

MINISTERE DE LA SANTE

BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice



**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL
D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES
DONNEES DE VACCINATION DE ROUTINE
2018 - 2022**

Août 2017

Table des matières

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS	3
Résumé d'orientation/analytique.....	5
INTRODUCTION	6
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	7
II. PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES DONNEES	10
2.1 Revue documentaire	10
2.2 Enquête terrain.....	10
2.3 Atelier d'élaboration.....	10
III. ANALYSE DE LA SITUATION.....	10
IV. IDENTIFICATION DES PROBLEMES.....	21
4.1 Constats négatifs	21
4.2 Problèmes prioritaires	22
V. VISION, BUT ET OBJECTIFS.....	23
5.1 Vision.....	23
5.2. But.....	23
5.3 Objectifs	23
VI. CHRONOGRAMME DES ACTIVITÉS	24
VII. COUT ET FINANCEMENT DU PAQD 2018-2022.....	27
VIII. SUIVI EVALUATION DU PLAN	27
8.1 Mécanisme de coordination	27
8.2 Mécanisme de suivi	27
8.3 Mécanisme d'évaluation	27
CONCLUSION	27
ANNEXES.....	29

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ASBC	Agent de santé à base communautaire
CASEM	Conseil d'administration du secteur ministériel
CCIA	Comité de Coordination Inter Agence
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHUSS	Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou
CHUP-CDG	Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaule
CHUYO	Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo
CHR	Centre Hospitalier Régional
CMA	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
CM	Centre Médical
COGES	Comité de Gestion
CQSDS	Comité de la Qualité et de la Sécurité des Données Sanitaires
CTA/PEV	Comité Technique d'appui au PEV
CTRS	Comité Technique Régional de Santé
CSCA	Cellule de suivi et de coordination de l'approvisionnement en vaccins
CSD	Conseil de Santé de District
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DGESS	Direction Générale des Etudes et des Statistiques Sectorielles
DHIS2	District health information system version2
DLM	Direction de la lutte contre la maladie
DPV	Direction de la Prévention par les Vaccinations
DQA	Audit de la Qualité des Données
DQS	Auto Evaluation de la Qualité des Données
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District Sanitaire
DSS	Direction Générale des Statistiques Sectorielles
DVDMT	District Vaccine Data Management Tools
ECD	Equipe Cadre de District
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EMC	Enquête Multisectorielle Continue
ENDOVAC	Enquête sur l'Enregistrement des Données de Vaccination
ENSP	Ecole Nationale de la Santé Publique
Gavi	Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination
GTCV	Groupe technique consultatif pour la vaccination
GVAP	Plan d'action mondial pour les vaccins
FFOM	Forces faiblesses opportunités et menaces
IEC	Information Education et Communication
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
MAPI	Manifestations post vaccinales indésirables
MCD	Médecin Chef de District
MEV	Maladies évitables par la Vaccination

MPGIS	Manuel de procédures de gestion de l'information sanitaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PADS	Programme d'Appui au Développement Sanitaire
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDES	Plan National de Développement Economique et Social
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPAc	Plan Pluri- Annuel complet
PTF	Partenaire Technique et Financier
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
RH	Ressources humaine
RI	Routine immunization
SARA	Survey Evabilitté and Readiness Assessment
SMT	Management stock tools
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance

Résumé d'orientation/analytique

La gestion de l'information sanitaire est un axe stratégique du PNDS du ministère de la santé dont la mission est de rendre disponible à temps l'information sanitaire la plus fiable aux fins d'utilisation de planification, de gestion, de suivi et d'évaluation des projets et programmes de santé.

Sur le plan institutionnel, la DGSS à travers la DSS, coordonne la collecte, le traitement et la production de l'information sanitaire au plan national. Parallèlement, la DPV dispose d'un système de gestion verticale des données de vaccination et de surveillance des maladies évitables par la vaccination pris en compte et validé par la DSS.

Malgré les bonnes performances en termes de couvertures vaccinales et de surveillance des maladies évitables par la vaccination, les enquêtes réalisées sur le terrain (revue du PEV, SARA ; Endos), évaluation de couvertures vaccinales post introduction de nouveaux vaccins, ainsi que les estimations OMS/UNICEF montrent toujours des écarts importants (plus de 10 points) avec les données administratives.

Suite à cette insuffisance criarde (discordance et écart entre données d'enquête et données administratives), le Burkina Faso a pris la résolution d'élaborer un plan d'amélioration de la qualité des données du PEV suivant un processus participatif en plusieurs étapes (revue documentaire, enquête de terrain et atelier d'élaboration en deux sessions).

Les problèmes prioritaires ont été formulés, des objectifs et des stratégies d'action y afférents ont été déterminés.

Un cadre de suivi et d'évaluation, un plan opérationnel 2018 et un budget prévisionnel sont annexés au présent plan stratégique.

INTRODUCTION

Au Burkina Faso, le Ministère de la santé met en œuvre une politique sanitaire mise au centre des priorités du plan national de développement économique et social (PNDES) et opérationnalisée par le plan national de développement sanitaire.

Ce plan de la période 2011 – 2020, révisé pour la phase 2 (2016 – 2020) afin de s'adapter à la vision du PNDES fait de la gestion de l'information sanitaire un axe stratégique de développement sanitaire à travers ces missions dont l'essentiel est de rendre disponible à temps l'information sanitaire la plus fiable aux fins d'utilisation de planification, de gestion, de suivi et d'évaluation des projets et programmes de santé.

Dans le cadre de cette mission, la Direction générale des études et des statistiques sectorielles (DGESS) à travers la Direction des statistiques sectorielles (DSS) coordonne la collecte, le traitement et la production de l'information sanitaire.

Le Programme élargi de vaccination (PEV), depuis sa mise en œuvre au Burkina Faso en 1979 dispose d'un système de gestion verticale des données de vaccination et de surveillance des maladies évitables par les vaccinations. Malgré les bonnes performances en termes de couvertures vaccinales et de surveillance des MEV, les enquêtes réalisées sur le terrain (revue PEV, SARA, ENDOVAC, évaluation de couverture vaccinale post introduction des nouveaux vaccins) ainsi que les estimations OMS/UNICEF montrent toujours des écarts importants (plus de 10 points) avec les données administratives. D'où le besoin impérieux de faire une analyse profonde pour appréhender les goulots d'étranglement en vue d'apporter des réponses adéquates. Le présent plan dont les actions visent l'amélioration continue de la qualité des données s'articule comme suit :

- ✓ Contexte et justification
- ✓ Informations générales
- ✓ Analyse de la situation de la qualité des données de vaccination à travers l'appréciation des forces et faiblesses du système, ainsi qu'une vue des opportunités et des menaces (FFOM)
- ✓ Identification des problèmes
- ✓ Objectifs
- ✓ Chronogramme des activités et coûts
- ✓ Suivi de la mise en œuvre du plan
- ✓ Conclusion

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1.1. Informations générales

Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso, s'étend sur une superficie de 274 200 km². Il est limité au Nord et à l'Ouest par le Mali, à l'Est par le Niger et au Sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire.

Son climat est de type tropical avec une saison pluvieuse d'environ cinq mois (de mai à septembre) et une saison sèche d'environ sept mois (d'octobre à avril).

Le Burkina Faso est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes et 8228 villages. Dans le cadre de la décentralisation, la région et la commune constituent des collectivités territoriales dotées de la personnalité morale et d'une autonomie financière. Les circonscriptions administratives sont la région, la province, le département et le village.

Avec un taux d'accroissement annuel de 3,1%, la population totale du Burkina Faso est estimée à 20 244 079 habitants en 2018 selon le scénario tendanciel (RGPH 2006). Le pays connaît d'importants mouvements de populations aussi bien internes qu'externes. Les migrations internes se font vers les zones de terre fertile et récemment vers les sites aurifères, ce qui contribue à favoriser la vaccination des cibles hors aire sanitaire. Cette situation entraîne des difficultés de maîtrise des dénominateurs.

Le Burkina Faso est un pays en développement avec un seuil de pauvreté estimé à 153 530 FCFA par personne et par an en 2014. Le pourcentage de la population vivant en dessous de ce seuil de pauvreté est de 40,1%.

La Constitution reconnaît la santé comme un droit fondamental, droit préalable à la jouissance des autres droits fondamentaux. Cependant, il n'existe pas de cadre législatif en matière de vaccination.

Les orientations en matière de santé sont contenues dans la politique nationale de santé élaborée en 2010. Pour la mise en œuvre de cette politique, le Burkina Faso dispose d'un PNDS 2011 – 2020 dont les orientations sont celles de la politique nationale de santé.

Le système national de santé est organisé de façon pyramidale à trois (3) niveaux :

- le niveau central ou niveau stratégique qui regroupe les Directions générales, les directions centrales, les unités de gestion de programmes et de projets spécifiques rattachées au secrétariat général et au cabinet du Ministre.
- le niveau intermédiaire ou tactique qui comprend 13 Directions régionales de la santé (DRS) ;
- le niveau périphérique qui comprend 70 districts sanitaires(DS).

Les structures de soins se subdivisent en trois niveaux:

- le premier niveau est constitué par le DS avec deux échelons : un premier échelon représenté par les Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et Centre

médical (CM) et un niveau de référence (deuxième échelon) représenté par l'hôpital de district.

- le deuxième niveau est représenté par le Centre hospitalier régional (CHR)
- le troisième niveau constitué par les Centres hospitaliers universitaires (CHU) au nombre de 05 est le niveau de référence ultime du système des soins.

A ces différents niveaux, correspondent respectivement, les organes de coordination et cadres de concertation suivants : le Conseil d'Administration du Secteur Ministériel (CASEM) au niveau central, le Comité technique régional de la santé (CTRS) et le Comité régional de suivi du plan national de développement sanitaire (CRS /PNDS) au niveau intermédiaire et le Conseil de santé du district (CSD) au niveau opérationnel.

1.2. Description du système national d'information sanitaire

Le SNIS est un ensemble de structures, d'institutions, de personnes, de procédures, de méthodes et de matériels, organisé dans le but de fournir l'information en temps voulu et sous la forme appropriée. Le SNIS est le dispositif chargé de la production et de la diffusion des principaux indicateurs de santé en rapport avec les ressources sanitaires, aux activités des services de santé, à la morbidité et la mortalité au niveau du pays.

Le SNIS comprend des institutions relevant ou non du Ministère de la santé. Il se compose d'un ensemble de six sous-systèmes interdépendants, plus ou moins fonctionnels les uns par rapport aux autres. La coordination de ce système incombe à la DGESS. Au niveau des autres directions centrales du Ministère de la santé, il existe des services en charge de la gestion de l'information. Au niveau des régions et des districts, les centres d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique sont chargés de cette gestion. Dans les hôpitaux, cette attribution incombe au service d'information hospitalière et au service de planification et d'information hospitalière.

Le SNIS comporte six composantes, (i) le sous-système des rapports de routine des services de santé, (ii) le sous-système de la surveillance épidémiologique, (iii) le sous-système de la gestion des programmes, (iv) le sous-système de l'administration et de la gestion des ressources, (v) le sous-système des enquêtes et études périodiques et (vi) le sous-système à assise communautaire.

La collecte des données est faite à partir de rapports mensuels des formations sanitaires du premier niveau (Dispensaires/ maternités isolés, CSPS, CM y compris le secteur privé et les organisations à base communautaire) et des rapports trimestriels pour les formations sanitaires du deuxième niveau (CMA) et troisième niveaux (CHR, CHU).

Les rapports des formations sanitaires sont transmis aux districts sanitaires qui les compilent dans un rapport trimestriel. Ces rapports trimestriels sont contrôlés par les Directions régionales de la santé (DRS) avant leur acheminement au niveau central (DGESS). Les rapports trimestriels des CHR et des CHU sont transmis trimestriellement au niveau central (DGESS) avec ampliation aux Directions régionales

de la santé pour exploitation. La gestion des données de vaccination fait partie du Sous-système d'information pour la gestion des programmes.

Le système d'information sanitaire dispose d'un ensemble d'outils allant des fiches de collecte de données aux bases de données et autres systèmes d'archivage des données. Différents outils de collecte sont utilisés dans le PEV à savoir les registres de vaccination, les registres de dépouillement, les registres de gestion des intrants, les fiches d'investigation des maladies évitables par les vaccinations. Ces outils sont actualisés en fonction de l'évolution du programme et mis à la disposition des acteurs au niveau du terrain.

1.3 Organisation et fonctionnement du PEV

Suivant l'arrêté N°2003/-193 /MS/SG/DGS du 23 Septembre 2003 portant attributions et organisation de la Direction générale de la santé (DGS), la DPV est chargée de :

- concevoir, de coordonner, de planifier, d'assurer le suivi et l'évaluation des activités de vaccination ;
- participer à la surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV en collaboration avec la Direction de la lutte contre la maladie (DLM) ;
- organiser et de coordonner la riposte vaccinale en collaboration avec la DLM dans les situations d'urgence et en cas d'épidémie où l'indication d'une vaccination est posée ;
- assurer l'approvisionnement en vaccins et consommables en collaboration avec la Direction de l'administration et des finances (DAF) et la Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires (DGPML);
- participer aux travaux de recherche sur les vaccinations ;
- apporter un appui technique aux structures déconcentrées dans la mise en œuvre des activités de vaccination.

Plusieurs cadres de concertation existent. Il s'agit :

- du Comité de coordination inter- agences (CCIA) ;
- du Comité technique d'appui au PEV (CTA- PEV) ;
- de la Cellule de suivi et de coordination des approvisionnements (CSCA) en vaccins et matériels techniques du PEV ;
- du Groupe technique consultatif sur la vaccination (GTCV).

Au niveau régional, la gestion du programme est sous la responsabilité des directeurs régionaux de la santé, appuyés par un responsable PEV et CISSE nommés à cet effet. Au niveau district, la gestion du programme est sous la responsabilité des Médecin-chefs de district (MCD), appuyés par des responsables PEV et CISSE nommés à cet effet. Les prestations de vaccination sont assurées par les formations sanitaires du 1^{er} échelon.

L'instance de coordination au niveau régional, est le CTRS au niveau district est le Conseil de santé du district (CSD).

II. PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES DONNEES

2.1 Revue documentaire

Il s'est agi à cette étape de faire une analyse de situation de la qualité des données à partir des documents normatifs, données administratives de vaccination et de surveillance du ministère de la santé, les données d'enquêtes (SARA, ENDOVAC) ainsi que les estimations OMS/UNICEF sur la vaccination. Elle a permis une analyse comparée d'indicateurs de qualité de données au cours des trois dernières années : Complétude, promptitude, consistance interne, consistance externe...

2.2 Enquête terrain

L'enquête terrain vise à mesurer le système de monitoring mis en œuvre ainsi que la cohérence des données entre les différentes sources. Elle s'est déroulée du 7 au 12 août 2017. Quatre régions sanitaires (Plateau Central, Centre-Sud, Hauts Bassins et Est) ont été choisies selon les critères de performances. Dans chaque région, deux districts ont été retenus selon les critères de performances (bonne/mauvaise), dans chaque district trois CSPPS ont été choisies selon les mêmes critères de performances.

L'enquête a été réalisée par huit (8) enquêteurs indépendants, ayant une bonne expérience en matière de vaccination. Les enquêteurs préalablement formés ont été supervisés par quatre superviseurs du niveau central. Les données de l'enquête ont été saisies et analysées grâce au logiciel Excel.

Les principaux résultats de l'enquête ont révélé les domaines les plus faibles du système de surveillance ainsi que les écarts entre les données rapportées et l'information vérifiée.

2.3 Atelier d'élaboration

Deux ateliers ont permis une analyse profonde des données et la rédaction du document. Le premier atelier s'est déroulé du 13 au 18 août 2017 à Bobo-Dioulasso et le second du 27 au 31 août 2017 à Kaya. Ces deux sessions ont regroupé des cadres du niveau central (DPV, DSS), du niveau intermédiaire (DRS) et du niveau périphérique (DS et CSPPS) ainsi que les partenaires techniques et financiers du ministère de la santé (OMS).

