

RAPPORT
SUR L'AUDIT DE LA QUALITE DES
DONNEES (CQD) DE L'ANNEE 2002

MADAGASCAR



Photo credit EuCareNet

Index

Introduction	3	
2. Synthèse des résultats	4	
3. Remerciements	5	
4. Contexte	6	
Objectifs du CQD		6
Notre approche		6
Mobilisation		8
5. National – Constats et recommandations	10	
Points forts		10
Problèmes rencontrés avec les données du niveau national		10
Domaines à améliorer		11
Flux des données de la vaccination des Centres de Santé de Base (CSB) au niveau national		12
Facteur de vérification		13
Index de la qualité du système		14
Carte infantile et registre de vaccination		14
Taux de perte		22
Surveillance des effets adverses de la vaccination		22
Monitoring des fournitures		22
Taux de complétude des rapports		22
Taux de couverture rapporté du DTC 3 - évolution		23
Recensement des naissances à domicile		23
6. District – Constats et recommandations	24	
Points forts		24
Exactitude des données		24
Index de la qualité du système et principaux indicateurs		25



Surveillance des effets adverses de la vaccination	32
Complétude des rapports	33
7. CSB – Constats et recommandations	34
Points forts	34
Exactitude des données	34
Index de la qualité du système (moyenne des CSB)	35
Taux d'abandon DTC 1 à DTC 3	41
Taux de perte (DTC)	42
Surveillance des effets adverses de la vaccination	42
Complétude des rapports	42
Taux de couverture rapporté du DTC 3 et évolution	42
8. Contraintes d'ordre logistique, de délais ou autres	43
9. Apprentissages et perspectives	43
10. APPENDIX I. "ANNEX H" – CORE INDICATORS NATIONAUX	44
11. APPENDIX II. CORE INDICATORS NIVEAU DISTRICT	48
12. APPENDIX III. PERSONNES RENCONTREES AU COURS DU CQD	56

Introduction

- Le Contrôle de la Qualité de Données (CQD) 2002 à Madagascar a eu lieu du 28 juillet au 11 août 2003. L'équipe chargée du CQD était composée de Marie Rose Lee Kam Ok et Yvan Serret de PricewaterhouseCoopers Ile Maurice, du Dr Célestine Rabialahy, Adjoint Technique à la Direction Santé Familiale du Ministère de la Santé, et du Dr Herinalona Rakotomanana, Adjoint Technique au Service de la Vaccination. Le responsable du Service de la Vaccination et notre principal contact étant le Dr Bakolalao Randriamanalina.
- Les quatre (4) districts sélectionnés après échantillonnage aléatoire étaient Antananarivo Renivohitra, Arivonimamo, Ambositra et Ambatondrazaka. Dans chacun des 4 districts, six (6) centres de santé de Base (CSB) ont également été choisis de façon aléatoire, soit un total de vingt quatre CSB visités.
- Avant d'effectuer l'échantillonnage, deux districts – Ikalamavon et Tsaratanana – avaient été exclus pour des raisons de sécurité et pour absence de données en 2002. Quant aux CSB, 11 d'entre eux étaient inéligibles dans les districts d'Ambositra (6) et d'Ambatondrazaka (5) pour cause d'impraticabilité des routes menant à ces CSB. Ces CSB ne pouvant être atteints qu'à moto ou à pied.

Le Service de la Vaccination est un des cinq services qui composent la Direction de la Santé Familiale au sein du Secrétariat Général du Ministère de la Santé. Les membres du Comité de Coordination Inter-Agences (CCI) se composent des partenaires du PEV et des bailleurs de Fonds qui participent au financement :

- l'Etat , représenté par le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Economie, des Finances et du Budget
- l'OMS
- l'UNICEF
- l'USAID
- la JICA (Japanese International Cooperation Agency)
- le Rotary International





- l'Institut Pasteur de Madagascar comme partenaire technique .

Ce comité se réunit régulièrement tous les mois, avec parfois des réunions extraordinaires si nécessaire.

Madagascar dispose actuellement d'un rapport mensuel intégré provenant des CSB - le Rapport Mensuel d'Activités des CSB (RMA) qui est envoyé aux différents niveaux supérieurs (cf. p.12). Pour plus de renseignements concernant le flux des données de la vaccination des CSB au niveau national prière de consulter la section concernant les constats et recommandations du niveau national.

Synthèse des résultats

Pour l'année 2002, le facteur de vérification est de **58%** soit en dessous du taux de 80% utilisé par GAVI pour valider le système d'un pays, tandis que l'index de qualité du système est de 49%. Plusieurs raisons expliquent ces résultats, notamment :

- La faible quantité de documents de support disponibles dans les CSB visités – absence ou manque de feuilles de pointage, de cartes infantile ou registres de vaccination relatifs à la période auditée due à des ruptures de stock.
- Le manque d'indication sur le formulaire de rapportage (pas de distinction entre les doses de DTC administrées aux enfants de moins d'un an et celles administrées aux enfants de plus d'un an et non-enregistrement des enfants hors-secteur).
- Le manque de formation du personnel dans le rapportage des données (dans certains centres, on ne pratique pas de distinction entre les données du DTC 1 et celles du DTC 3).
- Les divergences entre les données reçues (cf. p.10 Problèmes rencontrés avec les données au niveau national).
- Une pénurie de vaccins survenue pendant la crise politique qui a affecté le pays en 2002, la majorité des centres visités n'ayant pas vacciné contre le DTC entre février et avril 2002.



- Le manque et le non-respect de procédures formelles et écrites en ce qui concerne le rapportage à tous les niveaux.
- L'Index de qualité des districts (moyenne)- 53,5%
- L'Index de qualité des CSB (moyenne)- 45.2%
- Un cas d'inflation des chiffres a été noté au CSB2 Ambohimanarina parce que le CSB a comptabilisé ensemble avec ses propres chiffres le nombre de DTC dispensés par les centres privés du même secteur.
- Nous sommes d'avis qu'un CQD devrait avoir lieu en 2005 pour les données 2004, ceci afin de permettre au pays de mettre en place les mesures correctives visant à améliorer le système de rapportage à tous les niveaux.

Remerciements

Nous tenons à remercier tous ceux qui nous ont aidés au cours de ce CQD, et plus particulièrement le personnel du Service de la Vaccination et de l'OMS.

Contexte

Objectifs du CQD

L'objectif principal du CQD consiste à vérifier que la gestion des services d'immunisation et que l'allocation des fonds GAVI dévolus à cet effet se basent sur des données fiables et précises. Plus spécifiquement, le CQD se donne comme objectifs :

- D'évaluer la qualité et la précision des systèmes de rapportage administratifs, mais pas en termes des aspects médicaux.
- D'évaluer la précision des vaccinations de DTC3<1 rapportées pour l'année 2002 et de calculer un facteur de correction national (vaccinations recomptées / vaccinations rapportées) comme critère de base pour d'allocation de fonds GAVI.

Afin d'atteindre les objectifs, il y a nécessité d'examiner les données et les systèmes en place à tous les niveaux de l'administration – du point de collecte aux centres de vaccination au district où sont compilés les données et ensuite au niveau national. Cette inspection est effectuée à travers des échantillonnages aux différents niveaux de l'administration.

De plus, la pratique du CQD permet de renforcer les capacités, et est aussi une occasion permettant la transmission de compétences diverses entre les auditeurs externes et leurs collaborateurs locaux. Nous soulignons au passage qu'il y a eu une très bonne entente et collaboration au sein des deux équipes.

Notre approche

Le CQD a été développé comme outil de mesure de performance par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Notre approche se base sur cette méthodologie et par conséquent est standardisée. Cette approche sera utilisée de façon homogène dans tous les pays que nous aurons l'avantage d'auditer cette année.





L'équipe PricewaterhouseCoopers était de notre cabinet à Port Louis, Ile Maurice.

Les travaux au niveau national ont été menés de concert avec nos partenaires nationaux. Deux équipes distinctes ont été formées par la suite, composées d'un auditeur « externe » de PricewaterhouseCoopers et d'un auditeur « interne » nommé par les responsables du pays. Chacune de ces équipes a mené le DQA dans deux Districts et dans six Centres de Santé au sein de chaque District, pour un total de quatre Districts et 24 Centres de Santé audités dans le pays.

Afin de remplir les objectifs du CQD mentionnés précédemment, nous avons procédé aux démarches prévues dans la méthodologie du CQD, à savoir :

- Un échantillonnage aléatoire de 4 districts et de 24 centres de santé
- Discussion du système d'immunisation en place, y compris la conception du système en place (uniquement au niveau national), le dénominateur (niveaux national et districts) les méthodes d'enregistrement, d'archivage et de rapportage et le système de monitoring et d'évaluation
- Un recomptage, au minimum, des doses de DTC3<1an administrées au CSB et une comparaison de ces données avec celles rapportées aux différents niveaux administratifs.
- Revue des procédures relatives à la chaîne de froid aux différents niveaux administratifs.
- Revue de l'approvisionnement en vaccins et évaluation des procédures de gestion de stock.
- Revue des procédures pour le rapportage et le suivi des effets adverses de la vaccination aux différents niveaux administratifs
- Exercice 'Carte de vaccination' infantile, ou monitoring des sessions de vaccination.

Mobilisation

Afin de préparer le CQD, les auditeurs externes ont eu une session de travail avec les auditeurs nationaux afin de leur expliquer le déroulement de la mission, les objectifs du CQD, l'utilisation du journal de bord (le logbook) et de la feuille de calcul Excel. Cette session avait pour objectif de familiariser les auditeurs nationaux avec les outils de travail et à ce que nous allions effectuer sur le terrain et aussi de renforcer les compétences existantes.

Avant le début des travaux sur terrain, les auditeurs ont eu l'occasion de présenter au Dr. Bakolalao Randriamanalina du Service de la Vaccination, au Dr Perline Rahantanirina, Directeur de la Santé Familiale, au Professeur Barryson Andriamahefazafy et au Docteur Abdoul Aziz Kaine de l'OMS et au Dr Ben Said Khaled de l'UNICEF, les domaines concernés, les objectifs et la méthodologie du CQD.

