

GAVI
*LE CONTROLE DE LA QUALITE DES
DONNEES*

TOGO

Date: 09/08 au 24/08/ 2004



LIVERPOOL ASSOCIATES IN
TROPICAL HEALTH, UK

En collaboration avec



EURO HEALTH GROUP,
DENMARK

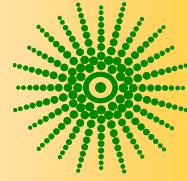


Table des matières

	Rapport de synthèse
1.	Introduction
2.	Contexte
2.1	Le contexte national
2.2.	Flux du rapport
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
	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 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 un auditeur expérimenté et deux auditeurs stagiaires. Le DQA s'est déroulé au niveau central au PEV, au SNIS avant de se rendre dans quatre districts et 21 formations sanitaires soient 6 par district à l'exception du district II de Lomé où 3 formations ont été visitées. Toutes les 21 formations sanitaires ont été choisies de manière aléatoire. La méthodologie adoptées 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)			0,893	
Les indicateurs clés:				
La couverture en DTC3		59%	75%	
Les taux d'abandon DTC1-3		22%	13,3%	
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	VAT : Avril	
Les micro-plans des districts		NA	100%	
		NA		
L'IQS au niveau central		NA	76,2	
L'IQS moyen pour les districts		NA	83,7%	
L'IQS pour les formations sanitaires		NA	77,71%	



Constats

En général le Programme Elargie de Vaccination (PEV) fonctionne bien au Togo.

Le personnel des trois niveaux, qui ont fait l'objet de l'audit, sont 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.

Collecte et Enregistrement.

Seulement 9 Centres de Santé disposaient des fiches de pointages et sur ces 9, la moitié utilisait correctement ces fiches.

Les registres des vaccinations sont disponibles et utilisés dans tous les centres visités.

Les enfants moins d'un an et les femmes enceintes vaccinés dans les centres de santé (stratégie fixe) sont enregistrés dans les registres de vaccinations, tandis que la plus part des enfants vaccinés à la stratégie avancée ne sont pas enregistrés dans le registre de vaccination, et par conséquent ne peuvent pas être suivi. Cependant dans 4 centres de santé, l'enregistrement des données ne se faisaient pas correctement (les dates de naissance ou de vaccination ne sont pas souvent marquées, le chevauchement des lignes).

Les données des stratégies avancées sont enregistrées sur des supports non officiel (cahier, feuilles volantes) et ne sont pas souvent reversées dans le registre. Parfois ces supports sont inexploitable et indisponibles.

Les DTC administrés aux enfants de plus d'un an ne sont pas enregistrés, et sont considérés comme faisant partie du taux de perte (doses sacrifiées).

Dans certains centres (district de Kloto), il semblerait que les enfants de plus d'un an ne sont pas vaccinés pour le DTC.

Les fiches de gestion de stocks des vaccins et des seringues, ne sont souvent pas à jour et les numéros des lots des vaccins ne sont pas mentionnés.

La tenue à jour des fiches de stock des vaccins au niveau des districts et des centres de santé ne correspond pas les normes standards internationaux GMP (Good Managing Practise).

Par ailleurs, il n'existe pas de fiches particulières pour la gestion des seringues et du matériel.

Rapportage, Suivi et Evaluation

Le format intégré de rapportage des données sanitaire (introduit au Togo dans les années 90) est excellent et pourrait servir de modèle pour d'autres pays en voie de développement. Cependant, un des districts visités avait introduit en juillet 2003 un système de double rapportage, des centres de santé au district.

Les différents centres de santés ont une bonne complétude et promptitude de rapportage (100%) au niveau national. Les rapports sont très bien archivés. Cependant ils ne portent pas souvent les dates de leurs réceptions et les documents imprimés (carte, graphique) ne portent pas la date de la création et impression.

Il n'existe pas de directive pour traiter les rapports qui sont transmis en retard ainsi que la sauvegarde des données informatiques.



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 suivi.

Tous les centres procèdent de façons régulières au monitoring des différents indicateurs (couverture vaccinale, taux d'abandon, taux de perte) et ont mis en place avec l'aide des Agents de Traitement Communautaire et les chefs locaux, des mécanismes pour suivre les perdus de vue. Par ailleurs, nous avons noté l'absence de rétro information après les réunions dans certains districts, de planning de supervision (1 district) et aussi une irrégularité dans les supervisons à tous les niveaux.

La conception:

Nous avons noté au cours de l'audit, l'absence de directive officielle formalisée à tous les niveaux. Ceci peut avoir des conséquences néfastes sur la bonne marche du système.

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
 - L'élaboration des directives pour l'enregistrement et le rapportage des données de vaccination, pour l'archivage des données et pour leur sauvegarde informatique
 - La retranscription des données des stratégies avancées au niveau des registres de vaccination
 - La gestion des registres de stock de vaccin et de seringues
 - L'élaboration d'instructions écrites pour la rétro information et la gestion des MAPI
- Former les agents de santé à l'utilisation de ces supports.
- La réintroduction de l'enregistrement et du rapportage des vaccinations administrées aux enfants de plus d'un an.
- S'Assurer que les enfants de plus d'un an sont vaccinés contre le DTC et la Rougeole en accord avec les directive OMS.
- Eviter reportage double des centres de santé, ce qui a été introduit dans certains Districts
- Elaborer des formats de rétro information qui seront systématiquement distribué après les réunions.
- Elaborer des directives pour le traitement des rapports qui sont transmis en retard et la sauvegarde des données informatiques.



- Mentionner sur les rapports, la date de leur réception, et inscrire sur les tableaux, cartes et graphiques les dates de leur création et impression.
- Mettre à la disposition des districts et des centres de santé, des fiches d'investigation pour les MAPI et des fiches de gestion de stock des seringues.

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, 4 pays vont subir le DQA. Il est envisagé que chaque pays ayant subi le DQA maîtrise ce processus de afin d'améliorer son système d'enregistrement des données et d'établissement des 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 au Togo du 9 au 24 août 2004, par l'équipe suivante:

Nom	Fonction	Districts visités
Dr WALLEVIK Knut	<i>Auditeur externe</i>	<i>Lacs, District II</i>
Dr KONAN Claude	<i>Auditeur externe</i>	<i>Binah, District II</i>
Dr TOLLO Bienvenu	<i>Auditeur externe</i>	<i>Kloto, District II</i>
Dr DEKU	<i>Auditeur interne</i>	<i>Lacs, District II</i>
Mr LACLE	<i>Auditeur interne</i>	<i>Binah, District II</i>
Dr N'TAKPI	<i>Auditeur interne</i>	<i>Kloto, District II</i>

L'équipe a travaillé au niveau central au SNIS et au PEV ainsi qu'au niveau des districts et des formations sanitaires. Les quatre districts suivants ont été visités selon l'échantillonnage au hasard fait en avance: et six formations sanitaires (FS) étaient sélectionnées au hasard dans chaque district. La mission s'est bien déroulée et tous les districts et centres de santé sélectionnés ont pu être visité.

