

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

BURUNDI



**THE GLOBAL ALLIANCE FOR
VACCINES & IMMUNIZATION**

Index

Introduction.....	3
Synthèse des résultats.....	4
Remerciements.....	5
Introduction.....	6
Objectifs du CQD	6
Notre approche	6
Mobilisation	7
National – Constats et recommandations.....	9
Points forts	9
Problèmes rencontrés avec les données du niveau national	9
Domaines à améliorer	10
Flux des données de la vaccination des Centres de Santé (CS) au niveau national	11
Facteur de vérification	11
Facteur de vérification	12
Index de la qualité du système	12
Taux de perte	18
Surveillance des effets adverses de la vaccination	18
Monitoring des fournitures	18
Taux de complétude des rapports	18
Taux de couverture rapporté du DTC 3 - évolution	18
Recensement des naissances à domicile	18
District/province – Constats et recommandations.....	19
Points forts	19
Exactitude des données	19
	1

Index de la qualité du système et principaux indicateurs	19
Surveillance des effets adverses de la vaccination	27
Complétude des rapports	27
Centres de Santé – Constats et recommandations	28
Points forts	28
Exactitude des données	28
Index de la qualité du système (moyenne des CS)	29
Taux d’abandon DTC 1 à DTC 3	34
Taux de perte (DTC)	35
Surveillance des effets adverses de la vaccination	35
Complétude des rapports	35
Contraintes d’ordre logistique, de délais ou autres	35
APPENDIX 1. Immunisation Core Indicators audited at national level	36
APPENDIX 2. Immunization Core Indicators audited at district level	40
APPENDIX 3. Persons met during the DQA.....	46

Introduction

- Le Contrôle de la Qualité de Données (CQD) 2002 au Burundi a eu lieu du 11 au 27 mars 2004.
- Deux équipes distinctes constituées de deux auditeurs de PricewaterhouseCoopers (PwC) - Trivedi Dabypersad et Yvan Serret – et de deux auditeurs nationaux - Léonard Simbizi, Superviseur National du Programme Elargi de Vaccination (PEV), Statistiques, Formation et Maintenance de la Chaîne de Froid et Secrétariat et de Ferdinand Vyankandondera, Chef de Service Formation, Mobilisation Sociale et Supervision au PEV ont mené les travaux sur terrain. Nos principaux contacts étant le Dr Hilaire Ninteretse, directeur du PEV et son adjoint, le Dr Rose Marie Magnifique Nduwimana.
- Les quatre (4) districts/provinces sélectionnés après échantillonnage aléatoire étaient Bujumbura-Mairie, Gitega, Kirundo et Mwaro. Dans chacun des 4 districts/provinces, six (6) Centres de Santé (CS) ont également été choisis de façon aléatoire, soit un total de vingt quatre CS visités au cours de cet audit.
- Les 4 districts/provinces ont été sélectionnés selon les données reçues du PEV avant même notre arrivée dans le pays. Ces données comprenaient les détails du DTC 3 < 1 an administrés par province/district pour l'année 2002. Au démarrage de la mission nous avons constaté que la consolidation des données provenant des CS ne se fait pas au niveau de l'administration provinciale, mais plutôt au niveau des systèmes qui représentent un niveau subalterne à la province. Le Burundi est constitué de 17 Provinces qui se répartissent en 31 secteurs (cf. page 11). Le nombre de secteurs diffère selon les provinces. L'échantillonnage n'a cependant pas été refait sur la base des secteurs.
- Avant d'effectuer l'échantillonnage, un district/province – Bujumbura Rural – avait été exclu pour des raisons de sécurité. Aucun CS n'a été trouvé inéligible dans les districts/provinces sélectionnés.
- Pour des raisons de sécurité, l'échantillonnage des CS à être visités dans les provinces de Gitega et Kirundo a dû se faire à Bujumbura dans les locaux de l'UNICEF en présence du point focal PEV à l'UNICEF, Mme Marie Thérèse Baranyikwa.

Le PEV est un des services qui composent la Direction des Services et des Programmes de Santé au sein de la Direction Générale du Ministère de la Santé.

Les membres du Comité de Coordination Inter-Agences (CCI) se composent des partenaires du PEV et des bailleurs de fonds qui participent au financement :

- l'Etat , représenté par le Ministère de la Santé et le Ministère de des Finances.

- l'OMS
- l'UNICEF
- le FNUAP
- l'USAID
- la Coopération Française
- la Coopération Belge
- le Rotary International
- L'Union Européenne

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

Le Burundi dispose actuellement d'un rapport mensuel intégré provenant des CS - le « Rapport Mensuel d'Activités des CS (RMA) » qui est envoyé aux secteurs (cf. p.12). Nous illustrons ci-après le flux des données de la vaccination des CS au niveau national dans le chapitre concernant les constats et recommandations du niveau national.

Synthèse des résultats

Pour l'année 2002, le facteur de vérification est de **72,1%** soit en dessous du taux de 80% utilisé par GAVI pour valider le système d'un pays, tandis que l'index de qualité du système est de 62,3%. Plusieurs raisons expliquent ces résultats, notamment :

- Absence ou manque de feuilles de pointage ou registres de vaccination relatifs à la période auditée.
- La mauvaise tenue des registres de vaccination dans certains CS.
- Le manque de supervision dans les niveaux inférieurs.
- La crise politique qui a affecté le pays depuis quelques années.

- Un cas de sur-rapportage a été noté au CS POLYCEB dans la Province de Bujumbura – Mairie. Dans ce CS : le nombre rapporté de DTC 3 < 1 administrés représentait en fait le nombre de doses utilisés dans le CS car le rapport mensuel était complété sur la base des doses utilisées.
- Aucun recomptage n'a été effectué pour le CS de Mutumba dans la province de Mwaro car les feuilles de pointage et les registres de vaccination avaient visiblement été préparés à neuf avant notre visite.

L'index de qualité des districts/provinces (moyenne) - 60,1%

L'index de qualité des CS (moyenne) - 48.5%

Nous sommes d'avis qu'un CQD devrait avoir lieu en 2006 pour les données 2005, ceci afin de permettre au pays de mettre en place les mesures correctives visant à améliorer le système de rapportage à tous les niveaux.

Remerciements

Nous tenons à remercier tous ceux qui nous ont aidés au cours de ce CQD, et plus particulièrement le Dr Rose Marie Magnifique Nduwimana, le Dr Hilaire Ninteretse, et le personnel du Programme Elargi de Vaccination, de l'UNICEF et de l'OMS, les médecins provinciaux, les chefs de secteurs, les titulaires des CS visités et leurs adjoints ainsi que tous ceux qui n'ont pas été cités et qui ont facilité notre séjour au Burundi.

Introduction

Objectifs du CQD

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

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

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

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

Notre approche

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

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

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

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

méthodologie du CQD, à savoir :

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

Mobilisation

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

Avant le début des travaux sur terrain, les auditeurs ont eu l'occasion de présenter au Chef du Cabinet du ministère de la Santé Dr Ignace Bimenyimana, les domaines concernés, les objectifs et la méthodologie du CQD.

L'équipe au Burundi était composée de :

Nom	Titre	Location
Dr Hilaire Ninteretse	Directeur du PEV	Niveau National
Dr Rose Marie Magnifique Nduwimana	Adjoint du Directeur du PEV	Niveau National

Dr Emmanuel Seheye	Directeur de l'EPISTAT	Niveau National
Ferdinand Vyankandongera	Chef de Service Formation, Mobilisation Sociale et Supervision	Niveau National et auditeur national
Léonard Simbizi	Superviseur National du PEV, Statistiques, Formation et Maintenance de la Chaîne du Froid et Secrétariat	Niveau National et auditeur national
Trivedi Dabypersad	Senior PwC	Auditeur externe
Yvan Serret	Assistant Manager PwC	Auditeur externe
Léonidas Harakandi	Chef de secteur Gisozi	Province de Mwaro
Serge Kana	Chef de secteur Kibumbu	Province de Mwaro
Dieudonné Hatungimana	Coordinateur Provincial - Santé de la Reproduction	Province de Gitega
Pamphile Vyizigiro	Chef de secteur Gitega	Province de Gitega
Pasteur Bamporubusa	Chef de secteur Kibuye	Province de Gitega
Dr Clément Niyonsaba	Médecin Provincial de Kirundo	Province de Kirundo
Odile Nahindavyi	Chef de Secteur Mukenke	Province de Kirundo
Dr Dismas Nduwimana	Médecin Provincial de Bujumbura Mairie	Province de Bujumbura Mairie
Gérard Mdawenayo	Coordinateur Municipal	Province de Bujumbura Mairie

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

National – Constats et recommandations

Points forts

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

Nous avons appris au cours de ce contrôle que le Service d'Epidémiologie et Statistiques (EPISTAT), qui est le service responsable des données, compte mettre en place de nouveau formulaire de rapportage dans les mois à venir afin d'améliorer la qualité des données. Le nouveau formulaire inclura dans les rapports des niveaux inférieurs des données relatives aux effets secondaires de la vaccination et aux calculs des taux de perte et des taux d'abandon. Ces données ne sont pas actuellement calculées et de ce fait ne sont pas utilisées. Il est à noter que le rapport mensuel actuel fait déjà la distinction entre les vaccinations dispensées aux enfants de moins d'un an et aux enfants de plus d'un an.

