

**GAVI**  
*LE CONTROLE DE LA QUALITE DES  
DONNEES*

**République Centrafricaine**

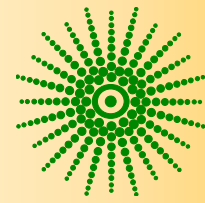
Du 26/11/2004 au 15/12/2004

LATH - UK  
En collaboration avec



EHG - DENMARK





## Table des matières

<b>Rapport de synthèse</b> .....	<b>1</b>
Les principales recommandations: .....	2
<b>1. Introduction</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Contexte</b> .....	<b>3</b>
2.1 Contexte national.....	3
2.2 Approche et méthodologie.....	4
<b>3. Principaux constats</b> .....	<b>6</b>
3.1 La précision des données.....	6
3.2 Les principaux constats au niveau central.....	7
3.3 Les principaux constats au niveau district.....	8
3.4 Les constats au niveau Centre de Santé.....	9
3.5 Indicateurs clés.....	10
<b>4. RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>12</b>
4.2 Recommandations prioritaires.....	12
4.2 Autres recommandations.....	12
<b>5. Annexes</b> .....	<b>13</b>
Annexe I: Les personnes clés interviewees (central et district) et les formations sanitaires visitées.....	13
Annexe II tableau des indicateurs clés.....	18
Annexe III : tableau d'analyse de l'indice de qualité.....	20

## RAPPORT DE SYNTHÈSE

### Le but du DQA:

Le Contrôle de Qualité des Données (DQA) a été conçu dans le but d'aider les pays bénéficiaires du soutien GAVI à améliorer leurs systèmes d'établissement de rapports des données du Programme Elargi de Vaccination (PEV). Il consiste aussi à calculer le facteur de vérification en DTC3 des enfants de moins d'un an.

Ce DQA a été conjointement conduit par deux auditeurs externes et deux auditeurs internes en collaboration avec les superviseurs des districts. Le service PEV, le point focal PEV-OMS et SNIS ont été visité au niveau national. 4 districts et 24 centres de santé ont été sélectionnés aléatoirement pour l'audit. Les auditeurs ont procédé aux démarches prévues dans la méthodologie du DQA (GAVI, 2003) qui comprennent des interviews, l'administration des questionnaires, et le recomptage des données. Les réunions de restitution ont été organisées à chaque niveau culminant par un débriefing à la fin de l'audit.

Tableau d'indicateurs du DQA:

	2001	2002	2003	Changement depuis 2002
<b>Le facteur de correction (&gt;0.8)</b> (Ratio du nombre des DTC3 recomptés et notifiés)			<b>0,83</b>	
<b>Les indicateurs clés:</b>				
<b>La couverture en DTC3</b>		<b>22,9%</b>	<b>27,7%</b>	<b>+4,8</b>
<b>Les taux d'abandon DTC1-3</b>		<b>20,3%</b>	<b>45,3%</b>	<b>+25</b>
<b>La sécurité des injections et des vaccins</b>		<b>Oui</b>	<b>Oui</b>	
<b>Le taux de perte</b>		<b>ND</b>	<b>ND</b>	
<b>La complétude des rapports</b>		<b>ND</b>	<b>100%</b>	
<b>Les ruptures des stocks en vaccins</b>		<b>ND</b>	<b>0</b>	
<b>Les micro-plans des districts</b>		<b>ND</b>	<b>0</b>	
<b>L'IQS au niveau central</b>		<b>ND</b>	<b>55,8%</b>	
<b>L'IQS moyen pour les districts</b>		<b>ND</b>	<b>50,3%</b>	
<b>L'IQS pour les formations sanitaires</b>		<b>ND</b>	<b>43,3%</b>	

### Le résumé des principaux constats et les points prioritaires:

**L'établissement de rapports:** Les supports des données ne permettent pas de dégager tous les indicateurs de performance. La faible capacité des agents vaccinateurs sur les procédures d'enregistrement, d'archivage, rapportage et monitoring des activités de vaccination a été constaté dans la majorité des centres de santé visités (20/24 des centres de santé visités).

**L'utilisation des données:** bien que les données démographiques et certains indicateurs de performance soient calculées, elles ne sont pas utilisées pour la gestion des activités vaccinales et de supervision pour cerner les causes et établir des stratégies correctrices ou de renforcement. Ceci s'est traduit par une faiblesse de monitoring et évaluation à tous les niveaux. Le canal de transmission des données entre PEV et OMS et les procédures de mise à jour des données radiophoniques ne sont pas clairement définies et formalisées.

**La conception du système:** Les documents de support à tous les niveaux ne permettent pas de monitorer les cas de MAPI ainsi que le dépistage des cas de double comptage dans les centres de santé à migration élevée.



**LES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS:**

- Clarifier et formaliser les circuits d'acheminement et de traitement des données ainsi que la procédure de mise à jour des données au niveau national et au niveau des districts.
- Renforcer les capacités du service PEV en matière de traitement de données, monitoring et évaluation, supervision et rétro information a tous les échelons.
- Etablissements des nouveaux outils standards de rapportage et traitement de données permettant de monitorer les indices de performance et de qualité de vaccination (les rapports mensuelles des activités, les graphiques de monitorings).
- Formation de rattrapage/recyclage des agents vaccinateurs et gestionnaires PEV.



## 1. INTRODUCTION

Le Contrôle de Qualité des Données (DQA) a été conçu dans le but d'aider les pays bénéficiaires du soutien GAVI à améliorer leurs systèmes d'établissement de rapports des données du Programme Elargi de Vaccination (PEV). Il consiste aussi à calculer le facteur de vérification, qui est le rapport entre les données rapportées par le pays en DTC3 administrées aux enfants de moins d'un an (DTC<1) avec celles recomptées dans les centres de santé. Il est prévu de conduire le DQA de 2003 dans au moins 14 pays d'ici la fin de l'an 2004.

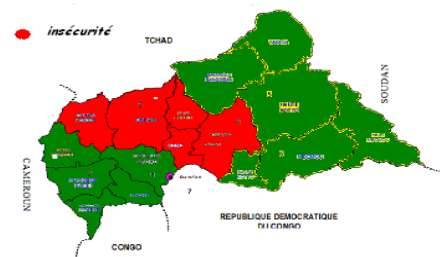
Ce **premier** DQA en République centrafricaine a été conduit du 26 novembre au 15 décembre 2004.

## 2. CONTEXTE

### 2.1 CONTEXTE NATIONAL

La RCA sort d'une crise militaro-politique qui a eu des impacts négatifs sur les activités des soins de santé primaires et l'appui financier des institutions bilatérales et multilatérales des activités de vaccinations. Ceci s'est traduit par des pillages systématiques des centres de santé, grèves du personnel de santé (dont la dernière observée pendant ce DQA), insécurité et inaccessibilité de certaines régions sanitaires (voire cartes ci-contre). 3 régions sanitaires (Régions 3, 4 et 5) n'étaient pas accessibles au moment de l'audit.