L'équipe à Madagascar était composée de

Nom	Titre	Location
Dr Bakolalao Randriamanalina	Chef du Service de la Vaccination	Service de la Vaccination – Niveau National
Dr Célestine Rabialahy	Adjoint Technique à la Direction de la Santé Familiale	Niveau National et auditeur national
Dr Herinavalona Rakotomanana	Adjoint Technique au Service de la Vaccination	Niveau National et auditeur national
Marie Rose Lee Kam Ok	Assistant Manager PwC	Auditeur externe
Yvan Serret	Assistant Manager PwC	Auditeur externe
Mons Marcel Ranaivorimanana	Responsable Section Vaccination	Service de la Vaccination – Gestion du Stock



Dr Yvon Razafindralambo	Chef Surveillance Epidémiologique et de la Gestion des Informations Sanitaires	Surveillance Epidémiologique et de la Gestion des Informations Sanitaires
Mons Seth Razanadraibe	Responsable Section Informatique au Service de la vaccination	Service de la Vaccination
Dr Emma Rakotomanana	Responsable PEV	District Antananarivo Renivohitra
Dr Roland Andrianarinarivo	Médecin Inspecteur	District Arivonimamo
Dr Christine Njaraso	Médecin Inspecteur	District Ambositra
Dr Ratoto	Médecin Inspecteur	District Ambatondrazaka

Le Carnet de bord tenu par les auditeurs contient les détails des personnes rencontrées au cours du CQD.

National – Constats et recommandations

Points forts

Nous avons pris bonne note de la façon dont les points à améliorer ont été acceptés par les différents responsables comme étant des points qui permettraient une meilleure gestion et non des critiques à leur égard. Les responsables rencontrés au cours de cette mission se sont tous montrés conscients de l'envergure de la tâche qu'ils ont afin d'améliorer le système en place.

Nous avons appris que des discussions auront bientôt lieu entre le SSEGIS, qui est le service responsable des données, afin d'améliorer la qualité des données. Le Service de la Vaccination est conscient de l'importance de séparer les données disponibles entre les enfants de moins d'un an et de plus d'un an de même que des problèmes qui peuvent être résolus avec une bonne formation et une supervision adéquate.

Des mesures seront aussi prises afin d'inclure dans les rapports des niveaux inférieurs des données relatives aux effets secondaires de la vaccination et aux calculs des taux de perte et des taux d'abandon. Ces données existent mais ne sont pas actuellement utilisées par les CSB.

Problèmes rencontrés avec les données du niveau national

Les données obtenues du Service de la Vaccination – qui sont en fait des données retraitées provenant du le Service de la Vaccination et Service de Surveillance Epidémiologique et de la Gestion des Informations Sanitaires (SSEGIS) anciennement Service des Informations Sanitaires pour la Gestion (SISG) – contenaient certains districts avec des taux de couverture en DTC 3 de plus de 100 % , notamment les districts d'Ambatomainy, Antsirabe I, Andramasima, Soavinandriana, Nosy Boraha, Anjozorobe et Miarinarivo. L'explication principale étant que des enfants d'autres districts se sont fait vacciner dans ces districts sus-mentionnés. Les districts avec un taux de DTC 3 plus élevé que celui du DTC 1 en 2002 sont Fandriana, Nosy Boraha, Antananarivo Renivohitra, Kandreho, Bealana, Antsirabe I, Arivonimamo, Betafo et Ambohimahaso, l'explication principale étant la même que dans le cas précédent. Un autre facteur qui a pu y contribuer, cependant, est le fait que la population cible au niveau national est basé sur un taux d'accroissement annuel de 2,8% du dernier recensement qui date de 1993, taux





qui est peut-être inférieur au taux d'accroissement réel. Nous avons aussi constaté des différences dans le nombre de DTC 3 rapportées en 2002 comme suit :

	DTC 3 administrées en 2002
Tableau reçu du Service de la vaccination pour l'échantillonnage <u>avant</u> l'arrivée de l'équipe chargée du CQD	349,617
Formulaire conjoint reçu <u>avant</u> l'arrivée de l'équipe chargée du CQD	348,617
Tableau reçu du Service de la vaccination <u>après</u> l'arrivée de l'équipe chargée du CQD	349,957
Agrégation des données reçues du SSEGIS <u>après</u> l'arrivée de l'équipe chargée du CQD	381,005

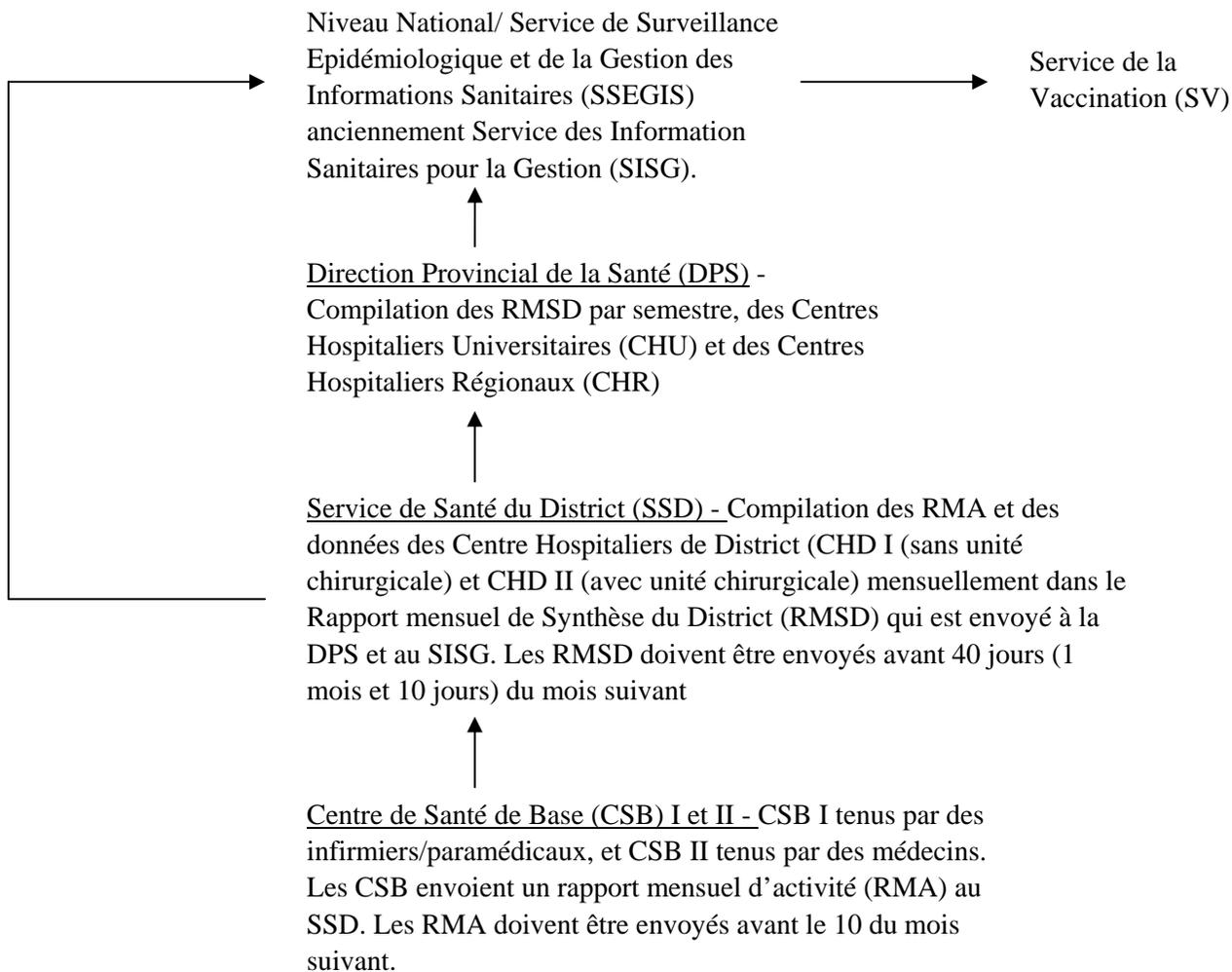
Ces différences s'expliquent du fait que les données 2002 sont toujours incomplètes au niveau du SSEGIS et les différents chiffres résultent de mises à jour des données 2002 et de délais dans la chaîne de rapportage.

Domaines à améliorer

Les domaines à améliorer sont discutés ci-après dans les sections concernant la qualité du système et les autres domaines qui ont fait l'objet de cette évaluation.



Flux des données de la vaccination des Centres de Santé de Base (CSB) au niveau national



Facteur de vérification

Le facteur de vérification est calculé à partir des données obtenues lors du CQD et son résultat aide à vérifier la performance rapportée au niveau national.

Pour l'année 2002, le facteur de vérification est de **58%** soit en dessous du taux de 80% utilisé par GAVI pour valider le système d'un pays. Plusieurs raisons expliquent ce taux, notamment :

- La faible quantité de documents de support disponibles dans les CSB visités – absence ou manque de feuilles de pointage, de cartes infantile ou de registres de vaccination relatifs à la période auditée due à des ruptures de stock.
- Le manque d'indication sur le formulaire de rapportage (pas de distinction entre les doses de DTC1,2 et 3 administrées aux enfants de moins d'un an et celles administrées aux enfants de plus d'un an et non-enregistrement des enfants hors-secteur).
- Le manque de formation du personnel dans le rapportage des données (dans certains centres on ne pratique pas de distinction entre les données du DTC 1, 2 et 3).
- Les divergences entre les données reçues (cf p. 10 Problèmes rencontrés avec les données du niveau national).
- Une pénurie de vaccins pendant la crise politique qui a affecté le pays en 2002, et la diminution des vaccination entre février et avril 2002 qui en est résultée.



Index de la qualité du système

Au terme de nos travaux, un coefficient de 49% a été mesuré pour la qualité du système au niveau national. Ce taux correspond au pourcentage de réponses affirmatives données suite à l'administration d'un questionnaire portant sur la conception du système, l'enregistrement, le rapportage et l'archivage, les questions relevant du dénominateur, le monitoring et l'évaluation.