Aussi les titulaires des centres de santé ont reçu une formation dans la gestion des activités du PEV et une formation du personnel des centres de santé est aussi prévue dans un proche avenir. Cela permettra de vulgariser les outils du PEV et contribuera à améliorer le service offert au public.

Problèmes rencontrés avec les données du niveau national

Parmi les données obtenues du PEV figuraient certains districts/provinces avec des taux de couverture en DTC 3 de plus de 100 % , notamment les districts/provinces de Bujumbura Mairie, Cibitoke, Karusi, Kirundo, Mwaro et Ngozi. L'explication principale était que des enfants d'autres districts/provinces se sont fait vacciner dans ces districts/provinces sus-mentionnés. Un autre facteur qui a aussi pu contribuer à cet état de chose est le fait que la population cible au niveau national est basée sur un taux d'accroissement annuel de 3,0% d'après le dernier recensement qui date de 1990, taux qui peut être inférieur au taux d'accroissement réel de même que les déplacements de population qui ont eu lieu dans le pays en raison des récents conflits. Il est à noter que pour cette raison la population cible 2002 est inférieur à celui de 2001, le Bureau des Statistiques National ayant revu la population à la baisse.

Aucun district/province n'avait un taux de DTC 3 plus élevé que celui du DTC 1 en 2002.

Comme mentionné en page 3, les données reçues avant le démarrage de la mission sur le terrain nous ont fourni le nombre de doses de DTC3 < 1 par province alors que la consolidation des données provenant des CS s'effectue au niveau des secteurs. Les

provinces ne rapportent pas le total des doses administrées dans les secteurs. Le nombre de secteurs peut varier en fonction des provinces, comme suit :

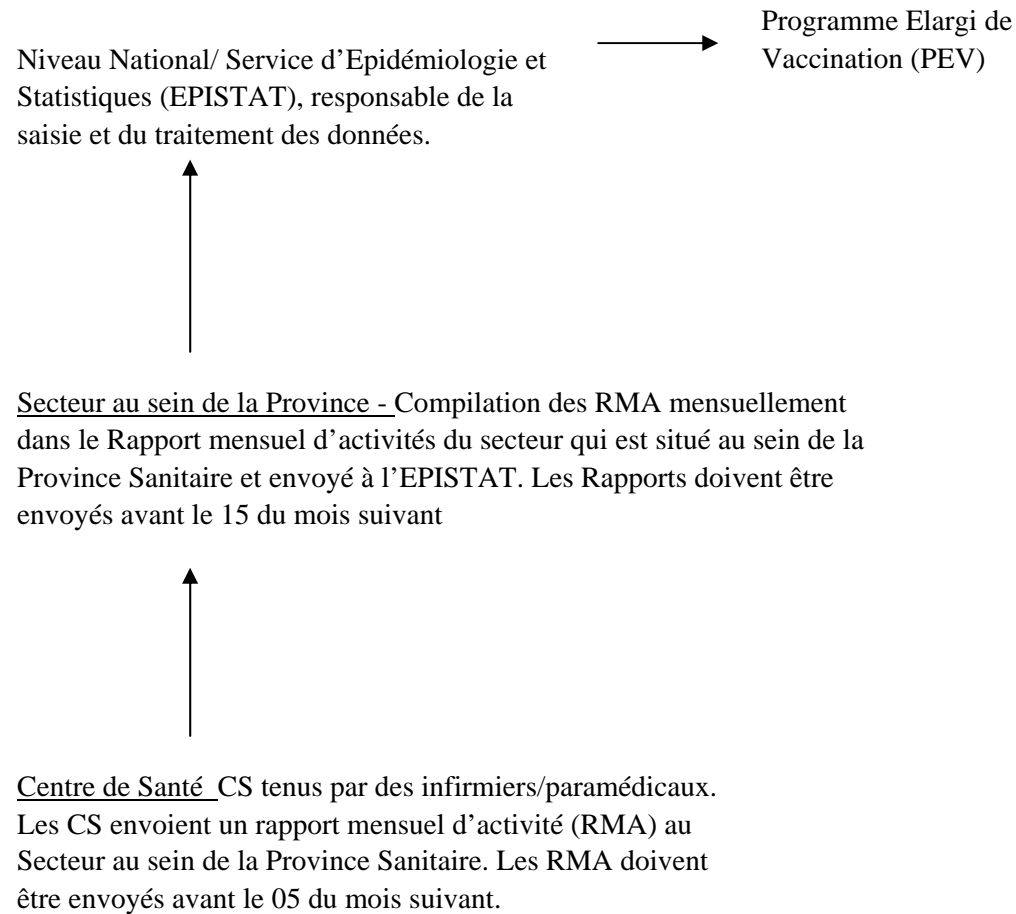
Province	Secteurs	Province	Secteurs
Bubanza	1. Bubanza	Kirundo	1. Kirundo 2. Mukenke
Bujumbura Rural	1. Kabezi 2. Isale 3. Rwibaga	Makamba	1. Makamba 2. Nyanzo
Bujumbura Urbain	1. Bujumbura Urbain	Muramvya	1. Muramvya
Bururi	1. Rumonge 2. Mugamba 3. Bururi 4. Matana	Mwaro	1. Kibumbu 2. Gisozi
Cankuzo	1. Cankuzo	Muyinga	1. Muyinga 2. Gashoho
Cibitoke	1. Cibitoke	Ngozi	1. Ngozi 2. Kiremba
Gitega	1. Mutaho 2. Gitega 3. Kibuye	Rutana	1. Rutana
Kayanza	1. Kayanza 2. Musema	Ruyigi	1. Butezi 2. Ruyigi
Karuzi	1. Buniga		

Domaines à améliorer

Les domaines à améliorer sont discutés ci-après dans les sections concernant la qualité du système et les autres domaines qui ont

fait l'objet de cette évaluation.

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



Facteur de vérification

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

Pour l'année 2002, le facteur de vérification est de **72,1%** soit en dessous du taux de 80% utilisé par GAVI pour valider le système d'un pays. Plusieurs raisons expliquent ce taux, notamment :

- L'absence ou manque de feuilles de pointage relatives à la période auditée,
- La mauvaise tenue des registres de vaccination infantile dans certains centres de santé,
- Les erreurs de transcription des données des fiches de pointage lors de l'établissement des rapports mensuels,
- Le manque de formation de personnel de certains CS,
- Un mauvais rapportage des données de la vaccination, par exemple, le nombre de doses utilisées rapportées comme étant le nombre d'enfants vaccinés,
- Feuilles de pointage et registres de vaccination d'un CS écartés par l'équipe d'audit.

