

GAVI
*LE CONTROLE DE LA QUALITE DES
DONNEES*

GUINEE

Du 24/08/2004 au 09/09/2004



**LIVERPOOL ASSOCIATES IN
TROPICAL HEALTH, UK**

En collaboration avec



EURO HEALTH GROUP
consultants

**EURO HEALTH GROUP,
DENMARK**

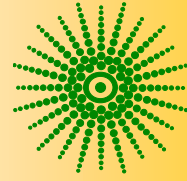


Table des matières

- Rapport de synthèse
- 1. Introduction
- 2. Contexte
 - 2.1 Le contexte national
 - 2.2. Notre approche et la mobilisation
- 3. Résultats principaux
 - 3.1 La précision des données
 - 3.2 Les principaux constats au niveau central
 - 3.3 Les principaux constats au niveau du district
 - 3.4 Les principaux constats au niveau de la formation sanitaire
 - 3.5 Les indicateurs clés
 - 3.6 Les changements depuis le dernier DQA
- 4. Recommandations
 - 4.1 Recommandations prioritaires
 - 4.2 Les autres recommandations
- 5. ANNEXES
 - Les personnes interviewées
 - Les tableaux des analyses de l'indice de qualité
 - Les tableaux des indicateurs clés
 - Le carnet de bord
 - Les résultats des ateliers
 - Les données supplémentaires de vaccination

Rapport de synthèse

Le but du DQA :

Le Contrôle de la Qualité des Données (DQA) a été conçu comme un moyen de vérification des résultats annoncés par les pays bénéficiaires du soutien GAVI (l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination) ainsi que d'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 rapportage du PEV.

Méthode:

Ce DQA était mené par un auditeur expérimenté et quatre auditeurs stagiaires, qui ont travaillé ensemble au niveau central et un des districts avant de se rendre dans les autres trois districts et six centres de santé (CS) par district. Car le district de Kaloum n'avait que 4 CS éligibles, cela a mené à la sélection de 22 CS. Les 4 districts et les 22 CS ont été choisis au hasard. Les auditeurs ont procédé aux démarches prévues dans la méthodologie du DQA (GAVI, 2003) qui comprennent des interviews, l'administration des questionnaires, et le recomptage des données.

Tableau d'indicateurs du DQA :

	Année de l'audit DQA 2001	Année de l'audit DQA 2002	Année de l'audit DQA 2003	Changement
Le facteur de correction (>0.8) (Ratio du nombre des DTC3 recomptés et notifiés)	0.57		0.95	+38%
Les indicateurs clés :				
La couverture en DTC3	58%		63%	+5%
Les taux d'abandon DTC1-3	10%		11%	+1%
La sécurité des injections et des vaccins			Oui	
Le taux de perte	ND		ND	ND
La complétude des rapports	ND		ND	ND
Les ruptures des stocks en vaccins	ND		Oui	ND
Les micro plans des districts	ND		100%	ND
L'IQS au niveau central	60%		68%	+8%
L'IQS moyen pour les districts	66%		86%	+20%
L'IQS pour les formations sanitaires			90%	

Le résumé des principaux constats et les points prioritaires :

La bonne conception et la mise en application du système intégré guinéen d'immunisation ainsi que la prise en compte de recommandations du « pré-DQA » de 2002 ont été à la base des résultats positifs aussi bien dans les indices de qualité de données que dans le facteur de vérification.

Bien qu'il y ait un grand effort d'enregistrement, rapportage et archivage au niveau de centres de santé et districts, il s'est révélé une défaillance dans les mêmes



domaines au niveau central ainsi que dans les canaux de transmission entre le district et le niveau central.)

En ce qui concerne l'utilisation des données, bien que les districts fassent le monitoring de leur performance globale, ils n'exploitent pas à 100% les données qui parviennent de leurs CS.

Les principales recommandations :

- Clarifier les relations de la gestion des données entre le PEV et le Système National d'Information Sanitaire (SNIS), et créer les conditions d'une bonne gestion des données au niveau du PEV. Spécifiquement, l'uniformisation d'enregistrement et archivage systématique des données radiophoniques, pour autant qu'existe ce canal.
- Etablir un canal fiable et opérationnel pour la transmission des rapports du district vers le niveau central.
- Elaborer un outil de travail standard (« compilation district») permettant l'exploitation des informations reçues des CS.



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 de moins d'un an ($DTC3 < 1$). En 2003, jusqu'à 14 pays vont subir le DQA. Il est envisagé que chaque pays ayant subi le DQA maîtriserait ce processus de contrôle et sera à mesure d'améliorer son système d'enregistrement des données et d'établissement de rapports du PEV. L'un de volets de l'objectif du DQA est de renforcer les capacités du pays participant.

Ce DQA était mené en Guinée, entre le 24/08/04 et le 09/09/04 par l'équipe suivant :

Nom	Fonction	Districts visités
<i>Dr Boubacar Diallo</i>	<i>Auditeur interne</i>	<i>Kaloum, Lelouma</i>
<i>Dr Ibrahima Diallo</i>	<i>Auditeur interne</i>	<i>Kaloum, Boke</i>
<i>Faïda T. Emery</i>	<i>Auditeur externe</i>	<i>Kaloum, Boke</i>
<i>Jan Grevendonk</i>	<i>Auditeur externe</i>	<i>Kaloum, Nzerekore</i>
<i>Prince Ngongo</i>	<i>Auditeur externe</i>	<i>Kaloum, Boke</i>
<i>Lily Nyamungu Lith'llu</i>	<i>Auditeur externe</i>	<i>Kaloum, Lelouma</i>
<i>Paluku Sabuni</i>	<i>Auditeur externe</i>	<i>Kaloum, Lelouma</i>
<i>Dr Mohamed Salif Sylla</i>	<i>Auditeur interne</i>	<i>Kaloum, Nzerekore</i>

Tous les auditeurs nouvellement formés par l'OMS seront accompagnés par un auditeur expérimenté dans leur premier DQA dans un pays.