La structure sanitaire de la RCA est composée de 7 régions décentralisées en 24 district sanitaires comprenant un total de 659 Formations Sanitaires dont 313 centres PEV. La région de Bangui a été divisée en 8 arrondissements qui seront dotés du statut formel de district. (Au moment de l'audit les arrondissements de Bangui étaient toujours sous control de la Région Sanitaire 7, Bangui)



**Administration:** Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) est un service placé sous l'autorité du Directeur de Médecine Préventive et de lutte contre la maladie. Les activités et rapportage de vaccinations (stratégies fixes et avancées) sont ainsi intégrés dans le système de la santé nationale. Un responsable PEV travaille dans le CS sous l'autorité d'un chef de centre.

**Enregistrement :** au niveau des CS l'enregistrement se fait dans le registre de vaccination et dans les carnets vaccinaux. Les informations personnelles des vaccinés, de la vaccination ainsi que les dates de rendez-vous sont mentionnés dans les carnets qui sont remis aux vaccinés pour référence. Aucun document n'est tenu par les CS pour monitorer les rendez-vous et les recherches actives. Les fiches de pointage de vaccination ainsi que des registres des stocks constituent des bases fondamentales d'élaboration des rapports des CS. Les districts sont responsables de l'approvisionnement des CS en vaccins, matériels de vaccination et outils de gestion. Ils gèrent les stocks des vaccins et matériels livrés par le niveau central à travers les registres de stocks et bordereaux de livraison.

**Rapportage :** À la fin du mois, les responsables des centres de vaccination compilent leurs données dans un canevas mensuel standard qu'ils envoient au niveau de district. Les districts à leur tour compilent ces données et les envoient au niveau central (soit PEV ou OMS) et un résumé trimestriel est envoyé au bureau national du Système National d'Information Sanitaire (SNIS). La date limite de réception des rapports des centres de santé est fixée au 5 du mois et celle de district au niveau central au 15 du mois suivant. Les données radiophoniques sont utilisées pour pallier aux difficultés d'acheminement et aux problèmes de promptitude. Les CS peuvent modifier et mettre à jour leurs données



rapportées par voie radiophoniques. Cependant, il n'y a pas de procédures claires d'enregistrement et dates limites de mise à jour des données au niveau central.

**Traitement des données** : Les données vaccinales sont présentement traitées soit par le chef du service national PEV, soit le point focal PFA-OMS (en fonction de qui reçoit le rapport en premier). Le partage des données, back up et la mise à jour ne sont pas encore réglementés entre les deux partenaires. Il n'y a pas non plus de réseau de partage d'information établi.

## 2.2 APPROCHE ET MÉTHODOLOGIE

L'audit est fondamentalement basé sur l'évaluation des Indices de Qualité du Système (IQS) sur 5 volets : 1) Enregistrement, 2) Rapportage et Archivage, 3) Monitoring et Evaluation, 4) Démographie et Planification, 5) Conception du système. Le 5e volet ne s'applique qu'au niveau central et le 4e volet n'est pas évalué au niveau des CS. Le facteur de vérification calculé à partir de données recomptées de  $DTC3 < 1$  constitue l'indicateur de base d'appui GAVI.

La sélection des districts et CS à auditer s'est fait selon les principes statistiques de stratification et sélection aléatoire. Quatre districts ont été sélectionnés avant l'arrivée au pays des auditeurs, et à niveau de chaque district, les auditeurs ont sélectionné six centres de santé. Pour le cas spécifique du district de Bangui, le 1er et le 2e arrondissement, ainsi que le 6e et 7e arrondissement ont été combinés, permettant l'audit dans 6 centres par district. Cette décision a été prise en collaboration avec l'OMS. Comme le 1er et le 2e arrondissement ensemble ne supervisent que 6 centres PEV, tous ces centres ont été sélectionnés automatiquement.

Un questionnaire (carnet de bord) particulier à chaque niveau a été administré. Les données vaccinales et de gestion de stocks ont été recomptées et enregistrées dans le carnet de bord puis dans un outil Excel permettant le calcul des indices de qualité et le facteur de vérification.

Les auditeurs externes ont conjointement conduit l'audit au niveau central du 27 au 30 novembre, combinés avec des visites de courtoisies. Une équipe composée des auditeurs externes et auditeurs nationaux a conduit l'audit dans les 4 districts et 24 CS comme représenté ci-dessous :



Noms	Districts visités	Dates	Commentaires
Prince NGONGO BAHATI (auditeur externe)	1er et 2ème A. Région Bangui	2 au 10/12/04	Situé aux alentours de Bangui. 1 CS a été audite après Sangha.
Nôel NGOUMBA (auditeur interne)	Sangha	5 au 8/12/04	Au nord de Bangui 1.398 Km de parcours
Jacques Ouirebona (Superviseur district Sangha)			
NJWEIPI Jet UBEENDOU (auditeur externe)	6ème et 7ème A Région Bangui	2 au 9/12/04	Situe aux alentours de Bangui 1 CS a été audite après Ombella
SATHE Antoine (auditeur interne)	Ombella Mpoko	6 au 9/12/04	District proche de Bangui 650 Km parcourus
Paul Menge (superviseur district Ombella)			

L'audit s'est généralement bien déroulé dans les 4 districts. Les dates du 1er et du 5 décembre 2004 (respectivement dates de l'indépendance et du referendum national) ont conduit à l'audit de 2 derniers CS de Bangui après l'audit des districts ruraux. Le CS sélectionné de Bimon dans le district de Ombella-Mpoko a été remplacé par le centre de réserve de Birlo compte tenue de son inaccessibilité.

Les réunions de restitution ont été organisées à chaque niveau culminant par un débriefing a la fin de l'audit le 14/12/04, honoré par la présence du chef de cabinet du Ministre de la Santé Publique et de la population, M. Jean Pierre Waboé et des partenaires du PEV.(voire annexe : liste des invites au débriefing)



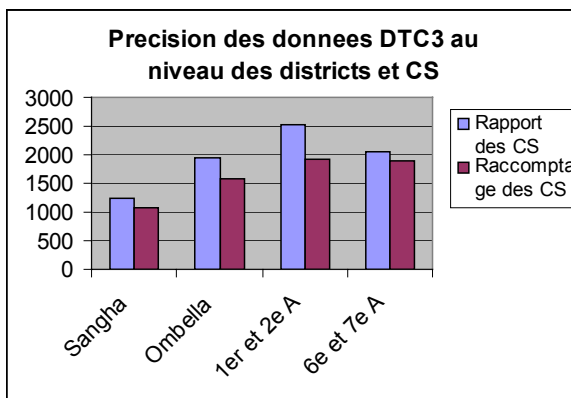
### 3. PRINCIPAUX CONSTATS

#### 3.1 LA PRÉCISION DES DONNÉES

Un des aspects principaux de la précision des données est la concordance des données en DTC3 trouvées à tous les échelons du système de vaccination mesurée par le **facteur de vérification**.