Les notes obtenues par thème sont comme suit :

- i. Conception du système – 3,08/5
- ii. Enregistrement – 4,17/5
- iii. Rapportage et archivage – 2/5
- iv. Questions relevant du dénominateur – 2,22/5
- v. Monitoring et évaluation – 1,56/5

Carte infantile et registre de vaccination

Certains CSB tiennent un registre de vaccination en parallèle avec les cartes infantiles. Cela a pour effet de faire durer les sessions de vaccination en tenant en compte l'enregistrement des données dans le registre post natal et le registre de pesée. Etant donné que le registre de vaccination et la carte infantile qui sont tous deux gardés aux CSB, il y a duplication de formulaire. Nous recommandons au niveau national d'informer par écrit tous les districts et CSB de faire l'un ou l'autre. La carte infantile permettant une recherche active des abandons avec l'utilisation efficace du bac à fiches serait à notre avis l'option la plus appropriée.



Conception du système

Observations	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le Rapport Mensuel d'Activités (RMA) des CSB ne permet pas de distinguer les vaccinations des enfants de moins d'un an, de celles des enfants de plus d'un an ni de celles des enfants des autres secteurs. 2. Le RMA ne permet pas le calcul des taux de pertes de vaccins bien que ces données soient disponibles dans le rapport à travers les doses utilisées et administrées par antigènes que doivent indiquer les travailleurs de santé. 3. Bien qu'il existe un manuel d'auto apprentissage assisté (Manuel 3 A) sur le Programme Elargie de Vaccination (PEV), l'utilisation de ce manuel dans les CSB laisse à désirer et les « bonnes pratiques » recommandées dans le manuel ne sont pas mises en application. La procédure de ré-affectation du personnel ne facilite pas les choses, car on constate des cas où des travailleurs de santé formés sur le PEV avec le manuel 3A quittent les CSB sans avoir formé leurs successeurs. 4. Il n'y avait pas de registre de stock en 2002 pour le matériel PEV et surtout, dans le cas des vaccins, pas de contrôle effectué par numéro de lot.
Recommandations	<ol style="list-style-type: none"> 1. Des sessions de travail avec les responsables du SSEGIS seraient utiles afin d'élaborer des formats de rapportage qui permettent de faire une distinction entre les catégories d'enfants susmentionnées dans l'observation 1. 3. Une formation est essentielle sur l'utilisation du manuel 3A et sur les différents outils du Service de la Vaccination dont le calcul des taux de perte, et les pertes autorisées par le système national.
Commentaires des auditeurs externes	<p>Au cours de nos travaux, nous avons appris que des sessions de travail sur la modification du RMA auront lieu dans un futur proche. Aussi le contrôle par numéro de lot et les fiches de stocks pour le matériel PEV ont déjà été mis sur pied en 2003.</p>





<p>Commentaires du Service de la Vaccination</p>	<p>Un task force composé d'une équipe centrale et provinciale a été mis en place au mois d'Août 2003, il aura pour tâche de former et de superviser les équipes provinciales et des districts ciblés pour l'approche districts RED (21 districts avant la fin de l'année).</p> <p>Le SSEGIS est intégré comme membres du CCIA depuis le mois de Septembre 2003, ce qui facilitera les correctifs à apporter au format de rapportage des RMA.</p> <p>Un registre de stock de vaccins est déjà utilisé au Service de la Vaccination, pour la réception et l'envoi des vaccins. Les vaccins envoyés dans les centres régionaux dépendent non seulement de la date de péremption mais aussi du stade des indicateurs sur les vaccins (virage PCV, virage de la carte 3 M).</p>
--	--

Enregistrement

<p>Observations</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le stock de DTC n'était pas à jour lors de notre visite (les dernières entrées et sorties n'y figuraient pas). 2. La majorité des districts ont souffert de pénurie de cartes infantile ou de registres infantile au cours de l'année 2002, des vaccinations ont été faites dans les CSB sans qu'il y ait la moindre trace de l'identité des enfants vaccinés.
<p>Recommandations</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les entrées et sorties de stock doivent être enregistrées dans le 24 heures qui suivent cette opération. Cela permettra à tout moment d'effectuer des rapprochements entre les stocks théorique et physique. 2. Le niveau national doit s'assurer que des pénuries ne se reproduisent plus. Cela peut se faire à travers des communications plus régulières et directes avec les niveaux inférieurs (Districts et/ou CSB) ainsi qu'avec des supervisions régulières sur le terrain.



Commentaires des auditeurs externes	La communication directe avec les différents niveaux inférieurs permet de connaître leurs manques et besoins. La supervision permet de rectifier les erreurs commises dans certains cas et si elle est effectuée correctement permet la transmission du savoir.
Commentaires du Service de la Vaccination	<p>La gestion informatisée des vaccins est déjà mise en place au niveau national ,provincial : Toliara, Mahajanga et Antsiranana. Pour les 3 provinces restantes, elle sera effectuée avant la fin de l'année.</p> <p>L'approvisionnement au niveau des districts se fait selon leurs commandes et confirmées par BLU pour les districts enclavés et éloignés et ce depuis le 3^{ème} trimestre 2003.</p>

Rapportage et archivage

Observations	<ol style="list-style-type: none">1. Malgré l'existence de procédures écrites en ce qui concerne la promptitude et la complétude des rapports, de nombreux rapports manquent pour l'année 2002 avec pour conséquence des données divergentes en ce qui concerne le DTC 3 en 2002 (cf p. 10 Problèmes rencontrés avec les données du niveau national).2. Il n'y a pas de procédures écrites pour la sauvegarde des données informatiques et pour le transfert des données entre ordinateurs, avec pour conséquence directe l'absence de sauvegarde des données au cours des semaines récentes.3. On ne pratique pas de mise à jour des antivirus.
Recommandations	<ol style="list-style-type: none">1. Le renforcement et la mise en application des procédures déjà existantes en ce qui concerne la promptitude des rapports.2. La formulation de procédures écrites pour la sauvegarde des données, le transfert des données entre ordinateurs, et l'archivage d'une copie de la sauvegarde hors des bureaux du SSEGIS. Les transferts entre ordinateurs doivent être effectués régulièrement afin que les données disponibles sur tous les ordinateurs soient à jour.3. L'utilisation de versions récentes d'antivirus afin de minimiser le risque de perte de données. Cela s'applique aussi à tous les districts pourvus en ordinateurs. Si cette démarche s'avère trop coûteuse, il faudra investir davantage d'effort dans la tenue des archives sur support papier.
Commentaires des auditeurs externes	Ces recommandations visent à améliorer le système déjà existant et à renforcer ce qui est déjà en place tels l'archivage par district et l'utilisation des rapports standard dans tous les districts (bien que nous recommandions des modifications au format déjà existant).





<p>Commentaires du Service de la Vaccination</p>	<p>Les directives pour les sauvegardes des données seront envoyées aux DPS et SSD avec les autres recommandations issues des différentes évaluations (Revue externe du PEV, CQD Revue surveillance PFA et évaluation de la gestion des vaccins) et ceci avant la fin de l'année avec l'envoi des directives pour la mobilisation sociale.</p> <p>La mise à jour des antivirus pour le niveau central se fera avec les partenaires (BASICS/USAID).</p>
--	---

Questions relevant du dénominateur

<p>Observations</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sept districts avaient un taux de couverture de plus de 100% en DTC 3 en 2002: d'Ambatomainty, Antsirabe I, Andramasima, Soavinandriana, Nosy Boraha, Anjozorobe, Miarinarivo. 2. Un district avait un taux de couverture de 157% pour le VAT 2+ en 2002 - Ambatolampy. 3. Les autres programmes de santé ne considèrent que les « naissances vivantes » contrairement au PEV qui prend en considération les « enfants survivants ». 4. Le dernier recensement de la population date de 1993. Un taux d'accroissement de 2,8% est appliqué depuis, chaque année. 5. Les dénominateurs trouvés aux districts ne sont pas les mêmes que ceux trouvés au niveau national car certains districts utilisent un taux d'accroissement de 2,9% ou de 3% et dans certains cas la population des Fokontany (communes/villages). La population obtenue du Fokontany s'avérant plus précise que celle obtenue de l'extrapolation de la population du dernier recensement. Le Fokontany peut être décrit comme étant constituée par un ou plusieurs villages et hameaux. BASICS (USAID) définit le Fokontany comme étant une agglomération d'environ 200 foyers¹.
---------------------	--

¹BASICS Community-Based Programs: Community Approaches in Madagascar - Chapter 2



Recommandations	<p>1-2 Une formation du personnel chargé de la vaccination, portant sur l'enregistrement des données et sur le rapportage afin d'éviter le mélange de certains antigènes telles les différentes doses de DTC et de VAT qui, si elles sont mal compilées, peuvent induire l'utilisateur des rapports en erreur.</p> <p>3-5 Utilisation des mêmes indicateurs dans le calcul du dénominateur, et notamment du même taux d'accroissement (soit celui résultant du recensement) à tous les niveaux afin d'avoir des taux de couverture cohérents à chaque niveau de rapportage et permettre une prise de décision plus facile. Cela permettra d'éviter l'existence de plusieurs taux de couverture pour le même antigène à chaque niveau de rapportage.</p>
Commentaires des auditeurs externes	<p>Une formation sur le concept de la population cible de même que sur les objectifs de la vaccination est essentielle pour tous les travailleurs de santé. La prise de conscience de ces renseignements permettra un meilleur rapportage à tous les niveaux.</p>
Commentaires du Service de la Vaccination	<p>La formation se fera lors des micro-planifications des districts avec le Task Force.</p> <p>Pour les autres districts non ciblés cette année elle se fera lors des revues mensuelles pour les CSB et lors des revues trimestrielles pour les SSD.</p> <p>Des directives pour le taux d'accroissement seront donc envoyés avec les autres.</p>



