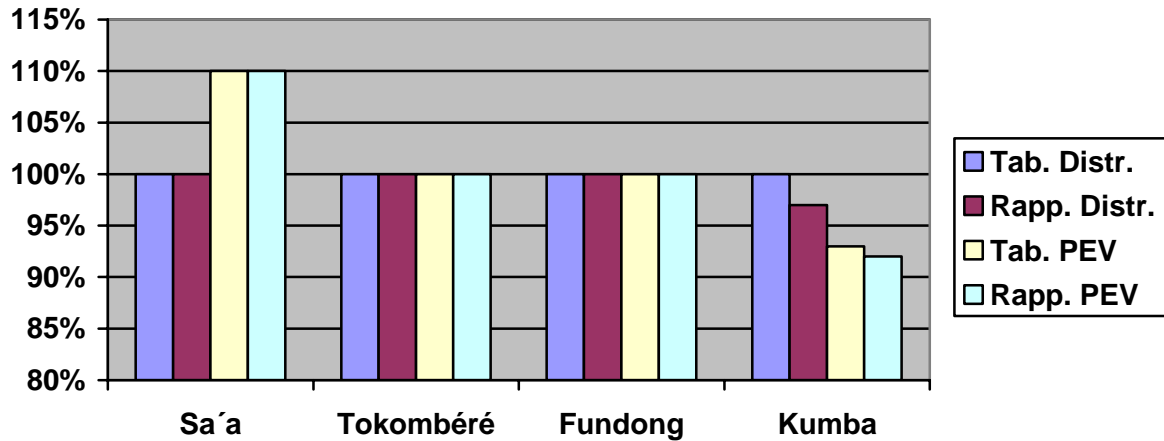
Cette situation est illustrée dans le graphique ci-dessous.

L'intervalle de confiance assez large (0,532-1,245) est dû à la très mauvaise performance d'un centre de santé (10%) et à la moins bonne performance de 2 centres.



Aussi au niveau du district, des erreurs introduites peuvent compromettre le FC. Le graphique ci-dessous montre la cohérence entre les tabulations et rapports trouvés au niveau district et au niveau PEV. Idéalement, les quatre chiffres doivent être égaux parce que tous les rapports ont été trouvés, mais dans le cas de Kumba et Sa'a, on note des différences entre les données des rapports trouvés dans le district avec celles trouvées au niveau national.





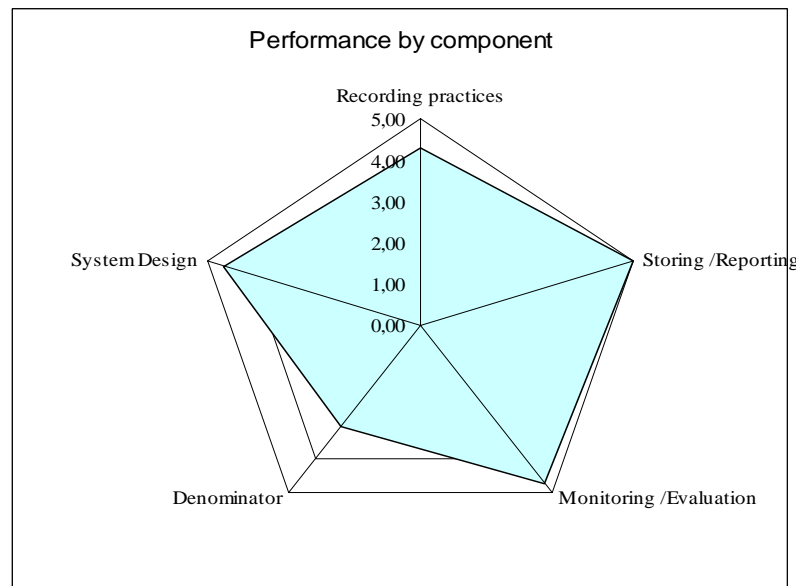
De plus, il existe une différence non significative de 55 doses entre les données du JRF (481.530) et la dernière compilation (481.585). Cette différence est due à une erreur de rapportage..

Le Cameroun est à son 2<sup>ème</sup> DQA et selon les responsables du PEV, le Facteur de Correction du premier DQA était de 0,477

Nous n'avons pas noté de signe manifeste de fraude.

### 3.2 LES PRINCIPAUX CONSTATS AU NIVEAU CENTRAL

L'indice de la qualité du système est de 86,8%. La performance par catégorie évaluée est visualisée par le graphique en araignée ci-dessous :



IQS national, performance par categorie

#### Conception du système :

- Le système de rapportage des données de la vaccination et d'autres données sanitaires des centres de santé au niveau du district et national est intégré. Cela s'est fait depuis 2004 où des données de certains programme (paludisme,



VIH/SIDA,...) sont recueillies sur le même support que celui du PEV. Cependant il existe un autre support : le MHMIS : National Health Monitoring and Information Système. Ce support prend en compte toutes les activités curatives, préventives, promotionnelles et les ventes de médicaments. Les supports suivent le même circuit que les rapports mensuels du PEV jusqu'au niveau provincial. Ensuite ils sont transmis à la Direction de la Statistique du Ministère de la Santé pour les rapports annuels. Ce système de double rapportage peut entraîner un surcroît de travail au niveau des agents de santé.

- Au cours de notre audit, il a été constaté qu'il existe un guide dénommé « Normes et standards du Programme Elargi de Vaccination) qui est un ensemble de directives officielles pour les différents prestataires. Ce guide comprend des directives officielles écrites émanant de la Direction du Programme Elargi de Vaccination pour les différentes activités : l'utilisation des supports, l'enregistrement, le rapportage, l'archivage.

