



## **RAPPORT SUR L'AUDIT DE LA QUALITE DES DONNEES (DQA) DE L'ANNEE 2001 - HAITI**

### **PREMIERE PARTIE**



PREPARE PAR  
**PRICEWATERHOUSECOOPERS** 

**SEPTEMBRE/OCTOBRE 2002**

## TABLE DES MATIERES

	<b>Page</b>
<b>Executive Summary</b>	<b>1</b>
1.1 Introduction/background	1
1.2 Objectives	1
1.3 Summary of findings/conclusions	2
1.3.1 National level	2
1.3.2 District level	3
1.3.3 Health Unit level	4
1.4 Summary of recommendations	5
1.4.0 National level	5
1.4.1 District level	6
1.4.2 Health Unit level	7
1.5 Status of prior year's recommendations	7
1.6 Acknowledgements	7
<b>1 Introduction</b>	<b>1</b>
1.1 Contexte	1
1.2 Objectifs du DQA	1
1.3 Notre approche	2
1.4 Résumé des travaux	2
1.5 Les équipes	3
<b>2 Niveau national – constats et recommandations</b>	<b>5</b>
2.1 Aperçu	5
2.2 Flux des données PEV au niveau national	10
2.3 Index "Qualité du système"	10
2.4 Taux de perte	11
2.5 Sécurité de l'immunisation	11
2.6 Promptitude et complétude	12
2.7 Taux de couverture rapporté du DTC3, et évolution	12
2.8 Facteur de correction et exactitude des données	12
2.9 Autres questions soulevées au cours des travaux	13

<b>3</b>	<b>Niveau des Districts – constats et recommandations</b>	<b>15</b>
3.1	Aperçu (Qualité des données)	15
3.2	Index "Qualité du système"	21
3.3	Taux de perte	21
3.4	Sécurité de l'immunisation	21
3.5	Promptitude et complétude	22
3.6	Exactitude des données	22
3.7	Taux d'abandons	23
	<b>Niveau des Centres de Santé – constats et recommandations</b>	<b>24</b>
3.8	Aperçu (Qualité des données)	24
3.9	Index "Qualité du système"	31
3.10	Taux d'abandon	32
3.11	Taux de perte	33
3.12	Sécurité de l'immunisation	34
3.13	Complétude et promptitude	35
3.14	Taux de couverture rapporté du DTC3 et évolution	36
3.15	Exactitude des données	37
3.16	Autres questions soulevées au cours des travaux	37
<b>4</b>	<b>Contraintes d'ordre logistique, de délais ou autres</b>	<b>38</b>
<b>5</b>	<b>Apprentissages 2002 et perspectives pour le DQA dans le futur</b>	<b>38</b>
<b>6</b>	<b>Mise en œuvre des recommandations du DQA 2001</b>	<b>39</b>
	<b>ANNEXE I : PERSONNES INTERVIEWEES LORS DU DQA</b>	<b>1</b>
	<b>ANNEXE II : INDICATEURS DE PERFORMANCE NATIONAUX</b>	<b>1</b>
	<b>ANNEXE III : INDICATEURS DE PERFORMANCE DES DISTRICTS</b>	<b>1</b>
	<b>ANNEXE IV : INDICATEURS DE PERFORMANCE DES CENTRES DE SANTE</b>	<b>1</b>

## Executive Summary

### 1.1 Introduction/background

The Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) is a partnership dedicated to ensuring that all children have access to vaccines and immunisation against preventable childhood diseases. It also encourages the development of new vaccines against major killers that primarily affect the world's poorest people.

In the year 2000, GAVI initiated a massive program to improve the immunization of children worldwide. This initiative uses the doses of DTP3 vaccine given to children under one year of age (DTP3<1) as an important criterion for performance measurement and in turn for providing support. As part of the terms between GAVI and the partner countries receiving this support, external verification of reported DTP3<1 is to be carried out in the framework of an immunization Data Quality Audit (DQA).

The DQA provides the mechanism for determining whether the reporting system of a given country is reliable, and hence whether reported performance can be verified. GAVI also aims to strengthen the management of immunization services, which need to rely on high-quality data; therefore the DQA was designed as a capacity-building tool to improve immunization reporting, monitoring and evaluation systems.

### 1.2 Objectives

The overall goal of the DQA is to ensure that management of immunization services, and the allocation of GAVI funding in support of those services, are based on sound and accurate data. More specifically the objectives of the DQA are to:

- Assess the quality, accuracy, timeliness and completeness of administrative immunization reporting systems.
- Verify the accuracy of the reported DTP3<1 vaccinations in a specific calendar year and then estimate the National verification factor (recounted / reported vaccinations) for use in the allocation of GAVI fund shares.
- Provide practical feedback to managers on how to improve the quality of their administrative immunization reporting system.

## 1.3 Summary of findings/conclusions

### 1.3.1 National level

The EPI administration in Haiti is currently undergoing a major restructuring. In 2001, the Ministry of Health and the WHO decided to bundle their resources, which led to a tight integration between the two administrations. Under this collaboration, a series of initiatives have been developed to improve the Programme and its administration, including the restructuring of the intermediate administrative levels, standardization of reporting formats and procedures, and the implementation of structured feedback and supervision policies.

The DQA of the audit year 2001, however, came too early to be substantially impacted by these improvements. At the national level, the following findings require further attention:

#### Recording practices

- Data collection procedures in general lacked definition and formality, especially procedures on the follow up and integration of late reports. This might help to explain the difference between the numbers reported on the JRF form and the national tabulation.
- Received reports were not time stamped, so no assessment of timeliness could be made.

#### Storing and reporting practices

- Storage of reports from lower levels was deficient, as only annual tabulations or annual reports from the « Départements » were available. Reportedly, the actual quarterly reports were not moved when the EPI Direction moved from the Ministry of Health to the WHO offices.
- No procedures for the back up and the organisation of IT systems, where a computer system is in place.

#### Monitoring and evaluation

- No use of tools such as charts or graphs for the monitoring and evaluation of vaccine coverage.
- No systematic setting of targets and follow up on performance against these targets is done.
- Lack of a formal feedback and supervision system towards the lower levels.

### System design

- No standardization of report formats and procedures, apart from the reports to be used by the health units.
- No follow up on DTP1 and drop out rate.
- No follow up on vaccine wastage.
- Procedures for the reporting and follow up of adverse effects are not formally described or communicated.

### Denominator

- The denominators in use are based on the 1982 census, which is the latest available one. While this raises serious issues for the EPI, and denominators should be regarded with some reserve, the solution for this problem is beyond control for the EPI. A new census is being conducted in 2002.

Overall, this led to a quality of the system index of 61.4%. The verification factor at the national level was calculated at 40.2%. Some persons at the Ministry of Health questioned the representativity of the verification factor, mainly because the sample included three districts in the greater metropolitan area of Port-au-Prince.

No indications of fraud were detected. In one case, the reported number of doses found at the department level was substantially higher than the corresponding numbers found at the lower (district and health unit) levels. This over-reporting might have arisen from the inclusion of campaign numbers with the routine vaccination reports. No reports were available to confirm or reject this possible explanation, however.

### **1.3.2 District level**

The four selected districts were:

1. Carrefour, Aire Métropolitaine
2. Pétion-Ville, Aire Métropolitaine
3. Département du Nord
4. Département de l'Ouest

While there were significant differences in the quality of the systems and data between these districts, some common conclusions can still be drawn:

### Recording practices

- Reports received from the health units were generally archived adequately, but never dated.
- No systems are in place for following up on late reports

### Storing and Reporting practices

- Stock management and stock ledgers do not meet minimum requirements. In three cases, no stock ledger was available. Only in the North was a ledger with balances and receipts kept; however, it did not allow for the tracking of lots and expiry dates.
- Copies of the reports sent to higher levels were generally not available.

### Monitoring and evaluation

- There was no structured feedback and supervision mechanism in place, and hardly any dialogue, with staff responsible for the health units, about target numbers and coverage performance.
- There was no display of graphs or tables on the coverage during the current year.

### **1.3.3 Health Unit level**

Seventeen public, mixed and private institutions were visited. It is not possible to draw general conclusions about them, as the differences in administrative quality between these units were substantial. Nevertheless, the following observations were made:

#### Recording practice

- Not all health units maintained an inventory of vaccine on site. Only a few (Nos Petits Frères et Sœurs (NPFS), Hôpital de la Communauté Haïtienne (HCH)- though not for the whole year, Mossanto Petit) of those that did have vaccine stock, kept a formal ledger, and none of the existing ledgers allowed for lot control or monitoring of the expiry dates.

#### Storing and reporting practices

- One of the most encouraging findings of this audit was that most health units systematically used the national integrated format for reporting to the higher level. The few (Thomazeau, Pernier, Dondon) that used an older format were planning to migrate to this standard. Generally, the set of reports found at district level was complete, but only a few health units systematically kept copies.

- Most health units did not archive tally sheets. Some health units did not even use them to record the number of doses given, as they report directly from the child registers.

#### Monitoring and evaluation

- Only a few institutions display coverage graphs or tables. Moreover, most of them are not even aware of their target number of children or pregnant women, nor do they keep track of the number of doses administered per month.
- Feedback from the district level is generally not systematic and sporadic.

#### Other issues

- Vaccine security policies were not implemented in all the health units visited. Security boxes were not always available, and access to incinerators not always available. In some cases, recapping of the needles was observed.

## **1.4 Summary of recommendations**

### **1.4.0 National level**

#### Recording practices

- Management of completeness – timeliness of the departmental reports, and implementation of corrective measures where necessary
- Date all reports upon receipt.

#### Storing and reporting practices

- Implement formal procedures, and associated written instructions, on the management of the IT systems.

#### Monitoring and evaluation

- Monitor the coverage and number of doses for the current year. Continue the distribution of standard coverage charts to all levels and provide training where necessary.
- Set up routine feedback mechanisms (bulletins, reports, or systematic meetings) with the lower (department) levels.



### System design

- Standardize reporting formats and procedures for the commune and department levels. (Formats have already been developed, with implementation foreseen in October 2002).
- Track DTP1 doses issued and administered, and monitor drop out rates. Instruct the “Départements” to include these numbers in their reports.
- Follow up on vaccine wastage in all the links of the cold chain.
- Implement procedures for reporting and follow up of adverse effects. Include the reported figures in quarterly reports.
- Reinforce vaccine security policies, including systematic distribution of security boxes, awareness campaigns about recapping and incinerating practices.

#### **1.4.1 District level**

### Recording practices

- Date reports from the institutions upon receipt.
- Develop and implement procedures for the treatment of late reports.

### Storing and Reporting practices

- Design and distribute standard stock registers, which should include information about lots and expiration dates, wastage, returns etc.
- Maintain copies of the district reports sent to the higher level.

### Monitoring and evaluation

- Set up routine feedback mechanisms to the lower (institution or commune) levels. This feedback must include guidance about target numbers, expected performance in terms of coverage, problems concerning reporting, and issues concerning the cold chain.
- Monitor the coverage and number of doses for the current year. (At national level, distribution of formats for coverage graphs has already started; the implementation of these graphs is foreseen for October 2002.)

### **1.4.2 Health Unit level**

#### Recording practices

- Keep formal stock ledgers, with balances, receipts, returns, and lot and expiration date control.
- Use of tally sheets for tetanus vaccinations to pregnant women.

#### Storing and Reporting practices

- Systematically archive tally sheets and (in some cases – Hôpital Carrefour, Rivière Froide, Pernier, Mossanto Petit, Thomazeau, Fonds Verrettes, Nazaréen, Thomassin 25) child registers.
- Keep copies of the reports sent to the higher levels.

#### Monitoring and evaluation

- Establish target numbers of children to be vaccinated – together with the higher level – and follow up on coverage for the current year, preferably using the national standard coverage charts.
- In some cases, improve the Health Units' outreach to their target community, in particular with regards to gathering information about new births.

## **1.5 Status of prior year's recommendations (applicable to CI, Mali & Rwanda)**

Not applicable.

## **1.6 Acknowledgements**

We would like to take this opportunity to express our appreciation for the co-operation and courtesy afforded to us during the conduct of the DQA. We especially would like to thank:

- *Dr. Patrick Delorme, EPI Director*
- *Dr. Jean André, Consultant National OMS - PEV*
- *Ms. Yolette Gay, Infirmière hygiéniste (PEV)*
- *Ms. Ferna Victor, Infirmière hygiéniste (PEV)*
- *All the other staff at the WHO - EPI in Port-Au-Prince.*

# 1 Introduction

## 1.1 Contexte

Le Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) est une alliance publique-privée qui a pour but d'assurer que, grâce à la vaccination préventive, tout enfant aura un accès équitable à l'immunisation contre les maladies infantiles. Par ailleurs, le GAVI promeut le développement de nouveaux vaccins pour lutter contre des maladies mortelles qui frappent principalement les plus démunis de la planète.

En 2000, le GAVI a lancé un programme massif avec pour but de relever le taux d'immunisation des enfants dans le monde entier. Comme mesure clef de performance cette initiative se réfère aux doses de vaccin DTC3 administrées aux enfants de moins d'un an (DTC3<1). Ainsi, une vérification indépendante et externe des doses de DTC3<1 rapportées par chaque pays participant fait partie intégrante du partenariat avec le GAVI.

L'Audit de la Qualité des données (DQA) fournit le mécanisme pour déterminer si les systèmes de rapportage des pays sont précis et, partant, si la performance rapportée est exacte. Par ailleurs, le GAVI vise à promouvoir la gestion des services d'immunisation, qui doivent pouvoir s'appuyer sur des données de bonne qualité ; le DQA est ainsi conçu comme un outil de renforcement des capacités pour améliorer les systèmes de rapportage et de monitoring des pays.

## 1.2 Objectifs du DQA

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

- D'évaluer la qualité, l'exactitude, la promptitude et la complétude des systèmes de rapportage administratifs.
- D'évaluer la précision des vaccinations de DTC3<1 rapportées pour une année spécifique et de calculer un facteur de correction national (vaccinations recomptées / vaccinations rapportées) comme critère de base pour d'allocation de fonds GAVI.
- De fournir aux responsables du système de vaccination une rétro-information visant à améliorer leur système de rapportage.

### **1.3 Notre approche**

Le DQA a été développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme outil de mesure de performance mais également comme moyen d'améliorer les systèmes de monitoring et de rapportage de l'immunisation, d'où son accent mis sur la qualité du rapportage à tous les niveaux: National, District, Centre de Santé.

Notre approche se base sur cette méthodologie, et elle est par conséquent standardisée. Nous l'avons appliquée de manière homogène dans tous les pays participant au DQA de cette année que nous avons eu l'avantage d'auditer.

Les travaux au niveau national ont été menés de concert avec nos partenaires nationaux. Deux équipes distinctes ont été formées par la suite, composées d'un auditeur « externe » de PricewaterhouseCoopers et d'un auditeur « interne » nommé par les responsables du pays. Chacune de ces équipes a mené le DQA dans deux Districts et dans six Centres de Santé au sein de chaque District, pour un total de quatre Districts et 17 Centres de Santé audités dans le pays.