Index de la qualité du système

Au terme de nos travaux, un coefficient de 62,3% a été mesuré pour la qualité du système au niveau national. Ce taux correspond au pourcentage de réponses affirmatives données suite à l'administration d'un questionnaire portant sur la conception du système, l'enregistrement, le rapportage et l'archivage, les questions relevant du dénominateur, le monitoring et l'évaluation. Les notes obtenues par thème sont comme suit :

- i. Conception du système – 2,69/5
- ii. Enregistrement – 2,14/5
- iii. Rapportage et archivage – 2/5
- iv. Questions relevant du dénominateur – 2,50/5
- v. Monitoring et évaluation – 4,44/5

Conception du système

Observations	<ol style="list-style-type: none">1. Le Rapport Mensuel d'Activités actuellement utilisé ne requiert pas le calcul des taux de pertes de vaccins bien que ces données soient disponibles dans le rapport à travers les doses utilisées et administrées par antigènes que doivent indiquer les travailleurs de santé. De même, les effets adverses suite à la vaccination ne sont pas rapportés par les niveaux inférieurs.2. Les registres de stocks n'étaient pas complets pour tous les antigènes pour la période audité. De plus il n'y a pas de contrôle effectué par numéro de lot.
Recommandations	<ol style="list-style-type: none">1. Les nouveaux formulaires de rapportage qui seront utilisés dans les mois à venir devront être disponibles le plus rapidement possible, ceci afin de permettre un monitoring des taux de pertes des vaccins pour chaque antigène. Ce nouveau formulaire comprendra aussi une partie concernant les effets adverses de la vaccination. Une formation sur l'utilisation du nouveau formulaire devra être donnée au personnel.2. Des fiches de stock doivent être tenues à jour pour tous les antigènes, avec les numéros de lot et la date de péremption.
Commentaires des auditeurs externes	<ol style="list-style-type: none">1. Au cours de nos travaux, nous avons appris que l'EPISTAT travaillait sur la modification du format du rapport mensuel d'activités qui sera distribué dans un futur proche, et qui comprendra le calcul du taux de pertes de vaccins et le rapportage des éventuels effets adverses de la vaccination.2. La fiche de stock actuellement utilisée ne comporte pas de marge pour noter des renseignements sur le numéro de lot. La marge existante « pour commentaires » pourrait être utilisée dans un premier temps afin de noter ces informations. Dans un deuxième temps, les fiches de stocks devront être modifiées afin qu'elles y figurent.
Commentaires PEV	

Enregistrement

Observations	<ol style="list-style-type: none">1. Le stock de DTC n'était pas à jour lors de notre visite (les dernières entrées et sorties n'y figuraient pas).2. Certains centres de santé ne disposaient pas de la feuille de pointage en vigueur. Les centres de Twizere et de POLYCEB dans la province de Bujumbura Mairie n'en avaient jamais reçu.3. Par ailleurs, ces 2 CS n'avaient pas été supervisés par le niveau supérieur depuis plus de 5 ans.
Recommandations	<ol style="list-style-type: none">1. Les entrées et sorties de stock doivent être enregistrées dans les 24 heures qui suivent l'opération. Cela permettra à tout moment d'effectuer des rapprochements entre les stocks théorique et physique.2. Le niveau national doit s'assurer que tous les centres soient munis de tous les formulaires/rapports nécessaires à leurs tâches journalières.3. Cela peut se faire à travers des communications plus régulières et directes avec les niveaux inférieurs (Districts/provinces et/ou CS) ainsi qu'avec des supervisions régulières sur le terrain.
Commentaires des auditeurs externes	La communication directe avec les différents niveaux inférieurs permet de connaître leurs éventuels manques et besoins. La supervision permet de minimiser les erreurs et de promouvoir la transmission du savoir.
Commentaires PEV	

Rapportage et archivage

Observations	<ol style="list-style-type: none">1. L'EPISTAT ne contrôle pas la promptitude des rapports reçus.2. Il n'y a pas de procédures écrites pour la sauvegarde des données informatiques, pour le transfert des données entre ordinateurs, ni pour l'archivage d'une copie de sauvegarde hors des locaux de l'EPISTAT. Les données saisies pour l'année 2004 n'avaient pas encore été sauvegardées sur un support externe au moment de notre visite à la mi-mars 2004, (alors que les rapports de janvier 04 devaient être reçus si la règle des 15 jours est suivie).3. On ne pratique pas de mise à jour des antivirus. A l'EPISTAT où les données sont conservées, 1 ordinateur sur 9 possédait un antivirus à jour.
Recommandations	<ol style="list-style-type: none">1. La tenue d'un cahier pour gérer la promptitude des rapports reçus.2. La formulation de procédures écrites pour la sauvegarde des données, le transfert des données entre ordinateurs, et l'archivage d'une copie de la sauvegarde hors des bureaux de l'EPISTAT. Les transferts entre ordinateurs doivent être effectués régulièrement afin que les données disponibles sur tous les ordinateurs soient à jour.3. L'utilisation de versions récentes d'antivirus afin de minimiser le risque de perte de données. Cela s'applique aussi à tous les districts/provinces pourvus en ordinateurs.
Commentaires des auditeurs externes	Ces recommandations visent à améliorer le système déjà existant et surtout à ce qu'il n'y ait pas de pertes de données. Les données des années passées sont déjà gravées sur CD-ROM.
Commentaires PEV	

Questions relevant du dénominateur

Observations	<ol style="list-style-type: none">1. Six districts/provinces avaient un taux de couverture de plus de 100% en DTC 3 en 2002: Bujumbura Mairie, Cibitoke, Karusi, Kirundo, Mwaro et Ngozi.2. Le PEV ne prend en considération que les « enfants survivants » dans le calcul, alors que les autres programmes de santé basent leur calcul sur les « naissances vivantes ».3. Le dernier recensement de la population date de 1990. Un taux d'accroissement de 3% est appliqué depuis, chaque année.4. Le dénominateur trouvé à Kirundo est différent de celui trouvé au niveau national – 18,895 à la Province et 21,235 au niveau national.
Recommandations	Le dénominateur différent trouvé à Kirundo est du à une confusion au niveau des secteurs de la province. Les chefs de secteur ne semblaient pas maîtriser le concept du dénominateur et semblaient nécessiter une formation sur ce thème.
Commentaires des auditeurs externes	Une formation sur le concept de la population cible de même que sur les objectifs de la vaccination est essentielle pour tous les travailleurs de santé. La prise de conscience de ces renseignements permettra un meilleur rapportage et un meilleur suivi à tous les niveaux.
Commentaires du PEV	

Monitoring et évaluation

Observations	<ol style="list-style-type: none">1. Absence de usuel formel (résumé écrit/ procès verbal des réunions) pour la rétro information routinière.2. Absence (dans les districts/provinces visités) ou peu (selon les discussions au niveau national) de supervision effectuée dans tous les niveaux inférieurs.3. Malgré le fait que des tableaux de courbes de couvertures soient produits à tous les niveaux, nous constatons que de façon générale aux niveaux inférieurs ces graphiques sont établis machinalement et que les effectifs ne savent pas les interpréter.
Recommandations	<ol style="list-style-type: none">1. La rétro-information routinière doit systématiquement être écrite et surtout diffusée aux niveaux inférieurs dans un but d'amélioration continue.2. Des supervisions régulières sont essentielles. Ces supervisions doivent se faire à tous les niveaux et pas uniquement au niveau immédiatement inférieur. Si la supervision est bien faite, elle permet une formation et un renforcement des capacités. Toute supervision doit être consignée dans un cahier de supervision se trouvant au lieu visité afin qu'un suivi puisse être fait.3. Une formation doit être faite aux niveaux inférieurs afin de permettre à tout le personnel de bien comprendre les tableaux de couverture vaccinale et ainsi en interpréter les données.
Commentaires des auditeurs externes	Nous insistons aussi sur la nécessité de formats écrits et d'une rétro-information régulière aux niveaux inférieurs.
Commentaires PEV	

Taux de perte

Le taux de perte au niveau national (le taux de perte systémique) ne peut être calculé pour l'année 2002 étant donné que les fiches de stock pour l'année audité étaient incomplètes. Ce taux de perte systémique concerne uniquement le stock de vaccins se trouvant au PEV et ne reflète pas les difficultés rencontrées dans les différents CS.

Surveillance des effets adverses de la vaccination

Le pays ne dispose pas pour le moment d'un format de rapportage pour les effets adverses de la vaccination, cependant des mesures ont été prises pour que le nouveau format de rapportage qui sera diffusé dans les mois à venir contienne ces informations.

Monitoring des fournitures

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

Taux de complétude des rapports

Le taux de complétude des rapports des provinces ne peut être calculé car les provinces ne transmettent que les rapports de leurs secteurs et non un rapport global pour la province.