L'équipe a travaillé au niveau central avant de procéder aux niveaux des districts et centres de santé. Les quatre districts suivants ont été visités selon l'échantillonnage au hasard fait en avance : Kaloum, Boke, Lelouma et Nzerekore. Dans chaque district, six centres de santé étaient sélectionnés au hasard parmi les centres éligibles. A Boke et Nzerekore, chaque fois deux centres ont été considérés inéligible à cause de leur inaccessibilité pendant ce période de l'année. A Kaloum, L'île de Kasa était inéligible parce que le voyage en pirogue n'était pas sans risque à cause des pluies. Kaloum n'avait que 4 centres éligibles et tous ont été visités.

Une réunion de débriefing a eu lieu le 09/09/2004 avec la participation du Directeur National de la Santé Publique, le PEV, et plusieurs membres du ICC.

Une liste exhaustive des personnes rencontrées pendant le DQA, y compris la réunion de débriefing, se trouve en Annexe 1 de ce rapport. La réunion de débriefing a fait ressortir les recommandations/actions correctrices suivantes.



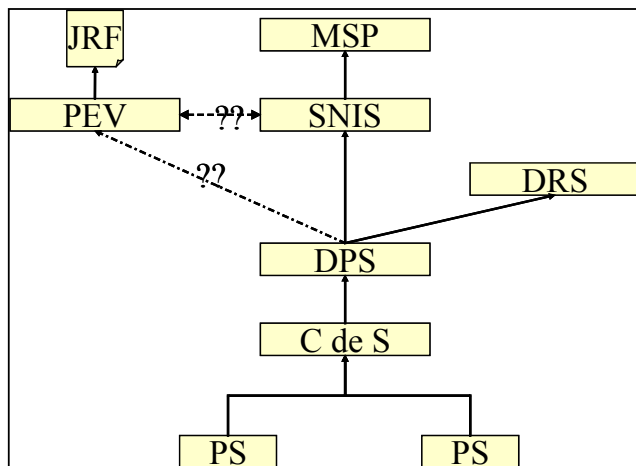
2. Contexte

Malgré un objectif de la couverture vaccinale fixé à 80% au niveau national, la couverture de DTC3 réalisée était de 63% en 2003. C'est dans ce cadre qu'un partenariat avec GAVI a été formé pour améliorer la couverture aussi bien que promouvoir la vaccination de tous les enfants.

La structure sanitaire de la Guinée est conforme à la structure administrative. La structure publique comprend deux hôpitaux nationaux, sept hôpitaux régionaux, 26 hôpitaux préfectoraux, six centres médicaux de commune, 381 centres de santé et 410 postes de santé. Le pays comprend aussi 6 régions et 38 préfectures. Une préfecture correspond à un district sanitaire et une sous-préfecture est couverte au moins d'un centre de santé (Politique Nationale pour la Sécurité des injections, Ministère de la Santé Publique, avril 2002).

Le rapportage mensuel des activités sanitaires des CS comprend les informations de vaccinations de routine. Au niveau élémentaire l'enregistrement de vaccination se fait sur la feuille de pointage et la fiche infantile. Celles-ci sont utilisées pour les vaccinations de routine fixes ou avancées. Après que l'enfant ait reçu son vaccin du mois, le vaccinateur inscrit sur la fiche infantile les vaccins reçus et les dates du prochain rendez-vous. Une copie de la fiche infantile est gardée au centre de santé et le parent de l'enfant garde le carnet de santé. Les fiches infantiles permettent aux vaccinateurs de rechercher les enfants qui ont manqué à leur rendez-vous (rattrapage actif).

A la fin du mois les responsables des centres de santé compilent leurs données dans un canevas mensuel qu'ils envoient au niveau des Directions de Préfecture Sanitaire (DPS). Les districts sanitaires à leurs tours compilent ces données et les envoient au



niveau de la région, mais aussi et surtout au niveau central, au bureau national du Système National d'Information Sanitaire (SNIS).

La date limite de réception de rapports des centres santé est fixée au 5 du mois et celle des DPS vers le niveau central au 15 du mois. Les rétro informations à fréquence déterminée sont organisées à tous les niveaux. Ainsi, le flux d'information officielle (voir diagramme), va du CS vers le DPS, et du DPS vers le SNIS. Le PEV,

maintenant, devrait recevoir les données de vaccination de routine à travers le SNIS, mais en réalité, due aux faiblesses de canal d'acheminement de DPS vers le niveau central, un canal parallèle de DPS vers le PEV est souvent utilisé.