### **1.4 Résumé des travaux**

Le DQA en Haiti s'est déroulé du 09 au 24 septembre 2002. Afin de remplir les objectifs du DQA mentionnés ci-dessus, nous avons procédé aux démarches prévues dans la méthodologie du DQA, à savoir :

- i). Echantillonnage de 4 Districts et de 24 Centres de santé ;
- ii). Discussion du système d'immunisation en place, y compris les méthodes d'enregistrement, d'archivage et de rapportage; le système de monitoring et d'évaluation ; et des questions relatives au dénominateur ;
- iii). Visite de l'entrepôt de vaccins et évaluation des procédures de gestion de stock ;
- iv). Revue des procédures et pratiques de sécurité en place ;
- v). Exercice "Carte de vaccination" enfantine, ou monitoring des sessions de vaccination;

- vi). Rétro-information continue aux travailleurs de santé aux différents niveaux sur les améliorations possibles du système, ainsi que sur les éventuelles contraintes ou difficultés prévisibles dans l'implémentation de ces recommandations.

## **1.5 Les équipes**

Les deux équipes formées pour mener le DQA en Haïti étaient composées d'un auditeur externe de PricewaterhouseCoopers et d'un auditeur interne nommé par les responsables du pays. Au niveau national les deux équipes ont travaillé ensemble ; puis elles se sont séparées pour auditer, trois départements et dix-sept institutions.

Le 11 septembre 2002, avant de démarrer leurs travaux, les auditeurs externes ont eu l'occasion de présenter au Dr. Emile Herald Charles, Directeur Général de la Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), les domaines concernés, les objectifs, et la méthodologie du DQA.

Une fois les travaux achevés, une restitution des travaux effectués a été organisée par la Direction du Programme Elargi de Vaccination (PEV) le 24 septembre 2002, à laquelle ont assisté les membres du CCIA, et les représentants du Ministère de la Santé Publique.

Les équipes d'auditeurs du DQA en Haïti pour l'année 2002 étaient composées comme suit :

<b>Auditeurs externes (PwC)</b>	<b>Auditeurs internes (indiquer le titre)</b>	<b>Districts et Centres de santé audités</b>
Yvan Serret	Ferna Victor - Infirmière hygiéniste (PEV)	Pétion-Ville (Pernier, Mossanto Petit, Hôpital de la Communauté Haïtienne (HCH), Nos Petits Frères et Sœurs (NPFS), Nazaréen et Thomassin 25), dépt du Nord (Dondon), dépt de l'Ouest (Commune et Institution de Thomazeau, Commune et Institution de Fonds Verrettes, Institution de Forêt des Pins)
Jan Grevendonk	Yolette Gay - Infirmière hygiéniste (PEV)	Coordination Sanitaire de l'Aire Métropolitaine (CSAM), Carrefour (Hôpital Carrefour, Rivière froide, ADRA, OBCG, Multifonctionnelle, Euréka), département du Nord (St. Raphaël)

L'entente et la coopération au sein des deux équipes étaient très bonnes.

***L'Annexe I présente la liste complète des personnes interviewées pendant le DQA.***

## 2

## Niveau national – constats et recommandations

### 2.1 Aperçu

#### Points forts

Les responsables rencontrés au cours de cette mission se sont tous montrés conscients de l'envergure de la tâche qui leur incombe afin d'améliorer le système en place. Les mesures prises depuis quelque temps laissent espérer une amélioration des systèmes de rapportage et de la qualité des données futurs, bien que l'année 2002 ne sera pas nécessairement une bonne base pour mesurer le travail accompli par le PEV, le MSPP et l'OMS .

Nous avons aussi pris bonne note de la façon dont tous les points à améliorer ont été acceptés par les différents responsables comme étant des recommandations qui permettraient une meilleure gestion et non des critiques à leur égard.

#### Points à améliorer

Nous avons noté lors de nos travaux plusieurs faiblesses liées à l'absence de formalisation des procédures en vigueur. Les différents constats effectués et pratiques à améliorer au niveau national sont présentés ci-dessous :

#### Pratiques de collecte

- Les dates de réception des rapports des départements reçus au niveau national n'étaient pas systématiquement reportées sur ceux-ci. Cela rend difficile le fait de mesurer à tout moment la promptitude des rapports reçus au niveau national.

#### ***Recommandation 1***

Le bureau national doit indiquer, au fur et à mesure de l'arrivée des rapports des départements/communes, les dates de réception.

#### ***Gestion du système/Commentaires du PEV***

- Il n'existe pas des procédures écrites relatives au traitement des retards des rapports mensuels.

### ***Recommandation 2***

Nous recommandons l'élaboration et la diffusion de procédures relatives au traitement des retards des rapports mensuels. Celles-ci pourraient traiter du suivi de la promptitude des rapports et la « relance » éventuelle des retardataires à effectuer périodiquement.

***Gestion du système/Commentaires du PEV***

### **Pratiques d'archivage et de rapportage**

- Nous avons constaté une absence de procédures écrites relatives aux sauvegardes et transferts des données informatiques, de même qu'une absence d'antivirus récents installés sur les ordinateurs utilisés.

### ***Recommandation 3***

Nous recommandons l'élaboration et la diffusion de procédures relatives à la sauvegarde et au transfert des données informatiques. Ces procédures couvriraient la périodicité des sauvegardes et des transferts, la définition des supports de sauvegarde et les sites de conservation des différents supports utilisés. Aussi l'utilisation de versions récentes d'antivirus minimiseraient le risque de perte de données. Nous sommes conscients que l'achat d'antivirus ne sera pas à la portée de tous les niveaux administratifs, et qu'il ne sera pas perçu comme une priorité pour certains. Ceci dit, si cette démarche ne s'avère pas possible pour toutes les entités qui conservent des données sur la vaccination, il est important qu'elles investissent davantage d'efforts dans la tenue des archives sur support papier. Si cela s'avère nécessaire, le PEV devra aussi considérer les besoins en formation du personnel.

***Gestion du système/Commentaires du PEV***



## Conception du Système

- En 2001, le format de rapportage des niveaux inférieurs n'avait pas encore été uniformisé. Un format standard de rapportage devrait être en place à partir d'octobre 2002 ;

### ***Recommandation 4***

Nous recommandons que le PEV effectue un suivi de la mise en place des rapports standards mentionnés ci-dessus, à tous les niveaux.

#### ***Gestion du système/Commentaires du PEV***

- Le nombre de doses de DTP 1 < 1 an ne fait pas l'objet d'un rapportage. De ce fait, on ne peut pas calculer le taux d'abandon entre le DTP 1 < 1 an et le DTP 3 < 1 ;

### ***Recommandation 5***

Le PEV devra s'assurer, lors la mise en place de nouveaux rapports standard à tous les niveaux, que les données concernant les doses administrées de DTP1 < 1 an soient saisies et rapportées à tous les niveaux.

#### ***Gestion du système/Commentaires du PEV***

- Nous avons constaté une absence de procédures et de rapportage écrit et régulier sur les éventuels effets secondaires de la vaccination ;

### ***Recommandation 6***

Nous recommandons l'élaboration et la diffusion d'informations relatives aux effets secondaires de la vaccination. Par ailleurs, les informations essentielles concernant les effets secondaires rapportés au niveau national (nombre de cas, type d'incident, etc.) devraient être incluses dans les rapports mensuels.

#### ***Gestion du système/Commentaires du PEV***

- Nous avons constaté une absence de procédure et de rapportage écrit et régulier sur les taux de perte de vaccins;

### ***Recommandation 7***

Nous recommandons l'élaboration et la diffusion d'informations relatives aux pertes de vaccins, ainsi que le calcul et le rapportage des taux de perte à tous les niveaux.

#### ***Gestion du système/Commentaires du PEV***

### **Suivi et évaluation**

- Nous avons noté lors de nos travaux un manque d'affichage de données (diagrammes ou tableaux) sur la couverture vaccinale pour l'année courante. Tous les antigènes sont concernés par ce manque d'affichage.

***Recommandation 8***

Nous recommandons au PEV d'afficher sa performance au niveau national. Ceci permettrait à notre avis un meilleur suivi de la couverture vaccinale, et faciliterait la prise de décisions.

***Gestion du système/Commentaires du PEV***

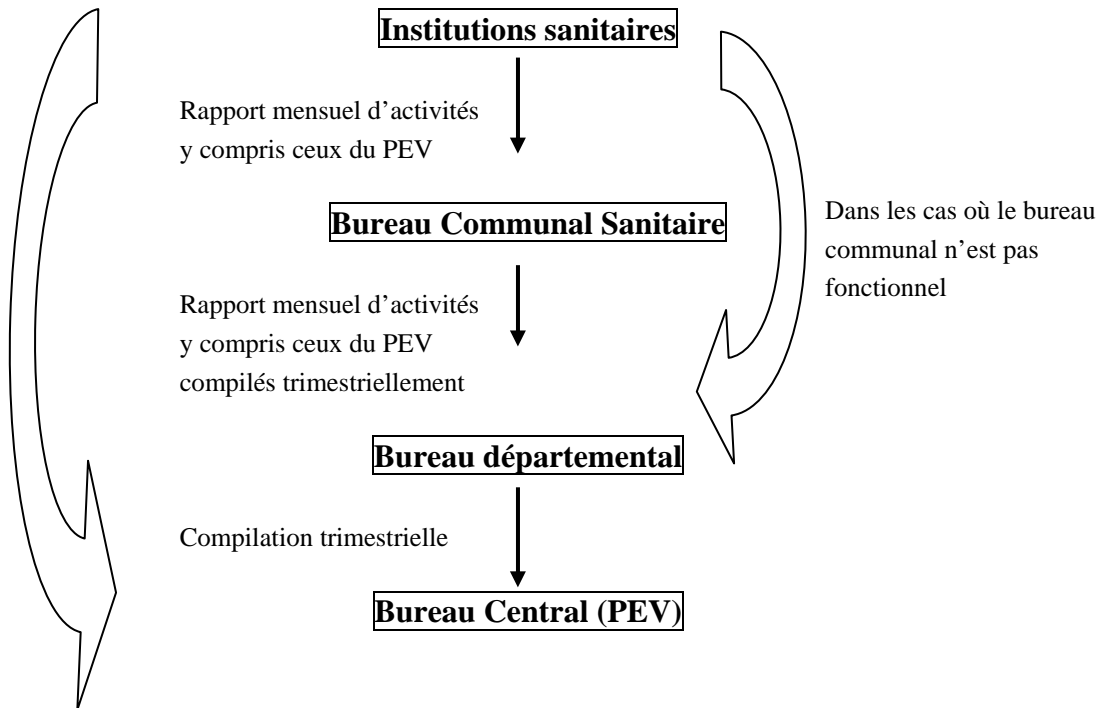
- Enfin, au niveau national nous avons constaté une absence de retro-information écrite et régulière envers les niveaux inférieurs ;

***Recommandation 9***

Nous recommandons l'élaboration et la diffusion de procédures relatives à la retro-information envers les niveaux inférieurs afin de permettre à ceux-ci de mieux suivre la stratégie nationale de vaccination, et de se situer par rapport à la performance globale du pays.

***Gestion du système/Commentaires du PEV***

## 2.2 Flux des données PEV au niveau national



## 2.3 Index "Qualité du système"

Au terme de nos travaux, un coefficient de 61,4% a été mesuré pour la qualité du système au niveau national. Ce taux correspond au pourcentage de réponses affirmatives données suite à l'administration d'un questionnaire portant sur la conception du système, les questions relevant du dénominateur, l'enregistrement des données, le rapportage et l'archivage, le monitoring et l'évaluation.

Les notes obtenues par thème sont :

i.	Conception du système :	3,00/5
ii.	Questions relevant du dénominateur :	5,00/5
iii.	Enregistrement des données :	3,33/5
iv.	Rapportage et archivage :	2,00/5
v.	Monitoring et évaluation :	2,14/5

## 2.4 Taux de perte

Le taux de perte au niveau national (le taux de perte systémique) s'établit à 0,0% pour l'année 2001. Ce taux de perte systémique concerne uniquement le stock de vaccin se trouvant à PROMESS, l'organisme de gestion de stock de vaccins au niveau national, et ne reflète pas les difficultés rencontrées dans les différentes institutions du pays.

## 2.5 Sécurité de l'immunisation

### Surveillance des effets adverses de la vaccination

Le pays ne dispose pas pour l'instant d'un format pour le rapportage des effets adverses de la vaccination (cf. recommandations ci-dessus).

### Monitoring des fournitures

Bien qu'au niveau national on recommande le monitoring des fournitures, cela n'est pas suivi de façon systématique dans tous les départements, communes et institutions.

### Sécurité des injections

Bien qu'au niveau national on recommande de jeter les seringues utilisées dans les boîtes de sécurité, sans être re-capuchonnées, nous avons observé certains cas où le vaccinateur re-capuchonnait les seringues de façon systématique. Afin d'endiguer cette pratique, il nous paraît important que dans la formation du personnel soignant on prévoit des séances d'information sur la sécurité des injections. Remarquons également la faible disponibilité de boîtes de sécurité aux centres de santé.

### Incinération des matériels injections

Bien qu'au niveau national on recommande l'incinération des seringues utilisées et des boîtes de sécurité, nous avons observé des cas (Thomassin 25, Pernier, Dondon) où des seringues partiellement brûlées gisaient autour des incinérateurs ou alors avaient été jetées hors du périmètre de l'institution (Thomazeau). Dans certains cas (NPFS, HCH) les incinérateurs étaient hors d'usage. Leur remise en état, ou leur installation dans des institutions (Fond Verrettes, ) qui n'en disposent pas, constitue une priorité à notre avis.

## 2.6 Promptitude et complétude

Année	Rapports des département/commune retrouvés au niveau national	% Rapports de département/commune arrivés à temps au niveau national
2000	0%	Non disponible
2001	12,9%	Non disponible

Le pourcentage de rapports retrouvés au niveau national pour l'année audité est de 12,9% tandis que il n'y avaient pas de rapports disponibles pour l'année 2000, seulement des tabulations annuelles ou des rapports annuels des départements. Il semblerait que les rapports trimestriels provenant des départements n'ont pas été transférés quand la direction du PEV a été transférée du Ministère de la Santé aux bureaux de l'OMS.

La promptitude des rapports n'a pu être établie car les dates de réception des rapports n'étaient pas indiquées sur ceux-ci.

## 2.7 Taux de couverture rapporté du DTC3, et évolution

Le taux de couverture rapporté du DTC3<1 est de 48% en 2001 contre 50,3% en 2000. Par ailleurs, l'évolution du nombre d'enfants vaccinés au DTC3<1 entre 2000 et 2001 a connu une baisse de 2,958 enfants.

## 2.8 Facteur de correction et exactitude des données

### Facteur de correction

Le facteur de correction se calcule à partir des données collectées pendant le DQA, et son résultat aide à vérifier la performance rapportée au niveau national. Pour le DQA de l'année 2001 le facteur de correction est de 40,2 %, soit en dessous du taux de 80% utilisé par le GAVI pour valider le système d'un pays.

Ce taux s'explique pour l'essentiel par la faible qualité de l'archivage dans les institutions du département de l'Ouest et de la commune de Carrefour, où seulement 4 % et 37 % respectivement des données rapportées ont pu être vérifiées avec des documents servant de base à l'enregistrement des séances de vaccination (feuilles de pointage et registres de vaccination).