Une réunion de débriefing a eu lieu le 24/08/2004 avec les membres du Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) sous la présidence du Directeur de la Santé

2. Contexte

2.1 Le contexte national

Situé en Afrique occidentale sur la côte du Golfe de Guinée, le Togo a une superficie de 56 600 km². Il est limité au nord par le Burkina-Faso, au sud par l'Océan Atlantique, à l'ouest par le Ghana et à l'est par le Bénin. Pays de plaines, le Togo est traversé en écharpe par une chaîne de montagnes et de plateaux.

Selon les résultats du dénombrement de la population en 1997 par la Direction Générale des Statistiques, la population du Togo est estimée après actualisation sur la base du taux d'accroissement annuel de 2,46% à 4,970,000 habitants en 2003.



La proportion des enfants de moins d'un an est de 4 % et celle des moins de 5 ans est calculée sur la base de 20%.

Le Togo est subdivisé en 6 régions sanitaires, 35 districts sanitaires. Il compte 499. Unités de Soins Périphériques (USP) dans le secteur public et 27 formations sanitaires (FS) privées confessionnelles ou laïques. Le nombre de centres de vaccination est de 600.

Le PEV est mis en place au Togo depuis 1980 pour faire face à l'ampleur et la gravité des maladies évitables par la vaccination. Les résultats étaient parmi les meilleurs de la sous région jusqu'en 90. Depuis 1991 les couvertures vaccinales pour tous les antigènes administrés en routine ont chuté. Le DTC3 est passé de 77% (1990) à 48% (2000).

Face à cette situation, une revue externe a eu lieu en février 2001. Elle a permis de faire une analyse de la situation dans l'ensemble du pays, d'identifier les problèmes et d'élaborer un plan stratégique 2001-2005. La révision de ce plan a abouti au plan stratégique triennal 2002-2004.

Les leçons tirées de la mise en œuvre du plan triennal en 2002 ont permis de dégager les priorités et d'élaborer le plan d'action 2003 comportant 3 axes principaux:

- Le renforcement du PEV de routine,
- Les vaccinations supplémentaires
- La surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV

L'utilisation de carnet de santé est systématique chez tous les enfants¹ et le rapportage des données est intégré avec les autres maladies.

Les fiches de pointages ont été introduites en juillet 2004.

2.2 Flux du rapport

Le format intégré de rapportage des données sanitaire (introduit au Togo dans les années 90) est excellent et pourrait servir de modèle pour d'autres pays en voie de développement. Les formats des rapports intégrés mensuels (même rapport utilisé à tout niveau de la pyramide sanitaire) sont collectés dans un cahier avec des pages détachables, une page pour chaque sujet. Les rapports sont remplis en utilisant du papier charbon, des copies sont envoyées aux institutions pertinentes par télécopieur et une copie est archivée dans la structure dont elle venait.

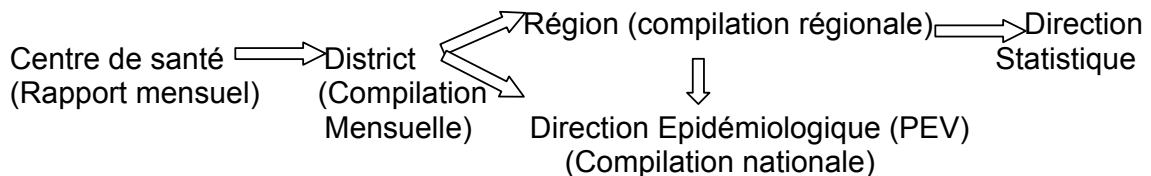
En novembre 2003 un nouveau format standard des rapports mensuels a été introduit, contenant des cases pour la perte de vaccins, ruptures de stock, MAPI, etc. Le format révisé des rapports a été introduit en avril 2004 dans 19 des 21 centres de santé visités.

¹ Les mères doivent acheter les carnets de vaccinations (100 CFA) ainsi que le carnet de santé (300 CFA).



Les données transmises par les centres de santé sont compilées au niveau des districts. Cette compilation est transmise simultanément par fax à la Direction Régionale et à la Direction du Programme Elargi de Vaccination. La Direction Régionale à son tour compile les données des Districts par ordinateur et les transmet à la Direction de la Statistique.

Nous avons noté la non harmonisation des chiffres (dénominateurs et numérateur) à tous les niveaux (National, District, Centre de Santé) (voir ci-dessus)



Il existe une collaboration étroite entre le PEV et la Division des Statistiques, Etudes et Recherches (DISER). La Division des Statistiques reçoit les rapports mensuels des données sanitaires compilées au niveau régional, basés sur les rapports reçus des districts. Au niveau régional les données sont compilées sur ordinateur et soumises sur diskette à la Division des Statistique, Etudes et Recherches. Cependant il y a un problème de complétude et de promptitude des rapports envoyés par les régions à la DISER. C'est la raison pour laquelle le rapport annuel 2003 de la Division des Statistiques n'a pas encore été élaboré. Dans le rapport annuel 2002 de la Division des Statistiques la complétude du rapportage au niveau régional est de 80%. Toutes les données du rapport annuel 2002 de la Division des Statistiques pour la vaccination ont été élaborées par le PEV et sont parfaitement en accord avec les données du rapport annuel PEV 2002.

En accord avec une directive nationale, les vaccinations des enfants de plus d'un an ne sont pas enregistrées dans les rapports mensuels des centres de santé et par conséquent ces données ne sont enregistrées ni au niveau du district ni au niveau national (ne figurent dans aucun registre).

La raison de cette pratique est que le PEV est conçue pour les enfants de moins d'un an, et par conséquent les vaccinations des enfants de plus d'un an sont considérées comme faisant partie du taux de perte (doses sacrifiées). Cette pratique a des conséquences suivantes :

- ❑ Dans certains centres de santé (District de Kloto) les enfants de plus d'un an ne sont pas vaccinés contre le DTC
- ❑ La couverture totale des enfants vaccinés, en particulier contre la rougeole, sera trop faible, étant donné que l'intervalle d'enregistrement n'est que 2 mois (au Togo la vaccination contre la rougeole n'est permise qu'après l'âge de 10 mois)
- ❑ Il est impossible de calculer la perte totale des vaccins, quand toutes les vaccinations administrées aux enfants de plus d'un an ne sont pas enregistrées et par conséquent ne peuvent être incluses dans les calculs



Le Togo est à son premier DQA

3. Principaux constats

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 du Togo est 0,893 avec un intervalle de confiance limite inférieur 0,837 et limite supérieure 0,948.

Ce chiffre est supérieur à 0,8 (seuil de validité de GAVI). La différence entre les doses de DTC3<1 rapportée et recomptée est de 883. Cette différence est due au fait que les données des stratégies avancées sont le plus souvent mal rapportées, conséquence de l'absence de directive pour le rapportage des données sur les différents supports. Tous les districts visités sont pratiquement au même niveau en ce qui concerne l'enregistrement et le rapportage des données.

De janvier à juillet 2003, les données rapportées et recomptées étaient sensiblement les mêmes pour tous les antigènes. Cependant de juillet à décembre 2003, période intense des activités de stratégies avancées, nous avons constaté un écart important entre les données rapportées des synthèses mensuelles et les données recomptées au niveau des différents supports (registres, cahier d'enregistrement des stratégies avancées et autres supports créés par les agents). Les données recomptées sont inférieures aux données rapportées. Les données des séances de vaccination en stratégie avancées sont recueillies sur des supports (cahiers, diverses feuilles), différents des supports officiels et sont soit retranscrits de façons partielle ou non au niveau des registres qui sont comptabilisés pour les rapports mensuels. Dans la majorité des centres les cahiers et autres supports utilisés pour l'enregistrement des données en stratégie avancée étaient soit inexploitable ou indisponible lors des recomptes.