3. Principaux constats

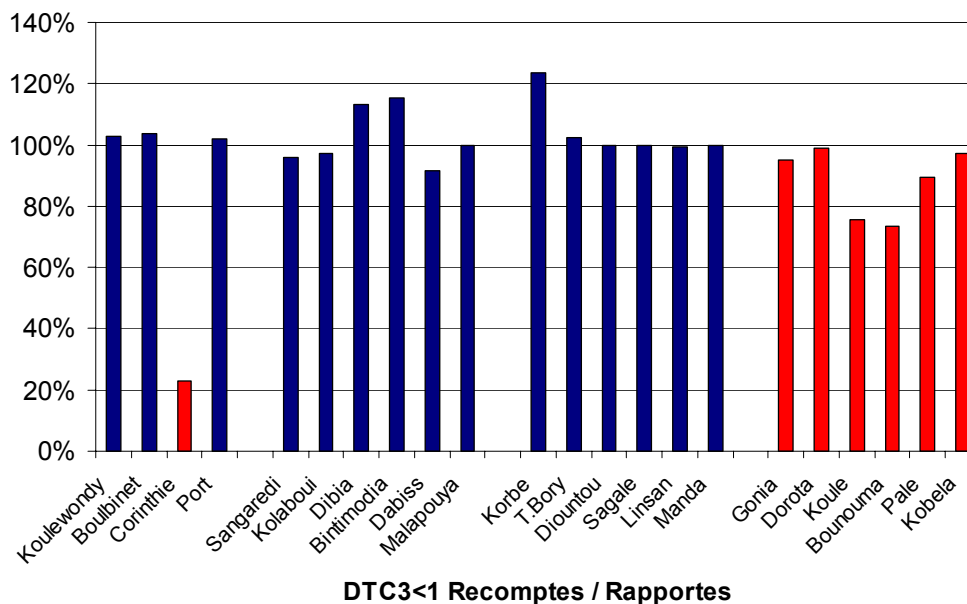
3.1 La précision des données

Le facteur de vérification (FV) est le ratio des doses de DTC3<1 recomptée au niveau de centre de santé, et les données notifiées au district. Il résulte du recomptage des fiches de pointage ou fiches infantiles lors du DQA et les chiffres dans les rapports de synthèse mensuels. Il ressort que le facteur de correction de la Guinée est de **95%**, dans un intervalle de confiance de 92% à 99%. En générale, le résultat obtenu résulte de la bonne performance de tous les districts audités.

Supports au niveau CS

Les équipes ont constaté la disponibilité des supports pour la vérification (fiches de pointage, fiches infantiles) pour toutes les périodes de l'année audité (2003) dans tous les centres de santé. Aussi les graphiques de monitoring étaient généralement disponibles avec des informations cohérentes. Dans le graphique ci-dessous le ratio entre les doses de DTC3 recomptées et rapportées est visualisé.

Cependant, des insuffisances de remplissage des fiches de pointage ont été notées dans quelques centres de santé. En plus, plusieurs formats de fiches ne permettaient pas l'enregistrement des enfants hors cible (+ 1 an) ni la distinction entre Polio et DTC, ni le contrôle journalier des activités de vaccination.



Les équipes n'ont pas trouvé d'évidence de fraude au niveau de centre de santé. Cependant, quelques fois, comme dans le cas spécifique du CS de Gonia à Nzerekore, les fiches de pointage n'étaient pas tenues journalièrement, mais elles paraissaient être remplies à partir d'un autre support. Cette situation a amené les auditeurs à un recomptage systématique de toutes les fiches infantiles du district de Nzerekore, ainsi que des CS de Corinthie et de Boulbinet à Kaloum afin de confirmer la validité des données rapportées. Les résultats de cet exercice contenus dans le tableau ci-dessous montrent une bonne concordance entre les données des



rapports, fiches de pointage et fiches infantiles. Le graphique indique en rouge les centres pour lesquelles le recomptage est basé en fiches infantiles.

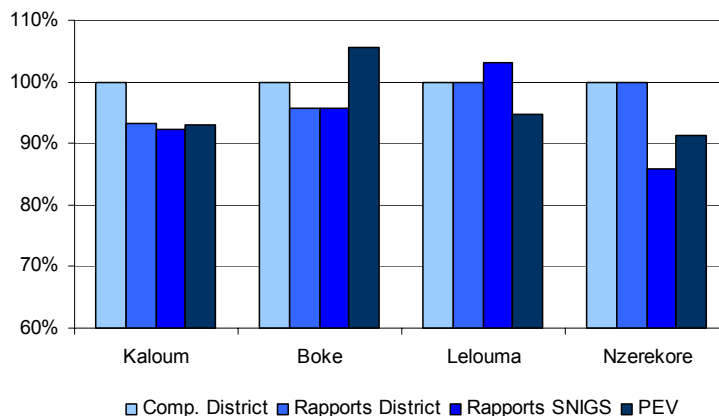
DTC3	Rapports mensuels	Fiches de pointage	Fiches Infantiles
Boulbinet	648	671	623
Corinthie	648		118
Gonia	1,934	1,952	1,840
Dorota	1,175	1,179	1,165
Koule	731	774	552
Bounouma	692		508
Pale	489	486	438
Kobela	480		438

Cohérence de rapportage

Les copies des rapports mensuels des centres de santé, bien remplies et conservées, étaient disponibles à 100% au niveau centre de santé et district avec des données cohérentes.

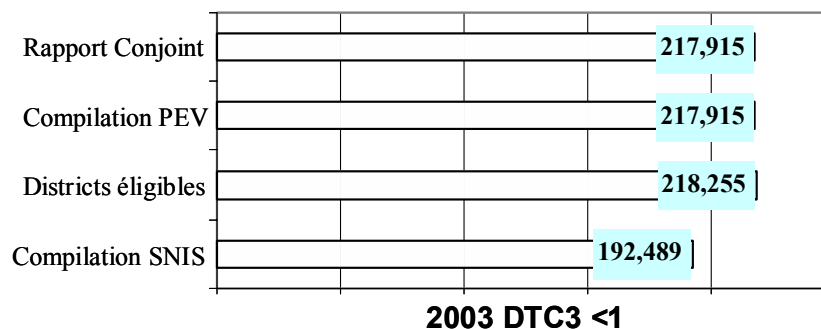
Pour ce qui concerne la compilation au niveau district, elle était seulement disponible à Lelouma et à Boke. Pour tous les centres sélectionnés la concordance entre rapports et compilation était satisfaisante. Seulement au CS de Korbet à Lelouma, une différence importante entre rapports (307 doses) et la compilation (379 doses) a été signalé. Quant au district de Nzerekore, où la compilation des données n'était pas disponible, le recomptage des rapports de centres de santé était conforme au total du district de l'année 2003. Dans le cas de Kaloum une différence existait entre le total du district et le total des rapports des CS. (3189 / 2970).

