



PROJET MULTISECTORIEL DE NUTRITION ET SANTE (PMNS)

AGENCE DE CONTRE VERIFICATION EXTERNE DES PRESTATIONS (ACVE) DU PMNS

*Contrevérification externe des prestations de l'Achat Stratégique et
évaluation des prestations des ONG-NAC et ANE-PF dans les
provinces du Kwilu, du Kasai, du Kasai Central et du Sud Kivu*

Contrat N° ZR-DRC-MSP-272805-CS-CDS

**RAPPORT DE LA TROISIEME MISSION DE CONTRE
VERIFICATION DANS LES PROVINCES DE KASAÏ,
DU KASAÏ CENTRAL, DU KWILU ET DU SUD KIVU**

Rapport provisoire

Octobre 2023



République démocratique du Congo

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS, ACRONYMES	4
TABLEAUX, GRAPHIQUES, FIGURES	5
RESUME	7
1. CHAPITRE I : CONTEXTE ET JUSTIFICATION	13
2. CHAPITRE II : METHODOLOGIE	15
2.1. Champs de l'exercice de la contre vérification	15
2.2. Outils de la contre vérification	16
2.3. Echantillonnage	17
2.3.1. Sélection des DPS	17
2.3.2. Sélection des zones de santé et formations sanitaires	17
2.4. Techniques de traitement des données	18
2.5. Techniques d'analyse des données	19
2.6. Le personnel de contre vérification	19
2.7. Chronologie et étape du processus de contre- vérification	19
2.8. Difficultés rencontrées	19
2.8.1. Moyens de déplacement	19
2.8.2. Sécurité	19
2.8.3. Disponibilité des acteurs de terrain et d'accès aux outils de travail	19
2.8.4. Outils de collecte des données	19
3. CHAPITRE II : RESULTATS DE LA CONTRE VERIFICATION	20
3.1. Contrevérification dans la DPS KASAÏ	20
3.1.1. Contre vérification du cadre de performance de la DPS Kasai	22
3.1.2. Contre vérification du cadre de performance de l'Agence de Contractualisation et de Vérification (ACV) Kasai	23
3.1.3. Contre vérification du cadre de performance des équipes cadres de zones de santé du Kasai	24
3.1.4. Résultats de la contre vérification des hôpitaux généraux de référence du Kasai	26
3.1.5. Résultats de la contre vérification des centres de santé du Kasai	29
3.1.6. Résultats de la contre vérification communautaire	41
3.2. Contrevérification dans la DPS KASAÏ CENTRAL	44
3.2.1. Contre vérification du cadre de performance de la DPS Kasai Central	46
3.2.2. Contre vérification du cadre de performance de l'Agence de Contractualisation et de Vérification (ACV) Kasai Central	47
3.2.3. Contre vérification du cadre de performance des équipes cadres de zones de santé du Kasai Central	48
3.2.4. Résultats de la contre vérification des hôpitaux généraux de référence du Kasai Central	51
3.2.5. Résultats de la contre vérification des centres de santé du Kasai Central	53
3.2.6. Résultats de la contre vérification communautaire	71
3.3. Contrevérification dans la DPS KWILU	74
3.3.1. Contre vérification du cadre de performance de la DPS Kwilu	76
3.3.2. Contre vérification du cadre de performance de l'Agence de Contractualisation et de Vérification (ACV) Kwilu	77
3.3.3. Contre vérification du cadre de performance des équipes cadres de zones de santé du Kwilu	78

3.3.4.	Résultats de la contre vérification des hôpitaux généraux de référence du Kwilu _____	80
3.3.5.	Résultats de la contre vérification des centres de santé du Kwilu _____	83
3.3.6.	Résultats de la contre vérification communautaire _____	99
3.4.	Contrevérification dans la DPS SUD KIVU _____	102
3.4.1.	Contre vérification du cadre de performance de la DPS Sud Kivu _____	104
3.4.2.	Contre vérification du cadre de performance de l'Agence de Contractualisation et de Vérification (ACV) Sud Kivu _____	105
3.4.3.	Contre vérification du cadre de performance des équipes cadres de zones de santé du Sud Kivu _____	105
3.4.4.	Résultats de la contre vérification des hôpitaux généraux de référence du Sud Kivu _____	108
3.4.5.	Résultats de la contre vérification des centres de santé du Sud Kivu _____	110
3.4.6.	Résultats de la contre vérification communautaire _____	126
3.5.	Evaluation du respect des procédures _____	128
3.5.1.	Evaluation du contrôle administratif et financier de toutes les factures _____	128
3.5.2.	Evaluation du système d'archivage et de gestion de la documentation _____	129
3.5.3.	Appréciation du respect des procédures du FBP _____	131
4.	CHAPITRES IV : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS _____	135
4.1.	Conclusion _____	135
4.2.	Évaluation des recommandations précédentes _____	135
4.3.	Recommandations reconduites/formulées _____	137
4.3.1.	Relatives à la performance des ECZ _____	137
4.3.2.	Relatives à la performance des EUP _____	137
4.3.3.	Relatives à la performance des ECP _____	137
4.3.4.	Relatives à la performance de la CT-AS _____	137
4.3.5.	Relatives à la performance de l'UG du PDSS _____	138
Annexe 1 :	Evaluation du respect des procédures _____	139
1.1.	Evaluation du contrôle administratif et financier de toutes les factures _____	139
Annexe 2 :	Noms et contacts du staff ACVE Ginger INTERNATIONAL _____	142
Annexe 3 :	Noms et contacts des EZS et CVC _____	142
3.1.	Enquêteurs des zones de la Province du Kasai _____	142
3.2.	Enquêteurs des zones de la Province de Kasai Central _____	142
3.3.	Enquêteurs de la Province du Kwilu _____	142
3.4.	Enquêteurs des zones de la Province du Sud Kivu _____	143
3.5.	Contre Vérificateurs Communautaires / Kasai _____	143
3.6.	Contre Vérificateurs Communautaires / Kasai Central _____	143
3.7.	Contre Vérificateurs Communautaires / Kwilu _____	144
3.8.	Contre Vérificateurs Communautaires / Sud Kivu _____	144
Annexe 4 :	Noms et qualités des évaluateurs des ECZ, HGR et CS _____	145
4.1.	DPS Kwilu et Kasai _____	145
2.1.	DPS Kasai Central et Sud Kivu _____	146
Annexe 5 :	Noms et qualités des vérificateurs des HGR et CS _____	147
3.1.	DPS Kwilu et Kasai _____	147
2.1.	DPS Kasai Central et Sud Kivu _____	147
Annexe 6 :	Listes des personnes rencontrées par structure et par DPS _____	149
4.1.	Province du Kasai _____	149
4.2.	Province de Kasai Central _____	150
4.2.	Province du Kwilu _____	151
4.3.	Province du Sud Kivu _____	152

ABREVIATIONS, ACRONYMES

AAP	Agence d'achat des performances
ACV	Agence de Contractualisation et de vérification
ACVE	Agence de contre vérification externe
ANE	Acteurs non étatiques
AS	Aire de santé
ASLO	Association locale
BM	Banque mondiale
CAC	Cellule d'action communautaire
CDC	Collecteur de données des CAC
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
CP	Cadre de performance
CREDES	Centre de recherche et d'études en santé
CS	Centre de santé
CT-AS	Cellule technique d'achat stratégique
DPS	Division provinciale de la santé
ECZ	Equipe cadre de Zone de santé
EZS	Enquêteur de Zone de santé
FAR	Femme en âge de reproduction
FBP	Financement basé sur la performance
FOSA	Formation sanitaires
HGR	Hôpital général
IDA	Association internationale de développement
IDH	Indice de développement humain
IGS	Inspection générale de la santé
IPS	Inspection provinciale de la santé
MAM	Malnutrition aiguë Modérée
MAS	Malnutrition aiguë sévère
MCZ	Médecin chef de Zone de santé
MPS	Ministère provincial de la santé
MSP	Ministère de la santé publique
NAC	Nutrition à base communautaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PDSS	Projet de Développement du Système de Santé
PF	Planification familiale
PMA	Paquet minimum d'activités
PMNS	Projet multisectoriel de nutrition et de santé
PNSR	Programme National de santé de la reproduction
PNSA	Programme National de la santé des adolescents
PRONANUT	Programme National de nutrition
PTF	Proposition technique et financière
SSP	Soins de santé primaires
RECO	Relais communautaires
SRMNEA-N	Santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, de l'adolescent et de la nutrition
RDC	République Démocratique du Congo
SMI	Santé maternelle et infantile
EUP	Etablissement d'utilité publique
UGP	Unité de gestion de projet
ZS	Zone de santé

TABLEAUX, GRAPHIQUES, FIGURES

Liste des tableaux

Tableau 1 : Synoptique de l'état d'exécution des activités de contre vérification, 1 ^{er} trimestre 2023	7
Tableau 2 : Liste des zones de santé et FOSA sélectionnées pour les provinces du Kwilu et Kasai.....	17
Tableau 3 : Liste des zones de santé et FOSA sélectionnées pour les provinces de Kasai Central et Sud Kivu	18
Tableau 4 : Indicateurs quantitatifs sélectionnés pour la contre vérification dans les FOSA.....	18
Tableau 5 : Mapping général des écarts entre la vérification/évaluation et la contre vérification dans le Kasai.....	20
Tableau 6 : Mapping général des écarts entre la vérification/évaluation et la contre vérification dans le Kasai Central ...	44
Tableau 7 : Mapping général des écarts entre la vérification/évaluation et la contre vérification dans le Kwilu	74
Tableau 8 : Mapping général des écarts entre la vérification/évaluation et la contre vérification dans le Sud Kivu	102
Tableau 9 : Analyse des traces d'utilisation par les utilisateurs.....	129
Tableau 10 : Comparaison des scores qualité collectés sur le terrain et ceux saisis dans le portail.....	130
Tableau 11 : Appréciation du respect des procédures du FBP dans les provinces visitées pour le 1 ^{er} trimestre 2023...	131
Tableau 12 : Evaluation des recommandations de la première mission de CVE PMNS	135
Tableau 13 : Constats et recommandations relatifs à la performance des ECZ.....	137
Tableau 14 : Constats et recommandations relatifs à la performance des EUP	137
Tableau 15 : Constats et recommandations relatifs à la performance des ECP	137
Tableau 16 : Constats et recommandations relatifs à la performance de la CT-AS.....	137
Tableau 17 : Constats et recommandations relatifs à la performance de l'UG du PDSS	138
Tableau 18 : Evaluation du contrôle administratif et financier dans la province du Kasai	139
Tableau 19 : Evaluation du contrôle administratif et financier dans la province du Kasai Central.....	139
Tableau 20 : Evaluation du contrôle administratif et financier dans la province de Kwilu.....	140
Tableau 21 : Evaluation du contrôle administratif et financier dans la province du Sud Kivu.....	141

Liste des figures

Figure 1 : Zones de santé retenues dans les provinces PMNS pour la 3 ^{ème} mission de contre vérification externe	15
Figure 2 : Processus dynamique de la mission de contre vérification	16

Liste des graphiques

Graphique 1 : Ecart moyens des évaluations des ECP vs contre vérification externe pour les 3 mission.....	8
Graphique 2 : Ecart moyens des évaluations des EUP/AAP vs contre vérification externe pour les 3 missions.....	8
Graphique 3 : Ecart moyens des évaluations des ECZ vs contre vérification externe pour les 3 missions	9
Graphique 4 : Ecart moyens des vérifications quantitatives vs CVE pour les 3 mission	9
Graphique 5 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance de l'ECP Kasai	22
Graphique 6 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance de l'EUP Kasai	23
Graphique 7 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance des ECZ Kasai	24
Graphique 8 : Résultats de la contre vérification quantitative des HGR du Kasai.....	26
Graphique 9 : Résultats de la contre vérification qualitative des HGR du Kasai.....	28
Graphique 10 : Résultats de la contre vérification quantitative des CS de la ZS de Mweka	30
Graphique 11 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Bulape.....	32
Graphique 12 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Kalonda Ouest	35
Graphique 13 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Mweka	36
Graphique 14 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Tshikapa	37
Graphique 15 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Kitangwa	39
Graphique 16 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Bulape	41
Graphique 17 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Kalonda Ouest.....	41
Graphique 18 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Mweka	42
Graphique 19 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Tshikapa	43
Graphique 20 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Kitangwa.....	43
Graphique 21 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance de l'ECP Kasai Central.....	46
Graphique 22 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance de l'EUP Kasai Central.....	47
Graphique 23 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance des ECZ Kasai Central.....	48
Graphique 24 : Résultats de la contre vérification quantitative des HGR du Kasai Central	51
Graphique 25 : Résultats de la contre vérification qualitative des HGR du Kasai Central	52
Graphique 26 : Résultats de la contre vérification quantitative des CS de la ZS de Katoka	54
Graphique 27 : Résultats de la contre vérification quantitative des CS de la ZS de Luiza	55
Graphique 28 : Résultats de la contre vérification quantitative des CS de la ZS de Bunkonde.....	57
Graphique 29 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Mikalayi.....	59
Graphique 30 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Katoka.....	62

Graphique 31 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Luiza	63
Graphique 32 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Bunkonde.....	67
Graphique 33 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Masuika	68
Graphique 34 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Mikalayi	71
Graphique 35 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Katoka	72
Graphique 36 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Bunkonde	72
Graphique 37 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Masuika	73
Graphique 38 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance de l'ECP Kwilu.....	76
Graphique 39 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance de l'EUP Kwilu.....	77
Graphique 40 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance des ECZ Kwilu.....	78
Graphique 41 : Résultats de la contre vérification quantitative des HGR du Kwilu	80
Graphique 42 : Résultats de la contre vérification qualitative des HGR du Kwilu.....	81
Graphique 43 : Résultats de la contre vérification quantitative des CS de la ZS de Gungu.....	83
Graphique 44 : Résultats de la contre vérification quantitative des CS de la ZS de Pay Kongila.....	85
Graphique 45 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Gungu	86
Graphique 46 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Kingandu.....	89
Graphique 47 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Pay Kongila.....	91
Graphique 48 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Sia.....	95
Graphique 49 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Vanga	97
Graphique 50 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Gungu.....	99
Graphique 51 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Kingandu	100
Graphique 52 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Pay Kongila	100
Graphique 53 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Sia	101
Graphique 54 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Vanga	101
Graphique 55 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance de l'ECP Sud Kivu	104
Graphique 56 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance de l'AAP Sud Kivu	105
Graphique 57 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance des ECZ Sud Kivu	105
Graphique 58 : Résultats de la contre vérification quantitative des HGR du Sud Kivu.....	108
Graphique 59 : Résultats de la contre vérification quantitative des CS de la ZS de Fizi	110
Graphique 60 : Résultats de la contre vérification quantitative des CS de la ZS de Kadutu	112
Graphique 61 : Résultats de la contre vérification quantitative des CS de la ZS de Nundu	114
Graphique 62 : Résultats de la contre vérification quantitative des CS de la ZS de Shabunda	115
Graphique 63 : Résultats de la contre vérification quantitative des CS de la ZS de Miti Murhesa	116
Graphique 64 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Fizi	117
Graphique 65 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Kadutu	119
Graphique 66 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Nundu	122
Graphique 67 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Kaniola	124
Graphique 68 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Miti Murhesa	125
Graphique 69 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Fizi.....	126
Graphique 70 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Kadutu	126
Graphique 71 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Nundu	127
Graphique 72 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Kaniola	127
Graphique 73 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Miti Murhesa	128

RESUME

Dans la continuité d'amélioration du système de santé et une logique similaire au Projet de Développement du Système de Santé (PDSS), la RD Congo a reçu de l'Association Internationale de Développement (IDA) du Groupe de la Banque Mondiale un important financement pour mettre en œuvre le Programme Multisectoriel de Nutrition et de Santé (PMNS).

Le PMNS va renforcer l'amélioration de l'offre (quantité et qualité) d'interventions clés spécifiques à la nutrition et sensibles à la nutrition, mises en œuvre dans les formations sanitaires des DPS d'intervention du projet à travers des contrats de performance qui sont signés à tous les niveaux du système de santé.

C'est à cet effet que l'Unité de gestion du Projet de développement du système de santé a signé un contrat de prestations de services avec le Ginger INTERNATIONAL comme agence de contre vérification externe (ACVE).

De façon spécifique, le travail de l'ACVE Ginger INTERNATIONAL consiste à :

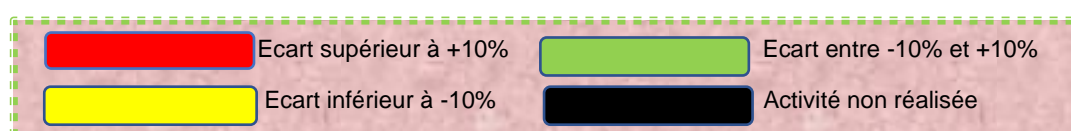
- Contrevérifier la véracité des données quantitatives ;
- Contrevérifier l'évaluation qualitative ;
- Contrevérifier le degré de satisfaction de la population ;
- Contrevérifier les contrats de performance des structures du niveau central et du niveau provincial ;
- Evaluer le cycle de FBP ;
- Examiner le système d'archivage et de gestion de la documentation ;
- Evaluer le contrôle administratif et financier ;
- Evaluer la mise en œuvre des recommandations faites.

Pour cette troisième mission, l'ACVE Ginger INTERNATIONAL a constitué 2 équipes qui ont visité chacune 2 provinces dont les principaux résultats sont décrits dans le tableau et graphique ci-dessous.