Aux Districts des Lacs et District II de Lomé, des données provenant des structures privées ont été prises en compte par le district dans les rapports mensuels. Naturellement de telles activités ne sont ni enregistrées ni recomptées dans les rapports soumis par les centres de santé.

Au district Les Lacs l'introduction officielle d'un système de double rapportage des centres de santé au district (rapport mensuel standard et canevas de monitoring) depuis juillet 2003 a créé la confusion dans le rapportage aussi bien au niveau du district qu'au niveau des centres de santé. Pour l'année de l'audit une partie des centres de santé n'a pas inclus certaines données des vaccinations de la stratégie avancée dans les rapports mensuels. Seuls les canevas de monitoring ont été pris en compte. Cependant au niveau du district les données des vaccinations de la stratégie avancée ont été ajoutées au rapport soumis au niveau national, et par conséquent les données du district et celles des rapports mensuels des centres de santé ne sont pas les mêmes.



Il existe aussi des erreurs de retranscription de ces données lors de l'établissement des rapports mensuels. Cette remarque est valable pour tous les antigènes. Cependant elle est plus importante en ce qui concerne la rougeole.

La différence entre les données du JRF (149.062) et la dernière compilation (149.207) est de 145. Ceci est dû au fait que certaines données sont arrivées après le JRF.

L'intervalle de confiance assez étroite (0,83-0,96) est dû au fait que tous les centres sont au même niveau en ce qui concerne les données rapportées et recomptées.

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

3.2 Les principaux constats au niveau central

Les taux nationaux de couverture vaccinale DTC3<1 et d'abandon (DTC1<1 à DTC3<1) sont de 75% et 13,3% respectivement et la variation du nombre de DTC3 notifié (2002 – 2003) est de 34.779.

Seulement un District (Lome, District I) présenter une couverture DTC3<1 plus que 100% (201%) expliquée par la proximité de la Centre de Santé aux marché public et un dénominateur assez faible (1376)

L'indice de la qualité du système est 71,2%.

Les scores de cet indice sont les suivants :

Tableau 1 : Score de l'Indice de la Qualité du Système au niveau centrale

Pratiques d'enregistrement	Archivage /Rapportage	Suivi /Evaluation	Dénominateur	Conception du système
4	2	16	4	11
7	4	18	8	13
Performance				
2,86	2,50	4,44	2,50	4,23

Conception du système :

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 différents 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 informatisées.

L'enregistrement des réceptions des vaccins en 2003 (année de l'audit) n'était pas complet. Au niveau des fiches de gestion de stock des vaccins standardisées, elles ne sont pratiquement pas élaborées et il n'existe pas de case pour le report des numéros de lots des vaccins. Nous avons aussi noté l'absence de fiche de gestion de stock des seringues.



Suivi et évaluation

Il n'existe pas de directive pour le traitement des rapports qui arrivent en retard et en temps, ni de procédures écrite pour la sauvegarde des données. Les tableaux et les diagrammes imprimés ne portent pas systématiquement les dates de création et d'impression. Nous avons constaté l'absence de rétro information formalisée entre le niveau national et les districts et aussi une irrégularité dans les supervisions.

Il n'existe pas une carte du pays actualisé qui démontre la performance vaccinale par district.

Archivage / Rapportage

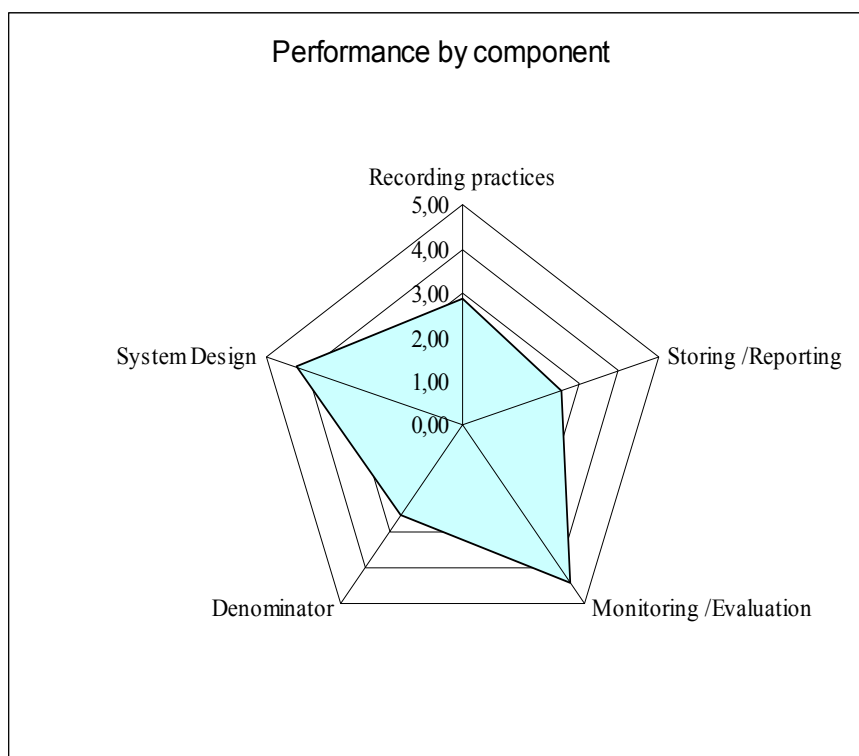
Le service de gestion des données ne dispose pas de matériel pour la sauvegarde des données. Les données au niveau central sont sauvegardées sur le disque dur de l'ordinateur du gestionnaire de données. Les rapports sont en suite archivés dans des classeurs.

Il n'existe ni de procédure écrite pour traiter les rapports qui viennent en retard ni pour la sauvegarde des données informatiques.

Dénominateur

Le dénominateur (vaccination infantile) utilisé pour l'année audité dans les 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.

Graphique 1 : Graphique de l'Indice de Qualité Système du Niveau Central



3.3 Les principaux constats au niveau du district

L'indice de qualité des différents districts est le suivant :

District II Lomé :	93,8%
District des Lacs :	81,3%
District de Kloto :	81,6%
District de la Binah :	78,1%

Tableau 2 : Tableau du Score de l'Indice de la Qualité du Système au niveau Des districts

District	Enregistrement	Rapportage/ Archivage	Suivi	Démographie/ Planification
District II	9,00	2,00	11,00	8,00
Lacs	6,00	1,00	10,00	9,00
Kloto	7,00	7,00	8,00	9,00
Binah	7,00	7,00	8,00	9,00
Moyenne	7,25	4,25	9,25	8,75

District II de Lomé

- ❑ Taux de Couverture de DTC3<1 an : 66,4%
- ❑ Abandon DTC1<1 ans a DTC3<1 an : - 6,4%
- ❑ Complétude des rapports de CdS (Centre de Santé) aux niveau district : 100%

Observations :

Rapportage DTC3<1 : Tabulation Nationale: 7297, Tabulation District : 7229, Rapport archivés au niveau district : 7297

Cette différence entre la tabulation au niveau national et celle du district s'explique par le fait que les rapports en retard ne sont pas compilés systématiquement au niveau du district avant d'être soumis au niveau national.

