

GAVI
*LE CONTROLE DE LA QUALITE DES
DONNEES*

MAURITANIE

Date: 11/09 au 27/09/ 2004



LIVERPOOL ASSOCIATES IN
TROPICAL HEALTH, UK

En collaboration avec



EURO HEALTH GROUP
consultants

EURO HEALTH GROUP,
DENMARK

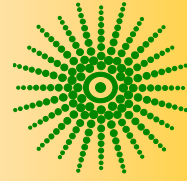


Table des matières

	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
4.	Recommandations
4.1	Recommandations prioritaires
4.2	Les autres recommandations
5.	ANNEXES
	Annexe I. Les personnes interviewées
	Annexe III. Les tableaux des indicateurs clés
	Annexe III. Les tableaux des analyses de l'indice de qualité
	Annexe IV. Commentaires et Observations individuelles des centres de santé individuels

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 23 postes de santé soit 6 par district à l'exception du district de Néma où 5 postes de santé ont été visités.

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:

	2002	2002	Année de l'audit DQA 2003	Changement depuis 2002
Le facteur de correction (>0.8) (Ratio du nombre des DTC3 recomptés et notifiés)			0,686	
Les indicateurs clés:				
La couverture en DTC3		82,3%	70,7%	-11,6
Les taux d'abandon DTC1-3		16,4%	16,2%	-0,2
La sécurité des injections et des vaccins		NA	<i>oui</i>	
Le taux de perte		NA	NA	
La complétude des rapports		NA	100%	
Les ruptures des stocks en vaccins		NA	VAR: <i>Mai/Juin</i>	
Les micro-plans des districts		NA	100%	
		NA		
L'IQS au niveau central		NA	54%	
L'IQS moyen pour les districts		NA	45%	
L'IQS pour les formations sanitaires		NA	45%	

Le résumé des principaux constats et les points prioritaires:

Le personnel des trois niveaux, qui ont fait l'objet de l'audit, est tous dédiés aux tâches, et la plupart du temps, a une bonne compréhension des problèmes relatifs aux vaccinations et résolvent les problèmes rencontrés de façon satisfaisante.

Cependant, lors de notre audit, nous avons constaté quelques faiblesses qui méritent attention :

- En ce qui concerne la conception du système, il manque de formalisation et de directives, et cette situation mène à l'improvisation sur le terrain. Egalement le manque d'intégration des systèmes de rapportage du PEV et le SNIS entraîne un double rapportage et un surcroît de travail.
- Les rapports sont généralement bien établis, cependant certaines rubriques (situation des antigènes) ne sont pas toujours remplies. Par ailleurs l'archivage de ces rapports pose des problèmes à tous les niveaux.
- L'utilisation des données pour le suivi et l'évaluation de la performance vaccinale est faible à tous les niveaux.

Les principales recommandations :

- Elaborer des normes de Procédures Standards de Fonctionnement pour la bonne gestion du PEV. Les points prioritaires sont :
 - ❑ L'introduction et l'utilisation systématique de fiches de pointage au niveau des centres de santé
 - ❑ Introduction d'un nouveau registre de collecte des données de vaccinations
 - ❑ Enregistrer une seule fois les enfants de sorte à pouvoir retrouver facilement leur histoire vaccinale
 - ❑ L'élaboration des directives pour l'enregistrement, le rapportage des données de vaccination, l'utilisation des supports, l'archivage des données et leur sauvegarde informatique
 - ❑ Elaboration des directives écrites pour la rétro information
 - ❑ Elaboration des directives écrites pour la gestion des MAPI.
 - ❑ La retranscription des données des stratégies avancées au niveau des registres de vaccination
 - ❑ Eviter le système de double rapportage par les centres et postes de santé (suivre le système : poste de santé, districts, région, niveau national)
 - ❑ Introduire les fiches de gestion journalière des vaccins et seringues
 - ❑ Renforcer la gestion des registres de stock de vaccin et de seringues.
 - ❑ Former les agents de santé à l'utilisation de ces supports.
 - ❑ Renforcer la supervision à tous les niveaux



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 de volets de l'objectif du DQA est de renforcer les capacités des pays ayant pris part.

Ce DQA a été mené en Mauritanie du 11 au 27 septembre 2004, par l'équipe suivante:

Nom	Fonction	Districts visités
Dr KONAN Claude	Auditeur externe	Kaédi, Rosso
Dr TOLLO Bienvenu	Auditeur externe	Néma, Dar Naim
Mr DIAW Mamadou	Auditeur interne	Kaédi, Rosso
Mr RASSOUL Ould Ahmed Taleb	Auditeur interne	Néma, Dar Naim

Les auditeurs ont travaillé au niveau central, à savoir au PEV et au SNIS, avant de se rendre dans quatre districts et 23 postes de santé, soient 6 par district à l'exception du district de Néma où 5 postes de santé ont été visités. Les districts et postes de santé sont sélectionnés selon une procédure d'échantillonnage au hasard. Normalement, seulement des districts qui ont plus que 6 centres de vaccination doivent être choisis. Dans ce cas, le district de Nema (avec seulement 5 postes) ne doit pas être choisi. Cependant, l'exclusion des districts avec moins de 6 centres (qui sont plus éloignés) aurait posé des problèmes de représentativité dans ce cas. Pour cette raison, Nema a été inclus dans la liste de districts éligibles.

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 Mmr dans le district de Dar Naim 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 27/09/2004 avec les membres du Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) sous la présidence du Directeur de la Protection Sociale

2. Contexte

Démographie

La Mauritanie est faiblement peuplée par rapport à sa taille : 2 548 157 habitants pour une superficie de 1.030.700 Km² selon les estimations du recensement de 2000. Le taux d'accroissement annuel est de 2,6%, l'espérance de vie à la naissance de 51,3 ans et le taux de fécondité est de l'ordre de 6,32. La répartition de la population selon l'âge n'a pas connu de changement majeur depuis l'indépendance. Ainsi 44% de la population a moins de 15 ans, 54% moins de 20 ans et seulement 6% plus de 60 ans. Cette pyramide que l'on observe dans la quasi-totalité des pays en voie de développement crée des pressions importantes sur les services de base. Les femmes représentent 50,48% de la population totale. Selon l'enquête Démographique et de santé réalisée en Mauritanie en 2000-2001



(EDSM 2000-2001), 54% des mauritaniens vivent en zone rurale dont 44% des hommes, situation qui peut être expliquée en partie par l'exode rural plus important chez les hommes à la recherche du travail surtout à Nouakchott.

Organisation administrative

Sur le plan administratif, le pays est subdivisé en 13 Wilayas (Régions) dont celle de Nouakchott, la capitale ; chaque wilaya constitue une circonscription administrative décentralisée qui est placée sous l'autorité d'un Wali qui représente le pouvoir exécutif. La Wilaya est subdivisée en Moughataas. Le nombre de Moughataa est de 53. La plus petite unité administrative est la commune dont le nombre est de 208.

Economie

Au plan macro-économique, la politique d'ajustement structurel menée par le gouvernement depuis 1985 a permis en Mauritanie de restaurer les grands équilibres et d'améliorer ses performances en matière de croissance. Entre 1994 et 1995, la croissance du PIB en termes réels a été de 4,3% en moyenne.