Les rapports intégrés des districts étaient disponibles au niveau district, et au SNIS, mais pas à la coordination nationale du PEV. Les données de vaccination de ces rapports n'étaient pas conformes à la compilation disponible à niveau central (PEV). Ce constat est illustré dans le graphique ci-dessus.



Dans ce contexte, les auditeurs ont identifié des insuffisances de flux d'information et d'organisation. Plusieurs voies de transmissions sont utilisées pour envoyer les rapports des districts au niveau central. Concrètement, les rapports parviennent du district au PEV soit par radio soit par document directement envoyé par le district soit par le biais SNIS. Ce fait inévitablement engendre des discordances des données. Dans le cas de Kaloum, Lelouma et surtout Nzerekore, il se trait d'une sous-notification, qui, paradoxalement, résulte dans un facteur de vérification encore plus élevé.

L'incohérence des données a niveau national est encore illustré par une comparaison entre les nombres de doses de DTC3<1 dans le Rapport Conjoint, la compilation disponible au niveau PEV, et la compilation disponible au niveau SNIS.



Quelques indications de problèmes de qualité de données

- Quelques taux de perte incohérents ont été constatés. En occurrence, des taux de perte négatifs au niveau de centre de santé (voir indicateurs).
- Les rapports des mois d'avril et mai 2003 du centre de santé de Sagalé a Lélouma avaient exactement les mêmes données vaccinales.
- Pour le DTC, les données rapportées pendant plusieurs mois par le centre de santé de Gonia à Nzerekore étaient des multiples de 10. On a remarqué sur les 36 chiffres de l'année, que 20 étaient terminés par 0.
- Le petit écart (340 doses) constaté entre le nombre de DTC3 rapporté dans le Rapport Conjoint et la dernière compilation est du a une erreur de saisie dans l'outil excel utilisé.

La possibilité de double comptage

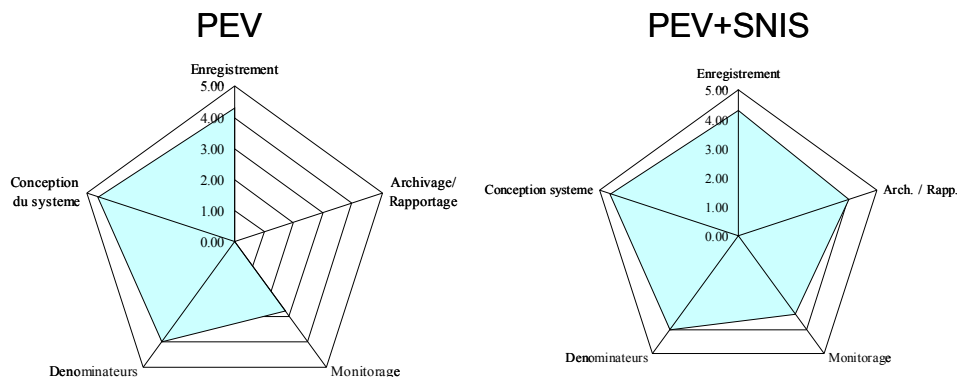
Les centres de santés distinguent dans ses rapports les doses administrées aux enfants de leurs zones de santé de celles administrées aux « enfants tout-venant ». Ce système de rapportage pourrait entraîner un double comptage. Il a été constaté qu'au cours des activités de rattrapage actif les agents de santé comptaient les



enfants de leur zone au niveau de la couverture vaccinale du centre bien que ces doses étaient aussi comptées par le centre qui avait administré la dose. Cette dose pourrait donc être rapportée deux fois au niveau du même district.

3.2 Les principaux constats au niveau central

Les graphiques ci-dessous montrent notre évaluation de la qualité du système, de point de vue de PEV, et de point de vue globale, avec le PEV renforcé par le SNIS. Parce que les deux entités sont plutôt parallèles que complémentaire, notre IQS officiel (68%) est celle du système qui a produit les nombres dans le Rapport Conjoint : le PEV.



La conception du système intègre d'immunisation ainsi que son application sur terrain a été généralement appréciable. La rétro information et supervision sont faites régulièrement. La saisie, l'archivage et l'interprétation des données au niveau SNIS sont exécuté de manière systématique et dynamique. Finalement, la maîtrise du dénominateur a tous les niveaux a été constaté. Toutefois les éléments ci-après restent à améliorer.

L'enregistrement : Le manque d'enregistrement systématique de données radiophoniques au niveau du PEV. Comme ce canal est aujourd'hui le plus utilisé par le PEV, il faut formaliser son utilisation. En plus, les auditeurs ont constaté la rupture de stock des fiches infantiles et de consultation prénatale dans plusieurs centres. La consommation de ces fiches est intensive dans le système guinéen et le niveau central a la responsabilité de les approvisionner en nombres suffisants.

Archivage et rapportage : Les échanges de données ainsi que les procédures de travail entre PEV et SNIS ne sont pas clairement définies et formalisées. La collaboration entre le PEV et le SNIS n'est pas clairement structurée déterminant les niveaux de responsabilité. Bien qu'il existe un bon système d'archivage au niveau du SNIS, l'archivage au niveau du bureau de statistiques de PEV, qui est le niveau de base du développement du rapport conjoint, n'est pas systématiquement fait. Egalement, l'acheminement des rapports vers le niveau central est problématique.