#### **Pratiques de collecte et enregistrement :**

- L'enregistrement des réceptions des vaccins en 2003 (année de l'audit) n'était pas complet. En 2003, il n'existait pas de fiches de gestion des stocks mensuelles et journalières de vaccins. Elle a été introduite en 2004.
- Nous avons aussi noté l'absence de fiche de gestion de stock des seringues
- L'enregistrement des enfants vaccinés en stratégie avancée et fixe ne sont pas séparés.

#### **Suivi et évaluation :**

- Il n'existe ni de directive pour le traitement des rapports qui arrivent en retard ni de procédures écrites pour la sauvegarde des données.

#### **Archivage / Rapportage :**

- L'absence de réseau pour la sauvegarde et la gestion efficace des données.

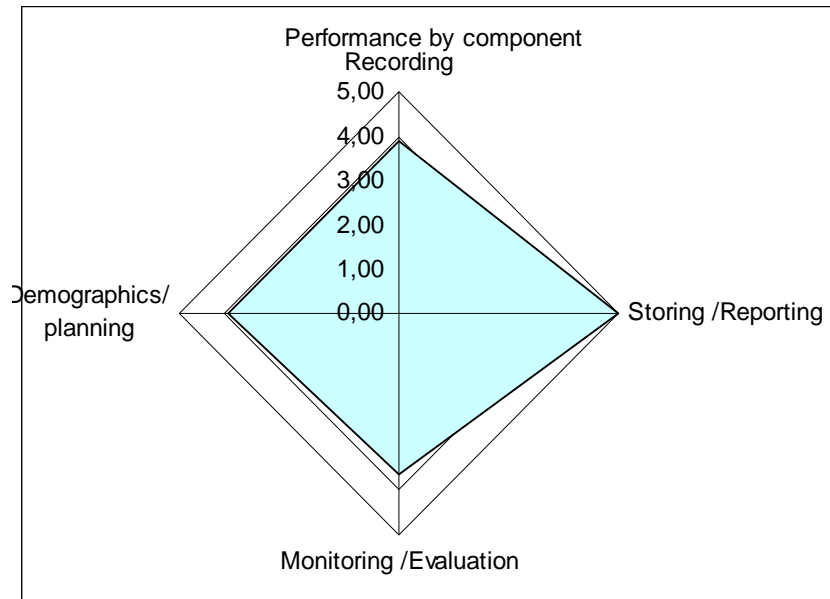
#### **Dénominateur :**

- Le dénominateur (vaccination infantile) utilisé pour l'année auditée dans 2 des 4 districts n'est pas le même que celui utilisé au niveau national.
- Le pays ne connaît pas le pourcentage d'enfants concerné par chaque type de stratégie de vaccination.

### **3.3. LES PRINCIPAUX CONSTATS AU NIVEAU DU DISTRICT**

L'index de qualité du système moyen est de **87,83%** pour les 4 districts visités. Particulièrement, les pratiques d'archivage et rapportage, les dénominateurs, le suivi et évaluation et les enregistrements posent des problèmes, ce qui est illustré dans le graphique suivant :





**IQS, performance moyenne pour les districts**

#### **Pratiques de collecte et enregistrement :**

- Les numéros des lots des vaccins ne sont pas toujours enregistrés sur les fiches de gestion de stock.
- Les fiches de pointage n'étaient pas à jour dans certains centres.
- Nous avons noté l'absence de registres pour la gestion des seringues dans certains centres

#### **Suivi et évaluation :**

- Le monitoring du taux d'abandon et du taux de perte n'est pas pratiqué et affiché partout.
- Le monitoring pour la rupture de stock n'est pas pratiqué dans un district.
- Les fiches de pointages ne sont pas disponibles dans 3 centres de santé

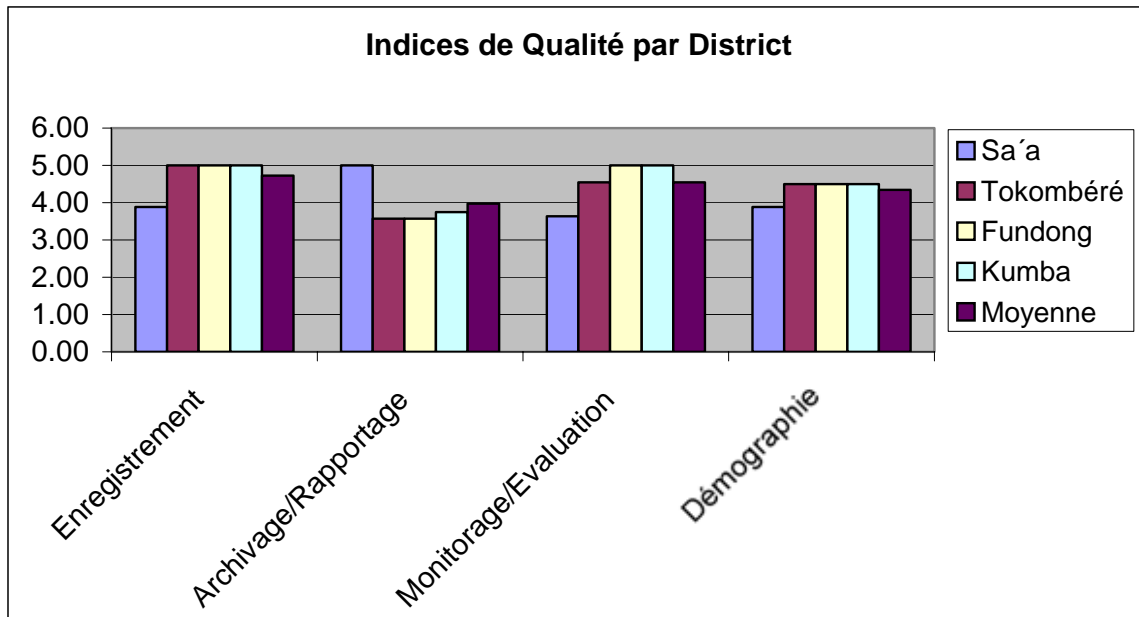
#### **Archivage / Rapportage :**

- Absence de procédure écrite pour traiter les rapports qui arrivent en retard.