Le budget de la santé en Mauritanie a augmenté de façon régulière au cours des dix dernières années en terme courant. Bien que remarquable, cet effort est cependant en deçà des augmentations consenties dans d'autres secteurs prioritaires comme celui de l'éducation. L'effet de la dépréciation de la monnaie nationale et de la croissance rapide de la population ont de plus lissé l'effet d'augmentation, dans un secteur où une forte part des coûts est liée à des intrants achetés sur le marché international. La dépense par habitant en terme réel n'a en fait que très peu progressé entre 1993 et 2001. Elle passe certes en termes constants de 1000 UM par habitant à 1500 UM par habitant entre 1993 et 1995, mais reste stable entre 1995 et 1999.

Organisation du système de santé

- Administration sanitaire

L'organisation du système de santé est de type pyramidal : du sommet vers le bas, l'administration sanitaire repose sur le MSASS représenté par le secrétariat général, les Directions Régionales à l'Action Sanitaire et Sociale (DRASS) au niveau des wilayas, le centre de santé au niveau des moughataa, puis les postes de santé au niveau périphérique.

- Organisation des soins

Au niveau du sommet de la pyramide se trouvent les hôpitaux de référence : le Centre Hospitalier National, le Centre Neuro-Psychiatrique, le Centre d'Orthopédie et de Réadaptation Fonctionnelle et le Centre National d'Hygiène à Nouakchott :

Au niveau régional, il existe 10 hôpitaux régionaux sur les 13 prévus pour couvrir toutes les Wilayas du pays. Ils présentent des situations et des potentialités très variées. Certains hôpitaux disposent d'infrastructures et d'équipements qui pourraient leur permettre de jouer leur rôle de référence régionale, aussi bien au niveau médical que chirurgical.

Au niveau des Moughataas, le Centre de Santé, composé d'une unité de soins curatifs et d'une unité de soins préventifs, est la référence au niveau du département. Tous les centres sont dirigés par un médecin chef. Le paquet minimum d'activités des Centres de Santé concerne la consultation primaire curative, la consultation pré et postnatale, l'accouchement, le suivi des enfants de moins de 5 ans, la vaccination, l'espacement des naissances, la distribution de médicaments essentiels.

Au niveau périphérique, à la base de la pyramide on retrouve 225 postes de santé auxquels sont annexées des PMI/Maternités rurales au niveau de certaines agglomérations, tenus par des infirmiers diplômés d'Etat.



Le Programme Elargi de Vaccination

Le programme Elargi de Vaccination a débuté en Mauritanie en 1977 dans deux zones expérimentales du Trarza à Keur Macène et à Rosso. Il a ensuite enregistré une extension progressive pour se généraliser en 1984. Il utilisait deux stratégies :

- Une stratégie fixe à travers les services de santé maternelle et infantile en zone urbaine.
- Une stratégie mobile à travers des équipes mobiles en zone rurale.

En 1985 que fut introduite une troisième stratégie qui est la stratégie d'accélération à travers les journées nationales et municipales de vaccination. Cette stratégie fut, ensuite, élargie aux maghrébines de vaccination de 1987 à 1994.

Puis à partir de 1995 la Mauritanie s'est engagée dans un processus d'éradication de la poliomyélite, du contrôle de la rougeole par l'organisation de journées nationales de vaccination. Ainsi le pays a organisé 6 séries de campagnes combinant la vaccination contre la poliomyélite, contre la rougeole et la supplémentation en vitamine A.

Le Programme Elargi de Vaccination se fixe comme objectif d'intégrer ses activités dans celles postes de santé qui fonctionnent actuellement avec l'Initiative de Bamako dont le taux d'accessibilité est de 75% dans un rayon de 10Km. A l'instar des autres pays d'Afrique, le pays a connu, en termes de résultats, une première phase de bonnes couvertures vaccinales pendant les années 80, et une seconde phase, celle de la décennie 90, avec une réduction substantielle du flux financier, caractérisée par une chute de la couverture et de la qualité des services de vaccination.

Flux du rapport (traitement)

Les rapports sont remplis à la fin du mois après la synthèse des activités mensuelles. Ils existent 4 souches : une pour le poste de santé, une pour le District, une pour la Région et une autre pour le niveau national. Le Rapport SNIS est également rempli et envoyé au niveau du District.

Au niveau des districts, le point focal du district reçoit les rapports mensuels. Il transmet ensuite l'ensemble des rapports non compilés (brutes) au niveau national par l'intermédiaire d'une tierce personne tout en gardant une souche pour ces archives. L'éloignement des postes de santé par rapport au district et la difficulté d'accès (transport) fait que les rapports accusent souvent un retard.

Le rapport SNIS ne prend en compte que les données des activités vaccinales des stratégies fixes. En fin d'année, pour l'élaboration du rapport annuel, le SNIS s'appuie sur les données du PEV.

Poste de santé (Rapport mensuel) PEV → Région-District → Niveau National PEV (Compilation Nationale)

Poste de santé (Rapport mensuel) SNIS → Région-District → Niveau National SNIS (Compilation Nationale)



3. Résultats Principaux

3.1 La précision des données

Le facteur de correction (FC) est un ratio des doses de DTC3<1 recomptée des fiches de pointage ou registres des vaccinations lors du DQA et les chiffres dans les rapports de synthèse mensuels: recomptées/notifiées. Il ressort que le facteur de correction de la Mauritanie est de **0,69** avec un intervalle de confiance limite inférieure 0,47 et limite supérieure 0,93.

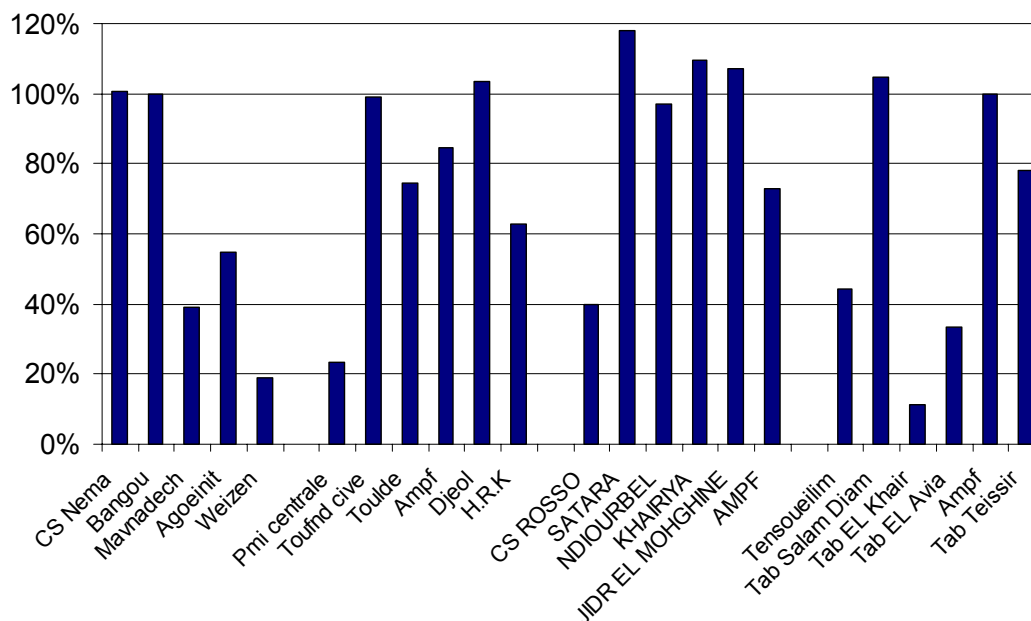
Ce chiffre est inférieur à 0,8 (seuil de validité de GAVI). La différence entre les doses de DTC3<1 rapportées et recomptées peut s'expliquer par la perte des supports dans certains postes de santé :

-Dans la majorité des postes de santé visités, des registres des activités des stratégies fixes étaient inexploitable ou indisponibles. En effet des feuilles sont soit arrachés, soit mal remplis rendant difficile leur exploitation. Dans le poste de santé de Rosso, une partie du registre n'a pas été retrouvé. A HRK et Touldé, des feuilles du registre ont été arrachées. Les mêmes constats sont fait à Mavnadech, Agoeinit, Weizen dans le district de Nema et dans d'autres postes du district de Dar Naim.