Monitoring et évaluation

Observations	<ol style="list-style-type: none"> 1. Absence de tableaux, diagrammes ou graphiques de gestion concernant le monitoring des taux d'abandon, des taux de couverture vaccinale, et de la complétude des rapports reçus (SSEGIS). 2. Pas de format formel (résumé écrit/ procès verbal des réunions) pour la rétro information routinière. 3. Pas de carte du pays montrant la performance par district. 4. Pas de monitoring de rupture de stock en vaccins des niveaux inférieurs. 5. Pas (dans les districts visités) ou peu (selon les discussions au niveau national) de supervision effectuée dans tous les niveaux inférieurs.
Recommandations	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilisation de graphique de gestion/tableau/carte pour mieux suivre les taux d'abandon, la couverture vaccinale et la complétude des rapports reçus. Ces tableaux/graphiques donnent une idée rapide de la situation et de son évolution sur une base régulière. Cela permet aussi de prendre des mesures correctives si nécessaire. 4. Un suivi des ruptures de stock de vaccins et des niveaux de stocks permet d'éviter que de tel situation se produise et surtout que les enfants puissent être vaccinés dès qu'ils sont dans un CSB. 5. Des supervisions régulières sont essentielles. Ces supervisions doivent se faire à tous les niveaux et pas uniquement au niveau immédiatement inférieur. Si la supervision est bien faite, elle permet une formation et un renforcement des capacités des niveaux inférieurs. Toute supervision doit être consignée dans un cahier de supervision se trouvant au lieu visité afin qu'un suivi puisse être fait.
Commentaires des auditeurs externes	<p>Le manuel 3 A recommande l'utilisation des tableaux/graphiques sus mentionnés. Les districts en font usage, mais nous n'en avons pas trouvé au niveau national, que ce soit au Service de la Vaccination ou au SSEGIS. Nous insistons aussi sur des formats écrits pour la rétro information aux niveaux inférieurs et ce sur une base régulière.</p>



Commentaires du Service de la Vaccination	<p>Les cartes et graphiques par districts et pays existent mais n'ont pas été affichés, toutefois lors des revues trimestrielles et des staff au niveau des 6 provinces (portes ouvertes ...) ils ont été présentés et affichés. Ces graphes et cartes seront donc affichés au niveau des sections concernées</p> <p>Les suivis et supervisions seront effectués par le Task Force au niveau national à partir du mois d' Octobre et par les Responsables PEV des différents niveaux pour les districts et les CSB. Ce seront des supervisions intégrées.</p> <p>Des rétro-informations seront envoyées régulièrement par l'intermédiaire des gazety (OMS), et lors des revues trimestrielles.</p>
---	--

Taux de perte

Le taux de perte au niveau national (le taux de perte systémique) s'établit à 0,0% pour l'année 2002. Ce taux de perte systémique concerne uniquement le stock de vaccins se trouvant au Service de la Vaccination et ne reflète pas les difficultés rencontrées dans les différents CSB.

Surveillance des effets adverses de la vaccination

Le pays ne dispose pas pour le moment d'un format de rapportage pour les effets adverses de la vaccination, cela fait partie des recommandations de ce CQD.

Monitoring des fournitures

Le pays a récemment (en 2003) commencé le monitoring des fournitures au niveau national, cette pratique est en train d'être vulgarisée aux niveaux inférieurs et a fait l'objet d'une recommandation dans tous les CSB visités lors de ce CQD.

Taux de complétude des rapports

Le taux de complétude des rapports est passé de 97,4% en 2001 à 90,2% en 2002. Cela est grandement dû à la crise politique qui a secoué le pays au cours du premier semestre de l'année 2002.

Taux de couverture rapporté du DTC 3 - évolution

Le taux de couverture rapporté du DTC 3 en 2002 a été de 58,4% contre 84,1% en 2001 (enfants survivants), soit une baisse dans le nombre des vaccinés de 117,355. Encore une fois, cela est grandement dû à la crise politique de 2002.

Recensement des naissances à domicile

Le pays ne dispose pas actuellement des données concernant les nouvelles naissances à domicile alors qu'il semblerait que beaucoup d'accouchements se font à la maison. Nous encourageons le niveau national à conseiller aux districts et aux CSB de faire un recensement des accoucheuses traditionnelles et de les encourager à informer les CSB de toute nouvelle naissance. L'implication des comités de santé, qui sont généralement constitués des personnes influentes des Fokontany, permettraient aussi d'augmenter le nombre d'enfant vaccinés. Les comités de santé permettraient une meilleure conscientisation de l'importance du recensement des nouveaux nés et à travers cela de la vaccination infantile.



District – Constats et recommandations

Points forts

Quatre districts ont été visités au cours de ce CQD : Antananarivo Renivohitra, Arivonimamo, Ambositra et Ambatondrazaka. Nous avons aussi pris bonne note de la façon dont les points à améliorer ont été acceptés par les différents responsables comme étant des points qui permettraient une meilleure gestion et non des critiques à leur égard.

Le district d'Ambatondrazaka a déjà commencé un programme de supervision qui comprend la visite de tous les CSB du district au moins deux fois par an. Nous l'encourageons à faire encore plus, soit une visite de tous les CSB au moins une fois par trimestre.

Exactitude des données

Districts	Antananarivo			
	Renivohitra	Arivonimamo	Ambositra	Ambatondrazaka
Tabulation à niveau national	20,955	7,976	6,184	6,481
Rapportée au niveau national	22,941	7,326	6,957	6,481
Rapportée au niveau districts	23,386	7,176	6,969	6,515
Tabulation districts	23,637	7,348	7,029	6,560
CSB éligibles	6,369	7,228	6,554	6,035

Un cas d'inflation des chiffres a été noté au CSB2 Ambohimanarina parce que le CSB a comptabilisé ensemble avec ses chiffres le nombre de DTC dispensés par des centres privés du même secteur.

Les différentes sources d'information (le niveau national, les districts et les CSB) nous ont fourni des chiffres de DTC3 plutôt divergents. La raison principale étant l'acheminement des données en temps voulu aux niveaux supérieurs. Une fois encore nous insistons sur la nécessité d'effectuer un monitoring de la complétude et de la





promptitude des rapports reçus. Dans le cas du district d'Antananarivo Renivohitra, le nombre de CSB étant supérieur à 50 (84 dans le cas de ce district), nous avons du prendre les données de tous les CSB du district pour 3 mois choisis de façon aléatoire conformément à la méthodologie GAVI avec pour résultat un nombre de DTC 3 pour les CSB éligibles de 6,369 en 2002. Nous avons du compiler les données parce que le district les avait perdues lors du 'crash' de leur ordinateur en avril 2003.

Index de la qualité du système et principaux indicateurs

Les résultats du CQD concernant ces districts sont comme suit :

District	Index de qualité Du système	Taux d'abandon DTC1 à DTC 3	Taux de perte
Antananarivo Renivohitra	47,2%	-4,4%	Non disponible
Arivonimamo	47,2%	12,2%	Non disponible
Ambositra	58,3%	15,1%	0,0%
Ambatondrazaka	61,1%	0,5%	0,0%

Le calcul de l'index de la qualité du système des districts n'a pas produit des résultats homogènes, notamment à cause de manques de données ou de non disponibilité des données (tel le 'crash' du système informatique à Antananarivo Renivohitra) dans les différents districts visités.

Les explications que nous avons obtenues de différentes sources concernant les taux d'abandon très bas (Ambatondrazaka) voire négatif (Antananarivo Renivohitra) sont que certains districts 'se chevauchent' ce qui signifie qu'un enfant d'un district peut avoir reçu le DTC 3 dans un autre district. Dans le cas d'Antananarivo Renivohitra il faut également noter que ce district englobe le centre ville d'Antananarivo et à ce titre reçoit beaucoup d'enfants de passage dans la capitale.

Un taux de perte n'a pu être calculé dans certains districts car les fiches de stocks n'étaient pas disponibles ou parce que les flacons cassés/endommagés n'étaient pas recensés sur les fiches de stocks).

Archivage et rapportage



Observations	
	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="1055 276 2112 368">1. La majorité des districts visités n'avait pas de procédure/système en place concernant les rapports des CSB arrivés en retard (Antananarivo Renivohitra, Arivonimamo et Ambositra).<li data-bbox="1055 392 2112 485">2. Aucun des quatre districts n'avait une procédure écrite pour la sauvegarde des données saisies sur ordinateur et dans tous les cas la dernière sauvegarde n'avait pas eu lieu depuis moins d'un mois.<li data-bbox="1055 509 2112 639">3. Les données du district d'Antananarivo Renivohitra n'ont pas été sauvegardées sur diskette. C'est ainsi que le 'crash' de l'ordinateur du district a rendu impossible l'obtention des données vaccinales du district avant l'échantillonnage, et que ces données aient été disponibles seulement une semaine après notre arrivée<li data-bbox="1055 663 2112 724">4. Aucun des quatre districts n'avait une date de création du fichier d'archive ni même sur les fichiers imprimés.<li data-bbox="1055 748 2112 943">5. Le district d'Ambatondrazaka rapporte les données des CSB privés ensemble avec celles des CSB publics. C'est ainsi que pour plusieurs mois nous avons trouvé 48 CSB ayant fait des rapports au Bureau du District alors que seulement 42 CSB sont à prendre en considération comme étant en activité au district. Les données des CSB privés du district d'Ambatondrazaka étant comptabilisées avec celles du CSB d'Ambatondrazaka et de ce fait comptabilisé comme étant un seul CSB..



Recommandations	<ol style="list-style-type: none"> 1. Une procédure concernant le traitement des rapports en retard doit être introduite et les dates limites doivent être communiqués aux CSB afin de s’assurer qu’à l’avenir tous les rapports soient reçus à temps. Dans le cas où les rapports arrivent en retard, les données doivent être comptabilisées le mois suivant et une notification écrite envoyée au niveau supérieur. 2. La sauvegarde régulière des données informatiques sur support externe (disquette/cd rom) est obligatoire. Ces supports doivent être gardés hors du bureau afin d’éviter une perte complète de toutes les données. 3. Une date d’impression sur les fichiers permet de reconnaître les mises à jour d’un même fichier et éviter les confusions entre les différentes versions disponibles. La majorité des districts utilisent MS Excel pour la compilation des données, qui comporte une option leur permettant d’inscrire la date d’impression sur le fichier imprimé. 4. Les données des CSB privés doivent être comptabilisées séparément afin de ne pas fausser les résultats d’autres CSB.
Commentaires des auditeurs externes	Tous les districts visités possédaient des ordinateurs pour le traitement des données provenant des CSB mais aucun n’avait un antivirus à jour. La non-utilisation d’antivirus pourrait causer à nouveau une situation comme celle du district d’Antananarivo Renivohitra si aucune mesure n’est prise pour y remédier à cette situation.
Commentaires du Service de la Vaccination	Des directives seront envoyées à tous les niveaux pour la sauvegarde et la mise à jour des données, dates sur les fichiers et l’envoi à temps des rapports des CSB.