CONSTATS MAJEURS A L'ISSUE DE LA MISSION

Tableau 1 : Synoptique de l'état d'exécution des activités de contre vérification, 1^{er} trimestre 2023

Type de vérification / évaluation	KASAÏ			KASAÏ CENTRAL			KWILU			SUD KIVU		
	T3 2022	T4 2022	T1 2023	T3 2022	T4 2022	T1 2023	T3 2022	T4 2022	T1 2023	T3 2022	T4 2022	T1 2023
ECP	8,3%	45,6%	46,8%	18,8%	37,7%	19,0%	19,4%	20,6%	26,5%	26,9%	20,4%	11,1%
EUP	NR	-13,2%	13,0%	NR	6,5%	2,0%	5,5%	0,5%	2,5%	7,3%	NR	4,0%
ECZ	36,7%	15,4%	23,0%	NR	7,7%	29,4%	16,8%	12,6%	14,8%	25,2%	16,5%	15,7%
HGR Quantité	30,2%	24,5%	11,8%	14,1%	18,0%	15,9%	28,8%	13,9%	29,8%	15,0%	23,2%	27,1%
HGR Qualité	NR	8,7%	4,5%	NR	11,9%	12,3%	NR	7,8%	10,9%	NR	9,2%	NR
CS Quantité	32,9%	30,4%	7,1%	20,1%	9,9%	12,6%	11,4%	18,4%	9,9%	10,3%	12,2%	12,4%
CS Qualité	16,8%	14,1%	11,1%	13,1%	3,9%	13,5%	10,7%	12,2%	26,9%	9,2%	12,5%	9,8%
CVC (patients non existants)	NR	0,0%	13,5%	NR	25,9%	10,4%	12,5%	0,7%	0,0%	NR	4,7%	-0,3%



Commentaires :

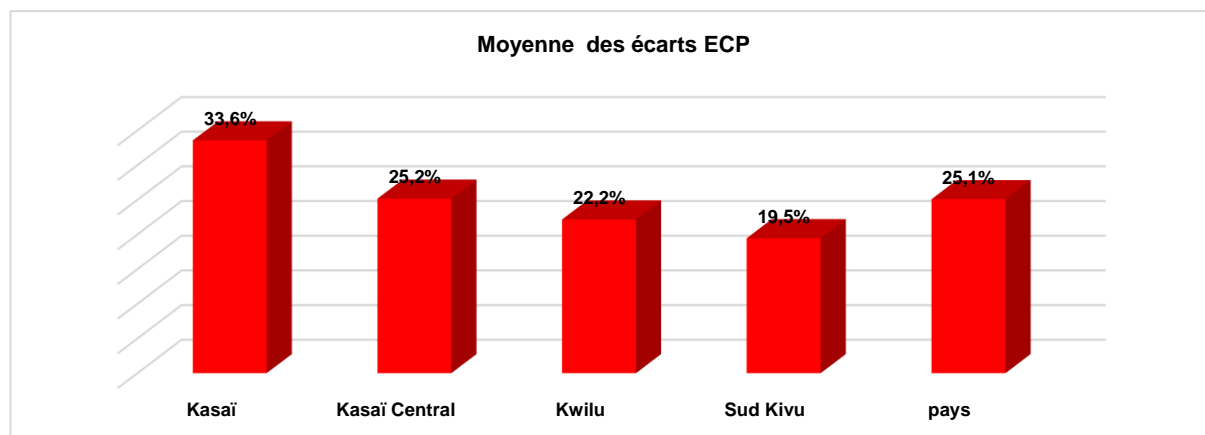
Sur un total de 96 activités attendues de l'ACVE pour les 3 missions en raison de 8 activités par mission par province, 12 n'ont pas été réalisées, soit 12,5% parce que les évaluations n'ont pas été réalisées en amont notamment 3 pour les EUP, 1 évaluation des ECZ au Kasai Central, 5 évaluations des HGR et 3 enquêtes communautaires.

Qu'à cela ne tienne les écarts ont évolué en decrescendo pour les 3 trimestres avec une moyenne de 19% au Kasai central, 15,4% au Kasai et de 13,7% aux anciennes provinces FBP ; le Kwilu et le Sud Kivu.

Les principales raisons de ces écarts se résument de la manière suivante :

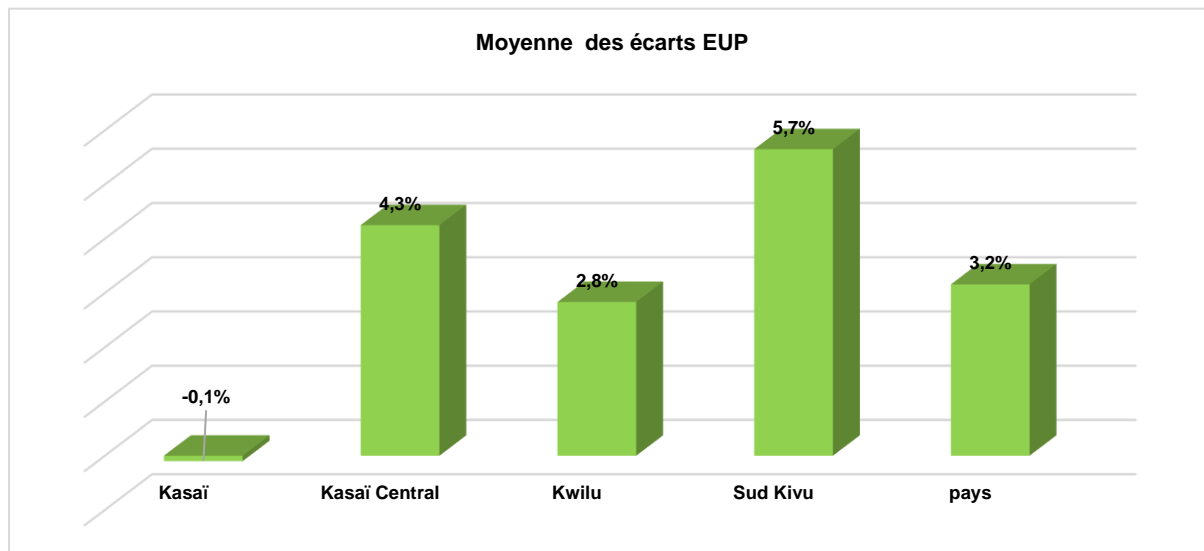
Contre-vérification du cadre de performance des DPS

Graphique 1 : Ecart moyen des évaluations des ECP vs contre vérification externe pour les 3 mission



La non maîtrise par les évaluateurs du cadre de performance des ECP ainsi que des critères de validation de certaines prestations reste la principale cause des écarts dans les DPS. Les évaluateurs estiment justifié d'accorder une cote maximale dès lors que le motif de la non réalisation d'une activité n'est pas de la responsabilité de l'ECP, notamment pour les missions de supervision ou d'évaluation des HGR et ECZ. Aussi, les évaluateurs ne prennent pas en compte la notion de TOUT OU RIEN pour des prestations à cotation unique telles que l'Inspection Contrôle, l'hygiène et salubrité publique ou encore l'enseignement des sciences de santé. Le mécontentement affiché par le personnel de la DPS Kasai pour n'avoir pas perçu leurs subsides pour les trimestres précédents n'est pas à négligé car ayant entraîné des contreperformances aussi bien à la DPS que dans les ECZ et HGR.

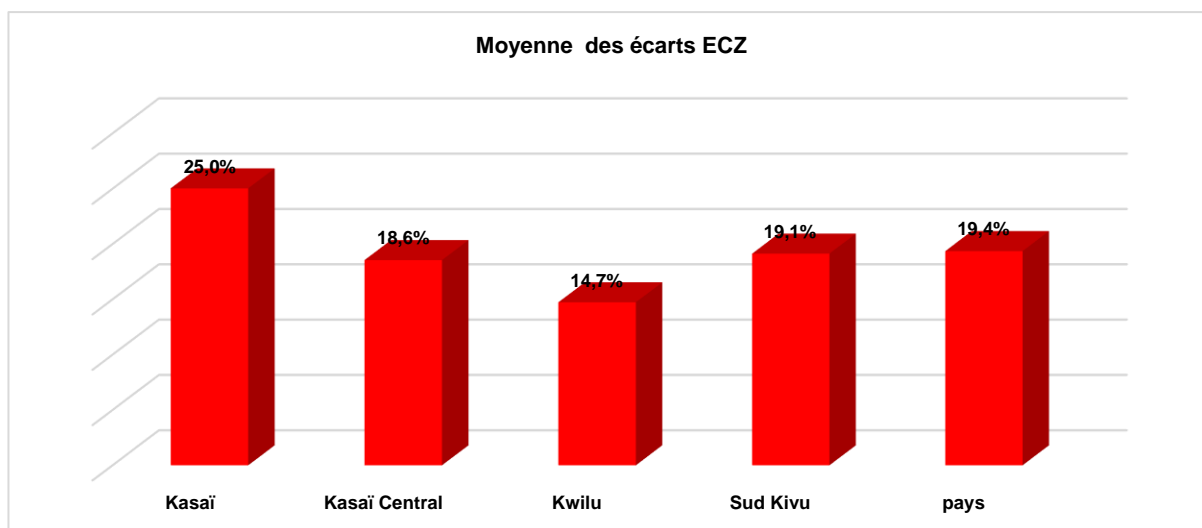
Contre vérification du cadre de performance des EUP



Les écarts n'ont pas été significatifs de manière générale dans tous les EUP pendant les 3 missions, sauf au Kasai où un écart de 13% se dégage lors de la troisième mission alors que la cote accordée par l'ACVE était supérieure à celle de la CSE à la mission précédente. Il est possible que les évaluateurs de la CSE n'aient pas la même compréhension dans la cotation de certaines prestations ou alors n'ont pas la même rigueur dans l'application de critères de validation. C'est notamment la cotation du contrôle interne ou de l'audit externe qui n'ont pas été réalisés tout comme de plusieurs PM qui ne contiennent pas de sceaux de toutes les parties prenantes. Il en est de même du paiement de salaire sur base du score de performance des agents, de la tenue à jour des carnets de bord des motos ou encore des dossiers incomplets de certains agents recrutés depuis juillet 2023.

Contre vérification du cadre de performance des ECZ

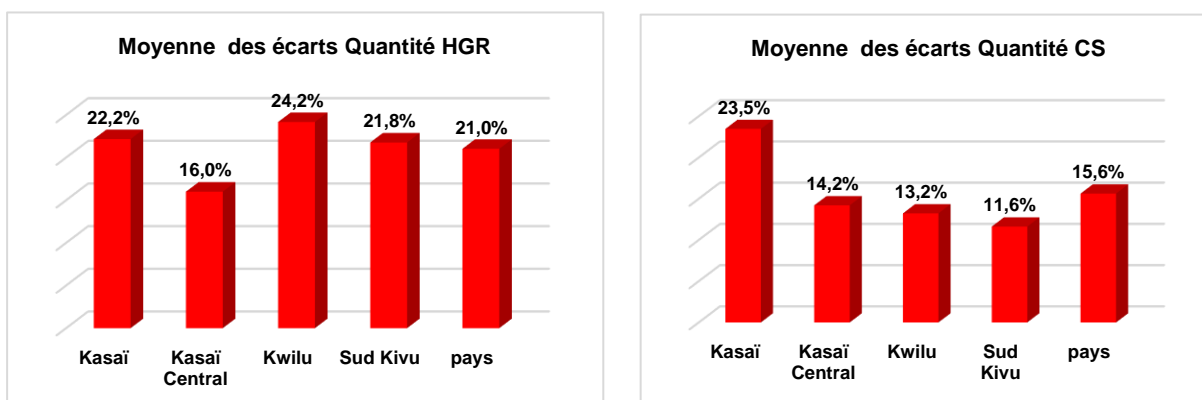
Graphique 3 : Ecarts moyens des évaluations des ECZ vs contre vérification externe pour les 3 missions



Les aspects en rapport avec les activités SRMNEA- NUT et NAC ne retiennent pas encore l'attention des évaluateurs dans l'analyse de plusieurs livrables. Ce qui affecte les cotes accordés pour le plan de travail trimestriel, la tenue des réunions de COGE, le tenue des réunions hebdomadaire de l'ECZ, la préparation et l'exécution des supervisions et même l'organisation des revues mensuelles pour l'analyse des données de la zone de santé. Les évaluateurs ont encore de la peine à accorder la cote nulle quand un REH manque et surtout donner 0 sur 7,5 point une grille d'évaluation qualité d'un CS n'est pas archivé au BCZ.

Contre vérification quantitative

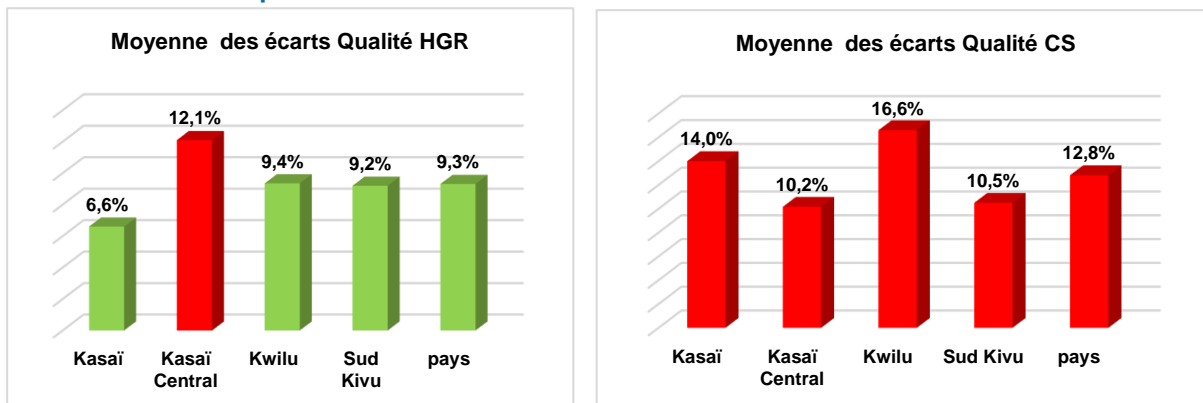
Graphique 4 : Ecarts moyens des vérifications quantitatives vs CVE pour les 3 mission



Les écarts sont restés très significatives dans tous les HGR et dans la majorité des CS pendant les trois trimestres. Le guide référentiel pour la validation des prestations PMA et PCA produit le 25 février 2023

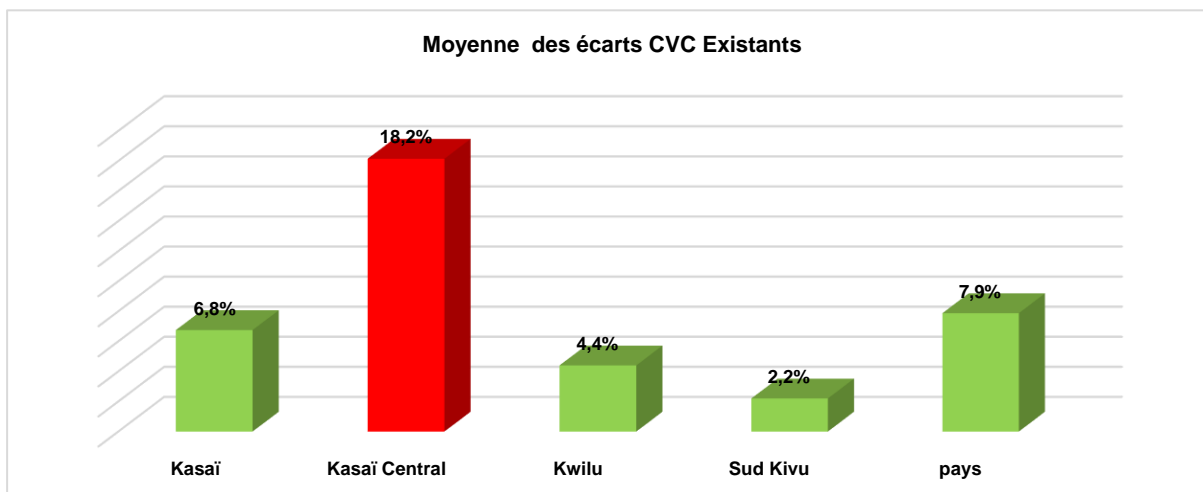
ne saurait être d'application stricte qu'au T2 2023 pendant que l'ACVE avait déjà en sa possession des orientations claires de la CT-AS sur les critères de validation des indicateurs. C'est ainsi que des écarts ont persisté pour les indicateurs comme « Consultation ambulatoire d'un patient orienté et vu par un médecin », certains EUP prenant en compte même les cas hospitalisés, « Consultation externe (nvx cas) » pour les enfants de 6 à 59 mois, FEFA, adolescentes sans prise des mesures anthropométriques, mais surtout « les accouchements eutociques assistés » dirigés par un personnel non formés en SONU tout comme le personnel non formé en PCIMA qui prennent en charge les enfants MAS.

Contre vérification qualitative



C'est surtout au Kwilu où les écarts sont importants dans l'évaluation de la qualité des CS restent encore très importants, les évaluations des HGR étant désormais semestrielles. Les ECZ sont pourtant censées être suffisamment rodées dans cet exercice, sauf si les acteurs actuels sont différents de ceux jadis impliqués dans le PDSS. La seule et unique raison reste la non application de critères de validation des prestations dans toute leur rigueur, même si le motif d'archivage peut être évoqué en second lieu.

Contre vérification communautaire



Certains structures récemment intégrés dans le FBP n'ont pas réalisés des enquêtes communautaires pour le T4 2022, pourtant sélectionnées par la CT-AS pour la contre vérification. Tout de même les écarts n'ont pas été très significatifs dans la majorité des aires de santé sur les patients non existants même si par endroit les taux de satisfaction des usagers ont sensiblement variés dans un sens ou dans l'autre entre les enquêtes communautaires et la contre vérification.

Evaluation du respect des procédures FBP

1. Comparé aux deux premières missions, deux provinces ont été payés dans le délai lors de la troisième mission alors que seules les FOSA de la province du Kasai central ont reçu les subsides à temps pour les missions précédentes. Il est à noter que les informations devant provenir de l'UG

PDSS ne sont pas disponibles aussi bien pour les missions précédentes que pour cette troisième mission. La CT-AS a reçu les factures avec retard pour cette mission (en août 2023) et les a traités assez rapidement, mais le délai imparti était déjà dépassé. La formation des prestataires par certains vérificateurs de l'AAP Sud Kivu a été également à la base du retard enregistré dans la conduite des missions de vérification, et donc de toutes les autres activités en aval.