Taux de couverture rapporté du DTC 3 - évolution

Le taux de couverture rapporté du DTC 3 en 2002 a été de 94,5% contre 64,4% en 2001 (enfants survivants), soit une augmentation dans le nombre des vaccinés de 71,789. Cela est grandement dû aux séances de rattrapage qui ont eu lieu dans les derniers mois de l'année 2002.

Recensement des naissances à domicile

Le pays ne dispose pas actuellement des données concernant les naissances à domicile alors qu'il semblerait que beaucoup d'accouchements se font à la maison. Nous encourageons le niveau national à conseiller aux districts/provinces et aux CS d'effectuer un recensement auprès des accoucheuses traditionnelles et d'encourager celles-ci à informer les CS de toute nouvelle naissance. Dans certains CS visités l'implication des « comités de santé » permet aussi d'augmenter le nombre d'enfants vaccinés. En ce sens que ces comités peuvent encourager un recensement des nouveau-nés et à travers cela de la vaccination infantile.

District/province – Constats et recommandations

Points forts

Quatre districts/provinces ont été visités au cours de ce CQD : Bujumbura Mairie, Gitega, Kirundo et Mwaro.

Les provinces de Kirundo et de Mwaro ont déjà une procédure de supervision des CS bien établie, et programment les dates de visites quelques mois à l'avance.

Exactitude des données

Districts/provinces (DTC 3 < 1 en 2002)	Bujumbura Mairie	Gitega	Kirundo	Mwaro
Tabulation à niveau national	13,964	24,188	23,971	9,486
Rapportée au niveau national	13,968	24,034	22,687	8,261
Rapportée au niveau districts/provinces	13,748	24,218	22,272	9,495
Tabulation districts/provinces	13,961	24,406	24,938	9,495
CS éligibles	13,764	16,305	24,884	8,739

Un cas de sur-rapportage des chiffres a été relevé au CS POLYCEB (Bujumbura Mairie) qui rapportait les doses de DTC 3 utilisées comme étant le nombre de DTC 3 administré. Cette « inflation » est d'autant plus prononcée que le CS ne pratique pas de sessions de vaccination mais plutôt des séances individuelles, ce qui tend à augmenter le nombre de doses utilisées.

Index de la qualité du système et principaux indicateurs

Les résultats du CQD concernant ces districts/provinces sont comme suit :

District/province	Index de qualité du système	Taux d'abandon DTC1 à DTC 3	Taux de perte
Bujumbura Mairie	59,4%	14,7%	0,0%
Gitega	71,0%	15,1%	0,0%
Kirundo	35,1%	10,0%	Non disponible
Mwaro	75,0%	3,7%	0,0%

Qualité du système – détail (note sur 5)

District/province	Enregistrement	Rapportage et archivage	Monitoring et évaluation	Questions relevant du dénominateur
Bujumbura Mairie	3,89	1,67	2,50	3,00
Gitega	3,75	3,33	3,00	4,00
Kirundo	1,67	1,88	0,50	3,00
Mwaro	4,44	5,00	2,50	4,00

Le calcul de l'index de la qualité du système des districts/provinces n'a pas produit des résultats homogènes, notamment à Kirundo ou l'indisponibilité des données concernant les stocks de vaccins de même que l'absence de tableaux de couverture ont baissé sensiblement l'index de qualité du système.

Les explications que nous avons obtenues, de différentes sources, concernant les taux d'abandon sont qu'il y a eu des déplacements massifs de population au cours de l'année audité et aussi que les aires d'attraction sont proches les unes des autres et les parents s'y rendent indifféremment.

Un taux de perte n'a pu être calculé à Kirundo car les fiches de stock n'y sont pas tenues.

Archivage et rapportage

Observations	<ol style="list-style-type: none">1. La province de Kirundo n'avait pas de procédure écrite pour la sauvegarde des données saisies sur ordinateur et dans tous les cas la dernière sauvegarde n'avait pas eu lieu depuis moins d'un mois.2. Les données de la province de Kirundo n'ont pas été sauvegardées sur support externe (diskette ou cd). Cela peut occasionner des pertes de données en cas de virus informatique, surtout que nous n'avons pas vu d'antivirus récent en utilisation dans la province.3. Des quatre districts/provinces visitées, seule la Province de Kirundo utilisait un ordinateur, cependant il n'y avait pas date de création du fichier d'archive (car il n'y avait pas d'archive informatisé) ni même sur les fichiers imprimés.
Recommandations	<ol style="list-style-type: none">1. Une procédure écrite doit être adoptée au niveau de la province afin qu'il y ait sauvegarde des données informatiques de façon régulière et pour le transfert de ces données vers d'autres ordinateurs. La mise à jour et l'utilisation d'un antivirus permettraient de réduire le risque de perte de données.2. La sauvegarde régulière des données informatiques sur support externe (disquette/cd rom) est essentielle. Ces supports doivent être gardés hors du bureau afin d'éviter une perte complète de toutes les données.3. Une date d'impression sur les fichiers permet de reconnaître les mises à jour d'un même fichier et éviter les confusions entre les différentes versions disponibles. La majorité des districts/provinces utilisent MS Excel pour la compilation des données, qui comporte une option permettant à l'utilisateur d'inscrire la date d'impression sur le fichier imprimé.
Commentaires des auditeurs externes	Toutes les provinces utilisant des ordinateurs pour la sauvegarde de leurs données doivent être conscientes de l'importance des antivirus et de la sauvegarde régulière sur un fichier externe.
Commentaires PEV	

Enregistrement

Observations	<ol style="list-style-type: none">1. A l'exception de Bujumbura Mairie, aucun district/province ne contrôlait la promptitude des rapports reçus des CS.2. La province de Kirundo ne tient pas de fiches ou de registre de stock pour les antigènes et le matériel PEV.3. Le stock de DTC de Bujumbura Mairie n'était pas à jour. Concernant l'année 2002, Bujumbura Mairie, Gitega et Mwaro avaient complètement enregistré la réception des vaccins DTC.4. Le numéro de lot et/ou la date de péremption ne sont généralement pas mentionnés dans les fiches de stock utilisées au niveau des districts/provinces.5. Les feuilles de pointage utilisées dans les CS de Rwisabi dans la province de Gitega et celui de POLYCEB dans la province de Bujumbura Mairie n'étaient pas les mêmes que celles utilisées dans tous les autres CS visités.
Recommandations	<ol style="list-style-type: none">1. La tenue d'un registre permettrait aux provinces de gérer la promptitude des rapports reçus et surtout de relancer les CS dont les rapports sont en retard.2. - 4. Les entrées et sorties de stock doivent être enregistrées dans les 24 heures qui suivent cette opération. Cela permettra à tout moment d'effectuer des rapprochements entre les stocks théorique et physique. Les fiches de stocks doivent aussi inclure les détails des numéros de lot et les dates de péremption. Les lots doivent être séparés physiquement et une fiche distincte tenue pour chacun.5. Les districts/provinces doivent prendre les mesures utiles afin que le manque de formulaire ne se reproduise plus. Cela peut se faire à travers des communications plus régulières et directes avec les CS et des supervisions régulières sur le terrain. En l'absence des formulaires les données des districts/provinces sont incomplètes car la recherche des abandons ne peut être effectuée. Les districts/provinces doivent s'assurer que tous leurs CS utilisent le même format de feuille de pointage et qu'à chaque session de vaccination corresponde une feuille de pointage.