Enregistrement



Observations	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le stock de DTC de deux des quatre districts n'étaient pas à jour. – Arivonimamo et Ambatondrazaka, tandis que dans le cas des vaccins antitétaniques, celui d'Arivonimamo n'était pas à jour. 2. Concernant l'année 2002 Ambositra et Ambatondrazaka seulement avait complètement enregistré la réception des vaccins DTC. 3. Les fiches de stock utilisés dans les districts ne sont pas complètes dans le sens qu'il manque généralement le numéro de lot et/ou la date de péremption. 4. Tous les districts ont eu à faire face à une pénurie de formulaire de vaccination (registre ou carte infantile) au cours de l'année 2002 (généralement due à la crise politique). 5. Les feuilles de pointage utilisées dans les CSB des districts visités n'étaient pas disponibles pour l'année 2002. Ces feuilles sont gommées et réutilisées. En outre le format des feuilles utilisées était différent dans chaque CSB.
Recommandations	<p>1-3 Les entrées et sorties de stock doivent être enregistrées dans le 24 heures qui suivent cette opération. Cela permettra à tout moment d'effectuer des rapprochements entre les stocks théorique et physique. Les fiches de stocks doivent aussi inclure les détails des numéros de lot et les dates de péremption. Les lots doivent être séparés sur les fiches et physiquement.</p> <p>4 Les districts doivent s'assurer que les manques de formulaire ne se reproduisent plus. Cela peut se faire à travers des communications plus régulières et directes avec les CSB ainsi qu'avec des supervisions régulières sur le terrain. En l'absence des formulaires les données des districts sont incomplètes car la recherche des abandons ne peut être effectuée.</p> <p>5 Les districts doivent s'assurer que les CSB utilisent un cahier pour effectuer le pointage des enfants vaccinés et que chaque session de vaccination ait sa feuille de pointage. Une feuille mal gommée peut causer des erreurs de rapportage.</p>

Commentaires des auditeurs externes	Une formation du personnel permettrait une meilleure gestion du stock de vaccins. En outre cela permettrait de s'assurer de l'uniformité des procédures de toutes les structures concernées.
Commentaires des auditeurs externes	Voir les commentaires sur les formations à faire par le Task Force et lors des revues mensuelles et trimestrielles.

Questions relatives aux dénominateurs

Observations	<ol style="list-style-type: none"> 1. Différents districts utilisent des taux de croissance différents, ainsi les districts d'Ambatondrazaka et d'Arivonimamo utilisent un taux de croissance de 2,9%, le district d'Ambositra utilise un taux de croissance de 3% tandis que celui utilisé à Antananarivo Renivohitra est le même que celui du niveau national, soit 2,8%. 2. La définition de la population cible utilisée dans les districts visités ne correspond pas à celle utilisée au niveau national. Deux raisons expliquent ce fait, notamment que le niveau national prend les enfants survivants comme étant la population cible (91 % des naissances vivantes) tandis que les districts prennent les naissances vivantes comme population cible ; et deuxièmement le district, dans le cas d'Arivonimamo, prend en considération la population du Fokontany (village) et non la population calculée au niveau national (cf.p.20). 3. Il y a eu confusion aux districts d'Antananarivo, d'Ambatondrazaka et d'Ambositra entre les objectifs de la vaccination (80 % de la population cible) et la population cible utilisée au niveau national. La conséquence en est que les taux de couverture par district disponibles au niveau national apparaissent beaucoup plus élevés qu'ils devraient l'être. 4. Aucun des districts visités n'était en mesure d'indiquer le pourcentage des enfants concerné par type de stratégie de vaccination (poste fixe, avancé, mobile). 5. Les cartes des 4 districts sont généralement incomplètes ou pas à jour. Ainsi des détails tels que le dénominateur, de la population cible, et du type de stratégie adopté n'y figurent pas.
--------------	--





Recommandations	<p>1. Utilisation du même recensement et du même taux d'accroissement à tous les niveaux afin d'avoir des taux de couverture cohérents à chaque niveau de rapportage et permettre une prise de décision plus facile. Cela permettra d'éviter l'existence de plusieurs taux de couverture pour le même antigène à chaque niveau de rapportage.</p> <p>4. La carte sanitaire des districts doit contenir des données à jour sur les différents CSB s'y trouvant et des détails tels que le dénominateur, la population cible, et le type de stratégie adopté.</p>
Commentaires des auditeurs externes	Une formation sur le concept de la population cible de même que les objectifs de la vaccination est essentielle pour tous les travailleurs de santé. La prise de conscience de ces renseignements permettra un meilleur rapportage à tous les niveaux.
Commentaires du Service de la Vaccination	Voir les commentaires précédents. Les formations sur la population cible seront effectuées lors des micro-planifications. Les dénominateurs pour le remplissage du formulaire conjoint OMS /UNICEF sont les enfants survivants. Les données des cartes sanitaires sont mises à jour chaque année.

Monitoring et évaluation



Observations	
	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="1048 296 2119 392">1. Aucun des quatre districts visités n'avait affiché un tableau/diagramme à jour de la couverture vaccinale pour l'année en cours. Deux en avaient un pour l'année 2002 (Ambositra et Ambatondrazaka).<li data-bbox="1048 408 2119 472">2. Un seul district (Ambatondrazaka) avait affiché un tableau de monitoring du taux d'abandon pour l'année en cours.<li data-bbox="1048 488 2119 552">3. Deux districts (Arivonimamo et Ambatondrazaka) pratiquent une surveillance des taux de perte de vaccin au niveau des CSB.<li data-bbox="1048 568 2119 632">4. Un seul district (Antananarivo Renivohitra) pratique un monitoring des ruptures de stock de vaccins dans les CSB.<li data-bbox="1048 647 2119 791">5. Un seul district (Antananarivo Renivohitra) ne pratique pas un enregistrement et une surveillance de la complétude et de la promptitude des rapports reçus des CSB. Cependant beaucoup de rapports reçus ne sont pas signés et datés. Cela ne permet pas de suivre la promptitude des rapports reçus.<li data-bbox="1048 807 2119 871">6. Aucun des quatre districts visités ne fait une rétro-information écrite régulière aux CSB.<li data-bbox="1048 887 2119 983">7. Un seul district (Antananarivo Renivohitra) visité a fait un monitoring des activités de supervision (cahier ou planning écrit des activités de supervision) et ce seulement pour les CSB à problèmes.



Recommandations	<p>1-4 Les districts doivent pratiquer un suivi de la performance des CSB. L'utilisation de tableaux/diagrammes donne rapidement une idée de la situation et permet de prendre les mesures visant à améliorer les performances de ces CSB et même du district. Des mesures peuvent ainsi être prises pour éviter qu'il y ait pénurie de vaccins ou pour planifier les sessions de vaccination par exemple une fois par semaine au lieu de 3, ce qui peut réduire les taux de perte.</p> <p>5-6 Le nombre et le contenu des visites de supervisions doit être amélioré. Dans la majorité des cas les visites de supervisions n'ont aucune trace écrite aux CSB. Cela a pour conséquence que les améliorations suggérées ne sont pas mises en place car elles ne sont pas retenues par le personnel des CSB. Un calendrier de supervision permet de planifier les visites à l'avance et si bien exécuté permet de voir l'état des choses dans les CSB.</p> <p>Une formation du personnel PEV et des médecins chef de CSB sur tous les aspects de la vaccination doit être envisagée afin d'améliorer les différents points notés ci-dessus.</p>
Commentaires des auditeurs externes	<p>La formation et la supervision régulières devraient permettre de corriger tous les points mentionnés ci-dessus. La supervision doit être formative et non « corrective », ce n'est qu'à ce moment qu'elle permet une meilleure compréhension du travail à effectuer.</p>
Commentaires du Service de la Vaccination	<p>Les revues mensuelles serviront de remise à niveau pour les Chefs CSB.</p> <p>Le suivi de la performance sera parmi les directives à adresser aux SSD.</p>

Surveillance des effets adverses de la vaccination

Le pays ne dispose pas pour le moment d'un format de rapportage pour les effets adverses de la vaccination, cela fait partie des recommandations de ce CQD. Madagascar participera à une formation sur les effets indésirables de la vaccination en Septembre 2003.



Complétude des rapports

La complétude a été mesurée comme suit au niveau des districts.

Districts	Antananarivo Renivohitra	Arivonimamo	Ambositra	Ambatondrazaka
Rapports du district au niveau national	100%	100%	100%	100%
Rapports des centre de santé au districts	81,5%	97,5%	96,5%	110.5%

Le pourcentage des rapports d'Antananarivo Renivohitra est faible parce on y trouve 12 CSB qui ne sont actifs.

Le cas d'Ambatondrazaka est particulier dans le sens que bien que lors de l'échantillonnage les rapports de synthèse des districts faisaient mention de 45 à 49 CSB se rapportant au district, selon le mois. A titre d'exemple, selon le RMSD de janvier 48 CSB ont envoyé leur RMA tandis que du mois d'avril à juillet 45 ont envoyés leurs RMA. Cependant le fait que les données des CSB privés soient incluses dans celles du CSB d'Ambatondrazaka, nous n'avons eu que 42 CSB au cours de l'échantillonnage. Ainsi le nombre de rapports reçus au CSB est plus élevé que le nombre de rapport théorique, soit 42 par mois pour 12 mois.

CSB – Constats et recommandations

Points forts

24 CSB ont été visités au cours de ce CQD et nombreux sont les ceux qui nous ont agréablement surpris en prenant des mesures permettant de faire face à certaines pénuries, notamment de cartes infantiles, de registres ou de bacs à fiches. A l'exemple du CSB d'Ambohidava où des mesures ont été prises afin de recenser les nouvelles naissances à domicile à travers un recensement des accoucheuses traditionnelles (malgré le fait qu'il n'y ait aucune politique nationale à ce sujet), nous encourageons les CSB à prendre des mesures semblables visant à améliorer leurs performances et leurs couvertures vaccinales.

Exactitude des données

Aucun cas d'inflation des chiffres ou de fraude avéré n'a été noté lors de nos travaux excepte le cas de sur-rapportage d'Ambohimarina mentionné plus haut.