III. ANALYSE DE LA SITUATION

L'analyse de la situation a été faite en tenant compte de l'environnement interne et externe. Les différentes composantes (Gouvernance et leadership, ressources, sources de données, traitement des données, indicateurs produits et utilisation des données) ont été analysées selon le cadre forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM). Le tableau suivant présente les principaux résultats suivant le cadre FFOM :

❖ **Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM) du système de santé**

Tableau I : analyse en FFOM du système de santé

Composantes	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Gouvernance et leadership	<ul style="list-style-type: none"> - Existence du PNDS 2011-2020 - Existence du GTCV - Existence d'un SNIS fonctionnel - Disponibilité des documents normatifs (MPGIS ; SOPs, Métadonnées, PNDS) - Existence de cadres de concertation (CCIA, CTA/PEV, CTRS, CSD) pour coordonner le fonctionnement du PEV y compris la question de la gestion des données ; - Existence d'une cellule fonctionnelle d'harmonisation des données mensuelles entre la DPV, la DLM, les laboratoires de référence et les PTF - Existence d'un document de politique national de vaccination (vision du pays en matière de vaccination) 	<ul style="list-style-type: none"> - Irrégularités des rencontres de certains organes - Faible diffusion des documents normatifs à tous les niveaux - Faible appropriation des données de vaccination par les autorités locales - Absence de cadre législatif sur la vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des partenaires techniques et financiers - Implication des autorités locales dans la vaccination à travers le décret portant transfert des compétences et de ressources aux communes et les arrêtés d'application - L'appropriation de plus en plus de la société civile des questions de vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence des zones d'insécurité - Instabilité socio-politique - Apparition de maladies émergentes
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un manuel de procédure de gestion des ressources humaines - Existence d'un manuel de procédure 	<ul style="list-style-type: none"> - Inadéquation des normes en personnel des structures sanitaires publiques à tous les niveaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Recrutement annuel du personnel ; - 	<ul style="list-style-type: none"> Non mise à la disposition des régions des postes budgétaires leur

Composantes	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	administrative et de gestion à la DPV - Existence de gestionnaires de données à tous les niveaux - Evaluation annuelle des performances des agents - Existence d'un guide de supervision intégrée - Supervision semestrielle de la DPV vers DRS/appui aux régions à faible performances - Supervision trimestrielle des ECD par les DRS - Supervision semestrielle des agents des FS par les ECD - Dotation des responsables PEV en ordinateurs pour le traitement des données - Formation des responsables PEV sur ENDOS	- Instabilité du personnel formé - Insuffisance de ressources pour la mise en œuvre du plan de formation sur le PEV (outils, traitement et utilisation des données) - Insuffisances de supervision sur la qualité des données - Insuffisance en matériel informatique (ordinateurs, disques durs externes, connexion internet)- Faible motivation des agents de santé (matériels, finances, etc)	Régionalisation des postes à pourvoir dans les recrutements. - Connexion internet existante - Mobilisation locale des ressources en faveur du PEV	permettant de recruter selon les besoins des structures ;
Sources de données	- Existence d'outils harmonisés de collecte de données - Régularité dans la production des données de routine - Existence de données d'enquêtes - Utilisation de cibles harmonisées à tous les niveaux	- irrégularité des enquêtes de couverture vaccinale (revue du PEV) - irrégularité dans la réalisation des DQS - Rupture en outils de collecte de données - Insuffisance dans l'archivage à tous les niveaux de la pyramide	- RGPH en vue - Appui des PTF pour la mise à disposition des données populationnelles à tous les niveaux	Instabilité socio-politique

Composantes	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		<ul style="list-style-type: none"> - Non maîtrise des cibles - Faible informatisation de l'Etat civil 		
Traitement des données	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité de logiciels de gestion de données (RI, SMT, Excel, Epi Info) - Points focaux PEV des régions et district formés sur l'utilisation des logiciels - Harmonisation mensuelle des données de surveillance entre la DPV, DLM et les LNR - Existence d'outils de collecte et d'analyse des données de vaccinations ; - Système de monitoring/suivi périodique des indicateurs - Existence de cadres de concertation technique de monitoring des données (RD vaccination et surveillance, Staff DRS, ECD- ICP) 	<ul style="list-style-type: none"> - Multiplicité des points de saisie des données - Insuffisance dans le contrôle de la qualité des données - Insuffisances dans le rapportage, la transmission et l'analyse des données - Irrégularité des rencontres de validation des données au niveau DRS et DS - Insuffisance d'informatisation des données du PEV - Faible qualité de la connexion Internet - Insuffisance de sécurisation des données -Insuffisance de collecte de données de vaccination dans les structures privées, ONG et certaines structures (service d'hygiène) 	-Existence du DHIS2	Cybercriminalité
Indicateurs produits	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des documents tels que : l'annuaire statistique, le 	<ul style="list-style-type: none"> -Parution tardive de certains documents 	-Implication des PTF	

Composantes	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	<p>tableau de bord, bulletins de rétro information</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des métadonnées du SNIS - Système de monitoring/suivi périodique des indicateurs 	<ul style="list-style-type: none"> -Faible diffusion des documents produits 		
Utilisation des données	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation des données pour la planification et la prise de décision - Utilisation des données pour la revue du secteur de la santé - Utilisation des données pour le CASEM (Conseil d'administration du secteur ministériel) - Utilisation des données pour le Plaidoyers - Utilisation des données pour la recherche opérationnelle et les publications - Existence des sites web 	<ul style="list-style-type: none"> -Insuffisance dans la mise à jour des sites web -Faible utilisation des données pour la recherche opérationnelle 		

❖ Revue documentaire

La revue documentaire a donné lieu à une analyse comparée d'indicateurs de qualité de données au cours des trois dernières années : Complétude, promptitude, consistance interne, consistance externe. La synthèse de cette partie présente les problèmes de qualité des données dans le tableau ci-dessous.

IDENTIFICATION DES PROBLEMES DE QUALITE DES DONNEES

N	Observations, issue /Observations problèmes	Probable cause/Cause probable
1	Faible promptitude dans la transmission des données dans les districts dans les DS des régions du Centre-Est, des Cascades et du Centre-Ouest	<ul style="list-style-type: none"> - Feedbacks immédiats faits à certains CSPS pour apporter des corrections à leurs rapports, - Retards de transmission de rapports par certains CSPS et des retards de signatures de certains MCD pour ce qui est de la région du CE.
2	Taux de couverture supérieur à 100%	<ul style="list-style-type: none"> - Sur rapportage des enfants vaccinés (erreurs de calcul, insuffisance de remplissage des outils) - Les estimations des cibles ne correspondraient pas à la réalité - Absence de mécanismes efficaces de suivi mouvements de populations entre aires sanitaires - Vaccination des populations hors aire sanitaire - Vaccination des populations hors cible
3	Taux d'abandon négatif dans certains districts	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans la collecte des données (sur rapportage des enfants vaccinés erreurs de calcul, insuffisance de remplissage des outils, non tenue à jour des supports) - Absence de mécanismes efficaces de suivi mouvements de populations entre aires sanitaire - Insuffisance de l'audit de la qualité des données
4	Taux d'abandon élevé (BCG/RR1)	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans la recherche des PDV - Occasions manquées de vaccination dans les FS (Rupture interne de vaccins, Faible polyvalence des équipes) - Non intégration des activités - Insuffisance d'analyse des données - Faible utilisation des services de vaccination - Faible mobilisation sociale - Insuffisance dans la MEO de la stratégie avancée - Différence de dénominateur - Insuffisance dans le remplissage des supports - Insuffisance de a qualité des services de vaccination (Accueil, longue attente, MAPI)
5	Couverture incohérente entre antigènes administrés au même moment (en	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de gestions de vaccins (mauvaise estimation des besoins)

N	Observations, issue /Observations problèmes	Probable cause/Cause probable
	dehors des ruptures du système)	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans la collecte des données (sur rapportage des enfants vaccinés erreurs de calcul, insuffisance de remplissage des outils, non tenue à jour des supports) - Absence d'analyse interne des données - Faible réalisation des DQS
6	Incohérence des données entre les différentes sources (SNIS et PEV)	<ul style="list-style-type: none"> - Collecte parallèle des données - Saisies multiples - Insuffisance de collaboration entre CISSE et PEV - Absence de validation interne des données - Erreurs de transcription et saisie - Absence d'harmonisation des données au niveau district - Non prise en compte des corrections apportées sur une source

❖ **Evaluation qualitative (sur terrain) du système en FFOM**

Tableau II : Evaluation qualitative du système en FFOM

Niveaux	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité et utilisation des outils harmonisés de gestion, de collecte et de rapportage des données (registres, rapports de vaccination et de surveillance) -Disponibilité du guide de vaccination contenant la gestion des données -Transmission mensuelle des rapports -Existence de données de population harmonisées pour le calcul des indicateurs -Bonne promptitude et complétude des rapports -Feed back du DS vers les FS (bulletin de rétro information) 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de supports non actualisés - Rupture de supports (carnets, outils de gestion) -Moins de 50% d'agents impliqués dans le PEV sont formés en gestion du PEV -Irrégularité et faible qualité des supervisions des agents sur le PEV -Guide de vaccination non actualisé -Insuffisance de remplissage des outils -multiplicité des rapports (Rapports 	<ul style="list-style-type: none"> -Implication des collectivités territoriales dans la reproduction des outils Le recrutement des ASBC 	<ul style="list-style-type: none"> -Données populationnelles ne reflètent pas la réalité à tous les niveaux -Instabilité socio politique -Insécurité

Niveaux	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		spécifiques du PEV et RMA du SNIS) - Mauvaise qualité dans la confection des registres (désagrégation des pages) - insuffisance de contrôle interne de la qualité des données -Discordance entre les données de vaccination en source primaire et du rapport mensuel -Insuffisance dans le tracé des courbes de vaccination dans certaines FS -Insuffisance dans la gestion des données de la vaccination des populations hors aire sanitaire -Faible motivation des agents de santé dans le domaine du PEV Existence de couvertures supérieures à 100%		
District sanitaire	-Existence de responsables de PEV formés à la gestion des données de vaccination Existence de responsables chargés de la gestion des données de surveillance Bonne collaboration entre responsables PEV et CISSE dans certains DS dans la gestion des	-Insuffisance en matériel informatique (ordinateurs portables, disques de sauvegarde, connexion internet) pour responsables PEV et chargé de la surveillance	Existence de DHIS2 Disponibilité de la connexion internet	

Niveaux	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	<p>certaines questions de la vaccination</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des outils de gestion des intrants - Utilisation des outils de gestion des intrants -Disponibilité du guide de vaccination contenant la gestion des données -Disponibilité des logiciels de gestion des données (Routine immunization, SMT) <p>Existence des ordinateurs pour la gestion des données du PEV dans tous les DS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Supervision sur la gestion des données -Existence des cadres de concertation pour l'amélioration de la qualité des données de vaccination (rencontres décentralisées, validation annuelle des données) <p>Formation des responsables PEV sur Endos</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Irrégularité des supervisions -Irrégularité de l'évaluation de la qualité des données -Insuffisance de formation des agents impliqués dans la gestion des données de vaccination -Faible prise en compte de la qualité des données du PEV dans les rencontres de coordination -insuffisance de stock de réserve des outils de gestion et de rapportage des données pour les formations sanitaires - Utilisation des supports de gestion non actualisés par Plus de 2/3 des DS - Non utilisation du DVDMT pour la gestion des intrants - Insuffisance de suivi de la promptitude et de la complétude des rapports - 1/3 des DS ont de données de rapports incomplètement et incorrectement renseignées -Existence de couvertures supérieures à 100% 		

Niveaux	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		<ul style="list-style-type: none"> -Insuffisance dans le suivi des couvertures vaccinales -Faible implication des MCD dans suivi de la qualité des données -Absence de supervisions spécifiques PEV dans les DS -Non utilisation des données PEV saisies dans Endos -Existence de données aberrantes -Irrégularité dans la tenue des cadres de concertation pour l'amélioration de la qualité des données de vaccination (rencontres de validation périodiques des données) -Absence de substitut au responsable PEV 		
Région sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des outils de gestion des stocks des intrants de vaccination - Existence de responsables de PEV formés à la gestion des données de vaccination Existence de responsables chargés de la gestion des données de surveillance Validation conjointe des données de vaccination et de surveillance entre 	<ul style="list-style-type: none"> -Faible prise en compte de la qualité des données du PEV lors des différentes rencontres statutaires (CTRS, CODI, staff,...) -Absence de supervisions spécifiques PEV vers les DS - Non utilisation du DVDMT pour la gestion des intrants 	Existence de DHIS2	Mobilité du personnel

Niveaux	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	responsables PEV et CISSE Existence des ordinateurs pour la gestion des données du PEV -Existence de responsable en charge des données de vaccination -Chargés de PEV formés en gestion des données de vaccination -Disponibilité des logiciels de gestion des données (Routine immunization, SMT)	-Non réalisation du DQS ; -Absence de graphique de surveillance des couvertures vaccinales ; -Registre et manuel de vaccination non à jour ; -Absence de substitut au responsable PEV régional.		

Les principaux résultats de l'enquête ont révélé les domaines les plus faibles du système de surveillance ainsi que les écarts entre les données rapportées et l'information vérifiée :

❖ **Identification des problèmes de qualité des données**

N	Observations, issue /Observations problèmes	Probable cause/Cause probable
1	Discordances de données entre rapport papier DS et Base de Données du DS	<ul style="list-style-type: none"> - Erreurs de saisie - Non prise en compte des erreurs corrigées dans la BD lors d'une éventuelle validation des données - Surévaluation des chiffres au niveau DS - Exhaustivité des rapports papiers au DS
2	Discordance des données de vaccination entre les registres de vaccination et la base de données PEV du district	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance d'archivage des fiches de coche - Insuffisance de report des données des fiches de coche utilisées en stratégies avancées dans le registre de dépouillement de la FS - Erreurs de transcription et de saisie des rapports

IV. IDENTIFICATION DES PROBLEMES

4.1 Constats négatifs

De l'analyse de la situation, se dégagent les constats négatifs suivants :

- Faible utilisation des documents normatifs à tous les niveaux
- Non maîtrise des dénominateurs
- Absence de stock de réserve de supports de collecte des données,
- Utilisation des supports de gestion non actualisés par plus de 2/3 des DS
- Insuffisance de la connexion Internet
- Multiplicité des rapports (Rapports spécifiques du PEV et RMA du SNIS)
- Mauvaise qualité des registres (désagrégation des pages)
- Non utilisation du DVDMT pour la gestion des intrants
- Discordance entre les différentes sources de données de vaccination (registre de vaccination, registre de dépouillement et rapports mensuels)
- Irrégularité dans la tenue des cadres de concertation pour l'amélioration de la qualité des données de vaccination (rencontres de validation périodiques des données)
- Insuffisance de monitoring des données de vaccination (non réalisation des DQS, LQAS)
- Irrégularité des rencontres de validation des données au niveau DRS et DS
- absence de supervision spécifique
- Insuffisance dans l'archivage à tous les niveaux de la pyramide des supports de gestion des données
- Faible diffusion des documents produits
- Insuffisances dans le rapportage, l'analyse et l'interprétation des données
- Inadéquation des normes en personnel des structures sanitaires publiques à tous les niveaux
- Instabilité du personnel formé
- Insuffisance de ressources pour la mise en œuvre du plan de formation sur le PEV (outils, traitement et utilisation des données)
- Insuffisance de supervision sur la qualité des données
- Faible utilisation des données
- Multiplicité des points de saisie des données
- Faible complétude des données
- Irrégularité des rencontres de validation des données au niveau DRS et DS
- Non utilisation du DVDMT pour la gestion des intrants
- Insuffisance dans la réalisation des recherches et autres enquêtes
- Faible diffusion des données de recherche et enquêtes
- Faible utilisation des données de la recherche

4.2 Problèmes prioritaires

L'analyse de la situation a permis de formuler les problèmes prioritaires suivants :

1. L'utilisation des documents normatifs en matière de vaccination n'est pas satisfaisante.

Cela s'explique par l'inexistence de certains documents normatifs à tous les niveaux. On note aussi, l'absence de cadre législatif en matière de vaccination et la non planification des ressources financières pour la diffusion des documents normatifs après leur validation. La conséquence d'une telle situation sera la faible qualité des données.

2. Les données de base de la vaccination sont peu fiables.

Elles se caractérisent essentiellement par l'absence de mécanisme de suivi des populations hors aire sanitaire vaccinées, la vaccination selon « l'histoire » et le retard dans la mise à jour des fonds de carte. Ce qui entraîne une mauvaise qualité des indicateurs, une insuffisance dans la planification et une prise de décision inadéquate.

3. La gestion des outils en matière de collecte, d'enregistrement, d'analyse, de suivi et de rapportage des données de vaccination est insuffisante à tous les niveaux.

Cela s'explique par une insuffisance de planification et de formation du personnel à tous les niveaux, une mauvaise qualité dans la confection des registres ainsi qu'un manque de matériels de connexion internet.

Ce qui engendre une rupture en outils de collecte et l'utilisation des supports de gestion non actualisés.

4. La conformité des données de vaccination au niveau des centres de santé n'est pas satisfaisante.

Cette situation est marquée par une insuffisance de compétence des agents dans le remplissage des outils et le contrôle de la qualité des données et la non utilisation systématique du registre de vaccination pour l'élaboration du rapport mensuel. On note également la non vérification systématique de la concordance entre les données des registres de dépouillement et les registres de vaccination. Il en découle une faible qualité des données de vaccination.

5. Les mécanismes de suivi, d'évaluation et de monitoring des données de vaccination sont peu performants.

Ceci est dû à l'insuffisance de planification, de compétences des agents et de financement des activités. A cela s'ajoute la faible disponibilité des matériels d'archivage et des outils d'analyses et l'absence d'un guide sur l'archivage des outils. Ce qui entraîne la faible qualité des indicateurs et leur disponibilité pour le suivi.

6. Les capacités des ressources humaines en matière de gestion, d'analyse et d'utilisation des données de vaccination sont faibles.

Cela s'explique par l'insuffisance en qualité et en nombre du personnel, l'insuffisance de planification de la supervision des agents et la démotivation des agents. Ces difficultés entraînent la production des données de mauvaise qualité.