-Les données des activités des stratégies mobiles et avancées sont le plus souvent mal rapportées. Ces données sont enregistrées sur des feuilles ou dans des cahiers et sont archivées avec les autres supports. Lors de notre audit nous n'avons pas toujours eu accès à ces données qui ont disparus ou étaient introuvables. C'est le cas des postes de santé PMI centrale, AMPF à Kaédi, le centre de santé de Rosso, et dans les de des Moughatar de Nema et de Dar Naum cités ci-dessus.

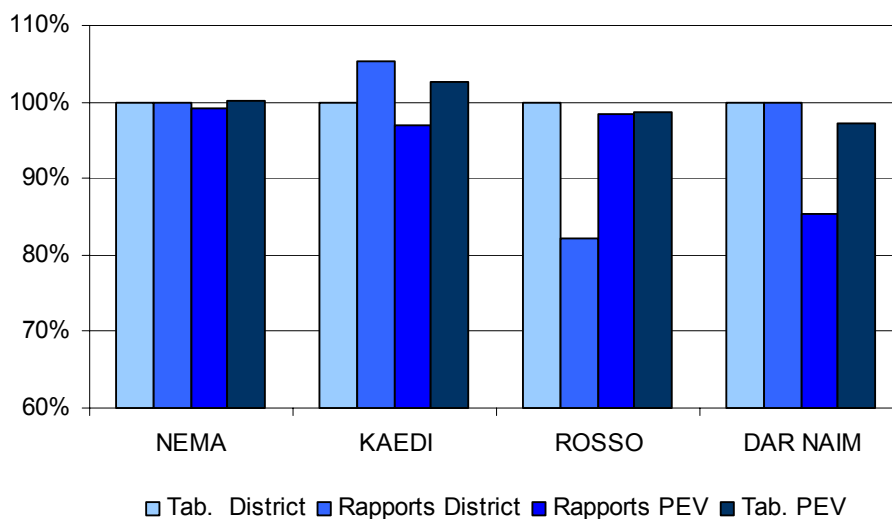
Le faible rapport entre doses recomptées et rapportées n'est pas un constat général. En effet, dans 10 des postes de santé sélectionnées, les auditeurs ont pu recompter plus que 95% des doses rapportées. Le mauvais résultat est donc dû à la performance dans les sept postes avec un rapport inférieur a 50%. Cette situation est illustrée dans le graphique ci-dessous. Le manque d'uniformité des résultats est la cause principale que l'intervalle de confiance soit assez large (47%-91%)





Doses DTC3<1 Reçues / Rapportées

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 Rosso et Dar Naim, il faut constater des différences importantes entre les copies des rapports trouvées dans le district avec celles trouvées au niveau national.



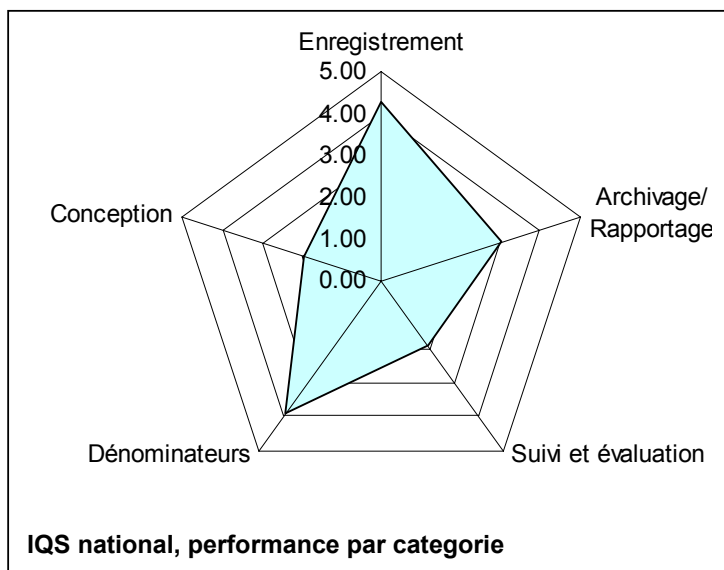
Cependant il existe une différence de 220 doses entre les données du JRF (79 588) et la dernière compilation (79 808). Cette différence est due au fait que certaines données ont été transmises en retard après l'envoi du rapport conjoint OMS/UNICEF.

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 54%. La performance par catégorie évaluée est visualisée par le graphique en araignée ci-dessous :



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 n'est pas intégré. Ils existent deux supports : le rapport mensuel du PEV et celui du Service National d'Information Sanitaire (SNIS). Cependant seules les données des activités vaccinales des stratégies fixes figurent dans le rapport du SNIS.
- Au cours de notre audit, il

a été constaté qu'il n'existe pas de directive officielle écrite émanant de la Direction du Programme Elargi de Vaccination pour les différentes activités : l'utilisation des supports, l'enregistrement, le rapportage, l'archivage, le traitement des rapports qui arrivent à temps ou en retard, la sauvegarde des données ou fichiers informatisés.

Pratiques de collecte et enregistrement :

- L'enregistrement des réceptions des vaccins en 2003 (année de l'audit) n'était pas complet. Les données enregistrées à l'ordinateur étaient indisponibles car celui-ci était en panne. Malheureusement ces données n'étaient pas enregistrées sur un support dur (registre)
- Nous avons aussi noté l'absence de fiche de gestion de stock des seringues.
- Les rapports reçus ne portent pas la date de leur réception.

Suivi et évaluation :

- La promptitude des rapports provenant des districts n'est pas monitorée.
- Les diagrammes, tableaux et courbes pour le monitoring de la couverture vaccinale et les autres indicateurs ne sont pas affichés.
- Il n'existe ni de directive pour le traitement des rapports qui arrivent en retard et en temps, ni de procédures écrites pour la sauvegarde des données.
- L'absence de rétro information formalisée entre le niveau national et les districts et aussi une irrégularité des supervisions.
- Il n'existe pas de carte du pays actualisé qui démontre la performance vaccinale par district.
- Les ruptures de stock de vaccins dans les districts ne sont pas monitorées.

Archivage / Rapportage :

- Le niveau national reçoit tous les rapports mensuels bruts des postes de santé soit environ 3288 rapports mensuels par an. Il se pose alors un problème d'archivage de



ces supports. C'est ainsi que certains rapports qui ont été envoyés par les districts n'ont pas été retrouvés dans les archives au niveau national. Ce même constat a été observé au niveau des districts où certains rapports étaient indisponibles.

- Le service de gestion des données ne dispose pas de matériel pour la sauvegarde des données. Les données au niveau central sont sauvegardées sur le disque dur de l'ordinateur et un support personnel (clé USB) du gestionnaire de données. Les rapports sont en suite archivés dans des classeurs.