Les principaux facteurs ayant affecté l'exactitude des données envoyées aux districts sont :

- Le manque de formulaires de support tels les cartes infantiles, les registres de vaccination et surtout les feuilles de pointage utilisées au cours de l'année auditée.
- L'incertitude sur les données enregistrées due à un manque de ségrégation des doses par classe d'âge - DTC plus d'un an et moins d'un an
- Le manque de formation des personnes effectuant le pointage (exemple : dans un cas on a noté que la fille de salle assistant à cette procédure ne faisait pas la distinction entre le DTC 1, 2 et 3).
- Les vaccinations dispensées aux enfants de passage qui ne sont pas enregistrées dans les cartes ou dans les registres.





Index de la qualité du système (moyenne des CSB)

	Enregistrement	Rapportage et archivage	Monitoring et évaluation
District d'Antananarivo Renivohitra (moyenne)	1.89	4.17	1.23
District d'Arivonimamo (moyenne)	2.13	5.00	1.68
District d'Ambositra (moyenne)	1.81	4.17	1.57
District d'Ambatondrazaka (moyenne)	2.44	4.44	2.87

Les faibles performances des CSB en matière d'enregistrement et de monitoring sont généralement dues à l'absence des feuilles de pointage pour l'année audité de même que l'absence de gestion des stocks de vaccins malgré la disponibilité de réfrigérateurs (voir nos observations et recommandations pour l'enregistrement). Dans le cas du monitoring la recherche active des abandons n'est pas encore effectuée de manière systématique par les CSB de même que le suivi des taux d'abandon et des taux de perte de vaccins (voir nos observations et recommandations pour le monitoring et l'évaluation). Par contre, l'archivage est bien tenu dans la majorité des CSB ce qui explique le bon score obtenu dans ce domaine par les CSB.

Enregistrement



Observations

1. Les données de la vaccination de certains centres (Ambositra et Ambohiboromanga) ne permettent pas de faire la distinction entre les DTC 1, 2 et 3 administrées. En ce qui concerne le VAT 2+, tous les centres ne font de distinction entre le VAT 2+ administrées aux femmes enceintes et aux femmes en âge de procréer, bien qu'on nous ait affirmé que tel était le cas.
2. A l'exception des CSB d'Antananarivo Renivohitra, tous les autres CSB ne font pas clairement la distinction entre les vaccinations dispensées aux enfants de moins d'un an et aux enfants de plus d'un an. Selon les vaccinateurs en place dans ces CSB, dans certains cas les doses administrées aux enfants de plus d'un an sont comptabilisées avec ceux de moins d'un an alors que dans d'autres cas, les doses administrées aux enfants de plus d'un an ne sont pas comptabilisées et de ce fait passent comme des « pertes » pour les CSB.
3. A part le pointage qui est fait au moment de la vaccination et le rapport envoyé en fin de mois, aucune trace n'est gardée pour les enfants de passage qui se font vacciner dans un CSB (ni carte infantile ni registre de vaccination).
4. La majorité des centres visités, à part ceux d'Ambohimamarina, Ampasanimalo, La Clinique des Sœurs, Andina, Ambohimombo, Ambatondrazaka et Ambohidava ne tenaient pas de fiche de stock de vaccins en 2002. Les registres de stocks, quand ils étaient disponibles, n'étaient pas exhaustifs. De plus aucun inventaire physique n'est effectué pour rapprocher le stock théorique du stock physique.
5. Feuille de contrôle de réfrigérateur incomplète (Ihadilana, Ambohiboromanga).
6. Aucun CSB ne fait la gestion des stocks de vaccins par numéro de lot. De plus il n'y a pas de fiche de stock pour le matériel d'injections et le matériel PEV.
7. Les feuilles de pointage utilisées en 2002 n'étaient pas disponibles pour l'audit. Les feuilles utilisées avaient toutes été effacées pour être réutilisées – ceci dans tous les CSB.
8. Incohérence entre le registre de vaccination tenu en même temps que la carte infantile – Imerimandroso.
9. Les dates de naissance ne sont pas toujours notées sur les cartes infantiles. (Ambohimandy et Arivonimamo II).
10. Une nouvelle dose est considérée comme une nouvelle entrée (i.e. comme un nouvel enfant vacciné) dans le registre de vaccination – Ambositra, Arivonimamo II, Ambohimasina, Imerintsiatosika.



Recommandations	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le gestionnaire du stock doit tenir des fiches de stock, au fur et à mesure de l'arrivée et des sorties de stocks. La fiche de stock devra contenir les informations suivantes: le type d'antigènes, la date d'arrivée et de sortie et la quantité, la date de péremption, le numéro de lot de l'antigène, les pertes d'antigènes. Des fiches de stocks détaillées doivent aussi être tenues pour le matériel d'injection. 2. Tenir des cahiers pour le pointage. Ces cahiers devront être utilisés pour enregistrer séparément les doses administrées aux enfants de plus d'un an et ceux de moins d'un an. La tenue de ces cahiers doit se faire pour chaque session de vaccination. Le personnel effectuant le pointage doit être au courant de l'enregistrement correct des différentes doses administrées. 3. L'histoire vaccinale d'un enfant doit pouvoir être lue à partir de la carte infantile ou des registres de vaccination, d'où l'importance de ne pas enregistrer des nouvelles doses comme étant de nouvelles entrées et de bien enregistrer la date de naissance de l'enfant ou au moins son âge en mois. 4. Les enfants de passage doivent aussi faire l'objet d'une entrée au CSB. Étant donné le coût élevé de tenir une carte par enfant de passage, un registre serait plus économique. 5. Les feuilles de température de réfrigérateur doivent être tenues au jour le jour. La température doit être prise matin et soir afin de s'assurer du bon fonctionnement du réfrigérateur.
Commentaires des auditeurs externes	<p>Une formation sur la tenue des fiches de stocks, des cartes infantiles et des feuilles de pointage est vitale dans tous les CSB. Cette formation devra aussi couvrir tous les aspects de la vaccination. Nous avons constaté au cours de ce CQD que lors des transferts de personnel, en formation des successeurs n'était pas faite.</p>
Commentaires du Service de la Vaccination	<p>Cette formation se fera lors des revues mensuelles.</p>



Rapportage et archivage

Observations	Six CSB ne possédaient pas copie de tous leurs rapports pour l'année 2002 (Ambihitombo, Ihadilana, Ambohidehilahy, Ambohiboromanga, CHD 2 Clinique des Sœurs et Ambohimanarina).
Recommandations	Une copie des rapports envoyés au district doit être gardée au CSB.
Commentaires des auditeurs externes	
Commentaires du Service de la Vaccination	On peut les mettre dans les directives.

Monitoring et évaluation



Observations	
	1. La majorité des CSB visités ne possédaient pas de tableau/diagramme concernant leur couverture vaccinale.
	2. Aucun des CSB visités au cours de ce CQD ne disposait de données concernant son taux d'abandon et son taux de perte de vaccins.
	3. Les CSB sont généralement peu ou pas au courant des nouvelles naissances à domicile.
	4. Aucun des CSB visités au cours de ce CQD ne fait de la recherche active des abandons.
	5. Les objectifs vaccinales de certains CSB tels celui d'Ambatondrazaka ne sont pas réalistes par rapport à leurs performances actuelles – exemple en 2002 la population cible 2002 était de 2,958, l'objectif de 2,366 et l'actuel en 2002 de 1,118. Dans le cas d'Imerimandroso, l'objectif (80% de la population cible) était de 458 tandis que le CSB n'a fait que 139 DTC 3 en 2002.
	6. L'objectif du CSB est relatif à la population du Fokontany qui englobe aussi les autres centres du secteur (Ambohimanarina).



Recommandations	<p>1-3 Une formation complète ainsi que des visites régulières aux CSB permettraient de former le personnel de ces CSB aux outils de gestion à leur disposition tels que les courbes de couverture vaccinale, les taux d'abandon, les taux de perte et la signification de ces taux .</p> <p>4. L'utilisation de bac à fiches facilitent la recherche active des abandons et permet de ramener les absentéistes. L'implication des accoucheuses traditionnelles et des comités de santé aideraient grandement la recherche active des abandons.</p> <p>5-6 Les objectifs devraient être ramenés à des proportions beaucoup plus réalistes. Des objectifs trop élevés peuvent démoraliser l'équipe en place.</p>
Commentaires des auditeurs externes	<p>Une supervision régulière par les niveaux supérieurs peut aussi servir de formation si elle est bien faite. La supervision doit être formative et non « corrective », ce n'est qu'à ce moment qu'elle permet une meilleure compréhension du travail à effectuer.</p>
Commentaires du Service de la Vaccination	<p>Des financements pour la confection des bacs à fiches ont été envoyés aux districts (prise en charge UNICEF).</p> <p>Les objectifs pour les SSD peu performants ont été augmentés de 10 points de l'année précédente (pour les SSD appuyés par l'approche RED).</p>

Taux d'abandon DTC 1 à DTC 3

District d'Antananarivo Renivohitra	Taux d'abandon	District d'Arivonimamo	Taux d'abandon
CSB2 Ambohimanarina	-4.6%	CSBII Ambohipandrano	-80.6%
CSB2 MSI Avaradoha	5.2%	CSBII Imerintsiatosika	10.7%
CSB2 Ampasanimalo	-45.1%	CSB II Arivonimamo II	5.9%
CHD2 Clinique des Soeurs	7.5%	CSBII AmbohimandrY	25.4%
CSB2 Akany HAVOZO	7.6%	CSBII Ambohimasina	23.0%
CSB2 BTM BOA Antaninarenina	25.0%	CSBII AMCM I/KA	4.3%

District d'Ambositra	Taux d'abandon	District d'Ambatondrazaka	Taux d'abandon
Ambositra	5.5%	Ambatondrazaka	-3.8%
Andina	-2.9%	Andilanatoby*	-5.5%
Ambohimitombo	9.9%	Ambohidehilahy	-20.3%
Kianjadrakefina	14.9%	Ambohidava*	15.5%
Alakamisy Ambohijato	5.3%	Imerimandroso*	38.2%
Ihadilanana	39.8%	Ambohiboromanga	-22.0%

Les taux d'abandon négatifs relèvent généralement de CSB avec un nombre élevé d'enfants de passage et démontrent aussi l'accessibilité du CSB. Dans le cas d'Ambohipandrano, on trouve un nombre relativement bas de DTC1 administré au cours de l'année 2002 par rapport au nombre de DTC 3 administrés au cours de la même période. Aucune explication quant à ces résultats n'a pu être obtenue.