7. La recherche et les enquêtes en matière de qualité des données de vaccination sont insuffisantes.

Cet état de fait est caractérisé par l'insuffisance de financement et de compétence en recherche, la faible utilisation des canaux de diffusion des résultats et la faible implication des décideurs. Ce qui ne favorise pas la prise de décision et l'élaboration des stratégies pour l'amélioration continue de la qualité des données.

V. VISION, BUT ET OBJECTIFS

5.1 Vision

A l'horizon 2022, le Burkina Faso dispose de données de vaccination de qualité, accessibles en temps réel et utilisées par tous les acteurs pour une prise de décision et d'action afin de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations.

5.2. But

Contribuer à l'amélioration de la qualité des données du système national d'information sanitaire d'ici à fin 2022 au Burkina Faso.

5.3 Objectifs

5.3.1 Objectif général

Assurer la disponibilité des données de qualité en matière de vaccination à tous les niveaux du système de santé d'ici à fin 2022 au Burkina Faso.

5.3.2 Objectifs spécifiques

1. Appliquer les politiques et procédures standards de gestion et d'utilisation des données à travers tout le système ;
2. Actualiser les données de base et assurer leur cohérence selon les sources;
3. Mettre en place les supports et logiciels de collecte, d'enregistrement, d'analyse, de suivi et de rapportage des données à tous les niveaux ;
4. Produire des données exactes et précises à la source;
5. Mettre en place les mécanismes et les organes de vérification, de validation et consultatifs en vue d'améliorer la qualité des données ;
6. Assurer le partage à temps et l'intégrité des données rapportées à tous les niveaux du système d'information ;

7. Mettre en place les ressources humaines et les compétences techniques pour la gestion, la vérification de la qualité, l'analyse, le feedback et l'utilisation des données pour la prise de décision à tous les niveaux ;
8. Harmoniser les bases de données qui ont une corrélation;
9. Renforcer les enquêtes et la recherche en matière de vaccination.

VI. CHRONOGRAMME DES ACTIVITÉS

Domaine	Objectifs dans le domaine	Activités découlant de l'analyse de situation	Période (Année)				
			2018	2019	2020	2021	2022
Normes et standards	Appliquer les politiques et procédures standards de gestion et d'utilisation des données à travers tout le système	Editer tous les documents normatifs en matière de gestion des données PEV	X		X		X
		Diffuser tous les documents normatifs en matière de gestion des données PEV lors des rencontres de coordination (CASEM, CCIA, CTRS, CSD...)	X	X	X	X	X
		Evaluer régulièrement la disponibilité des documents normatifs	X	X	X	X	X
		Faire un plaidoyer pour l'adoption par l'assemblée nationale d'une loi sur la vaccination	X				
		Organiser un atelier de plaidoyer pour le financement du PAQD	X	X	X	X	X
		Faire l'inventaire annuel des documents normatifs à tous les niveaux	X	X	X	X	X
		Mettre en place un répertoire de documents normatifs dans chaque structure	X	X	X	X	X
Données de base	Actualiser les données de base (y compris par des dénombrements adhoc) et assurer leur cohérence selon les sources (Bases de données, données démographiques, fonds de carte,...)	Elaborer un mécanisme de suivi des données de vaccination des populations hors aire sanitaire	X				X
		Elaborer un plan de mise à jour des fonds de cartes au niveau des formations sanitaires	X	X	X	X	X
		Actualiser les cibles vaccinales selon les données de RGPH 2017	X	X	X	X	X
Supports de collecte des données et outils de gestion des données	Mettre en place les supports et logiciels de collecte, d'enregistrement, d'analyse, de suivi et de rapportage des données à tous les niveaux	Acquérir des outils de collecte des données en prenant en compte les besoins réels des formations sanitaires publiques y compris les structures privés et ONG dans les délais requis	X	X	X	X	X
		Acquérir des outils informatiques (ordinateurs, wifi, modem, clés de connexion, VSAT, etc...) au profit des DRS et des districts	X	X	X	X	X
		Approvisionner les formations sanitaires d'outils de collecte des données actualisés à temps,	X	X	X	X	X
		Former les acteurs du PEV (centraux, les responsables PEV des régions et des districts) sur l'utilisation du DVD/MT	X			X	

Domaine	Objectifs dans le domaine	Activités découlant de l'analyse de situation	Période (Année)				
			2018	2019	2020	2021	2022
		Superviser les agents de santé formés sur le DVD/MT	X			X	
		Organiser un atelier de révision des registres de vaccination (taille et le format)	X				
		Confectionner et reproduire les registres de vaccination révisés y compris les autres outils	X				
Conformité des données à la source	Produire des données exactes et précises à la source	Former les agents sur la collecte, l'analyse et l'utilisation des données de vaccination	X		X		X
		Superviser les agents sur le remplissage des supports	X	X	X	X	X
		Elaborer un guide de contrôle de qualité des données de vaccination	X				
		Assurer l'enregistrement électronique des données de vaccination dans deux districts pilotes			X		
Comités de vérification/ validation/consultatif y compris au niveau décentralisé	Mettre en place les mécanismes et les organes de vérification, de validation et consultatifs en vue d'améliorer la qualité des données	Tenir les réunions trimestrielles de suivi de mise en œuvre du PAQD par le CQSDS	X	X	X	X	X
		Réaliser annuellement la revue documentaire des données de vaccination	X	X	X	X	X
		Actualiser le PAQD suite à la revue documentaire des données de vaccination	X	X	X	X	X
		Réaliser une évaluation à mi-parcours du PAQD			X		
		Tenir un atelier d'évaluation finale du PAQD					X
		Elaborer le PAQD 2023-2027					X
		Réaliser semestriellement le DQS au niveau DS	X	X	X	X	X
		Réaliser semestriellement le LQAS au niveau régional	X	X	X	X	X
		Réaliser le DQA au niveau central		X		X	
Système d'information et de suivi/évaluation	Assurer le partage à temps et l'intégrité des données rapportées à tous les niveaux du système d'information (circuit de l'information, moyens calendriers de rapportage, complétude/ promptitude, liens avec le SNIS, etc..)	Acquérir du matériel d'archivage (armoire, disque dur, scanner, etc.) pour des FS /DS/DRS	X		X		X
		Organiser un atelier d'élaboration du guide d'archivage pour le PEV	X				
		Reproduire et diffuser le guide d'archivage en quantité suffisante pour les formations sanitaires, DS et DRS	X				
Compétences en gestion, analyse et	Mettre en place les ressources humaines et les	Faire un plaidoyer pour le recrutement et l'affectation du personnel selon les besoins	X	X	X	X	X

Domaine	Objectifs dans le domaine	Activités découlant de l'analyse de situation	Période (Année)				
			2018	2019	2020	2021	2022
utilisation des données	compétences techniques pour la gestion, la vérification de la qualité, l'analyse, le feedback et l'utilisation des données pour la prise de décision à tous les niveaux	Tenir un atelier d'élaboration du plan de renforcement des capacités des acteurs chargés du PEV	X				
		Organiser une rencontre de plaidoyer pour la révision des curricula de formation à l'ENSP	X				
		Elaborer le « tableau de bord » des indicateurs de vaccination		X		X	
		Elaborer et diffuser mensuellement le bulletin de retro information sur le PEV à tous les niveaux	X	X	X	X	X
Harmonisation des bases de données liées	Harmoniser les bases de données qui ont une corrélation (Cas par cas/lab, Cas par cas/aggrégées, couvertures/Vaccins , mdb/JRF/DVDMT)	Organiser semestriellement des rencontres décentralisées sur la vaccination et la surveillance au niveau national	X	X	X	X	X
		Organiser trimestriellement des rencontres de validation au niveau DS et DRS	X	X	X	X	X
		Organiser des rencontres mensuelles d'harmonisation des données de surveillance entre la DPV, les laboratoires nationaux et la DLM	X	X	X	X	X
Recherche et enquêtes en matière de vaccination	Renforcer les enquêtes et la recherche en matière de vaccination	Organiser des rencontres de plaidoyer pour le financement de la recherche et des enquêtes	X	X	X	X	X
		Former les agents de santé en recherche-action	X		X		X
		Organiser des ateliers annuels de dissémination des résultats de la recherche,	X	X	X	X	X
		Diffuser les résultats à travers différents canaux (Internet, Articles, etc...)	X	X	X	X	X

VII. COUT ET FINANCEMENT DU PAQD 2018-2022

Les projections des ressources pour la période 2018-2022 font ressortir un montant de **7 974 790 350F CFA** soit **14 499 619\$ US**.

VIII. SUIVI EVALUATION DU PLAN

8.1 Coordination

La coordination de la mise en œuvre des activités du PAQD se fera à travers différents cadres de concertation à tous les niveaux (CSD, CTRS, CTA/PEV, CCIA, du comité de la qualité et de la sécurité des données sanitaires).

Ces réunions serviront de cadre de planification des activités, de mobilisation de ressources et aussi de prise de décisions pour lever les éventuels goulots d'étranglements et d'améliorer la performance.

8.2 Suivi

Le suivi se fera à travers :

- l'analyse des indicateurs montrant le niveau de réalisation des activités et des indicateurs clés retenus dans le plan.
- la tenue des rencontres de suivi (rencontres trimestrielles du comité de la qualité et de la sécurité des données sanitaires, monitoring semestriel des activités des formations sanitaires, rencontres décentralisées, rencontres ECD/ICP/COGES....) qui serviront de cadre pour faire le point de la mise en œuvre des activités, du niveau d'atteinte des résultats et les éventuelles corrections à apporter.
- Les sorties de supervision à tous les niveaux.

8.3 Evaluation

L'évaluation du plan se fera à travers :

- une évaluation annuelle du plan opérationnel,
- une évaluation à mi-parcours du PAQD qui aura lieu en 2020 et qui fera la situation de la progression vers l'atteinte des objectifs, les difficultés rencontrées, les solutions envisagées y compris la révision des stratégies si nécessaire.
- l'évaluation finale externe sera réalisée en 2023 incluant la participation des partenaires.

CONCLUSION

Le présent plan stratégique national d'amélioration de la qualité des données de vaccination de routine élaboré pour la période 2018-2022 est un document fédérateur des perspectives de renforcement du système d'information sur la vaccination du Burkina Faso. Son élaboration s'est appuyée sur une démarche de planification participative par tous les acteurs du système de santé et les partenaires techniques et financiers à l'aide du cadre FFOM.

Par ce document, le Burkina Faso affiche clairement sa vision de disposer de données de vaccination de qualité, accessibles en temps réel et utilisées par tous les acteurs pour une prise de décision et d'action afin de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations.

La réussite d'une telle stratégie nécessite l'adhésion des parties prenantes et une mobilisation conséquente de ressources.

ANNEXES

- I. Plan annuel 2018
- II. Revue documentaire
- III. Résultats d'enquêtes terrain
- IV. Budget détaillé

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

BURKINA FASO
Unité - Progrès - Justice



**PLAN ANNUEL 2018 D'AMÉLIORATION
DE LA QUALITÉ DES DONNÉES DE
VACCINATION**

Août 2017

Table des matières

I- OBJECTIFS.....	32
II- PLANNING OPERATIONNEL DES ACTIVITÉS DU PLAN ANNUEL.....	33
III-SUIVI EVALUATION DU PLAN.....	36
3.1- Au niveau des ECD.....	37
3.2- Au niveau régional.....	37
3.3- Au niveau central.....	37
CONCLUSION	38

INTRODUCTION

Le présent plan annuel 2018 d'amélioration de la qualité des données de vaccination est la traduction opérationnelle de la première tranche du PAQD 2018-2022. Il épouse la même vision, but et objectif général dudit plan. Il s'inscrit dans le même contexte et justification d'élaboration du PAQD 2018-2022.

I- OBJECTIFS

1.1- Objectif général

Assurer la disponibilité des données de qualité en matière de vaccination à tous les niveaux du système de santé d'ici à fin 2018 au Burkina Faso.

1.2- Objectifs spécifiques du plan annuel 2018

- Rendre disponible tous les documents normatifs à tous les niveaux ;
- Amener au moins 90% des formations sanitaires pratiquant la vaccination à utiliser les outils standards actualisés pour la collecte, la compilation et l'élaboration des rapports d'activités;
- Amener au moins 90% des structures sanitaires à tenir périodiquement des rencontres de validation, d'harmonisation et de vérification des données de vaccination;
- Amener au moins 90% des DRS et des DS à réaliser périodiquement des activités d'évaluation de la qualité des données de vaccination (LQAS, DQS);
- Assurer un archivage des outils du PEV selon les standards nationaux dans moins 25% des structures sanitaires ;
- Renforcer les ressources humaines pour la gestion, la vérification de la qualité, l'analyse, le feedback et l'utilisation des données pour la prise de décision à tous les niveaux ;
- Réaliser au moins une recherche-action en matière de vaccination.

II- PLANNING OPERATIONNEL DES ACTIVITÉS DU PLAN ANNUEL

N°	Activités	Responsable	Collaborateurs	Période				Coût (en millier)	Source de financement
				T1	T2	T3	T4		
Objectif spécifique N°1: Rendre disponible tous les documents normatifs à tous les niveaux									
1	Editer tous les documents normatifs en matière de gestion des données PEV	DPV	DSS		X			31 500	BE
2	Diffuser tous les documents normatifs en matière de gestion des données PEV lors des rencontres de coordination (CASEM, CCIA, CTRS, CSD)	DPV	DSS		X			PM	
3	Evaluer régulièrement la disponibilité des documents normatifs	DPV	DSS	X	X	X	X	PM	
4	Faire un plaidoyer pour l'adoption par l'assemblée nationale d'une loi sur la vaccination	MS	Gouvernement	X				PM	
5	Organiser un atelier de plaidoyer pour le financement du PAQD	MS	DPV/DSS	X				5 362,50	BE
6	Faire l'inventaire annuel des documents normatifs à tous les niveaux	DPV	DRS-MCD-ICP				X	PM	
7	Mettre en place un répertoire de documents normatifs dans chaque structure	DPV	DRS-MCD-ICP	X				PM	
Objectif spécifique N°2: Amener au moins 90% des formations sanitaires pratiquant la vaccination à utiliser les outils standards actualisés pour la collecte, la compilation et l'élaboration des rapports d'activités									
8	Acquérir des outils de collecte des données en prenant en compte les besoins réels des formations sanitaires publiques y compris les	DPV	DAF	X	X	X	X	9000	GAVI

	structures privés et ONG dans les délais requis								
9	Approvisionner les formations sanitaires d'outils de collecte des données actualisés à temps	DPV	DAF	X	X	X	X	6490,696	BE
10	Organiser un atelier de révision des registres de vaccination (taille et format)	DPV	DSS	X				5225	BE
11	Confectionner et reproduire des registres de vaccination révisés y compris les autres outils	DPV	DAF	X				175000	BE-OMS-GAVI
12	Acquérir des outils informatiques (ordinateurs, wifi, modem, clés de connexion, VSAT, etc...) au profit des DRS et des DS	DPV	DAF	X	X	X	X	80000	UNICEF
13	Elaborer un mécanisme de suivi des données de vaccination des populations hors aire sanitaire	DPV	DSS	X				19250	OMS
14	Elaborer un plan de mise à jour des fonds de cartes au niveau des formations sanitaires	DPV	DSS		X			6003,25	GAVI
15	Actualiser les cibles vaccinales selon les données de RGPH 2017	DPV	DSS	X				PM	
Objectif spécifique N°3: Amener au moins 90% des structures sanitaires à tenir périodiquement des rencontres de validation, d'harmonisation et de vérification des données de vaccination									
16	Organiser semestriellement des rencontres décentralisées sur la vaccination et la surveillance au niveau national	DPV	DSS		X		X	97500	OMS
17	Organiser trimestriellement des rencontres de validation au niveau DS et DRS	DPV	DSS-DRS-DS	X	X	X	X	72000	PADS
18	Organiser des rencontres mensuelles d'harmonisation des	DPV	DSS, DML, LNR	X	X	X	X	18000	OMS

	données de surveillance entre la DPV, les laboratoires nationaux et la DLM								
19	Tenir les réunions trimestrielles de suivi de mise en œuvre du PAQD	DPV	CQSDS	X	X	X	X	2090	OMS
20	Réaliser annuellement la revue documentaire des données de vaccination	DPV	DSS				X	522,5	OMS
21	Actualiser le PAQD à la suite de la revue documentaire des données de vaccination	DPV	DSS				X	PM	
Objectif spécifique N°4: Amener au moins 90% des DRS et des DS à réaliser périodiquement des activités d'évaluation de la qualité des données de vaccination (LQAS, DQS)									
22	Réaliser semestriellement le DQS au niveau DS	DRS-MCD	DPV		X		X	215513,4	GAVI-RSS
23	Réaliser semestriellement le LQAS au niveau DRS	DRS	DPV		X		X	323270,1	GAVI
Objectif spécifique N°5: Assurer un archivage des outils du PEV selon les standards nationaux dans moins 25% des structures sanitaire									
24	Acquérir du matériel d'archivage (armoire, disque dur, etc) pour des FS /DS/DRS	DPV	DAF	X	X	X	X	391540	BE-PADS
25	Organiser un atelier d'élaboration du guide d'archivage pour le PEV	DPV	DSS	X				14500	PADS
26	Reproduire et diffuser le guide d'archivage en quantité suffisante pour les formations sanitaires, DS et DRS	DPV	DAF		X			10500	PADS
Objectif spécifique N°6: Renforcer les ressources humaines pour la gestion, la vérification de la qualité, l'analyse, le feedback et l'utilisation des données pour la prise de décision à tous les niveaux									
27	Former les agents sur la collecte, l'analyse et l'utilisation des données de vaccination	DPV	DSS				X	379029,7	GAVI
28	Superviser les agents sur le remplissage des supports	DPV	DRS-MCD				X	PM	Intégré
29	Elaborer un guide de contrôle de qualité des données de vaccination	DPV	DSS		X			22866,69	GAVI

30	Former les acteurs du PEV (centraux, les responsables PEV des régions et des districts) sur l'utilisation du DVD/MT	DPV	DRS-MCD		X			39602,03	UNICEF/OMS
31	Superviser les agents de santé formés sur le DVD/MT	DPV	DRS-MCD			X		18222,6	UNICEF/OMS
32	Faire un plaidoyer pour le recrutement et l'affectation du personnel selon les besoins	DRH	DPV-DRS-MCD	X	X	X	X	PM	
33	Tenir un atelier d'élaboration du plan de renforcement des capacités des acteurs chargés du PEV	DPV	DSS-DRS-DS	X				22800	PADS
34	Organiser une rencontre de plaidoyer pour la révision des curricula de formation à l'ENSP	DPV	DRH-ENSP		X			4812,5	PADS
35	Elaborer et diffuser mensuellement le bulletin de retro information sur le PEV à tous les niveaux	DPV	DRS-MCD	X	X	X	X	32694,75	BE
Objectif spécifique N°7: Réaliser au moins une recherche-action en matière de vaccination									
36	Organiser des rencontres de plaidoyer pour le financement de la recherche et des enquêtes	DPV	DAF-DSS	X				2650	PADS
37	Former les agents de santé en recherche-action	DPV	DSS			X		98500	PADS
38	Réaliser au moins une recherche-action	DPV	DSS-DRS-MCD				X	PM	
39	Organiser un atelier annuel de dissémination des résultats de la recherche	DPV	DSS				X	PM	
40	Diffuser les résultats à travers différents canaux (Internet, Articles, etc...)	DPV	DSS-DRS-MCD				X	PM	

TOTOL BUDGET ANNUEL 2018 : Deux milliards quatre cent seize millions quatre cent cinquante mille neuf cent quatorze (2 416 450 914) Francs CFA soit 4 393 547\$ US.