### Différences entre nombres rapportés aux différents niveaux

Les données utilisées en 2001 pour la préparation du rapport conjoint OMS / UNICEF (DTP3 < 1 an – 144,944) sont différentes de celles obtenues au niveau national (DTP3 < 1 an – 137,207). Cette différence est expliquée par des corrections ultérieures faites à la tabulation nationale, dus aux délais dans la chaîne de rapportage et aux faiblesses dans les pratiques de collecte.

### Comparaison entre le DTP3 et les autres antigènes

L'absence des feuilles de pointage dans la plupart des institutions n'a pas permis d'avoir une base de comparaison entre le recomptage des autres antigènes et du DTP 3. Aussi dans la majorité des cas des feuilles de pointage n'étant pas tenues pour la vaccination anti-tétaniques chez la femme enceinte, le recomptage de ce type d'antigène a donné lieu à de nombreuses différences.

## **2.9 Autres questions soulevées au cours des travaux**

Tout au long de la vérification de la qualité des données, il y a eu une certaine confusion quant à la meilleure façon de procéder pour l'échantillonnage des districts et des institutions.

Il y a deux niveaux intermédiaires entre le niveau national et les centres de santé (institutions), notamment la Commune et le Département qui aussi connu comme la Coordination Sanitaire. Dans cet optique, l'utilisation de la procédure décrite dans le manuel s'appliquant dans l'éventualité des provinces s'impose, soit la sélection de deux provinces (départements), de deux communes dans chacun des départements et de six institutions dans les quatre (deux fois deux) communes. Au cours de nos premières rencontres au niveau national nous avons été informé que le niveau communal ne devait pas être considéré comme un niveau administratif car les données y étaient seulement réunies et non traitées avant d'être transmises aux départements. Nous avons donc considérés les départements comme étant des districts pour les besoins du DQA, soit le premier niveau d'agrégation, et de là nous avons choisi quatre départements ; Aire Métropolitaine (deux fois), le département du Nord et le

département de l'Ouest. Les arguments en faveur de cette approche sont décrits ci dessus :

- Les rapports mensuels des institutions se trouvaient au niveau départemental et non au niveau communal
- Pas de traitements des données des institutions dans les communes
- Dans de nombreux cas, les communes ne comprenaient qu'une institutions

Cependant au cours de la visite du premier district, la Coordination Sanitaire de l'Aire Métropolitaine, il est apparu évident que les données que nous avons utilisées pour l'échantillonnage n'étaient pas correctes. la Coordination Sanitaire de l'Aire Métropolitaine recevait des données compilées au niveau des communes et les rapports mensuels restaient dans les communes. A partir de cette situation, nous sommes revenus à la procédure initiale, soit la présence de province et donc le choix de deux provinces et basé sur le même échantillon, l'Aire Métropolitaine et le département du Nord furent choisis.

Cette approche nous a permis de choisir deux commune dans l'Aire Métropolitaine (Pétion Ville et Carrefour). Afin d'être cohérent, nous avons abordé le département du Nord de la même façon et fait la sélection de deux communes. Le problème rencontrée dans ce département fut que les deux communes choisies avaient une institution chacune et de ce fait il n'y avait pas de niveau intermédiaire entre l'institution et le département, ce dernier faisant office de district. Aussi les deux institutions étaient sous la responsabilité du Comité de Bienfaisance de Pignon (CBP), qui recevait leurs rapports mensuels mais ne les traitaient pas.

Confrontés à cette situation nous sommes arrivés à la conclusion que nous avons choisis trois districts, dont l'un n'était représenté que par deux institutions. Nous avons donc décidé d'inclure le département de l'Ouest que nous avons originalement échantillonné. N'ayant pas de données individuel pour les institutions au département, nous avons encore choisis deux communes qui cette fois n'avait respectivement qu'une et deux institutions effectuant la vaccination.

Quatre districts(Pétion Ville, Carrefour, Nord et Ouest) et dix-sept institutions ont donc été choisis. Des questions ont été soulevées quant a la représentativité de l'échantillon étant donné les liens étroits qui existent entre l'Aire Métropolitaine et l'Ouest. Le département de l'Aire Métropolitaine n'existant que depuis une année, les activités qui y sont effectuées étaient précédemment incluses dans le département de l'Ouest.



### **3 Niveau des Districts – constats et recommandations**

#### **3.1 Aperçu (Qualité des données)**

Notre tâche a été rendue difficile par le fait que le pays ne possède pas une structure telle que décrite selon les principes d'échantillonnage ci-dessus (in para 2.9). En 2001, un système hybride existait. Ce système comprenait trois niveaux (National, départemental/communes et communes/institutions) dans certaines régions dont le Nord et certaines communes de l'Ouest que nous avons visités, et quatre niveaux pour l'Aire Métropolitaine (National, départemental, communes et institutions). Cette section comprendra donc les points soulevés au niveau des départements/communes.

#### **Points forts**

La plupart des équipes rencontrées au cours de cette mission se sont toutes montrées très coopératives et conscientes de l'envergure de la tâche qui leur incombe afin d'améliorer le système en place.

Nous avons aussi pris bonne note de la façon dont tous les points à améliorer ont été acceptés par les responsables comme étant des recommandations qui permettraient une meilleure gestion et non des critiques à leur égard. Un effort doit cependant être déployé pour ce qui est de l'archivage des données et des fiches de stocks. Cet effort est sensible dans certains cas observés, mais doit encore être amélioré, par exemple par une meilleure formation des responsables dans les techniques de tenue de données et d'archivage.

Nous avons aussi observé certaines pratiques dans des départements et communes qui devraient à l'avenir être maintenues et diffusées dans les autres départements, notamment la tenue de réunions régulières avec les institutions (bien qu'une retro-information écrite s'avère également essentielle), ou l'affichage de graphiques montrant l'évolution de la couverture vaccinale dans le cas de la commune de Pignon.

## **Points à améliorer**

Nous allons développer dans cette partie du rapport les points relevés qui ont été retrouvés dans la plupart des départements/communes. Les différents constats, et les pratiques à améliorer au niveau des départements/communes, sont présentés ci-dessous :

### **Pratiques de collecte**

- Les dates de réception des rapports mensuels des institutions reçus au niveau du département/commune n'étaient pas systématiquement reportées sur ceux-ci. La promptitude des rapports n'a donc pu être calculée.

#### ***Recommandation 1***

Les départements/communes doivent indiquer (au moyen d'un tampon dateur, par exemple), au fur et à mesure de l'arrivée des rapports des institutions, les dates de réception. Par ailleurs, un registre pourrait être tenu pour y consigner la date de réception de tous les rapports.

#### ***Gestion du système/Commentaires du PEV***

- L'absence de procédures écrites relatives au traitement des rapports en retard ;

#### ***Recommandation 2***

Nous recommandons l'élaboration et la diffusion de procédures relatives au traitement des retards des rapports mensuels. Celles-ci pourraient traiter du suivi de la promptitude des rapports et de la « relance » éventuelle des retardataires à effectuer périodiquement.

#### ***Gestion du système/Commentaires du PEV***

- Dans certains départements/communes, nous avons noté l'absence de fiches et registres de stocks de vaccins pour l'année 2001. Par conséquent il ne nous a pas été possible de calculer un taux de perte.

### ***Recommandation 3***

Le gestionnaire du stock doit tenir des fiches de stock, au fur et à mesure de l'arrivée et des sorties de stocks. La fiche de stock devra contenir les informations suivants :

- a) le type d'antigènes ;
- b) la date d'arrivée et de sortie – et la quantité ;
- c) la date de péremption ;
- d) le numéro de lot de l'antigène ;
- e) les pertes d'antigènes.

Des fiches de stocks détaillées doivent aussi être tenues pour le matériel d'injection.

### ***Gestion du système/Commentaires du PEV***

### **Pratiques d'archivage et de rapportage**

- L'absence de procédures écrites relatives aux sauvegardes et transferts des données informatiques de même que l'absence d'antivirus récents sur les ordinateurs utilisés;

#### ***Recommandation 4***

Nous recommandons la rédaction et la diffusion de procédures relatives à la sauvegarde et au transfert des données informatiques. Ces procédures couvriraient la périodicité des sauvegardes et des transferts, la définition des supports de sauvegarde et les sites de conservation des différents supports utilisés. Aussi l'utilisation de versions récentes d'antivirus minimiseraient le risque de perte de données.

Nous sommes conscients que l'achat d'antivirus ne sera pas à la portée de tous les niveaux administratifs, et qu'il ne sera pas perçu comme une priorité pour certains. Ceci dit, si cette démarche ne s'avère pas possible pour toutes les entités qui conservent des données sur la vaccination, il est important qu'elles investissent davantage d'efforts dans la tenue des archives sur support papier. Si cela s'avère nécessaire, le PEV devra aussi considérer les besoins en formation du personnel.

#### ***Gestion du système/Commentaires du PEV***

- L'absence de procédures écrites relatives aux rapports envoyés par les départements/communes au niveau national et les rapports reçus des niveaux inférieurs;

#### ***Recommandation 5***

Nous recommandons la tenue d'un registre au département/commune afin d'y consigner les dates à laquelle les rapports mensuels sont envoyés au niveau national/régional de même que les dates de rapports reçus des niveaux inférieurs.

Ce registre devra être signé par le Médecin Chef du département/commune. Une copie sur diskette ou une copie imprimée devra aussi être gardée au niveau du département/commune.

#### ***Gestion du système/Commentaires du PEV***

## **Suivi et évaluation**

- L'absence de retro-information écrite et régulière envers les institutions;

### ***Recommandation 6***

Nous recommandons la rédaction et la diffusion de procédures relatives à la retro-information envers les institutions afin de permettre à ceux-ci de se situer par rapport à ce qui se fait au niveau supérieur.

#### ***Gestion du système/Commentaires du PEV***

- L'absence de procédure et de rapportage écrite et régulière sur les taux de perte de vaccins;

### ***Recommandation 7***

Nous recommandons la rédaction et la diffusion d'informations relatives aux pertes de vaccins. Cela pourrait être inclus dans les rapports mensuels.

#### ***Gestion du système/Commentaires du PEV***

- Les informations disponibles sur la population cible, de même que sur les dénominateurs, ne sont pas toujours communiquées aux niveaux inférieurs. Par conséquent, les institutions ne sont pas toujours au courant de leur population cible et des objectifs de l'année en cours;

***Recommandation 8***

Nous recommandons la diffusion d'informations relatives à la population cible de même que sur les dénominateurs afin de permettre un meilleur suivi de la couverture vaccinal.

***Gestion du système/Commentaires du PEV***

- L'inexistence dans les départements/communes d'outils de suivi des performances des départements/communes en matière de vaccination se traduisant spécifiquement par l'absence de diagramme et de tableaux relatif à la couverture vaccinale (quel que soit l'antigène) au cours de l'exercice en cours et de la période précédente.

***Recommandation 9***

Nous recommandons aux départements/communes d'afficher leurs performances à travers des diagrammes et tableaux afin de permettre un meilleur suivi de la couverture vaccinale et des prises de décisions beaucoup plus rapide car cela permet aux départements/communes de savoir dans quelles institutions concentrer leurs ressources et autres logistiques pour améliorer la vaccination.

***Gestion du système/Commentaires du PEV***

### 3.2 Index "Qualité du système"

Département/commune	Carrefour	Pétion-Ville	Nord	Ouest
Index qualité du système	15,2%	33,3%	50,0%	42,4%
Enregistrement	0,83/5	0,00/5	2,50/5	2,50/5
Rapportage et Archivage	0,71/5	0,71/5	0,91/5	1,00/5
Monitoring et Evaluation	1,25/5	1,15/5	1,54/5	1,54/5
Dénominateur	0,00/5	5,00/5	5,00/5	4,38/5

La performance de Carrefour est affectée par le fait que les auditeurs n'ont pas eu l'opportunité de parler avec toutes les personnes responsables (archiviste, responsable de stock, directeur communal).

La faible performance de Pétion-Ville au niveau de l'enregistrement s'explique par le fait que les renseignements concernant cette commune ont disparu lors de l'incendie qui a ravagé leur locaux en avril 2002. Nous avons aussi appris que ce qui restait des archives a par la suite été détruit lors de la démolition des décombres du bureau deux semaines après l'incendie.

### 3.3 Taux de perte

Le taux de perte n'a pu être calculé que pour le département du Nord où il est de 0,0% car il n'y a pas eu de stock de DTC expiré ou flacons cassés en 2001.

En ce qui concerne les autres départements/communes, un taux de perte n'a pu être calculé en l'absence de fiche de stock ou de manque d'information à cet égard (les flacons cassés et/ou endommagés n'étant pas recensés sur les fiches de stock de l'année objet de l'audit.)

### 3.4 Sécurité de l'immunisation

Ces points sont déjà mentionnés au niveau national ;

Surveillance des effets adverses de la vaccination

Le pays ne dispose pas pour l'instant d'un format pour le rapportage des effets adresses de la vaccination et cela fait partie de nos recommandations pour le DQA 2002.

#### Monitoring des fournitures

Bien que le niveau national recommande le monitoring des fournitures, cela n'est pas suivi de façon systématique dans tous les départements, communes et institutions.

#### Sécurité des injections

- Bien qu'au niveau national on recommande de jeter les seringues utilisées dans les boîtes de sécurité, sans être re-capuchonnées, nous avons observés certains cas où le vaccinateur re-capuchonnait les seringues de façon systématique.

### **3.5 Promptitude et complétude**

La promptitude n'a pu être mesurée étant donné l'absence de date de réception au niveau des départements/communes.

<b>Complétude par Département/commune</b>	<b>Carrefour</b>	<b>Pétion-Ville</b>	<b>Nord</b>	<b>Ouest</b>
Rapports du département /communes au niveau national	0%	100%	0%	0%
Rapports des institutions au département /communes	81.9%	0 %	100 %	87.5%

### **3.6 Exactitude des données**

Les différentes sources d'information, que ce soit au niveau national, au niveau de département/commune ou au niveau des institutions, nous ont dans certains cas fournis des chiffres de DTC3<1 divergents. A titre d'exemple, le département du Nord (voir ci-dessous). Dans d'autres cas, les données n'étaient pas disponibles à tous les niveaux de rapportage.



Département/commune	Carrefour	Pétion-Ville	Nord	Ouest
Tabulation à niveau national	15,361	6,434	16,414	13,661
Rapportée au niveau national	-	6,434	-	-
Rapportée au niveau département/commune	-	-	-	-
Tabulation département/commune	-	6,434	17,460	13,661
Institutions éligibles	15,331	6,434	16,414	13,661

Dans le cas de la commune de Carrefour, il y avait des différences conséquentes entre la tabulation au niveau du département CSAM et les rapports des institutions, trouvés au niveau de la commune. Il était impossible à conclure l'origine de cette inflation, puisque aucun rapport communal n'a été trouvé, ni dans le département, ni dans la commune. Une explication pourrait être qu'on a intégré des données résultant de campagnes d'immunisation avec des données de la vaccination routinière.

Généralement, l'absence des (copies des) rapports archivés aux niveaux intermédiaires a rendu le système peu transparent, et pour cette raison sujet au risque d'inflation, d'erreurs, ou même de fraude. Cependant, aucun cas de fraude avéré n'a été noté lors de nos travaux.