Commentaires des auditeurs externes	<p>Une formation du personnel quant à l'utilisation de fiches de stock permettrait une meilleure gestion du stock de vaccins et du matériel PEV. En outre cela permettrait de s'assurer de l'uniformité des procédures de toutes les structures concernées.</p> <p>Le cas du CS de Rwisabi est particulier du fait qu'un cahier est tenu pour le pointage et que les rapports mensuels d'activités sont recopiés, cela afin de représenter la copie devant rester au CS. Nous recommandons toute fois à la province de s'assurer que les formulaires soient disponibles dans tous les CS en quantité appropriée.</p>
Commentaires PEV	

Questions relatives aux dénominateurs

Observations	<ol style="list-style-type: none">1. Le dénominateur utilisé pour les enfants de moins d'un an à la province de Kirundo ne correspondait pas à celui utilisé au niveau national – 18,895 à la province contre 21,235 au niveau national. En effet le moyen de calcul du dénominateur ne semblait pas clair pour les responsables.2. Les cartes des 4 provinces sont généralement incomplètes ou pas à jour. Ainsi des détails tels que le dénominateur, de la population cible, et du type de stratégie adopté n'y figurent pas.3. Toutes les provinces visitées ne pratiquaient que la stratégie de vaccination en poste fixe.
Recommandations	<ol style="list-style-type: none">1. Utilisation du même taux d'accroissement à tous les niveaux afin d'avoir des taux de couverture cohérents à chaque niveau de rapportage et ainsi de permettre une prise de décisions plus facile. Cela permettra par exemple d'éviter la co-existence de plusieurs taux de couverture pour le même antigène à chaque niveau de rapportage.2. La carte sanitaire des districts/provinces doit présenter des données à jour sur les différents CS s'y trouvant et des détails tels que le dénominateur, la population cible, et le type de stratégie adopté. Ces cartes doivent être distribuées aux CS pour qu'ils soient au courant de leur zone d'attraction.
Commentaires des auditeurs externes	Une formation sur le concept de la population cible de même que sur les objectifs de la vaccination est essentielle pour tous les travailleurs de santé. La prise de conscience de ces éléments permettra un meilleur rapportage à tous les niveaux.
Commentaires PEV	

Monitoring et évaluation

Observations	<ol style="list-style-type: none">1. Un district/province sur les quatre visitées (Gitega) n'avait pas affiché un tableau/diagramme à jour de la couverture vaccinale pour l'année en cours.2. En revanche, seule la province de Gitega avait affiché un tableau de monitoring du taux d'abandon pour l'année en cours.3. Aucun district/province ne pratique une surveillance des pertes de vaccin au niveau des CS.4. Seules les provinces de Gitega et de Mwaro pratiquaient un monitoring des ruptures de stock de vaccins dans les CS.5. Toutes les provinces ont un programme de supervision des CS, mais le contenu des visites doit être consigné dans un cahier afin de laisser une trace écrite de la supervision.6. Deux provinces sur les quatre visitées – Kirundo et Mwaro - ne pratiquent pas un enregistrement et une surveillance de la complétude et de la promptitude des rapports reçus des CS. Il est à noter que beaucoup de rapports reçus ne sont pas signés et datés lors de leurs réceptions. Cela ne permet pas de suivre la promptitude des rapports reçus.7. Deux provinces sur les quatre visitées – Gitega et Kirundo – ne font pas de rétro information écrite régulière aux CS.
--------------	--

Recommandations	<p>1-4 Les districts/provinces doivent pratiquer un suivi de la performance des CS. L'utilisation de tableaux/diagrammes donne rapidement une idée de la situation et permet de prendre les mesures visant à améliorer les performances de ces CS et même du district/province. Des mesures peuvent ainsi être prises pour éviter qu'il y ait pénurie de vaccins ou pour planifier les sessions de vaccination par exemple une fois par semaine au lieu de 3, ce qui peut réduire les taux de perte. Aussi nous avons constaté que dans certains cas où les tableaux de couvertures étaient préparés, ils l'étaient de façon machinale sans qu'il y ait interprétation ni compréhension du contenu.</p> <p>La fréquence et le contenu des visites de supervisions doivent être améliorés. Dans les provinces de Bujumbura Mairie et de Mwaro, on ne tient aucune trace écrite aux CS. Cela peut avoir pour conséquence notamment que les améliorations suggérées ne soient pas mises en place ou retenues entièrement.</p> <p>Les rapports de CS reçus à la Province doivent être signés et datés dès réception. Cela permettra un contrôle sur la promptitude et la complétude des rapports et améliorera la qualité de l'information transmise au niveau national.</p> <p>Tous les provinces/secteurs doivent fournir de la rétro-information régulière et écrite aux niveaux inférieurs.</p>
Commentaires des auditeurs externes	Une formation et une supervision régulières devraient permettre de corriger tous les points mentionnés ci-dessus.
Commentaires PEV	

Surveillance des effets adverses de la vaccination

Le pays ne dispose pas pour le moment d'un format de rapportage pour les effets adverses de la vaccination. Cela fait partie des améliorations prévues pour les nouveaux formulaires de rapportage.

Complétude des rapports

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

Districts/provinces	Bujumbura Mairie	Gitega	Kirundo	Mwaro
Rapports du district/province au niveau national	100%	100%	100%	100%
Rapports des centres de santé au districts/provinces	85,1%	122,5%	89,8%	100%

Les rapports de district/province représentent en fait les rapports des secteurs composant les provinces (cf. page 11).

Le cas de Gitega est particulier dans le sens où, bien que lors de l'échantillonnage les rapports de synthèse des secteurs faisaient mention de 30 à 37 CS se rapportant au secteur, selon le mois. A titre d'exemple, selon le rapport des secteurs de la province de Gitega de janvier, 34 CS avaient envoyé leur rapport mensuel tandis que pour le mois de juin, 30 avaient envoyé leur rapport mensuel. L'échantillonnage des CS ayant eu lieu à Bujumbura comme expliqué ci-dessus (cf. page 3), nous n'avons reçu que les doses de DTC 3 < 1 an de 27 CS. C'est ainsi que le nombre de rapport théorique, soit 27 par mois pour 12 mois est inférieur à ce qui a été reçu en réalité.

Centres de Santé – Constats et recommandations

Points forts

24 CS ont été visités au cours de ce CQD et nombreux sont ceux qui nous ont agréablement surpris en prenant des mesures permettant de faire face à certaines pénuries, notamment de registres et de feuilles de pointage. Tel le CS de Rwisabi dans la province de Gitega où les données du rapport mensuel sont tenues sur un registre tandis qu'un cahier est tenu pour le pointage journalier car ce CS n'avait pas été fourni en formulaires relatifs à la vaccination. Aussi plusieurs CS ont un système pour se tenir informé des nouvelles naissances à domicile dans leur zone cible à travers un recensement des accoucheuses traditionnelles, et s'assurent ainsi que les nouveaux-nés hors des CS sont vaccinés.

Il est à noter que tous les CS font clairement la distinction entre les vaccinations dispensées aux enfants de moins d'un an et aux enfants de plus d'un an.

Exactitude des données

Le registre et les feuilles de pointage de 2002 avaient visiblement été refaits au CS Mutumba dans la province de Mwaro. De ce fait, l'équipe d'audit les a écartés du recomptage.

Les autres facteurs ayant affecté l'exactitude des données envoyées aux districts/provinces sont :

- La mauvaise tenue du registre de vaccination infantile dans certains CS. Certains centres tels Twizere et Vumbi, cochent simplement la vaccination effectuée au lieu d'en inscrire la date dans le registre de vaccination, ce qui ne permet pas de tracer l'histoire vaccinale de l'enfant ;
- L'absence de feuilles de pointage;
- Les erreurs de transcription de données des fiches de pointage lors de l'établissement des rapports mensuels;
- Le manque de formation du personnel dans certains CS ;
- Le mauvais rapportage du nombre de doses utilisées comme étant le nombre d'enfants vaccinés.

Index de la qualité du système (moyenne des CS)

	Enregistrement	Rapportage et archivage	Monitoring et évaluation
District/province de Bujumbura Mairie (moyenne)	1.85	1.39	0.21
District/province de Gitega (moyenne)	2.90	3.33	2.59
District/province de Kirundo (moyenne)	2.18	3.61	2.69
District/province de Mwaro (moyenne)	3.19	4.17	2.50

Les faibles performances des CS en matière d'enregistrement et de monitoring sont généralement dues à l'absence des feuilles de pointage pour l'année audité de même qu'une gestion inadéquate des stocks de vaccins (voir nos observations et recommandations pour l'enregistrement ci-après).

Dans le cas du monitoring la recherche active des abandons n'est pas encore effectuée de manière systématique par les CS de même que le suivi des taux d'abandon et des taux de perte de vaccins (voir nos observations et recommandations pour le monitoring et l'évaluation ci-après). Dans le cas de la province de Bujumbura-Mairie, le faible taux est dû au fait que les CS n'ont pas de population cible, le nombre de CS y étant plus important que dans les autres provinces. Les CS de Bujumbura-Mairie aurait cependant pu prendre comme objectif leurs performances des années précédentes.