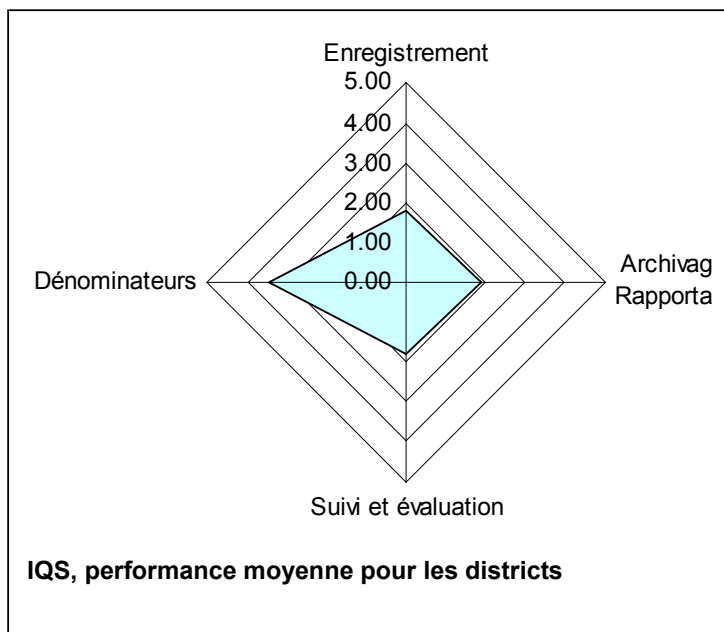
Dénominateur :

- Le dénominateur (vaccination infantile) utilisé pour l'année auditée dans les 4 districts n'est pas le même que celui utilisé au niveau national. Dans les districts visités, les populations sont très mobiles. Dans le District de Kaédi, le dénominateur des enfants de moins d'un an est passé successivement de 4613 en 2002 à 3856 en 2003 et 3959 en 2004.
- Le pays connaît 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 45% pour les 4 districts visités. Particulièrement, les pratiques d'enregistrement, d'archivage et rapportage et de suivi et évaluation posent des problèmes, ce qui est illustré dans le graphique suivant :



Pratiques de collecte et enregistrement :

- Les numéros des lots des vaccins ne sont pas toujours enregistrés sur les fiches de gestion de stock.
- Il n'y avait pas de registres de stock de vaccins dans 2 districts.
- Nous avons notés l'absence de registres pour la gestion des seringues (4/4 districts).
- Les rapports reçus des centres de santé ne sont ni systématiquement datés ni signés au niveau du District.

Suivi et évaluation :

- Nous avons noté l'absence de format : de rétro information systématique après les réunions, de planning de supervision et aussi une irrégularité dans les supervisions
- Il n'existe pas pour l'année de l'audit un monitoring de la complétude et la promptitude des rapports
- Il n'existe ni de monitoring des pertes de vaccins ni celui du taux d'abandon.
- Il n'existe pas de micro plan à jour pour l'année en cours (1 district).
- Aucun graphique à jour montrant la performance des différentes couvertures vaccinales et des différents indicateurs n'était affiché.

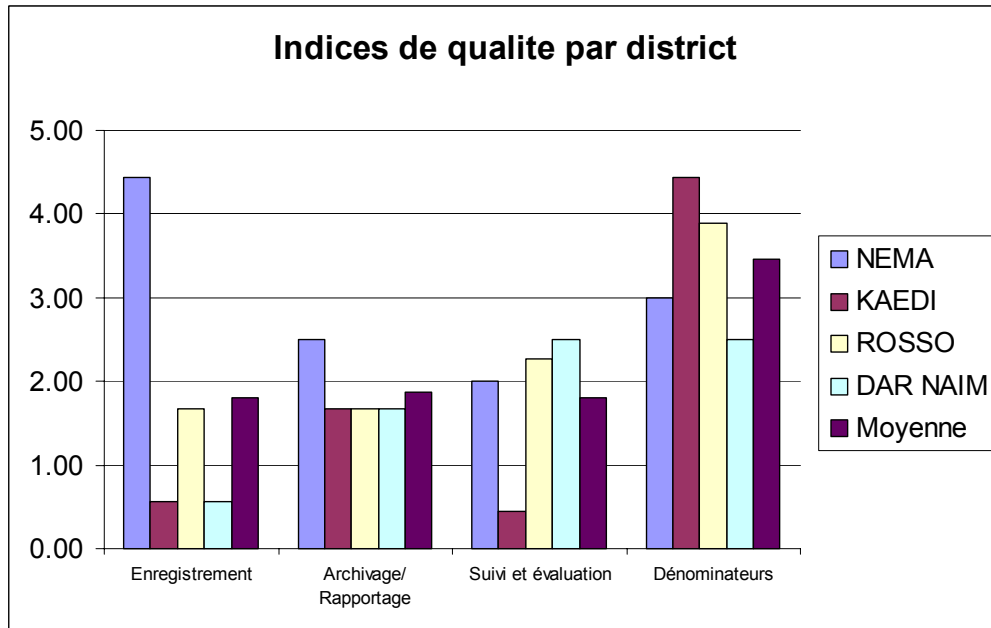
Archivage / Rapportage :

- Les rapports compilés aux districts et les données rapportées par les CdS sont cohérentes et montrent le bon système de rapportage et d'archivage entre les centres et le niveau supérieur qui est le district.
- Les documents ne sont pas bien tenus et bien archivés dans tous les districts.
- Absence de procédure écrite pour traiter les rapports qui arrivent en retards.
- Pas de sauvegarde des données.
- Absence d'un système ou d'une fiche d'investigation de prise en charge des MAPI.

L'indice de qualité par district est le suivant :

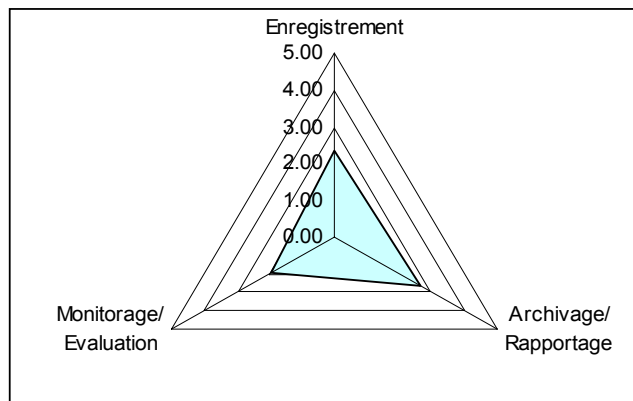
District de Néma:	59,5%
District de Kaédi :	34,4%
District de Rosso :	50%
District de Dar Naim:	37,5%





3.4. Les constats au niveau de la formation sanitaire

L'index de qualité du système moyen est de 45% pour les 23 centres visités. Tous les points d'évaluation posent des problèmes, ce qui est illustré dans le graphique suivant :



Enregistrement :

Les supports d'enregistrement des données de vaccination utilisés dans les différents postes de santé visités sont: les registres utilisés pour les stratégies fixes, les cahiers et feuilles utilisés pour les stratégies avancées. Dans le district de Rosso, les registres officiels ont été remplacés par des supports qui permettent de voir facilement l'histoire vaccinale des enfants. L'utilisation des registres ne permet pas la recherche facile de

l'histoire vaccinale des enfants dans les autres districts. Les feuilles de pointages ne sont pas utilisées.