III. SUIVI EVALUATION DU PLAN

3.1- Au niveau central

Le suivi est réalisé à travers l'analyse des indicateurs et des différents rapports d'activités. Le feedback mensuel des données de vaccination vers les producteurs de l'information. La coordination de la mise en œuvre des activités du plan annuel se fera à travers différents cadres de concertation (rencontres décentralisées, CTA/PEV, CCIA, du comité de la qualité et de la sécurité des données sanitaires).

Ces réunions serviront de cadre de planification des activités, de mobilisation de ressources et aussi de prise de décisions pour résoudre les éventuelles difficultés et améliorer la performance.

Une évaluation du plan annuel se fera en fin 2018 en vue de tirer les leçons et de faire de nouvelles projections pour l'année avenir.

3.2- Au niveau régional

Le suivi et évaluation se feront à travers l'analyse des indicateurs montrant le niveau de réalisation des activités et des indicateurs clés. Ensuite, la tenue des rencontres de suivi (rencontres CTRS, CODI) serviront de cadre pour faire le point de la mise en œuvre des activités, du niveau d'atteinte des résultats et les solutions éventuelles à apporter. En plus, la parution mensuelle du bulletin de retro information est un élément essentiel dans le suivi et le contrôle de qualité des données. Enfin, la supervision régulière des équipes cadre du district.

3.3- Au niveau des ECD

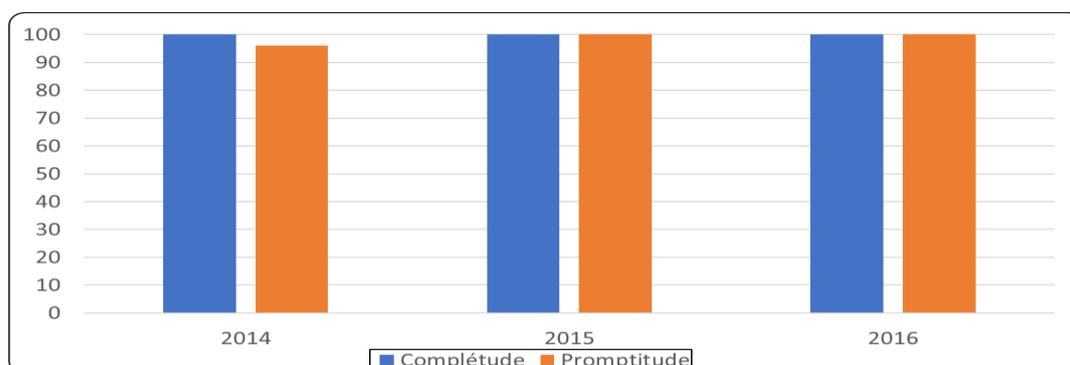
La coordination de la mise en œuvre du plan annuel d'amélioration de la qualité des données de vaccination 2018 se fera par les ECD à travers les réunions hebdomadaires et les cadres de concertation statutaires que sont le CSD, les rencontres ECD-ICP et les rencontres ECD-ICP-COGES. Le suivi de la mise en œuvre se fera aussi à travers l'analyse et l'exploitation des rapports d'activités (TLOH, rapports mensuels, monitoring, supervisions) et lors des différentes rencontres. La publication mensuelle du bulletin de retro information en sera un excellent moyen. Pour ce qui est de l'évaluation, elle se fera à mi-parcours à travers les rapports de progrès, les tableaux synoptiques des formations sanitaires et des ateliers d'allocation des fonds. L'évaluation finale se fera sur la base du bilan du plan d'action 2018 et lors de la dernière session du CSD.

CONCLUSION

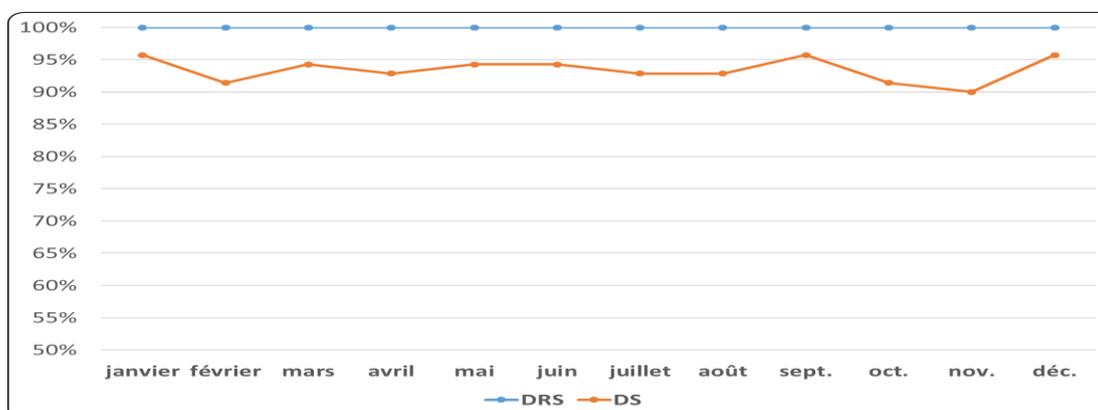
Le présent plan annuel d'amélioration de la qualité des données de vaccination est un document opérationnel issu du PAQD 2018-2022. Il a été élaboré de manière participative avec les différents acteurs à tous les niveaux du système. Sa mise en œuvre nécessite une mobilisation conséquente des ressources et l'appui des différents partenaires techniques et financiers traditionnels.

ANNEXE 2 : REVUE DOCUMENTAIRE DES DONNEES DE VACCINATION

2.1. COMPLETUE ET PROMPTITUDE DES DONNEES 2014 A 2016



Graphique 1 : Promptitude et complétude des rapports de 2012 à 2016



Graphique 2 : Promptitude des rapports de 2016 par niveau région et districts

Tableau I : Données de promptitude dans la transmission des rapports mensuels PEV des DS aux DRS pour les 12 mois de 2016

DRS	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	sept.	oct.	nov.	déc.
DRS CENTRE-NORD	100%	100%	100%	83%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	83%	100%
DRS Plateau Central	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
DRS Boucle Mouhoun	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
DRS Cascades	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	67%	100%	100%
DRS Sud-Ouest	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	80%	100%	100%	100%
DRS Sahel	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
DRS Centre-Sud	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
DRS Centre-Ouest	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	71%	100%
DRS Centre-Est	57%	14%	43%	43%	43%	43%	29%	29%	71%	29%	29%	57%
DRS Hauts Bassins	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
DRS Est	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
DRS Nord	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
DRS Centre	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tableau II : Données de promptitude dans la transmission des rapports mensuels PEV des DS des DRS à faibles promptitude en 2016

DS/DRS	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	sept.	oct.	nov.	déc.
BANFORA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MANGODARA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SINDOU	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%
DRS Cascades	100%	67%	100%	100%								
Batié	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%
Dano	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Diébougou	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Gaoua	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Kampti	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
DRS Sud-Ouest	100%	80%	100%	100%	100%							
KOUDOUGOU	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%
LEO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%
NANORO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
REO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SABOU	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SAPOUY	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TENADO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
DRS Centre-Ouest	100%	71%	100%									
BITTOU	100%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	100%	0%	100%
GARANGO	100%	0%	0%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
KOUPELA	100%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%
OUARGAYE	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%	0%
POUYTENGA	0%	0%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
TENKODOGO	0%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	100%	0%	0%	0%
ZABRE	100%	100%	0%	0%	0%	100%	0%	100%	100%	0%	100%	100%
DRS Centre-Est	57%	14%	43%	43%	43%	43%	29%	29%	71%	29%	29%	57%

La promptitude dans la transmission des rapports est de 100% au niveau des régions. Pour la réception mensuelle des rapports des districts sanitaires par les régions, la promptitude est comprise entre 90% et 96% en 2016.

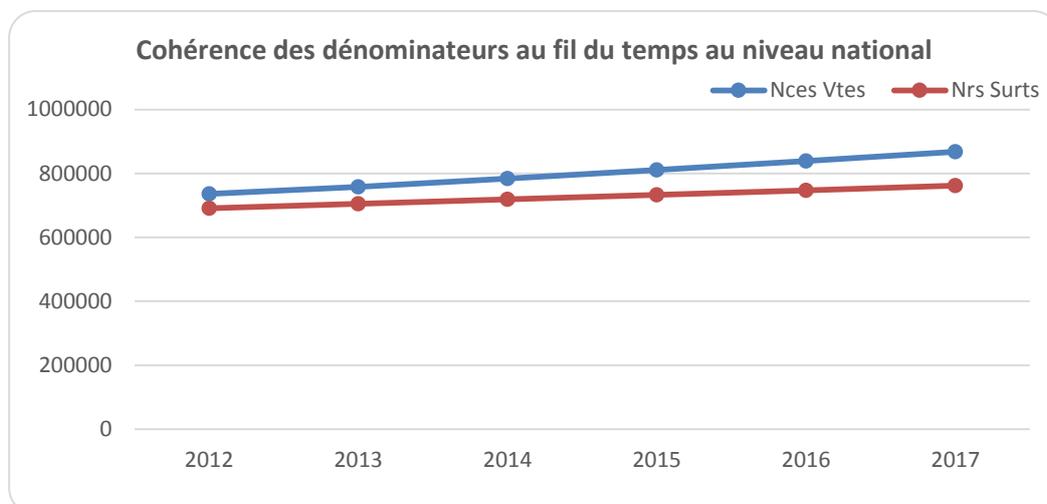
Cette faible promptitude s'observe dans les districts de la région du Centre-Est où elle varie de 14% à 71% ainsi que dans les DS des régions des Cascades et du Centre-Ouest

Les raisons évoquées sont liées:

- à des feedbacks immédiats faits à certains CSPS pour apporter des corrections à leurs rapports,
- à des retards de transmission de rapports par certains CSPS et des retards de signatures de certains MCD pour ce qui est de la région du CE.

2.2. CONSISTANCE INTERNE DES DONNEES

2.2.1 Cohérence des dénominateurs

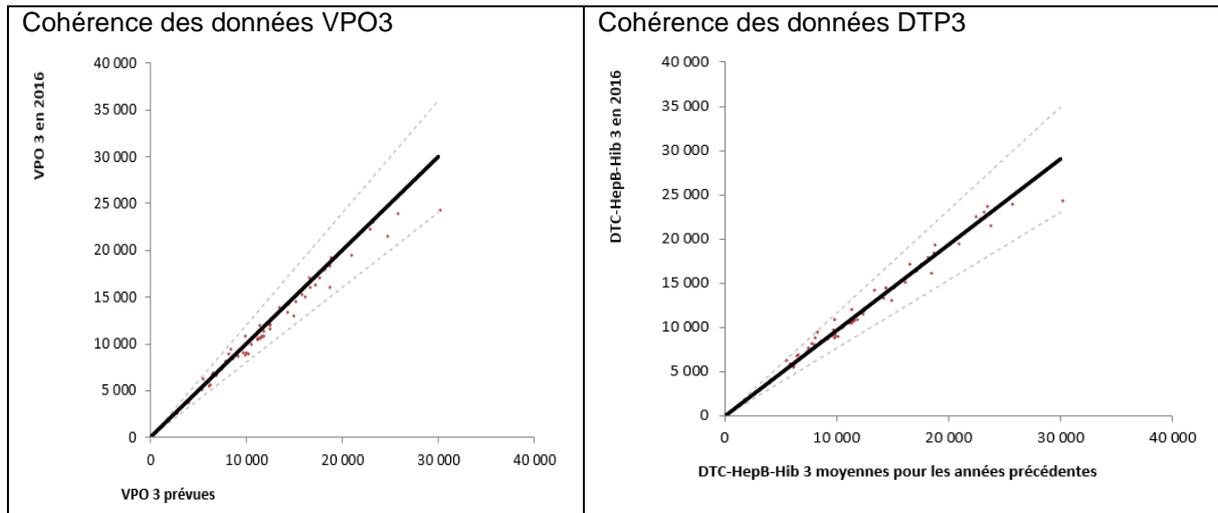


2.2.2 Les valeurs extrêmement aberrantes

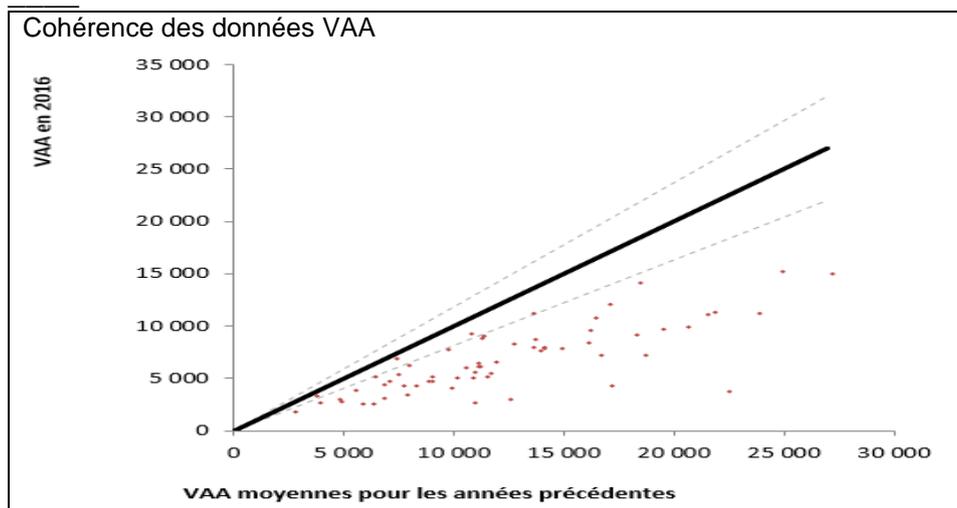
Mesure 2a.1: Valeurs extrêmement aberrantes (≥ 3 écarts-types de la moyenne)				2016	
Le programme et l'indicateur	Score National	Districts avec des valeurs aberrantes extrêmes par rapport à la moyenne			
		No.	%	Noms des districts	
Immunsation - VPO 3	0,0%			-	
Immunsation - DTC-HepB-Hib 3	0,0%			-	
Immunsation - VAA	0,0%			-	

Aucun district n'a de valeurs extrêmement aberrantes sur les 3 antigènes par rapport à la moyenne.