Le facteur de vérification (FV) est le ratio des doses de DTC3<1 recomptées au niveau des centres de santé à celles notifiées au niveau des échelons immédiatement supérieurs et au niveau national. En RCA, il a résulté du recomptage à partir des cahiers de pointage et/ou des registres de vaccination et les chiffres dans les rapports de synthèse mensuels au niveau des districts. Le facteur de vérification de la RCA est de 82.6% (entre 65% et 100% dans un intervalle de confiance de 95%).

Ce résultat obtenu de 82.6 malgré l'incohérence générale des données au niveau des districts et centres de santé s'avère de la pondération de sous rapportage dans le CS à couverture vaccinales élevées (Bimbo, Bambio, OCSS, Yapele, Lakouanga et Petevo) avec le surrapportage dans les districts à couverture vaccinales faibles (Arrondissements 1&2 et Arrondissements 6&7). Le graphique ci-dessous montre la disproportion entre les données rapportées au niveau district et les données recomptées au niveau CS.



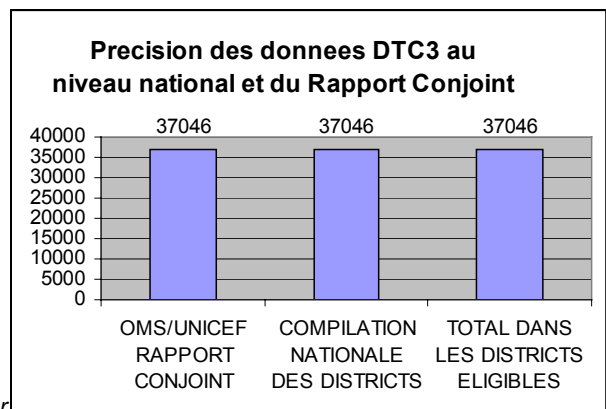
Le manque de support de recomptage (causée par la guerre et les mutations d'agents) et l'inconsistance de tenue des registres de vaccination dans la plupart des centres de santé des arrondissements 1&2 et 6&7 ont eu un impact négatif sur le facteur de vérification. Les recomptages dans 4 des 24 CS ont été faits à partir des registres de vaccination.

Les équipes n'ont pas constaté des cas de fraudes dans les cahiers de pointage ou les registres de vaccination. Cependant le

rapportage et calcul de vaccination dans le CS Camp Fidèle Obrou à partir de flacons vides a été dénoncé comme contraire aux normes.

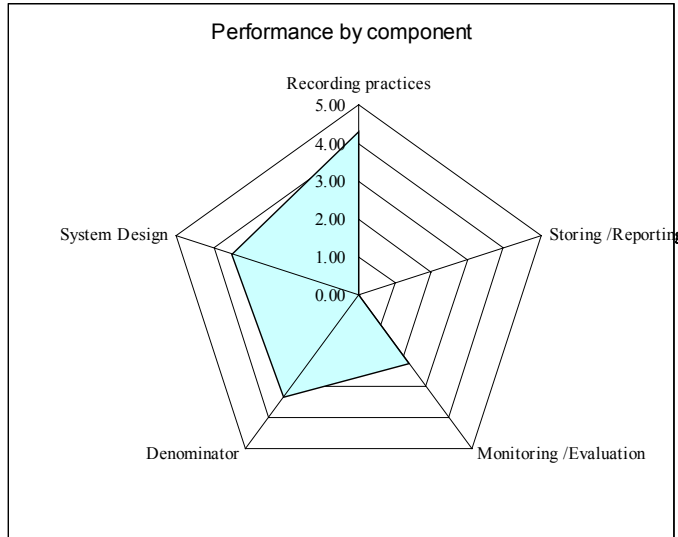
Au niveau des districts, il a été constaté une incohérence des données rapportées et les données trouvées au niveau des CS. Dans le district de Ombella, où il n'y avait pas de compilation des centres disponible, un recomptage des rapports des centres de santé archivés était inférieur au total de l'année du district (2.919 doses recomptées contre 3.467 rapportées par le district). Dans le district de Sangha, une compilation était disponible, mais de nouveau le total des centres de santé était inférieur au total rapporté par le district (1.452 selon la compilation contre 1.879 rapportées par le district). Cela indiquerait un surrapportage au niveau des districts.

Il a été constaté une cohérence de rapports au niveau national avec celui des districts éligibles pour l'audit et le rapport conjoint. Mêmement, les données retrouvées au niveau de district étaient cohérentes avec les données disponibles au niveau central. Cependant pour le 6me / 7me arrondissement, une différence a été constaté (1927 doses de DTC3 selon le niveau central contre 2040 doses selon le niveau district).





### 3.2 LES PRINCIPAUX CONSTATS AU NIVEAU CENTRAL



Les indices de qualité du système (IQS) sont calculés pour chaque niveau d'audit permettant de dégager les points forts et points à améliorer dans le système de rapportage de données de vaccination à chaque niveau (**NB : les indicateurs des niveaux d'agrégations ne dépendent pas des données des niveaux inférieurs**).

Au niveau central les principaux indicateurs audites sont : 1) L'enregistrement des données, 2) Le rapportage et archivage des données, 3) le monitoring et évaluation, 4) la démographie et planification et 5) la conception du système. L'IQS du niveau national est de **55.8%** avec la répartition des scores individuels des indicateurs représentée dans le tableaux ci-dessous :

INDICATEURS AUDITES	SCORE	TOTAL
<b>1. L'enregistrement des données,</b>	<b>4.29</b>	<b>5</b>
<b>2. Le rapportage et archivage des données,</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
<b>3. Monitoring et Evaluation</b>	<b>2.22</b>	<b>5</b>
<b>4. Démographie et Planification</b>	<b>3.33</b>	<b>5</b>
<b>5. Conception du système</b>	<b>3.46</b>	<b>5</b>

**L'enregistrement** : Il a été constaté une perte de données vaccinales de l'année 2003 dû aux pillages causés par la guerre. Cependant l'enregistrement de l'année 2004 a été fait systématiquement et régulièrement.

Certains cas de carence de registre vaccinale et de différences en matière d'outils de gestion en données vaccinales dans certains centres de santé ont aussi été remarqués, surtout dans les centres privés.

**Archivage et rapportage** : Il y a un système d'enregistrement et mise à jour systématique des données de vaccination provenant des districts sous forme de rapports formels et par voie radiophonique soutenus par un contrôle systématique de gestion de données de l'OMS. Néanmoins il a été constaté un manque de procédures formelles écrites et claires de mise à jour et de back up des données radiophoniques et de gestion et partage de données entre l'OMS et le PEV. L'archivage des rapports formels et radiophoniques reçus ne sont pas faits systématiquement et régulièrement donnant lieu aux différences constatées aux différents niveaux. Le chef de service national PEV reçoit, compile et analyse toutes les données de vaccination.