Les données récoltées dans les cahiers et sur les autres supports pour les stratégies mobiles ne sont pas systématiquement reversées dans le registre, ce qui pose un problème lors de l'élaboration des rapports mensuels et ces feuilles ne sont pas souvent conservées et archivées. En l'absence de directive formalisée, nous avons noté une hétérogénéité des pratiques dans l'enregistrement et l'utilisation des données. En général, les registres et les rapports mensuels sont souvent mal remplis rendant difficile l'exploitation des données tant pour les agents (synthèse pour les rapports mensuels) que pour les auditeurs.

Nous avons souvent noté, l'absence de fiches de gestion de stocks des vaccins et des seringues. Dans les structures où elles existent, elles sont souvent incomplètes (les numéros des lots des vaccins, la date de péremption, les taux de perte etc. ne sont pas mentionnés) ou pas à jour. 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'est pas souvent remplie. L'insuffisance de mise à jour des fiches de stock peut être attribuée au manque de directive.

Archivage et Rapportage

Nous avons noté un mauvais archivage des documents dans les différents postes de santé. Les registres de vaccination, les rapports mensuels, les fiches de monitoring, de l'année audité et de l'année précédente sont dans un mauvais état. Les registres et les rapports mensuels sont soit détruit à moitié soit indisponibles ainsi que les supports pour la collecte des données des stratégies mobiles.

Des rapports mensuels et des registres avaient des feuilles qui étaient soit arrachées, soit mouillées rendant difficile l'exploitation des données. Dans les postes de santé de Djéol et de Satara par exemple, les rapports mensuels de l'année d'audit n'ont pas été retrouvés.

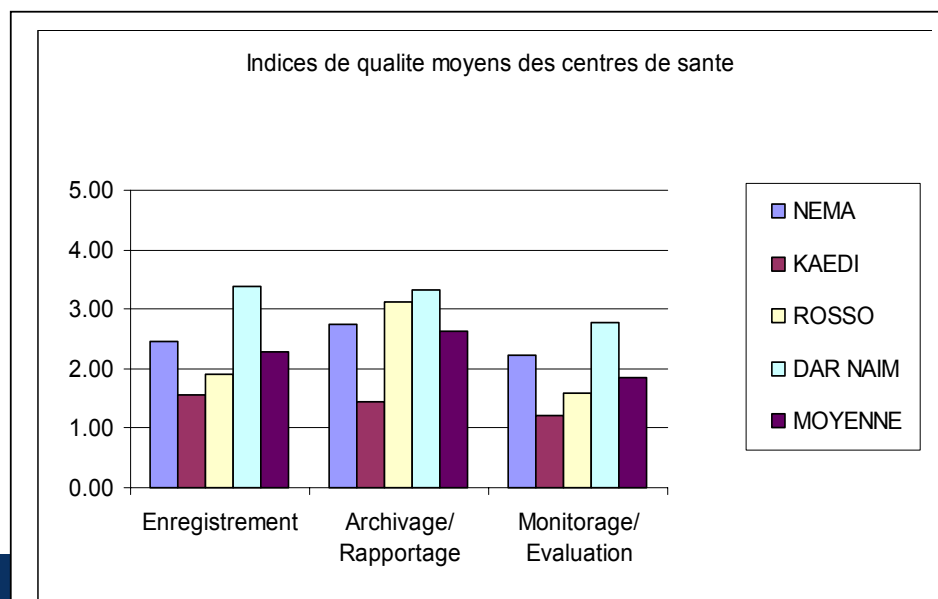
Suivi et Evaluation

La majorité des postes de santé visités ne procèdent à aucun monitoring des différents indicateurs (couverture vaccinale des différents antigènes, taux d'abandon, taux de perte) et les agents de santé ne font pas de synthèse annuelle des activités vaccinales. Il est donc difficile voir impossible de fixer des objectifs cohérents en début de période. Ces agents de santé expliquent ces lacunes par le manque de formation et de supervision.

Les dénominateurs et les populations cibles ne sont pas souvent connues par les agents de santé. La population étant mobile (population nomade) il est difficile pour ces agents de mettre en place des mécanismes pour suivre les perdus de vue. Souvent le calcul pour le dénominateur se fait sur la base de la directive nationale en considérant les pourcentages suivants de la population de zone: 4,19% pour les enfants de 0-11 mois et 4,75% pour les femmes enceintes.

Les indicateurs de performance ne sont pas souvent 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 plus part de ceux vaccinés à la stratégie avancée ne sont pas enregistrés dans le registre de vaccination, et par conséquent ne peuvent pas être suivis.



être considérée comme la position officielle de l'Union Européenne.

aucun cas

3.5. Indicateurs clés

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 pour suivre les mouvements de sortie et d'entrée des seringues.

La notification des cas de MAPI n'est pas prévue sur la fiche du rapport mensuel. En plus, ils n'existent pas de fiches d'investigation et de directive formalisée pour la prise en charge.

Perte

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'entrées des vaccins pour l'année d'audit (2003). Les données enregistrées dans l'ordinateur n'ont pu être récupérées car celui est hors d'usage. Le registre de et d'entrée des vaccins de 2003 n'a pas été rempli.

Au niveau du rapport mensuel, il existe une rubrique pour la situation des antigènes et la notification du taux de perte des vaccins mais celle-ci n'est pas remplie par les agents de santé. Pour l'année de l'audit, cette rubrique incomplète ne permet pas de calculer le taux de perte des vaccins.

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 83 % au niveau national.

- Les postes de santé ne rapportent pas souvent les données dans les délais compte tenu des distances et des problèmes d'accessibilité. La transmission des données se fait par l'agent ou par l'intermédiaire d'une tierce personne. A ce niveau il peut y avoir des problèmes de transmission (fiabilité des moyens de transmission) avec perte de rapport.
- Les districts reçoivent les données, gardent une copie et envoient l'original du rapport au niveau national. Les compilations à ce niveau ne sont pas systématiques car il s'agit de données pour les rapports annuels. Les différents points focaux PEV ne possédant pas de matériel informatique, les compilations des données pour le district se font dans d'autres bureaux disposant d'ordinateur. Il peut y avoir des pertes de rapports lors des différentes saisies. A ce niveau l'archivage des données n'est pas satisfaisant car plusieurs rapports pour l'année d'audit n'ont pas été retrouvés.
- Le niveau national reçoit tous les rapports de tous les centres et les compile pour le rapport annuel. A ce niveau, il peut se poser le problème d'archivage des données.

Complétude des rapports des CS	NEMA	KAEDI	ROSSO	DAR NAIM
	97%	95%	69%	94%



Les autres indicateurs clés

Les taux nationaux de couverture vaccinale DTC3<1 et d'abandon (DTC1<1 à DTC3<1) sont respectivement de 70,7% et 16,2%, et la variation du nombre de DTC3 notifié (2002 – 2003) est de – 10 884. Le pourcentage des districts avec une proportion de DTC3<1 supérieure à 80% est passé de 39,6 à 22,6% et le pourcentage des districts ayant un taux d'abandon DTC1 <1 à DTC3 <1 inférieure à 10% est passé de 37,7 à 35,8%. Ces chiffres démontrent d'une baisse de la performance des activités vaccinales du PEV en Mauritanie.