- ❑ Les rapports compilés au district et les données rapportées par les CdS sont identiques et explique le bon système de rapportage et d'archivage entre ces Centres et le niveau supérieur qui est le district.

Remarque Générale:

- ❑ Absence de directive pour l'utilisation des supports d'enregistrement des données
- ❑ Les fiches de stocks sont en quantité insuffisante
- ❑ Les feuilles de pointages ne sont pas utilisées dans le centre de santé de Bè-Kpota
- ❑ Les données des stratégies avancées ne sont pas reversées au niveau du registre
- ❑ Absence de fiche d'investigation pour la prise en charge des MAPI



District des Lacs

- ❑ Taux de Couverture de DTC3<1 ans : 59,8%
- ❑ Abandon DTC1<1 an a DTC3<1 ans : 15,8%
- ❑ Complétude de rapports de SdS aux niveau district : 92,8%

Observations:

- ❑ Absence de feuille de pointage

Rapportage DTC3<1 : Tabulation National : 5091, Tabulation District : 5280, Rapport archivés au niveau district : 5125

- ❑ La différence entre la compilation au niveau national et celle du district s'explique par le fait que les rapports soumis en retard au niveau du district, n'ont pas été rapportés au niveau national. La différence entre la compilation du district et les rapports archivés au niveau du district est due a des données qui n'ont pas été enregistrées au niveau CdS mais compilées au niveau district (voir ci-dessous).
- ❑ Pour 4 des 6 centres de santé il y a des différences entre la compilation du district et les rapports au niveau des CdS. Pour trois CdS ceci s'explique par le fait que le district a ajouté des données aux rapport mensuels de vaccinations, sans informer les CdS en question. Les données ajoutées viennent des hôpitaux ou des cliniques privées (veuillez voir sous les CdS individuels).
- ❑ Concernant un centre de santé, cette différence s'explique par un système de rapportage double, des CdS au niveau du district introduit en juillet 2003. Les CdS n'ont pas compilé les vaccinations de la stratégie avancée aux rapports mensuels cependant elles sont seulement incluses dans le système de rapportage des canevas de Monitoring.
- ❑ La complétude du rapportage n'est que 93% pour les rapports soumis au niveau district. Ceci s'explique en partie au fait que les CdS ayant un nombre faible de vaccinations, n'envoient pas les rapports mensuel au district.

Remarque Générale:

- ❑ Le registre des vaccins n'est pas en accord avec la bonne pratique de gestion
- ❑ Il n'existe pas pour l'année de l'audit un monitoring de la surveillance de complétude et promptitude des rapports.
- ❑ Les rapports mensuels provenant des centres de santé pour l'année en cours ne sont pas du même format.
- ❑ Il n'existe pas de procédure pour traiter les rapports qui arrivent en retard
- ❑ Les documents ne sont pas bien archivés
- ❑ Des fiches d'investigation pour la prise en charge des MAPI existent



District de Kloto

- ❑ Taux de Couverture de DTC3<1 an: 79,50%
- ❑ Abandon DTC1<1 ans a DTC3<1 an: 5,70%
- ❑ Complétude de rapports de SdS aux niveau district : 100%

Observations:

Rapportage DTC3<1 : Tabulation National : 5770, Tabulation District : 5816, Rapport archivés au niveau district : 5816

- ❑ La différence entre la tabulation au niveau nationale et celle du district s'explique par les rapports soumis en retard au niveau district, et qui n'ont pas été rapportés au niveau national. Par contre il n'existe aucune différence entre la tabulation du district et le rapport archivé au niveau du district, ce qui explique la bonne complétude des rapports des centres de Santé au District. Toutes les vaccinations faites dans les formations sanitaires sont enregistrées au niveau du District.
- ❑ Les rapports compilés au niveau du District pour 3 CdS sont différents de ceux présentés par les centres. La raison est que des vaccinations faites tardivement sont directement communiquées au District sans un enregistrement au préalable dans le registre de la formation sanitaire afin d'éviter un retard considérable qui entravera la compilation des données au niveau du District dans un délai bien fixé.

Remarque Générale:

- ❑ Absence de directive pour l'utilisation des supports d'enregistrement des données
- ❑ Absence de fiches de pointage
- ❑ Les numéros des lots des vaccins ne sont pas enregistrés sur les fiches de gestion
- ❑ Absence de fiches de gestions de stocks des seringues
- ❑ Le registre de vaccins n'est pas en accord avec la bonne pratique de gestion
- ❑ Absence de format de rétro information formalisée entre le District et les centres de Santé après les réunions
- ❑ Les rapports reçus des centres de santé ne sont pas systématiquement datés ni signés au niveau du District
- ❑ Les tableaux et les graphiques imprimés ne portent pas systématiquement la date de leur création
- ❑ Absence d'un système ou d'une fiche d'investigation de prise en charge des MAPI

District de la Binah

- ❑ Taux de Couverture de DTC3<1 an : 82,9 %
- ❑ Abandon DTC1<1 ans a DTC3<1 an : 0,3%
- ❑ Complétude de rapports de CdS aux niveau district : 100%



Observations:

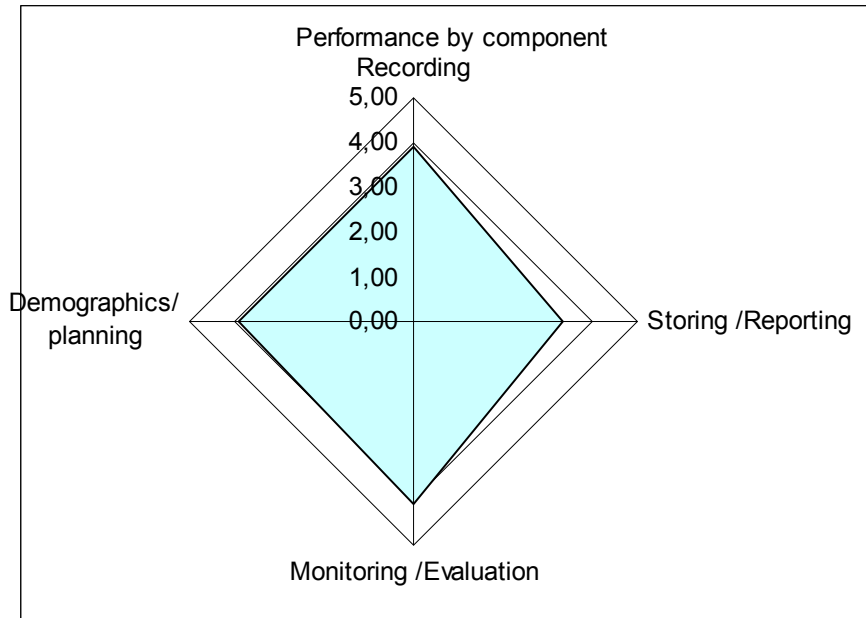
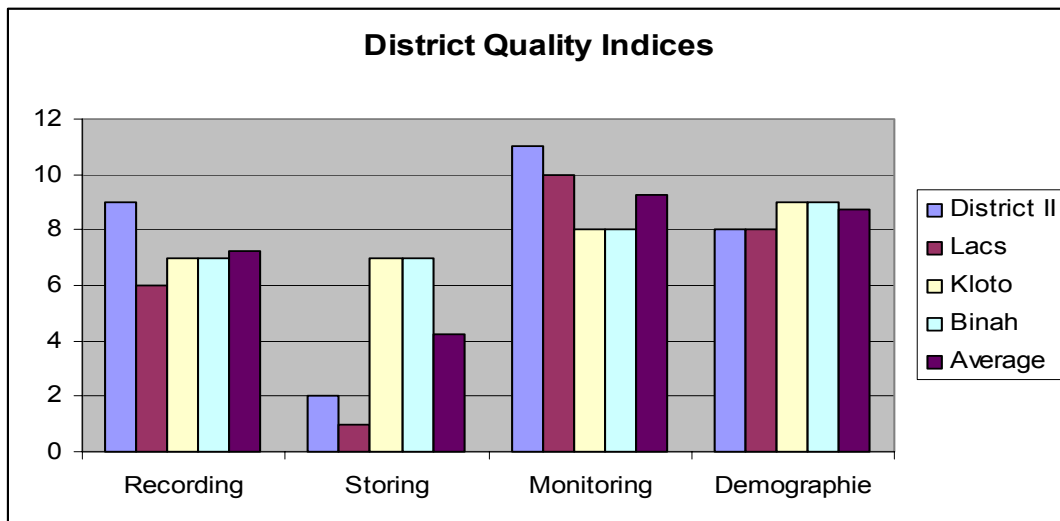
Rapportage DTC3<1 : Tabulation National : 2224, Tabulation District : 2211, Rapport archivés au niveau district : 2224