2.2.3 Cohérence des données d'une année à l'autre

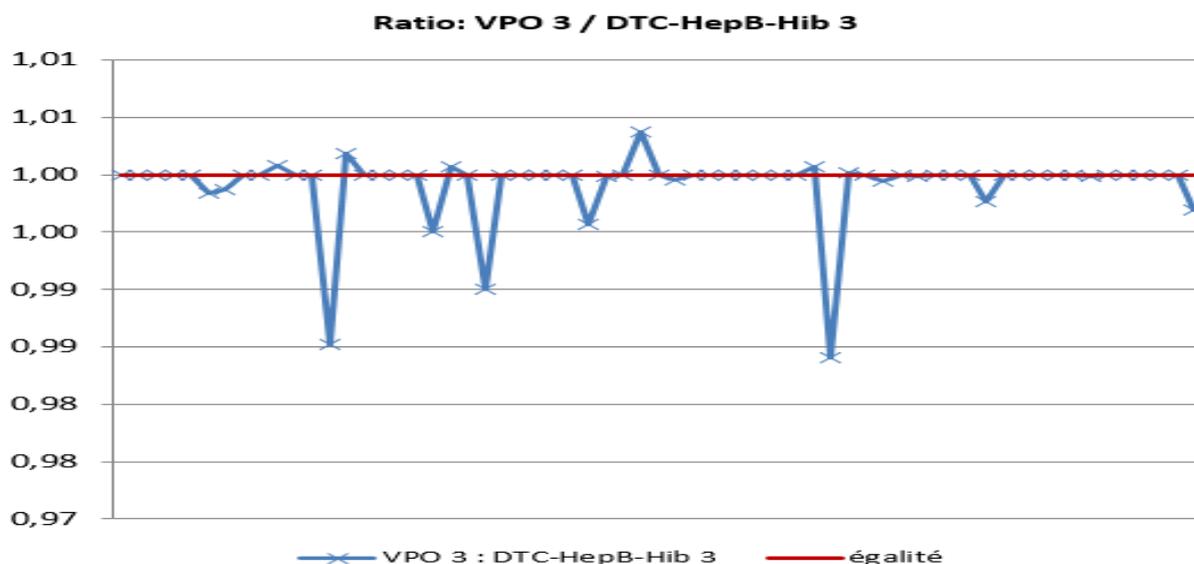


Aucun district n'a enregistré des scores divergents



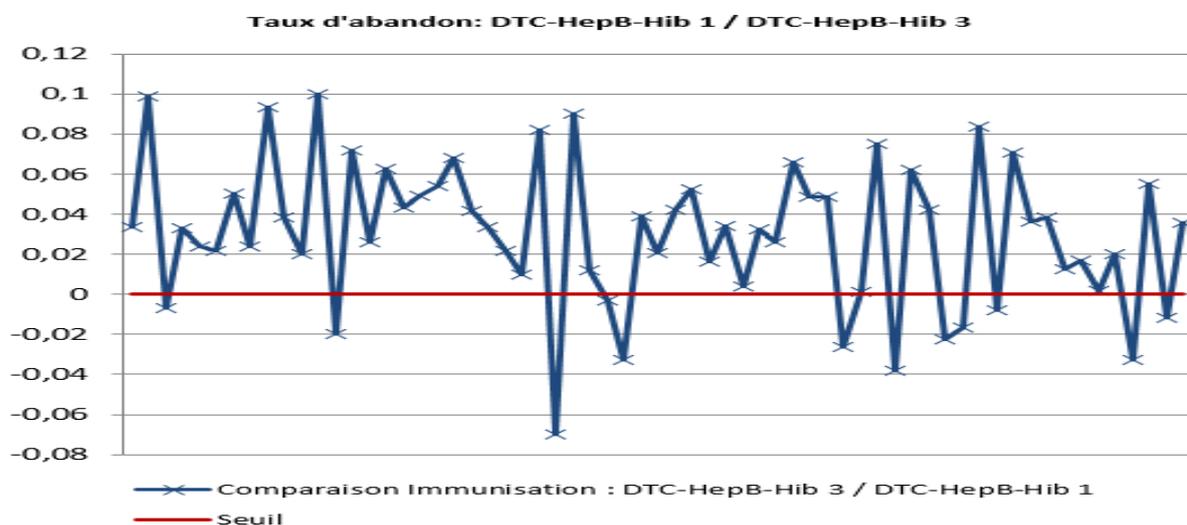
84% des districts avec les scores divergents pour les données VAA. Cette situation est liée à une rupture du VAA au niveau international.

2.2.4 Comparaison Immunisation : VPO 3 / DTC-HepB-Hib 3 (antigènes administrés au même moment)

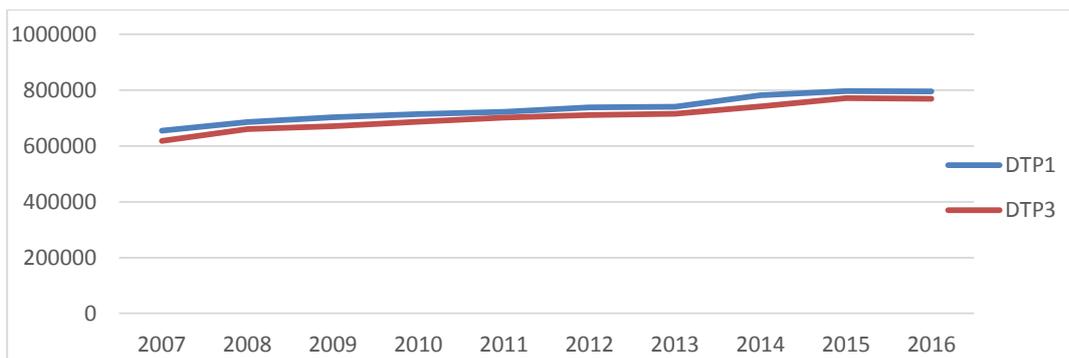


22,2% des districts (Bogandé, Bogodogo, Dandé, Do, Gaoua, Karangasso-Vigué, Kaya, Koupela, Orodara, Pama, Pouytenga, Sebba, Titao, Zorgho) avec les scores divergents. En effet, des incohérences sont notées entre des antigènes administrés au même moment.

2.2.5 Comparaison Immunisation : DTC-HepB-Hib 3 / DTC-HepB-Hib 1



19% des districts (Baskuy, Dandé, Gourcy, Kaya, Kombissiri, Ouahigouya, Po, Saponé, Sapouy, Séguenega, Yako, Ziniaré) avec des taux d'abandon négatifs.

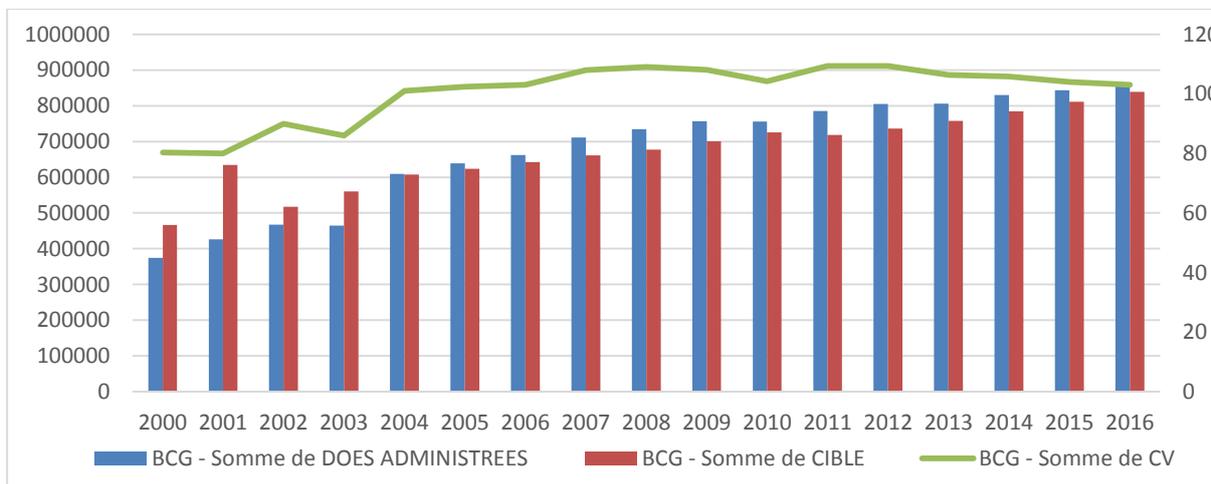


Graphique XX : Tendence des enfants vaccinés par le DTC+HepB-Hib1 et DTC+HepB-Hib3ces dix dernières années

Tableau III: DS avec taux d'abandon DTC+HepB-Hib1/ DTC+HepB-Hib3 négatifs de 2014 à 2016

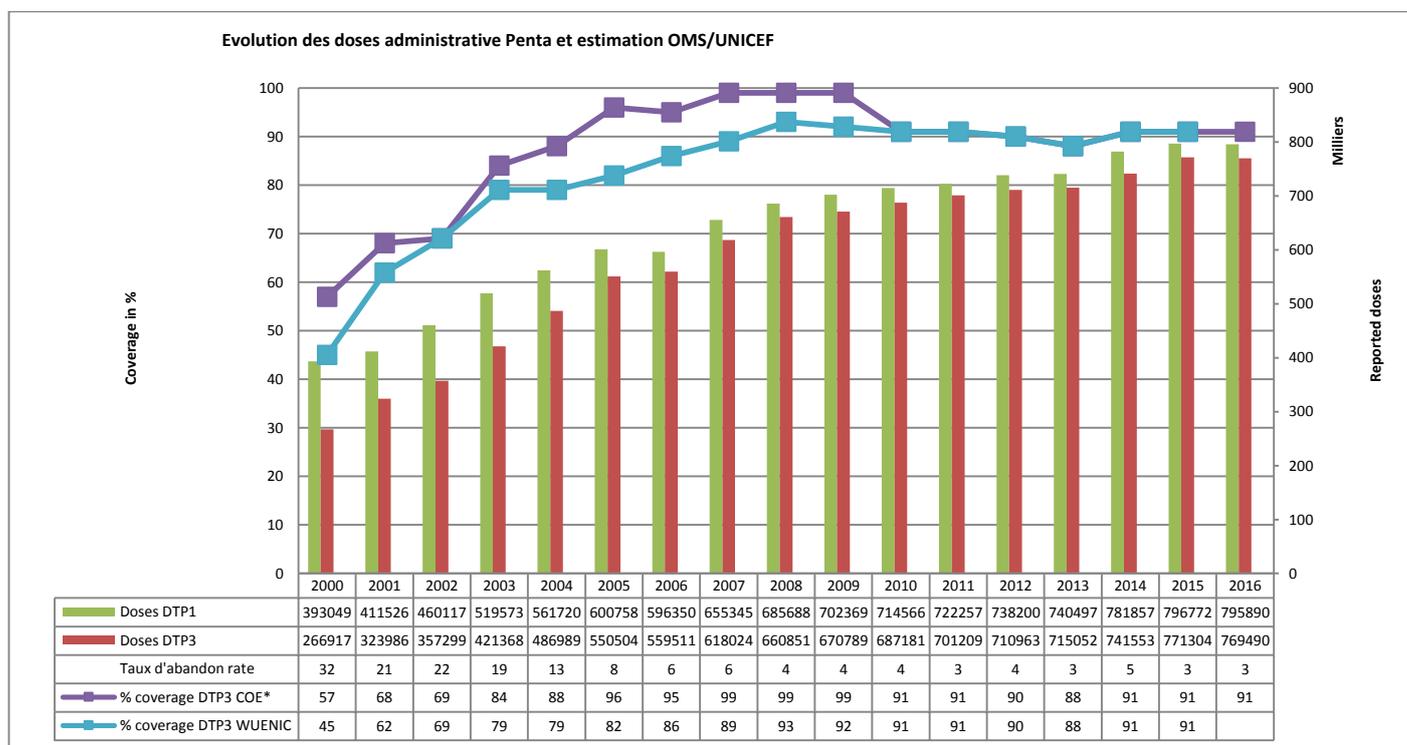
District	DTC+HepB-Hib1/DTC+HepB-Hib3		
	2014	2015	2016
KOMBISSIRI	-0,34	2,82	-3,26
PO	-1,03	-5,15	-3,82
SEGUENEGA	-0,52	-2,37	-0,79
ZINIARE	-0,21	0,44	-1,17

Au niveau national, la courbe de DTC+HepB-Hib3 est restée inférieure à celle de DTC+HepB-Hib1. Cependant de 2014 à 2016, deux (2) districts affichent des DTC+HepB-Hib3 supérieurs au DTC+HepB-Hib1, de 2015 à 2016, ce sont au total quatre (4) districts qui ont enregistré des DTC+HepB-Hib3 supérieurs au DTC+HepB-Hib3. Ce qui engendre des taux d'abandon négatifs.



2.3. CONSISTANCE EXTERNE DES DONNEES

2.3.1 Triangulation

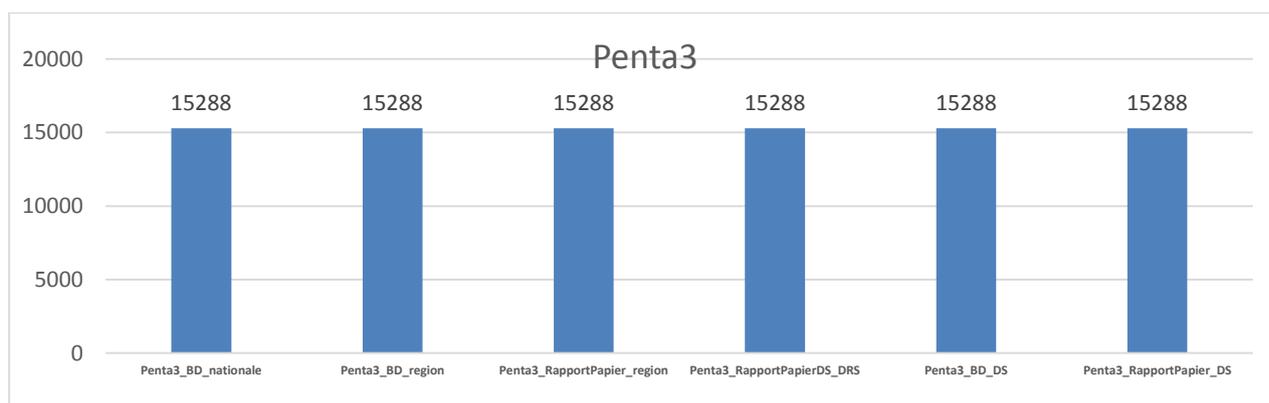
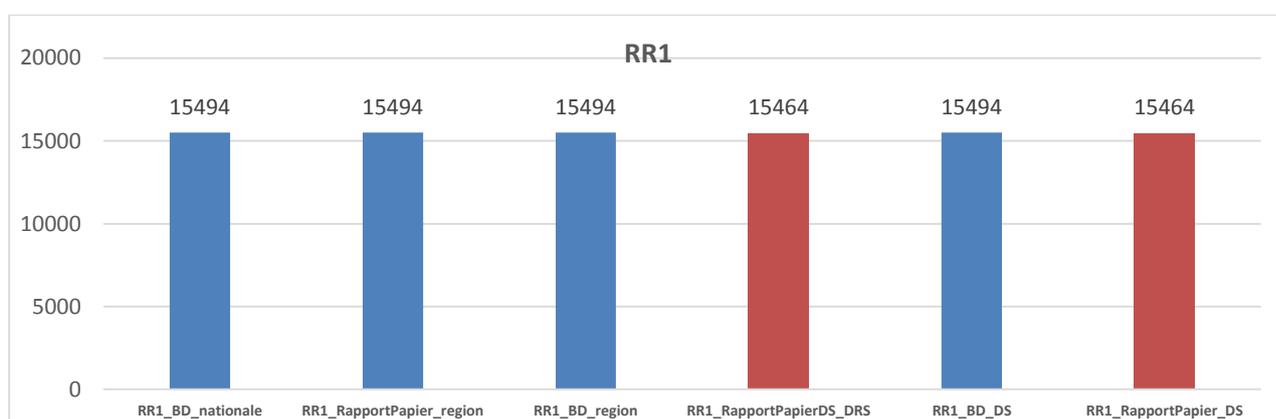
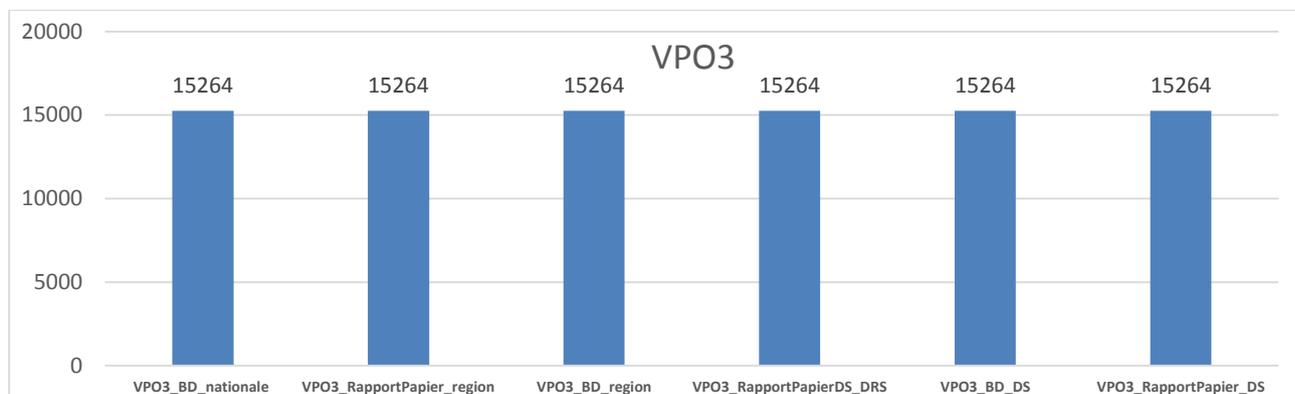


1. Amélioration de la qualité des données avec convergence des estimations nationales et estimations OMS/UNICEF à partir de 2010 ;
2. Stagnation de la couverture vaccinale autour de 90% depuis 2010, mais augmentation du nombre de doses administrées ;
3. Amélioration significative du taux d'abandon dans le temps avec un taux autour des 4 ou 5 points depuis 2008.