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

District	Taux de couverture	Taux d'abandon	Variation 02-03
Néma	82,3%	9,9%	313
Kaédi	75%	16,3%	-275
Rosso	85,8	8,7%	187
Dar Naim	73,7%	-3,8%	-132

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'introduction et l'utilisation systématique de « fiches de pointage » dans les postes et centres de Santé.
- L'Introduction d'un nouveau registre permettant de retrouver l'historique vaccinale d'un enfant.
- L'enregistrement unique des enfants.
- Enregistré de façons simultanée les données sur supports informatique et dur (registre, fiche) au niveau national et des districts.
- L'élaboration de directives pour l'enregistrement et le rapportage des données de vaccination, pour l'archivage des données et pour la sauvegarde des données informatiques.
- La retranscription des données des stratégies mobiles et avancées au niveau des registres de vaccination.
- Elaboration de directives pour l'utilisation effective des fiches ou registre de gestion de stock de vaccins et de seringues.
- Elaboration des directives écrites pour la rétro information et la gestion des MAPI.
- Elaborer et diffuser des directives pour l'utilisation de tous les supports.
- Former les agents de santé à l'utilisation de ces supports
- Renforcer la supervision



4.2. Autres recommandations

Collecte/enregistrement

- Harmoniser tous les supports de collecte des données
- Introduire des registres pour la gestion des stocks au niveau des districts ainsi qu'au niveau des Postes de Santé avec des rubriques pour le numéro du lot et des dates d'expiration.
- Harmoniser l'enregistrement des données au niveau des registres
- Tenir à jour les fiches de gestion de stock des vaccins
- Mettre en place une procédure écrite pour le traitement des données (à temps et en retard) et la sauvegarde des données informatiques.
- Mettre à la disposition des centres de santé des fiches de gestions de stocks pour les seringues.

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 des données.
- Mettre en place une procédure pour la sauvegarde des données informatiques.
- Donner des directives pour l'archivage efficace des différents supports.

Suivi/évaluation

- Mettre en place des formats de rétro information systématique à tous les niveaux.
- Mettre systématiquement la date sur les tableaux et graphiques qui sont imprimer
- Mettre systématiquement sur les rapports les dates de réception à tous les niveaux.
- Afficher dans le bureau du responsable PEV à chaque niveau la population totale, les populations cibles ainsi que les différents indicateurs et actualiser ces données.
- Elaborer des directives pour le monitoring systématique des différents indicateurs (taux de couverture vaccinale, 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 des dénominateurs et à la fixation des objectifs cohérents.

Conception du système

- Mettre en place des instructions écrites pour l'utilisation des supports
- Elaborer des directives pour le rapportage des données de vaccination, pour l'archivage des données, pour la sauvegarde des données informatiques
- Mettre en place un nouveau système des collectes des données dans lequel le niveau national ne recevra que les compilations des districts.



5. ANNEXES

ANNEXE I

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

Formation sanitaire par district

Nema	Kaedi	Rosso	Dar Naim
CS Nema	PMI CENTRAL	CS Rosso	Tensoueilim
Bangou	TOUFND CIVE	Satara	Tab Salam Diam
Mavnadech	TOULDE	NDIOURBEL	Tab EL Khair
Agoeinit	AMPF	KHAIRYA	Tab EL Avia
Weizen	Djeol	JDREL MOGHIN	Ampf
	H.R.K.	Ampf	Tab Teissir

District 1 : Nema

Nom	Fonction
1. Dr Sidi Mohamed Laghdaf	Directeur Régional de Santé Hodh Echargui
2. Dr Diallo Mohamed Lemin	Médecin Chef du District
3. Dr Wague Cheikhou	Medecin Chef du District Bassikinou
4. Mr Mahmoud Mohamed	Responsable PEV Région

District 2 : Kaedi

Nom	Fonction
1. Dr Kelly	Directeur Régional de la Santé
2. MR NDIAYE	Responsable PEV
3.	

District 3: Rosso

Nom	Fonction
1. Dr Traore Abdahi	Directeur Régional de la Santé
2. Dr Boullah Bacar	Médecin Chef
3. Mme Fatou	Responsable PEV

District 4 : Dar Naim

Nom	Fonction
1. Dr. Abdat Ould Abbe	Directeur Régional de la Santé Nouakchott
2. Dr. Weddady Mohamed	Medecin Chef du District
3. Dembele Zenabou	Sage-Femme, Chef Maternité
4. Cheikh Alem Mariam	Sage-Femme, Responsable PMI
5. Yaya Mohamed Aicha	Responsable PEV Région



Niveau central	
Nom	Fonction
Dr. Ishagh Ould Khalef	Coordonnateur National PEV
Dr. Idoumou Ould Mohamed Vall	Directeur de la Protection Sanitaire
Diaw Mamadou	Gestionnaire de Données
Rassoul Ould Ahmed Taleb	Point Focal Communication PEV
Dr. Souleymane Diallo	Représentant UNICEF
Prof : Diallo Mamadou Pathe	Représentant OMS
Dr. Bechir Ould Aouen	Chef Projet Santé , UNICEF
Mme Amber Surrency	Consultante PEV, UNICEF
Dr. Ngoyagoye Leonce	Point Focal PEV OMS
Débriefing	
Nom	Fonction
Dr Idoumou Ould Med Vall	Directeur de la Protection Sanitaire
Dr Abdat Ould Abbe	Directeur Régional de la Santé Nouakchott
Dr. Mohamed Ould Siddat	PEV UNICEF
Dr. Tikela Tao	Consultant PEV, OMS
Mme Amber Surrency	P.O. UNICEF
Dr. Ishagh Ould Khalef	Coordinateur PEV
Dr. Mohamed Abderrahmane Ould Nafe	PEV
Diaw Mamadou	PEV
Dr. Bienvenu Tollo	Auditeur Externe, GAVI
Dr Claude Konan	Auditeur Externe, GAVI
Dr. Ouedraogo Adama	Consultant UNICEF



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%	15	12
Districts avec la couverture rougeole<1 > 90%	10	4
Taux d'abandon	NA	Na
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	NON
Taux de perte en HVB	NON	NON
Taux de perte en Hib	NON	NON
Rupture de stock en vaccins en 2003		VAR EN MAI/JUIN
Nombre des districts avec rupture de stock en 2003	0	NA
% 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		NA
Nombre des districts ayant été supervisé au moins une fois		50%
Nombre des districts qui ont supervisé toutes les FS en 2003	NA	NA
Nombre des districts ayant un volet PEV de routine dans leurs micro-plans.	53	53



Les indicateurs clés au niveau du district

		D1	D2	D3	D4
Couverture en DTC3 du district	Au niveau central	79%	76%	78%	74%
	Au district	90%			62%
Couverture rougeole du district	Au niveau central ¹	69%	70%	69%	76%
	Au district	74%			65%
Taux d'abandon DTC1-3 ²	Au niveau central	NA	NA	NA	NA
	Au district	NA	NA		
Les seringues fournies en 2003	Au niveau central	Autobloquant	Auto bloquants	Auto bloquants	Auto bloquants
	Au district	11960	Auto bloquante	Auto bloquante	Auto bloquante
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	12/12	12/12	12/12	12/12
	Au district	12/12	NA	NA	12/12
Nombre des rapports du PEV de routine reçus	Au niveau central				
	Au district	12/12	NA	NA	12/12
Nombre des rapports du PEV de routine reçus à temps	Au niveau central				
	Au district	12/12	NA	NA	12/12
Rupture de stock en vaccins aux districts	Au niveau central	VAR	VAR	VAR	VAR
	Au district	NON	NON	NON	NON
Es-ce que le district était supervisé par le niveau supérieur en 2002	Au niveau central	NA	OUI	OUI	OUI
	Au district	NA	OUI	OUI	OUI
Est-ce que le district a supervisé toutes les FS en 2003 ?	Au niveau central				
	Au district	OUI	NON	NON	OUI
Le district avait-il un micro-plan en 2002	Au niveau central				
	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)