L'indice de qualité par district est le suivant :

District de Sa'a	78,1%
District de Tokombéré	89,2%
District de Fundong	91,9%
District de Kumba	92,1%





Par contre la différence entre les données compilées du district et celles du niveau national est le fait de données transmises en retard qui ont été compilées au niveau du district sans être envoyées au niveau national.

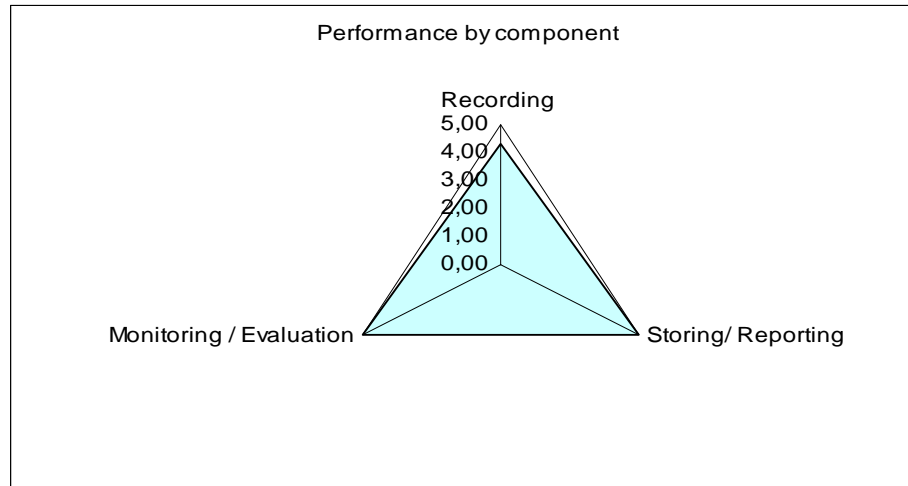
C'est la conséquence de l'inexistence de directive pour le traitement des données qui sont transmises en retard.

NB : Certaines données de 2002 n'ont pas été retrouvées au niveau des districts et des centres de santé. A cette époque, certains supports de recueil des données n'existaient pas. Cette remarque est valable pour certaines données de 2003. Il s'agit surtout de la gestion des vaccins et seringues.

### 3.4. LES CONSTATS AU NIVEAU DE LA FORMATION SANITAIRE

L'index moyen de qualité du système est de 81,53% pour les 24 centres visités. Particulièrement les points d'enregistrement des vaccins et seringues et le monitoring du taux d'abandon et de perte posent des problèmes, ce qui est illustré dans le graphique suivant :





### Enregistrement :

Les supports d'enregistrement des données de vaccination utilisés dans les différents centres de santé sont les registres introduits depuis 2003 pour les stratégies fixes et des cahiers tracés pour les stratégies avancées. Généralement pour chaque village on attribue un cahier pour les activités de stratégie avancée, ce qui rend facile l'exploitation des données et le suivi des enfants. A l'exception des centres de Sa,a, Nlong-Onangbéle et Polo dans le district de Sa'a, les enregistrements permettent de voir facilement l'histoire vaccinale des enfants. Les fiches de pointages introduites depuis juillet 2003 sont utilisées par les différents centres de santé. Ces fiches de pointages sont utilisées et sont à jour sauf dans trois centres du district de Sa'a.

Dans certains centres, les données des stratégies avancées ne sont pas enregistrées dans les différents registres ou cahiers. Ces données sont tout simplement enregistrées sur des feuilles qui font office de fiche de pointage et utilisées pour les rapports mensuels. Ces feuilles ne sont pas archivées et sont détruites. Cette situation est à l'origine des écarts observés entre les données rapportés et celles recomptées dans 5 centres de santé. Dans le centre de Santé de Banga, Bakudu (District de Kumba), la situation n'est pas la même. Plusieurs agents font la vaccination, mais tous ne pointent pas les données sur les feuilles de pointage, d'où la différence entre les données rapportées et recomptées.

Nous avons souvent noté, l'absence de fiches de gestion journalière de stocks des vaccins et des seringues dans la majorité des centres de santé. Dans les structures où elles existent, elles sont souvent incomplètes (les numéros des lots des vaccins, la date de péremption, ne sont pas mentionnés) ou pas à jour. Ceci se remarque surtout dans les districts de Sa et Tokombéré. La situation des antigènes se fait à partir d'un décompte physique. Dans le rapport mensuel, la rubrique réservée à la situation des antigènes et autres indicateurs n'était pas souvent remplie. L'insuffisance de mise à jour des fiches de stock peut être attribuée au manque de directive.





### **Archivage et Rapportage**

Dans tous les centres visités, nous avons noté une bonne tenue et un bon archivage des documents. Les registres de vaccination, les rapports mensuels, les fiches de monitoring, de l'année auditée et parfois de l'année précédente sont classés par date et par fichier.