### 3.7 Taux d'abandons

Département/commune	Carrefour	Pétion-Ville	Nord	Ouest
DTC 1<1	15,451	N/D	20,916	N/D
DTC 3<1	15,361	6,434	17,460	13,661
Taux d'abandons	0,6%	N/D	16,5%	N/D

Le problème principal rencontré dans le calcul du taux d'abandon a été le fait que les données concernant le DTC 1 < 1 an n'étaient pas disponibles pour la période audité. Dans le cas de Carrefour, le nombre de doses de DTC2 < 1 an rapporté était 5,890, c'est à dire inférieur au nombre de DTC3 < 1 an, ce qui rend ces données peu fiables.

## **Niveau des Centres de Santé – constats et recommandations**

### **3.8 Aperçu (Qualité des données)**

#### **Points forts**

Les équipes rencontrées au cours de cette mission se sont toutes montrées très coopératives et conscientes de l'envergure de la tâche qu'elles ont afin d'améliorer le système en place. De plus, la collaboration régulière avec les animateurs de santé et les accoucheuses traditionnelles permettent une amélioration des systèmes de rapportage et de la qualité des données futures car les centres de santé sont au courant de nouvelles naissances dans leur zone de rayonnement.

Nous avons aussi pris bonne note de la façon dont tous les points à améliorer ont été acceptés par les responsables comme étant des recommandations qui permettrait une meilleure gestion et non des critiques à leur égard.

Le point majeur noté est que toutes les institutions visitées rapportent leur données vaccinales au niveau supérieur de façon régulière, en utilisant le format standard intégré.

#### **Points à améliorer**

Nous allons développer dans cette partie du rapport les points relatif au niveau des institutions. Ces points relevés sont presque les mêmes pour la plupart de ces institutions.

#### **Pratique de collecte**

- Absence de fiches ou registres de stock de vaccins pour l'année 2001 et 2002 dans la majorité des centres de santé ;
- Absence de fiches ou registres de stock pour le matériel d'injection pour les années 2001 et 2002 dans la majorité des centres de santé ;

**Recommandation 1**

Mettre en place ou améliorer les fiches ou registres de stock de vaccins et de fournitures. Effectuer un suivi par lot et par date de péremption des vaccins.

**Gestion du système/Commentaires du PEV**

- Absence de fiches de pointage pour les vaccinations anti-tétaniques dans la majorité des centres de santé. Nous avons aussi noté certains cas où les registres pour la vaccination infantile et des femmes enceintes étaient incomplets ;

**Recommandation 2**

Mettre en place des fiches de pointage pour les vaccinations anti-tétaniques dans tous les centres de santé qui n'en disposent pas. La tenue des registres devront aussi être améliorée. Ces mesures permettront un meilleur suivi de la couverture vaccinale pour les différents types d'antigènes.

**Gestion du système/Commentaires du PEV**

- Mauvaise promptitude des rapports.

**Recommandation 3**

Améliorer le délai de transmission des rapports des institutions vers le niveau département/commune.

**Gestion du système/Commentaires du PEV**

## **Pratiques d'archivage et de rapportage**

- Il n'y a pas de système pour la transmission des données concernant les effets secondaires dus aux vaccins des institutions vers les départements/communes.

### ***Recommandation 4***

Nous recommandons l'élaboration et la diffusion d'informations relatives aux pertes de vaccins. Cela pourrait être inclus dans les rapports mensuels.

### ***Gestion du système/Commentaires du PEV***

- Les rapports envoyés au niveau supérieur ne sont pas disponibles dans la majorité des institutions de même que les feuilles de pointage utilisées.

### ***Recommandation 5***

Une copie du rapport mensuel envoyé au niveau supérieur de même que les feuilles de pointage devront être gardés par l'institution.

### ***Gestion du système/Commentaires du PEV***

- Certaines institutions ne tenaient pas de registre de vaccination.

***Recommandation 6***

Le registre de vaccination du niveau national devra être « vulgarisé » et communiqué aux différents niveaux inférieurs.

***Gestion du système/Commentaires du PEV***

- Certaines institutions n'utilisaient pas encore le format de rapport préconisé par le niveau national et utilisaient encore l'ancien format de rapport. Nous avons appris que le format standard sera en opération à travers tout le pays à partir d'octobre 2002.

***Recommandation 7***

Le PEV devra s'assurer que les rapports standards soient effectivement utilisés à travers le pays.

***Gestion du système/Commentaires du PEV***

**Suivi et évaluation**

- La gestion des stocks de vaccins ne se fait pas en tenant compte du monitoring des différents lots. Nous avons observé la présence de vaccins périmés dans certaines institutions de même que le mélange de plusieurs lots de vaccins dont certains ont une date d'expiration proche (octobre 2002);

### ***Recommandation 8***

Effectuer un suivi par lot et par date de péremption des vaccins. Cela permettra d'éviter l'utilisation de vaccins périmés.

#### ***3.9 Gestion du système/Commentaires du PEV***

- Les institutions ne reçoivent pas de rapport de rétro information des différents niveaux supérieurs.

### ***Recommandation 9***

Les institutions doivent insister auprès des niveaux supérieurs dans le but d'avoir une retro-information écrite de la part des départements/communes. Cela permettra à tout le personnel des institutions d'apprendre des erreurs et de l'expérience des autres institutions.

#### ***3.10 Gestion du système/Commentaires du PEV***

- Dans la grande majorité des cas, le personnel n'était pas au courant de la population cible et de ce fait n'est pas au courant de leur taux de couverture effectif.

### ***Recommandation 10***

Les niveaux supérieurs devront disséminer les informations disponibles sur la population cible aux institutions afin de permettre à ceux-ci un meilleur suivi de leur couverture vaccinal.

#### ***Gestion du système/Commentaires du PEV***

- Absence de tableaux/diagrammes affichée montrant le nombre d'enfants et de femmes vaccinés par période de rapportage.

#### ***Recommandation 11***

Nous recommandons aux institutions d'afficher leurs performances (pour tous les types de vaccins) afin de permettre un meilleur suivi de la couverture vaccinale et des prises de décisions beaucoup plus rapide.

#### ***Gestion du système/Commentaires du PEV***

- Absence de supervision et de cahier de supervision des institutions par les départements/communes; la dernière visite de supervision date de plus de quatre mois dans la quasi totalité des cas. Dans certains cas, certaines visites ne sont pas consignées dans le cahier de supervision.

#### ***Recommandation 12***

Nous soulignons la nécessité des visites de supervision et la mise en écrit de ces recommandations suite à ces visites.

#### ***Gestion du système/Commentaires du PEV***

- Certaines institutions ne possèdent pas de système mis en place pour la collecte des nouvelles naissances dans la communauté dans certaines zones éloignées ne facilitent pas la collecte d'information de ce type. Etant donné le nombre élevé de naissances à domicile (près de 80% selon le PEV), de nombreuses naissances peuvent ne pas être annoncées aux institutions, avec un impact sur la précision du calcul de leur population cible.

***Recommandation 13***

Améliorer le système de collecte des nouvelles naissances au niveau des communautés, surtout dans les institutions ne travaillant pas avec les « agents de santé » (travailleurs de santé mobiles) et les « matrones » (sage-femmes traditionnelles).

***Gestion du système/Commentaires du PEV***



### 3.9 Index "Qualité du système"

Les notes maximales pour le tableau suivant est de 5.

<b>Institution</b>	<b>Enregistrement</b>	<b>Rapportage et archivage</b>	<b>Monitoring et évaluation</b>
<b><i>Commune de Carrefour</i></b>			
Hôpital Carrefour	3.18	1.00	0.00
CMS Rivière Froide	2.00	3.89	0.00
ADRA	2.50	4.00	3.57
OBCG	3.75	4.44	3.57
Multifonctionnelle	1.25	1.11	0.00
Eureka	N/A	N/A	N/A
<b><i>Commune de Pétion-ville</i></b>			
Pernier	1.82	2.00	0.00
Mossanto Petit	3.13	3.50	2.14
Hôpital de la Communauté Haïtienne (HCH)	3.18	1.50	2.14
Thomassin 25	1.25	2.00	0.00
Nos Petits Frères et Sœurs (NPFS)	2.50	3.50	0.00
Nazaréen	2.27	1.00	0.00
<b><i>Département du Nord</i></b>			
Dondon	1.25	3.00	2.86
St- Raphaël	2.25	3.50	3.57
<b><i>Département de l'Ouest</i></b>			
Thomazeau	1.82	0.50	2.14
Fonds Verrettes	2.27	0.50	0.00
Forêt des Pins	N/A	N/A	N/A

- *Les performances de la majorité des institutions est affectés par le fait que ces institutions ne disposaient pas de fiches de stock, des feuilles de pointage ou en*

manquaient. Dans beaucoup de cas nous avons aussi constaté que les données envoyées à un niveau supérieur n'étaient pas gardées à l'institution.

### 3.10 Taux d'abandon

Institution	DTC 1 < 1	DTC 3 < 1	Taux d'abandon
<b>Commune de Carrefour</b>			
Hôpital Carrefour	N/A	N/A	N/A
CMS Rivière Froide	98	58	40,8%
ADRA	1 089	894	17,9%
OBCG	N/A	812	N/A
Multifonctionnelle	N/A	N/A	N/A
Eureka	N/A	N/A	N/A
<b>Commune de Pétion-ville</b>			
Pernier	44	1 300	- 2 854,5%
Mossanto Petit	1 504	1 178	21,7%
Hôpital de la Communauté Haïtienne (HCH)	1 997	1 586	20,6%
Thomassin 25	N/A	N/A	N/A
Nos Petits Frères et Sœurs (NPFS)	116	35	69,8%
Nazaréen	N/A	N/A	N/A
<b>Département du Nord</b>			
Dondon	1 951	1 973	- 1,1%
St- Raphaël	1 763	1 858	- 5,4%
<b>Département de l'Ouest</b>			
Thomazeau	445	474	- 6,5%
Fonds Verrettes	N/A	N/A	N/A
Forêt des Pins	N/A	N/A	N/A

Dans beaucoup d'institutions les données relatives à l'administration de DTC 1 < 1 an ne sont pas disponibles ou pas enregistrées ce qui rend impossible le calcul d'un taux d'abandon.

### 3.11 Taux de perte

<b>Institution</b>	<b>Taux de perte</b>
<b><i>Commune de Carrefour</i></b>	
Hôpital Carrefour	N/A
CMS Rivière Froide	N/A
ADRA	N/A
OBCG	N/A
Multifonctionnelle	N/A
Eureka	N/A
<b><i>Commune de Pétion-ville</i></b>	
Pernier	N/A
Mossanto Petit	46,8%
Hôpital de la Communauté Haïtienne (HCH)	N/A
Thomassin 25	N/A
Nos Petits Frères et Sœurs (NPFS)	79,7%
Nazaréen	N/A
<b><i>Département du Nord</i></b>	
Dondon	N/A
St- Raphaël	N/A
<b><i>Département de l'Ouest</i></b>	
Thomazeau	N/A
Fonds Verrettes	N/A
Forêt des Pins	N/A

Dans les institutions où le taux de perte a pu être calculé, cela concerne principalement la perte lors de l'administration des vaccins – flacons ouverts mais pas épuisés – car il n'y a généralement pas assez d'enfants présents pour la vaccination, notamment NPSF dont la vocation première n'est pas de faire de la vaccination .

Les cas où le taux de perte n'a pu être calculé, représentent les institutions dont les données de stock ne sont pas complètes ou inexistantes.

### **3.12 Sécurité de l'immunisation**

#### Surveillance des effets adverses

Comme mentionnées précédemment, des mesures doivent être prises afin de permettre un suivi des effets adverses de la vaccination à tous les niveaux concernés. Cela pourrait être inclus dans les rapports mensuels et incluraient aussi les mesures prises pour enrayer ces effets secondaires.

#### Monitoring des fournitures

Certains centres de santé ne commandent pas les boîtes de sécurité et de ce fait ne sont pas livrés. Les seringues sont donc jetées dans des boîtes qui ne sont pas prévues à cet effet. Dans certains cas, lors de l'incinération de ces seringues et aiguilles, elles ne brûlent pas complètement et gisent donc autour des incinérateurs.

#### Accès et renforcement des incinérateurs

Certains centres de santé ne restreignent pas l'accès aux incinérateurs. Cela peut être dangereux dans les localités à haute fréquentation. Le personnel doit être informé de la nécessité de brûler les boîtes de sécurité ainsi que leur contenu.

#### Sécurité de l'injection

Bien qu'au niveau national on recommande de jeter les seringues utilisées dans les boîtes de sécurité, sans être re-capuchonnées, nous avons observés certains cas où le vaccinateur re-capuchonnait les seringues de façon systématique. Le personnel doit être informé des dangers d'une telle pratique.

#### Monitoring de la température

Lors de notre visite à l'institution de Thomassin 25, nous avons constaté l'absence de feuille de température sur le réfrigérateur. Cette situation ne permet de savoir si les vaccins

sont gardés dans des conditions idéales. Le personnel doit être informé des dangers d'une telle pratique.

#### Date d'expiration de vaccins illisibles

Nous avons observé dans plusieurs institutions la présence de vaccins dont les dates d'expirations et les numéros de lots n'étaient pas lisibles. De ce fait il est impossible de déterminer si les dates d'expiration ne sont pas déjà passées. Ces stocks doivent être détruits ou retournés à la commune ou au département sanitaire.

### 3.13 Complétude et promptitude

<b>Institution</b>	<b>% de rapports trouvés au département/commune</b>	<b>% de rapports arrivés à temps</b>	<b>% de rapports trouvés à l' institution</b>
<b><i>Commune de Carrefour</i></b>			
Hôpital Carrefour	100 %	0 %	0 %
CMS Rivière Froide	100 %	91,7 %	83,3 %
ADRA	100 %	25 %	100 %
OBCG	100 %	8,3 %	100 %
Multifonctionnelle	75 %	0 %	25 %
Eurêka	16,7 %	16,7 %	NA
<b><i>Commune de Pétion-ville</i></b>			
Pernier	0 %	0 %	66,7 %
Mossanto Petit	0 %	0 %	100 %
Hôpital de la Communauté Haïtienne (HCH)	0 %	0 %	100 %
Thomassin 25	0 %	0 %	0 %
Nos Petits Frères et Sœurs (NPFS)	0 %	0 %	100 %
Nazaréen	0 %	0 %	0 %
<b><i>Département du Nord</i></b>			
Dondon	100 %	33,3 %	100 %
St- Raphaël	100 %	0 %	91,7 %

### ***Département de l'Ouest***

Thomazeau	100 %	0 %	75 %
Fonds Verrettes	75 %	0 %	0 %
Forêt des Pins	N/A	N/A	N/A

Les rapports reçus aux départements/communes ne sont pas datés à leur arrivée, de ce fait la promptitude ne peut être vérifiée dans ces cas particuliers.

Dans le cas de la commune de Pétion-Ville, nous n'avons pas trouvé les rapports à la commune suite à l'incendie qui a ravagé les locaux de la commune et à la démolition des restes du bureau 2 semaines après l'incendie en avril 2002.