2. Les différences constatés tant en quantité qu'en valeur sont supérieures à 10%, donc matérielles dans 12 FOSA dans le Kwilu avec des écarts allant de 11% à 86% qui expliquent que les FOSA ont facturé plus que ce qui a été effectivement validé dans le portail. Le contraire est constaté au Sud Kivu, spécifiquement au CS Nakiele (-72%) et à l'HGR Kadutu (-141%). Dans le Kasai central, une seule structure est concernée, le CS Kapaya avec 45% alors qu'au Kasai tous les montants validés par l'EUP sont conformes à ceux inscrits dans le portail ;
3. Selon le fichier log extrait le 19 août 2023, sur les 7053 données qui étaient attendues au T1 2023, toutes les DPS réunies n'en ont saisies que 5197, soit une complétude de 74%. Les encodages ont concerné les domaines d'avance budget et évaluation des ECZS, l'évaluation communautaire, l'évaluation de la qualité des FOSA, les informations bancaires de toutes les structures ainsi que les données quantités des CS et des HGR. Les problèmes ressortis de l'analyse concernent la complétude des données et le non-respect de l'échéance sur la saisie des données.
4. D'une manière générale, l'archivage des données est bien organisé par tous les EUP visités.
5. La comparaison des scores qualité collectés sur le terrain et ceux saisis dans le portail dégage des différences pour certaines FOSA qui n'ont pas été éligibles au bonus qualité parce que leurs scores qualité sur le portail sont de moins de 50% alors qu'ils sont de plus de 50% sur les grilles en dur. Le PDSS devrait voir comment restaurer ces FOSA dans leurs droits ;

A l'issue de cette 3^{ème} mission de l'ACVE Ginger INTERNATIONAL dans le cadre du PMNS, les recommandations suivantes ont été faites :

- Scanner et archiver en électronique les grilles qualités des CS par les EUP
- Scanner tous les livrables sollicités par la mission et les transmettre dès la réception des TdRs par les DPS.
- Organiser les enquêtes communautaires dans le délai, conformément au manuel des procédures
- Rendre disponibles les listes des cadres certifiés pour les évaluations des cadres de performance des ECZ ou les évaluations qualité des HGR et CS
- Concevoir et rendre disponible une grille qualité des centres de santé pour maximum deux trimestres de manière à ressortir clairement la date, les scores et les noms des évaluateurs avant la prochaine mission de CVE
- Rendre disponibles dans le délai les fonds nécessaires pour l'évaluation des EUP par la CSE, conformément au manuel des procédures
- Assurer le suivi de l'exécution des recommandations issues des missions de contrevérification externe
- Assurer le suivi des réactions formulées par les DPS et EUP/AAP à l'issue des missions de contrevérification externe.

RAPPEL DES DISPOSITIONS DU MANUEL DES PROCEDURES

Écart entre les données validées par l'EUP avec les données contrevérifiées par l'ACVE

Pour les prestations contrevérifiées, il s'agit de l'écart entre le total des cas validés par l'EUP et celui des cas contrevérifiés par l'ACVE. Tout écart supérieur à 10 % dénote d'une mauvaise qualité de la vérification. La sanction est limitée à l'encontre de l'EUP.

- Première fraude : rétention de 30% du total des subsides de performance de l'EUP d'un prochain paiement tandis que les subsides restants ne peuvent pas être dépensés sur des primes des performances individuelles. Le Conseil d'Administration doit donner des lettres d'avertissement aux vérificateurs et cadres concernés par cet écart.
- Deuxième fraude : rétention des 100% du total des subsides de performance. Le Conseil d'Administration doit suspendre les contrats des vérificateurs et cadres concernés par cet écart
- Troisième fraude : le Conseil d'Administration doit arrêter des contrats et procéder au remplacement des vérificateurs et cadres concernés par cet écart.

Écart entre les scores qualité des CS évalués par l'ECZ ou les scores qualité HGR évalués par la DPS avec les scores qualité contrevérifiées par l'ACVE

Si l'écart est négatif et supérieur ou égal à 10% et que aucune explication probante ne peut être donnée par rapport à cette régression ; la sanction est limitée à l'évaluateur (ECZ ou DPS).

- Première fraude constatée : sanction liée aux services évaluateurs (ECZS, DPS) : rétention de 30 % des subsides tandis que les subsides restants ne peuvent pas être dépensés sur des primes de performances individuelles. Sur proposition du GT-financement et CSU, un avertissement par écrit au MCZ par le chef de division provincial de la santé ou par le Ministre Provincial ayant en charge la Santé au Chef de Division de la DPS et l'inclusion automatique dans un prochain tour de contre-vérification ;
- Deuxième fraude constatée : sanction liée aux services évaluateurs (ECZS, DPS) : rétention des 100% du total des subsides de performance. Suspension de contrat performance jusqu'à ce que des mesures administratives soient prises (retrait de la certification des évaluateurs concernés par ces écarts ...).

Écart entre les scores de performance des régulateurs (ECZ, DPS, Programmes Spécialisés et Directions) évalués par la DPS et/ou la Cellule de Suivi Évaluation avec les scores de performance contrevérifiées par l'ACVE

Si l'écart absolu est supérieur ou égal à 10 % et que aucune explication probante ne peut être donnée par rapport à cette différence ; la sanction est limitée à l'évaluateur (DPS ou la CSE).

- Premier écart constaté : sanction liée aux services évaluateurs (DPS, CSE) : rétention de 30 % des subsides tandis que les subsides restants ne peuvent pas être dépensés sur des primes de performances individuelles ; un avertissement par le Ministre Provincial ayant en charge la Santé au Chef de Division de la DPS ou par le Secrétaire Général à la CSE.
- Deuxième fraude constatée : sanction liée aux services évaluateurs (ECZS, DPS) : rétention des 100% du total des subsides de performance. Suspension de contrat performance jusqu'à ce que des mesures administratives soient prises (retrait de la certification des évaluateurs concernés par ces écarts ...).

1. CHAPITRE I : CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Face à une situation sanitaire en constante dégradation, le gouvernement de la République Démocratique du Congo (RDC) a produit plusieurs documents stratégiques ayant été adoptés par le ministère de la Santé publique, hygiène et prévention (MSPHP) et l'ensemble des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) entre autres, la stratégie nationale de financement qui utilise pour mécanisme majeur, le Financement Basé sur la Performance. L'Association internationale de développement (IDA) du groupe de la Banque mondiale a mis à disposition du gouvernement de la RDC un financement pour la mise en œuvre du Projet de développement du système de santé (PDSS) pour la période 2015-2021. Dans le cadre de la mise en œuvre efficiente de ce projet, le Ginger INTERNATIONAL a été recruté en 2017, en tant qu'Agence de Contre Vérification Externe (ACVE).

Dans la continuité d'amélioration du système de santé et une logique similaire au PDSS, la République Démocratique du Congo a reçu, de la Banque Mondiale, un important financement pour mettre en œuvre le Programme Multisectoriel de Nutrition et de Santé (PMNS) d'une durée de 5 ans (2020-2024).

Le PMNS a cinq (5) grandes composantes à savoir : (i) Renforcement de la prestation des interventions au niveau communautaire et la communication pour le changement social et de comportement, Nutrition à assise communautaire; (ii) Amélioration de l'offre des services et renforcement de l'achat stratégique (extension du financement basé sur la performance à de nouvelles provinces), la Planification familiale – contrats basés sur les résultats avec les Agents non étatiques (ANE) ; (iii) Pilotage de la démonstration de convergence par la distribution de kits agricoles, kits de petits élevages, bio fortification avec l'appui technique de Minagri et Minpeche, transferts monétaires aux mères d'enfants de moins de 2 ans sous la supervision du Minas, et supplémentation en fer/acide folique des adolescentes dans les écoles et collèges appuyés par l'ESFT ; (iv) Renforcement de la gouvernance et des capacités de gestion du PMNS par le renforcement des capacités, Innovation et nouvelles technologies, Gestion du projet ; (v) Réponses aux crises.

Pour la première composante, la stratégie du faire faire est utilisée. Ainsi, des ONG et des ANE sont recrutés pour l'exécution des activités de nutrition et de planification familiale (PF), et signent des contrats basés sur les résultats. Leurs paiements dépendent de l'atteinte des indicateurs de résultats retenus de commun accord avec l'UG-PDSS. Ce rapport concerne uniquement cette composante.

Pour la deuxième composante, le PMNS va renforcer l'amélioration de l'offre (quantité et qualité) d'interventions clés spécifiques à la nutrition et sensibles à la nutrition, mises en œuvre dans les formations sanitaires des DPS d'intervention du projet à travers des contrats de performance qui seront signés à tous les niveaux du système de santé.

C'est dans ce contexte de mise en œuvre, que l'UG-PDSS a signé un contrat de prestation de service avec le Ginger INTERNATIONAL comme agence de contre vérification Externe (ACVE) mais aussi afin de procéder à l'évaluation des prestations des ONG et ANE intervenant dans la NAC et la PF dans les provinces du Kivu, du Kasai, du Kasai-Central et du Sud-Kivu.

De façon spécifique, le travail de l'ACVE Ginger INTERNATIONAL consiste à :

Composante 1 : contrats basés sur les résultats avec les ONG et les ANE

Au niveau du bureau des ONG et des ANE

- Vérifier les résultats atteints par rapport aux objectifs fixés en termes de quantité et de qualité définies et retenues pour la période ;
- Valider les données déclarées mensuellement et en relation avec les prestations de services de nutrition au niveau communautaire pour les enfants, les adolescentes et les FAR ;
- Valider les données déclarées mensuellement et en relation avec les prestations de services de planification familiale au niveau communautaire pour les adolescentes et les FAR ;
- Calculer et valider la cible atteinte (nombre de bénéficiaires touchés/bénéficiaires ciblés) pour le trimestre.

Au niveau de la communauté :

Pour les ANE, procéder à la vérification sur le terrain de l'enregistrement des cibles (bénéficiaires) en utilisant les outils adaptés à cet effet et à la vérification au sein de la communauté de la qualité et de la quantité des prestations de service déclarées durant la période à évaluer en utilisant un échantillonnage aléatoire acceptable pour l'UG-PDSS.

Composante 2 : achat stratégique :

- Contrevérifier de manière systématique dans les 4 provinces (**Kasaï, Kasaï Central, Kwilu et Sud Kivu**), la véracité des données quantitatives (par la recherche des clients et/ou des prestations faussement déclarées et facturées par les unités de prestation) ;
- Vérifier le respect du système d'évaluation de la performance des unités de prestation par les DPS et celui de vérification et validation des prestations déclarées par les EUP selon les procédures définies ;
- Contrevérifier par échantillonnage aléatoire au niveau des formations sanitaires, l'utilisation des informations tirées des enquêtes de vérification communautaire faites par les associations locales (ASLO), le degré de satisfaction de la population concernant la qualité des soins et si les suggestions faites par les usagers sont prises en compte dans l'amélioration de l'offre des services ;
- Identifier les sous évaluations ou surévaluations des contrats de performance des structures du niveau central et du niveau provincial.

Composante 3 : évaluation du respect des procédures selon le manuel de procédure du FBP et proposition de mesures correctrices opérationnelles :

- Evaluer le cycle de FBP. Il s'agit d'analyser la performance de chaque phase de fonctionnement de la stratégie du FBP telle que celle-ci est décrite dans le manuel de procédures du FBP ;
- Examiner le système d'archivage et de gestion de la documentation mis en place et lié au FBP et évaluer la gestion des données en place, la fiabilité des informations fournies par le système, les possibilités de recoupement sur le plan financier avec les informations sur les indicateurs ;
- Evaluer le contrôle administratif et financier de toutes les factures, autorisations, justification de modifications de factures ;
- Examiner l'état d'avancement de la mise en œuvre des recommandations faites lors des contre-vérifications trimestrielles antérieures.

Le cycle de vérification externe étant trimestriel, selon la méthodologie validée par l'UG-PDSS, l'ACVE PMNS Ginger INTERNATIONAL a procédé à sa deuxième mission de contrevérification externe dans les 4 provinces cibles du projet, à savoir le Kasaï, le Kasaï-Central, le Kwilu et le Sud-Kivu. Les ONG NAC n'ayant pas encore signé de contrat avec l'UG PDSS, n'ont pas été évaluées. L'évaluation faite pour les ONG PF dans les provinces du Kwilu, Kasaï et Kasaï Central sera présentée dans un autre rapport.

Au sein de ces DPS, des ZS et des FOSA ont été sélectionnées essentiellement au regard des risques encourus selon l'analyse basée sur l'outil d'analyse des risques et catégorisation (OARC).

Cette sélection a permis de retenir 20 zones de santé, à raison de 5 zones de santé par DPS.

Dans chaque ZS, cinq (5) formations sanitaires sous contrat de performance ont été sélectionnées (PS, CS ou CSR), et l'HGR était d'office retenu.

Dans chaque FOSA, six (6) indicateurs du paquet minimum d'activités (PMA) et six indicateurs (6) du paquet complémentaire d'activités (PCA) ont été choisis. L'ensemble des indicateurs qualitatifs ont été contre-vérifiés aussi bien dans les CS que dans les HGR. Une contre-vérification communautaire, destinée à vérifier l'existence des patients, l'effectivité des soins et le niveau de satisfaction des patients, a également eu lieu uniquement dans les ZS ou dans les aires de santé pour lesquelles des enquêtes communautaires ont été menées par l'EUP.

2. CHAPITRE II : METHODOLOGIE

2.1. Champs de l'exercice de la contre vérification

Figure 1 : Zones de santé retenues dans les provinces PMNS pour la 3^{ème} mission de contre vérification externe

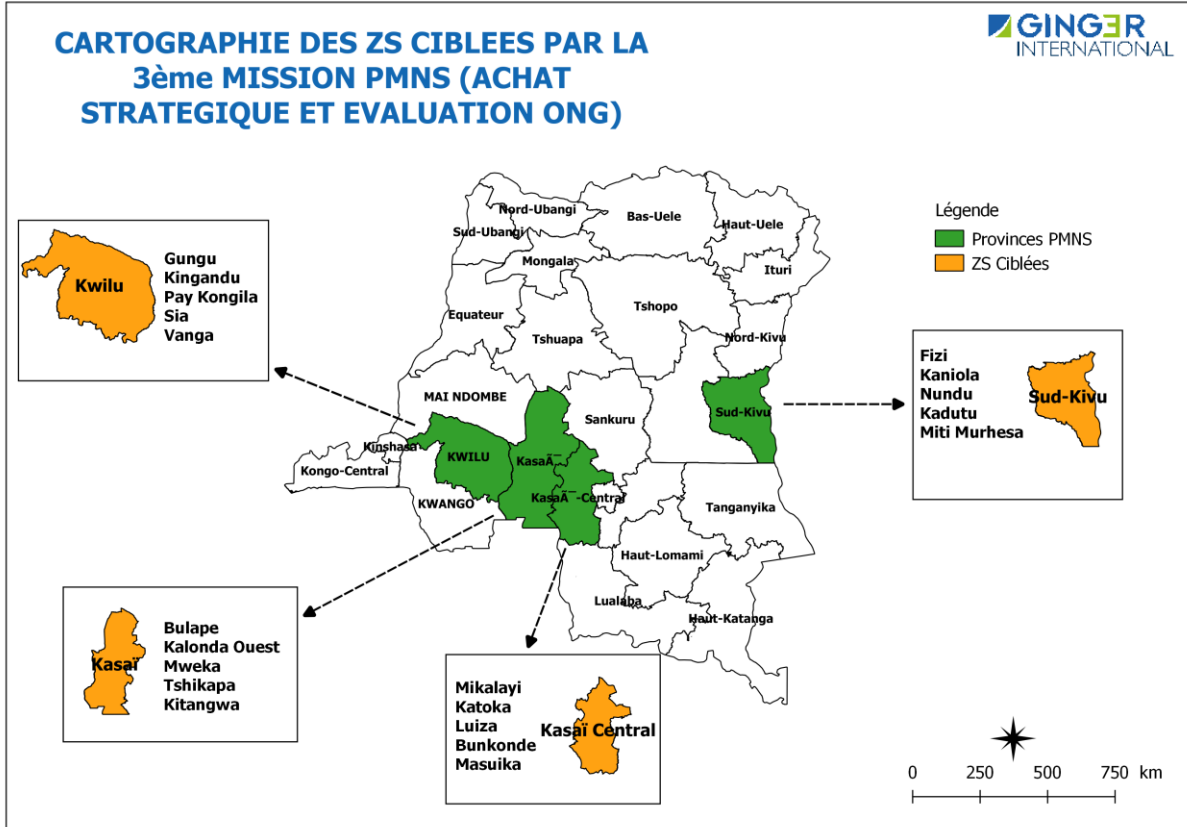
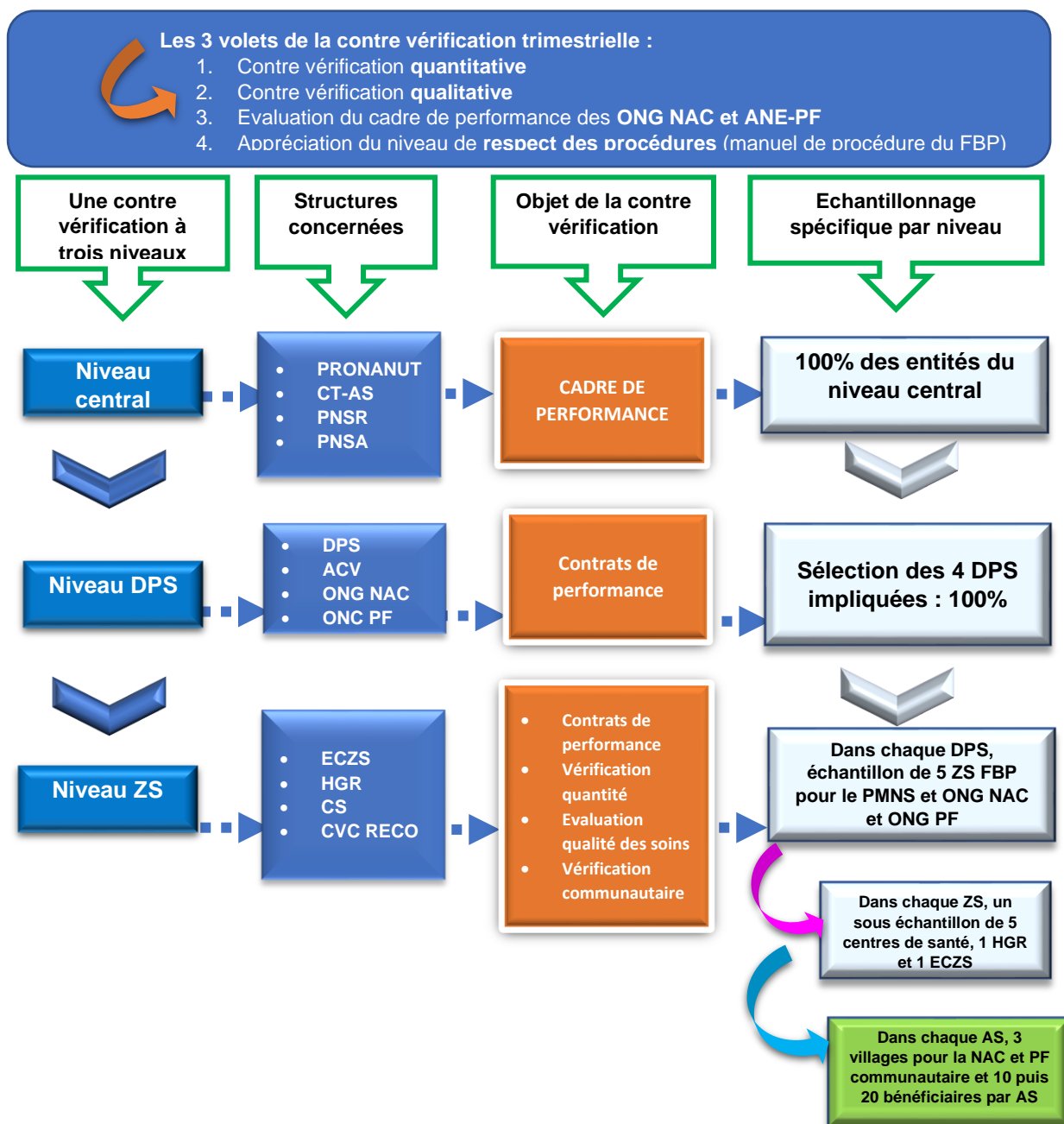


Figure 2 : Processus dynamique de la mission de contre vérification



Source : Ginger INTERNATIONAL

2.2. Outils de la contre vérification

Les outils et méthodes de collecte des données et d'autres informations ont été conçus et adaptés pour correspondre en tout point aux outils de mise en œuvre du FBP répertoriés dans le document intitulé « Outils de mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance en RDC », partie intégrante du manuel des procédures.