### **Suivi et Evaluation**

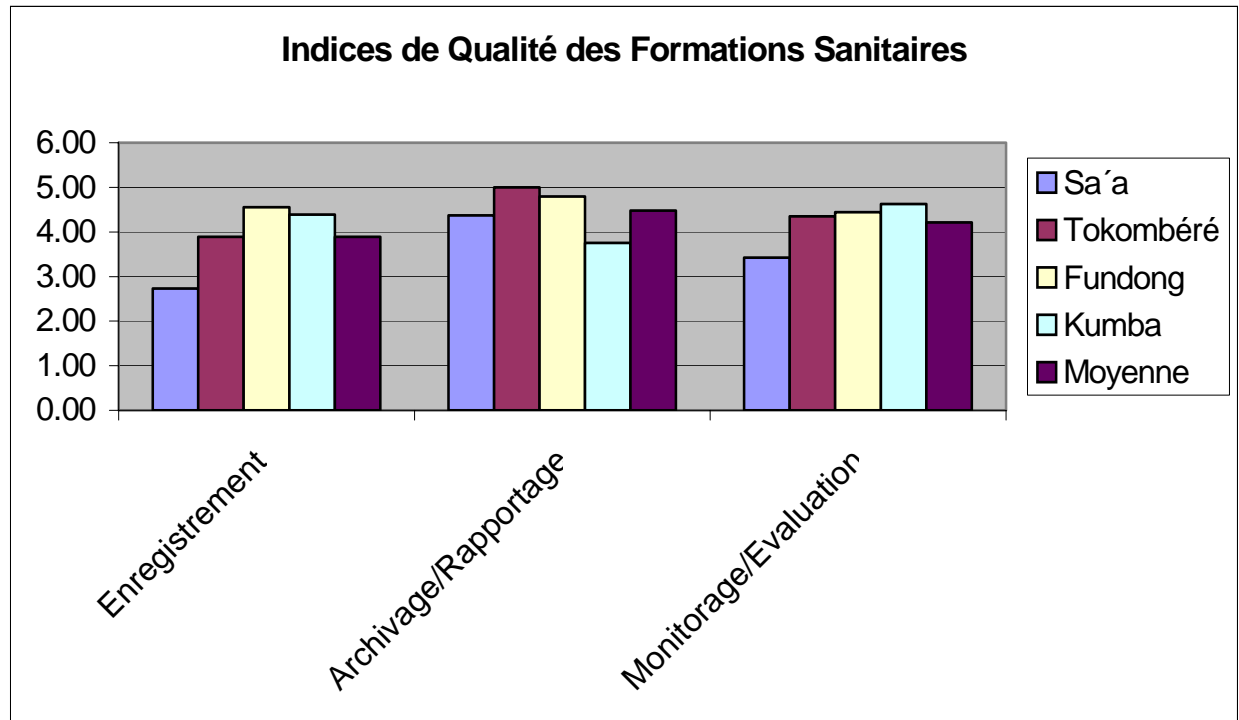
La quasi-totalité des centres de santé visités procèdent à bon monitoring de la couverture vaccinale des différents antigènes et ce monitoring est affiché dans tous les centres visités. Le monitoring du taux de perte et d'abandon ne sont pratiqués que dans certains centres. Certains agents de santé ne font pas de synthèse annuelle des activités vaccinales et ont des difficultés pour fixer des objectifs cohérents, réalistes et réalisables. Ces agents de santé expliquent ces lacunes par le manque de formation.

Les dénominateurs et les populations cibles sont connues par les agents de santé. En général, le calcul pour le dénominateur se fait sur la base de la directive nationale en considérant les pourcentages en fonction des populations des zones : 4,1% pour les enfants de 0-11 mois et de 4,75% pour les femmes enceintes. Dans certaines zones, les mouvements de population rendent difficiles la détermination des populations cibles et des dénominateurs rendant difficile la mise en place de mécanismes pour suivre les enfants perdus de vue.

Les indicateurs de performance sont affichés.

Certains centres en collaboration avec les chefs et certains groupes ont mis en place des mécanismes pour retrouver les perdus de vue et identifier les nouvelles naissances. Des activités de sensibilisation sont aussi menées au niveau de la population. Les enfants vaccinés dans les centres de santé (stratégie fixe) sont enregistrés dans les registres de vaccinations, tandis que la plupart de ceux vaccinés à la stratégie avancée ne sont pas enregistrés dans le registre de vaccination, et par conséquent ne peuvent être suivis.





### 3.5. INDICATEURS CLES

#### Sécurité des vaccins

Les seringues autobloquantes et les boîtes de sécurité sont disponibles et utilisées dans tous les centres de santé visités. Aucune rupture de stock n'a été constatée. Par ailleurs, il n'existe pas de fiche (dans certains centres) pour suivre les mouvements de sortie et d'entrée des seringues.

La notification des cas de MAPI est prévue sur la fiche du rapport mensuel. Dans les différents centres il existe des cahiers de prise en charge et d'investigation pour la prise en charge des MAPI.

#### Perte

La situation des antigènes dans les différents postes de santé se fait à partir d'un décompte physique et non à partir du registre. Au niveau des postes de santé selon les agents, les pertes sont généralement des pertes de doses ouvertes. Les taux de perte par péremption ou flacons cassés sont rares.

#### L'exhaustivité d'établissement des rapports

La complétude rapportée des données est de 99,8 % au niveau national.

- Les postes de santé rapportent les données dans les délais. En effet les rapports mensuels sont directement envoyés par les agents de santé eux-mêmes lors des réunions mensuelles. Ces réunions se tiennent le plus souvent la première semaine du mois. A ce niveau la transmission des données est fiable.
- Les districts reçoivent les données, font la compilation et transmettent ces données au niveau provincial. La compilation est soit informatisée pour les districts possédant du matériel informatique, soit manuel. Dans la majorité des cas, c'est le médecin chef de district qui envoie les rapports à la province.



- Le niveau provincial reçoit les données des districts, fait une compilation pour la province et envoie les rapports des districts généralement par fax au niveau national
- Le niveau national reçoit tous les rapports des districts et fait la compilation pour le rapport annuel

Tous les rapports étaient disponibles à tous les niveaux

Complétude des rapports des CS	<b>SA'A</b> 100%	<b>TOKOMBERE</b> 100%	<b>FUNDONG</b> 100%	<b>KUMBA</b> 100%
--------------------------------	---------------------	--------------------------	------------------------	----------------------

### Les autres indicateurs clés

Les taux nationaux de couverture vaccinale DTC3<1 et d'abandon (DTC1<1 à DTC3<1) sont respectivement de 72,65% et 8,22%, et la variation du nombre de DTC3 notifié (2002 – 2003) est de 76.449. Le pourcentage des districts avec une proportion de DTC3<1 supérieure à 80% est passé de 18 à 31,25% et le pourcentage des districts ayant un taux d'abandon DTC1 <1 à DTC3 <1 inférieur à 10% est de 70,13%. Ces chiffres démontrent de la performance des activités vaccinales du PEV au Cameroun.