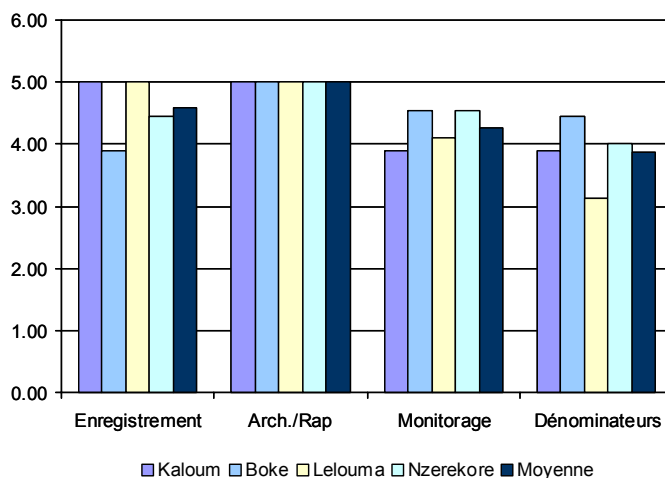


Monitoring et Evaluation : Absence d'un mécanisme de monitoring de promptitude de rapport de DPS à la fois au niveau du SNIS et PEV. Egalement absente était l'affichage de courbes de taux de couverture et taux d'abandon au niveau de PEV. Finalement, les taux de perte par antigène ne sont pas calculés.

Conception du système : La conception du système et l'entendement par les CS de concepts « enfants-cible » ou enfants « de la zone » et du système de rattrapage actif a donné lieu aux possibilités de double comptage.

3.3 Les principaux constats au niveau district

Le graphique ci-dessous montre notre évaluation de la qualité à niveau district, pour les 4 districts sélectionnés. La moyenne de l'index de la qualité du système pour les quatre districts est de 86%.



La complétude et disponibilité des rapports ont été observées dans tous les districts. A ce niveau il se fait le monitoring de la couverture et des taux d'abandon. De même, les cartes sanitaires et les micro plans ont été élaborés. Néanmoins il y a eu quelques points à améliorer

Monitoring et Evaluation : Bien que tous les districts fassent le monitoring de leur performance globale, le monitoring systématique des performances centre de santé n'a pas été réalisé. Les auditeurs n'ont généralement pas trouvé des « compilations » avec les indicateurs de performance essentiels par centre de santé pour l'année (couverture, abandon, perte, accès, utilisation). Le calcul de taux de perte au niveau district n'est pas fait.

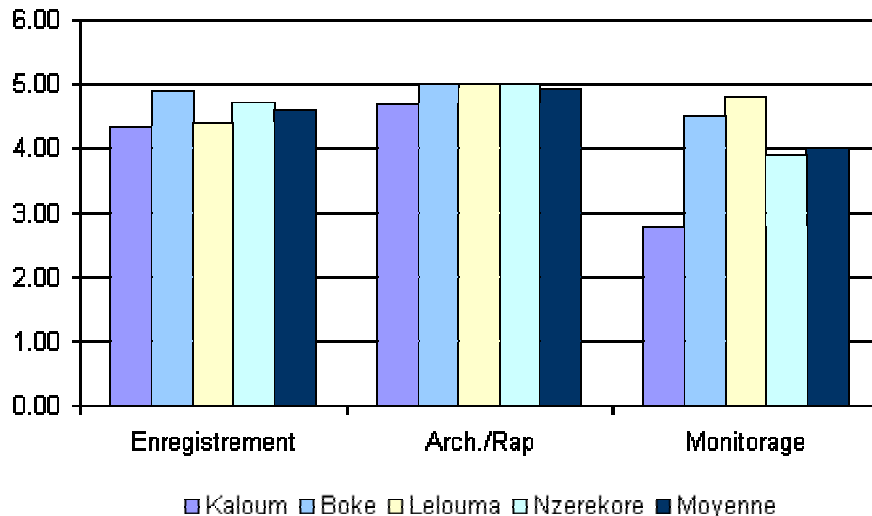
Démographie et planification

Bien que les objectifs et populations cibles sont bien connus, les DPS n'ont pas été à mesure d'adapter les objectifs à leur contexte. Pour un district à faible couverture, l'objectif national de 80% peut être trop ambitieux, pour un district performant, ça peut être insuffisant.



3.4 Les constats au niveau Centre de Santé

La moyenne des scores des indices de qualité de 22 centres de santé audités était généralement bonne et ce constat est présenté dans l'index de qualité de système :



La moyenne de l'index de la qualité du système pour les 22 centres est de 90%. Néanmoins, quelques points à améliorer ont été constatés :

Enregistrement: l'utilisation des cahiers de pointage a formats différents, avec parfois le mélange de pointage des antigènes DTC et Polio, le mélange de données de pointage des enfants de moins d'un an et ceux de plus d'un an ainsi que pour les femmes enceintes et non enceintes. L'absence de mise à jour de fiches de stock des vaccins et matériels de vaccination a été constaté dans quelques centres. Dans 5 centres, le manque d'enregistrement régulier de dates de péremption, de numéro de lot ainsi que l'enregistrement en doses et en flacons combinés. Fiches de stock des vaccins et matériels de vaccination non mises à jour par endroit (manque d'enregistrement des mouvements des vaccins d'un centre à un autre) entraînant des taux de perte non crédibles (7 /22 CS). Finalement, rupture de stock des fiches infantiles et de consultation prénatale dans certains CS (7/22).

Archivage et rapportage : L'archivage et rapportage au niveau des CS étaient bien faits dans presque tous les CS. Les rapports sont gardés soit dans des classeurs, des fardes chemises en plastique ou papier rangés par mois et par année soit dans des armoires ou dans des cartons.