Ces outils comprennent les composantes suivantes : les outils de gestion du financement basé sur la performance (le plan de management semestriel, les différents types de contrats et les rapports de performance des prestataires), les outils de gestion comptable et financière, les éléments de la base de données FBP web, les cadres de performance des entités de régulation, les factures trimestrielles des formations sanitaires et structures de régulation, les factures de bonus d'équité, l'outil d'indices des FOSA.

La mise en œuvre de la contre-vérification nécessite par ailleurs d'utiliser les documents et techniques suivants :

- La revue documentaire des rapports d'évaluation des performances/résultats, des rapports de vérification, les registres, et d'autres documents clés disponibles au sein des unités de prestations ainsi que dans les structures de vérification ;
- Les interviews des acteurs clés à tous les niveaux et des bénéficiaires (interviews individuelles et collectives via des focus group) ;
- La triangulation des différentes données et des informations recueillies lors de la mission.

Enfin, sont également utilisés les outils de contre vérification et les **grilles d'évaluation de la performance** suivants : fiche de collecte des données (sous forme de récapitulatif mensuel), registres des FOSA, grille d'évaluation de la qualité des Centres de santé, PV de validation de la quantité au niveau Centre de santé, grille d'évaluation de la qualité des hôpitaux généraux de référence, PV de validation de la quantité au niveau des hôpitaux généraux de référence, grille d'évaluation de la performance des EUP FBP, grille d'évaluation de la performance des DPS, grille d'évaluation de la performance des ECZ, questionnaires d'enquêtes, Fiche de compilation et d'analyse des résultats de l'enquête communautaire.

2.3. Echantillonnage

2.3.1. Sélection des DPS

Par sa note technique de sélection des ECZ et FOSA du 26 avril 2023, la CT-AS a utilisé une approche principalement basée sur les risques, à la suite d'une persistance et même un accroissement des subsides réclamés par certaines formations sanitaires dont les indices per capita ont été largement supérieurs aux prévisions du programmes FBP.

2.3.2. Sélection des zones de santé et formations sanitaires

En appliquant l'index global à l'achat stratégique (OARC T4 2022), les zones de santé suivantes ont été sélectionnées alors que les formations sanitaires ont été choisies de façon aléatoire dans chaque ZS.

Cependant, la sélection des prestations s'est faite sur base de la consommation budgétaire en partant du principe de Pareto qui a permis de focaliser sur les 20% de prestations qui consomment 80% du budget FBP au niveau des CS et au niveau des HGR.

La liste des ZS, des formations sanitaires et des indicateurs retenus est reprise dans les tableaux 2, 3 et 4 ci-dessous.

Tableau 2 : Liste des zones de santé et FOSA sélectionnées pour les provinces du Kwilu et Kasai

DPS Kwilu				
ZS Gungu	ZS Kingandu	ZS Pay Kongila	ZS Sia	ZS Vanga
CS Gungu 3	CS Kibudi	CS Kibeti	CS Mbala	CS Kiyoko
CS Kwilu	CS Kimbimbi	CS Kimbwalu	CS Kinko	CS Mbanza Dibundu
CS Mbangi	CS Kulungu Nzadi	CS Kola	CS Bulu Nseke	CS Mobu
CS Mbondo Kibale	CS Mbanza	CS Mungulu	CS Nto	CS Monsia
CS Kakoy	CS Kingwaya	CS Peshi	CS Kibwadi	CS Kokongo Tangu
DPS Kasai				
ZS Bulape	ZS Kamwasha	ZS Mweka	ZS Tshikapa	ZS Kitangwa
CS Bangombe	CS Lungonzo	CS IFAF	CS Dibumba Mbela	CS Ngulungu
PS Bukuku	CS Lunyeka Faubourg	CS Makonoko	CS Khenda	CS Kombo
PS Bushangu	PS Amour	CS Ishangatshieme	CS Bat Ben Bat	CS Mukala
CS Kenge	CS Katanda	CS Bulangu Kapimbi	CS Kayanda	CS Kamatoma
CS Pombo	CS Luenda Basanga	CS Kaluamba	CS Kalupombe	CS Kitembo

Tableau 3 : Liste des zones de santé et FOSA sélectionnées pour les provinces de Kasai Central et Sud Kivu

DPS Kasai central				
ZS Mikalayi	ZS Katoka	ZS Luiza	ZS Bunkonde	ZS Masuika
PS Tshitambu	CS Kelekele Etat	CS Bambaie	CS Kajangayi	CS Kapasi
CS Kapaya	CS Luse Lua Nzambi	CS Kamayi	CS Tshiala Benyi	CS Mutengenyi
CS Dinanga	CS Katoka 3	CS Tutante	CS Tshikuma	CS Samakuta
PS Dine	CS Ste Famille	CS Kapanga	CS Ntambwe Lomami	CS Madia Madia
CS Simbi	CS Katoka 2	CS Kakala	CS Mbumba	CS Malendji
DSP Sud Kivu				
ZS Fizi	ZS Kadutu	ZS Nundu	ZS Kaniola	ZS Miti Murhesa
CS Mshimbakye	CS CECA 40	CS Nakiele	CS Nzibira	CS Muganzo
CS Mwayenga	CS Mgr Mulindwa	CS Abala	CS Culwe	CS Cifuma
CS Talama	CS Mgr Kataliko	CS Kilumbi	CS Mudirhi	CS Itara
CS Dine	CS Funu	CS Kanguli	CS Kaniola	CS Kajeje
CS Simbi	CS Neema	CS Pungu	CS Nindja	CS Kashusha

Tableau 4 : Indicateurs quantitatifs sélectionnés pour la contre vérification dans les FOSA

N°	PMA	PCA
1.	Consultation externe (nvx cas)	Consultation ambulatoire d'un patient orienté et vu par un médecin
2.	CPN 1 ^{ère} visite	Cas d'hospitalisation/admission au-delà de 72h sortis au cours de la période sous revue (exclu les admissions UNTI)
3.	Accouchement assisté	Intervention chirurgicale majeure
4.	CPS redynamisée enfants de 0 à 23 mois	Accouchement eutocique en milieu hospitalier
5.	CPS redynamisée enfants de 24 à 59 mois	Césarienne
6.	Enfant MAS 6-59 mois pris en charge au CS et récupéré	Cas de malnutrition sévère MAS 6-59 mois avec complications médicales graves PEC à l'HGR

2.4. Techniques de traitement des données

Pour le traitement des données, l'équipe d'experts de l'ACVE Ginger INTERNATIONAL a eu recours, entre autres, aux applications et logiciels suivants : KoBoToolBox, IASO et Excel. Ces trois logiciels permettent le traitement d'un nombre important de données statistiques. Ils sont donc parfaitement adaptés pour la présente mission.

Codification du questionnaire communautaire

Les données provenant du questionnaire communautaire (ménage) font l'objet d'une codification préalable afin de faciliter la saisie. Les experts en statistiques et en enquêtes communautaires font différents contrôles sur la qualité des données collectées notamment le contrôle de complétude, le contrôle de cohérence en tenant compte des différents indicateurs choisis.

Traitement informatique

Le traitement informatique des données s'est fait en deux temps. Les différentes grilles de vérification des performances des CS, ZS, DPS, EUP/AAP sont transcrites dans des feuilles Excel appropriées pour permettre un traitement rapide avec les fonctions du logiciel Excel principalement la tabulation, la conception des graphiques et l'analyse statistique.

Le questionnaire communautaire (ménage) fait l'objet d'une codification et d'une saisie sous l'application KoBoToolBox qui permet de faire plusieurs contrôles (valeurs hors-limites, cohérence, vraisemblance...) et permet le remplacement des données manquantes au besoin.

L'équipe de collecte des données a utilisé les outils Android (téléphones ou tablettes) pour l'encodage des données de contre-vérification.

2.5. Techniques d'analyse des données

L'équipe d'experts de l'ACVE Ginger INTERNATIONAL a eu recours à la technique dite de **triangulation des données**, qui consiste à croiser plusieurs sources d'information pour estimer la véracité de tel ou tel évènement – en l'occurrence la performance de l'ensemble des structures impliquées dans la stratégie de FBP de RDC, concernées par le présent marché.

2.6. Le personnel de contre vérification

Ginger INTERNATIONAL a déployé de manière simultanée deux équipes différentes dans les quatre provinces ; chacune devant s'occuper successivement de deux provinces l'une après l'autre. Chaque équipe était composée de deux experts dont un expert en Nutrition, de deux techniciens supérieurs en soins infirmiers (TSSI) et Infirmier nutritionniste ainsi que de 2 enquêteurs de Zone de Santé (EZS) par zone et de 4 Contre vérificateurs communautaires (CVC) par zone de santé.

2.7. Chronologie et étape du processus de contre- vérification

Comme indiqué précédemment, les missions se sont réalisées dans les 4 provinces cibles du PMNS pour les entités du niveau intermédiaire plus les centres de santé et cela pendant la période du 25 août au 7 octobre 2023.

2.8. Difficultés rencontrées

2.8.1. Moyens de déplacement

La difficulté du transport aérien vers Tshikapa et Kananga persiste suite à la rareté des avions occasionnant certains reports dans l'exécution de la mission.

2.8.2. Sécurité

La situation sécuritaire n'est pas toujours stable (volatile) dans certaines ZS choisies au Sud-Kivu, notamment les 5 CS choisis dans la ZS de Nundu qui sont du moyen plateau vers Minembwe ou encore le CS Simbi de la ZS de Fizi, où les EZS étaient obligés de faire 30 km chaque jour pour travailler sans passer la nuit proche du CS (aller-retour). Les EZS alignés pour les 3 AS choisies sont dans la presqu'île d'Ubuari, ont échappé à un noyade suite à des énormes vagues survenus sur le lac Tanganyika.

2.8.3. Disponibilité des acteurs de terrain et d'accès aux outils de travail

Au Kasai central, la multiplicité des missions du niveau central à la même période que la contre vérification n'a pas facilité la disponibilité de certains acteurs clés de la DPS.

Dans les ZS de Masuika et Luiza, les MCZ étaient appelés pour un atelier à la province, ce qui n'a pas facilité l'accès à certains documents comme les cadres de performances évalués. Jusqu'à présent les DPS et ZS ne font pas le scan des outils à partager avec l'ACVE (cadre de performance et grilles qualités), de même l'EUP Kananga, n'envoie pas les outils numérisés, ce qui retarde l'ACVE dans la préparation de la BDD.

2.8.4. Outils de collecte des données

Au Kasai central, la grille d'évaluation des cadres de performance des ECZ n'est toujours pas uniforme dans toutes les zones de santé. De plus, les périodes évaluées ne sont pas les mêmes pour toutes les entités.

Certains outils de collecte des données n'ont pas été classés après la vérification, une fois invalidés les prestataires n'ont pas compris la raison de les classer surtout dans les structures nouvellement contractées (ces outils ont été utilisés comme emballage des médicaments).

3. CHAPITRE II : RESULTATS DE LA CONTRE VERIFICATION

Les données et commentaires de ce chapitre ont fait l'objet de restitution initiale dans toutes les DPS sous revue en présence des agences de contractualisation et de vérification (EUP/AAP), de certains partenaires représentés au niveau provincial et de l'Inspection Provinciale de la Santé.

3.1. Contrevérification dans la DPS KASAÏ

Tableau 5 : Mapping général des écarts entre la vérification/évaluation et la contre vérification dans le Kasai

ECP	46,8%					
EUP	13,0%					
ECZ	16,5%	20,0%	24,0%	22,3%	32,0%	23,0%
HGR Quantité	20,3%	23,1%	16,5%	-0,8%	0,2%	11,8%
HGR Qualité	5,1%	ND	8,3%	ND	ND	4,5%
CS Quantité	3,3%	-0,7%	13,1%	4,0%	16,0%	7,1%
CS Qualité	24,7%	1,6%	9,9%	12,8%	6,4%	11,1%
Enquêtes communautaires (patients non existants)	10,0%	10,0%	13,3%	31,7%	2,5%	13,5%
Zone de santé	ZS Bulape	ZS Kalonda Ouest	ZS Mweka	ZS Tshikapa	ZS Kitangwa	Moyenne

Commentaire :

- Contre vérification du cadre de performance de l'ECP** : l'écart entre le score de l'évaluation et celui de la contrevérification est passé respectivement de 8,3% au T3 2022 à 44,8% au T4 2022 pour chuter à 46,85% au T1 2023, soit une régression de 38,55%. Les principales raisons sont liées d'une part aux mécontentements des agents de la DPS, qui estiment ne pas avoir perçu leurs primes après deux missions d'évaluations successives alors que les CS/HGR évalués ont été déjà payés. Cette situation a favorisé la non mise à disposition des rapports de missions qualités et même certains rapports de supervisions à l'ACVE. Ils ont estimé qu'en bloquant ces documents, leurs mécontentements seront entendus pour résoudre ce problème qui terni l'image de la DPS Kasai. Par conséquent, cette structure a été évaluée à 85/100 points prévus. D'autre part, cet écart revient aux évaluateurs pour n'avoir pas maîtrisé le mode de cotation de la grille, surtout sur les parties tout ou rien, mais aussi sur les missions d'inspection contrôle effectuées où la cotation devrait obéir à la formule nombre de point * N/D avec D est le nombre de mission d'inspection-contrôle à effectuer et N est le nombre de missions d'inspection-contrôle validées par la DPS. Cette formule n'a pas été aussi appliquée pour l'Hygiène et Salubrité Publique, encore moins à l'Enseignement des Sciences de la Santé entraînant ainsi d'énormes écarts entre les évaluateurs et l'ACVE. De plus, les évaluateurs ont accordé certaines cotes souvent inappropriées, par exemple, les Feedbacks aux ZS après analyse des rapports existent avec accusées de réception coté 0,2 point par les évaluateurs alors que la norme est à 1,2 ou 0 point. Il en est de même pour la présence des carnets de bords à jour pour Véhicules, Motos, Hors-bord sur un maximum de 0,7 ou 0, mais coté 0.5 par les évaluateurs. Également, la fiche d'entretien des matériels est à jour qui doit être coté à 1 ou 0 point, mais coté 0,63 par les évaluateurs. Tous ces manquements ont contribué à ce large écart obtenu pour cette troisième mission à la DPS du Kasai.
- Contre vérification du cadre de performance de l'EUP** : pour cette deuxième contrevérification à l'EUP Kasai, l'écart est de 13 % (ACVE 61,5 % et les évaluateurs 74,5%) alors qu'il était de -

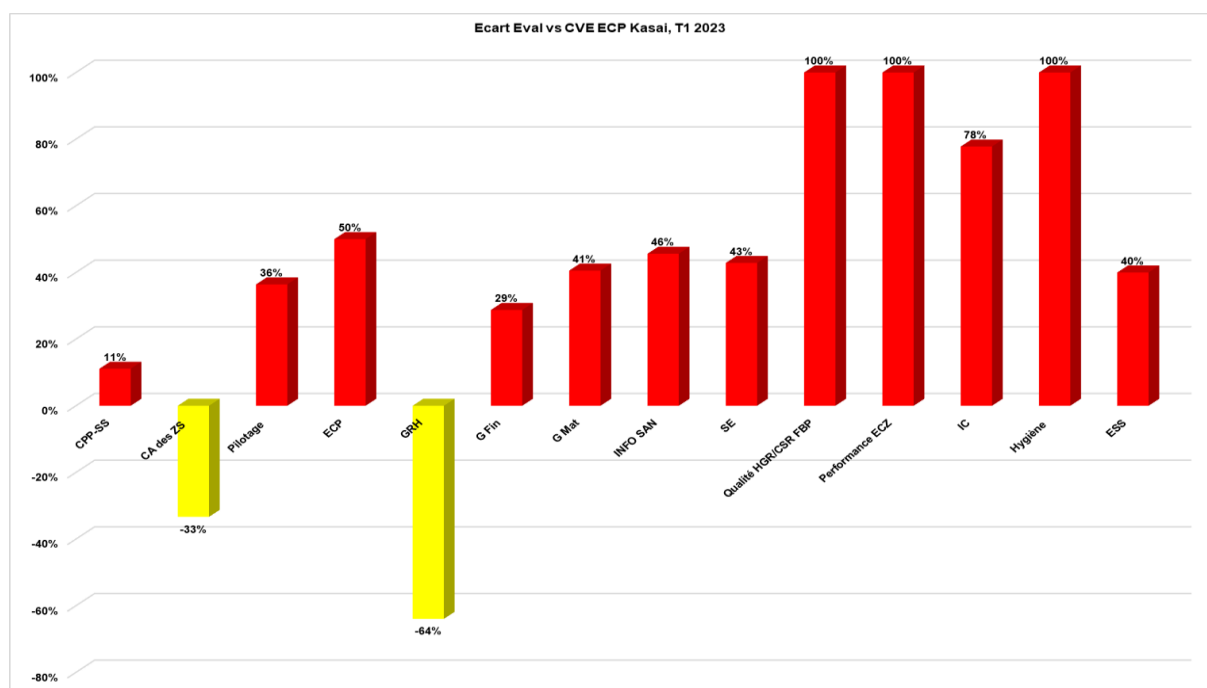
13,2% lors de la mission précédente. Cette contreperformance est liée en partie à certaines cotations inappropriées accordées par les évaluateurs, mais aussi aux suivis des activités par les agents de l'EUP. A l'EUP Kasai, il n'y a pas eu de contrôle interne, encore moins l'audit externe, mais coté par les évaluateurs. Plusieurs PM ne contiennent pas de sceaux de toutes les parties concernées (ZS Luebo, CS Kanyinyinyiniga, CSR Ditekemena, CS Bukwek...), mais tout de même coté par les évaluateurs. Il en est de même pour la réalisation de l'évaluation encore moins la prime de performance des agents non perçues jusqu'à ce jour à l'antenne de Tshikapa bien qu'évaluée à 3 fois, mais cet indicateur a été coté par les évaluateurs. A l'EUP Kasai, plus de 64% des motos ont des carnets de bord non à jour avec des écarts importants de remplissage, mais tout ceci a été coté par les évaluateurs. Tous ces manquements ne peuvent qu'entraîner des écarts importants entre l'ACVE et les évaluateurs.