Le tableau ci-dessous montre ces indicateurs en 2003 pour les districts visités.

District	Taux de couverture DTC3<1	Taux d'abandon DTC1<1 DTC3<1	Variation DTC3<1 2002-2003
Sa	84,89%	2,9%	-124
Tokombéré	81,2%	0,6%	1073
Fundong	62,2%	2,6%	1004
Kumba	54,8%	2,8%	427

### 3.6 LES CHANGEMENTS DEPUIS LE DERNIER CQD

Le facteur de correction du 1<sup>er</sup> DQA effectué en 2001 était de 0,477. Nous remarquons que le facteur de correction est passé pratiquement du simple au double de 2001 en 2003. Ce bon résultat s'explique par le fait que les responsables du PEV ont tiré un bon enseignement du 1<sup>er</sup> DQA et ont appliqués les différentes recommandations. Il y eu des améliorations dans les différents domaines :

- Conception du système : les responsables du PEV ont élaborés un guide dénommé « **Normes et standards du Programme Elargi de Vaccination** » qui est un ensemble de directives officielles pour les différents prestataires. Ce guide comprend des directives officielles écrites émanant de la Direction du Programme Elargi de Vaccination pour les différentes activités : l'utilisation des supports, l'enregistrement, le rapportage, l'archivage.
- Enregistrement des Données : les supports de collecte des données (registres, fiches de pointage) ont été édités et mis à la disposition des centres de santé. Les centres de santé ont améliorés les pratiques d'enregistrement.



- Monitoring et Evaluation : Le monitoring des différents indicateurs a été nettement amélioré. Les tableaux et graphiques sont affichés dans les différentes structures.
- L'Archivage et le rapportage : tous les documents sont bien tenus et archivés. Le rapportage des données à été améliorés.

Le taux de perte au niveau national ne peut être calculé en raison de l'indisponibilité des données sur les mouvements de sorties et d'entrés des vaccins pour l'année d'audit (2003). Il faut noter qu'en 2003, il n'existait pas de fiches pour la gestion des vaccins. Cependant ces fiches sont disponibles pour l'année 2004.

Au niveau du rapport mensuel, pour l'année d'audit, il n'existait pas de rubrique pour la situation des antigènes et la notification du taux de perte des vaccins. La rubrique figure sur le nouveau rapport introduit depuis 2004. Pour l'année de l'audit, cette rubrique incomplète ne permet pas de calculer le taux de perte des vaccins.



## 4. RECOMMANDATIONS

### 4.1 RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES

Elaboration de normes de Procédures Standards de Fonctionnement pour une bonne gestion du PEV.

Les points prioritaires sont:

- L'enregistrement systématiques dans le registre de vaccination ou les cahiers des stratégies avancées de toutes les vaccinations de routine.
- L'enregistrement unique des enfants
- Mise en place de fiches de gestion journalières et mensuelles de stocks des vaccins
- Faire le monitoring du taux d'abandon et de perte
- Elaborer les directives pour le traitement des rapports qui arrivent en retard

### 4.2. AUTRES RECOMMANDATIONS

#### Collecte/enregistrement

- Harmoniser l'enregistrement des données dans le registre
- Enregistrer les enfants de sorte à retrouver facilement l'histoire vaccinale
- Harmoniser tous les supports de collecte des données
- Renforcer la gestion des stocks des vaccins et seringues au niveau des districts ainsi qu'au niveau des Centres de Santé avec des rubriques pour le numéro du lot et des dates d'expiration.
- Tenir à jour les fiches de pointages
- Tenir à jour les fiches de gestion de stock des vaccins
- Mettre en place une procédure écrite pour le traitement des données en retard et la sauvegarde des données informatiques.

#### Archivage/rapportage

- Tout enfant vacciné doit être enregistré dans le registre des vaccinations.
- Doter le service de gestion des données du matériel pour la sauvegarde et l'utilisation efficace des données (réseau).
- Mettre en place une procédure pour la sauvegarde des données informatiques et les rapports qui arrivent en retard.

#### Suivi/évaluation

- Elaborer des directives pour le monitoring systématique des différents indicateurs : taux d'abandon, taux de pertes
- Encourager les agents à faire des synthèses annuelles de leurs activités vaccinales.



### **Démographie et planification**

- Harmoniser les dénominateurs à tous les niveaux (central, district, centre de santé)
- Former les agents à la détermination et à la fixation d'objectifs cohérents, réalistes et réalisables.

### **Conception du système**

- Elaborer des directives pour le traitement des rapports qui sont transmis en retard et la sauvegarde des données informatiques.



## 5. ANNEXES

### ANNEXE I

#### LES PERSONNES CLES INTERVIEWEES (CENTRAL ET DISTRICT) ET LES FORMATIONS SANITAIRES VISITEES

##### Formation sanitaire par district

Sa'a	Tokombéré	Fundong	Kumba
Saa	Mayo-Ouldeme	Fundong UHC	Kumba Town H/C
Nkolang	Tokombere 2	Anyajua	Ntam
Nkolmvack	Mangave-Dalil	Fuanantui IHC	Kombone
Polo	Mambeza	Njinikom H	Banga Bakudu
Nlong	Mada-Kolkoch	Abuh B.H.C.	Big Bekondo
Nkolmbgana	Tokombere 1	Ashing Catholic	Massaka

##### District 1 : Sa'a

Nom	Fonction
1. Dr BELLA M'Balla Clotilde	Médecin chef de district
2. Mr GOFAN Amessa	Chef bureau santé
3. Mme MOLO Bele	Volontaire