**Monitoring et Evaluation** : Le service PEV a des directives de supervision et de monitoring<sup>1</sup> des activités vaccinales qui toutefois ne sont pas mise en application. Le responsable PEV fait le calcul de couverture vaccinales et des principaux indicateurs de vaccination par antigène et par districts (taux de perte, taux d'abandon, promptitude et complétude) et les estimations (de 2002 à 2007) d'indicateurs de performance<sup>2</sup>. Ces données calculées, plutôt mécaniquement et automatiquement par ordinateur, n'ont pas été utilisées pour cerner les causes et établir des stratégies correctrices ou de renforcement. L'analyse comparative des estimations et des données réelles n'est pas aussi faite.

Il a été également constaté l'absence totale de courbes vaccinales et affichage des courbes au niveau de PEV comme au niveau des collaborateurs qui traitent les données de vaccination (OMS et SNIS). Le manque de moyens financiers a conduit à une inconsistance de calendriers et activités de supervision et de rétro - informations.

**Démographie et planification** : Malgré la compréhension générale des données démographiques nationales et de taux de croissance à partir du recensement de 1988 (taux d'accroissement de 2,5%, proportion d'enfants 0-11 mois : 3,5%, proportion femmes enceintes : 6%) et la concordance des dénominateurs dans tous les programmes de santé, l'analyse par districts par rapport à leur couverture vaccinales et stratégie de vaccination n'est pas faite.

Le récent recensement a montré qu'il y avait sous-estimation du taux d'accroissement et surestimation de la proportion des femmes enceintes. Il y a eu également une forte migration justifiant le cas de 2 centres de santé avec taux de couverture supérieurs à 100%.

**Conception du système** : Les principes et procédures officielles de rapportage d'un échelon à l'autre sont compilés dans le guide de formation en gestion des activités PEV et Surveillance Epidémiologique Intègre. Cependant, la conception d'outils de gestion de stock et le renforcement des capacités des agents vaccinateurs méritent une attention particulière. Tel est le cas de manque d'indications de cas de Manifestations Adverses Post-Immunisation (MAPI), le manque de calcul de taux de pertes et de taux d'abandon, des indicateurs de promptitude et de complétude dans le rapport mensuels des districts. Le manque d'indications des enfants de plus d'un an et de nombre de vaccinés en différentes stratégies par antigène a été aussi constate.

La possibilité de double comptage à partir des registres vaccinaux (par les CS de santé qui utilisent le registre pour faire leur rapport) des enfants et mères qui se font vacciner dans des différents CS. Il a été constaté l'absence d'outils ou de directives en monitoring et systèmes de rattrapage actifs au niveau des CS.

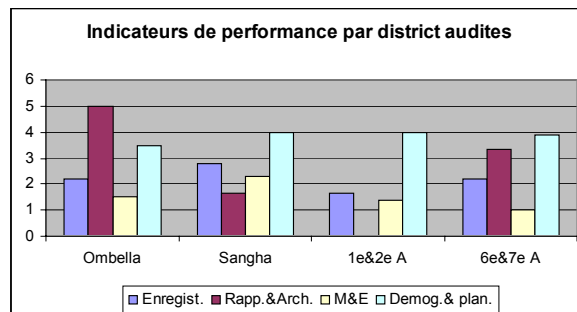
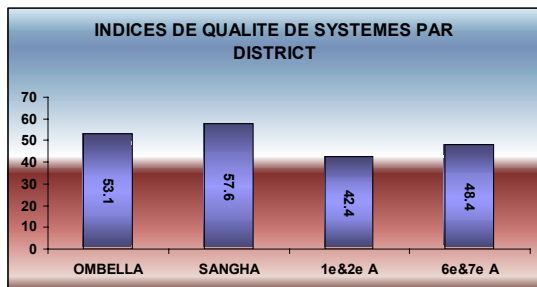
### 3.3 LES PRINCIPAUX CONSTATS AU NIVEAU DISTRICT

L'IQS au niveau des districts est obtenu à partir des résultats sur 1) l'enregistrement, 2) le rapportage et l'archivage, 3) monitoring et évaluation et 4) la démographie et la planification. La moyenne des indices de qualité au niveau des districts a été de **50.38%**. Les détails par districts et leurs représentations graphiques sont représentés dans les graphiques ci-dessous:

<sup>1</sup> Fiche de supervision des responsables des centres fixes, des stratégies avancées et mobile du PEV. SPEV/DMPM

<sup>2</sup> Proposition de soutien soumise à GAVI, révision d'Août 2002





Il est constaté une faiblesse générale en monitoring et évaluation dans tous les districts et une performance supérieure des districts ruraux par rapports aux districts de Bangui

**Enregistrement** : Il a été constaté une uniformité des formulaires des rapports aux niveaux de tous les districts visités. L'improvisation des CS en outils de gestions et d'enregistrement de vaccination ont pallié au manque d'approvisionnements en outils standardisés par les districts. Ceci a conduit à des différents types de format de registre et de cahiers ou fiches de pointage utilisés par différents CS. Dans 2 des districts audites le registre de stock n'était pas à jour alors que tous les districts ne tiennent pas de gestion de stocks de seringues. Dans tous les 4 districts il n'y avait pas d'enregistrement des dates de réception des rapports des CS.

**Rapportage et Archivage** : Malgré la disponibilité des rapports de l'année de l'audit, la saisie et l'archivage des données ne sont pas efficacement faits dans les districts (surtout pour les années antérieures a 2003).

**Monitoring et Evaluation** : Il a été constaté :

- Une méconnaissance des objectifs des districts en matière de vaccination et de gestion du système PEV (absence de monitoring des indicateurs de performance)
- Une insuffisance de supervision des CS basée sur des données monitorées au niveau des districts.
- Un manque de capacité et formation en monitoring et évaluation fréquemment cités comme justification d'absence de graphiques et calculs des principaux indicateurs (taux d'abandon, taux de perte, manifestations adverses, etc.)