Districts	Enregistrement	Archivage Rapportage	Suivi/Evaluation	Démographie
Nema	4.44	2.50	2.00	3.00
Kaedi	0.56	1.67	0.45	4.44
Rosso	1.67	1.67	2.27	3.89
Dar Naim	0.56	1.67	2.50	2.50
Moyen	1.81	1.88	1.81	3.46

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

	D1 Nema			D2 Kaedi			
	Enreg.	Arch/Rap.	Suivi/Eval	Enreg.	Arch/Rap.	Suivi/Eval	
CS Nema	3.67	3.75	2.22	PMI CENTRAL	2.00	2.50	1.11
Bangou	3.33	3.75	3.89	TOUFND CIVE	2.67	3.75	2.22
Mavnadech	1.33	2.50	1.67	TOULDE	1.00	0.00	1.11
Agoeinit	1.67	1.25	2.22	AMPF	1.33	1.25	0.56
Weizen	2.33	2.50	1.11	Djeol	1.00	0.00	1.67
				H.R.K.	1.33	1.25	0.56
Moyenne	2.47	2.75	2.22	Moyenne	1.56	1.46	1.20

	D3 Rosso			D4 Dar Naim			
	Enreg.	Arch/Rap.	Suivi/Eval	Enreg.	Arch/Rap.	Suivi/Eval	
CS Rosso	3.33	5.00	1.11	Tensoueilim	2.33	3.75	2.78
Satara	1.07	0.00	1.25	Tab Salam Diam	4.00	3.75	3.33
NDIOURBEL	1.33	2.50	2.22	Tab EL Khair	3.00	2.50	2.78
KHAIRYA	2.33	3.75	2.78	Tab EL Avia	4.00	3.75	2.78
JDREL MOGHIN	2.00	3.75	1.11	Ampf	4.33	3.75	2.78
Ampf	1.33	3.75	1.11	Tab Teissir	2.67	2.50	2.22
Moyenne	1.90	3.13	1.60	Moyenne	3.39	3.33	2.78



Annexe IV Commentaires et observations des centres de santé individuels

District de Nema

Une comparaison des activités des cinq unités de santé laisse à noter certaines différences au niveau des centres. La plus grande difficulté se situe au niveau de la gestion des stocks de vaccin.

CS Nema, Bangou et Weizen : seulement ces trois centres disposent d'un registre ou cahier de gestion des stocks. Pendant que l'enregistrement des vaccins est complet au CS Nema et Bangou, il n'est pas à jour pour le vaccin anti-tétanique à Weizen. Aucun des unités n'enregistre le numéro de lot et la date de péremption des vaccins.

Mavnadech et Agoeinit: Il n'existe aucune gestion des stocks de vaccin dans ces postes. Au niveau de ces deux postes le registre de vaccination des enfants et pour les femmes enceintes est incomplet et même inexistant à Agoeinit pour les vaccinations anti-tétaniques, où les données sont pointées sur des feuilles de brouillons. Après un enregistrement direct sur les fiches de rapportage mensuelles, ces feuilles sont détruites, ce qui empêche le recomptage. Il existe un grand problème pour les méthodes de traitement et gestion des rapports à Agoeinit, Mavnadech et Weizen. Les Agents de ces trois centres doivent suivre encore des formations pour la maintenance des données du PEV.

Concernant les la qualité des données seuls le **CS Nema et surtout Bangou** (tous les scores au delà de la moyenne à Bangou) présentent un bon score. Mais il reste beaucoup à faire au CS Nema en ce qui concerne les pratiques monitoring et d'évaluation. Des résultats insatisfaisant sont notés au niveau des postes de **Mavnadech, Agoeinit et Weizen** à cause de la négligence dans la gestion des données.

District de Kaédi

PMI Centrale: L'enregistrement des données des stratégies fixes se fait dans des registres. Cependant il est impossible de retrouver l'histoire vaccinale de l'enfant à partir du registre. Les activités des stratégies mobiles et avancées sont menées sur instruction du district et ne sont pas reversées dans le registre mais sur autres supports (cahiers, feuilles) qui sont soit gardés par le district ou soit par le médecin chef du district. Les feuilles de pointage journalier ne sont pas utilisées. Il existe des registres pour l'enregistrement des informations individuelles relatives aux femmes enceintes et aux enfants de moins d'un an.

Par ailleurs, il n'existe pas dans ce poste de santé, des fiches de gestion pour l'enregistrement journalier des mouvements des vaccins et seringues. En outre la rubrique du rapport mensuelle réservée à la situation des antigènes n'est pas souvent remplie. La situation des antigènes se fait à partir du décompte physique.

Le dénominateur et les populations cibles ne sont pas connues par les agents de santé.

Le centre ne procède à aucun monitoring et les différents diagrammes ne sont pas affichés au mur. A ce sujet, les agents ont évoqué le manque de formation.

Les supports ne sont pas bien archivés. Les rapports et formulaires antérieurs ne sont ni conservés dans le même endroit ni classés par date dans un fichier. Les agents ne connaissent les procédures de prise en charge des MAPI.

La différence entre les rapports du district (988) et les rapports mensuels du poste de santé (246) est due au fait que le centre a effectué des activités mobiles aux mois de janvier, février, avril, mai, juillet, août mais ces données ont été rapportées à la souche du rapport mensuel du district mais pas à celui du district.

La différence entre les données des rapports du district et les données recomptées s'explique par le fait que les données des activités mobiles ont été enregistrées dans des cahiers qui n'ont pas été retrouvés.



Tounfné Civè: C'est un poste de santé géré par une ONG la « CARITAS »

Les données sont enregistrées dans un registre spécial créé par le responsable du poste de santé. L'explication est que le registre officiel n'est pas adapté car il ne permet pas de marquer l'histoire vaccinale des enfants. Il n'existe ni de feuille de pointage, ni de fiches journalière pour les mouvements d'entrées et sorties des vaccins et seringues. Le monitoring des indicateurs n'est pas fait.

Les archives sont bien tenues et classés. C'est le poste de santé du district où l'on a un meilleur archivage.

La différence entre les données rapportées et recomptées est du

Touldé: Dans ce poste de santé, les archives sont mal tenues et conservées. Seulement 4 rapports mensuels de l'année d'audit ont été retrouvés. Au niveau du registre, les données sont mal transcrites et des pages sont inexploitable. Ces faits expliquent les différences qui existent entre les données des rapports du district, des rapports au niveau du poste de santé et les données recomptées. A l'instar des autres postes de santé, Il n'existe ni de feuille de pointage, ni de fiches journalières pour les mouvements d'entrées et sorties des vaccins et seringues. Le monitoring des indicateurs n'est pas fait et l'agent ne connaît pas son dénominateur et ses cibles.

AMPF : C'est une ONG spécialisée dans les Services de Santé de la Reproduction. L'activité vaccinale est un service intégré.

L'enregistrement des données ne permet pas de voir l'histoire vaccinale des enfants. Le poste de santé n'enregistre pas les mouvements d'entrées et de sorties des vaccins et seringues. Les activités de monitoring ne sont plus pratiquées. Contrairement aux autres postes de santé, les registres sont bien tenus et les documents parfaitement archivés. Il existe une différence entre les données compilées du district (296) et les rapports trouvés au niveau du poste de santé (277). Cette différence est due au fait que le poste a mené des activités mobiles, mais les données ont été rapportées au niveau du district (la souche réservée au district) mais pas au niveau du poste de santé. Cependant la différence entre les données des rapports mensuels du poste de santé (296) et les données recomptées (277) est le fait que les registres des activités mobiles étaient indisponibles.