##### District 2 : Tokombéré

Nom	Fonction
1. Dr SOBNANGOUE Jean_	Médecin Chef du district
2. Mlle Irène Baraké	Chef bureau santé
3. Mr YAYA Agoua	Logisticien

##### District 3: Fundong

Nom	Fonction
1. Dr. Ndiforchu Victor Afanwi	Délégué Provincial de Santé, Nord-Ouest
2. Dr. Akeh Victor	Medecin Chef du District
3. Mme Etukeni Susan	Chef Bureau Santé Publique

##### District 4 : Kumba

Nom	Fonction
1. Dr. Mafany Njie Martin	Délégué Provincial de Santé Sud- Ouest
2. Dr. Orok J. Bate	Medecin Chef du District
3. Mr Esoe Emanuel	Chef Bureau Santé Publique
4. Mr Ndi Eric	Chargé Chaîne de froid

Niveau central	
Nom	Fonction
1. Urbain Olanguena Awono	Ministre de la Santé Publique



2. Dr. Djibrila Kaou	Directeur de la Protection Familiale
3. Dr Nomo Emmanuel	Secrétaire Permanent au Groupe Technique Central PEV
4. Dr Djumo Clément	Chef Section Surveillance, Suivi et Evaluation PEV
5. Mme Mbahe Lucie	Section Logistic, Gestion des vaccins
6. Mme Mawo	Gestionnaire de données
7. Mr ATE Christophe	Cadre d'appui PEV de routine
8. Mr BANGA Magloire	Personnel d'appui données PEV de routine
Dr. N'DIAYE Mariam	Représentant UNICEF
Dr. Hélène Mambu-ma-Disu	Représentant OMS
Dr. Aïssata Bâ Sidibé	Administrateur Santé, UNICEF
Dr.Motto Ndoumbe Jules S.	Responsable PEV, UNICEF
<b>Débriefing</b>	
<b>Nom</b>	<b>Fonction</b>
Pr NJITTOYAP Elie	Secrétaire Général de la Santé
Mr YAOU Boubakar	Inspecteur Général de la Santé
Dr DJIBRILA Kaou	Directeur de la Santé Familial
DR NOMO Emmanuel	Secrétaire Permanent du Groupe Technique Central du PEV
Pr Dominique OBOUNOU	Inspecteur Général des Services Pharmaceutiques
Dr Martina BAYE	Conseiller Technique
Dr SA'A	Conseiller Technique
Dr Basile KOLLO	
Dr YELE Beaunet	Directeur des Ressources Humaines
Dr NAO	Directeur de la Pharmacie et du Médicament
Dr ANAYA	PEV/OMS
Dr MHTIGO Richard	ICP/PEV
Mr MOTTO Ndoumbe	PEV/UNICEF
Mr PARYSS Kouta	UNICEF Bureau Régional
Mme MBANE Lucie	GTC/PEV
Me WANSI Sabine	GTC/PEV
Mme MAWO Jeanne	GTC/PEV
Mme NGOM Marthe	GTC/PEV
Dr GOBUNA Isaac	GTC/PEV
Mr BANGA Magloire	GTC/PEV
Dr N'DIAYE Mariam	Représentante UNICEF
Dr Hélène Mambu-ma-Disu	Représentante OMS
Mr EONE Alexandre	GTZ
Dr MBOG Emmanuel	Croix Rouge





## ANNEXE II

## TABLEAU DES INDICATEURS CLES

## Les indicateurs clés au niveau central 2003

	JRF	Notifié au moment du contrôle
Districts avec la couverture en DTC3<1 > 80%	44	44
Districts avec la couverture rougeole<1 > 90%	6	6
Taux d'abandon		
Type des seringues	Autobloquante	Autobloquante
Districts utilisant les seringues AB	100%	100%
Introduction HVB	NON	NON
Introduction Hib	NON	NON
Taux de perte en DTC	NA	NA
Taux de perte en HVB	NA	NA
Taux de perte en Hib	NA	NA
Rupture de stock en vaccins en 2003		Non
Nombre des districts avec rupture de stock en 2003	0	0
% des rapports de surveillance des maladies reçus des districts reçus/attendus	100%	100%
% de rapports du PEV de routine des districts reçus/attendus		99%
% des rapports du PEV de routine des districts reçus à temps		99
Nombre des districts ayant été supervisé au moins une fois		144
Nombre des districts qui ont supervisé toutes les FS en 2003	144	144
Nombre des districts ayant un volet PEV de routine dans leurs micro-plans.	144	144



## Les indicateurs clés au niveau du district

		D1 Sa'a	D2 Tokombéré	D3 Fundong	D4 Kumba
Couverture en DTC3 du district	Au niveau central	72.41%	103.05%	62.17%	50.35%
	Au district	85%	81.54%	62.4%	54.8%
Couverture rougeole du district	Au niveau central	60.50%	98.9%	48.00%	39.8%
	Au district	70%	78%	48.16%	41%
Taux d'abandon DTC1-3	Au niveau central	1.45%	0.56%	2.57%	1.10%
	Au district	2.4%	0.56%	2.5%	-3.4%
Les seringues fournies en 2003	Au niveau central	Autobloquant e	Auto bloquants	Auto bloquants	Auto bloquants
	Au district	Autobloquant e	Auto bloquante 34324	Auto bloquante 45965	Auto bloquante 100000
Nombre des rapports du PEV de routine envoyés	Au niveau central	12/12	12/12	12/12	12/12
	Au district	12/12	12/12	12/12	12/12
Nombre des rapports du PEV de routine envoyés à temps	Au niveau central	11/12	12/12	12/12	12/12
	Au district	11/12	12/12	12/12	12/12
Nombre des rapports du PEV de routine reçus	Au niveau central				
	Au district	12/12	12/12	12/12	12/12
Nombre des rapports du PEV de routine reçus à temps	Au niveau central				
	Au district	12/12	12/12	12/12	12/12
Rupture de stock vaccins aux districts	Au niveau central				
	Au district	OUI (DTP)	NON	NON	NON
Es-ce que le district était supervisé par le niveau supérieur en 2002	Au niveau central	OUI	OUI	OUI	OUI
	Au district	OUI	OUI	OUI	OUI
Est-ce que le district a supervisé toutes les FS en 2003 ?	Au niveau central				
	Au district	OUI	OUI	OUI	OUI
Le district avait-il un micro-plan en 2002	Au niveau central				
	Au district	OUI	OUI	OUI	OUI