Dans le cas de Forêt des Pins, l'institution ne fonctionnait pas lors de notre visite au cours de la 3eme semaine de septembre 2002. La commune de Fonds Verrettes et le département Sanitaire de l'Ouest n'étaient pas au courant de cet arrêt des activités qui datait de 3 semaines avant notre visite à l'institution, soit la fin août 2002.

### **3.14 Taux de couverture rapporté du DTC3 et évolution**

<b>Institution</b>	<b>DTC 3 (2000)</b>	<b>DTC 3 (2001)</b>	<b>Evolution</b>
<b><i>Commune de Carrefour</i></b>			
Hôpital Carrefour	N/A	N/A	N/A
CMS Rivière Froide	27	58	31
ADRA	82	894	812
OBCG	147	812	665
Multifonctionnelle	4	N/A	N/A
Eureka	N/A	N/A	N/A
<b><i>Commune de Pétion-ville</i></b>			
Pernier	1 425	1 300	- 125
Mossanto Petit	1 045	1 178	133
Hôpital de la Communauté Haïtienne (HCH)	1 119	1 586	467

Thomassin 25	69	N/A	N/A
Nos Petits Frères et Sœurs (NPFS)	32	35	3
Nazaréen	N/A	N/A	N/A
<b><i>Département du Nord</i></b>			
Dondon	2 119	1 973	146
St- Raphaël	1 835	1 858	23
<b><i>Département de l'Ouest</i></b>			
Thomazeau	257	474	217
Fonds Verrettes	N/A	N/A	N/A
Forêt des Pins	N/A	N/A	N/A

L' institution de Forêt des Pins n'est opérationnel que depuis le 31 août 2002. Dans de nombreux cas les rapports de l'année 2000 n'étaient pas disponibles ne permettant pas un calcul de l'évolution du DTC 3.

### **3.15 Exactitude des données**

Aucun cas d'inflation des chiffres ou de fraude avéré n'a été noté lors de nos travaux.

Dans la majorité des cas où le recomptage des antigènes a été possible, nous avons eu des différences en raison d'un manque de registre ou de feuilles de pointage.

### **3.16 Autres questions soulevées au cours des travaux**

- Calcul de la population cible

La majorité des institutions visitées ne connaissaient pas leur population cible et de ce fait ne connaissaient pas leur taux de couverture effectif et les objectifs à atteindre.

## **4 Contraintes d'ordre logistique, de délais ou autres**

- 1 Les institutions visitées dans le Département du Nord ont entre 30 et 40 agents de santé qui travaillent dans des endroits très éloignés de ces institutions. Nous n'avons pas pu visiter tous ces agents, dus au contraintes de temps. (Pour organiser une réunion avec tous les agents, il faudrait leur en aviser une semaine avant la visite afin qu'ils aient le temps de faire le voyage de retour de leur poste avancé à l'institution.) Le recomptage dans ces institutions a été effectué a partir des registres des enfants disponibles. Tous les registres ne nous sont pas parvenus.
- 2 Le Département de l'Artibonite n'a pas été inclus dans l'échantillonnage dû aux problèmes avec des manifestations et violence dans les rues dans la région. Au moment de l'échantillonnage, le PNUD n'autorisait pas les missions dans cette région.
- 3 Le travail de terrain a commencé avec un retard de quelques jours afin de permettre des visites protocolaires au Ministère de la Santé Publique et de la Population, l'UNICEF et l'OMS.
- 4 La difficulté majeure rencontrée au niveau des institutions était l'absence de personnel chargé de la vaccination dans certaines institutions le jour de notre visite, ainsi que la fermeture de l'institution de Foret des Pins (depuis le 31 août 2002, soit trois semaines avant notre visite) dans le département de l'Ouest sans que la commune ou le département ne soient au courant d'une telle fermeture. Dans la commune de Carrefour, deux institutions ne donnaient plus des vaccinations depuis quelques années déjà (Euréka, Barque de Pierres). Ces institutions ont été sélectionnées parce qu'au niveau du Département, elles avaient rapporté des doses de DTP3 (cf. paragraphe 3.6 ci-dessus).

## **5 Apprentissages 2002 et perspectives pour le DQA dans le futur**

La procédure d'échantillonnage du DQA ne s'est pas avéré adéquate dans le cas d'un système plus complexe que les trois niveaux que l'on retrouve habituellement (soit, les niveaux national, district et institutions). Ainsi, dans le cas présent nous avons rencontré un système hybride composé de plusieurs « sous-niveaux » dont la fonction administrative n'était pas clairement définie (paragraphe 2.9 ci-dessus). Il serait par conséquent



souhaitable, à notre avis, de réfléchir à un système qui permette de faire un échantillonnage plus représentatif dans les cas de multiples échelons administratifs.

A notre avis, effectuer un nouveau DQA en Haïti en 2003 constituerait une démarche hâtive, car on ne pourra constater l'impact des nombreuses recommandations et des initiatives en cours d'implémentation qu'à partir de l'année se terminant en décembre 2003.

En effet, comme année à auditer, 2002 ne présenterait probablement pas un résultat meilleur que celui de 2001. Pour cette raison, nous recommandons de reconduire le prochain DQA à 2004 afin d'auditer la performance de l'année 2003.

Lors de la réunion de clôture tenue au Ministère de Santé Publique et de la Population, en présence du Directeur Général responsable du PEV et des représentants de l'UNICEF, de l'OMS, de la « Coopération Française », d'USAID et de la « Coopération Canadienne », les participants ont reconnu la validité des recommandations émises par les équipes d'évaluation PEV-PwC. Par ailleurs, on a souligné l'effort déployé pour améliorer la situation que connaît ce pays, et les initiatives en cours pour promouvoir le système de vaccination. La critique principale prononcée au sujet de notre enquête était que l'échantillon était très limité, et que par conséquent il n'était pas représentatif de tout le pays. Les auditeurs ont reconnu qu'un échantillon différent aurait pu donner des résultats différents, mais que globalement les indicateurs principaux – facteur de correction et qualité du système – n'aurait pas divergé sensiblement des résultats que nous avons trouvés.

## **6 Mise en œuvre des recommandations du DQA 2001**

Pas applicable.

**ANNEXE I : PERSONNES INTERVIEWEES LORS DU DQA**

Note : l'ordre des personnes dans cette liste est aléatoire.

**Niveau National**

<b>NOM, Prénom</b>	<b>Titre</b>
Victor A.M. Ferna (Evalueur National)	Infirmière Hygiéniste
Yolette U. Gay (Evalueur National)	Infirmière Hygiéniste
Dr. Patrick Delorme	Directeur PEV
Dr. Jean André	Consultant National (OPS/OMS) – PEV
Dr. Jean Ronald Cadet	Consultant OMS - PEV
Soraya Miot Cardozo	Gestionnaire de stock a PROMESS
Jacques Boyer	Coordinateur du programme (UNICEF)
Dr. Jean Claude Mbulama	Project Officer – Health (UNICEF)
Dr. Léa Guido	Représentante OMS en Haïti
Christophe Rerat	Project Manager PROMESS (OPS/OMS)
Jeanini Forestal	Secrétaire PEV (OPS/OMS)
Yves Marie Bernard	Health Advisor USAID
Aliou Ayaba	Admin. Adjoint UNICEF
Ralph Micley	Administrateur Santé UNICEF

## District Carrefour

<b>NOM, Prénom</b>	<b>Titre</b>	<b>Institution</b>
Dr CARL FRANCOIS	Directeur CSAM	Coordination Sanitaire Aire Métropolitaine
Bernadin Hedone Aauguste	Infirmière Hygiéniste	Bureau Communal
Mlle Rose Bonnet	Infirmière DSI	Hôpital Carrefour
Capillon Phirmene	Volontaire	Rivière Froide
Sœur Hedwige Dorner (ilegible)	PSST	Rivière Froide
Alexandre Réginale	Technicienne laboratoire	Rivière Froide
Larmeús A. Manelle Lucile	Superviseur communautaire	ADRA
Annie Henry, MD-MPH	Directrice du Programme « Servie de l'enfant »	ADRA
Inelus Merline	Auxiliaire aide	OBCG
Romain Jean Raymond	Auxiliaire responsable stock	OBCG
Thabita Georges	Infirmière Hygiéniste	OBCG
Lareche Abed-nego	Secrétaire général	Multifonctionnelle
Paul Marie Carmen	Inf. Auxiliaire	Multifonctionnelle
Miss Risombert Mie Josée	Inf Auxiliaire	Multifonctionnelle

## District Petion Ville

<b>NOM, Prénom</b>	<b>Titre</b>	<b>Institution</b>
Dr CARL FRANCOIS	Directeur CSAM	Coordination Sanitaire Aire Métropolitaine
Dr BOULIN BRIGNOL	Directeur de la commune de Petion- Ville	Bureau communal
COLAS M. PETUELLE	Infirmière hygiéniste	Bureau communal
JACQUES ROODY	Technicien Chaîne de Froid	Bureau communal
DIEULA BASEMAT	Infirmière	Nazaréen
MARIE CLAUDE FRANCOIS	Directeur Médical	HCH
SAUL MARISTELLA	Auxiliaire médical	HCH
Anise St Juste BERNARD	Archiviste/Statisticienne	NPFS
Dr Geneviève ARTY	Directeur Médical	NPFS
Marlene JOSEPH	Infirmière sup.	NPFS
Marie Iderle FENESTOR	Infirmière en chef	NPFS
Bruno FEREL	Administrateur	NPFS
MARIE DENISE JEAN BAPTISTE	Infirmière Auxiliaire	Pernier
ROGER CASIMIR	ADMINISTRATEUR	Thomassin 25
MAGALI A JEAN BART	Auxiliaire	Thomassin 25
ETIENNE ERNST	Archiviste en Chef	Mossanto Petit
DILIA DAVID	Administrateur	Mossanto Petit

## District Nord

<b>NOM, Prénom</b>	<b>Titre</b>	<b>Institution</b>
Dr LOUIS GERARD	Directeur Santé Communautaire (Pignon)	Dondon – St Raphaël
PAUL JACQUESON	Opérateur de saisie	District Sanitaire du Nord (DSN)
MARCELLO YRVON	Opérateur de saisie	DSN
ESTIMABLE BELIMAIRE	Coordonnateur de terrain	DSN
Dr CAROL ANTOINE	Epidémiologiste DSN	DSN
Dr JEAN ALEPHE JULIEN	Directeur Départemental	DSN
PHILISTIN MAXE EDIT	Magasinier	DSN
DANIEL DUGUE	Superviseur	Dondon
JACQUES PREVIL	Responsable chaîne de froid	Dondon
ANNIE V. BELLAMY	Infirmière responsable du CSB	Dondon
DENEAUD SERGOT	Médecin de commune	Dondon
Pierre Marie Dieudonné	Médecin	St Raphaël
Jeanne Aulorier	Archiviste	St Raphaël
Jean Dorat	Chain de froid	St Raphaël

## District Ouest

<b>NOM, Prénom</b>	<b>Titre</b>	<b>Institution</b>
Dr JEAN-FRANCOIS GUSTAVE	Responsable du Service d'épidémiologie du DSO	DSO
CHARLES CARLINE	Responsable PEV	DSO
JOSEPH MARLENE C.	Administrateur Commune Sanitaire	Thomazeau
GERBEAU NERLANDE	Auxiliaire Infirmière	Thomazeau
MICHAUD ST JUSTE NADINE	Infirmière	Thomazeau
DR ESTEVE BRUTUS	Directeur médical	Thomazeau

**ANNEXE II : INDICATEURS DE PERFORMANCE NATIONAUX**



## Haiti - Audit Year 2001

Start date of audit 09.09.02

### A. Performance Indicators - 2000 and 2001

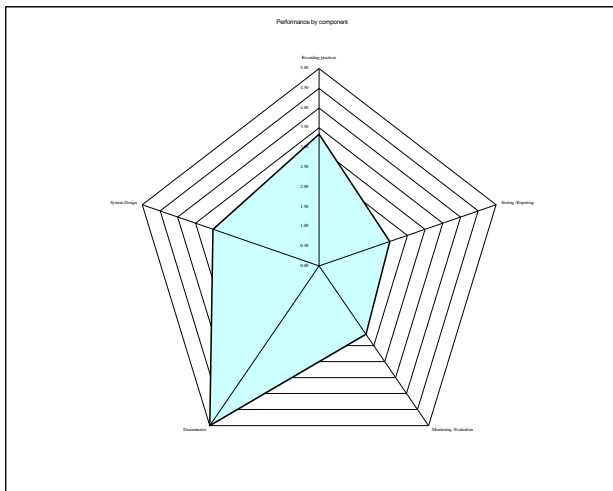
Calendar year	Reported DTP3 < 1	Change in reported DTP3 < 1	DTP3 < 1 coverage rate	%Districts DTP3 < 1 coverage >= 80%	%dropout DTP1 < 1 to DTP3 < 1	%Districts dropout < 10%	%DTP vaccine system wastage	Quality of the System Index Score
2000	140'165		50.3%	10.0%	missing	missing		
2001	137'207	-2'958	48.0%	0.0%	missing	40.0%	missing	61.4%

Based on most recent national totals

### B. Completeness -2000 and 2001

Date on WHO /UNICEF report	Districts reporting rate to National Level	% Districts reports on time at National Level
09.04.02	12.9%	0.0%

### C. Quality of the System Index by Component

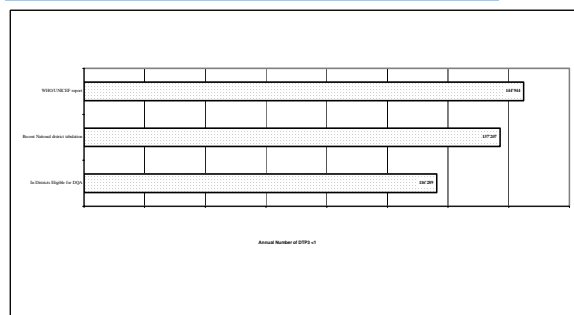


On a scale from "0" to "5".