- **Contre vérification des cadres de performances des ECZ** : pour cette troisième mission, toutes les ZS ont présenté des écarts significatifs entre les évaluateurs et l'ACVE contrairement au T4 2022 où seulement 4/5 ECZ l'ont été dans cette même province. Cet écart est plus prononcé dans la ZS de Kitangwa avec plus de 30% de différence entre l'ACVE et les évaluateurs. A l'ECZ Kitangwa, tous les domaines ont connu des écarts très significatifs (25 à 100%) hormis les réunions de l'ECZS. Cette situation de l'ECZ de Kitangwa s'explique en partie par la substitution du PTT3 2023 en PTT1 2023 rendant difficile la comparaison au PAO, de la non analyse de l'offre et la demande de services dans les CR des réunions COGES, de la faible promptitude (65,78%), mais surtout de la non archivage des CR au BCZ. Au Kasai, peu de ZS font l'analyse dans les CR de COGES.
- **Contre vérification quantitative des hôpitaux généraux de référence** : comme la deuxième mission, la troisième mission a enregistré aussi 3 HGR où les moyennes des quantités validées par l'EUP sont supérieures à celles retenues par l'ACVE (Bulape, Kalonda Ouest, Mweka). A la différence de celle-ci, la performance a progressé de la première mission de 30,2% à 24,50% à la deuxième mission pour atteindre 15% à la troisième mission, même si elle reste encore légèrement supérieure à la norme (10%). Cette bonne performance laisse encore quelques faiblesses sur la consultation ambulatoire, les cas d'hospitalisation moins de 72h, de la chirurgie majeure, mais aussi sur l'accouchement eutocique en milieu hospitalier. Ces larges écarts enregistrés par ces prestations s'expliquent par la perte de certains dossiers de malades au moment de la contrevérification, mais aussi le séjour minimum de 72 heures non respecté pour valider les cas d'hospitalisation, les dossiers incomplètement et/ou correctement renseignés (nom et signature du chirurgien, partogrammes, incohérence de date d'hospitalisation et décision de sortie) et des accouchements dirigés par un personnel sans preuve de formation. Malgré ces manquements, ces prestations sont souvent validées par l'EUP, entraînant ainsi des écarts.
- **Contre vérification qualitative des hôpitaux généraux de référence** : l'écart n'est pas significatif entre le score attribué par l'ECP et celui de l'ACVE dans 3 HGR (Bulape, Mweka et Kalonda Ouest). Cependant, les ruptures fréquentes de médicaments traceurs ou intrants PF, de l'absence de certificats de formation ou encore l'absence de moustiquaires dans les salles d'hospitalisation (pédiatrie, médecine interne, gynéco-obstétrique et chirurgie) ont conduit à une réduction de certaines côtes obtenues à l'évaluation pour ces prestations. Dans les 2 autres HGR (Kitangwa et Tshikapa), l'indisponibilité des grilles qualités liées aux mécontentements des agents de la DPS n'a pas permis de faire des comparaisons.
- **Contre vérification quantitative des centres de santé** : globalement, dans la province du Kasai, l'écart moyen entre les évaluateurs et l'ACVE reste relativement faible (7%), même si les manquements sur les cas de CPSr (0-23 mois/24-59 mois) demeurent encore critiques. En effet, dans les CS de cette province, la plupart des parents repartent chez eux avec leurs fiches de consultations, laissant peu de traces dans les d'archives de la structure. Aussi, le peu de fiches retrouvées ne respectent pas souvent les critères de validations. De plus, les écarts entre l'ACVE et les évaluateurs sur les accouchements assistés et la PEC de la MAS sont peu reluisants du fait de l'absence de preuves de formation en SONU ou PCIMA, de la mauvaise tenue et mauvais remplissage des outils ; mais surtout la non-notification des mesures anthropométriques.

- Contre vérification qualitative des centres de santé :** au Kasai, les évaluateurs des 10 CS des ZS de Kalonda Ouest et Kitangwa ont utilisé des grilles qualités, version décembre 2018 avec 400 points alors que l'ACVE a travaillé avec la version de mars 2022 de 587 points rendant difficile la comparaison. Pour le reste des CS, tous les domaines sont affectés mêmes s'ils sont plus accentués sur les médicaments traceurs, la finance, le PM et l'organisation générale entraînant ainsi dans l'ensemble des écarts significatifs entre les évaluateurs et l'ACVE. Cette situation se justifie par les ruptures fréquentes des médicaments traceurs ; la méconnaissance de la prime de performance par les prestataires interrogés, l'absence de rapport financier,; de recommandations communautaires dans le PM, du CR de validation ; de la liste des prestataires formels ou informels dans le PM ; de la carte sanitaire de l'aire géographique de santé,. De même, il est signalé le manque de placard pour l'archivage, mais surtout le manque de réunions techniques mensuelles avec le personnel du CS.
- Contre vérification communautaire :** dans la province du Kasai, l'enquête communautaire n'a pas été réalisée dans certains CS (Kombo et Ngulungu), car n'étaient pas encore intégrés au moment de l'activité. Cependant, les résultats des enquêtes communautaires des autres CS réalisées par les ASLO (100 %) et ceux de l'ACVE (59,66 %) ont montré un écart moyen de 40,34% sur l'utilisation des services. Les usagers ayant utilisé ces services affirment ne pas être satisfaits des prestations. Ainsi, ils ont fait quelques suggestions sur l'amélioration de l'accueil, l'ajout de moustiquaires, la diversification des médicaments, mais surtout l'amélioration de l'hygiène des latrines et des salles de consultations.

3.1.1. Contre vérification du cadre de performance de la DPS Kasai

Graphique 5 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance de l'ECP Kasai



Commentaires :

A la DPS Kasai, il est constaté un accroissement continu de la contreperformance passant de 8,3% à la première mission à 45,60 % pour la deuxième pour terminer sa course à 46,57% au cours de la troisième mission de l'ACVE. Cet écart reste très largement significatif par rapport au seuil de tolérance (moins de 10% d'écart). Cette chute de la performance est essentiellement due à une connaissance peu approfondie de la grille par les évaluateurs, mais surtout aux mécontentements des acteurs de mise en œuvre de la DPS. Pour preuve, les agents de la DPS Kasai ont posé leurs refus catégoriques de disposer les rapports de mission qualité à l'ACVE, car estiment n'avoir pas été payés pour deux

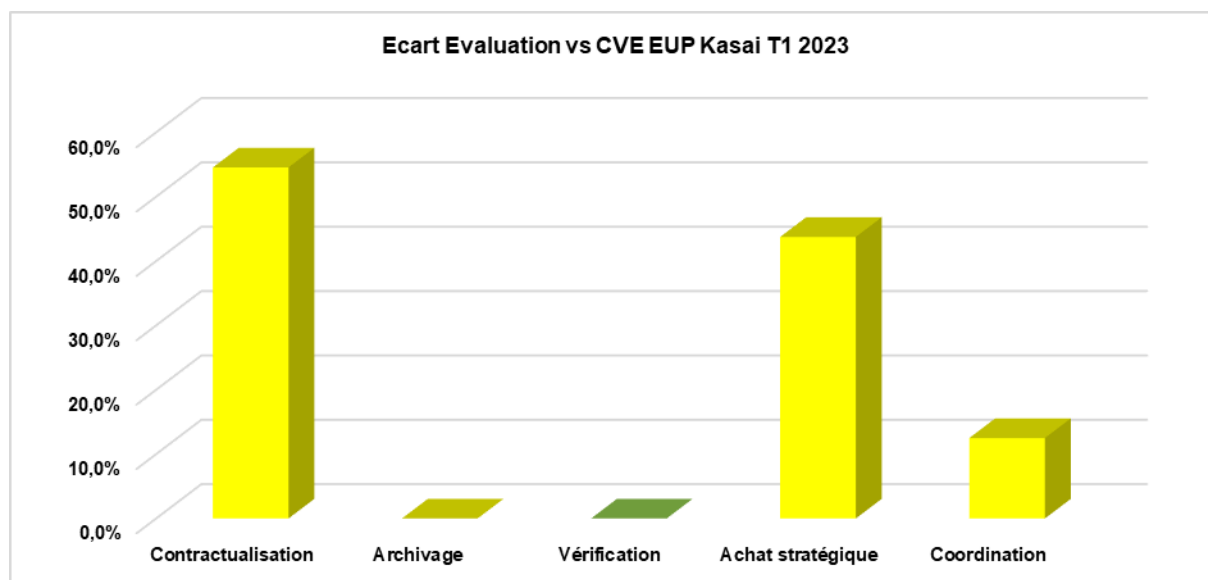
missions consécutives. Par conséquent, cette partie a réduit la cote de 15 points sur l'ensemble des 100 points prévus.

Sur le domaine **supervision/encadrement**, le plan de supervision et le rapport d'analyse des données SNIS existent, mais l'absence de rapport d'analyse des données qualités des CS et celui des HGR a annulé toute la totalité des points prévus. Dans cette DPS, la plupart des supervisions ne font que 4 jours au lieu de 6 jours d'activités et certains rapports produits sont confisqués par les agents pour les mêmes motifs de mécontentements cités ci-hauts. Concernant **l'évaluation trimestrielle de la performance des HGR/CSR et de la performance des ECZ sous contrat FBP**, aucun rapport n'étaient disponibles afin de confirmer ou infirmer les cotes octroyées par le CPP.

S'agissant de **l'inspection et Contrôle**, seulement 2/9 activités planifiées ont été exécutées, mais la totalité des côtés (7/7) a été octroyée par les évaluateurs ne prenant pas en compte la formule $7 \times N/D$ (si un des éléments manque, D est le nombre de mission d'inspection-contrôle à effectuer et N est le nombre de mission d'inspection-contrôle validée par la DPS). Ces observations sont identiques à celles de l'hygiène et salubrité publique où une seule mission a été exécutée, mais n'est pas partagé avec le supervisé encore moins les accusés de réception, mais coté à la totalité des points par le CPP. Il en de même pour l'enseignement des sciences de la santé, seulement 3/5 rapports respectent les critères de validations, mais encore coté avec la totalité des points par le CPP. Concernant, la **gestion de matériels**, plusieurs cotes octroyées par le CPP n'existent pas dans le barèmes des indicateurs entraînant ainsi des écarts énormes. Sur la **surveillance épidémiologique**, seulement 9/13 CR disponibles dont 4 non signés (11/01, 02/02, 14/03 et 29/03/2023) avec un faible suivi de recommandations (10/14 soit 71,4% vs 80%) accentuée par une promptitude relativement faible (140/243, 59,82 vs 80%), mais coté presque dans la totalité par le CPP.

3.1.2. Contre vérification du cadre de performance de l'Agence de Contractualisation et de Vérification (ACV) Kasai

Graphique 6 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance de l'EUP Kasai



Commentaires :

Contrairement à la mission précédente où l'EUP Kasai a connu une amélioration de plus de 13 % après le passage des évaluateurs; pour la mission T1 2023, cette valeur a été dépréciée de 13% entre les évaluateurs (74.5%) et l'ACVE (61,5%). Ce changement d'écart est lié à certaines activités et certains documents incomplètement renseignés.

Sur la **contractualisation**, il y a une incohérence sur la fiche d'évaluation et le rapport d'évaluation (Ex : ZS Kalonda 20 sur la fiche d'évaluation et dans le rapport 25, Kamweshwa sur la fiche 20 alors que 23 dans le rapport).

Certains **PM** ne contiennent pas de sceaux de toutes les parties prenantes (ZS Luebo, CS Kanyinganyiniga, CSR Ditekemena, CS Bukwek...) ou sont incomplètement renseignés (CS Mbelo/Bulape, CS Kabambaie/Mweka, CS Atuba /Kalonda Ouest, CS Kankulu 2, CS Ndungu/Luebo.), mais sont tout de même cotés par les évaluateurs.

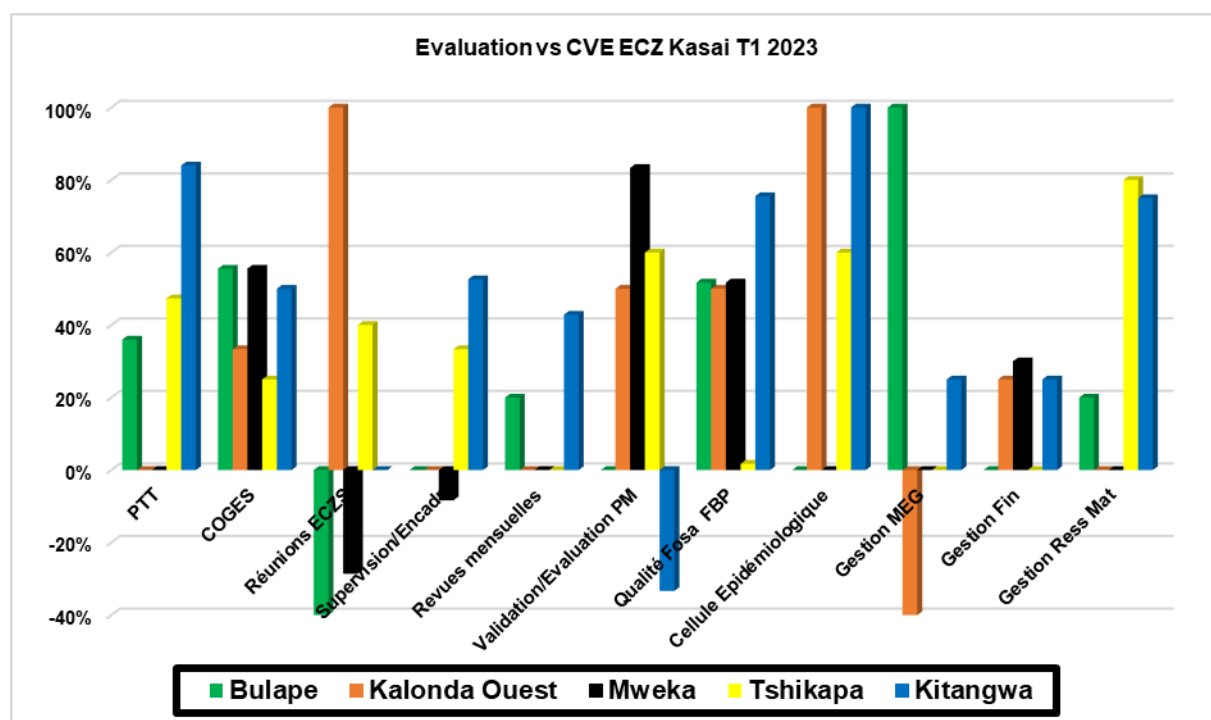
Pour la **gestion de ressources**, aucune fiche d'évaluation individuelle du personnel n'est disponible, car les responsables sont en attente d'un model approprié. Par conséquent, malgré les trois évaluations successives, l'EUP Kasai n'a pas encore perçu la prime de performance. De même, sur les ressources matérielles, 9/14 motos ne dispose pas de carnets de bord à jour avec un remplissage incohérent de certaines fiches d'entretien de motos et de véhicules.

Concernant le **management de l'EUP**, seulement 8/12 CR présentent des actions correctrices et de défis encore moins les recommandations. Contrairement à la mission précédente où le quorum d'au moins 60% de participants du staff (chef d'antenne, chargé de programmes, vérificateurs médicaux, vérificateurs communautaires, RAF, Data Manager) était atteint aux réunions hebdomadaires, seulement 41 % de ces réunions hebdomadaires ont atteint ce quorum au cours de la mission T1 2023 à l'EUP, mais sont tous cotés par les évaluateurs.

Les cotes attribuées sur la transmission des **rapports** (rapport financier, rapports trimestriels) ont été annulées par l'ACVE pour absence de preuves d'accusées de réception de la DPS et les PTFs.

3.1.3. Contre vérification du cadre de performance des équipes cadres de zones de santé du Kasai

Graphique 7 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance des ECZ Kasai



Commentaires :

Pour les 5 ECZ, l'écart moyen entre les scores de l'évaluation et ceux de la contre vérification est de 22,7% alors qu'il était de 15,40 % pour les 5 zones de santé sélectionnées au T4 2022. Cette augmentation s'explique par la sélection de nouvelle ZS (Kalonda Ouest), mais aussi de l'indisponibilité des grilles qualité dans tous les BCZ.

1. Equipe cadre de la zone de santé de Bulape :

L'évaluation et la contre vérification du cadre de performance de l'ECZ Bulape a montré un écart de 18,5 %.

En rapport avec l'**élaboration et exécution du PTT de la ZS**, seulement 45% des activités du PTT sont issus du PAO et y intègre moins de 75% des activités nutritionnelles (62%) alors que les CR des **réunions du COGES de la ZS** ne ressortent pas d'analyses sur l'accessibilité financière encore moins sur l'analyse de la gestion de ressources.

Concernant la **revue mensuelle**, aucun CR ne contient l'analyse par comparaison entre les aires de santé sur l'évolution temporelles des indicateurs alors que les grilles **qualités Fosa sous contrat FBP** ne sont pas archivées au BCZ, entraînant ainsi l'annulation des cotes attribuées par les évaluateurs. S'agissant la **gestion MEG**, Il n'y a pas d'évidence de transmission de la liste des fournisseurs des MEG et intrants nutritionnels accrédités par le MSPHP aux fosas. De même, 'il n'y a pas de carnet de bord pour les motos sur la **gestion des ressources matérielles**.

Par contre une amélioration est observée sur les réunions ECZS, car les éléments de restitution des supervisions réalisées durant le mois ressortent dans les CR.

2. Equipe cadre de la zone de santé de Kalonda Ouest:

Dans l'ensemble, un écart de 21 % est enregistré entre l'ACVE et les évaluateurs.

Concernant le **COGE de la ZS**, il n' y a aucune information sur la gestion des ressources financières encore moins sur l'analyse des ressources matérielles, car le personnel de ce BCZ nouvellement installé ne maîtrise pas encore la grille.

Sur la **tenue hebdomadaire de réunions de l'ECZ**, plusieurs réunions sont des copies conformes annulant de facto les cotes attribuées par les évaluateurs alors que pour **l'organisation de la validation/Evaluation de PM des Fosas**, l'ACVE a constaté l'inexistence de 90 % des PM excepté celui de CS Ditekemena et Fraternité suite aux mauvais archivages.