### Démographie et planification

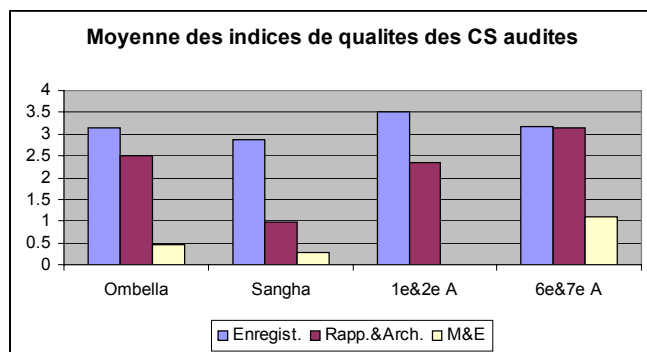
Les données démographiques (populations cibles) prélevées des directives nationales sont utilisées au niveau des districts. Les données, quoique calculées au niveau des districts, n'ont pas été traduites en ressources de gestion pour le monitoring et le calcul des objectifs et performance de chaque districts. Ces données n'ont pas été exploitées pour la planification des stratégies, les commandes de vaccins et matériels de vaccination. La fixation d'objectifs (quoique exceptionnel et encourageant) dans certains districts n'a pas été faites en tenant compte des performances antérieures aboutissant a des objectifs inférieurs en 2004 par rapport à 2003 (Cas de Sangha).

## 3.4 LES CONSTATS AU NIVEAU CENTRE DE SANTE

La moyenne de **43.3** de IQS obtenu au niveau des CS découle d'une faiblesse du système de monitoring et d'évaluation dans les centres de santé, comparable à celui retrouvé au niveau des districts.

Les principaux constats au niveaux des centres de santé se résument comme suit:





**Enregistrement:** La présence des outils d'enregistrement de vaccination et leur remplissage systématique ont certainement contribué à un meilleur score dans l'enregistrement. L'absence et le manque de mise à jour d'outils de gestion de vaccins et matériels de vaccinations (5 des centres de santé visités), l'absence de gestion de seringues autobloquants ainsi que le manque de monitoring des dates de péremptions et lots ont entraîné un surstockage des vaccins en DTC.

La maîtrise du calendrier vaccinal a posé un problème dans 3 centres de santé au niveau des districts ruraux. Le manque d'indications de certains indicateurs de performance (manifestations adverses, DTC>1, taux d'abandon, taux de pertes, stratégie fixe et stratégie avancée,...) sont dû à la conception des fiches nationales de rapportage comme indiqué précédemment.

**Archivage et rapportage :** La plupart des centres de santé (20/24) avaient la complétude des rapports de l'année de l'audit contre seulement 4/24 CS qui pouvaient retrouver les rapports antérieurs à 2002. L'archivage n'est pas généralement effectué par dates et les rapports ne sont pas toujours gardés après rapportage au niveau des districts.

**Monitoring et Evaluation :** Il a été constaté une absence générale de monitoring de performance ainsi que des indicateurs de vaccination (à part l'indication des doses perdues) dans tous les centres de santé. Les responsables ne connaissent pas leurs objectifs de vaccination (souvent confondu avec la population cible) et ne font pas d'analyse des tendances vaccinales. L'interaction avec la communauté pour la sensibilisation à la vaccination et réduction des taux d'abandon est quasi-inexistante. Pratiquement tous les CS n'avaient pas de cartographies sanitaires et n'organisent ni ne monitorent l'impact des stratégies de vaccination utilisées.

La plupart des responsables PEV ont indiqué un manque de formation en matière de monitoring et évaluation des activités vaccinales et une insuffisance de supervision par l'échelon supérieur et manque de rétro informations.

### 3.5 INDICATEURS CLÉS

#### Sécurité des vaccins

La sécurité des vaccins en RCA est assurée par l'utilisation des seringues autobloquants, des boîtes réceptacles, accumulateurs de froid et le suivi des procédures de vaccination qui ont été approvisionnés dans tous les CS.

Cependant il a été constaté des problèmes prolongés de consommables des frigos qui de fois ont eu des effets sur la qualité des vaccins. Dans le CS de Salo l'équipe des auditeurs a recommandé l'arrêt d'usage des vaccins qui étaient stockés dans les frigos d'un particulier.



Il n'y a pas de procédures ni de directives nationales pour le rapportage et suivi des MAPI.

### Perte de vaccin

#### Taux de pertes :

Il n'y a pas eu moyen de calculer les taux de pertes au niveau central et au niveau des districts dû au manque de disponibilités et la fiabilité des données à ces 2 niveaux. Le taux de perte n'a pu être calculé que dans 10 des 24 CS. (voire tableau ci-dessous)

CS	District	Taux de perte en %
Boali	Ombella	21.7
Bambio	Sangha	38.3
Bayanga	Sangha	52.6
Yapele	1 <sup>e</sup> et 2 <sup>e</sup> Arrondissements	26.0
Lakouanga	1 <sup>e</sup> et 2 <sup>e</sup> Arrondissements	51.7
Petevo	6 <sup>e</sup> et 7 <sup>e</sup> Arrondissements	9.0
Ouango	6 <sup>e</sup> et 7 <sup>e</sup> Arrondissements	5.7
SOS	6 <sup>e</sup> et 7 <sup>e</sup> Arrondissements	30.5
Caritas	6 <sup>e</sup> et 7 <sup>e</sup> Arrondissements	43.0
Vertues	6 <sup>e</sup> et 7 <sup>e</sup> Arrondissements	32.5

**Taux d'abandon :** Le taux d'abandon DTC1-DTC3 au niveau national était de 45.3%. La moyenne au niveau des districts était de 34.55% ; les districts ruraux ayant des taux plus élevés que les districts urbains (Ombella 45.46%, Sangha 42.18%, 1e et 2e A. 17.76%, 6e et 7e A : 25.88). Les taux calculés au moment de l'audit correspondent aux taux d'abandon calculés au niveau national. (voire le tableau correspondant en annexe.)

**Complétude et promptitude des rapports :** La complétude a été de 100% à tous les niveaux. La promptitude des rapports n'a pu être calculé à tous les niveaux.

**Supervision et rétro informations :** Il a été constaté une insuffisance de supervision régulière d'un échelon à l'autre (moyenne : National-District : 1/an en 2004, District-CS en 2004 :2/an) et manque de rétro information à tous les niveaux en 2003.



## 4. RECOMMANDATIONS

### 4.2 RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES

- Clarifier et formaliser les circuits d'acheminement et de traitement des données ainsi que la procédure de mise à jour des données au niveau national et au niveau des districts.
- Renforcer les capacités du service PEV en matière de traitement de données, monitoring et évaluation, supervision et rétro information a tous les échelons.
- Etablissements des nouveaux outils standard de rapport et traitements de données permettant de monitorer les indices de performance et de qualité de vaccination. En occurrence les rapports mensuels, les tableaux graphiques de monitoring et les rapports de retroinfortations.
- Formation de rattrapage/recyclage des agents vaccinateurs et gestionnaires PEV palliant les insuffisances indiquées ci-haut en matière de qualité de vaccination (surtout monitoring et évaluation).

### 4.2 AUTRES RECOMMANDATIONS

#### Collecte/enregistrement

- Uniformiser les outils de pointage et encourager la tenue régulière des outils d'enregistrement et de gestion de stocks.
- Uniformiser les procédures d'enregistrement et de partage d'information sur la vaccination dans les CS a migration élevée pour éviter double comptage.
- Définir la responsabilité pour le contrôle de la qualité des données a chaque niveau.