En ce qui concerne l'archivage, les archives de certains CS ont été endommagées pendant les troubles qui ont affecté le pays pendant les années précédant le CQD.

Enregistrement

Observations	<ol style="list-style-type: none">1. Les rapports mensuels de CS POLYCEB à la province Bujumbura Mairie sont préparés sur la base du nombre de doses utilisées pendant le mois. Ceci signifie qu'il y a eu sur-rapportage pour tous les vaccins rapportés car les données incluent les pertes de vaccins. La situation est encore soulignée par le fait que la vaccination se fait sur une base individuelle et non par session;2. Le registre et les feuilles de pointage avaient été refaits au CS Mutumba dans la province de Mwaro, tandis qu'au CS Rushubije 2 feuilles de pointage étaient tenues en même temps. Au CS Bunyari, la date de la prochaine visite n'est pas notée systématiquement sur la carte infantile.3. Dans le cas du CS Rwisabi, les données de la vaccination ont été notées sur des registres et des cahiers (les niveaux supérieurs ne fournissant pas les formulaires nécessaires);4. Les dates de vaccination ne sont pas notées dans le registre dans 3 CS : CS Vumbi, CS ABUBEF Rohero et CS Twizere. L'équipe d'audit a donc écarté ces données au moment du recomptage. Dans le registre de vaccination dans le cas de 2 CS, CS Songa et CS POLYCEB, une nouvelle dose est considérée comme une nouvelle entrée (c-à-d comme un nouvel enfant vacciné). De ce fait il est impossible de suivre l'histoire vaccinale de l'enfant.5. Malgré la présence de réfrigérateurs aux CS, les fiches de stock étaient inexistantes pour les vaccins et le matériel du PEV dans la majorité du CS (seules 13 sur 24 CS visités avaient des fiches de stocks). Aucun inventaire physique n'a été effectué pour rapprocher le stock théorique au stock physique.6. 4 sur 6 CS visités dans la province de Mwaro n'avaient pas de réfrigérateur fonctionnel au moment de la visite. Les feuilles de contrôle du réfrigérateur étaient aussi manquantes ou incomplètes dans plusieurs CS;7. Seul le CS Buraza de la province Gitega pratique une gestion des stocks de vaccins par numéro de lot.
--------------	---

Recommandations	<p>1-5 Les niveaux supérieurs doivent améliorer la fourniture de feuilles de pointage et de formulaires mensuels aux CS. Les registres devront être tenus parallèlement et les dates de prochain rendez-vous indiquées au crayon sur la carte de l'enfant. La tenue de ces feuilles doit se faire pour chaque session de vaccination. L'histoire vaccinale d'un enfant doit pouvoir être lue à partir de la carte infantile ou des registres de vaccination, d'où l'importance de ne pas enregistrer des nouvelles doses comme étant de nouvelles entrées et de bien enregistrer la date de naissance de l'enfant ou au minimum son âge en mois.</p> <p>5 -7 Le gestionnaire du stock doit tenir des fiches de stock et noter au fur et à mesure les arrivées et les sorties de stocks. La fiche de stock devra contenir les informations suivantes: le type d'antigène, la date d'arrivée et de sortie et la quantité, la date de péremption, le numéro de lot de l'antigène, les pertes d'antigènes. Des fiches de stocks détaillées doivent aussi être tenues pour le matériel d'injection. Des inventaires physiques réguliers permettront de confronter les soldes réels aux stocks théoriques. Les feuilles de température de réfrigérateur doivent être tenues au jour le jour. La température doit être prise matin et soir afin de s'assurer du bon fonctionnement du réfrigérateur.</p>
Commentaires des auditeurs externes	<p>Une formation sur la tenue des fiches de stocks, des registres et des feuilles de pointage est essentielle dans tous les CS. Cette formation devra concerner tout le personnel et non pas uniquement les chefs de centres. Celle-ci devra aussi couvrir tous les aspects de la vaccination. Nous avons constaté au cours de notre mission qu'il n'y a pas eu de transmission de la compétence lors des transferts de personnel.</p>
Commentaires PEV	

Rapportage et archivage

Observations	Plusieurs CS notamment ceux de Rwisabi, POLYCEB, Mwizere et Twizere ne possédaient pas les formulaires relatifs à la vaccination pour l'année auditée. Dans certains cas les feuilles de pointage manquaient et dans d'autres les rapports mensuels manquaient.
Recommandations	Une copie des rapports envoyés à la province doit être gardée au CS. Les registres et les feuilles de pointage doivent être bien archivés au CS.
Commentaires des auditeurs externes	Bien que nous soyons conscients qu'une partie des archives a disparu au cours des périodes de troubles politiques, nous avons quand même constaté que dans certains centres, la tenue des archives laissait à désirer avec pour résultat un certain nombre de rapports manquant au cours de l'audit.
Commentaires PEV	

Monitoring et évaluation

Observations	<ol style="list-style-type: none">1. Bien que la majorité des CS visités possédaient de tableaux/diagrammes montrant leur couverture vaccinale, le personnel ne savait pas comment en interpréter les résultats. A noter qu'aucun CS de la province Bujumbura-Mairie ne possédait ces tableaux car le nombre de CS s'y trouvant est plus élevé que dans les autres provinces et ainsi ces CS n'ont pas une zone d'attraction propre à chacun.2. Aucun des CS visités au cours de ce CQD ne savait comment calculer le taux d'abandon et le taux de perte de vaccins.3. Certains CS sont peu ou pas au courant des nouvelles naissances à domicile.4. La majorité des CS visités au cours de ce CQD ne font pas de recherche active des abandons à travers l'utilisation efficiente du registre de vaccination.5. Deux des CS visités dans la province de Bujumbura-Mairie, notamment POLYCEB et Twizere, n'ont pas été supervisés depuis plus de 5 ans.
Recommandations	<ol style="list-style-type: none">1-3 Une formation complète ainsi que des supervisions régulières aux CS permettraient de former leur personnel et les familiariser avec les outils de gestion à leur disposition tels que les courbes de couverture vaccinale, les taux d'abandon, les taux de perte et l'interprétation de ces taux.4 L'utilisation de registres correctement tenus facilite la recherche active des abandons et permet de ramener les absentéistes. L'implication des accoucheuses traditionnelles et des agents de santé faciliterait la recherche active des abandons.5 Tous les CS doivent être supervisés par les niveaux supérieurs, de façon régulière.
Commentaires des auditeurs externes	Une supervision régulière par les niveaux supérieurs peut aussi servir de formation si elle est bien faite. La supervision doit être formative et non « corrective ».
Commentaires PEV	

Taux d'abandon DTC 1 à DTC 3

District/province de Bujumbura Mairie	Taux d'abandon	District/province de Gitega	Taux d'abandon
ABUBEF Ruhero	8.7 %	Rwisabi	16.1 %
POLYCEB	N/a	Gitega	30.3 %
ABUBEF Buyenzi	10.9 %	Buraza	13.6 %
Ngagara	9.0 %	Rutoke	25.9 %
Mwizere	32.3 %	Songa	39.6 %
Twizere	N/a	Mubuga	13.3 %
District/province de Kirundo	Taux d'abandon	District/province de Mwaro	Taux d'abandon
Vumbi	- 12.7 %	Mutumba	- 24.3 %
Marembo	- 32.6 %	Kibungere	- 11.9 %
Vyanzo	12.7 %	Nyabihanga	15.6 %
Nyagisozi	- 12.6 %	Bisoro	19.6 %
Rushubije	14.0 %	Gisozi	11.9 %
Bunyari	42.6 %	Ndava	14.0 %

Les taux d'abandon négatifs relèvent généralement de CS avec un nombre élevé d'enfants de passage venant d'autres zones d'attraction et démontrent aussi l'accessibilité du CS.

Dans le cas de POLYCEB et Twizere, aucun rapport n'a été trouvé dans les CS.

Taux de perte (DTC)

Aucun des 24 CS visité ne contrôlait le taux de perte de vaccins.