ANNEXE 3 : RÉSULTATS D'ENQUÊTE

3.1. Revue de la qualité des données du système d'information sanitaire (DQR) : enquête terrain

- Vérification des données



Concordance entre les bases de données au niveau national, régional et district et le rapport papier (rapport physique) région pour le RR1

Discordance de données entre rapport papier DS et BD du DS

- Erreurs de saisie
- Non prise en compte des erreurs corrigées dans la BD lors d'une éventuelle validation des données
- Surévaluation des chiffres au niveau DS
- Exhaustivité des rapports papiers au DS

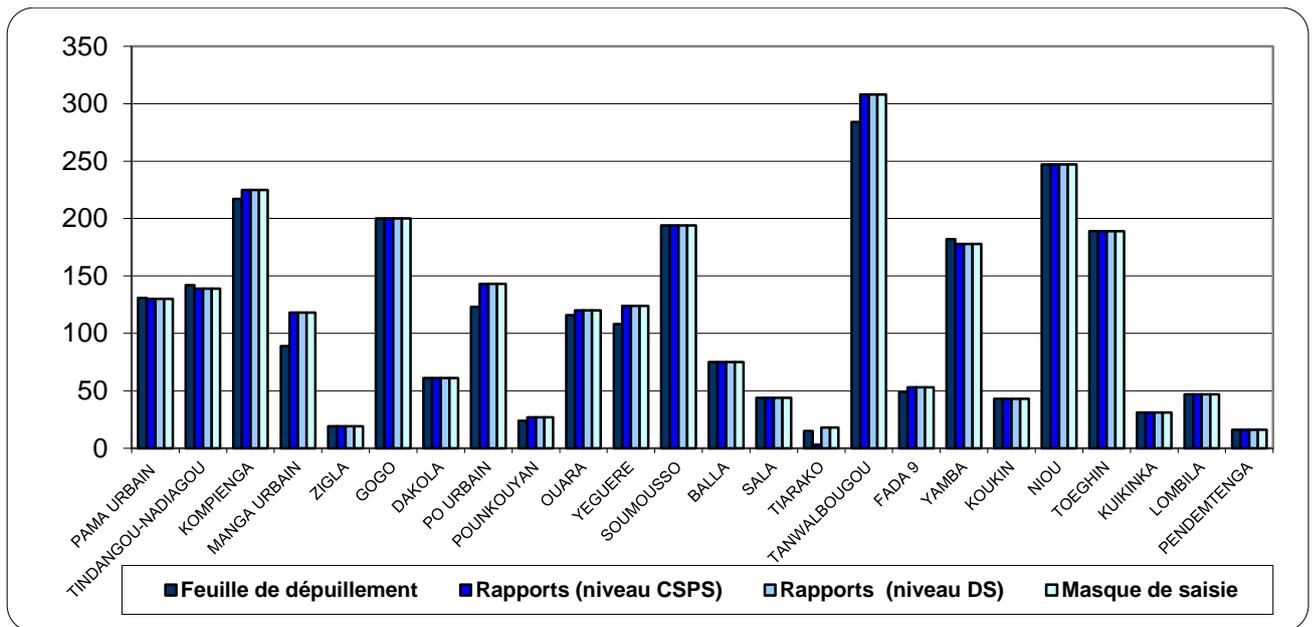


Figure : Répartition de doses de vaccin administrées en Penta3 en fonction des sources de données par centre de santé visité lors de l'enquête terrain.

Synthèse :

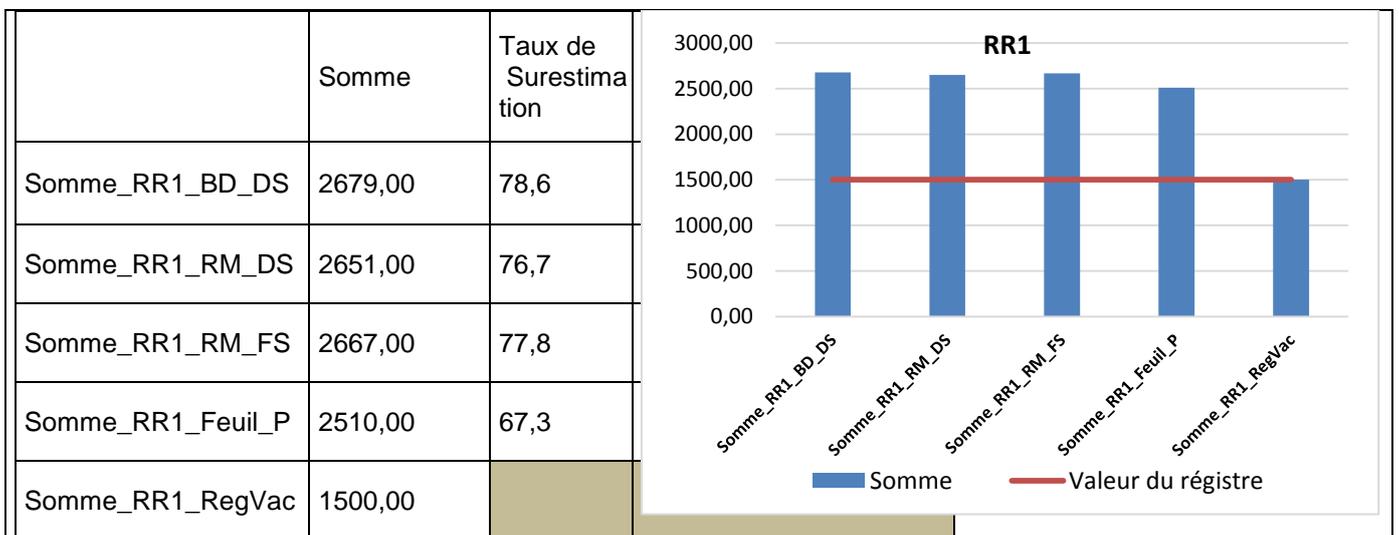
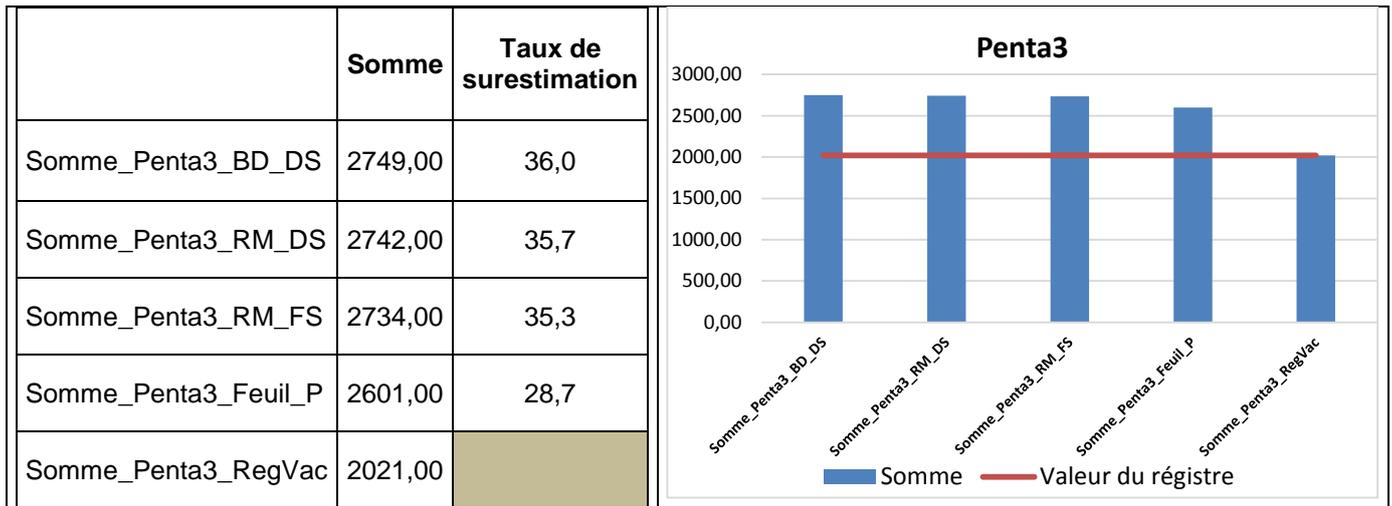
- ⇒ 50% des CS visités ont un facteur de vérification (FV) de 100%, ce qui montre une parfaite concordance des données.
- ⇒ 38% des CS ont un FC de 99% donc inférieur à 100%, ce qui montre une sous notification des données ;
- ⇒ 13% des CS ont un FV de 102% donc supérieur à 100%, ce qui montre une sur notification des données.

Les discordances observées dans les douze centres de santé vont de 2% à 25%. Ces discordances sont supérieures à 10% dans 5 centres de santé. Les régions sanitaires des hauts Bassins et du Centre-Sud regroupent les 4 districts abritent les centres de santé qui connaissent de grandes discordances de données de vaccination.

- **Evaluation du système de gestion des données**
 - **Niveau FS**

Indicateurs	Proportion des Oui (%)
ENREGISTREMENT	
registres de vaccination Disponibilité (1=Oui 2=Non)	95,8
registres de vaccination Si disponibles, sont-ils actualisés? (1=Oui 2=Non)	41,7
registres de vaccination Y a-t-il eu rupture au cours des 3 derniers mois ? (1=Oui 2=Non)	16,7
registres de dépouillement Disponibilité (1=Oui 2=Non)	100,0
registres de dépouillement Si disponibles, sont-ils actualisés? (1=Oui 2=Non)	43,5
registres de dépouillement Y a-t-il eu rupture au cours des 3 derniers mois ? (1=Oui 2=Non)	12,5
registres de gestion des vaccins Disponibilité (1=Oui 2=Non)	91,7
registres de gestion des vaccins Si disponibles, sont-ils actualisés? (1=Oui 2=Non)	54,5
registres de gestion des vaccins Y a-t-il eu rupture au cours des 3 derniers mois ? (1=Oui 2=Non)	20,8
registres de gestion des consommables Disponibilité (1=Oui 2=Non)	100,0
registres de gestion des consommables Si disponibles, sont-ils actualisés? (1=Oui 2=Non)	75,0
registres de gestion des consommables Y a-t-il eu rupture au cours des 3 derniers mois ? (1=Oui 2=Non)	0,0
formulaire de rapport Disponibilité (1=Oui 2=Non)	75,0
formulaire de rapport Si disponibles, sont-ils actualisés? (1=Oui 2=Non)	63,2
formulaire de rapport Y a-t-il eu rupture au cours des 3 derniers mois ? (1=Oui 2=Non)	34,8
carnet de vaccination Disponibilité (1=Oui 2=Non)	82,6
carnet de vaccination Si disponibles, sont-ils actualisés? (1=Oui 2=Non)	57,9
carnet de vaccination Y a-t-il eu rupture au cours des 3 derniers mois ? (1=Oui 2=Non)	36,4
Bon de commande de livraison Disponibilité (1=Oui 2=Non)	100,0
Bon de commande de livraison Si disponibles, sont-ils actualisés? (1=Oui 2=Non)	52,2
Bon de commande de livraison Y a-t-il eu rupture au cours des 3 derniers mois ? (1=Oui 2=Non)	13,0
Graphique de suivi de la couverture vaccinale Disponibilité (1=Oui 2=Non)	100,0
Graphique de suivi de la couverture vaccinale Si disponibles, sont-ils actualisés? (1=Oui 2=Non)	63,6
Graphique de suivi de la couverture vaccinale Y a-t-il eu rupture au cours des 3 derniers mois ? (1=Oui 2=Non)	14,3
Les vaccinations sont-elles enregistrées à l'aide des outils appropriés aussitôt après l'administration de la dose ? (1=Oui 2=Non)	100,0
Si non, décrire quand ceci a lieu	
Si vous assistez à une séance de vaccination, notez à quel moment et sur quel outil chacune des doses est enregistrée	
Demander à l'agent de santé d'expliquer la manière dont les données des séances de fixe sont gérées. Toutes les doses administrées durant les séances de stratégies avancée et mobile sont-elles enregistrées dans les registres et feuilles de pointage ? (1=Oui 2=Non)	100,0

Indicateurs	Proportion des Oui (%)
VERIFICATION DES DONNEES	
Vérifier la concordance des doses enregistrées et déclarées. Choisir au hasard un rapport des trois mois précédents (si le centre de santé n'en garde pas d'exemplaires, il faudra le chercher au district), et vérifier si le nombre déclaré de doses d'antigène (VPO3, Penta3 et RR1) correspond au nombre de doses qui figurent dans les listes de pointage, et si ces doses se retrouvent dans le registre. (1=Oui 2=Non)	39,1
S'il y a des divergences, prendre note des raisons données par l'agent de santé	
S'il y avait des données manquantes pour un mois quelconque au centre de santé, quelles sont les raisons invoquées par le personnel du centre ?	0,0
Existe-t-il les directives sur la gestion, la qualité et l'utilisation des données (1=Oui 2=Non)	37,5
RAPPORTS	
Dans le même rapport mensuel, tous les champs (items) sont-ils complètement et correctement remplis ? (1=Oui 2=Non)	54,2
La formation sanitaire dispose-t-elle des copies des 12 rapports mensuels pour l'année précédente (2016) ? (1=Oui 2=Non)	95,7
Si non, consigner la raison.	100,0
La formation sanitaire a-t-elle soumis les 12 rapports mensuels pour l'année précédente en temps voulu ? (1=Oui 2=Non)	87,5
Si non, consigner la raison pour laquelle ils n'ont pas tous été soumis à temps.	
DENOMINATEURS	
Y a-t-il les cibles de la vaccination (vérifier)?	100,0
Noter la source de ces cibles (nationale/locale)	CISSE DS
Y a-t-il des couvertures vaccinales qui dépassent 100% ?	52,2
Q12: Si oui, quelles sont les raisons	Prise en compte des enfants hors aire au numérateur; Population des zones frontalières
ANALYSE, INTERPRETATION ET UTILISATION	
Les graphiques des couvertures vaccinales sont-ils affichés et à jour ?	50,0
L'agent de santé peut-il calculer et interpréter le taux d'abandon du centre de santé ?	75,0
S'il existe un plan d'action de la FS, est-il basé sur une analyse des données disponibles ?	83,3
Existe-t-il un système de recherche des perdus de vue?	100,0
Si non, pourquoi ?	
L'agent de santé reçoit-il le feedback du niveau supérieur ?	91,7
Si oui, préciser le document	Bulletin de retro-information
PERSONNEL	
Les agents de santé ont-ils le sentiment d'avoir été suffisamment informés ou formés sur la gestion des données du PEV (l'enregistrement, le rapportage et l'utilisation des données) pour s'acquitter correctement de ces fonctions ?	41,7



Discordance des données de vaccination entre les registres de vaccination et la base de données PEV du district à T4 2016

Discordance (sur rapportage) des données entre le registre et les autres sources de données au niveau des FS

- Insuffisance d'archivage des fiches de coche
- Insuffisance de report des données des fiches de coche utilisées en stratégies avancées dans le registre de dépouillement de la FS
- Erreurs de transcription et de saisie des rapports

IV. Enquête sur l'enregistrement des données de vaccination (ENDOVAC) 2016-2017

4.1 Méthodologie

Enquête menée en décembre 2016 et janvier 2017

30 CSPS répartis sur 10 districts sanitaires et 8 régions sanitaires

4.2 But

Contribuer à l'amélioration de la fiabilité des données de vaccination dans le PEV de routine au Burkina Faso.