#### Archivage/rapportage

- Dotation des districts et centres PEV en outils d'archivage
- Formaliser la procédure de back up au niveau national et encourager l'archivage systématique des rapports aux échelons inférieurs.

#### Suivi/évaluation

- Monitoring et évaluation des indicateurs de performance (taux de perte, taux d'abandon, couvertures régulières de vaccination, etc.) avec représentations graphiques et cartographie PEV a tous les échelons.
- Utilisation des analyses des données et indicateurs de vaccination dans l'établissement des micro plans et la planification stratégique de couverture vaccinales.
- Etablir des mécanismes d'interactions actives avec la communauté en matière de vaccination.

#### Démographie et planification

- Etablissement et renforcement de capacité des échelons à établir leurs objectifs de performance en fonction des populations cibles adaptés au contexte particulier de chaque échelon.

#### Conception du système

- Etablir une procédure de rapportage des cas de MAPI et des centres de référence de traitement de MAPI.
- Rendre les circonscriptions sanitaires opérationnelles au niveau de Bangui.



## 5. ANNEXES

### ANNEXE I: LES PERSONNES CLES INTERVIEWEES (CENTRAL ET DISTRICT) ET LES FORMATIONS SANITAIRES VISITEES

#### Centres de Sante par district

Ombella	Sangha	1er et 2 <sup>ème</sup> Arrond.	6ème et 7ème Arrond.
Bimbo	HP Nola	OCSS	Petevo
Begoua	Balemboke	Yapélé	Ouanga
Bossembelé	Bambio	Complexe Paediatric	Centre Med. SOS
Yaloké	EEB	Lakouanga	Ngaragba
Boali Croisement	Salo	Centre des Mères et Enfants	Caritas St. Jacque
Birlo	Bayanga	Camp Fidèle Obrou	Vertue

#### District d'Ombella

Nom	Fonction
Dr. YOUFEGANE BANAM Mathieu	Chef de District
Mr. MENGUE Paul Arsène	Responsable du PEV
<b>CS BIMBO</b>	
Mr. GOUDEN Charles	Chef de Centre
Mr. SANA Pierre	Responsable PEV
Mme BENGOMA Evelyne	Membre de l'équipe PEV
<b>CS BEGOUA</b>	
Dr. NDANGA Octavie	Médecin-chef du Centre
Mme. YALENGUERE Collette	Responsable PEV
Mme KABISSON Laure	Membre de l'équipe PEV
Mlle ABONDJIZE Nina	Stagiaire ASC
<b>CS BOSSEMBELE</b>	
Dr. NAGUEZAMBA Innocent	Médecin-chef du Centre
Mr. ABRA Roger	Responsable PEV
<b>CS YALOKÉ</b>	
Mr. NGARO Eloi Simplicie	Chef de Centre
Mme YAMINI Alice	Responsable PEV
<b>CS BOALI CROISEMENT</b>	
Mr. DEMGOTO Léon (IDE)	Chef de Centre
Mme BESSARY ADAMA Véronique	Responsable PEV/ Sage femme
Mme YOUSKOU Joséphine (AA)	Adj. Responsable PEV/ Sage femme
Mme HASSAN Alima (MA)	Membre de l'équipe PEV
Mr. SANA Mathieu	Agent d'hygiène
Mr. NGOY Laurent	Agent de Santé Communautaire
Mr. MORONOU Gabriel	Agent de Santé Communautaire
<b>CS BIRLO</b>	
Mme YAPILI Julienne	Chef de Centre
Mr. PITOYO Jean Bruno	Responsable PEV
Mr. WILIDAN Edouard	Chef du Quartier Bobatoa
Mr. BOUTOU BOGAWDA Amedé	Chef du Quartier Boyesse



**SANGHA**

Nom	Fonction
Dr. OUAMBITA MABO Rock	Chef de District de Sangha Mbaéré
Dr. DODANE Aimé Théodore	Médecin Chef H P Nola
Mr. KOYAGBELE Henri (TSSP)	CS PEV PS Sangha Mbaéré
Mr. YAMANDJI Jean-Marie	CS Lèpre – Tuberculose
DALI FOLO	Responsable gestion de stock
<b>HP NOLA</b>	
DALI FOLO Félix	Responsable PEV
FE-KEDAM Christine	Matrone
NAMZUKA Yvonne	Matrone
<b>BELEMBOKE</b>	
BUCA Ludivine	Responsable PEV
BUFFON Clément	Agent Vaccinateur
<b>BAMBIO</b>	
DJIPASO Samedi	Responsable PEV
NDOMATE Joseph	Adjoint du Chef du Centre
KOMBE Nicolas	Stagiaire PEV
MARDEBA Maurice	Stagiaire PEV
WOWELI Simon	Stagiaire PEV
<b>EEB</b>	
BOFOLO Ernest	Chef de Centre
Antoine ABADUO Hélène	Responsable PEV
Jean-Marc MUYUPE	Infirmier
MERGE Adeline	Matrone
<b>SALO</b>	
Prosper BAKANAO	Chef de Centre
KOMBE Jeannette	Matrone Accoucheuse
<b>BAYANGA</b>	
Jean Pierre MOZONGU	Chef de Centre
YAMBA Dieudonné	Infirmier Accoucheur
PAPITALO	Responsable PEV
NODENCIL Lidy MARIFOTO	Matrone Accoucheuse
BUYANGA Roland	Pharmacien
ZEBDE Loveline	Matrone Accoucheuse

**1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> ARRONDISSEMENT**

Nom	Fonction
Dr. NZoumbou Ellou	Chef de Centre 1 <sup>er</sup> Arrondissement
Mr. Noël NGOUMBA	Superviseur Région Sanitaire N° 7
<b>OCSS</b>	
Dr. NZOUMBOU Eliot	Chef de Circonscription Sanitaire 1 <sup>er</sup> A
ABOLYOT Pulchérie Clém.	Responsable PEV
KAMANDOM Samuel	Chef de Centre de Santé





<u>CS YAPELE</u>	
BONDEBOU Marie	Chef de Centre
NDJIA Thérèse	Responsable Pev
KASSAHOGA Rachel	Assistante PEV
<u>CENTRE PAEDIATRIE</u>	
Philippe NGOYMO	Responsable PEV
NDOZO Joséphine	Collaboratrice PEV
<u>LAKOUANGA</u>	
NGUETO Emmanuel	L'Adjoint au Médecin
NDELE Marie	Responsable PEV
<u>CENTRE DE LA MERE &amp; L'ENFANT</u>	
GUIONGO Hélène	Assistante Accoucheuse
KOUNGO Julienne	Assistante de Santé
KOYE Alphonse	Major
<u>CAMP FIDELE OBROU</u>	
POUNA MAZOLA	Responsable PEV
FEIDWA Evelyne	Stagiaire
OGRABO Leokadi	Agent Vaccinateur