- ❑ La différence entre la compilation au niveau nationale et celles du district ainsi que celle des centres de santé s'explique par le fait d'un retard accusé dans la transmission des données. Ces données parvenues en retard ont été transmises au niveau national sans être compilées au niveau du District.
- ❑ Le taux d'abandon est passé de -4,5% à 0,3% en 2003

Remarque Générale:

- ❑ Le pourcentage d'enfant vacciné dans les différents types de stratégie n'est pas connu
- ❑ Il n'existe pas de carte de la circonscription avec l'indication des centres de santé mettant en œuvre une stratégie de vaccination.
- ❑ Absence de directive pour l'utilisation des supports d'enregistrements
- ❑ Fiche de pointage en stock insuffisant
- ❑ Absence de monitoring des activités de supervision
- ❑ Absence de planning pour la supervision
- ❑ Absence de format de rétro information formalisée entre le District et les centres de Santé après les réunions
- ❑ Les rapports reçus des centres de santé ne sont pas systématiquement datés ni signés au niveau du District
- ❑ Absence de procédure pour traiter les rapports qui arrivent en retard
- ❑ Absence d'un système ou d'une fiche d'investigation de prise en charge des MAPI



Graphique 2 : Graphique de l'Indice de la Qualité du District de la Binah**Graphique 3 : Graphique de l'Indice de Qualité des districts**

Les rapports sont envoyés au niveau du District par les responsables PEV des centres de santé lors des réunions mensuelles. Ils sont ensuite compilés, analysés et transmis à la Direction Régionale de la santé qui la transmet à son tour à la Direction de l'épidémiologie (PEV) pour la compilation nationale et à la Direction Nationale de la Statistique. Les centres qui disposent de FAX, transmettent de façon simultanée le rapport mensuel à la Direction régionale et la Direction du PEV. Cependant lors de l'élaboration des rapports annuels statistiques, le service de la statistique utilise les données de la Direction du PEV.



Dans trois districts (Binah, District II et Lacs) les traitements se font de façon manuelle. Les rapports sont ensuite classés par date et par centre de santé dans des classeurs et des chemises de bureau et sont déposés soit sur la table du responsable PEV, soit dans des armoires.

Il n'existe ni de directives écrites relatives au format et période de rapportage, ni de dates limite pour l'archivage des anciens rapports et les rapports qui arrivent en retard sont analysés et transmis à la Direction Régionale et à la Direction du PEV dès réception.

Les taux de couverture vaccinales des différents districts visités sont en nette augmentation par rapport à 2002, parfois passant pratiquement du simple au double (District II Lomé). Cette nette augmentation est due aux séances de vaccination des stratégies avancées menées entre le mois de juillet et Décembre. Cependant dans le District de la Binah, nous avons noté une baisse sensible du taux de couverture. Cette baisse peut être due aux erreurs de retranscription des données au niveau des rapports mensuels.

Les taux d'abandon sont en régression sauf dans la Binah où il est passé de - 4,5% à 0,3%. Aucune explication n'a pu être donnée par le responsable du centre.

Tableau 3: Tableau de la couverture vaccinale en DTC3<1 et du taux d'abandon des districts en 2003

District	Taux de couverture	Taux d'abandon	Variation
Lomé, District II	66,4%	-6,4%	4033
Lacs	59,7%	15,8%	1188
Kloto	79,5%	5,7%	837
Binah	82,9%	0,3%	-141

3.4 Les constats au niveau de la formation sanitaire

Les scores de l'indice de qualité sont les suivants :

	Recording	Stor/Report	Mon/Eval
Lomé, District II	13,33	4	7,33
Lacs	8,5	3,83	8,17
Kloto	9,67	4	8,5
Binah	9,83	3	8,33
Average	10,33	3,71	8,08



Enregistrement :

Les supports d'enregistrement des données de vaccination utilisés dans les différents centres de santé visités sont: les registres utilisés pour les stratégies fixes, les feuilles de pointage introduites depuis juillet 2004, les cahiers et feuilles utilisés pour les stratégies avancées. Les feuilles de pointages ne sont pas disponibles dans plusieurs centres de santé. Quand elles sont disponibles, elles sont en nombre insuffisantes (ce sont les districts ou les centres de santé qui font la reproduction : les photocopies). Cette insuffisance fait que souvent les agents de santé utilisent une feuille pour plusieurs séances de vaccinations. Les agents de santé des centres ne se sont pas encore appropriés ces feuilles car ils ne connaissent pas l'objectif de son utilisation.

Les registres sont largement utilisés mais dans quelques cas certains agents n'arrivent pas à le remplir correctement (dans 4 centres de santé dans les District Binah et Lacs, le registre à certains endroits ne permettait pas de voir l'histoire vaccinale des enfants).

Les données récoltées dans les cahiers et sur les autres supports 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. Ces pratiques sont plus marquées au niveau des stratégies avancées.

Dans tous les centres de santé les formats de rapports pour la gestion de stock des vaccins sont disponibles. Pourtant dans très peu de centres de santé les fiches de stock sont tenues de façon adéquate afin de permettre un contrôle immédiat des stocks. Les fiches de stock de l'année 2003 sont souvent incomplètes (voir perte des vaccins). Dans certains centres de santé les registres ne sont pas mis à jour. Dans la plupart des cas l'insuffisance de mise à jour des fiches de stock peut être attribuée au manque de directive.

Il n'existe pas de fiche de gestion pour suivre les différents mouvements (entrées et sorties) des seringues. Par ailleurs, les numéros des lots des vaccins ne sont pas enregistrés car les fiches de gestion des stocks de vaccin ne comporte pas de cases pour les enregistrements.