Djéol : Dans le poste de santé de Djéol, aucun rapport mensuel de l'année 2003 n'a été retrouvé. Le nouvel infirmier arrivé en décembre 2003, n'a trouvé aucune archive concernant les rapports mensuels. Quand au registre, il existe mais sont mal tenu. L'enregistrement des données ne permet pas de voir l'histoire vaccinale des enfants. L'agent ne connaît ni son dénominateur, ni ses populations cibles. Les activités de monitoring des différents indicateurs (taux de couverture, taux d'abandon, taux de perte) ne sont pratiquées. Il n'existe pas de fiche de gestion journalière pour les mouvements d'entrées et de sorties des vaccins et des seringues. En outre la rubrique réservée à la situation mensuelle des antigènes, leur de péremption et le numéro du lot ne sont pas remplies.

HRK : A HRK, des pages des registres 2003, sont arrachées et le registre est mal tenu. Les rapports ne sont pas conservés dans un seul endroit. Certaines données n'ont pu être disponibles lors des recomptes de DTC3<1. C'est probablement ce qui explique la différence entre les données des rapports mensuels du poste (27) et les données recomptées (17). L'enregistrement des données ne permet pas de voir l'histoire vaccinale des enfants et les fiches de gestion des vaccins et seringues ne sont pas utilisées.

District de Rosso

CS Rosso : Les données des stratégies fixes sont faites dans un registre spécial après la formation initié par la Direction Générale. Dans ce registre, les enfants sont enregistrés une



Ce document était élaboré avec l'appui financier de l'Union Européenne. L'avis y exprimé ne peut en aucun cas être considéré comme la position officielle de l'Union Européenne.

seule fois ce qui permet de retrouver facilement l'histoire vaccinale de l'enfant contrairement au registre officiel. Quand aux données des stratégies mobiles, elles sont enregistrées sur d'autres supports et ne sont pas reversées dans le registre. Ces enfants ne peuvent donc pas être suivis. Les dénominateurs et les populations cibles ne sont pas souvent connus. Les activités de monitoring ne sont pas à jour et il n'existe pas de fiche de gestion de stock des seringues. La différence entre les données rapportées et recomptées est due au fait qu'une partie du registre de l'année 2003 et les données des stratégies mobiles enregistrées sur dans des cahiers n'ont pas été retrouvées.

Quand à la différence entre les données du district et celles retrouvées au poste de santé est le fait de rapport mensuel des activités fixes du mois de mai et août qui n'ont pas été retrouvés au niveau du district et national.

Satara: A Satara, les rapports mensuels de l'année de l'audit, n'ont pas été retrouvés. La différence entre les données retrouvées au niveau du district et celles recomptées est due à un mauvais rapportage des données dans le rapport mensuel. En effet, le système d'enregistrement unique des enfants étant nouveau, les agents éprouvent souvent des difficultés lors des synthèses mensuelles. Les activités de monitoring n'existent pas et il n'y a pas de fiche de gestion journalière pour la gestion des vaccins et seringues.

Poste de santé de Ndiourbel: Seulement 75% des rapports du poste de santé ont été reçus au niveau du district. Il s'agit du mois d'août, septembre et octobre. Alors que ces données sont retrouvées au niveau national. C'est qui explique la différence entre les données des rapports du district et celles recomptées. A l'instar des autres postes de santé, les dénominateurs et les populations cibles ne sont pas connus. Nous notons une absence de monitoring des indicateurs ainsi les fiches de gestions journalières des vaccins et seringues.

Poste de santé de Khairia: L'enregistrement des données permet de retrouver l'histoire vaccinale des enfants. Les fiches de pointages ne sont pas utilisées et il n'existe pas de fiche pour la gestion des vaccins et seringues. Les dénominateurs et les populations cibles sont connus mais le poste ne procède à aucun monitoring des différents indicateurs (taux de couverture vaccinale, taux de perte, taux d'abandon) Les différentes synthèses sont faites, mais ne sont pas affichées. Tous les rapports et registres sont bien classés et archivés. C'est le poste de santé où les archives sont bien tenu et archivés.

La différence entre les données du district et les rapports du poste est due au fait que le rapport de juin n'a pas été retrouvé au niveau des archives du district. Par ailleurs, la différence les données du poste de santé et celles recomptées est selon l'infirmier due à des erreurs pendant les différentes synthèses mensuelles.

Poste de santé de Jidr El Mohgine: Les rapports des mois de mai et décembre n'ont été retrouvés dans les archives du district. C'est ce qui explique la différence entre les données du district et celles retrouvées au poste de santé. La différence entre les données des rapports et celles recomptées est le fait d'un mauvais rapportage. Les agents expliquent ces erreurs par la difficulté des synthèses mensuelles du nouveau système qui consiste à enregistrer l'enfant une seule fois.

Les activités de monitoring sont pratiquées mais elles ne sont pas à jour. Les dénominateurs et les populations cibles ne sont pas connus et les mouvements d'entrées et de sorties des vaccins et seringues ne sont pas enregistrés.

AMPF: L'AMPF qui est une ONG a débuté ces activités de vaccination en mai 2003 et n'a pas participé à la formation organisée par la Direction Régionale. Les données sont donc enregistrées dans le registre officiel. Les enfants sont enregistrés plusieurs fois, ce qui ne permet pas de retrouver facilement leur histoire vaccinale. Le registre est mal tenu et mal rempli. L'ONG exerce ces activités dans une large zone, ce qui ne lui permet pas de connaître ces dénominateurs et ces populations cibles. Aucun monitoring des indicateurs n'est pratiqué et les mouvements d'entrées et de sorties des vaccins et seringues ne sont pas enregistrés.



District de Dar Naim

Le problème de gestion des stocks se remarque aussi au niveau de toutes les unités de vaccination.

Tensoueilim, Tab Salam Diam, Tab EL Avia et AMPF: pendant que ces postes disposent des registres ou cahier de gestion des vaccins, cette gestion n'existe pas à **Tab EL Khair** et **Tab Teissir**. La gestion des stocks est seulement complète à Tab EL Avia pour l'année audité.

Tab Teissir: Ce Poste ne dispose pas actuellement de chaîne de froid. A part les postes de AMPF et de Tab EL Teissir, il existe un problème de maintenance des registres de vaccination infantile et des vaccins anti-tétanique. Ceci est beaucoup plus remarquable à **Tab EL Avia** et **Tensoueilim** surtout pour le VAT2+. Ces données sont souvent enregistrées directement sur les fiches de rapportage mensuelles à partir des feuilles de pointages ou des brouillons et ces enregistrement préliminaires ne sont plus disponibles. Le problème de formation des Agents se pose aussi ici comme c'est le cas dans la Moughatar de Nema.

Les pratiques d'enregistrement des données doivent être améliorées à **Tensoueilim**, pendant qu'il se pose un problème de monitoring et d'évaluation à **Tab Teissir**.

Les pratiques d'archivage/rapportage nécessitent d'être renforcées et bien organisées à **Tab EL Khair et Tab Teissir**.

Cependant **Tab Salam Diam, Tab EL Avia** et surtout **AMPF** présentent un bon score pour les pratiques d'enregistrement, de monitoring/évaluation et d'archivage/rapportage.