Monitoring et Evaluation : malgré le calcul mensuel et semestriel de principaux indicateurs dans les centres de santé, il a été constaté que la majorité de CS font un monitoring beaucoup plus mécanique qu'analytique et contextuel de leur performance (par exemple difficultés à différencier la population cible avec les objectifs de couvertures). Ceci a été traduit souvent dans l'impertinence de micro plans et rétro informations de DPS à répondre positivement aux réalités de chaque CS. Cependant, il y a eu généralement le monitoring mensuel de taux de couverture vaccinale par antigène et le monitoring semestriel du PEV (système de monitoring de Tana Hashi).



Malgré le calcul mensuel de taux de perte et de taux d'abandon dans la plupart des centres de santé (20/22), leur compréhension et leur interprétation n'étaient pas satisfaisantes. Le calcul mensuel des taux de perte n'est pas la meilleure façon de monitoring de cet indicateur.

Les micro plans ont été élaborés dans la plupart des centres de santé et les rétro informations du niveau de districts ont été faites régulièrement. Néanmoins certains CS (13/22) ne les ont pas appuyées par des cartes sanitaires géographiques avec les stratégies appropriées sur chaque aire de vaccination.

Tous les agents vaccinateurs de centres de santé ont reçu une formation en gestion PEV en 2002 et en 2004 avec les modules actualisés et outils standards du PEV. Malgré la disponibilité de ces outils standards les fiches de pointage n'ont pas été systématiquement utilisées dans tous les CS.

Indicateurs clés

Sécurité des vaccins

L'utilisation des seringues autobloquants est complète dans tout le pays. Les seringues sont généralement envoyées ensemble avec les vaccins, ce qui assure l'approvisionnement adéquat. Seulement un des centres visités (Corinthie a Kaloum) ne reçoit pas des seringues autobloquants parce que ce centre n'était « pas intègre ». Corinthie achète ses propres seringues dans le marché, situation qui n'est pas optimal. Du point de vue des auditeurs, chaque centre ou poste de vaccination qui reçoit les vaccins à travers les canaux publics, devrait recevoir également des seringues autobloquants.

La politique nationale pour le rapportage et suivi des MAPI (manifestations adverses post-immunisation), est bien connue dans l'ensemble de tous les centres et tous les districts visités. Le rapport mensuel du centre de santé et celle du district contient une section pour le rapportage de MAPI à niveau agrégé. En plus, des procédures et formulaires existent pour le rapportage immédiat des cas de MAPI majeurs.

Perte de vaccin

Taux de perte au niveau central (flacons non-ouverts) : Le taux de perte au niveau central a été établi à 36%. Ce taux élevé est dû à la péremption dans le stock central d'un lot qui a été donné au pays moins d'une année avant sa date de péremption

Taux de perte au niveau district (flacons non-ouverts) : Le taux de perte au niveau du dépôt du district est disponible seulement pour le district de Lelouma. Les centres de santé de Kaloum reçoivent leurs vaccins directement du stock central, et dans le cas de Boke et Nzerekore, cet approvisionnement est fait à partir des stocks régionaux. Pour Nzerekore, le taux de perte du stock au niveau régional est inclus dans le tableau ci-dessous. Il faut souligner que, bien que si ce taux est de 0%, le dépôt régional avait envoyé des vaccins avec date de péremption en juin jusqu'au mois de juin 2003. Les vaccins sont périmés au niveau de centre de santé en lieu d'au niveau régional.



	Kaloum	Boke	Lelouma	Nzerekore
TP District	NA	NA	1.6%	0%

Taux de perte au niveau centre de santé (flacons ouverts et non-ouverts)

Le calcul des taux de pertes est fait dans les rapports mensuels des centres de santé. Cependant, lors du DQA, les auditeurs ont constatés que les registres de beaucoup de centres n'avaient pas la qualité ou complétude pour permettre le calcul correct. Un des problèmes plus fréquent était que les transactions entre centres de santé (emprunts des vaccins) n'étaient pas enregistrés. Pour cette raison, les taux de perte sont disponibles pour seulement 13 des 22 centres analysés.

Plus inquiétant est le constat que pour 5 centres de santé le taux de perte est négatif, même si les fiches de stock paraissent complètes. Ce constat renforce l'hypothèse de double comptage, surtout dans les centres urbains (voir « précision des données »).

DTC	Doses utilisées	Doses admin.	Taux de perte
Koulewondy	3,820	4,056	-6%
Boulbinet	1,490	1,958	-31%
Port	1,140	1,071	6%
Korbe	1,100	841	24%
Diountou	1,390	1,064	23%
Sagale	1,280	1,080	16%
Manda	790	613	22%
Gonia	5,200	5,792	-11%
Dorota	3,200	3,538	-11%
Koule	2,720	2,093	19%
Bounouma	1,850	2,044	-10%
Pale	1,480	1,435	3%
Kobela	1,860	1,505	19%

L'exhaustivité d'établissement des rapports

La complétude des rapports de centre de santé était de 100% pour tous les districts visités. En plus, les auditeurs ont constaté la disponibilité de tous ces rapports.

Pour le niveau central, une complétude de presque 100% était rapportée au niveau SNIS, mais cet information n'était pas disponible au niveau PEV. Vu la disparité entre les deux bases de données, la complétude au niveau national ne peut pas être établie.

Autres indicateurs clés

Taux d'abandon :

Le calcul des taux d'abandon est fait dans les rapports mensuels des centres de santé Il faut souligner que le suivi mensuel souvent n'est pas la meilleure façon d'analyser le taux d'abandon, parce que des variations importantes peuvent se produire. La meilleure alternative pour suivre le taux de perte est son inclusion dans les courbes vaccinales.



Promptitude des rapports

La promptitude des rapports a niveau national n'est pas monitoré (bien que le SNIS et le PEVregistrent les dates de réception dans les rapports qui parviennent des districts). Trois des districts visités font le monitoring de la promptitude des rapports. La promptitude rapporte étant : 100% pour Kaloum, 15% pour Lelouma et 98% pour Nzerekore.