Archivage et Rapportage

Cette composante a un score élevé car les données sont bien conservées et classées dans les différents centres de santé visités. Les registres de vaccination, les rapports mensuels, les fiches de monitoring, de l'année auditée et de l'année précédente sont retrouvés sans difficultés. Cependant, les feuilles volantes et autres supports créés par les agents pour le recueil des données sont souvent indisponibles.

Suivi et Evaluation

Les agents des centres de santé visités connaissent parfaitement leur cible et leur dénominateur. Il existe un monitoring régulier des différents indicateurs (couverture



vaccinale de tous les antigènes, taux d'abandon, taux de perte). Ces indicateurs à jour sont affichés dans tous les centres visités sous forme de tableau et diagramme. Plusieurs centres en collaboration avec les Agents de Traitement Communautaires, les chefs locaux ont mis en place des mécanismes pour retrouver les perdus de vue et identifier les nouvelles naissances. Dans les centres de santé visités, il existe des cartes de la circonscription avec les différents villages mais certaines cartes ne précisent pas les villages en poste avancés. Les agents de santé informent les chefs locaux et les Agents de Santé Communautaires lorsque les taux de couverture sont en baisse. Des activités de sensibilisation, sont alors menées au niveau de la population.

Seulement dans un CdS c'était possible de observer un session de vaccination des enfant. Les vaccinations sont bien enregistré dans le registre et dans les cartes de vaccination, les vaccinations correct sont donne aux enfants et les mères était bien informée des vaccinations prochaine

Commentaires et observations des centres de santé individuels

District II Lomé

Seul un CdS (**N'Kafu**) présente un manque considérable pour les données recomptées. Ceci est le fait du non rapportage systématique des données des vaccinations en stratégie avancée dans le registre et conduit à des pertes de données lorsque le nombre des enfants vaccinés devient important.

Tous les Cds disposent des fiches de pointage pour les stratégies avancées, mais ces données ne sont pas systématiquement enregistrées dans le registre.

Les systèmes de monitoring et évaluation et d'enregistrement des données à **Adakpamè** et surtout à **Bè-Kpota** doivent être améliorés particulièrement la gestion des stocks et surtout la mobilisation des communautés pour les vaccinations.

District Les Lacs

Zowla : une partie de l'année de l'audit n'inclut pas les vaccinations de la stratégie avancée dans les rapports mensuels. Celles-ci étaient rapportées au canevas de monitoring, introduit en juillet 2003. Au niveau du district les vaccinations de la stratégie avancée étaient ajoutées au rapportage du niveau national, et par conséquent les données du district et celles des rapports mensuels des centres de santé n'étaient pas les mêmes.

A **Kpota** un grand nombre de vaccinations ont été faites dans un hôpital dans la circonscription médicale. L'hôpital rapportait le nombre de vaccinations directement au niveau du district sur un papier non officiel. Au niveau du district ces données étaient ajoutées au nombre de vaccinations rapportées dans le rapport officiel mensuel émanant des centres de santé. Par conséquent il existe une différence assez importante entre les DTC3<1 des rapports au niveau des centres de santé et ceux au niveau du district.

Aguegan et Anfoin. La grande différence entre les DTC3<1 rapporté au niveau du district comparé au nombre des rapports mensuels des centres de santé s'explique



par le fait que des institutions privées font des vaccinations et font le rapportage directement au district. Au district les données étaient incluses dans les rapports mensuels soumis au niveau national.

Pour les mois, où aucune vaccination n'a été faite, **Djeta** (ayant un nombre faible d'activité de vaccinations) n'a pas soumis des rapports de vaccinations au district. Ceci explique en partie le fait que 93% seulement des rapports des centres de santé ont été trouvés au niveau du district. A Djeta l'équipe de l'audit a été informée que si une mère n'avait pas les moyens d'acheter un carnet de vaccination, l'enfant en question était vacciné, mais n'est pas enregistré au registre des vaccinations. Si pendant la session ultérieure de vaccination la mère avait les moyens d'acheter le carnet de vaccination, l'enfant était introduit complètement au registre.

District Kloto

Toutes les formations sanitaires ne vaccinent pas les enfants > 1 an pour les vaccinations de DTC.

Les données recomptées au niveau des CdS **Kpadapé** et **Kpélé-élé** ne présentent aucune différence. Pendant que cette différence à **Agomé-tomégbé**, **Blifou** et **Adéta** est pratiquement négligeable, on note un manque considérable au niveau de **Polyclinique**. Ceci s'explique par le fait que la Polyclinique utilisait aussi les données de la maternité et des cliniques privées. Mais les rapports de ces centres ne sont pas archivés au niveau de la Polyclinique.

Le système d'enregistrement au niveau de Kpélé-élé présente des défauts surtout au niveau de la gestion des stocks de vaccins et de seringues.

Les rapports des données du DTC au niveau de la Polyclinique sont inférieurs à ceux au niveau du District. La raison est que la vaccination faite par les cliniques privées est souvent envoyée directement au District, d'où parfois un système de double rapportage.

Kpadapé et **Blifou** ont vacciné moins d'enfant en année d'audit. La raison surtout pour Blifou est due à une rupture de stock qui s'explique par un dysfonctionnement du Frigo de stockage. Le chef centre doit à chaque fois chercher une petite quantité de vaccin au district et procéder à la vaccination.

Dans toutes les centres de Santé les IEC se font aussi en collaboration avec les églises pour sensibiliser la population

District de la Binah

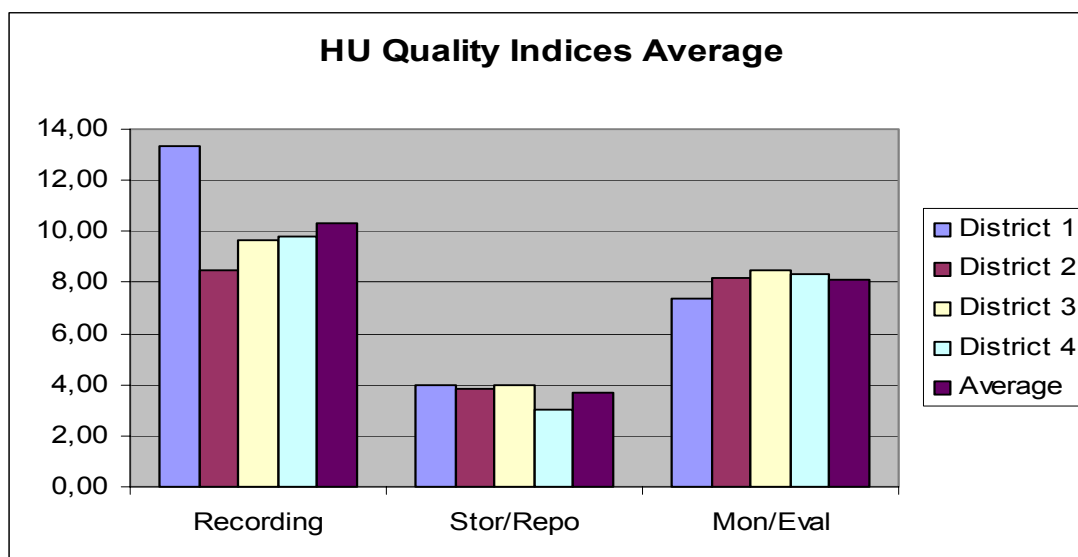
A **Sirka**, la légère différence des données entre DTC3<1 rapportées et recomptées est le fait des données des stratégies avancées qui n'ont pas été reversées dans le registre. Ce constat est le même dans le centre de santé de **Kétao** Au niveau du centre de santé de **Farendé**, les données (DTC<1) recomptées (254) sont supérieures aux données rapportées et compilées au niveau du district et au niveau national (228). Cela est dû à une erreur de rapportage des données au niveau des centres de santé.