S'agissant de l'**évaluation trimestrielle de la qualité des services des Fosa sous contrat FBP**, plus de 50% de grilles d'évaluation qualité ne sont archivées au BZS annulant la totalité des cotes données par les évaluateurs. De même, Il y a peu de copies de REH (209/336) sur la tenue de la **réunion hebdomadaire de la Cellule épidémiologique** et 95% des invitations sont sans accusées de réception.

3. Equipe cadre de la zone de santé de Mweka :

Dans l'ensemble, un écart de 21 % est enregistré entre l'ACVE et les évaluateurs.

Sur le **COGE de la ZS**, le CR n'analyse pas la gestion de ressources, non plus l'analyse de l'offre et la demande des soins alors qu'aucune fiche d'évaluation de **PM** n'est signée par l'EUP.,

Concernant l'**évaluation trimestrielle de la qualité des services des Fosa sous contrat FBP**, aucune grille qualité n'est disponible au BCZ. Dans ce BCZ , la **gestion financière** n'est pas correcte, les dépenses sont faites sans état de besoin, le livre de banque n'est pas tenu à jour (entrée, retrait et frais bancaires), car l'agent de ce BCZ dit ne pas savoir renseigner ce document. De plus, le classement des pièces comptables est discontinu.

4. Equipe cadre de la zone de santé de Tshikapa :

Dans l'ensemble, un écart de 22,3 % est enregistré entre l'ACVE et les évaluateurs.

Sur l'**élaboration et exécution du PTT de la ZS**, moins de 75% des activités du PTT sont déclinées du PAO et seulement 31,25% intègrent les activités NAC/NUT, même s'ils sont tous cotés par les évaluateurs.

Sur la **préparation et la participation à la réunion du Comité de gestion de la ZS**, les CR des réunions COGES ne font aucune analyse sur les services ni sur la gestion financière alors que les CR

des **réunions de ECZ** ne ressortent aucun élément de la planification des activités SRMNEA. De plus, ces CR ne notifient pas les supervisions et seulement 33,3% des recommandation sont suivies.

Comme à Mweka, sur **l'organisation de la validation/Evaluation de PM des FOSA**, aucune fiche d'évaluation de PM n'est signée par l'EUP et Seulement 64% de promptitude, soit 248/377 REH obtenues de la cellule épidémiologique alors que dans ce BCZ, il n'y a pas de plan d'entretien pour la **gestion du matériel**.

Contrairement aux autres domaines, il y a une amélioration sur la **tenue hebdomadaire des réunions de l'ECZ** à travers les CR qui ressortent les éléments de la planification des activités SRMNEA- NUT et NAC de la semaine, de restitution des supervisions réalisées durant le mois, de suivi des recommandations en lien avec les prestations SRMNEA - NUT et NAC, mais surtout du suivi de la Mise en œuvre du plan de travail lors des réunions de l'ECZ.

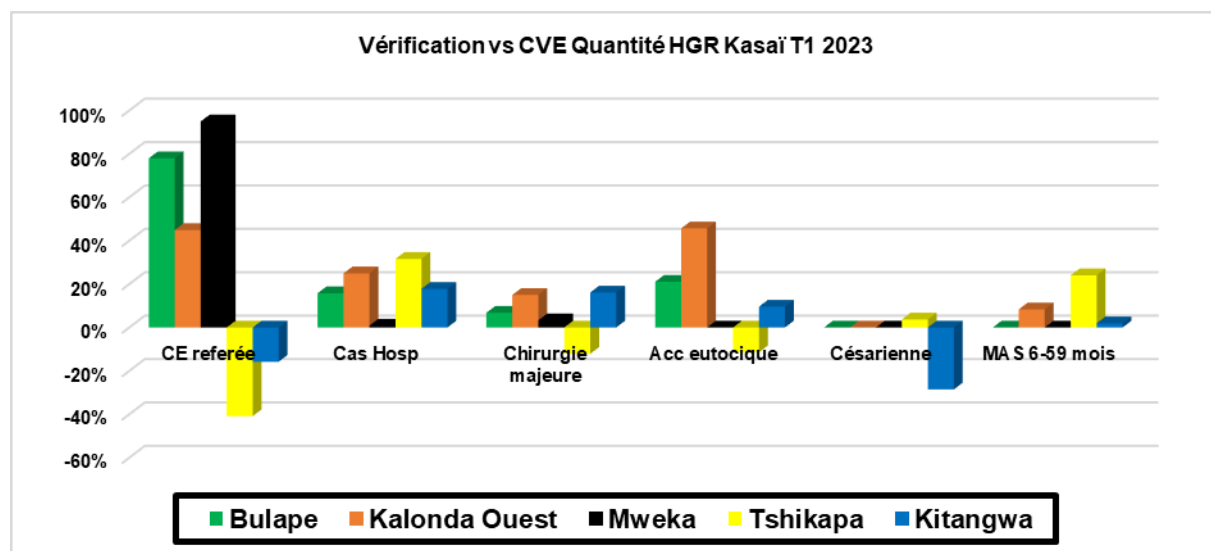
5. Equipe cadre de la zone de santé de Kitangwa :

Dans l'ensemble, un écart de 30,5 % est enregistré entre l'ACVE et les évaluateurs. A Kitangwa, le **PTT de la ZS** est confus, car l'ECZ utilise le PTT3 2023 du PAO alors que l'évaluation concerne le T1 2023. Sur la **préparation et la participation à la réunion du COGE de la ZS**, les CR de la réunion COGES ne font aucune analyse sur l'offre ni la demande de services. Seulement 65,78 % de promptitude, soit 248/377 copies de REH obtenues sur la tenue de la **réunion hebdomadaire de la Cellule épidémiologique** et aucun CR de **revue mensuelle** n'est archivé au BCZ. S'agissant de l'**évaluation trimestrielle de la qualité des services des Fosa sous contrat FBP**, aucune grille qualité des CS ne comporte les sceaux, ni la signature du CS. Dans ce BCZ, la **finance** ne dispose pas d'extrait bancaire alors que le plan trimestriel de supervisions n'existe pas, mais surtout seulement 50% des rapports de **supervision et encadrement** sont disponibles.

3.1.4. Résultats de la contre vérification des hôpitaux généraux de référence du Kasai

3.1.4.1. Contre vérification quantitative

Graphique 8 : Résultats de la contre vérification quantitative des HGR du Kasai



Commentaires :

Dans la province du Kasai, l'ACVE n'a pas certifié plus de 15 % des cas vérifiés par l'EUP. En effet, les prestations les plus affectées sont la consultation externe, l'accouchement eutocique en milieu hospitalier, les cas d'hospitalisation/admission au-delà de 72h et la chirurgie majeure avec respectivement 51%, 19%, 15% et 10%.

1. Hôpital général de référence de Bulape :

Dans l'ensemble, l'ACVE n'a pas certifié 20,3% des cas vérifiés par l'EUP dans la ZS de Bulape. Sur les 551 cas de **consultation ambulatoire d'un patient orienté et vu par un médecin**, 62,44% de fiches ne sont pas retrouvées, soit 355 fiches (dossiers 111,140,142,149.) entraînant seulement 196 cas certifiés par l'ACVE alors que l'EUP en a validé 890 cas dont 339 dossiers non-inscrits dans le registre.

Pour **les cas d'hospitalisation/admission au-delà de 72 h**, au total 833 patients hospitalisés sont comptés dans les 3 registres des services concernés avec 20% de dossiers non archivés dans ces services. Ainsi l'ACVE en a validé 127 cas de moins que l'EUP (EUP 805 contre 678 de l'ACVE), car plusieurs patients y ont aussi séjourné moins de 72h.

Concernant l'**accouchement eutocique en milieu hospitalier**, 141 cas enregistrés dont 28 cas sont dirigés par un personnel non formé en SONU entraînant ainsi leur invalidation (133 pour l'EUP Vs 105 pour l'ACVE).

2. Hôpital général de référence de Kalonda Ouest :

Dans l'ensemble, l'ACVE n'a pas certifié 23,1% des cas validés par l'EUP dans cette zone de santé. L'EUP a validé 49 cas de **consultation externe référée** alors que l'ACVE n'en a pris en compte que 27 cas, du fait de l'absence de billets de référence (14) et 8 autres cas invalidés pour la non prise de mesures anthropométriques alors que 46% des **accouchements assistés** (46 cas) sont invalidés, car ils sont dirigés par un personnel sans preuves de formation en SONU.

Contrairement à l'EUP qui a validé 397 **cas d'hospitalisation**, l'ACVE n'a retenu que les $\frac{3}{4}$ (298) respectant les critères. Les cas non validés sont dus à l'absence de date d'admission et de sortie du malade, de sortie avant 72 h, de dossiers non retrouvés, de la non prise de mesure anthropométriques, mais surtout des incohérences sur les dates de sortie et la date d'admission (N 362 autorisation d'hospitalisation 29/03/2023 et sortie 04/03/2023).

En **chirurgie majeure**, 25 % de dossiers sont non retrouvés et/ou sans protocoles (N°216,298,235,113...), ou incohérence entre les dates de l'administration de l'anesthésie et la date d'opération (anesthésie 06/03 et l'opération 16/03, soit 10 jours après). Toutes ces causes ont entraîné une réduction de 9 cas sur la validation de l'EUP (EUP 60 vs 51 ACVE).

3. Hôpital général de référence de Mweka :

A Mweka, 94,93% des fiches de **consultation externe** sont non retrouvées (150 cas), occasionnant seulement 8 cas certifiés sur les 158 cas validés par l'EUP.

4. Hôpital général de référence de Tshikapa :

Dans l'ensemble, il n'y a pas d'écart significatif de cas validés par l'EUP et ceux de l'ACVE. Cependant, quelques prestations affichent des points d'attentions nécessitant des commentaires.

Sur les **cas d'hospitalisation/admission au-delà de 72h**, l'ACVE a rejeté 32% (EUP 614 vs ACVE 420) des cas validés par l'EUP justifié par l'absence d'autorisation d'hospitalisation/ sortie (N°161,2217,2620,2609,2615,3039...). Ces invalidations sont aussi liées aux séjours de moins de 72h (N°914,2548,2152...), aux fiches hors période sous revue et pour incohérence entre la date de sortie et d'hospitalisation (autorisation de sortie 16/02/2023 et le 20/02/2023 cas hospitalisés, autorisation de sortie 04/03/2023 et en hospitalisation le 08/03/2023).

Concernant les **Cas de malnutrition sévère MAS 6-59 mois avec complications médicales**, l'ACVE a éliminé 19 cas de l'EUP (79 cas) pour le non-respect du protocole de PEC (N°460,225,477,572.) et la prise en compte des cas de moins de 6 mois.

En **consultation ambulatoire** comme en **chirurgie majeure** ainsi quant à l'**accouchement eutocique en milieu hospitalier**, l'ACVE a validé respectivement 47 cas, 13 cas et 16 cas de plus que l'EUP respectant les critères de validation.

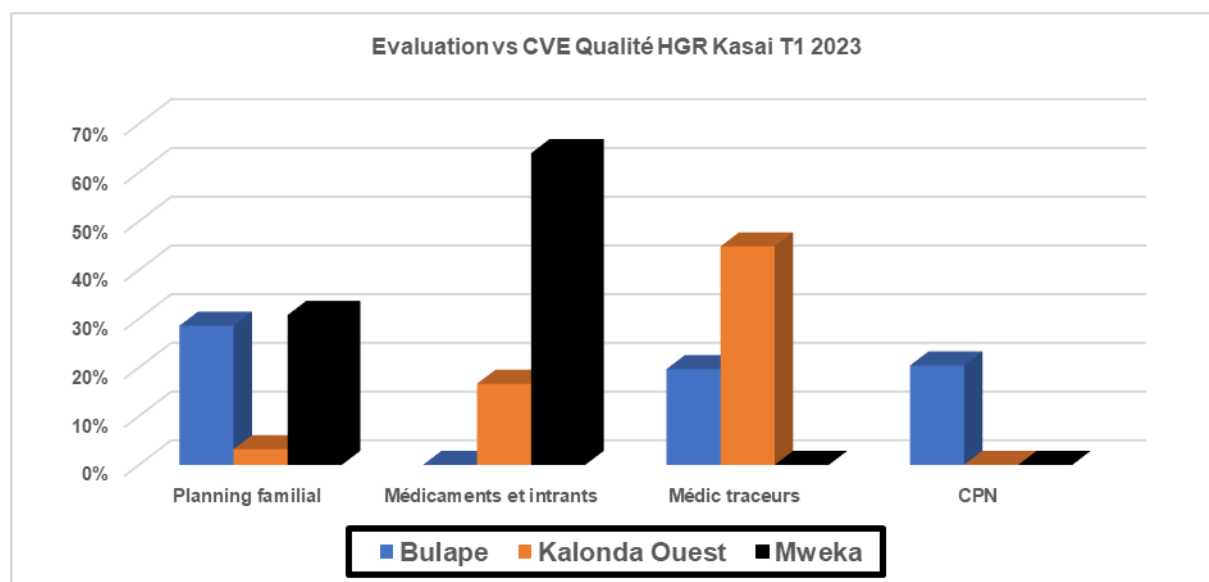
5. Hôpital général de référence de Kitangwa :

Sur les 417 cas **d'hospitalisation/admission au-delà de 72 h**, 112 dossiers sont non retrouvés justifiant ainsi 343 cas validés par l'EUP contre 282 pour l'ACVE. Les autres cas (23) rejetés sont liés au fait que certains dossiers de de 6-5 ans ne renseignent pas les mesures anthropométriques et d'autres dossiers sont sans fiche de suivi.

En **chirurgie majeure**, 5 cas ne sont pas pris en compte sur les 31 validés par l'EUP du fait de dossiers non retrouvés alors que sur les cas de **césarienne** et la **consultation ambulatoire d'un patient orienté**, l'ACVE a pris en compte respectivement 2 cas et 6 de plus que l'EUP respectant les critères de validation.

3.1.4.2. Contre vérification qualitative

Graphique 9 : Résultats de la contre vérification qualitative des HGR du Kasai



Commentaires :

Dans la province du Kasai, aucun écart entre les évaluateurs et l'ACVE sur la qualité des HGR dans l'ensemble. Cependant, quelques domaines présentent encore des écarts variés entre 17 % à 100%.

A Bulape, 4/15 domaines ont enregistré des écarts tels que la **disponibilité des médicaments traceurs** (20%), **service de maternité** (18%), **CPN** (20%), **VIH/TB** (44%) et **planning familial** (29%). Dans cet HGR, 14 **médicaments traceurs** étaient en rupture de stock pendant le trimestre dont certains avec une indisponibilité de plus de deux mois (ACT cés enfants 70 jours, ACT cés adolescents 75 jours, amoxicilline 125 mg/5ml suspension 90 jours).

A la **maternité de** l'HGR Bulape, aucun prestataire ne dispose de preuve de formation en SAA. De plus, la confidentialité n'est pas assurée dans la salle utilisée pour les SAA encore moins de sources de lumière pour les examens gynécologiques ; alors qu'à la **CPN**, les fiches sélectionnées ne renseignent pas l'administration du Fer/Acide folique, le Mébendazole et le SP au cours de la CPN.

Le **DCIP pour le VIH/TB** se fait sans registre par un personnel sans preuve de formation dans une salle en absence de modèle de pénis, alors que le personnel en charge de la **PF** ne dispose d'aucune preuve de sa formation.

A l'HGR Kalonda Ouest, les domaines sur la disponibilité des **médicaments traceurs** (45%) et la gestion des médicaments/ intrants (17%) sont encore critiques. Sur la **gestion des médicaments et intrants** rencontre d'énormes difficultés à l'HGR Kalonda Ouest. D'abord, la valorisation des médicaments consommés ne se fait pas systématiquement par manque de factures pour certains approvisionnements venant de Kinshasa. Aussi, la structure ne dispose pas de la liste des fournisseurs accrédités par la DPS, car la DPS Kasai n'a pas encore certifié les autres fournisseurs pouvant répondre au besoin d'approvisionnements des Fosa pour le T1 2023. De même, tous les achats de médicaments ne se font pas au niveau de la CDR, la structure s'approvisionne en consommables au niveau du dépôt pharmaceutique. Les évaluateurs ont accordé des cotes pour 5 **médicaments traceurs** qui ont connus des ruptures de stock pendant le trimestre ainsi que 8 items en rupture de stock au moment de la contrevérification.

A Mweka, les services qui ont entraîné des écarts sont la PF (31%), l'hospitalisation (25%) et la gestion Médicaments et intrants (64%).

Pour ce qui est de la **PF**, le personnel ne dispose pas de preuve de formation et il n'existe pas de DIU dans la salle de counseling. De plus, le prestataire sélectionné ne maîtrise pas le calcul de la cible PF attendue et du CMM. Aux services **d'hospitalisation**, aucun lit occupé n'est protégé d'une moustiquaire en pédiatrie, gynéco-obstétrique, chirurgie encore moins en médecine interne.

Quant à la **gestion des médicaments et intrants**, les médicaments consommés ne sont pas valorisés et la rubrique de valeurs de médicaments n'est pas remplie. De plus, il n'y a pas de liste de fournisseurs certifiés encore moins de bons de commandes validés par la DPS.

3. Hôpital général de référence de Kitangwa /Hôpital général de référence de Tshikapa



La comparaison des écarts entre la DPS et l'ACVE pour les HGR Tshikapa et Kitangwa n'a pas été possible, car les évaluateurs de la DPS ont refusé de transmettre les grilles qualités à l'ACVE pour protester contre le non paiement de leurs primes après avoir effectué deux missions consécutives sur leur fond personnel.

3.1.5. Résultats de la contre vérification des centres de santé du Kasai

3.1.5.1. Contre vérification quantitative

1. Zone de santé de Bulape

D'une façon générale, les quantités validées par l'EUP dans les CS de Bulape sont presque identiques que celles contre vérifiées par l'ACVE, excepté le **Poste de santé Pombo**, où il se dégage un écart de **17%** sur l'indicateur **accouchement assisté**, car tous les 15 cas validés par l'EUP ont été annulés, par manque d'accès aux archives (décès de l'ancien IT).

Signalons que toutes les 4 FOSA de la ZS de **Bulape** sont nouvellement intégrées dans le PMNS au 1^{er} trimestre 2023.