3.5 Changement depuis le dernier CQD

Les auditeurs ont apprécié le sérieux avec lequel les autorités ont suivi les recommandations du pré-DQA de l'année 2002. Des copies de la présentation fait à ce moment ont été distribuées dans tous les districts et centres de santé. Nous avons observé sa présence dans beaucoup des centres visités. A notre avis, cette démarche a évité la perte des supports, qui en 2002 a résulté dans un facteur de vérification faible.

En ce qui concerne les recommandations ponctuelles de 2002, nous avons noté, entre autre, un progrès consistant dans les domaines suivants:

- Mise en place d'un système pour le rapportage et suivi des MAPI
- Introduction de fiches de stock pour les seringues autobloquants
- Suivi de la promptitude et complétude des rapports au niveau district
- Enregistrement systématique des dates de réception et signatures dans les rapports reçus
- Pratiques d'archivage au niveau DPS et CS
- Monitoring par antigène a tous les niveaux
- Retro information aux niveaux inférieurs

Il faut aussi remarquer que quelques observations faites en 2002, sont pertinentes encore aujourd'hui :

- Confusion entre population cible et objectifs de vaccination
- Disparité entre les informations disponible a niveau SNIS et a niveau PEV.
- Suivi des taux de perte de vaccins.



4. RECOMMANDATIONS

4.1 Recommandations prioritaires

- Clarifier les relations de la gestion des données entre le PEV et le SNIS. Une procédure écrite avec fréquence des échanges et d'harmonisation de données déterminées devra être à la disposition au niveau SNISS et PEV.
- Créer les conditions d'une bonne gestion des données au niveau du PEV (saisie, analyse, interprétation, monitoring, archivage et affichage de tableaux et graphiques). Surtout l'uniformisation d'enregistrement et archivage systématique des données radiophoniques, pour autant qu'existe ce canal.
- Etablir un canal fiable et opérationnel pour la transmission des rapports du DPS vers le niveau central.
- Elaborer un outil de travail standard (« compilation district») permettant l'exploitation des informations reçues des CS.

4.2 Autres recommandations

Collecte/enregistrement

- Uniformiser et améliorer les formats de fiches/cahiers de pointage.
- Approvisionner les DPS en fiches infantiles et CPN.
- Encourager les superviseurs et les chefs de CS à renforcer l'enregistrement et la mise à jour des entrées et sorties des vaccins d'un CS à l'autre, le numéro de lot, les dates de péremption, le matériel de vaccination ainsi que l'uniformisation d'enregistrement unitaire en terme de doses que de flacons.

Archivage/rapportage

- Formaliser la procédure de back up et le partage des données (PEV)

Suivi/évaluation

- Affichage des courbes vaccinales a niveau central (PEV)
- Monitoring de la promptitude des rapports des districts (PEV/SNIS)
- Monitoring de performance des CS par les districts (détermination des taux par antigène, de perte, d'abandon.)
- Calcul de taux de perte (niveau central)
- Monitoring des taux d'abandon et de taux de perte a l'image de la couverture vaccinale (affichage et interprétation) dans les CS.
- Analyse dynamique des données a niveau de CS (rapport a leurs populations cibles et leurs objectifs).
- Production et affichage des cartes sanitaires en tenant compte des stratégies appropriées combinées avec des micro plans (CS).

Démographie et planification

- La planification (cible et objectif) devra être adaptée à la réalité et contexte du terrain.

Conception du système

- Suivi de possibilité de double comptage (par exemple, avec la comparaison d'un échantillon de fiches infantiles gardées aux centre de santé et celles gardés par les parents).



ANNEXES

- I. **Les personnes interviewées**- Les noms et les fonctions de chaque personne rencontrée et le lieu et l'heure du rencontre: y compris le personnel du niveau central et du district, les personnes ayant pris part au débriefing, et une liste de formations sanitaires visitées mais pas le nom de tout le personnel de chaque formation sanitaire.
- II. **Tableau de l'analyse de l'indice de qualité**
- III. **Le tableau des indicateurs clés** (niveau central et les 4 districts)
 - a. Les indicateurs de performance au niveau central, du district et de la FS (et autres analyses supplémentaires qui ne sont pas présentées dans le corps du rapport).



ANNEXE I**LES PERSONNES CLES INTERVIEWEES (CENTRAL ET DISTRICT) ET LES FORMATIONS SANITAIRES VISITEES****CS par district**

KALOUM	BOKE	LELOUMA	NZEREKORE
CS Koulewondy	CS Sangaredi	CS Korbe	CS Gonia
CS Boulbinet	CS Kolaboui	CS T. Bory	CS Dorota
CS Corinthie	CS Dibia	CS Diountou	CS Koule
CS Port	CS Bintimodia	CS Sagale	CS Bounouma
	CS Dabiss	CS Linsan	CS Pale
	CS Malapouya	CS Manda	CS Kobela

KALOUM

Nom	Fonction
DR. LASANA DRAME	DPS
DR. H. DIALLO	Statistique

BOKE

Nom	Fonction
DR. P. BILIVOGUI	DM officer
B. MADJOU	Statistique
C. KERFALA	Superviseur

LELOUMA

Nom	Fonction
DR. K. KALIVOGUI	DPS
DR D.M. CISSE	DH
I. SYLLA	Directeur prefectoral des micro-realizations
M. DIALLO	Statistique
DR I .T. DIALLO	MCM

NZEREKORE

Nom	Fonction
DR B.I. PITA	DPS
DR S. TEORO	Charge de maladie
Y. MAMADY	Statistique
E. Naba	ISLT
A. KEITA	Chaine de froid regionale

Niveau central	
Nom	Fonction
Dr. A. SHERIF	Coordinateur National
Dr. D. SOMPARE	Directeur PEV