### D. Preliminary Accuracy Estimate of DTP3 < 1 for the year 2001

0.402	Verification Factor
-0.07	0.875 95% Confidence Interval

### Reported DTP3 < 1 for the year 2001 by source



**ANNEXE III : INDICATEURS DE PERFORMANCE DES DISTRICTS**

## Carrefour - Audit Year 2001

Audit Date: 11.09.02

### A. Performance Indicators - 2000 and 2001

Calendar year	Reported DTP3 < 1	Change in reported DTP3 < 1	DTP3 < 1 coverage rate	% dropout DTP1 < 1 to DTP3 < 1	% DTP vaccine system wastage	Quality of System Index Score
---------------	-------------------	-----------------------------	------------------------	--------------------------------	------------------------------	-------------------------------

2000	missing		#VALUE!	missing		
2001	15'361	missing	109.7%	0.6%	missing	15.2%

Based upon annual totals at District Office

### B. Completeness - 2001

National level		District level	
% District's reports found at Nat. level	% District's reports on time at Nat.lev.	Nos. HUs reporting in audit year	% HU reports found at district level

0.0%	0.0%	21	0.0%
------	------	----	------

Based on HUs included in HU samplin

### C. Quality of the System Index by Component

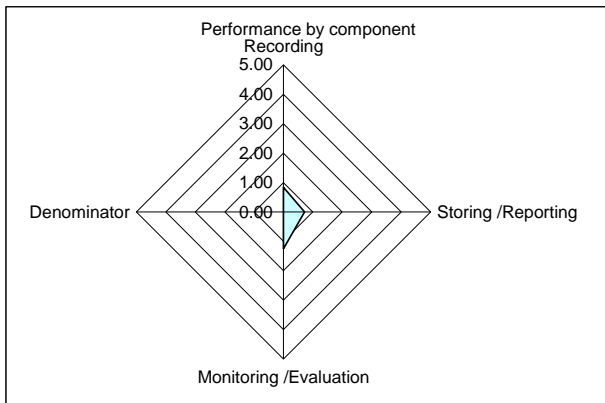
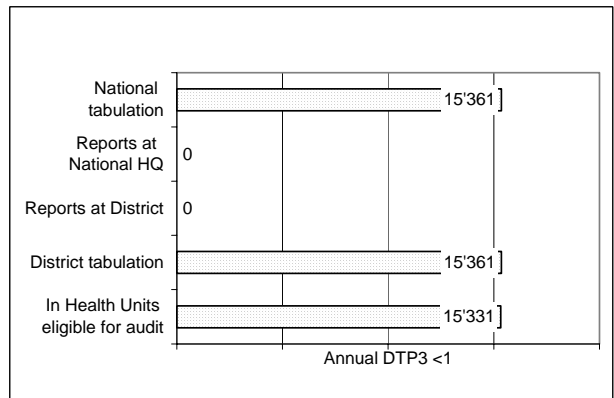


Chart based on a scale "0" to "5" for each component

### D. Annual DTP3 < 1 by Source for Year 2001



## Petion-Ville - Audit Year 2001

Audit Date: 11.09.02

### A. Performance Indicators - 2000 and 2001

Calendar year	Reported DTP3 < 1	Change in reported DTP3 < 1	DTP3 < 1 coverage rate	% dropout DTP1 < 1 to DTP3 < 1	% DTP vaccine system wastage	Quality of System Index Score
---------------	-------------------	-----------------------------	------------------------	--------------------------------	------------------------------	-------------------------------

2000	missing		missing	missing		
2001	6'434	missing	121.6%	missing	missing	33.3%

Based upon annual totals at District Office

### B. Completeness - 2001

National level % District's reports found at Nat. level	District level % Nos. HUs reporting in audit year	% HU reports found at district level
---	---	--------------------------------------

100.0%	0.0%	14	0.0%
--------	------	----	------

Based on HUs included in HU samplin

### C. Quality of the System Index by Component

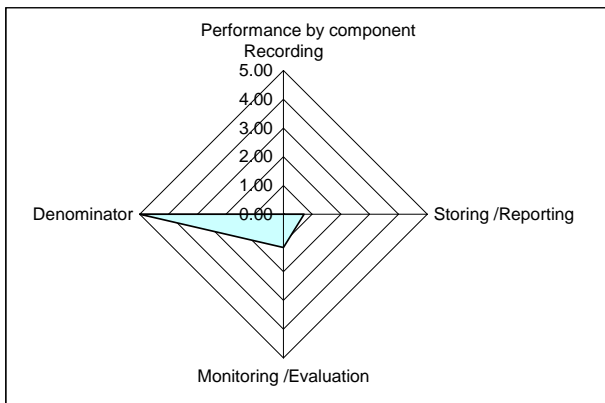
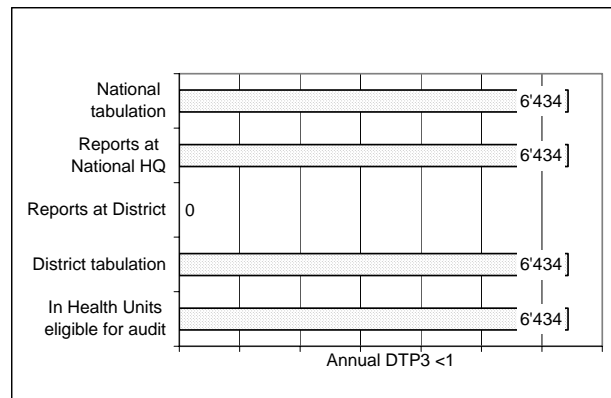


Chart based on a scale "0" to "5" for each component

### D. Annual DTP3 < 1 by Source for Year 2001



## Ouest - Audit Year 2001

Audit Date: 19.09.02

### A. Performance Indicators - 2000 and 2001

Calendar year	Reported DTP3 < 1	Change in reported DTP3 < 1	DTP3 < 1 coverage rate	% dropout DTP1 < 1 to DTP3 < 1	% DTP vaccine system wastage	Quality of System Index Score
---------------	-------------------	-----------------------------	------------------------	--------------------------------	------------------------------	-------------------------------

2000	missing		missing	missing		
2001	13'661	missing	41.4%	missing	missing	42.4%

Based upon annual totals at District Office

### B. Completeness - 2001

National level %	District level %	Nos. HUs reporting in audit year	% HU reports found at district level
------------------	------------------	----------------------------------	--------------------------------------

0.0%	0.0%	12	0.0%
------	------	----	------

Based on HUs included in HU samplin

### C. Quality of the System Index by Component

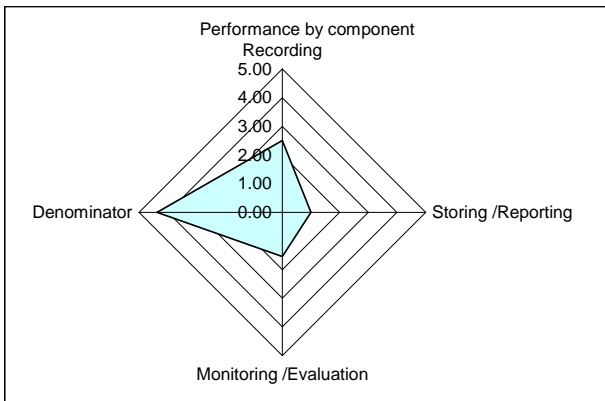
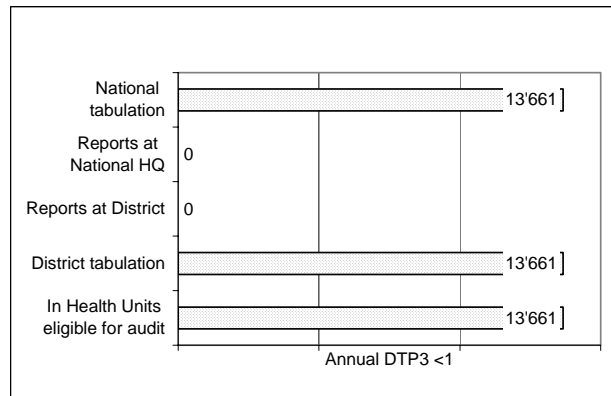


Chart based on a scale "0" to "5" for each component

### D. Annual DTP3 < 1 by Source for Year 2001



## Nord - Audit Year 2001

Audit Date: 16.09.02

### A. Performance Indicators - 2000 and 2001

Calendar year	Reported DTP3 < 1	Change in reported DTP3 < 1	DTP3 < 1 coverage rate	% dropout DTP1 < 1 to DTP3 < 1	% DTP vaccine system wastage	Quality of System Index Score
2000	8'501		29.5%	13.3%		
2001	17'460	8'959	59.5%	16.5%	missing	50.0%

Based upon annual totals at District Office

### B. Completeness - 2001

National level %	District level %	Nos. HUs reporting in audit year	% HU reports found at district level
District's reports found at Nat. level	District's reports on time at Nat.lev.	19	

0.0%	0.0%	19	0.0%
------	------	----	------

Based on HUs included in HU samplin

### C. Quality of the System Index by Component

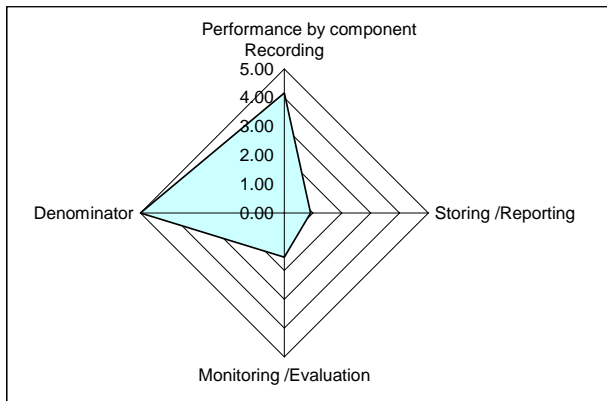
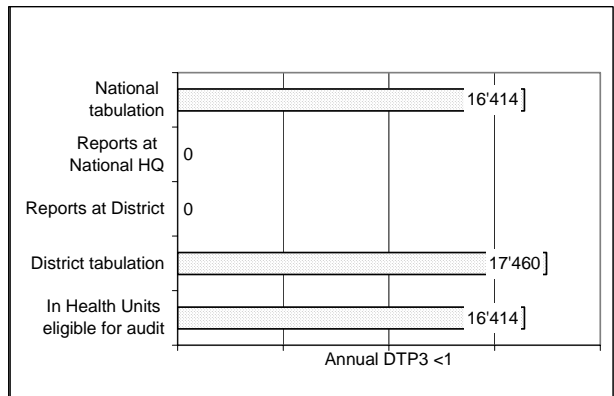


Chart based on a scale "0" to "5" for each component

### D. Annual DTP3 < 1 by Source for Year 2001



**ANNEXE IV : INDICATEURS DE PERFORMANCE DES CENTRES DE  
SANTÉ**

## Adra, Carrefour District - Audit Year 2001

Audit date: 12.09.02

### A. Performance Indicators - 2000 and 2001

Calendar Year	Reported DIP3< 1	Change in reported DIP3< 1	%dropout DIP3< 1	%DIP vaccine wastage	Quality of System Index Score
---------------	------------------	----------------------------	------------------	----------------------	-------------------------------

2000	82				
2001	894	812	17.9%	missing	64.5%

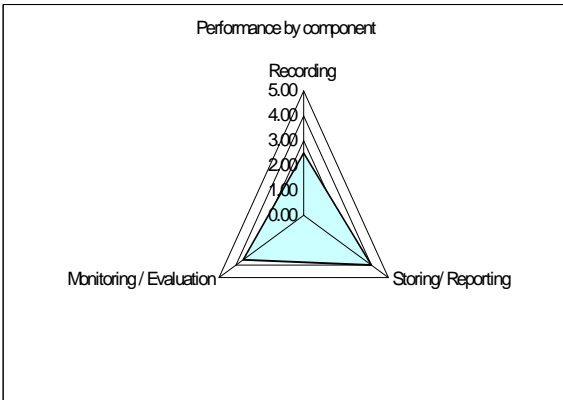
Based on information found at the Health Unit

### B. Completeness for Year 2001

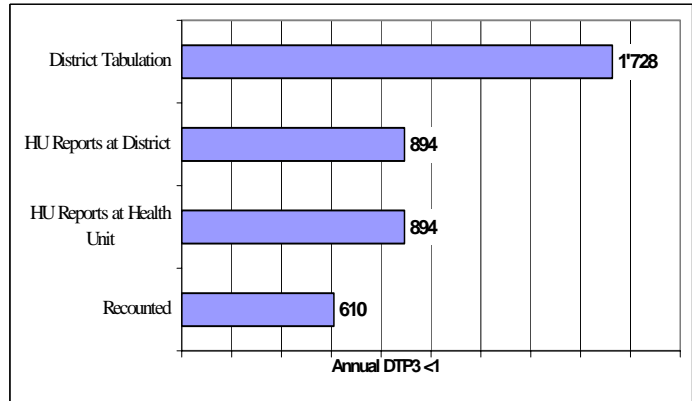
% of year's report found at District level	% reports on time at District level	% of year's report found at Health Unit level
--	-------------------------------------	---

100.0%	25.0%	100.0%
--------	-------	--------

### C. System Index Quality by Component Year 2001



### D. Annual DTP3 by Source for Year 2001





## Hopital carrefour, Carrefour District - Audit Year 2001

Audit date: 12.09.02

### A. Performance Indicators - 2000 and 2001

Calendar Year	Reported DTP3 < 1	Change in reported DTP3 < 1	% dropout DTP1 < 1 to DTP3 < 1	%DTP vaccine wastage	Quality of System Index Score
2000	missing				
2001	missing	missing	missing	missing	32.1%

2000	missing				
2001	missing	missing	missing	missing	32.1%

Based on information found at the Health Unit

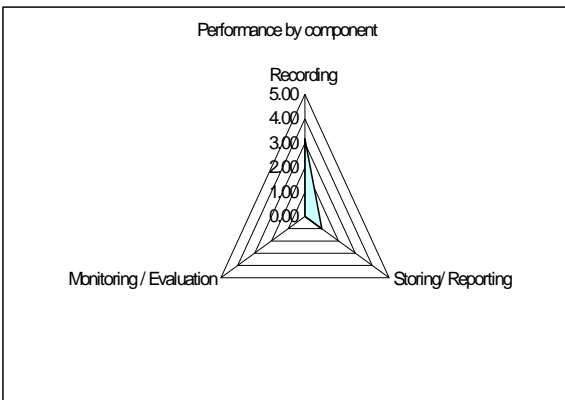
### B. Completeness for Year 2001

% of year's report found at District level	% reports on time at District level	% of year's report found at Health Unit level
100.0%	0.0%	0.0%

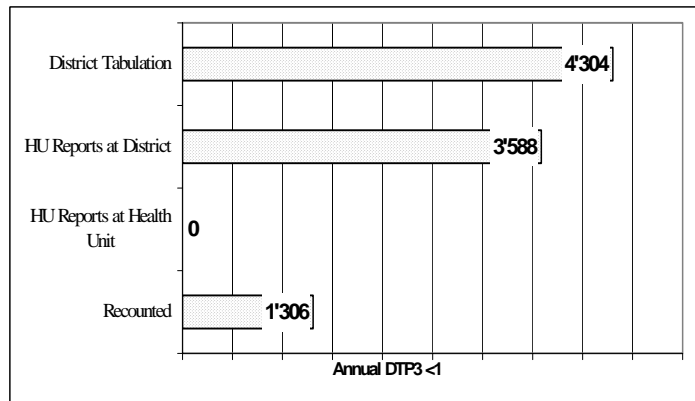
100.0%    0.0%

0.0%

### C. System Index Quality by Component Year 2001



### D. Annual DTP3 by Source for Year 2001



## CMS Rivière froide, Carrefour District - Audit Year 2001

Audit date: 13.09.02

### A. Performance Indicators - 2000 and 2001

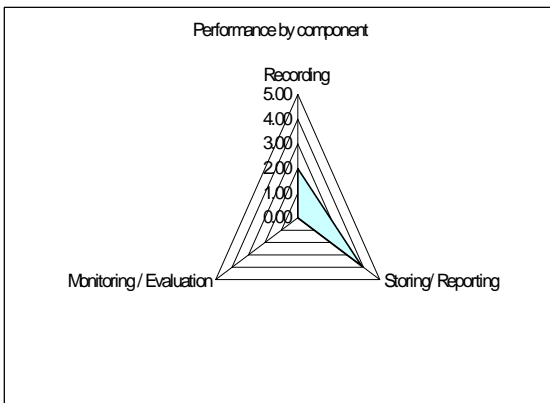
Calendar Year	Reported DTP3 < 1	Change in reported DTP3 < 1	% dropout DTP3 < 1	% DTP vaccine wastage	Quality of System Index Score
2000	27				
2001	58	31	40.8%	missing	42.9%