### District du 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> Arrondissements

Nom	Fonction
1. DEWENBONA LEGUE François	Chef Secteur Région San. 7 PEV
NGOUMBA Noël	Superviseur Reg. San. 7 PEV Bangui
<u>CS PETEVO</u>	
Mme KOPAYE Lydie Clémence	Responsable FS
Mme KPOGNABOUMON Pélagie	Responsable PEV/ Sage femme
Mme MOZENGANA Suzanne	Adj. Responsable PEV/ Sage femme
<u>CS OUANGO</u>	
Mme MBALLACPO Sidonie	SFDE Responsable PEV
Mme GAMANZA sabine	Adj. Responsable PEV
Mme GANDJA Dorothee	Adj. 2 Responsable PEV
<u>Centre Médical SOS</u>	
Mr. YELLET Pierre (TSSI)	Adj. Au Médecin Chef
Mme MAGO Ferreira Amiho	Responsable PEV
Mme SALALA Jacqueline	Adj. 2 Responsable PEV
Mr ZOWANA Joseph Paul II	Membre de l'équipe
<u>CS NGARAGBA</u>	
Mr. NGOUNDA Matthieu	Chef de Centre de Santé
Mme MALIAPAVO Marcelline	Responsable SMI/PF/PTPE
Mme GREKOYAWE Annick Pierrette	Responsable PEV
<u>CS CARITAS St. JACQUE</u>	



Mr. DILLABOY Roger	Chef de Centre de Santé
Mme NZOMON-NDOTIA Dorcas	Responsable PEV (Sage Femme)
Mme MAWE-FATIME Alice	Adj. Responsable PEV (Ass. Accoucheuse)
<b>CS VERTUE</b>	
Mme ONAMBELE Suzanne	Responsable FS
Mme KOSSELEGUE Gisèle	Responsable PEV/ Sage femme
Mme NAMBLEMA Florence	Adj. Responsable PEV/ Sage femme
Mlle GONDA Gladys	Secouriste
<b>Niveau central</b>	
Nom	Fonction
1. Dr. Jean KIPELA M.F.	Point Focal PEV/Surveillance OMS
2. Dr. YAOU GARBA DAREY	Consultant OMS
3. Dr. KANE MAMADOU	Consultant OMS
4. Dr. KITEZE Emmanuel	Consultant UNICEF
1. Dr. Régis MBARY DABA	Chef Service National PEV
2. Mon. SATHE Antoine	Chef Section Suivi/Evaluation
<b>Débriefing</b>	
Nom	Fonction
Kiri Antoine	Chargé de mission de la Croix Rouge
Dr. Ndoua Christelle	Coordination PNLOAF
Dr. Ndoide Y.M.	Centre Santé 11 Arrond.
Dr. Ganda-Te-Grebombo	DRSG
Emmanuel Mambozuina	PF/ Surveillance : RS4/5
Keket Alphonse	Adj. Méd. 1 <sup>er</sup> Arrond.
Mbassa Mardoché	CS MEPS / SNIEC
Yazi Victor	SNIEC Mob/Soc
Ngboutou Boniface	C/SIEC – SS – DRS7
Ya Pierre Magdaleine	SSDM/PM
Koyangbanda Simone	Resp. DPT Femme E
Benza Urbain	Epidémiologiste
John Noubarassem	Journaliste Radio – ESCA
Dr. Youfegan B Mathieu	CPS Ombella M'poko
Dr. Oclavie Ndanga	CS Begoua
Gole Barnabé	Superviseur PEV DRS N° 1
Marcel K. Bakandiko	UNICEF
Nicolas Beneya Samedi	Surveillance/ Officer OMS
Lengdendiat Nathalie	SIEC
Bondha Rozono	C.S IEC
Dr. Régis Mbary Dara	Chef service PEV
Prince Ngongo Bahati	Auditeur GAVI
Yolilo Mireille	Secrétaire PEV
Nôel Ngoumba	Superviseur PEV RS 7
Dr. Seneknak Dominique	DM S7
Mme Mamadou P. Jeanette	Ad Adm. DMPM
Adoum Doungonsi	CHTDCT/DSC
Nguembi Emmanuel	DGSP
Abel Namssenmo	DMPM
Keiro Jérôme	Log. Nat. PEV
Mbery Yaah Florentine	PF/Surv./ RS 1, 7 & 4



Mukansonera Pascasie	MSF Espagne
Kotokoua Etienne	Pasteur/ AEC
Mme Ouamale Véronique	IEC/MSPP
Lemere Emmanuel	Journaliste Radio
Yassiolo Augustine	TSSI Service PEV
Guezewane Christine	S/EC/MSPP
Dr. Nzoumbou Eloi	Chef Centre Santé 1 <sup>er</sup> Arrondissement
Mme Kopaye Lydie C.	Chef CS 4 6 <sup>ème</sup> Arrond.
Dr. Namboua Louis	DGSR
Emmanuel Kiteut	Consultant PEV UNICEF
Dr. JM Kipela	EPI/TL OMS
Njweipi Jet	Auditeur GAVI
Mr Guy Zouma	Min / Intérieur
Sathe Antoine	Chef Section SSE PEV
Dr. Prosper Inimossat	Pdt du CPPN
Dr. NOORMAHOMED Inusse	Epidémiologiste
Wangui Paul	IEC
Makanda Claudia Beatrice	IDE Service IEC
Dr. Daniel Digwiro	CPS HT MS



**ANNEXE II TABLEAU DES INDICATEURS CLES****Les indicateurs clés au niveau central**

	JRF	Notifié au moment du contrôle
Districts avec la couverture en DTC3<1 > 80%	2	ND
Districts avec la couverture rougeole<1 > 90%	2	ND
Taux d'abandon	23%	ND
Type des seringues	AB	AB
Districts utilisant les seringues AB	100%	100%
Introduction HVB	NON	NON
Introduction Hib	NON	NON
Taux de perte en DTC	14,57%	ND
Taux de perte en HVB	-	ND
Taux de perte en Hib	-	ND
Rupture de stock en vaccins en 2003		NON
Nombre des districts avec rupture de stock en 2003	24 pendant 1 mois	0
% des rapports de surveillance des maladies reçus des districts reçus/attendus	ND	ND
% de rapports du PEV de routine des districts reçus/attendus		ND
% des rapports du PEV de routine des districts reçus à temps		ND
Nombre des districts ayant été supervisé au moins une fois		ND
Nombre des districts qui ont supervisé toutes les FS en 2003	0	0
Nombre des districts ayant un volet PEV de routine dans leurs micro-plans.	0	0