4.3 Objectif général

Evaluer la qualité de l'enregistrement des données de la vaccination de routine dans dix districts au du Burkina Faso

4.4 Principaux résultats

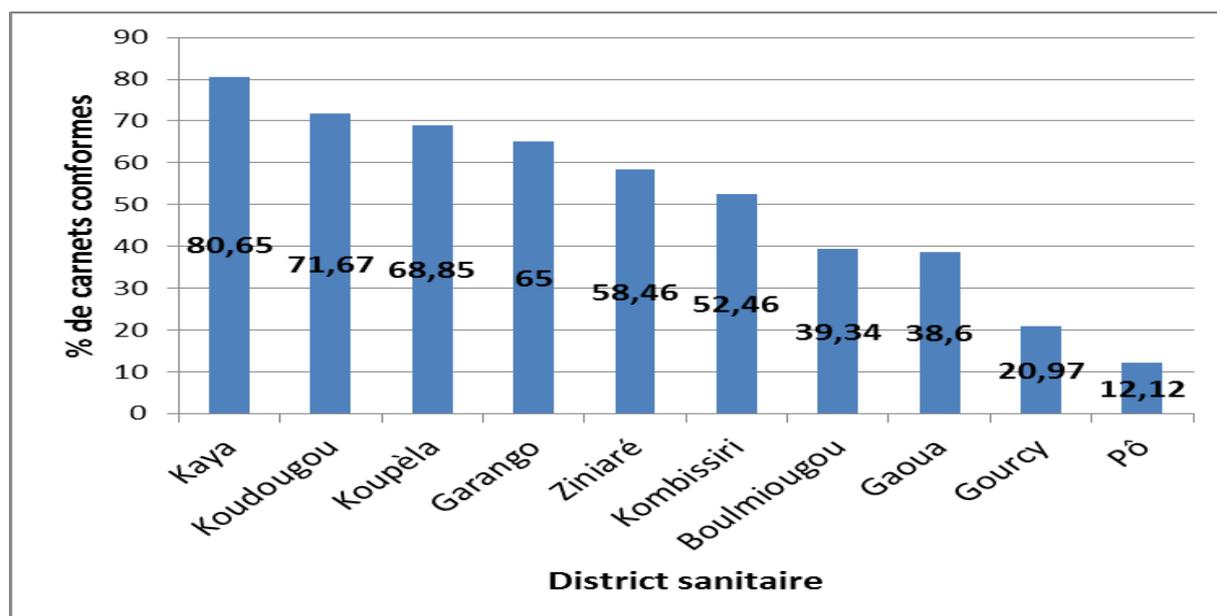


Figure XX : Taux de conformité des carnets par district sanitaire

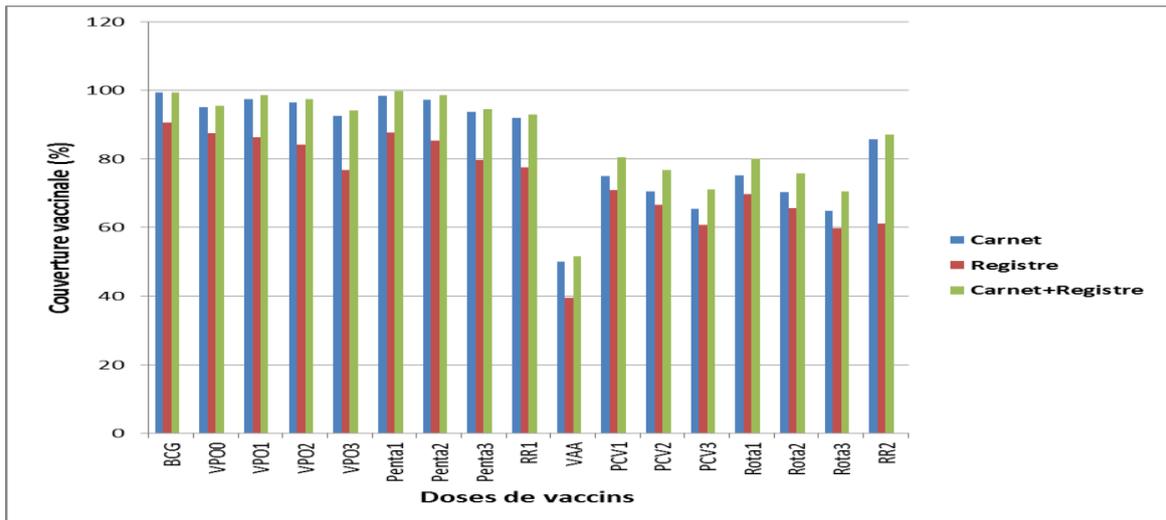


Figure xx: Couverture vaccinale par antigène selon la source d'information

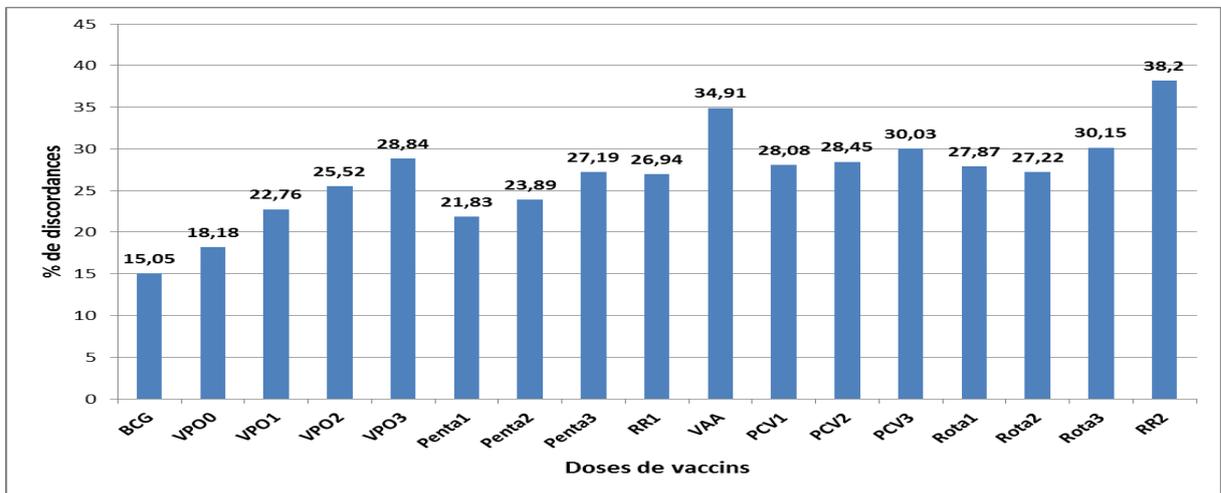


Figure xx : Proportions des discordances carnet-registre par antigène

On note sur l'ensemble des districts enquêtés 77 % des couvertures sont discordantes (couvertures administratives et couvertures calculées).

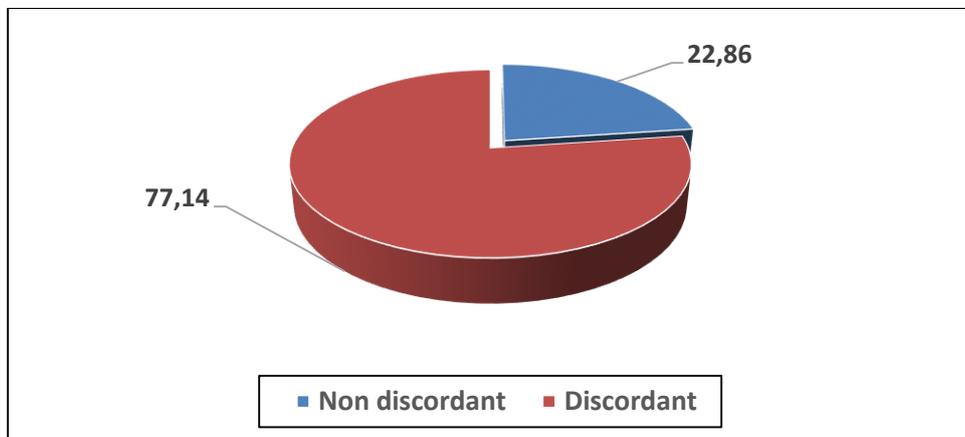


Figure xx : Discordances couvertures administratives et calculées sur l'ensemble des districts sanitaires.

V. Audit de la qualité des données (SARA 2016)

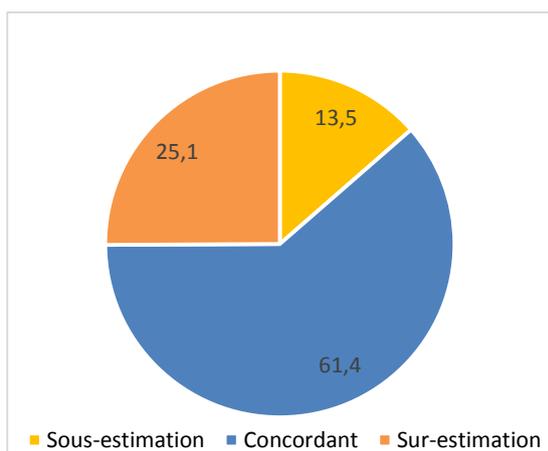
❖ Analyse de l'indicateur au niveau national

L'indice de concordance des données de vaccination au BF était de **96,7%** contre 93,6% en 2015. Cependant, au deuxième trimestre 2016, la proportion des rapports concordant avec celles des sources primaires est de **61,4%** pour le Penta3.

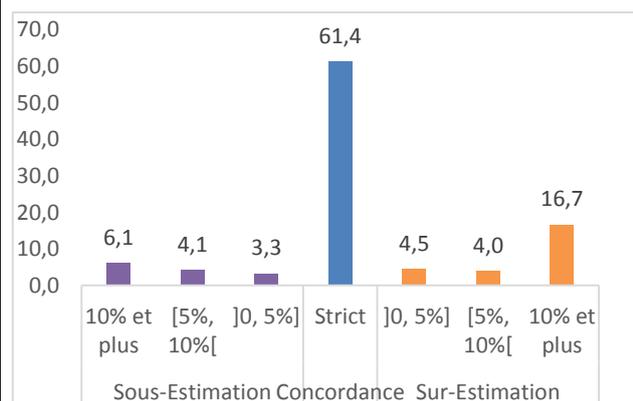
Parmi les rapports de ladite période, **13,5%** des données étaient sous-estimées et **25,1%** surestimées.

Par ailleurs, 16,7% des RMA étaient surestimés de plus de 10% et 6,1%, sous-estimés de plus de 10%. Dans l'ensemble, 77,3% des RMA sont de qualité pour une marge de 10%.

Graphique 1: Répartition des RMA selon le niveau de concordance du penta3 (%).



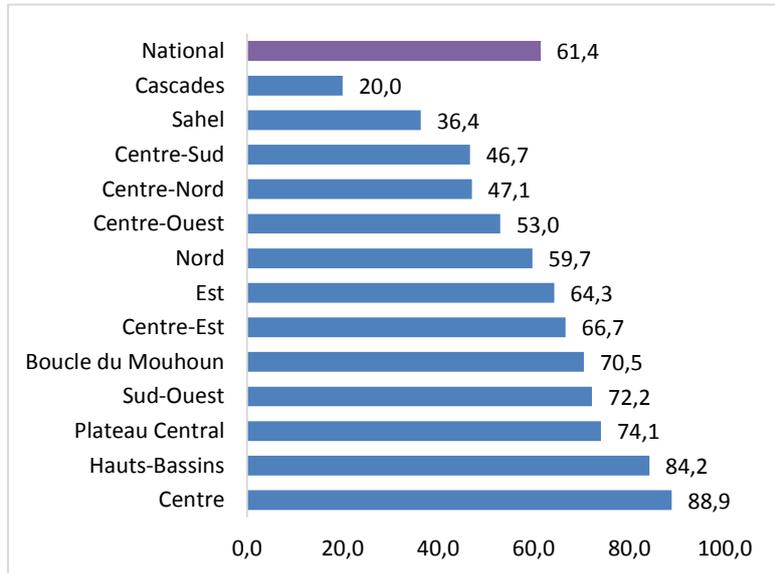
Graphique 2 : Proportion d'unités de comparaison par degré de taux de discordance du penta3



❖ Analyse de l'indicateur au niveau régional

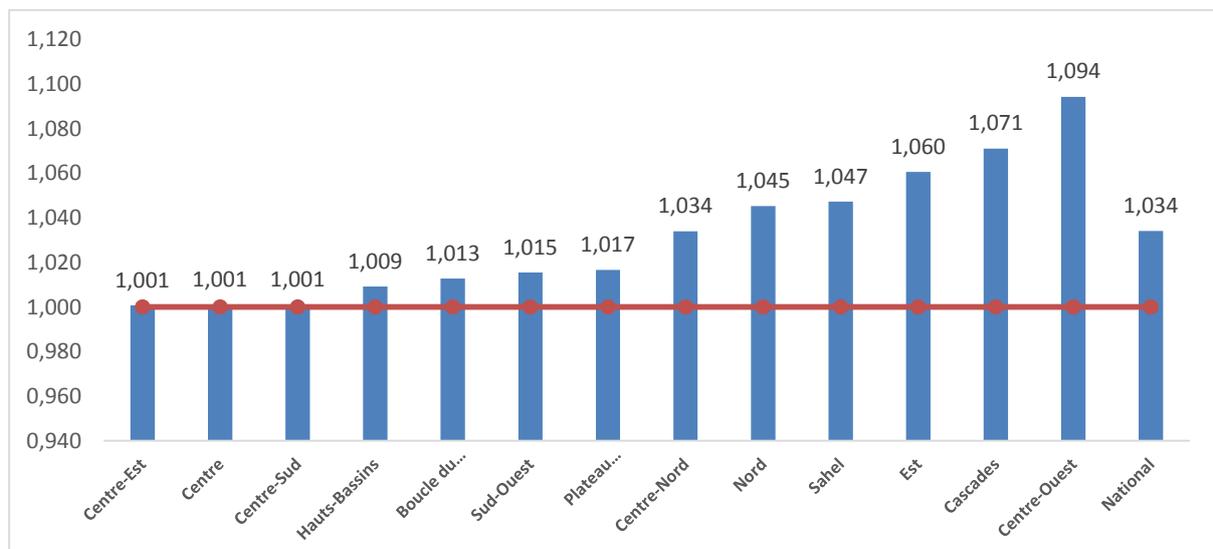
Une analyse selon la région Graphique 3: Proportion (%) d'unités de comparaison montre que, la proportion concordantes par région pour le penta3

des RMA concordantes au cours du deuxième trimestre varie de 20,0% dans la région des Cascades à 88,9% dans la région du Centre. Six (6) régions enregistrent des proportions inférieures à la moyenne nationale.



Une comparaison des données transmises (RMA) et celles des documents sources au niveau régional, montre que le ratio (RMA/registre) est de 1,03 soit une marge de 3,4% ce qui indique une surestimation des données du RMA. Le seuil de concordance varie entre 0,06% dans la région du Centre-Est à 9,4% dans la région du Centre-Ouest.

Graphique 4: Ratio entre le cumul des données penta3 du RMA et les données des sources primaires.

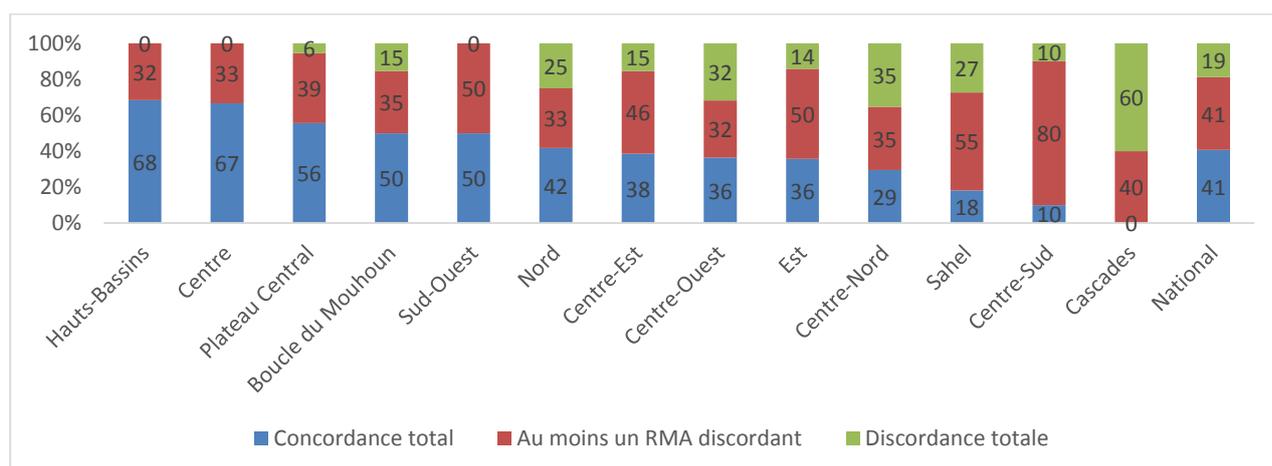


❖ Analyse de l'indicateur au niveau formation sanitaire

Parmi les formations sanitaires valides pour l'appréciation de la concordance des données de vaccination du deuxième trimestre, 41% ont toujours transmis des RMA concordants par rapport aux sources primaires. Pour la concordance parfaite, le plus fort taux (68,0%) est enregistré dans la région des Hauts-Bassins, tandis que la région des Cascades n'a observé aucune concordance totale au cours de la période.

Au niveau national, la discordance totale est de 19,0% pour la période d'étude. Le plus fort taux de discordance totale est enregistré dans la région des Cascades (60,0%) tandis que les régions du Centre et les Hauts-Bassins n'ont enregistré aucune discordance totale.

Graphique 5 : Répartition des unités de comparaison selon le degré de concordance au deuxième trimestre 2016



VI. Résultats du DQS 2016

Ce DQS a eu pour cadre, les districts sanitaires de Dédougou, Fada, Gaoua et Dori dans quatre (4) des treize (13) régions du BF. Elle a été réalisée dans un contexte de renforcement des compétences des acteurs chargés de la gestion des données de vaccination au BF sur l'auto évaluation de la qualité des données.

❖ Méthodologie :

- Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive prenant en compte l'année 2016.