Based on information found at the Health Unit

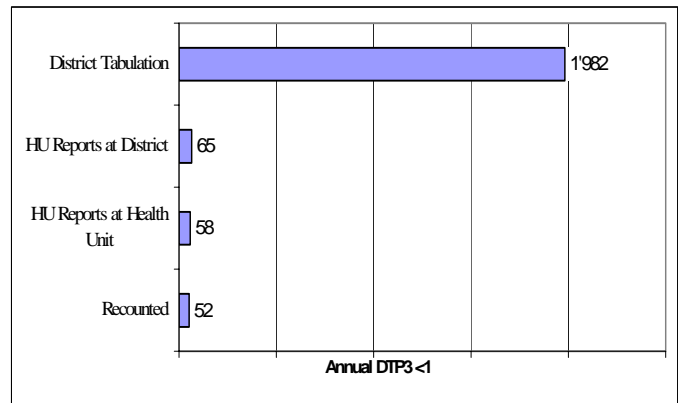
### B. Completeness for Year 2001

% of year's report found at District level	% reports on time at District level	% of year's report found at Health Unit level
100.0%	91.7%	83.3%

### C. System Index Quality by Component Year 2001



### D. Annual DTP3 by Source for Year 2001



## OBCG, Carrefour District - Audit Year 2001

Audit date: 13.09.02

### A. Performance Indicators - 2000 and 2001

Calendar Year	Reported DTP3< 1	Change in reported DTP3< 1	%dropout DTP1< 1 to DTP3< 1	%DTP vaccine wastage	Quality of System Index Score
2000	147				
2001	812	665	missing	missing	79.2%

2000	147				
2001	812	665	missing	missing	79.2%

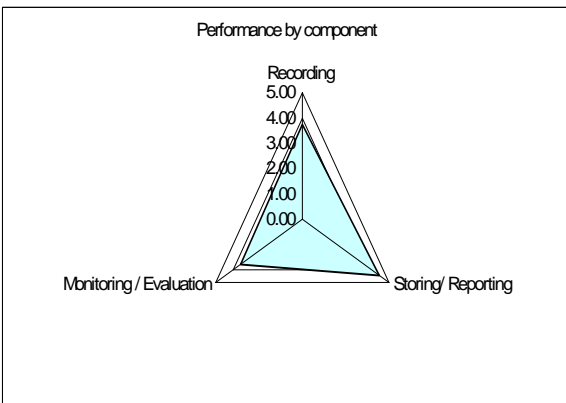
Based on information found at the Health Unit

### B. Completeness for Year 2001

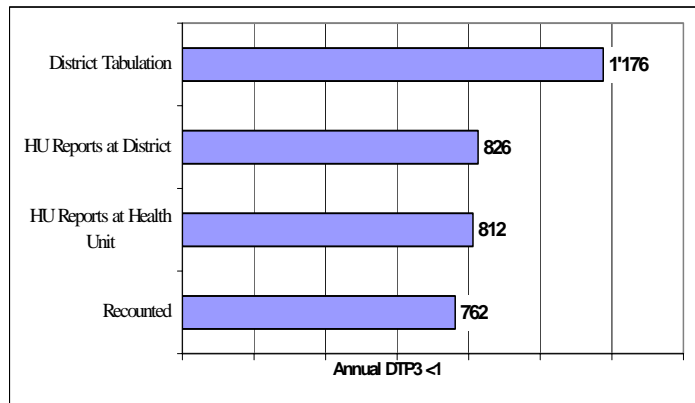
% of year's report found at District level	% reports on time at District level	% of year's report found at Health Unit level
100.0%	8.3%	100.0%

100.0%	8.3%	100.0%
--------	------	--------

### C. System Index Quality by Component Year 2001



### D. Annual DTP3 by Source for Year 2001



## Multifonctionelle, Carrefour District - Audit Year 2001

Audit date: 20.09.02

### A. Performance Indicators - 2000 and 2001

Calendar Year	Reported DTP3 < 1	Change in reported DTP3 < 1	% dropout DTP1 < 1 to DTP3 < 1	%DTP vaccine wastage	Quality of System Index Score
---------------	-------------------	-----------------------------	--------------------------------	----------------------	-------------------------------

2000	4				
2001	missing	missing	missing	missing	15.0%

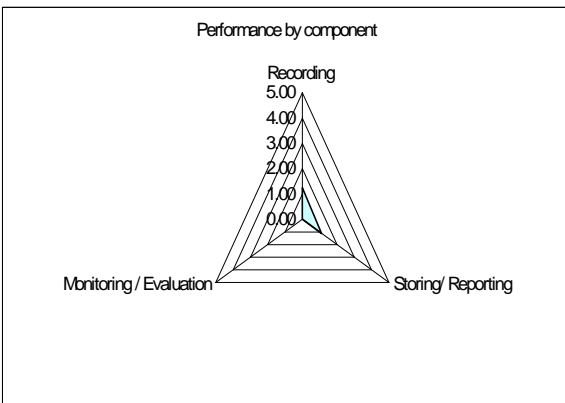
Based on information found at the Health Unit

### B. Completeness for Year 2001

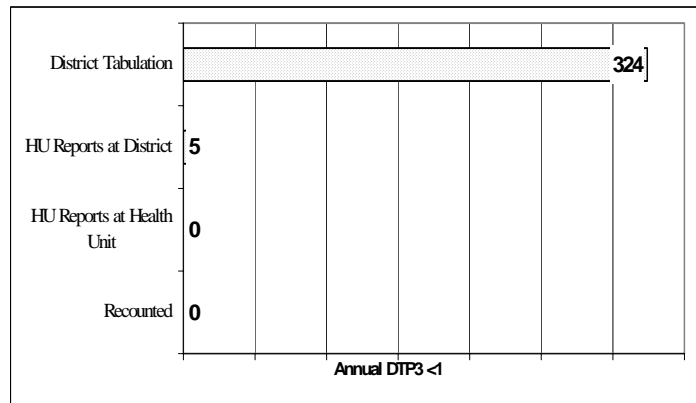
% of year's report found at District level	% reports on time at District level	% of year's report found at Health Unit level
--	-------------------------------------	---

75.0%	0.0%	25.0%
-------	------	-------

### C. System Index Quality by Component Year 2001



### D. Annual DTP3 by Source for Year 2001



**Pemier, Petion-Ville District - Audit Year 2001**

Audit date: 20.09.02

**A. Performance Indicators - 2000 and 2001**

Calendar Year	Reported DTP3< 1	Change in reported DTP3< 1	%dropout DTP1< 1 to DTP3< 1	%DTP vaccine wastage	Quality of System Index Score
---------------	------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------	-------------------------------

2000	1'425				
2001	1'300	-125	-2854.5%	missing	28.6%

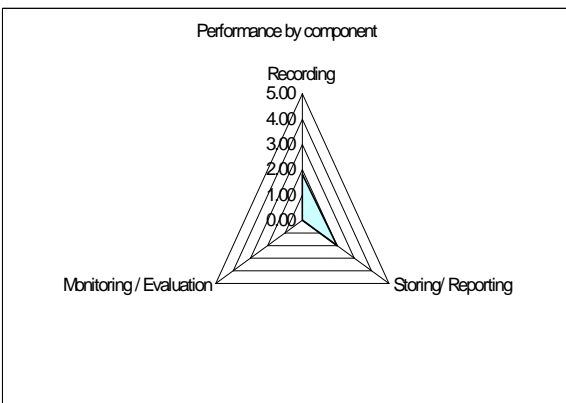
Based on information found at the Health Unit

**B. Completeness for Year 2001**

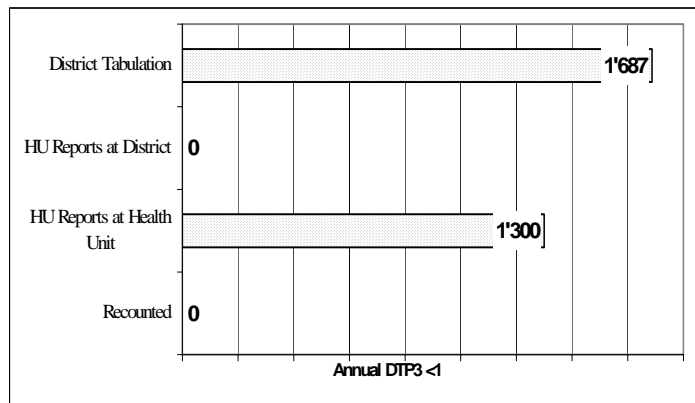
% of year's report found at District level	% reports on time at District level	% of year's report found at Health Unit level
--	-------------------------------------	---

0.0%	0.0%	66.7%
------	------	-------

**C. System Index Quality by Component Year 2001**



**D. Annual DTP3 by Source for Year 2001**



**Mssanto Petit, Petion-Ville District - Audit Year 2001**

Audit date: 13.09.02

**A. Performance Indicators - 2000 and 2001**

Calendar Year	Reported DIP3 < 1	Change in reported DIP3 < 1	% dropout DIP1 < 1 to DIP3 < 1	%DIP vaccine wastage	Quality of System Index Score
---------------	----------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

2000	1'045				
2001	1'178	133	21.7%	46.8%	60.0%

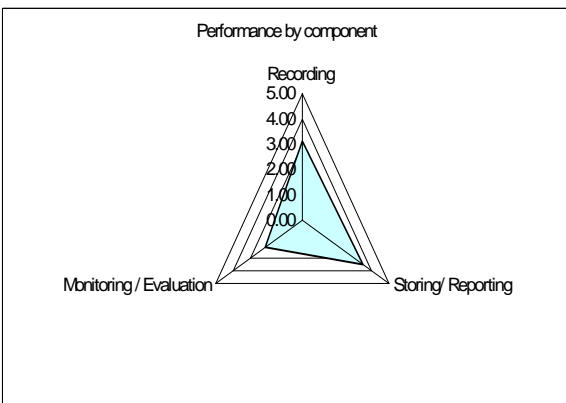
Based on information found at the Health Unit

**B. Completeness for Year 2001**

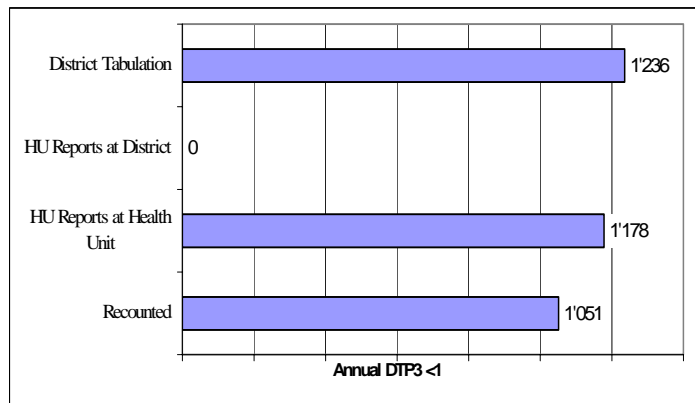
% of year's report found at District level	% reports on time at District level	% of year's report found at Health Unit level
---	---	--

0.0%	0.0%	100.0%
------	------	--------

**C. System Index Quality by Component Year 2001**



**D. Annual DIP3 by Source for Year 2001**



## HCH, Petion-Ville District - Audit Year 2001

Audit date: 12.09.02

### A. Performance Indicators - 2000 and 2001

Calendar Year	Reported DTP3 < 1	Change in reported DTP3 < 1	% dropout DTP3 < 1	%DTP vaccine wastage	Quality of System Index Score
2000	1'119				
2001	1'586	467	20.6%	missing	46.4%

2000	1'119				
2001	1'586	467	20.6%	missing	46.4%

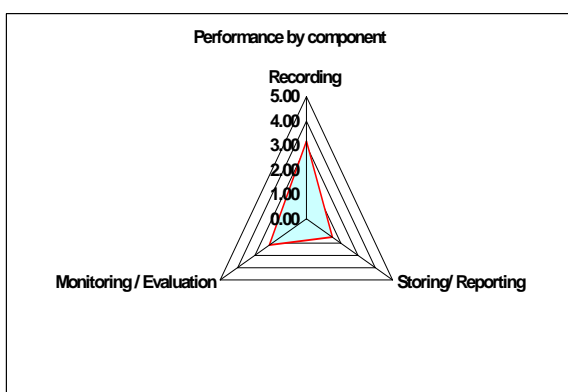
Based on information found at the Health Unit

### B. Completeness for Year 2001

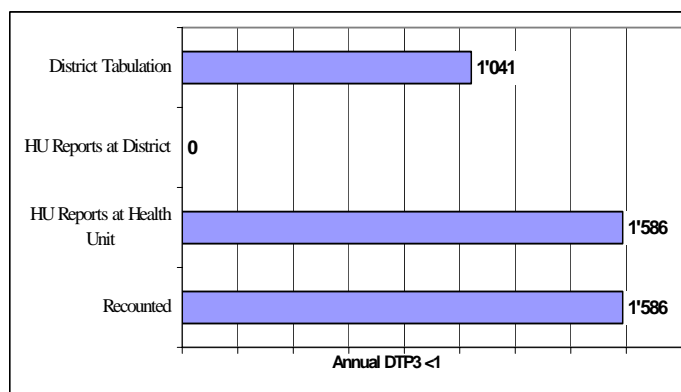
% of year's report found at District level	% reports on time at District level	% of year's report found at Health Unit level
0.0%	0.0%	100.0%

0.0%	0.0%	100.0%
------	------	--------

### C. System Index Quality by Component Year 2001



### D. Annual DTP3 by Source for Year 2001



## THOMASSIN 25, Pétion-Ville District - Audit Year 2001

Audit date: 20.09.02

### A. Performance Indicators - 2000 and 2001

Calendar Year	Reported DTP3 < 1	Change in reported DTP3 < 1	% dropout DTP3 < 1	%DTP vaccine wastage	Quality of System Index Score
2000	69				
2001	missing	missing	missing	missing	24.0%

2000	69				
2001	missing	missing	missing	missing	24.0%

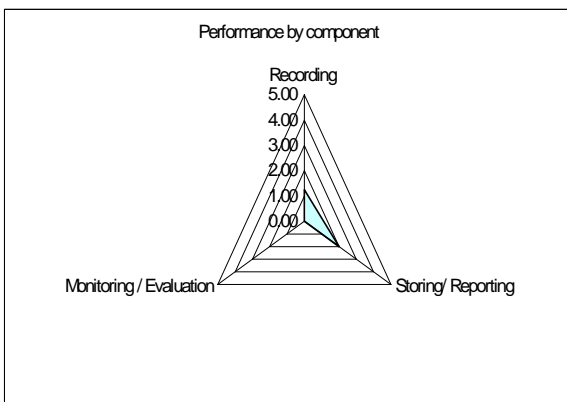
Based on information found at the Health Unit