Surveillance des effets adverses de la vaccination

Le pays ne dispose pas pour le moment d'un format de rapportage pour les effets adverses de la vaccination dans le rapport mensuel d'activité actuellement utilisé. Par contre, le nouveau formulaire qui sera mis en utilisation dans les prochains mois prend en considération cet aspect de la vaccination.

Complétude des rapports

Des 24 CS visités, 6 avaient un taux de complétude pour l'année 2002 de moins de 100 % notamment ABUBEF Ruhero, POLYCEB, Twizere et Mwizere pour la province de Bujumbura-Mairie, Bunyari et Marembo pour la province de Kirundo. L'explication donnée dans tous ces cas était la crise politique ayant affecté le pays au cours des années précédentes.

Contraintes d'ordre logistique, de délais ou autres

Le CQD a débuté dans la province de Mwaro sans avoir obtenu le 'security clearance' de l'UNICEF car cela nous aurait fait perdre 2 à 3 jours. Les détails nécessaires à l'obtention du 'clearance' avaient été envoyés un mois avant notre arrivée sur le terrain mais le 'clearance' n'avait pas été fait. En ce qui concerne les Provinces de Gitega et de Kirundo, nous avons dû faire l'échantillonnage dans les locaux de l'UNICEF afin de prédéterminer les CS à visiter pour d'obtenir le 'security clearance'. Ces Provinces étaient donc au courant des jours de visites des CS.

Une autre cause de délai a été la nomination tardive des auditeurs nationaux, l'un des premiers nommés s'étant désisté dès le début de la mission.

APPENDIX 1. Immunisation Core Indicators audited at national level

Number of districts in the country:	JRF:	Reported at the time of the audit:	Comments
Core indicator	JRF	Reported at the time of the audit	
Districts with DTP3 coverage $\geq 80\%$ N	16/17	15/17	Reported at the time of audit refers to 2003 figures. There were no changes in the 2002 figures.
(admin, DTP3<1) %	94%	88%	
Districts with measles coverage $\geq 90\%$ N	0	5/17	
(admin measles<1) %	0%	30%	
Districts with DOR < 10% N	4/17	14/17	
(admin, DOR DPT1 DPT3) %	23.5%	82%	
Comments			
Type of syringes used in the country*	AD syringes in all districts	AD syringes in all districts	

% of districts that have been supplied with adequate (equal or more) number of AD syringes for all routine immunizations (less OPV) during the year	100%	100%	
Comments			

Core indicator	JRF	Reported at the time of the audit	comments
Introduction of Hepatitis B (yes /no when/ partially/ specify presentation)*	Not yet introduced	As from February 2004	
Introduction of Hib (yes /no when/ partially/ specify presentation)*	Not yet introduced	As from February 2004	
Country wastage rate of DTP	19%	5.5%	Figures relate to 31 December 2003
Country Wastage rate of Hep B vaccine	Not applicable	Not applicable	
Country Wastage rate of Hib vaccine	Not applicable	Not applicable	
Comments			
Interruption in vaccine supply (any vaccine) during the audit year at national stock			

How many districts had an interruption in vaccine supply (any vaccine) during the audit year	None	In May 2003, stock out of BCG.	
Comments			
% district disease surveillance reports received at national level compared to number of reports expected (routine reporting of VPD)	Not available	Not available	
% of district coverage reports received at national level compared to number of reports expected	Not available	Not available	
% of district coverage reports received on time at national level compared to number of reports expected		Can not be calculated	Provinces do not send a consolidated report of the secteurs. As such % of district reports received cannot be calculated. The provinces send the 'secteur' report to the national level for compilation by the 15 of the following month. Compilation of data is done at EPISTAT.
Comments			
Number of districts which have been supervised at least once by higher level during the audit year		17	District here refers to Provinces.
Number of districts which have supervised all HUs during the audit year	Not available	Not available	
Comments			



Number of districts with microplans	17/17	17/17	
Including routine immunization			
Comments			

APPENDIX 2. Immunization Core Indicators audited at district level

BUJUMBURA MAIRIE

Indicator		Information at National Level	Information at the district level
District DTP3 coverage	N	13,964	13,961
(last tabulation available)	%	100.33	100
District measles coverage	N	11,146	11,156
(last tabulation available)	%	80.09	80
District drop-out (DTP1-3)		14.7%	14.60%
No syringes supplied in 2002 to the district		AD syringes – 13,000 BCG syringes – 16,000 10ml syringes – 80 2 ml syringes – 2,000	Not available
Total immunization given in 2002 (less OPV)		88,769 excluding DTP4	71,842 excluding DTP4
No district coverage reports received / sent		N/A since report sent by secteurs	12 / 12
No district coverage reports received on time / sent on time		N/A since report sent by secteurs	12 / 12

No district disease reports sent (regular VPD reporting)	N/A since report sent by secteurs	12 / 12
No HU coverage reports received / sent		12 / 12
No HU coverage reports received / sent on time		N/A, no time control
Any district vaccine stock-out in 2002?	None	None
If yes specify which vaccine and duration	N/A	N/A
Has the district been supervised by higher level in 2002	Yes	Yes
Has the district been able to supervise all HUs in 2002	Not known at national level	Yes
Did the district have a microplan for 2002	Yes	Yes

GITEGA

Indicator		Information at the national level	Information at the district level
District DTP3 coverage	N	24,188	24,406
(last tabulation available)	%	93.05	94%
District measles coverage	N	17,744	19,279
(last tabulation available)	%	68.26	74%
District drop-out (DTP1-3)		15.6%	15.1%

No syringes supplied in 2002 to the district	AD syringes 731,000 BCG syringes 34,500 5 ml – 5,000 10 ml – 500	AD syringes 100,000 BCG syringes 28,000
Total immunization given in 2002 (less OPV)	164,670 excluding DTP4	100,170 excluding DTP4
No district coverage reports received / sent	N/A since report sent by secteurs	3 secteurs X 12 / 3 secteurs X 12
No district coverage reports received on time / sent	N/A since report sent by secteurs	3 secteurs X 12 / 3 secteurs X 12
No district disease reports sent (regular VPD reporting)	N/A since report sent by secteurs	3 secteurs X 12 / 3 secteurs X 12
No HU coverage reports received / sent		3 secteurs X 12 / 3 secteurs X 12
No HU coverage reports received / sent on time		N/A, no time control
Any district vaccine stock-out in 2002?	None	None
If yes specify which vaccine and duration	N/A	N/A
Has the district been supervised by higher level in	Yes	Yes
Has the district been able to supervise all HUs in	Not known at national level	Yes
Did the district have a microplan for 2002	Yes	No

KIRUNDO

Indicator		Information at the national	Information at the district level -
District DTP3 coverage	N	23,971	24,938
(last tabulation available)	%	112.88	131.30%
District measles coverage	N	15,449	16,585
(last tabulation available)	%	72.75	87.3
District drop-out (DTP1-3)		11.5%	10.10%
No syringes supplied in 2002 to the district		BCG syringes – 36,000 AD syringes – 104,200	BCG - 43,000 and 0,5 ml - 113,000
Total immunization given in 2002 (less OPV)		145,306 excluding DTP4	136,784 excluding DTP4
No district coverage reports received / sent		N/A since report sent by secteurs	/ 12
No district coverage reports received on time / sent on time		N/A since report sent by secteurs	/ 12
No district disease reports sent (regular VPD reporting)		N/A since report sent by secteurs	/ 12
No HU coverage reports received / sent			/ 12
No HU coverage reports received / sent on time			N/A, no time control
Any district vaccine stock-out in 2002?		None	None
If yes specify which vaccine and duration		N/A	N/A

Has the district been supervised by higher level in 2002	Yes	No
Has the district been able to supervise all HUs in 2002	Not known at national level	Yes
Did the district have a microplan for 2002	Yes	Yes

MWARO

Indicator		Information at the national level	Information at the district level
District DTP3 coverage	N	9,486	9,550
(last tabulation available)	%	100.96	100.1
District measles coverage	N	6,987	7,332
(last tabulation available)	%	74.36	76.9
District drop-out (DTP1-3)		3.8%	N/A
No syringes supplied in 2002 to the district		BCG syringes – 13,500 AD syringes – 32,600	BCG -10,000 and 37,000 0,5 ml
Total immunization given in 2002 (less OPV)		51,109 excluding DTP4	24,188 - Secteur Kibumbu Only
No district coverage reports received / sent		N/A since report sent by secteurs	12 / 12
No district coverage reports received on time / sent on time		N/A since report sent by secteurs	12 / 12