Taux de perte (DTC)

Le taux de perte de vaccins, pour l'année 2002, n'a pu être calculé que dans 6 CSB comme suit : Ambohimanarina (38%), Ampasanimalo (30,3%), Andina (45,7%), Ambohimitombo (35,1%), Ambatondrazaka (7,5%) et Ambohidava (90,6%), les fiches des stocks pour cette période n'ayant pas été tenues ou n'étant pas disponibles.

Surveillance des effets adverses de la vaccination

Le pays ne dispose pas pour le moment d'un format de rapportage pour les effets adverses de la vaccination, cela fait partie des recommandations de ce CQD.

Complétude des rapports

Des 24 CSB visités, 7 avaient un taux de complétude de moins de 100 % notamment CSB2 Ambohimanarina, CHD2 Clinique Des Sœurs, Ambohimitombo, Ihadilana, Ambohidehilahy, Ambohiboromanga et Arivonimamo.

Taux de couverture rapporté du DTC 3 et évolution

Des 24 CSB visités seulement 7 ont rapportés une augmentation de DTC 3 en 2002 par rapport à l'année précédente, notamment Ambohimanarina (+11), Ampasanimalo (+20), Akany Havoza (+55), Ambatondrazaka (+548), Andilanatoby (+63), Ambohidehilahy (+8) et Ambohidava (+77). Cela est dû à la crise politique qui a affecté le pays dans le premier semestre de 2002. Durant les mois de février à avril, la majorité des centres n'ont pu effectuer des vaccinations.

Contraintes d'ordre logistique, de délais ou autres

Les retards accumulés lors des longs déplacements entre les CSB ont pu être compensés par la disponibilité des personnes rencontrées dans les CSB, qui se sont rendues disponibles le week-end afin de nous permettre d'accomplir notre tâche dans les temps impartis.

Apprentissages et perspectives

A notre avis, effectuer un nouveau CQD à Madagascar en 2004 constituerait une démarche hâtive, car à notre avis on ne pourra constater l'impact des nombreuses recommandations et des initiatives en cours d'implémentation qu'à partir de l'année se terminant en décembre 2004 au plus tôt.

En effet, comme année à auditer, 2003 ne présenterait probablement pas un résultat meilleur que celui de 2002. Pour cette raison, nous recommandons de reconduire le prochain DQA à 2005 afin d'auditer la performance de l'année 2004.

Suite à notre visite des mesures seront prises pour le rapportage des effets secondaires de la vaccination, les tableaux de couverture vaccinale et la gestion des pertes de vaccins. Ces mesures seront été incorporées dans le nouveau format du rapport mensuel.

Lors de la réunion de clôture tenue au Service de la Vaccination, en présence du responsable du Service de la Vaccination et des représentants de l'UNICEF, de l'OMS, et des autres membres du CCI, les participants ont reconnu la validité des recommandations émises par les équipes d'évaluation PEV-PwC.



APPENDIX I. “ANNEX H” – CORE INDICATORS NATIONAUX



Core indicator	JRF	Reported at the time of the audit	
DISTRICTS WITH DTP3 COVERAGE >=80% N (ADMIN, DTP3<1) %	25	12	Information available for only 25 districts in 2003 at time of audit.
	22,5%	10,8%	% taken as % of total number of districts.
DISTRICTS WITH MEASLES COVERAGE >=90% N (ADMIN MEASLES<1) %	7	7	Information available for only 25 districts in 2003 at time of audit.
	6,3%	6,3%	% taken as % of total number of districts.
DISTRICTS WITH DOR < 10% N (ADMIN, DOR DPT1 DPT3) %	13	9	Information available for only 25 districts in 2003 at time of audit.
	11,7%	8,2%	% taken as % of total number of districts.
COMMENTS			



Type of syringes used in the country*	AD syringes in 98 out of 111 districts	AD syringes in all districts	
% of districts that have been supplied with adequate (equal or more) number of AD syringes for all routine immunizations (less OPV) during the year	88,3%	100%	In 2002, remotely located districts had not been supplied with AD syringes because of air freight problems.
COMMENTS			

Core indicator	JRF	Reported at the time of the audit	comments
Introduction of Hepatitis B (yes /no when/ partially/ specify presentation)*	Introduced in December 2001	Already introduced	
Introduction of Hib (yes /no when/ partially/ specify presentation)*	Not yet introduced	No specific date	
Country wastage rate of DTP	13,8%	15,8%	
Country Wastage rate of Hep B vaccine	Same as above	Same as above	
Country Wastage rate of Hib vaccine	N/A	N/A	
COMMENTS			The country has introduced Hep B vaccine in December



			2001 and to date there are no plans as to when the Hib vaccine will be introduced.
Interruption in vaccine supply (any vaccine) during the audit year at national stock			BCG and Polio stocks were not available in February 2002 because of a delay in air freight at National level.
How many districts had an interruption in vaccine supply (any vaccine) during the audit year	20 districts	None	13 districts in Fianarantsoa Province, 2 in Mahajanga Province, 2 in Toliara Province and 3 in Antsiranana Province.
COMMENTS			
% district disease surveillance reports received at national level compared to number of reports expected (routine reporting of VPD)	18%	39 districts i.e., 35%	
% of district coverage reports received at national level compared to number of reports expected	90,5%	25 districts out of 111, Fianarantsoa Province only, i.e. 22,5%	This is not availability
% of district coverage reports received on time at national level compared to number of reports expected		Not available	Timeliness is not monitored
COMMENTS			



Number of districts which have been supervised at least once by higher level during the audit year		37 districts according to Stop Team meeting with CCI	
Number of districts which have supervised all HUs during the audit year		Not available	The districts report generally to provincial levels about the supervision they may have carried out in the year under review and do not report to the national level, as a result this information is not available.
COMMENTS			
Number of districts with microplans Including routine immunization	111	38	
COMMENTS			

APPENDIX II. CORE INDICATORS NIVEAU DISTRICT

Ambositra district

Indicator	Information at the national level	Information at the district level
District DTP3 coverage (last tabulation available)	N %	75.87%
District measles coverage (last tabulation available)	N %	46.94%
District drop-out (DTP1-3)		Not available
No syringes supplied in 2002 to the district	Not available as National distributes to Province	0.5ml - 68,000 0.05ml – 48,000
Total immunization given in 2002 (less OPV)	132,802	Not available
No district coverage reports received / sent	12 / 12	12/12
No district coverage reports received on time / sent on time	/ 12	12/12
No district disease reports sent (regular VPD reporting)	/ 12	12/12
No HU coverage reports received / sent		432/442
No HU coverage reports received / sent on time		398





Any district vaccine stock-out in 2002?	Yes	Yes
If yes specify which vaccine and duration	BCG and Polio Jan/Feb 2002	BCG – 22/01/02 – 09/07/02 Polio – 23/01/02 – 26/04/02
Has the district been supervised by higher level in 2002		No
Has the district been able to supervise all HUs in 2002		No
Did the district have a microplan for 2002		Yes

Antananarivo Renivohitra District

Indicator		Information at the national level	Information at the district level
District DTP3 coverage	N	20,955	23,903
(last tabulation available)	%	63.5%	65.6%
District measles coverage	N	22,491	25,675
(last tabulation available)	%	68.1%	70.5%
District drop-out (DTP1-3)		-3%	Not available
No syringes supplied in 2002 to the district		0.5ml - 97,000	0.5ml - 147,000 0.05ml – 19,800
Total immunization given in 2002 (less OPV)		132,802	Not available
No district coverage reports received / sent		12 / 12	12/12
No district coverage reports received on time / sent on time		/ 12	5/12
No district disease reports sent (regular VPD reporting)		/ 12	12 /12
No HU coverage reports received / sent			Not available
No HU coverage reports received / sent on time			Not available
Any district vaccine stock-out in 2002?		Yes	Yes
If yes specify which vaccine and		BCG and Polio Jan/Feb 2002	Polio – February 2002





duration		
Has the district been supervised by higher level in 2002		No
Has the district been able to supervise all HUs in 2002		No
Did the district have a microplan for 2002		Yes

Ambatondrazaka District

Indicator		Information at the national level	Information at the district level
District DTP3 coverage	N	6,481	6,560
(last tabulation available)	%	75,2%	59,4%
District measles coverage	N	5,952	5,925
(last tabulation available)	%	62,8%	53,65%
District drop-out (DTP1-3)		8%	0,47%
No syringes supplied in 2002 to the district		SAB 0,05ml- 4,800 SAB 0,5ml- 22,000	BCG – 9,600 et Autres-25,000
Total immunization given in 2002 (less OPV)		42,709	41,794
No district coverage reports received / sent		12 / 12	12 /12
No district coverage reports received on time / sent on time		12 / 12	12/12
No district disease reports sent (regular VPD reporting)		12/ 12	12/12
No HU coverage reports received / sent			12/12
No HU coverage reports received / sent on time			/12
Any district vaccine stock-out in 2002?			None
If yes specify which vaccine and			N/A





duration		
Has the district been supervised by higher level in 2002		2 times by DPS in 2002 – October and December
Has the district been able to supervise all HUs in 2002		No, 5 districts were not visited in 2002
Did the district have a microplan for 2002		Yes

Arivonimamo District

Indicator		Information at the national level	Information at the district level
District DTP3 coverage (last tabulation available)	N %	7,976 83,9%	7,374 66%
District measles coverage (last tabulation available)	N %	5,591 58,8%	6,917 62%
District drop-out (DTP1-3)		-11%	12%
No syringes supplied in 2002 to the district		SAB 0,05ml- 6,400 SAB 0,5ml- 13,000	SAB 0,05ml – 4,800 SAB 0,5ml – 6,000
Total immunization given in 2002 (less OPV)		39,162	46,681
No district coverage reports received / sent		12 / 12	12/12
No district coverage reports received on time / sent on time		12 / 12	12/12
No district disease reports sent (regular VPD reporting)		12 / 12	12 /12
No HU coverage reports received / sent			12 /12
No HU coverage reports received / sent on time			12 /12