## ANNEXE III

## TABLEAU D'ANALYSE DE L'INDICE DE QUALITE

## Les indices de qualité des districts et l'indice moyen des districts (sur 5)

Districts	Enregistrement	Archivage Rapportage	Suivi/Evaluation	Démographie
Sa'a	3.89	5.00	3.64	3.89
Tokombéré	5.00	3.57	4.55	4.50
Fundong	5.00	3.57	5.00	4.50
Kumba	5.00	3.75	5.00	4.50
Moyenne	<b>4.72</b>	<b>3.97</b>	<b>4.55</b>	<b>4.35</b>

## Indice de qualité FS et la moyenne pour les FS (sur 5)

	D1 Sa'a				D2 Tokombéré		
	Enreg.	Arch/Rap.	Suivi/Eval		Enreg.	Arch/Rap.	Suivi/Eval
Saa	2.67	5.00	3.33	Mayo-Ouldeme	4.00	5.00	4.44
Nkolang	2.67	3.75	2.78	Tokombere 2	4.33	5.00	3.33
Nkolmvack	2.67	3.75	3.33	Mangave-Dalil	4.00	5.00	4.44
Polo	2.67	5.00	3.89	Mambeza	3.67	5.00	5.00
Nlong	2.67	3.75	3.33	Mada-Kolkoch	3.67	5.00	5.00
Nkolmbgana	3.00	5.00	3.89	Tokombere 1	3.67	5.00	3.89
<b>Moyenne</b>	<b>2.73</b>	<b>4.38</b>	<b>3.43</b>	<b>Moyenne</b>	<b>3.89</b>	<b>5.00</b>	<b>4.35</b>

	D3 Fundong				D4 Kumba		
	Enreg.	Arch/Rap.	Suivi/Eval		Enreg.	Arch/Rap.	Suivi/Eval
Fundong UHC	4.33	5.00	5.00	Kumba Town H/C	3.67	5.00	4.44
Anyajua	5.00	5.00	4.44	Ntam	4.67	2.50	4.44
Fuanantui HC	4.67	5.00	4.44	Kombone	5.00	5.00	4.44
Njinikom	4.67	5.00	4.44	Banga Bakudu	4.33	2.50	5.00
Abuh UHC	4.67	5.00	4.44	Big Bekondo	4.67	3.75	5.00
Ashing Catholic	4.00	3.75	3.89	Massaka	4.00	3.75	4.44
<b>Moyenne</b>	<b>4.56</b>	<b>4.79</b>	<b>4.44</b>	<b>Moyenne</b>	<b>4.39</b>	<b>3.75</b>	<b>4.63</b>

## Moyenne (Synthèse) de l'indice de qualité de tous les Centres de Santé (sur 5)

Enregistrement: 3.89  
 Archivage/Rapportage: 4.48  
 Suivi/Evaluation: 4.21



## ANNEXE IV COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS DES CENTRES DE SANTE INDIVIDUELS

### District de Fundong

Une comparaison des activités des six unités de santé laisse à noter un bon résultat au niveau la qualité du système allant de 78,6% jusqu'à 96,4% d'où le centre de Santé de **Anyajua** avec un excellent score dépassant même celui du District (91.9%). La plus grande difficulté se situe au niveau de la gestion des stocks de vaccin pour certains centres au cours de l'année audité. La raison principale est que le registre de gestion des vaccins est introduit seulement au cours de l'année en cours 2004 dans les centres.

Tous les centres enregistrent le numéro de lot et la date de péremption des vaccins et le registre de stock des vaccins existe dans tous les centres pour l'année en cours.

**Abuh. Anyajua:** seulement ces deux centres disposent d'un registre ou cahier de gestion des stocks complet pour l'année audité 2003, pendant que l'enregistrement des vaccins est incomplet aux **CS Fuanantui HC et Njinikom H.**

**Fundong UHC et Ashing Catholic:** Il n'existe aucun registre de gestion des stocks de vaccin dans ces postes au cours de l'année audité. Le registre actuel n'est pas à jour au niveau de **Ashing Catholic** pour les vaccins anti-tétaniques. Dans ces deux centres il reste beaucoup à faire en ce qui concerne les pratiques d'archivage et de rapportage des données surtout dans le CS **Fundong UHC** qui présente tout juste un score moyen.

En ce qui concerne les registres de vaccination infantile, ils sont bien tenus et on peut lire facilement l'historique vaccinale de chaque enfant. Nous avons aussi noté dans tous les centres la présence de feuilles de pointage, ce qui a bien favorisé le recomptage des données.

### District de Kumba

Comme dans le district de Fundong, nous avons noter aussi une bonne qualité de système dont le score est compris entre 82.1% et 96,4% avec un excellent score au niveau du Centre de Kombone (96,4%) dépassant aussi le score du district (92,1%). Le problème de gestion des stocks des vaccins se remarque aussi au niveau de quelques centres. Tous les centres disposent d'un registre de mouvement des vaccins pour l'année en cours et les numéros de lot et les dates d'expiration sont bien enregistrés.

Le centre de santé de **Kombone** est le seul à avoir un registre de stock des vaccins et bien avant l'année audité 2003.