## Les indicateurs clés au niveau du district

		Ombella	Sangha	1er & 2ème Arrond.	6ème & 7ème Arrond
Couverture en DTC3 du district	Au niveau central	27,8%	52,61%	63%	37,5%
	Au district	27,1%	52,61%	61,35%	38,8%
Couverture en rougeole du district	Au niveau central <sup>3</sup>	43,3%	51,4%	126,25%	22,72%
	Au district	41,4%	52%	55,93%	23,4%
Taux d'abandon DTC1-3 <sup>4</sup>	Au niveau central	46,17%	44,16%	39,12%	30,5%
	Au district	48,17%	ND	19,7%	30,6%
Les seringues fournies en 2003	Au niveau central	AB	AB	AB	AB
	Au district	AB	AB	AB	AB
Nombre des rapports du PEV de routine reçus/envoyés	Au niveau central	12/12	12/12	12/12	12/12
	Au district	12/12	98/144	12/12	12/12
Nombre des rapports du PEV de routine reçus/envoyés à temps	Au niveau central	ND/12	ND/12	ND/12	ND/12
	Au district	ND/12	ND/12	ND/12	ND/12
Nombre des rapports du PEV de routine reçus/envoyés	Au niveau central				
	Au district				
Nombre des rapports du PEV de routine reçus/envoyés à temps	Au niveau central				
	Au district				
Rupture de stock en vaccins aux districts	Au niveau central	OUI	OUI	OUI	OUI
	Au district	OUI	OUI	OUI	OUI
Es-ce que le district était supervisé par le niveau supérieur en 2002	Au niveau central	OUI	ND	NON	OUI
	Au district	OUI	OUI	NON	OUI
Est-ce que le district a supervisé toutes les FS en 2003 ?	Au niveau central				
	Au district	NON	NON	NON	NON
Le district avait-il un micro-plan en 2002	Au niveau central				
	Au district	NON	NON	NON	NON

<sup>3</sup> Cette information n'est pas collectée au niveau central.

<sup>4</sup> Ne peut pas être estimée parce que le SNIS ne collecte pas systématiquement les données sur le DTC1.



**ANNEXE III : TABLEAU D'ANALYSE DE L'INDICE DE QUALITE**

Les indices de qualité des districts et l'indice moyen des districts (sur 5)

	Enreg	Arch/ Rapp	Suivi	Démo/Pla
Ombella	2,22	5,00	1,50	3,50
Sangha	2,78	1,67	2,27	4,00
1er & 2 <sup>ème</sup> Arrond.	1,67	0,00	1,36	4,00
6ème & 7ème Arrond.	2,22	3,33	1,00	3,89
<b>Moyen</b>	<b>2,22</b>	<b>2,50</b>	<b>1,53</b>	<b>3,75</b>

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

	Ombella			Sangha			
	Enreg.	Arch/Rap.	Suivi/Eval	Enreg.	Arch/Rap.	Suivi/Eval	
Bimbo	2,67	3,75	0,00	HP Nola	3,67	0,00	0,00
Bengoua	3,00	3,75	0,00	Balemboke	1,67	1,25	0,56
Bossembélé	3,67	0,00	0,00	Bambio	3,33	0,00	1,11
Yaloké	3,67	0,00	0,00	EEB	3,57	3,33	0,00
Boali Croisement	3,00	3,75	1,11	Salo	2,00	1,25	0,00
Birlo	2,86	3,75	1,67	Bayanga	3,00	0,00	0,00
<b>Moyen des CS</b>	<b>3,15</b>	<b>2,50</b>	<b>0,46</b>	<b>Moyen des CS</b>	<b>2,87</b>	<b>0,97</b>	<b>0,28</b>

	1er & 2ème Arrond.			6ème & 7ème Arrond.			
	Enreg.	Arch/Rap.	Suivi/Eval	Enreg.	Arch/Rap.	Suivi/Eval	
OCSS	4,00	0,00	0,00	Petevo	3,33	3,75	0,00
Yapélé	4,00	2,50	0,00	Ouanga	3,33	2,50	1,67
Complexe Paediatric	1,79	1,67	0,00	C. Médical SOSùuy	3,33	3,75	0,00
Lakouanga	4,33	3,75	0,00	Ngaragba	3,00	3,75	2,78
Cent. Mère & Enfants	4,33	3,75	0,00	Caritas St. Jacque	3,00	2,50	0,00
Camp Fidèle Obrou	2,67	2,50	0,00	Vertue	3,00	2,50	2,22
<b>Moyen des CS</b>	<b>3,52</b>	<b>2,36</b>	<b>0,00</b>	<b>Moyen des CS</b>	<b>3,17</b>	<b>3,13</b>	<b>1,11</b>



**Taux d'abandon****TABULATION DES TAUX D'ABANDON**

Niveau National: 45.3%

D/CS	T.A Districts %	T.A CS %	Moy/Dist.
<b>Ombella</b>	<b>47.5</b>		
Bimbo		33.1	
Begua		10.8	
Bassemele		53.8	
Yaloke		60.8	
Boali		51.3	
Birlo		63	
			45.4667
<b>Sangha</b>	<b>44.2</b>		
Nola		55.8	
Belemboke			
Bambio		60.9	
EEB		52.3	
Salo		34.1	
Bayanga		50	
			42.1833
<b>1e et 2e A</b>	<b>19.7</b>		
OCSS		18.6	
Yapele		32.7	
Complexe Pediatrique		16.9	
Lakouanga		22	
Mere et Enfant		6.2	
Fidele Obrou		10.2	
			17.7667
<b>6e et 7e A</b>	<b>26.8</b>		
Petevo		37.8	
Ouango		48.9	
SOS		32	
Ngaragba		7.5	
Caritas		3.5	
Vertue		25.6	
			25.8833
Moyenne	34.55	32.825	

**TABULATION DES TAUX D'ABANDON**

Niveau National: 45.3%

D/CS	T.A Districts %	T.A CS %	Moy/Dist.
<b>Ombella</b>	<b>47.5</b>		
Bimbo		33.1	
Begua		10.8	
Bassemele		53.8	
Yaloke		60.8	
Boali		51.3	
Birlo		63	
			45.4667
<b>Sangha</b>	<b>44.2</b>		
Nola		55.8	
Belemboke			
Bambio		60.9	
EEB		52.3	
Salo		34.1	
Bayanga		50	



			42.1833
<b>1e et 2e A</b>	<b>19.7</b>		
OCSS		18.6	
Yapele		32.7	
Complexe Pediatrique		16.9	
Lakouanga		22	
Mere et Enfant		6.2	
Fidele Obrou		10.2	
			17.7667
<b>6e et 7e A</b>	<b>26.8</b>		
Petevo		37.8	
Ouango		48.9	
SOS		32	
Ngaragba		7.5	
Caritas		3.5	
Vertue		25.6	
			25.8833
Moyenne	34.55	32.825	