Any district vaccine stock-out in 2002?		Yes
If yes specify which vaccine and duration		All vaccines in Quarter 1
Has the district been supervised by higher level in 2002	No	National –No Province – Yes (in May 2002)
Has the district been able to supervise all HUs in 2002	No	No
Did the district have a microplan for 2002	Yes	Yes

APPENDIX III. PERSONNES RENCONTREES AU COURS DU CQD

National

Name	Position
Dr Bakolalao Randriamanalina	Chef De Service Vaccination (SDV)
Dr Herinavalona Rakotomanana	Adjoint Technique Au Service De La Vaccination (SDV)
Dr Celestine Rabialahy	Adjoint Technique A La Direction De Santé Familiale
Dr Perline Rahantanirina	Directeur De La Santé Familiale
Mr Seth Razanaidraibe	Responsable De La Section Informatique Au SDV
Dr Yvon Razafindralambo	Chef Surveillance Epidémiologique Et De La Gestion Des Informations Sanitaires
Dr Jean Louis Razafimahatratra	Adjoint Technique, Surveillance Epidémiologique Et De La Gestion Des Informations Sanitaires
Mr Marcel Ranaivomanana	Responsable De La Gestion Et Envoi Des Vaccins
Mr Roger Rasatarison	Assistant Responsable De La Gestion Et Envoi Des Vaccins
Mrs Edwige	Responsable De La Saisie Des Données Des Provinces
Dr Jacky Razanakoloma	Chef De Division Surveillance Epidémiologique
Pr Barysson Andriamahefazafy	OMS
Dr Andre Ndikuyeze	Représentant OMS



Dr Abdoul Aziz Kaine OMS

District Antananarivo Renivohitra

Name	Position
Ravaomananivo Anne Marie	Chef De Service De Sante De District (“ SSd”)– Medecin Inspecteur
Rakotomanana Emma	Responsible Pev Ssdar – Service De Sante De District Ar
Randriambelosen Sahondra	Resonsable Sisg/Sim – Systeme D’information Sanitaire Pour La Gestion
Ratsaraso Monique	Adjoint Resonsable Sisg/Sim

CSB Ambohimanarina

Name	Position
Dr Jean Pierre Ramilison	Medecin Chef
Dr Rantiana Razakolona	Medecin Traitant – Responsable Des Donnees PEV

CSB MSI Avaradoha

Name	Position
Dr Voahangy Rarivomalanto	Chef De Centre
Dr Bakoly Razanakiniaina	Responsable PEV - Data
Dr Holy Andrianasolo	Responsable PEV - Maternite





CSB Ampasanimalo

Name	Position
Dr Fortunat Razafindralambo	Medecin Chef
Jean Berthin Mahavory	Technician - Responsable PEV - Data
Therese Rasoanimdrainy	Responsable Vaccin And Stock

CHD Clinique Des Soeurs

Name	Position
Sr Jeannette Rasoloarimalala	Responsable – Directrice
Sr Cecilia Hirama Satoko	Infirmiere – Coordinatrice
Eugene Raninoson	Anesthesiste – PEV
Martine Rasendrasoa	Infirmiere
Marie Gorreti Rasoarimalala	Infirmiere
Rahajosoa Rabetsitonta	Medecin – Responsable Monthly Report

CSB Akany Havozo

Name	Position
Vololona Rasoarimana	Infirmiere Responsable PEV
Dr Clarisse Rasoarimalala	Medecin Chef



CSB BTM BOA

Name

Marie Rose Ravaomalala

Position

Infirmiere Responsable Vaccination et PEV

District Arivonimamo

Name

Dr Roland
ANDRIANARINARIVO

Position

Médecin Inspecteur

Dr Dieudonné
ANDRIANANTENAINA
RAZAFINDRADOANA

Adjoint Technique

Dr Israëly Saina
RASOLISIMTSOAMOREMJA
NHARY

Médecin Du BSD – Responsable De Programme

Gilbert Solo RABEVAHOAKA

Responsable PEV

CSB Ambohimandry

Name

Dr Holivololina
RABENANTOANDRO

Position

Medecin Chef Du CSB

Clarisse Monique
RAHELIARISOA

Aide Sanitaire



CSB Ambohimasina

Name	Position
Jean Christian RAZANAKOTO	Médecin Chef CSB II
Hermine RAZANATSOA	Sage Femme
Rija RAZAKASON	Vaccinateur

CSB Ambohipandrano

Name	Position
Maurille RAKOTONDRAZANANY	Paramedical

CSB AMCM Imerintsiatosika

Name	Position
Noromanana RAJAONARIVONY	Médecin
Donné RANDRIAMIHAMIMA	Médecin

CSB Arivonimamo II

Name	Position
Honorine Rasoalison	Médecin Chef

Niry Hanta Rajafindrakoto

Sage Femme / Vaccinatrice

CSB Imerintsiatosika

Name

Position

Irène Voahangy
RAMAHADISON

Médecin Chef Par Intérim

Anne Marie Lydie
RAMANANJANAHARY

Médecin

Noro Sahondra
RAVAOARIVONY

Sage Femme D.E

Voninahitraniaina
RAVELOJAONA

Sage Femme D.E

District Ambositra

Name

Position

DR CHRISLINE NJARASOA

CHEF DE SERVICE DE SANTE DE DISTRICT (“SSD”)–
MEDECIN INSPECTEUR

JEAN DIEU DONNE
RATSIMBAZAFY

RESPONSIBLE PEV SSD – SERVICE DE SANTE DE
DISTRICT AMBOSITRA

DR JEANNE ALICE
RASOAMANALINA

RESONSABLE SISG/SIM – SYSTEME D’INFORMATION
SANITAIRE POUR LA GESTION

CSB Ambositra





Name	Position
Madeleine Ralalaharijaona	Medecin Responsable IST/SIDA
Olga Rasolofoson	Sage Femme Realisateur Adjoint – Responsable Des Donnees PEV
Marie Berthine Razazarohavana	Sage Femme CPN/PEV
CSB Andina	
Name	Position
Dr Andre Leonard Ravelomaharavo	Chef De Centre
Muriel Hariniaina	Sage Femme – Maternite
Soalina Razafindranoro	Infirmiere – Maternite / Vaccination
CSB Ambohitombo	
Name	Position
Dr Henri Fidele Marie Raharivohitra	Medecin Chef
Lilianne Rasoanirina	Sage Femme (Realisateur Adjoint)
CSB Kianjadrakefina	
Name	Position

Jean Remi Randriamampionona	Medecin Resident
Raveloarisoa	Aide Sanitaire

CSB Alakamisy Ambihijato

Name	Position
Dr Jaonasitera Razafinjatovo	Medecin Chef
Boniface Razaindravo	Aide Sanitaire

CSB Ihadilanana

Name	Position
Dr Hobinaina Randrianaivo	Chef CSB 2

CSB Ambositra

Name	Position
DR CHRISLINE NJARASOA	CHEF DE SERVICE DE SANTE DE DISTRICT (“ SSD”)- MEDECIN INSPECTEUR
JEAN DIEU DONNE RATSIMBAZAFY	RESPONSIBLE PEV SSD – SERVICE DE SANTE DE DISTRICT AMBOSITRA
DR JEANNE ALICE RASOAMANALINA	RESONSABLE SISG/SIM – SYSTEME D’INFORMATION SANITAIRE POUR LA GESTION





District Ambatondrazaka

Name	Position
Dr RATOTO	Médecin Inspecteur, Chef Du SSD Ambatondrazaka
Dr Solofohery Bien-Aimé	Adjoint Technique, Secteur Nord Du District
Mme Olivia Ramantenaso	Aide Sanitaire B3, Responsable PEV Au District
Mons. Sylvain Andrianarimanana	Responsable PFA –District Counterpart
Mons Henri Ratsaravintana	Responsable SIG

CSB Ambatondrazaka

Name	Position
Dr Ralivaharina RAJASOA	Médecin – Chef Intérimaire
Mrs Chantal Elisabeth TIFANA	Sage-Femme – Responsable PEV
Mrs Lucie RAZANAMIHANTA	Sage-Femme - Vaccinatrice
Mrs Alien Randrianaivo	Infirmière D'état - Vaccinatrice

CSB Ambohiboromanga

Name	Position
Mons. Rabenasoavina	Infirmier d'Etat

CSB Ambohidava

Name

Mons. VELOLAHY

Mme Melnie RAHIVOANGY

Position

Infirmier Diplômé d'Etat

Sage-Femme Diplômé d'Etat

CSB Ambohidehilahy

Name

Mrs Nirina RABESALAMA

Position

Sage-Femme, Responsable PEV

CSB Andilanatoby

Name

Eugène Robert
RABEARITSIMBA

François RAZAIVAO

Position

Médecin Diplômé d'Etat

Assistant De Santé – Responsable PEV

CSB Imerimandroso

Name

Dr Lydie RAVELOMALALA

Mons. Rakotoarivelo Edson Fils
ANDRIANASY

Position

Médecin Diplômé d'Etat

Infirmier Diplômé d'Etat (Responsable PEV)



Les personnes suivantes ont assistés au débriefing qui a eu lieu au Service de la Vaccination le 11 août 2003.



Mons ANDRIAMITANTSOA Benjamin	USAID
Dr RALAIVAO Josoa	BASICS/USAID
Pr ANDRIAMAHEFAZAFY Barryson	OMS
Dr KAINÉ Abdoul Aziz	OMS
Dr RAKOTO Rabarijohn Narolala	UNICEF
Mme RAJAONAIVELO Zoé	UNICEF
Dr RAKOTO Andrianarivelo Mala	Institut Pasteur Madagascar
Dr RABIALAHY Célestine (Adjoint Technique)	Direction de Santé Familiale/Ministère de la Santé
Dr RAZAIRIMANANA Fenosoa (Point Focal National)	PFA/SDV/ Ministère de la Santé
Dr RAKOTONDAZAKA Celestin	Service de la Vaccination (SDV)
Dr RAKOTOMANANA Herinalona	Service de la Vaccination
Dr RANDRIAMANALINA Bakolalao	Service de la Vaccination