**Ntam, Banga Bakudu, Big Bekondo, Kumba Town HC :** pendant que ces postes disposent des registres ou cahier de gestion des vaccins incomplets, une gestion des mouvements des vaccins n'existe pas dans le centre de Santé de **Massaka**. La raison est que ce centre ne possédait pas de réfrigérateur. Le chef de centre prenait le vaccin directement au District et vaccine le même jour. Nous avons recommandé



un achat d'un réfrigérateur pour le centre de Massaka et pour tous les autres centres du pays qui sont dans ce cas.

Les pratiques d'archivage et de rapportage doivent être améliorées à Ntam et Banga Bakudu (tout juste un score moyen de 2,50 points sur 5)

**Banga Bakudu:** Au niveau des données recomptées pour la vaccination, on peut noter seulement un problème au niveau de ce centre de santé. La cause principale est que la vaccination se fait par plusieurs agents de santé le même jour. Mais seulement quelques agents pointent les données sur les feuilles de pointages. D'où le manque de certaines données sur les feuilles de pointages. Ceci est l'un des quelques cas rares que nous avons rencontrés dans les centres visités. Nous avons recommandé au Médecin Chef du District d'organiser des séances de formation pour ce centre en ce qui concerne un renforcement du PEV.

En général dans le district de Kumba, les registres des vaccinations infantiles sont aussi bien tenus et permettent de lire facilement l'historique vaccinale des enfants. Les feuilles de pointages sont aussi présentes et bien tenues dans tous les centres à l'exception de Banga Bakudu où on peut noter un problème de pointage.

### **District de Sa'a**

Les mêmes remarques ont été observées lors de la visite des six formations sanitaires à savoir la gestion des stocks des vaccins et seringues, la fixation des objectifs, le monitoring du taux d'abandon et de perte.

Dans les six formations sanitaires : Nkolmack, Polo, N'kolang, Sa'a, Nlong-Onangbélé, Nkolmgbana, les fiches de gestion journalière de stocks des vaccins et seringues n'existent pas pour l'année de l'audit. Lorsqu'elles existent, elles ne portent pas le numéro du lot des vaccins et la date de péremption. Dans tous les centres visités, l'enregistrement de réception des vaccins DTC pour l'ensemble de l'année audité (2003) n'est pas à jour.

Les fiches de pointage existent mais ne sont pas à jour dans les formations sanitaires de N'kolang, Nkolomvack et Polo.

Au centre de santé de Sa'a, Nlong-Onangbélé et Polo, l'enregistrement des enfants dans le registre ne permet pas de voir facilement l'histoire vaccinale.

Au centre de santé de Nkolang, il n'existe pas de registre pour les femmes enceintes et les documents sont mal archivés.

Le monitoring des différents indicateurs est effectué et affiché dans tous les centres visités à l'exception du taux de perte et d'abandon qui ne sont pas effectués.

Dans les différents centres visités, le personnel de santé a du mal à fixer des objectifs cohérents et réalisables.

Dans le centre de santé de Nlong-onangbélé, Nkolmgbana et Polo la différence entre les données rapportées et recomptées est due à une erreur de calcul lors de la compilation pour le rapport mensuel.



Dans le centre de santé de N'kolang, la différence entre les données trouvées au niveau du district et celui du centre de santé est due au fait qu'un centre confessionnel rapporte ces données au centre de santé qui dépend de son air. Au niveau du district, les deux données sont compilées pour le niveau supérieur. Par ailleurs la très grande différence entre les données des rapports et compilées s'explique par le fait que les données des stratégies fixes comme avancées ne sont pas enregistrées. Le responsable du centre explique cela par la charge de travail.

Dans le centre de santé de Nkolmwack, la différence entre les données des rapports retrouvées au centre et celles du district est due à une structure sanitaire qui dépend de l'aire du centre. Au niveau du district, les données du centre de santé sont compilées avec celle de cette structure et envoyé au niveau supérieur. Quant à la différence entre les données des rapports du centre et celles recomptées, elle est le fait d'une erreur dans les calculs lors des compilations pour le rapport mensuel.

Au centre de Sa'a, la différence entre les données du district (741) et celles du centre de santé (765) est le fait d'une erreur dans la compilation des données. En effet après vérification, le chiffre exact est de 765. Par ailleurs la différence entre les données rapportées et recomptées est due au non enregistrement de certains enfants dans le registre lors des séances de vaccination.

### **District de Tokombéré**

Dans le district de Tokombéré, les fiches de pointage sont à jour dans tous les centres et l'enregistrement des enfants permet de voir facilement l'histoire vaccinale. Les fiches de gestion journalière de vaccins existent mais ne sont pas à jour pour le DTC et le VAT dans les centres de Manga-Dalil, Tokombéré I, Mambeza, Mada-kolkoch. Cependant les numéros des lots des vaccins et la date de péremption ne sont pas souvent mentionnés.

A l'exception des centres de santé de Mada-kolkoch et Manga-Dalil, il n'existe pas de fiches de gestion des seringues dans les autres structures.

L'enregistrement des réceptions des vaccins pour l'année de l'audit (2003) n'était disponible que dans le centre de santé de Tokombéré II.

Le monitoring des différents indicateurs est fait et affiché dans les différents centres de santé. Cependant celui du taux d'abandon et du taux de perte n'est effectué que dans 2 centres de santé : Mambeza et Mada-kolokoch. Les objectifs le plus souvent ne sont pas réalistes

Dans les différents centres, les documents sont bien tenus et archivés.

Dans les centres de santé de Manga-dallil, Tokombéré II et Mayo-ouldémé, la majorité des enfants vaccinés en stratégies avancées ne sont pas enregistrés dans le registre. Lors des séances de vaccinations, le pointage a été fait sur des feuilles volantes et ont servies pour la compilation lors du rapport mensuel. Lors de notre audit ces supports étaient indisponibles. C'est ce qui explique la différence entre les données rapportées et recomptées dans ces centres. A Mambeza et Tokombéré I la différence est due à une erreur de rapportage.