No district disease reports sent (regular VPD reporting)	N/A since report sent by secteurs	12 / 12
No HU coverage reports received / sent		24 - 2 secteurs * 12
No HU coverage reports received / sent on time		N/A, no time control
Any district vaccine stock-out in 2002?	None	None
If yes specify which vaccine and duration	N/A	N/A
Has the district been supervised by higher level in 2002	Yes	Yes
Has the district been able to supervise all HUs in 2002	Not known at national level	Yes
Did the district have a microplan for 2002	Yes	Yes

APPENDIX 3. Persons met during the DQA

NATIONAL

Dr Rose Marie Magnifique NDUWIMANA	Adjoint du directeur du PEV	10 mars 2004
Dr Emmanuel SEHEYE	Directeur du Service d'Epidémiologie et Statistiques (EPISTAT)	11 mars 2004
Dr Ignace BIMENYIMANA	Chef du cabinet du ministère de la santé	11 mars 2004
Dr Abdel EL ABASSI	Représentant de l'OMS	11 mars 2004
Dr Hilaire NINTERETSE	Directeur du PEV	12 mars 2004
Ferdinand VYANKANDONDERA	Chef de Service formation, mobilisation sociale et supervision	12 mars 2004
Léonard SIMBIZI	Superviseur national du PEV, statistiques, formation et maintenance de la chaîne du froid et secrétariat	12 mars 2004
Dr Daniel VERNA	Administrateur du programme Nutrition / Santé - UNICEF	12 mars 2004
Marie Thérèse BARANYIKWA	Officier de l'EPI à l'UNICEF	12 mars 2004

PROVINCE DE BUJUMBURA MAIRIE

Dr Dismas NDUWIMANA	Médecin provincial de Bujumbura Mairie	Province – Bujumbura Mairie	18 mars 2004
Gérard NDAWENAYO	Coordinateur municipal	Province – Bujumbura Mairie	18 mars 2004
Zaïna KABWE	Titulaire du CS Twizere	Twizere	18 mars 2004
Jacqueline HARERIMANA	Coordinatrice CS Mwizere	Mwizere	18 et 19 mars 2004
Christine IRAMBONA	Chef du département des Programmes et Directeur exécutif a.i	ABUBEF Ruhero	19 mars 2004
Jeanne NAHAYO	Prestataire	ABUBEF Ruhero	19 mars 2004
Jérôme NDERAGAKURA	Responsable du CS	ABUBEF Ruhero	19 mars 2004
Soline NKENGURUTSE	Chef de poste de soins infirmiers et urgences	POLYCEB	19 mars 2004
Madeline RUSUTWA	Titulaire de CDS	Ngagara	19 mars 2004
Libérate NKUNZIMANA	Chef de service – vaccination	Ngagara	19 mars 2004
Agathe CISHAHAYO	Gestionnaire de CS - ABUBEF Buyenzi	ABUBEF Buyenzi	19 mars 2004
Chaggy NAHINANA	Prestataire	ABUBEF Buyenzi	19 mars 2004

PROVINCE DE GITEGA

Dr Rose GAHIRU	Médecin Provincial de Gitega	Province - Gitega	22 mars 2004
Pamphile VYIZIGIRO	Chef de secteur – Gitega	Province - Gitega	22 mars 2004
Dieudonné HATUNGIHAMA	Coordinateur provincial santé de la reproduction	Province - Gitega	23 mars 2004
Pasteur BAMPORUBUSA	Chef de secteur -Kibuye	Province - Gitega	24 mars 2004
Philomene MWARAHUYE	Titulaire de CDS	Mubuga	22 mars 2004
Joselyne NTIRAMPEBA	Titulaire adjoint du CDS	Gitega	23 mars 2004
Sr Luisa RODRIGUEZ	Responsable de CDS	Rwisabi	23 mars 2004
Keziya GIHIMBARE	Titulaire adjoint du CDS	Rwisabi	23 mars 2004
Sr Consolata NIBIGIRA	Titulaire de CDS	Songa	23 mars 2004
Sr Sylvie MUKERABIRORI	Titulaire adjoint du CDS	Songa	23 mars 2004
Christophe HAVYARIMANA	Vaccinateur	Songa	23 mars 2004
Théodora NINDABIYR	Titulaire de CDS	Buraza	24 mars 2004
Lydie BIMENYIMANA	Titulaire de CDS	Rutoke	24 mars 2004

PROVINCE DE KIRUNDO

Dr Clément NIYONSABA	Médecin Provincial de Kirundo	Province – Kirundo	22 mars 2004
François SINGAYIMIHETO	Chef de Secteur de Santé Kirundo	Province – Kirundo	23 mars 2004

Odile MAHIMDAVYI	Chef de Secteur de Santé Mukenke	Province – Kirundo	23 mars 2004
Clémence MAPENDEZO	Titulaire de CDS	Vumbi	22 mars 2004
Libérine NAMKUMUZIZA	Vaccinatrice	Vumbi	22 mars 2004
Jean Marie Vianney NKEZABAHIZI	Titulaire de CDS	Rushubije	22 mars 2004
Ezhechiel NKEZABAHIZI	Vaccinateur	Rushubije	22 mars 2004
Jean Marie MAMIRUMVA	Titulaire de CDS	Vyanzo	23 mars 2004
Mathilde HAGABIMANA	Vaccinatrice	Vyanzo	23 mars 2004
Jean de Dieu RUGENERA	Titulaire de CDS	Nyagisozi	23 mars 2004
Jean Baptiste BIVUGIRE	Titulaire adjoint du CDS	Nyagisozi	23 mars 2004
Jean Népomscène KARANGWA	Titulaire de CDS	Marembo	24 mars 2004
Christine KAYIRANGIRWA	Vaccinatrice	Marembo	24 mars 2004
Marie Claire NDAYISHIMIYE	Titulaire adjoint du CDS	Bunyari	24 mars 2004
Emmanuel MURINDARUGAMBA	Vaccinateur	Bunyari	24 mars 2004

PROVINCE DE MWARO

Dr Thaddée NDAYISHIMIYE	Médecin directeur de la Province sanitaire de MWARO	Province - Mwaro	15 mars 2004
Léonidas HAKAKANDI	Chef de Secteur Kibumbu	Province - Mwaro	15 mars 2004
Serge KANA	Chef de Secteur Gisozi	Province - Mwaro	15 mars 2004

Angèle NDAYIZIGA	Titulaire du CDS	Gisozi	16 mars 2004
Marc MANAKIZA	Chef du Centre de Santé de Mutumba	Mutumba	16 mars 2004
Abéric NDIKURIYO	Titulaire du CDS	Kibungere	17 mars 2004
Gérard BUTOYI	Titulaire adjoint du CDS	Kibungere	17 mars 2004
Ferdinand MSAVYIWANA	Titulaire du CDS	Ndava	17 mars 2004
Diomède NIYONGABO	Titulaire du CDS	Bisoro	17 mars 2004
Scholastique HABARUGIRA	Titulaire adjoint du CDS et responsable du PEV	Bisoro	17 mars 2004
Fidèle MBONABUCA	Titulaire du CDS	Nyabihanga	17 mars 2004
Generosi GAHIGI	Infirmière	Nyabihanga	17 mars 2004

Les personnes suivantes ont assistées au débriefing qui a eu lieu dans la salle de réunion du Ministère de la Santé Publique le 26 mars 2004 à 09 20.

Nom et Prénom	Institution
Dr Pascal Ntizoyimana	Directeur Générale du Ministère de la Santé Publique
Dr Abdel El Abassi	Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
Dr Daniel Verna	United Nation Children Fund (UNICEF)
Gabriel Ndayisaba	Rotary Club
Alice Nibitanga	USAID
Ernest Ngwizurusaka	Ministère des Finances
Dr Marie Thérèse Barabyikwa	United Nation Children Fund (UNICEF)
Dr Rose Marie Magnifique Nduwimana	Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
Dr Hilaire Ninteretse	Directeur du Programme Elargi de Vaccination (PEV)
Ferdinand Vyankandondera	PEV
Léonard Simbizi	PEV