- Cibles

Formations sanitaires : La collecte a concerné vingt (20) centres de santé dont huit (8) en zone urbaine, huit (8) en zone rurale et quatre (4) dépôts PEV des districts sièges.

Personnel de santé : Un questionnaire a été adressé aux responsables PEV et aux Infirmiers chefs-poste responsables des activités de vaccination dans leur centre respectif.

- Echantillonnage

Il s'agissait d'un échantillonnage aléatoire prenant en compte les formations sanitaires des deux zones ayant exécuté les activités de vaccination pendant l'année 2016. Au total 20 formations sanitaires et 20 responsables de vaccination ont été retenus pour la phase pratique de la formation sur le DQS.

❖ RESULTATS OBTENUS

- Promptitude et complétude

La complétude des données du Penta 3 était de 100% au niveau des centres de santé visités. Quant à la promptitude, elle était de 90%.

- Concordance des données : analyse des données du Penat3

Il s'est agi de recompter le nombre d'enfants vaccinés au Penta3 sur feuilles/registres de dépouillement, le registre de vaccination, sur les rapports mensuels CSPS (au niveau CSPS), les rapports mensuels CSPS (au niveau district) et les données mensuelles de vaccination saisies dans la base de données au niveau du district. Ces données ont été par la suite comparées (le facteur de vérification a été calculé). La discordance est obtenue en faisant la différence entre les données vérifiées (recomptées) et les données rapportées.

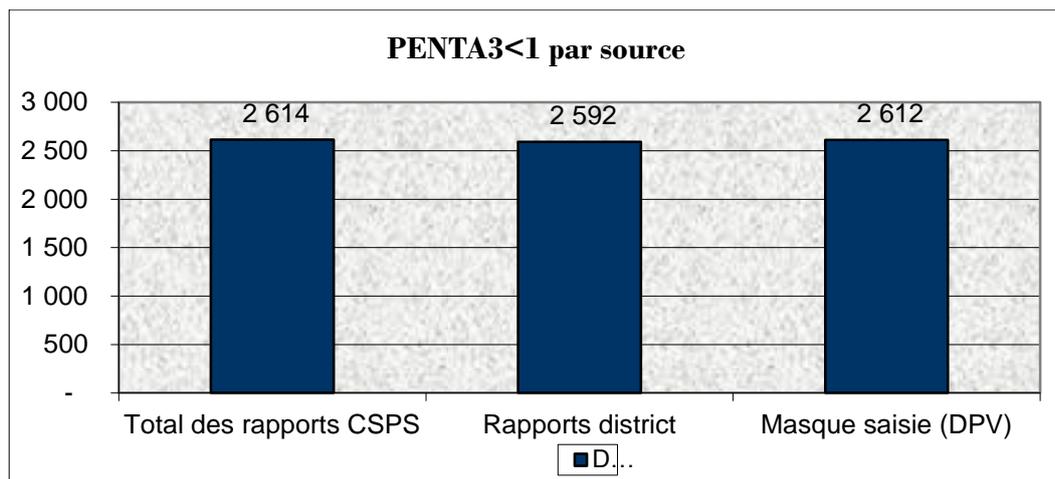


Figure : Répartition de doses de vaccin administrées en PENTA3 en fonction des sources de données pour l'ensemble des CS visités du district sanitaire de Dédougou (année 2016)

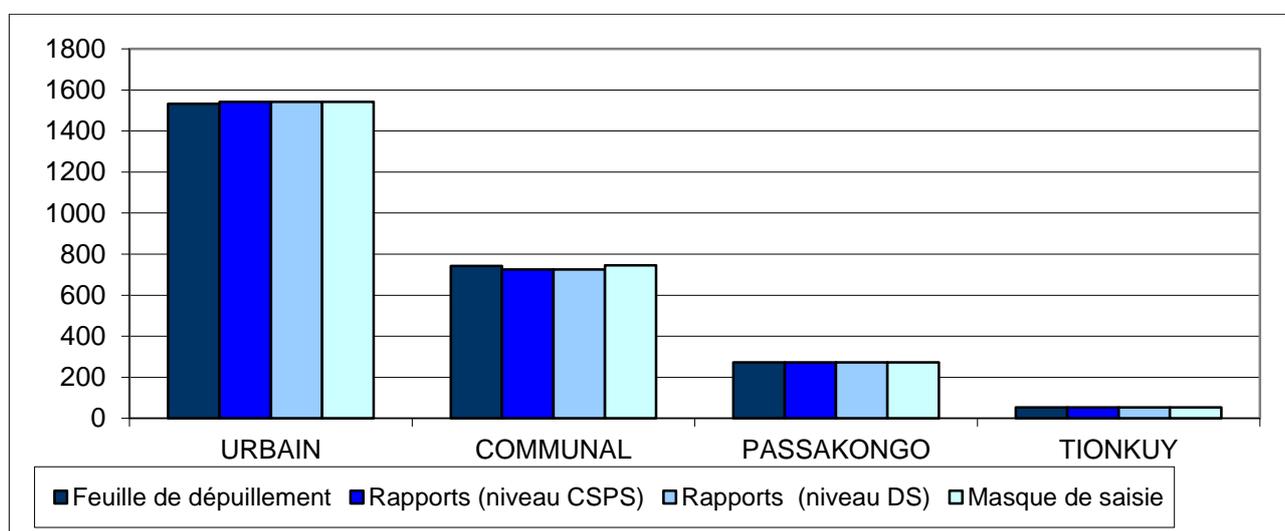


Figure : Répartition de doses de vaccin administrées en PENTA3 en fonction des sources de données par CS visité du district sanitaire de Dédougou (année 2016)

Synthèse :

- ⇒ 50% des CS visités ont un FV de 100%, ce qui montre une parfaite concordance des données.
- ⇒ 25% des CS ont un FC de 99% donc <100%, ce qui montre une sous notification des donnés ;
- ⇒ 25% des CS ont un FV de 102% donc >100%, ce qui montre une sur notification des données.

- Analyse de la qualité

• Performance par composante

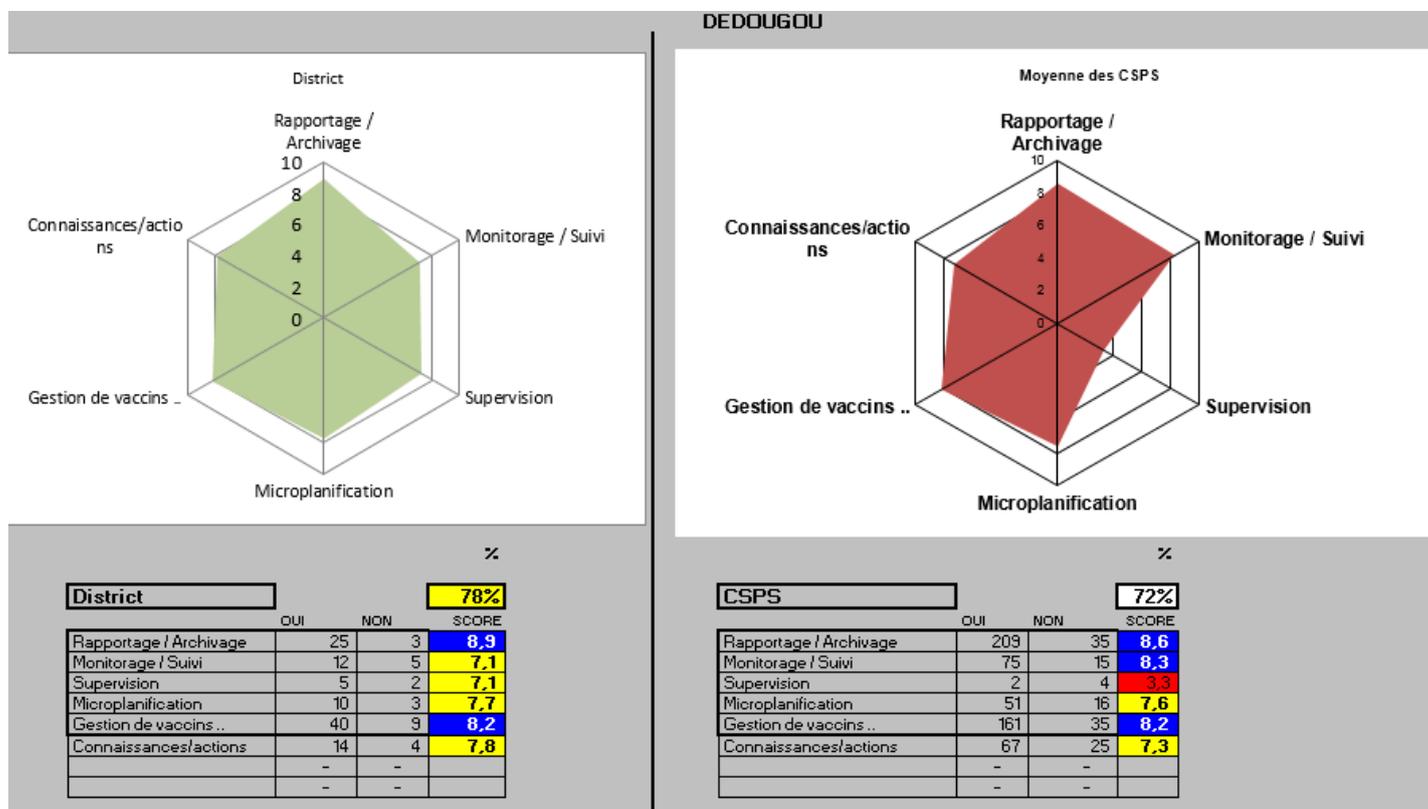


Figure : Performance des composantes de la qualité du PEV en 2016 au district sanitaire de Dédougou et celle des CS visités.

L'index de qualité obtenu est de 78% en 2016 au district sanitaire de Dédougou. On note un score satisfaisant pour les composantes de rapportage/archivage, gestion des vaccins et connaissances du personnel (au moins 80%). Les faiblesses enregistrées sont des composantes du monitoring/suivi, la supervision et la microplanification. Cette situation révèle un problème de qualité des données au niveau du district. Aussi l'absence des résultats d'un DQS antérieur ne permet pas d'apprécier réellement la situation dans ce district.

Au niveau des CS visités, l'indice de qualité moyen reste faible avec 72%. Les insuffisances sur la planification et les connaissances du personnel confirment celles de la supervision des acteurs chargés de la gestion des données de vaccination.

ANNEXE 4 : Budget du PAQD 2018-2022

Tableau III : BUDGET PLAN STRATEGIQUE PAQD 2018-2022

BUDGET PLAN STRATEGIQUE PAQD 2018-2022							
N°	Activités	Commentaires (nbre de participants; nbre de jrs; nbre de doc à px)	2018	2019	2020	2021	2022
			Coût* (FCFA)	Coût* (FCFA)	Coût* (FCFA)	Coût* (FCFA)	Coût* (FCFA)
1	Editer tous les documents normatifs en matière de gestion des données du PEV	documents/ manuels de références pour 2100 structures	31 500 000		33 075 000		34 728 750
2	Diffuser tous les documents normatifs en matière de gestion des données PEV lors des rencontres de coordination (CASEM, CCIA, CTRS, CSD	intégré aux cadres de concertation : CASEM, CCIA, CTRS, CSD...	PM	PM	PM	PM	PM
3	Evaluer régulièrement la disponibilité des documents normatifs	intégré aux sorties de supervision, d'appui, contrôle...	PM	PM	PM	PM	PM
4	Faire un plaidoyer pour l'adoption par l'assemblée nationale d'une loi sur la vaccination	Note technique proposée au MS	PM	PM	PM	PM	PM
5	Organiser un atelier de plaidoyer pour le financement du PAQD		5 362 500	5 362 500	5 630 625	5 630 625	5 912 156
6	faire l'inventaire annuel des Doc normatifs à tous les niveaux	intégré à l'inventaire annuel des structures de santé	PM	PM	PM	PM	PM
7	Mettre en place un répertoire de Doc normatifs dans chaque structure		PM	PM	PM	PM	PM
8	Elaborer un mécanisme de suivi des données de vaccination des populations hors aire sanitaire		19 250 000				20 212 500
9	Elaborer un plan de mise à jour des fonds de cartes au niveau des formations sanitaires		6 003 250	6 003 250	6 303 413	6 303 413	6 618 583
10	Actualiser les cibles vaccinales selon les données de RGPH 2017		PM	PM	PM	PM	PM

11	Acquérir des outils de collecte des données en prenant en compte les besoins réels des formations sanitaires publiques y compris les structures privés et ONG dans les délais requis	supports de collecte des données de surveillance des MEV	16 200 000	17 010 000	17 860 500	18 753 525	19 691 201
12	Acquérir des outils informatiques (ordinateurs, wifi, modem, clés de connexion, VSAT, etc...) au profit des DRS et des districts	100 outils informatiques à acquérir		80 000 000		84 000 000	
13	Approvisionner les formations sanitaires d'outils de collecte des données actualisés à temps,	Ravitaillement dans les DRS et DS	6 490 696	6 490 696	6 815 231	6 815 231	7 155 992
14	Former les acteurs du PEV (centraux, les responsables PEV des régions et des districts) sur l'utilisation du DVD/MT	Formation des acteurs centraux; régionaux et districts	39 602 028			41 582 129	
15	Superviser les agents de santé formés sur le DVD/MT		18 222 600			19 133 730	
16	Organiser un atelier de révision des registres de vaccination (taille et le format)		5 225 000				
17	Reproduire des registres de vaccination révisés et les autres outils	Registres de vaccination y compris les autres outils	625000 000				
18	Former les agents sur la collecte, l'analyse et l'utilisation des données de vaccination	Formation agents DRS & DS + Formation des 2 agents par CSPS	379029 650		397 981 133		417 880 189
19	Superviser les agents sur le remplissage des supports	INTEGREE AUX SORITES DE SUPERVISION	PM	PM	PM	PM	PM
20	Elaborer un guide de contrôle de qualité des données de vaccination		22 866 690				
21	Assurer l'enregistrement électronique des données de vaccination dans deux districts pilotes				PM		

22	Tenir les réunions trimestrielles de suivi de mise en œuvre du PAQD par le CQSDS		2 090 000	2 090 000	2 194 500	2 194 500	2 304 225
23	Réaliser annuellement la revue documentaire des données de vaccination		522 500	522 500	548 625	548 625	576 056
24	Actualiser le PAQD suite à la revue documentaire des données de vaccination		PM	PM	PM	PM	PM
25	Réaliser une évaluation à mi-parcours du PAQD				10 850 000		
26	Tenir un atelier d'évaluation finale du PAQD						11 392 500
27	Elaborer le PAQD 2023 - 2027						35 000 000
28	Réaliser semestriellement le DQS au niveau DS		215513 400	215513 400	226 289 070	226 289 070	237 603 524
29	Réaliser semestriellement le LQAS au niveau régional		323270 100	323270 100	339 433 605	339 433 605	356 405 285
30	Réaliser le DQA au niveau central			38 500 000		40 425 000	
31	Acquérir du matériel d'archivage (armoires, disques durs, scanner, etc.) pour des FS /DS/DRS		391540 000		391 540 000		411 117 000
32	Organiser un atelier d'élaboration du guide d'archivage pour le PEV		14 500 000				
33	Reproduire et diffuser le guide d'archivage en quantité suffisante pour les formations sanitaires, DS et DRS		10 500 000				
34	Faire un plaidoyer pour le recrutement et l'affectation du personnel selon les besoins						
35	Tenir un atelier d'élaboration du plan de renforcement des capacités des acteurs chargés du PEV		22 800 000				
36	Organiser une rencontre de plaidoyer pour la révision des curricula de formation à l'ENSP		4 812 500				
37	Elaborer le "tableau de bord" des indicateurs de vaccination			6 050 000		6 352 500	
38	Elaborer et diffuser mensuellement le bulletin de retro information sur le PEV à tous les niveaux		3 000 000	3 000 000	3 150 000	3 150 000	3 307 500

39	Organiser semestriellement des rencontres décentralisées sur la vaccination et la surveillance au niveau national		97 500 000	97 500 000	102 375 000	102 375 000	107 493 750
40	Organiser trimestriellement des rencontres de validation des données au niveau DS et DRS		124500 000	124500 000	130 725 000	130 725 000	137 261 250
41	Organiser des rencontres mensuelles d'harmonisation des données de surveillance entre la DPV, les laboratoires nationaux et la DLM		18 000 000	18 000 000	18 900 000	18 900 000	19 845 000
42	Organiser des rencontres de plaidoyer pour le financement de la recherche et des enquêtes		PM	PM	PM	PM	PM
43	Former les agents de santé en recherche-action	2 agents à former par région	10 500 000		11 025 000		11 576 250
44	Réaliser au moins une recherche action par An		PM	PM	PM	PM	PM
45	Organiser un atelier annuel à Ouagadougou de dissémination des résultats de la recherche		2 650 000	2 650 000	2 782 500	2 782 500	2 921 625
46	Diffuser les résultats à travers différents canaux (Internet, Articles, etc...)	Intégré aux supports de diffusions existants	PM	PM	PM	PM	PM
	TOTAL GENERAL PAQD 2018-2022		2 416 450 914	946 462 446	1 707 479 201	1 055 394 452	1 849 003 337