### B. Completeness for Year 2001

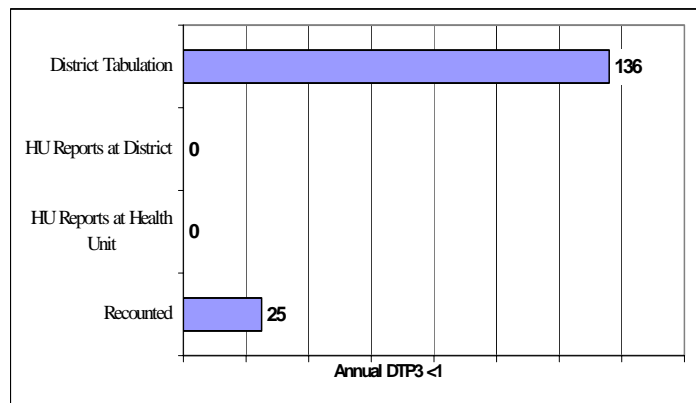
% of year's report found at District level	% reports on time at District level	% of year's report found at Health Unit level
0.0%	0.0%	0.0%

0.0%	0.0%	0.0%
------	------	------

### C. System Index Quality by Component Year 2001



### D. Annual DTP3 by Source for Year 2001





**NPFS, Petion-Ville District - Audit Year 2001**

Audit date: 13.09.02

**A. Performance Indicators - 2000 and 2001**

Calendar Year	Reported DTP3< 1	Change in reported DTP3< 1	%dropout DTP1< 1 to DTP3< 1	%DTP vaccine wastage	Quality of System Index Score
---------------	------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------	-------------------------------

2000	32				
2001	35	3	69.8%	79.7%	52.4%

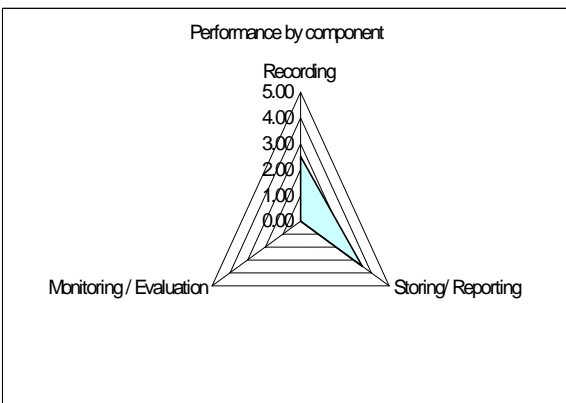
Based on information found at the Health Unit

**B. Completeness for Year 2001**

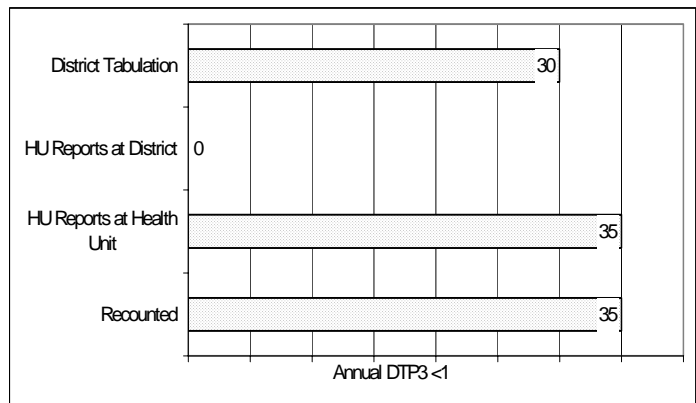
% of year's report found at District level	% reports on time at District level	% of year's report found at Health Unit level
--	-------------------------------------	---

0.0%	0.0%	100.0%
------	------	--------

**C. System Index Quality by Component Year 2001**



**D. Annual DTP3 by Source for Year 2001**



**Nazareen, Petion-Ville District - Audit Year 2001**

Audit date: 12.09.02

**A. Performance Indicators - 2000 and 2001**

Calendar Year	Reported DTP3 < 1	Change in reported DTP3 < 1	% dropout DTP3 < 1	%DTP vaccine wastage	Quality of System Index Score
2000	missing				
2001	missing	missing	missing	missing	25.0%

2000	missing				
2001	missing	missing	missing	missing	25.0%

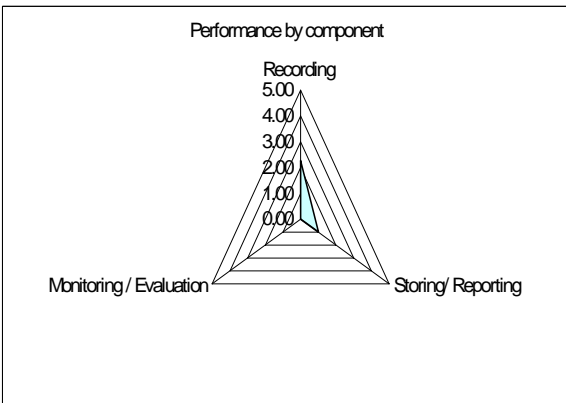
Based on information found at the Health Unit

**B. Completeness for Year 2001**

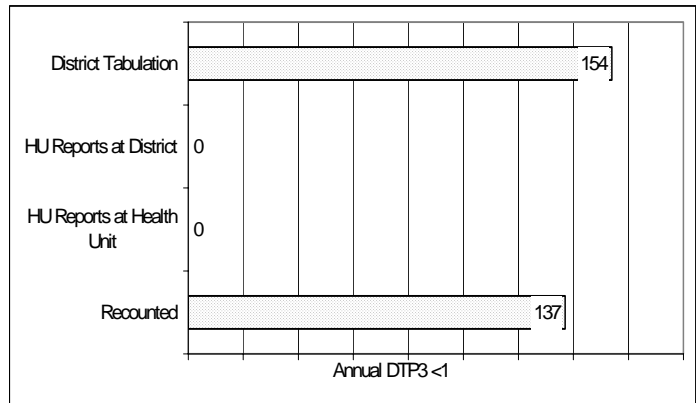
% of year's report found at District level	% reports on time at District level	% of year's report found at Health Unit level
0.0%	0.0%	0.0%

0.0%	0.0%	0.0%
------	------	------

**C. System Index Quality by Component Year 2001**



**D. Annual DTP3 by Source for Year 2001**



## Dondon, Nord District - Audit Year 2001

Audit date: 11.09.02

### A. Performance Indicators - 2000 and 2001

Calendar Year	Reported DTP3< 1	Change in reported DTP3< 1	%dropout DTP3< 1	%DIP vaccine wastage	Quality of System Index Score
2000	2'119				
2001	1'973	-146	-1.1%	missing	48.0%

2000	2'119				
2001	1'973	-146	-1.1%	missing	48.0%

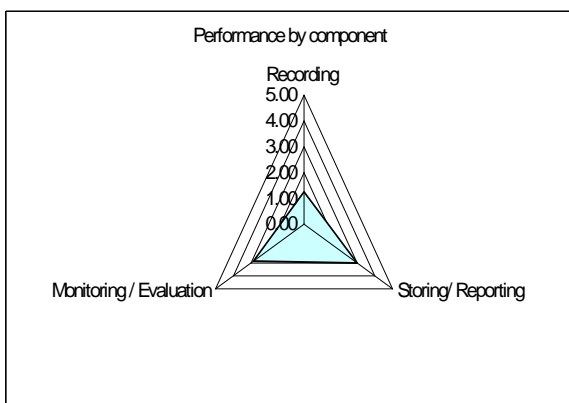
Based on information found at the Health Unit

### B. Completeness for Year 2001

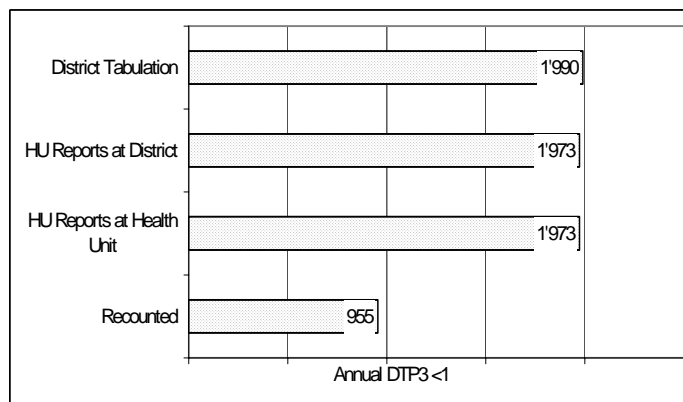
% of year's report found at District level	% reports on time at District level	% of year's report found at Health Unit level
100.0%	33.3%	100.0%

100.0%	33.3%	100.0%
--------	-------	--------

### C. System Index Quality by Component Year 2001



### D. Annual DTP3 by Source for Year 2001



## St-Raphael, Nord District - Audit Year 2001

Audit date: 11.09.02

### A. Performance Indicators - 2000 and 2001

Calendar Year	Reported DTP3 < 1	Change in reported DTP3 < 1	% dropout DTP1 < 1 to DTP3 < 1	%DTP vaccine wastage	Quality of System Index Score
2000	1'835				
2001	1'858	23	-5.4%	missing	60.7%

2000	1'835				
2001	1'858	23	-5.4%	missing	60.7%

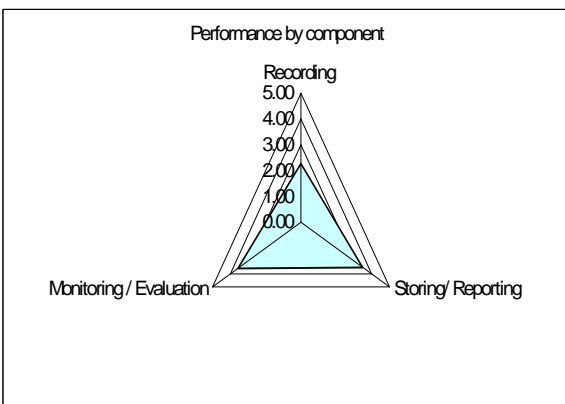
Based on information found at the Health Unit

### B. Completeness for Year 2001

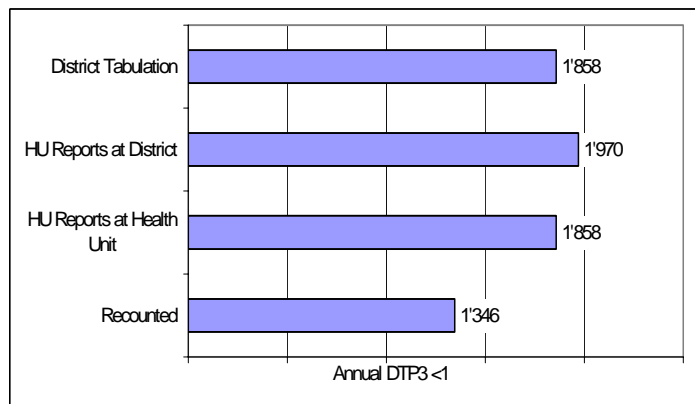
% of year's report found at District level	% reports on time at District level	% of year's report found at Health Unit level
100.0%	0.0%	91.7%

100.0%	0.0%	91.7%
--------	------	-------

### C. System Index Quality by Component Year 2001



### D. Annual DTP3 by Source for Year 2001



### Thomazeau, Ouest District - Audit Year 2001

Audit date: missing

#### A. Performance Indicators - 2000 and 2001

Calendar Year	Reported DTP3 < 1	Change in reported DTP3 < 1	% dropout DTP1 < 1 to DTP3 < 1	%DTP vaccine wastage	Quality of System Index Score
---------------	-------------------	-----------------------------	--------------------------------	----------------------	-------------------------------

2000	257				
2001	474	217	-6.5%	missing	28.6%

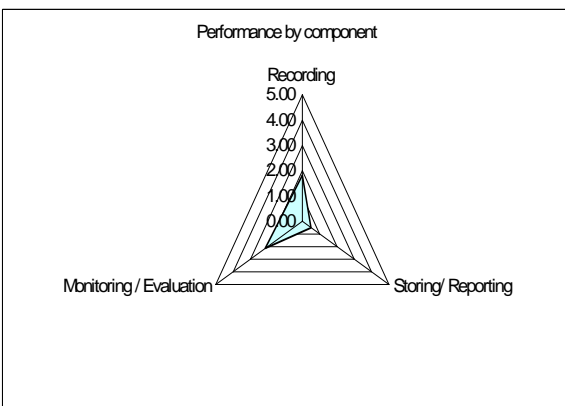
Based on information found at the Health Unit

#### B. Completeness for Year 2001

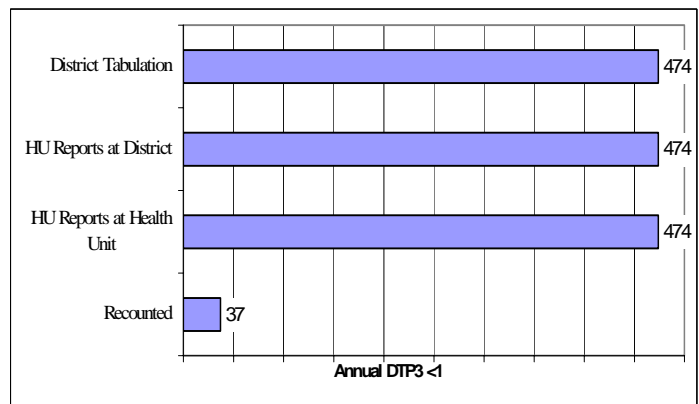
% of year's report found at District level	% reports on time at District level	% of year's report found at Health Unit level
--	-------------------------------------	---

100.0%	0.0%	75.0%
--------	------	-------

#### C. System Index Quality by Component Year 2001



#### D. Annual DTP3 by Source for Year 2001



## Fonds Verrettes, Ouest District - Audit Year 2001

Audit date: missing

### A. Performance Indicators - 2000 and 2001

Calendar Year	Reported DTP3 < 1	Change in reported DTP3 < 1	% dropout DTP3 < 1 to	% DTP vaccine wastage	Quality of System Index Score
---------------	-------------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------------	-------------------------------

2000	missing				
2001	missing	missing	missing	missing	21.4%

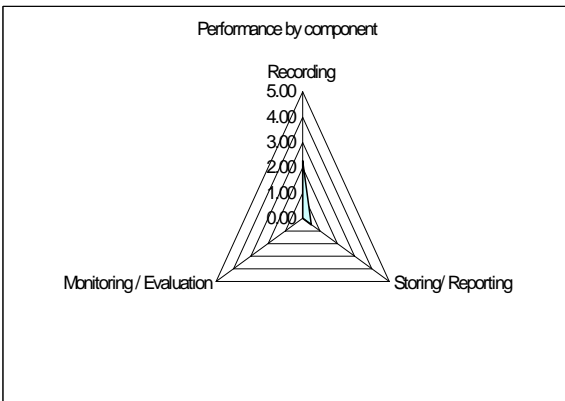
Based on information found at the Health Unit

### B. Completeness for Year 2001

% of year's report found at District level	% reports on time at District level	% of year's report found at Health Unit level
--	-------------------------------------	---

75.0%	0.0%	0.0%
-------	------	------

### C. System Index Quality by Component Year 2001



### D. Annual DTP3 by Source for Year 2001