A **Pessaré** les données recomptées (DTC<1) sont de 100 alors que celles rapportées et compilées sont de 208. L'agent de santé est en poste depuis 1mois. Certaines données rapportées par son prédécesseur et qui n'étaient pas inscrites



dans le registre étaient indisponibles. Nous observons ces mêmes écarts au niveau des autres antigènes où les données recomptées sont largement inférieures aux données rapportées. La non harmonisation des supports et l'absence de directive pour l'archivage expliquent ce constat.

Graphique 4 : Graphique de l'Indice de Qualité des Centres de Santé



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.

Sur la fiche du rapport mensuel, il existe une rubrique pour la notification des cas de MAPI. Cependant il n'existe pas, de fiches d'investigation et de directive formalisée pour la prise en charge sauf au district des Lacs.

Perte des vaccins

Tableau 1 CQD Taux de pertes des vaccins (Moyens proportionnels)

	District II Lomé	Lacs	Kloto	Binah
TP District (flacons non-ouverts)	0,2	0	0	0
TP moyen pour les FS (flacons)	18,87	NA	NA	NA



ouverts et non-ouverts) ²				
--------------------------------------	--	--	--	--

**Taux de perte au niveau national (flacons non-ouverts): Données indisponibles
Moyen proportionnel du TP des 24 FS: __NA__**

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). La balance en début d'années 2003 était indisponible. La raison est qu'il y a eu en Novembre changement de Logisticien. L'ancien n'a pas mis les données à la disposition du nouveau Logisticien et ce dernier n'est pas en mesure de nous fournir les informations nécessaires.

Les registres de stocks des vaccins sont disponibles et utilisés à tous les niveaux. Pour l'année de l'audit, les registres de stocks sont souvent incomplets et ne permettent pas de calculer le taux de pertes des vaccins.

Au niveau des formations sanitaires les pertes sont généralement des pertes de doses ouvertes. Les taux de perte par péremption ou dose cassée sont rares. Nous avons notés une régularité dans le monitoring des taux de pertes dans les rapports mensuels des différents centres visités. Cependant, les stocks de vaccin et l'indice des taux de perte des rapports mensuels au niveau des CdS sont le plus souvent calculés à la base d'un compte physique du stock à la fin du mois et non pas à partir des registres de vaccins. La perte de vaccin à partir du registre de vaccins a pu être déterminée sur 12 des 21 CdS visités.

Pour calculer la perte totale des vaccins d'un CdS il est nécessaire de savoir toute des doses de DTC administrées. Le DTC2<1ans et toutes les doses DTC administrées aux enfants de plus d'un an, ne sont pas comptabilisés dans le rapport mensuel. Sans savoir le nombre total des doses de DTC administrées il n'est pas possible d'estimer la perte correcte de vaccin.

Cependant, étant donné que les doses DTC administrées aux enfants de plus d'un an au Togo sont officiellement considérées comme une perte, la perte de DTC au niveau des CdS est calculée dans les tableurs DQA sur la base de la somme des DTC1, DTC2 et DTC3, tout en sachant que ceci ne correspond pas à la définition OMS de la perte

L'exhaustivité d'établissement des rapports

La complétude des données est de 100% au niveau national.

- Les centres de santé rapportent leurs données souvent dans les délais. La transmission se fait au cours des réunions mensuelles. A ce niveau, il ne se pose pas de problème.

² Moyen proportionnel des 6 FS pour ce district. Noter le stock initial + les reçus – le stock à la fin = total utilisé. Total des unités utilisées (dans toutes les 6 FS)/Total perdu (dans toutes les 6 FS) = moyen proportionnel pour le district



- Les Districts Compilent les données. Cette compilation pour la majorité des districts est manuelle. Comme conséquence, il peut y avoir des erreurs au niveau du calcul et du retard dans la transmission des données. Dans le but de minimiser les retards, le District disposant d'un fax transmet de façon simultanée une copie du rapport mensuel à la Direction Régionale et à la Direction du Programme Elargie de Vaccination (niveau central). Souvent des districts compilent des données qui leurs sont directement envoyées par des structures privées.
- La Direction Régionale transmet le rapport à la Direction de la Statistique.
- Le traitement des données au niveau du PEV est informatisé et il se fait dès réception des données.
- Pour l'élaboration du rapport annuel des données démographiques et sanitaires, la Direction de la Statistique utilise les données compilées du PEV

Les autres indicateurs clés

Le pourcentage de district avec une proportion de DTC3<1 est supérieure à 80% est passé de 8,6 à 28,6% et le pourcentage de district ayant de taux d'abandon DTC1 <1 à DTC3 <1 inférieure à 10% est passé de 20 à 34,3%. Ces chiffres démontrent la performance des activités vaccinales du PEV du Togo.

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 Centre de Santé
- 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
- le traitement des données (à temps et en retard) et la sauvegarde des données informatiques
- la retranscription des données des stratégies avancées au niveau des registres de vaccination.
- la gestion de registre de stock de vaccins et de seringues
- des directive écrites pour la rétro information et la gestion des MAPI

Elaborer et diffuser des directives pour l'utilisation de tous ces supports

Re-introduire l'enregistrement et le rapportage des vaccinations administrées aux enfants de plus d'un an.

S'Assurer que les enfants de plus d'un an sont vaccinés contre le DTC et la



rougeole, en accord avec les directives OMS :

Approvisionner en quantité suffisante les centres de santé en feuille de pointage

Former les agents de santé à l'utilisation de ces supports

Harmoniser la retranscription des données des stratégies avancées au niveau des registres.

4.2 Autres recommandations

Collecte/enregistrement

- Introduire des registres pour la gestion des stocks au niveau des districts ainsi qu'au niveau des CdS 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 à la disposition des centres de santé des fiches de gestions de stocks pour les seringues.

Archivage/rapportage

- Eviter la détérioration du système de rapportage des données sanitaires, qui a été introduit dans les années 90, et qui fonctionne très bien.
- Eviter des systèmes de rapportage double au niveau CdS et au niveau district, afin d'éviter la l'augmentation de données de conflits, ainsi que des taches doubles
- Tout enfant vacciné doit être inclut dans le registre des vaccinations.
- Doter le service de gestion des données du matériel pour la sauvegarde des données (serveur, graveur CD).
- Mettre en place une procédure pour la sauvegarde des données informatiques
- Donner des directives pour l'archivage efficace des feuilles de pointage
- Décourager les vaccinations administrées dans les structures sanitaires non officielles et dans les hôpitaux, à moins qu'ils ne fassent le rapportage de façon régulière au niveau CdS
- Instruire les CdS à remplir les rapports mensuels des vaccinations, même si l'activité vaccinale est zéro

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.