Dr. A. SYLLA	Chef de section SNIS
Dr. M SYLLA	Gestionnaire national de vaccins
Dr. I. DIALLO	Resp. nat. de la surveillance
Dr. B. DIALLO	Superviseur national
L. BARRY	Statisticien
M. MAGASSOUBA	Resp. gestion vaccin
S. KOLIE	Technicien responsable
A. TANE	Charge de la collecte des données, SNIS
E. Sabine	Sec. Agent de saisi, SNIS
Débriefing	
Nom	Fonction
Dr M. BARRY	Directeur national de la santé public.
Dr. M. HOURS	Administrateur programme suivi, UNICEF
A COMPLETER	



ANNEXE II

TABLEAU DES INDICATEURS CLES

Les indicateurs clés au niveau central

	JRF	Notifié au moment du contrôle
Districts avec la couverture en DTC3<1 > 80%	7	6
Districts avec la couverture rougeole<1 > 90%	8	8
Districts avec le taux d'abandon (DTC1, DTC3)<10%	20	20
Type des seringues	AD	AD
Districts utilisant les seringues AB	100%	100%
Introduction HVB	Non	Non
Introduction Hib	Non	Non
Taux de perte en DTC	ND	ND
Taux de perte en HVB	NA	NA
Taux de perte en Hib	NA	NA
Rupture de stock en vaccins en 2003		OUI (DTC)
Nombre des districts avec rupture de stock en 2003	100%	100%
% des rapports de surveillance des maladies reçus des districts reçus/attendus	100%	100%
% de rapports du PEV de routine des districts reçus/attendus		100%
% des rapports du PEV de routine des districts reçus à temps		ND
Nombre des districts ayant été supervisé au moins une fois		100%
Nombre des districts qui ont supervisé toutes les FS en 2003	100%	100%
Nombre des districts ayant un volet PEV de routine dans leurs micro plans.	100%	100%



Les indicateurs clés au niveau du district

		Kaloum	Boke	Lelouma	Nzerekore
Couverture en DTC3 du district	Au niveau central	82%	51%	44%	74%
	Au district	91%	53%	45%	82%
Couverture en rougeole du district	Au niveau central ¹				80%
	Au district	100%	58%	53%	87%
Taux d'abandon DTC1-3 ²	Au niveau central	10%	14%	17%	5%
	Au district	8%	ND	19%	5%
Les seringues fournies en 2003	Au niveau central	NA	NA	46.400	NA
	Au district	NA	NA	46.400	NA
Nombre des rapports du PEV de routine reçus/envoyés	Au niveau central	12/12	12/12	12/12	11/12
	Au district	12/12	12/12	12/12	12/12
Nombre des rapports du PEV de routine reçus/envoyés à temps	Au niveau central	ND	ND	ND	ND
	Au district	100%	42%	20%	98%
Nombre des rapports du PEV de routine reçus/envoyés	Au niveau central	12/12	12/12	12/12	11/12
	Au district	12/12	12/12	12/12	12/12
Nombre des rapports du PEV de routine reçus/envoyés à temps	Au niveau central	ND	ND	ND	ND
	Au district	100%	42%	20%	98%
Rupture de stock en vaccins aux districts	Au niveau central	Oui	Oui	Oui	Oui
	Au district	DTC	DTC	DTC, BCG	DTC, BCG
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	Oui	Oui	Oui	Oui
	Au district	Oui	Oui	Oui	Oui
Le district avait-il un micro plan en 2002	Au niveau central	Oui	Oui	Oui	Oui
	Au district	Oui	Oui	Oui	Oui

¹ Cette information n'est pas collectée au niveau central.

² Ne peut pas être estimée parce que le SNIS ne collecte pas systématiquement les données sur le DTC1.



ANNEXE III

TABLEAU D'ANALYSE DE L'INDICE DE QUALITE

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

	Enreg	Arch/ Rapp	Suivi	Démo/Pla
KALOUM	5.0	5.0	3.9	3.9
BOKE	3.9	5.0	4.6	4.4
LELOUMA	5.0	5.0	4.1	3.1
NZEREKORE	4.4	5.0	4.6	4.0
Moyen	4.6	5.0	4.3	3.9

Indice de qualité FS et moyen pour les FS (sur 5)

	KALOUM				BOKE		
	Enreg.	Arch/Rap.	Suivi/Eval		Enreg.	Arch/Rap.	Suivi/Eval
Koulewondy	5,00	5,00	3,89	Sangaredi	5,00	5,00	4,44
Boulbinet	5,00	5,00	3,89	Kolaboui	4,67	5,00	4,44
Corinthie	2,69	3,75	0,00	Dibia	5,00	5,00	4,44
Port	4,67	5,00	3,33	Bintimodia	5,00	5,00	4,44
				Dabiss	4,67	5,00	4,44
				Malapouya	5,00	5,00	5,00
Moyen	4,34	4,69	2,78	Moyen	4,89	5,00	4,54
	LELOUMA				NZEREKORE		
	Enreg.	Arch/Rap.	Suivi/Eval		Enreg.	Arch/Rap.	Suivi/Eval
Korbe	4,67	5,00	5,00	Gonia	4,33	5,00	4,44
T.Bory	4,67	5,00	5,00	Dorota	5,00	5,00	3,89
Diountou	5,00	5,00	4,44	Koule	4,58	5,00	2,78
Sagale	4,33	5,00	4,44	Bounouma	4,33	5,00	3,89
Linsan	4,00	5,00	5,00	Pale	5,00	5,00	4,44
Manda	3,67	5,00	5,00	Kobela	5,00	5,00	3,89
Moyen	4,39	5,00	4,81	Moyen	4,39	5,00	4,81