2. Zone de santé de Kalonda Ouest

D'une façon générale, les quantités validées par l'EUP dans les centres de santé de Kalonda Ouest sont presque identiques que celles contre vérifiées par l'ACVE, excepté du **centre de santé Notre Dame de LAUS**, où il se dégage une moyenne des écarts de **15%** sur l'indicateur **CPN 1^{ère} visite**. L'ACVE a annulé tous les 41 cas de CPN1 inscrits dans le registre pour absence de fiches alors que l'EUP en a validé 2.

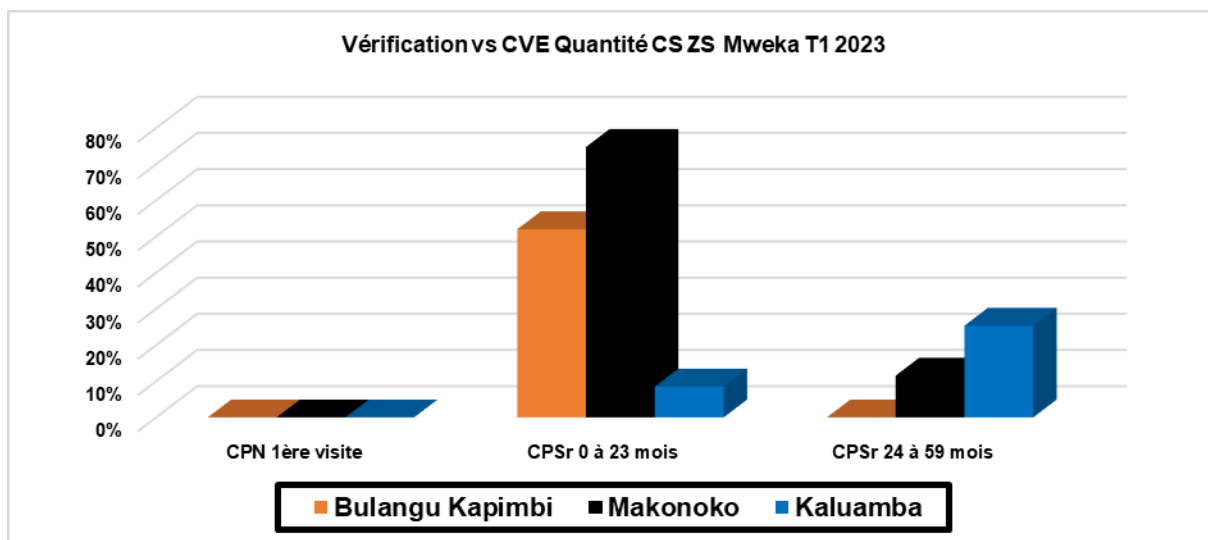
Bien que l'écart soit très faible (1%) au niveau de CS **Tshindemba** et **Atuba**, en **consultation externe**, 220/537 cas sont validés par l'ACVE contre 257 de l'EUP, car les fiches ne renseignent pas les mesures anthropométriques pour les enfants de 6 à 59 mois et plusieurs autres fiches non retrouvées.

La même situation est observée au PS **Atuba**, où **37,92%** des fiches ne renseignent pas les mesures anthropométriques, **5,61%** sans nom et signature du consultant et **25%** de fiches non retrouvées suite au mauvais archivage entraînant un écart de 28 cas entre l'ACVE (112) et l'EUP (140).

Signalons que toutes les 5 formations sanitaires de la ZS de **Kalonda Ouest** sont nouvellement intégrées au PBF au 1^{er} trimestre 2023.

3. Zone de santé de Mweka

Graphique 10 : Résultats de la contre vérification quantitative des CS de la ZS de Mweka



Commentaires :

3/5 CS de Mweka présentent des moyennes des écarts au-delà de 10% entre la vérification de l'EUP et la contre vérification de l'ACVE (**CS Bulangu Kapimbi** (25,3%) ; **CS Makonoko** (24,2%) ; **CS Kaluamba** (14,0%)) et trois indicateurs à souci entre autres **la consultation externe** (23%) , **les Accouchements Assistés** (21%) , **la CPS redynamisée enfants de 0-23 moins** (27%) en justifient ces écarts.

3.1. Centre de santé Makonoko :

A **la consultation Externe**, sur 1364 cas enregistrés, l'ACVE a validé 594 cas alors que l'EUP en a validé 1445 cas. Les raisons d'invalidations sont liées aux fiches sans porte d'entrée d'ordinogrammes, sans mentions de PB pour les enfants de 6-59 mois et certaines fiches non retrouvées (745 fiches). Sur la **CPS redynamisée enfants de 0 à 23 moins**, l'EUP a validé 563 alors que l'ACVE en a contrevalidé 142/915 cas, car 80% de ces fiches sont gardées dans la communauté par les mères des enfants. En plus de ce qui précède, la **CPS redynamisée enfants de 24 à 59 mois**, 58,7% des 597 fiches n'étaient pas disponibles lors du passage de l'équipe de l'ACVE et d'autres fiches manquaient les informations sur la prise des mesures anthropométriques (21).

3.2. Centre de santé Bulangu Kapimbi :

Deux (2) indicateurs ont occasionnés la moyenne des écarts significatifs entre la vérification de l'EUP et de l'ACVE. Tous les **accouchements** assistés ont été invalidés pour absence de preuve de formation en SONU alors que l'EUP en a validé 52. L'ACVE a validé tous les 333 cas de la **CPS redynamisée enfants de 0 à 23 mois** enregistrés, alors que l'EUP en a validé (693 cas) plus de 208% des inscrits dans le registre.

3.3. Centre de santé Kaluamba :

La moyenne des écarts significatifs entre la vérification de l'EUP et l'ACVE sont dues à la **consultation externe et la CPS redynamisée enfants de 24 à 59 mois**. Sur la **consultation externe**, l'ACVE a validé 201/650 cas enregistrés contre 365 cas de l'EUP, car la plupart des fiches n'ont pas de porte d'entrée d'ordinogrammes, ni de PB pour les enfants de 6-59 mois avec une introduction de fiches d'indigents déclarées (7), mais surtout des fiches sont non trouvées (435). Pour la **CPS redynamisée enfants de 24 à 59 mois**, l'ACVE n'a pas confirmé 35 dossiers de l'EUP du fait de plusieurs fiches gardées par les mères des enfants et d'autres sans informations sur les mesures anthropométriques.

4. Zone de santé de Tshikapa

Seulement 1/5 CS contre vérifiés à Tshikapa (**Centre de Santé Dibumba Mbela**) présente une moyenne des écarts de **17%** entre l'EUP et l'ACVE.

Les 2 indicateurs qui ont occasionnés la moyenne des écarts significatifs entre la vérification de l'EUP et la contre vérification de l'ACVE sont la **CPS redynamisée enfants de 0 à 23 mois et 24 à 59 mois**. Pour les cas de **0 à 23 mois**, sur 291 cas enregistrés, 68% (198) des fiches sont non retrouvées suite à la réhabilitation du bâtiment du CS réduisant de 84 patients des cas validés par l'EUP (177). Les mêmes observations sont faites sur les **24 à 59 mois**, où 94% (102) des fiches sont aussi non retrouvées entraînant un écart de 58 cas entre l'EUP (64) et l'ACEVE (6).

Par contre, l'ACVE a validé 14 cas de plus en lien avec les **enfant MAS 6-59 mois pris en charge au CS et récupéré** répondant aux critères de validation.

Néanmoins, la moyenne des écarts au niveau de la zone sur la **CPS redynamisée enfants de 0-23 mois et 24 -59 mois** reste encore critique du fait du non suivi de la courbe de croissance des enfants, de la prise des mesures anthropométriques, mais surtout de l'absence de fiches (non retrouvées) lors de la contre vérification externe.

5. Zone de santé de Kitangwa

Les quantités contre vérifiées dans la ZS de Kitangwa présentent des moyennes d' écarts de 16% pour l'ensemble de la ZS avec seulement 1/5 CS (**Centre de santé Mukala**) ayant un écart significatif.

En effet, au CS Mukala, l'ACVE a validé 269/349 inscrits à la **consultation externe** contre 300 cas de l'EUP. Ces invalidations se justifient par le manque de signature (38) du prestataire et la non mention se de mesures anthropométriques (42).

L'ACVE a annulé tous les 155 cas de **CPS 0-23 mois** validés par l'EUP pour manque de mesures anthropométriques et la non notification de la vitamine A sur les fiches de 6-23 mois. Il en est de même pour la **CPS 24-59 mois** où l'ACVE n'a pas confirmé les 72 cas validés par l'EUP, car les fiches ne renseignent pas les mesures anthropométriques. L'ACVE a confirmé seulement 53% des 66 cas d'**enfant MAS 6-59 mois** de l'EUP, car la plupart sont traités par un personnel non formé en PCIMA.

Cependant, pour les CS ne présentant pas d'écarts significatifs laissent encore des points d'attention sur certaines prestations.

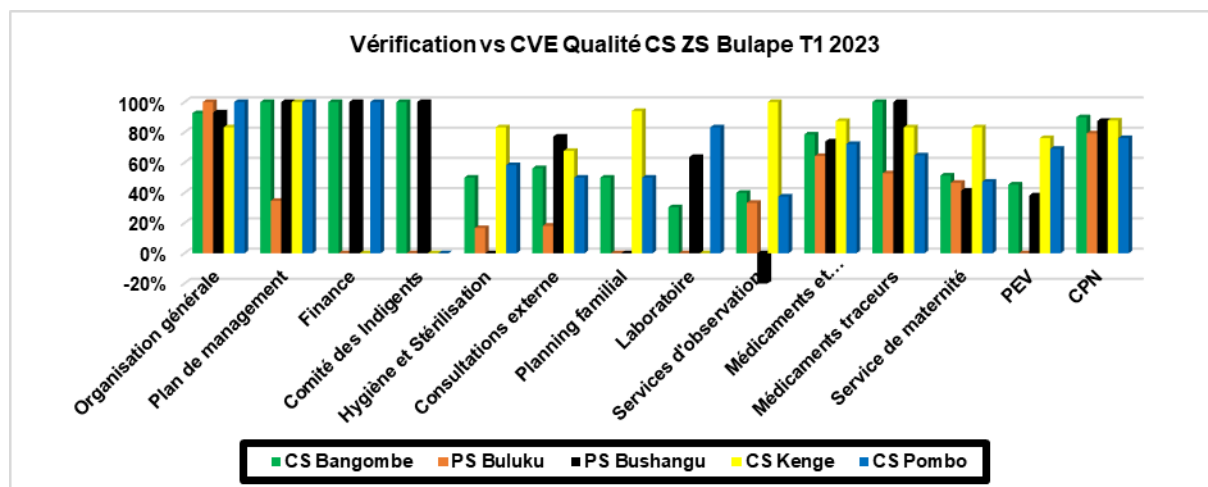
3.1.5.2. Contre vérification qualitative

1. Zone de santé de Bulape

Tous les CS contre vérifiés dans la ZS Bulape présentent des écarts significatifs entre l'évaluation et la contre vérification globalement à (**24,7%**) ; (**CS Bangombe (30%)**) ; **Buluku (11,8%)**) ; **Bushangu (27,2%)**) ; **Kenge Domba (29,6%)**) ; **Pombo (24,5%)**) et 8 domaines présentent des écarts des scores significatifs entre autres : *Organisation générale ,plan de management ,finance , comité des indigents,*

hygiène et stérilisation ,consultations externe, planning familial ,laboratoire ,services d'observation, médicaments et consommables, médicaments traceurs ,service de maternité , PEV et CPN.

Graphique 11 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Bulape



Commentaires :

1.1. Centre de santé Bangombe :

L'écart entre l'évaluation et la contre vérification est de 30%. 9/15 domaines ont présenté des différences significatives de scores entre les évaluateurs et l'ACVE.

Dans ce CS, le **PM** n'intègre pas les résultats d'évaluation de la mise en œuvre du PM du trimestre passé, ni les éléments d'analyse de l'utilisation des services de la dernière vérification, encore moins les financements prévus pour les soins aux indigents.

En rapport avec la **gestion financière**, l'IT s'octroie plus de 51% des revenus locaux de la FOSA et ne maîtrise pas le score de performance individuel. Au CS Bangombe, les CR des réunions de CODESA ne mentionnent pas dans l'ordre du jour un point sur **l'utilisation des services par les indigents et les personnes en incapacité de payer les soins**.

Concernant l'**hygiène et stérilisation**, le CS n'a pas de porte sur la clôture, le sol de la toilette est fissuré et la douche n'a pas de clostra pour la ventilation. De plus, la fosse d'élimination des déchets n'est pas bordée en argile ni clôturée, avec la présence de déchets dans la cour de la structure.

Quant à la **consultation externe**, les 5 fiches de prise en charge d'IRA du trimestre ne renseignent pas la fréquence respiratoire, la classification de la diarrhée, ne renseignent pas la catégorisation de la malnutrition et le consultant ne maîtrise pas les signes de dangers de la tuberculose. L'approche PCIME n'est pas effective (protocole et fiche PCIME ne sont pas disponibles).

Pour la **PF**, aucun agent n'est formé et la CMM n'est pas calculée pour le DIU, la boîte à images et les fiches de conseils ou d'autres supports pédagogiques sur la PF ne sont pas disponibles. Le service de **laboratoire** n'est pas fonctionnel 7/7 jours (les dimanches, le service n'était pas ouvert), les tests de diagnostic rapide de paludisme sont en rupture de stock, la poubelle n'est pas étiquetée en jaune et les procédures de nettoyage des matériels de laboratoire ne sont pas affichées. Dans ce centre, le **service d'observation** n'est pas fonctionnel.

Cependant, le score s'est amélioré lors de la contre vérification pour le domaine en relation avec les **médicaments traceurs** où plusieurs items en rupture lors de l'évaluation de l'ECZS ont été approvisionnés avant la contre vérification. Pour la **consultation préscolaire**, le service dispose de fiches CPS classées pour les enfants à récupérer et le prestataire calcule correctement la cible trimestrielle pour les enfants de 24 à 59 mois, tandis que pour la **CPN**, le prestataire a expliqué la formule des attendues et a rempli correctement les fiches.

1.2. Poste de santé Buluku :

L'écart entre l'évaluation et la contre vérification est de 11,8% avec 9/15 domaines ayant renforcé ce score.

Concernant l'**organisation générale**, le CS ne dispose pas de téléphone pour la communication et les protocoles de VAD ne renseignent pas sur le RDV pris. Au PS Buluku, l'**hygiène et stérilisation** ne sont pas respectées (présence des mouches dans les latrines avec mauvais odeur, la poubelle non accessible aux clients dans la cour, inexistence d'un dispositif lave-mains devant les latrines, ni d'une réserve d'eau d'au moins 100 L pour les douches) et les protocoles de stérilisation à pression et de désinfection des surfaces ne sont pas disponibles. De plus, le personnel qui traite les déchets ne dispose pas des équipements de protection (pas paire botte ni un tablier en plastique) ni d'un charriot pour leur transport.

Pour la **PF**, aucun prestataire n'est formé à l'approche de services adaptés aux adolescents et aux jeunes alors que pour les **médicaments traceurs**, les fiches de stock pour les 4 items à forte consommation (doxycycline, amoxicilline 500 mg, ACT adolescent et mébendazole) ne sont pas à jour et toutes les rubriques du RUMER ne sont pas complètement remplies. Dans le **service de maternité**, la table d'accouchement ne dispose pas de pose-pieds, la boîte d'épisiotomie stérile ne contient pas de kit d'aspiration manuelle intra-utérin, la pince Pozzi encore moins d'hystéromètre. De plus, les partogrammes ne sont pas correctement remplis. Enfin, pour la **consultation préscolaire**, le prestataire n'explique pas les besoins en vaccins et ne maîtrise pas la cible des enfants à vacciner les activités **VIH/TB** ne sont pas intégrées.

1.3. Poste de santé Bushangu :

Une différence de score de 27,2% se dégage entre l'évaluation et la contre vérification. 11/15 domaines les plus concernés.

Sur l'**organisation générale**, les aspects financiers ne sont pas discutés lors des réunions techniques du personnel alors que le solde théorique de trésorerie dans le livre de caisse ne correspond pas au solde en caisse pour la **gestion financière**. Quant à l'**utilisation des services par les indigents et personnes avec incapacités de payer les soins médicaux**, le CR des réunions mensuelles ne ressortent pas le coût du traitement des indigents ni la liste des indigents à soigner. Pour l'**hygiène et stérilisation**, il n'y a pas de poubelle dans la cour, il y a présence de mouches dans les latrines, sans réserve d'eau d'au moins 100 L pour les douches et le protocole de désinfection des surfaces n'est pas disponible.

Dans ce PS, le prestataire n'est pas formé en **PF** et ne dispose pas de méthodes modernes à longue durée (implant et DIU). Pour le **service de maternité**, les SAA ne sont pas assurés (absence boîte d'instruments SAA). De plus, le paravent n'est pas placé entre la porte et la table d'accouchement. De même, les partogrammes ne sont pas complètement et correctement remplis.

En plus, pour la **consultation préscolaire**, le prestataire n'explique pas la formule des enfants attendus mensuellement et le service ne dispose pas de supports de collecte de données ni des CR pour la tenue des séances d'IEC/CCC alors que le paquet d'activité **VIH/TB** n'est pas intégré au PS.

1.4. Centre de santé Kenge :

Une différence de score de 29,6% se dégage entre l'évaluation et la contre vérification et 11/15 domaines sont les plus concernés.

Dans ce CS, les résultats de l'évaluation de la mise en œuvre du **PM** du trimestre passé ne sont pas intégrés, le CR de la réunion préparatoire n'existe pas et le PM ne renseigne pas sur les financements prévus pour les soins aux indigents alors que sur la **gestion financière**, le solde théorique de trésorerie n'est pas égal aux espèces en caisse. Pour l'**utilisation des services par les indigents et personnes**

avec incapacités de payer les soins médicaux, le rapport financier n'indique pas le coût du traitement des indigents et la comparaison avec les recettes n'est pas notifiée.

Concernant la **consultation externe**, le service n'était pas fonctionnel 7/7jours (les 3 derniers dimanches aucun malade consulté). Les cas de diarrhée n'étaient pas classifiés et le prestataire ne connaissait pas les signes de dangers pour la tuberculose. La prise en charge intégrée des maladies de l'enfance n'était pas correctement appliquée (absence du protocole et les fiches PCIME mal renseignée). De plus, il y a l'absence de la table OMS rapport taille-âge, la CMM n'était pas calculée pour les intrants nutritionnels et les critères d'orientation des cas de malnutrition vers l'UNTI n'étaient pas respectés.