Démographie et planification

- Harmoniser les dénominateurs à tous les niveaux (central, District, centre de santé)



- Déterminer à la fin des périodes la proportion d'enfant vacciner pour chaque type de stratégie.
- Afin d'assurer la vaccinations des enfants, les carnets de vaccinations doivent être donnés aux mères gratuitement



ANNEXES

- I. **Les personnes interviewées** - Les noms et les fonctions de chaque personne rencontrée et le lieu et l'heure de la rencontre: 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****Formation sanitaire par district**

District II Lomé	Lacs	Kloto	Binah
N'Kafu	Kpota	Polyclinique	Ketao
Adakpamè	Zwola	Adéta	Farende
Bèk-Kpota	Djeta	Kpadapé	Assere
	Agouegan	Kpélé-éle	Pessare
	Afoin	Agomè-tomégbé	Sirka
	Afagnan	Blifou	Pagouda

District 1 : District II Lomé

Nom	Fonction
1. Dr. Djinadou Gbandi,	Directeur Sanitaire du District par Interim
2. Mr Agbotrobou,	Assistant de la Directrice du District 2 Lomé
3. Mr Agbogbodo,	Responsable PEV

District 2 : Lacs

Nom	Fonction
1. Dr. Etoh Mawuli,	Directeur Sanitaire du District
2. M.Amedomene Kokou,	Assistante d'hygiène
3. Dr.Nicoue Kouete,	Assistant médical
4. M. Agossou Koffi,	Assistant d'Hygiène

District 3: Kloto

Nom	Fonction
1. Dr Sognikin Koffi Edmond,	Directeur Prefectoral de la Santé
2. Kegbalo Akouavi,	Assistante Médicale
3. Agbé Yao,	Assistant d'Hygiène
4. Amétépé Komi,	Responsable Adjoint PEV

District 4 : Binah

Nom	Fonction
1. Agbekponou Hubert	Medecin Chef du District
2. Assafogan K. Koffi	Responsable PEV
3. Akankoue Bakeriga	Assistant d'Hygiène
4. Kouvahe Amoko	, Sage-Femme
5. Namgbara Tandoufi,	Assistant D'Hygiène



Niveau central	
Nom	Fonction
Dr. Takpa	Directeur Division Epidémiologique, Resp. PEV
Dr. Tchamdja	Directeur Général de la Santé
Mr Alex Koame Kouassi,	Ingénieur Statisticien, Direction Generale de la Santé/Direction des Statistiques Etudes et Recherches
Dr. Gbedonou Placide	OMS
Mme Nichols Paulette	UNICEF, Coordonnatrice de Programme
Débriefing	
Nom	Fonction
Dr Tchamdja	Directeur Général de la Santé
Dr PAKAYI Sato	Directeur Général Adjoint de la Santé
Mme CHEKAROU Danielle	CDC Atlanta (Consultante)
Dr ELHADJ Mbouw	Consultant OMS
Dr ADJOGBLE Kokou	Responsable Service d'information Direction d'Epidémiologie
Mme AZANGO	Juriste
Dr AWAGA	Chargé de Programme croix rouge Togo
Dr GBEDONOU Placide	OMS
Dr AMENYO Bebou	UNICEF
Mr LACLE Amani	Consultant National
Dr ADJADJA Koudjo	Directeur CHR Lomé
Dr DEKU Kodzo	Consultant National
Dr TAPA	Coordinateur PEV
Dr JACOBS Franck	Coopération Française



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%	5	10
Districts avec la couverture rougeole<1 > 90%	5	6
Taux d'abandon		37%
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	53%	23%
Taux de perte en HVB	NON	NON
Taux de perte en Hib	NON	NON
Rupture de stock en vaccins en 2003		VAT EN AVRIL
Nombre des districts avec rupture de stock en 2003	6	NA
% des rapports de surveillance des maladies reçus des districts reçus/attendus	100%	NA
% de rapports du PEV de routine des districts reçus/attendus		100%
% des rapports du PEV de routine des districts reçus à temps		100%
Nombre des districts ayant été supervisé au moins une fois		NA
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.	35	35



Les indicateurs clés au niveau du district

		D1	D2	D3	D4
Couverture en DTC3 du district	Au niveau central	72%	56%	79%	83%
	Au district	66,4%	60%	79,5%	82,9%
Couverture en rougeole du district	Au niveau central ³	70%	48%	79%	94%
	Au district	64,68	51%	80,14	
Taux d'abandon DTC1-3 ⁴	Au niveau central	-3%	28%	6%	-11%
	Au district	-5,72	16,1%	5,7%	0,3%
Les seringues fournies en 2003	Au niveau central	Autobloquante	Auto bloquants	Auto bloquants	Auto bloquants
	Au district	Autobloquante NA	Auto bloquante 35.120	Auto bloquante 32.800	Auto bloquante NA
Nombre des rapports du PEV de routine envoyés	Au niveau central	12/12	12/12	12/12	12/12
	Au district				
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	
Nombre des rapports du PEV de routine reçus	Au niveau central				
	Au district	12/12	256/275	12/12	12/12
Nombre des rapports du PEV de routine reçus à temps	Au niveau central				
	Au district	12/12	NA	12/1	10/12
Rupture de stock en vaccins aux districts	Au niveau central	VAT		VAT et DTP	VAT
	Au district	NON	NON	VAT	VAT
Es-ce que le district était supervisé par le niveau supérieur en 2002	Au niveau central				
	Au district	NA	OUI	NA	OUI
Est-ce que le district a supervisé toutes les FS en 2003 ?	Au niveau central				
	Au district	OUI	OUI	OUI	NON
Le district avait-il un micro-plan en 2002	Au niveau central				
	Au district	OUI	OUI	OUI	OUI

³ Cette information n'est pas collectée au niveau central.

⁴ 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	Démographie
District II	9	2	11	8
Lacs	6	1	10	8
Kloto	7	7	8	9
Binah	7	7	8	9
Moyen du District	7,25	4,25	9,25	8,75

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

	D1				D2		
	Enreg.	Arch/Rap.	Suivi/Eval		Enreg.	Arch/Rap.	Suivi/Eval
N'kafu.	15	0	8	AFAGAN	10	4	9
ADAKPAME	14	4	7	ANFOIN	9	3	9
BE-KPOTA	11	4	7	KPOTA	5	4	8
				AGOUEGAN	9	4	8
				DJETA	7	4	7
				ZOWLA	11	4	8
Moyen des FS	13,33	4	7,33	Moyen des FS	8,5	3,83	8,17
	D3				D4		
	Enreg.	Arch/Rap.	Suivi/Eval		Enreg.	Arch/Rap.	Suivi/Eval
POLYCLINIQUE	10	4	8	KETAO	12	3	7
ADETA	12	4	9	PAGOUDA	13	3	8
KPADAPE	10	4	9	SIRKA	8	3	9
KPELE-ELE	8	4	9	FARENDE	8	3	8
AGOME-TOMEGBE	9	4	8	PESSARE	8	3	9
BLIFOU	9	4	8	ASSERE	10	3	9
Moyen des FS	9,67	4	8,5	Moyen des FS	9,83	3	8,33