En **PF**, le prestataire n'est pas formé et le CS ne dispose pas des méthodes modernes à longue durée (implant et DIU). Contrairement à l'évaluation, le **service de laboratoire**, n'est pas ouvert tous les jours de la semaine (les résultats des examens ne sont pas renseignés dans le registre ni sur les fiches du traitement pour les 3 dimanches) et seuls 5 tests rapides de paludisme non expirés sont disponibles sur 20 recherchés.

En plus, pour le **service d'observation**, la salle n'assure pas des bonnes conditions d'hébergement (l'espace de 1 m entre les lits n'est pas respecté, pas l'accès à l'eau potable, le registre et certaines fiches d'observation ne sont pas complétés).

Pour la **consultation préscolaire**, la fiche synthèse mensuelle, le Fridge-tag ne sont pas disponibles et la température n'est pas prélevée matin-soir tous les jours. Les cartes CPS ne renseignent pas la prise de mesures anthropométriques.

Pour le **VIH/TB**, le paquet n'est pas intégré au CS, aucun intrant ni matériel n'est disponible et le prestataire n'est pas formé.

Tout de même, la **gestion des médicaments et intrants** s'est améliorée du fait des mouvements de stocks (entrée et sortie) à jour sur les fiches durant la période, le RUMER est bien tenu, à jour et la disponibilité de stock physique est effective pour les 27 items **médicaments traceurs**.

1.5. Centre de santé Pombo :

Pour le **CS Pombo**, 13/15 domaines présentent une moyenne des écarts de 24,5% entre l'évaluation et la contre vérification.

Pour ce qui est de l'**organisation générale**, les VAD effectuées ne sont pas programmées dans le plan d'action des RECO alors que la grille de l'évaluation du **PM** du trimestre passé n'est pas archivée et le plan du trimestre en cours ne montre pas la priorisation des prestations à faible couverture mais surtout à faible score qualité.

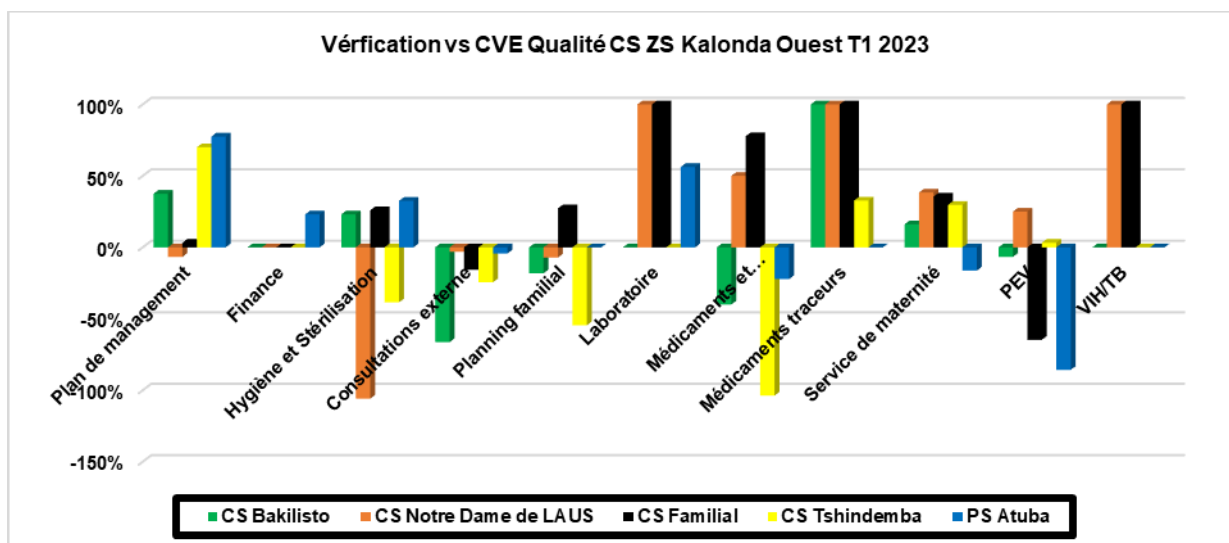
Par rapport à l'**utilisation des services par les indigents et personnes avec incapacités de payer les soins médicaux**, la liste des indigènes n'est pas disponible au moment de la contre vérification pendant qu'en **consultation externe**, le responsable du service de la nutrition n'est pas formé, la table OMS rapport taille-âge, le tensiomètre et le thermomètre ne sont pas disponibles dans la salle de consultation.

En ce qui concerne le **service de maternité**, le paravent n'est pas placé entre la porte de la salle d'accouchement et la table d'accouchement alors que les partogrammes ne sont pas complètement remplis (absence des dates de sortie, rendez-vous, d'admission et début du travail) et aucun cas de SAA référé ou contre-référé durant la période. Enfin, pour les **soins prénatals**, les séances de CPN sont assurées par un prestataire non formé en CPNr et aucun rapport des séances d'IEC n'est disponible.

Néanmoins, la cote de l'évaluation de l'ECZ pour la **gestion financière**, s'est améliorée pendant la contre vérification dû au respect du bonus de performance ne dépassant pas 50% du revenu total du CS. De plus, l'infirmier sélectionné connaît sa prime et son score de performance individuelle du trimestre passé.

2. Zone de santé de Kalonda Ouest

Graphique 12 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Kalonda Ouest



Commentaires :

Globalement, il n’y a pas d’écart entre les qualités contreévaluées entre l’ECZ et l’ACVE.

Néanmoins, quelques domaines restent encore affectés dans certains CS. Au CS **Bakilisto**, la carte ne renseigne pas les distances entre le CS et le BCZ, ni les CR des réunions, ni de téléphone, ni de rapport d’analyse des données de SNIS, ni de VAD durant la période pour l’**organisation générale** alors qu’au **service d’observation**, il n’y a pas de lit en bon état, ni d’eau potable, aucun outil disponible et des ruptures fréquentes de médicaments traceurs. De plus, il n’y a pas de rideau et de drap, alors que les fiches **CPN** n’ont pas de notion d’ATCD, ni de nom encore moins la signature du consultant et il n’y a pas d’administration de l’acide folique.

Au CS Notre **Dame de LAUS**, la carte sanitaire ne signale pas la distance entre le CS et le BZC, il n’y pas de CR pour les réunions techniques, ni de rapports d’analyse de données, ni de téléphone encore moins de rapport VAD sur l’**organisation générale** alors que le **service de laboratoire** n’est pas intégré et ne dispose pas de TDR pour le paludisme. De plus, aucun rapport synthèse de médicaments et les autres molécules n’ont pas de CMM. Au **service de maternité**, la table d’accouchement est en mauvais état, les boites obstétricales et d’épisiotomies n’existent pas. De même, le service de **CPS**, il n’y a pas de système de distribution de jeton, ni de cahier d’IEC encore moins des fiches CPS archivées. Dans ce CS, les fiches **CPN** ne mentionnent pas la signature du prestataire, ni les ATCD et le rapport d’IEC n’existe pas alors que le service VIH n’est pas intégré.

S’agissant du **CS Familial**, la carte de l’AS ne porte pas les distances entre les quartiers et le CS encore moins le BCZ. De plus, l’horaire n’est pas affiché, il n’y a pas de CR de réunions et aucun rapport de VAD pour l’**organisation générale** pendant que la salle l’**observation** ne dispose pas de lit en bon état, ni d’éclairage et aucune fiche d’observation. Pour la **gestion des médicaments**, il y’a rupture de plusieurs molécules et le RUMER n’est pas à jour ; alors que la salle de **maternité** n’a pas de rideaux avec un sol sans pavé. Dans ce CS, le VIH n’est pas intégré.

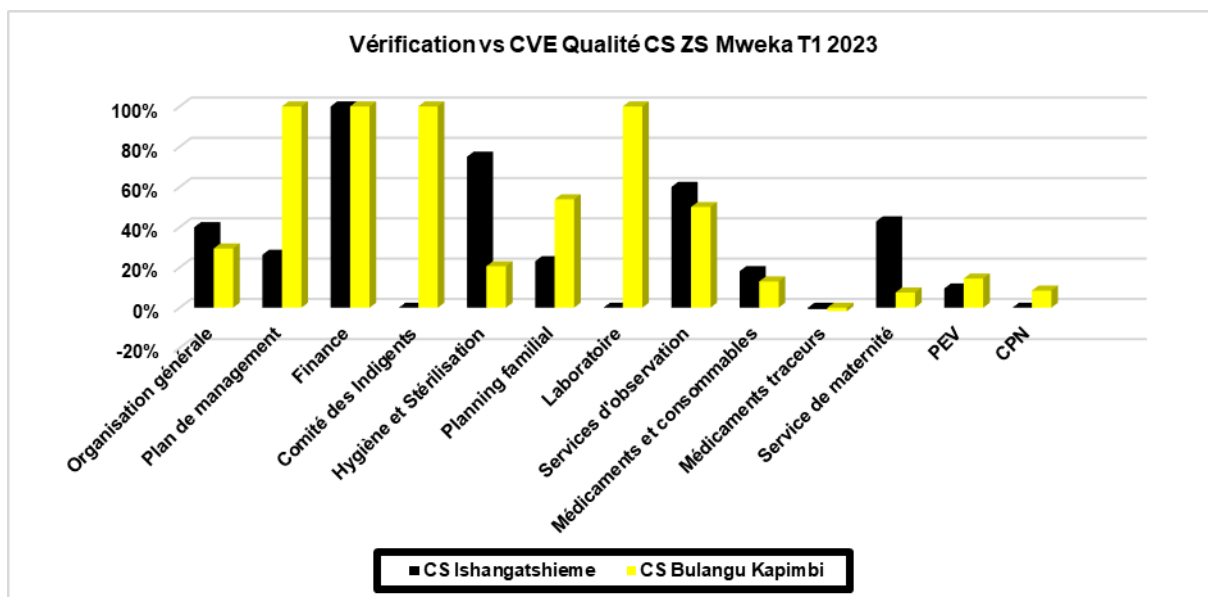
Pour le **CS Tshindemba**, le **PM** du S2 2023 n’existe pas, car le CS a été nouvellement intégré au T1 2023. De plus, il n’ya pas de CR de la validation de PM alors que la majorité des **médicaments traceurs** sont en ruptures. A la maternité, il n’existe pas de salle post partum ni de moustiquaires attachées au lit, encore moins de bac en plastique et d’horloge fonctionnelle.

Pour le CS Atuba, la grille d’évaluation du **PM** n’existe pas, car cette structure est nouvellement intégrée. De plus, il n’ya pas de CR de la validation de PM, ni de rapport financier et l’outil d’indices n’existe pas, même s’ils ont été tous coté par les évaluateurs. De même, le personnel ne connaît pas son score de

performance. A l'**hygiène et stérilisation**, le CS n'est pas clôturé, et il y a absence de poubelles dans la cour encore moins l'éclairage dans les latrines. De plus, la fosse d'élimination des déchets est à 2 m de profondeurs et à moins de 15m de distance avec la FOSA, mais surtout le protocole de stérilisation est inexistant. De même, il n'existe pas de matériels pour le personnel qui gère les déchets. Au **service de laboratoire**, la liste des examens n'est pas affichée et il manque la boîte de sécurité, et le protocole d'élimination. De plus, la procédure de nettoyage n'est pas affichée et il n'existe pas de réactifs pour le test de Ziehl.

2. Zone de santé de Mweka

Graphique 13 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Mweka



Commentaires :

2/5 CS de la ZS de Mweka présentent un écart significatif entre l'évaluation et l'ACVE dans les CS Ishangatshieme (10,3%) et CS Bulangu Kapimbi (12,9%). Les domaines avec plus d'écarts sont expliqués par structure :

2.4. Centre de santé Ishangatshieme :

Le résultat de la contre vérification par rapport à l'évaluation montre un écart significatif de 10,3% dans l'ensemble des domaines.

S'agissant de l'**organisation générale**, les aspects financiers ne sont pas discutés lors des réunions techniques et il n'y a pas de suivi des recommandations issues des réunions antérieures. De plus, les rapports des VAD ne sont pas disponibles. Pour le **PM**, les CR des réunions et la liste des participants lors de sa validation ne sont pas disponibles alors qu'aucun rapport financier n'est disponible pendant la contre vérification pour la **gestion financière**.

Sur l'**hygiène et stérilisation**, la structure n'est pas clôturée et les latrines sont mal entretenues (présence des matières fécales). En plus, la fosse d'élimination des déchets biomédicaux est pleine et le trou à ordure n'existe pas. De même, la poubelle n'est pas étiquetée et est sans pédale. Pour la **consultation externe**, le registre n'est pas clôturé à la fin du mois et plus de 30% de patients sont traités par des antibiotiques, mais aussi les fiches PCIME n'existent pas. A Ishangatshieme, le **service de laboratoire** n'est pas fonctionnel et pour ce qui est de la **prise en charge du VIH**, aucun intrant ni matériel d'IEC / CCC n'est disponible.

Par contre, pour la **PF**, la contre vérification a trouvé un prestataire formé en PF et à l'approche de services adaptés aux adolescents et aux jeunes. De plus, l'ACVE a constaté la confidentialité dans la salle PF, la disponibilité des méthodes (contraceptifs oraux, injectables, Implants, DIU) et les 2 kits de retrait et d'insertion d'implants. Aussi, pour la **gestion des médicaments et intrants**, les fiches de stock sont-ils correctement remplis et à jour. Dans la **maternité** de ce même centre, les déchets sont collectés et traités selon les normes. De plus, la boîte d'épisiotomie contient tous les matériels recherchés.

2.5. Centre de santé Bulangu Kapimbi :

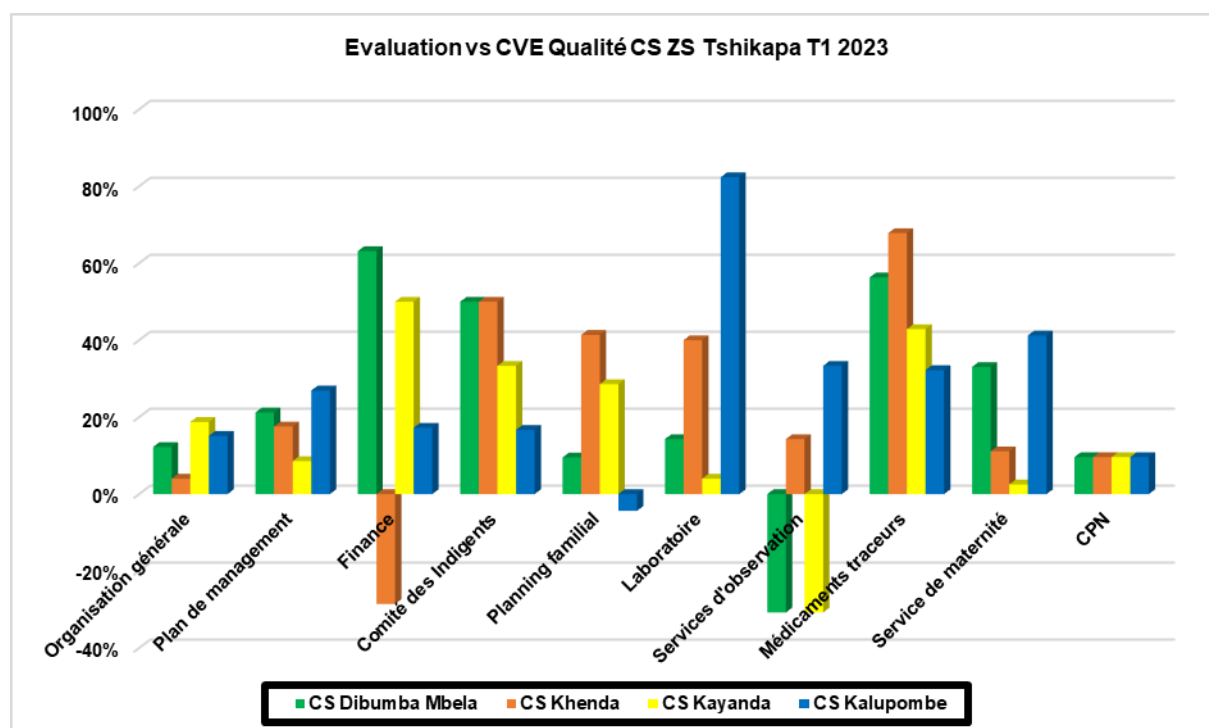
Une différence de score de 12,9% se dégage entre l'évaluation et la contre vérification. Les domaines les plus concernés sont expliqués comme suit :

En **consultation externe**, l'ACVE relève la non-disponibilité de billets de référence archivés, du registre non clôturé à la fin du mois, la non-utilisation des fiches PCIME et la prescription d'antibiotiques est au-delà de 30% des fiches sélectionnées. Pour la **PF**, le personnel ne dispose pas d'un certificat de formation, ne maîtrise pas le calcul des attendues et ne dispose pas d'intrants PF (DIU et Implant). Concernant le service de **laboratoire**, le technicien de laboratoire de niveau A2 ou A1 n'existe pas, les procédures de nettoyage des matériels de laboratoire ne sont pas affichées et les lames examinées du trimestre évalué ne sont pas conservées dans une boîte appropriée. Par rapport au service d'**observation**, le registre n'est pas à jour et les signes vitaux ne sont pas renseignés sur les fiches d'observation. De plus, la salle est insalubre et sans accès à l'eau potable alors que sur la **gestion des médicaments/intrants**, les bons de commande ne sont pas validés par le BCZS et le rapport d'inventaire mensuel des médicaments n'est pas disponible.

En rapport avec les **médicaments traceurs**, le paracétamol 500 mg cp, sulfate de fer 325 mg cp et amoxicilline 125 mg/5ml suspension sont en ruptures de stock. Dans ce CS, les fiches **CPS** et le rapport des séances d'IEC ne sont pas disponibles, le calcul de la cible mensuelle n'est pas maîtrisé par le personnel et la température du réfrigérateur n'est pas prélevée ; tandis que les fiches **CPN** ne renseignent pas la DDR et l'administration du Mébendazole.

3. Zone de santé de Tshikapa

Graphique 14 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Tshikapa



Commentaires :

En dehors du CS **Bat Ben Bat**, les 4 autres centres de santé (**CS Dibumba Mbela, Khenda, Kayanda et Kalupombe**) présentent des différences significatives allant de **12,9%** à **15,9%** entre les scores de l'évaluation et ceux de l'ACVE pour les constats décrits ci-dessous.

4.1. Centre de santé Dibumba Mbela :

Dans ce CS, un écart de **13,2%** est enregistré entre l'ACVE et l'ECZ.

A Dibumba Mbela, aucun des trois rapports financiers n'était disponible lors de la contrevérification alors qu'il y a absence de rapport financier sur le coût de traitement des indigents en comparaison avec les recettes du mois réduisant la cote octroyé par l'ECZ de 50% sur le **comité des indigents**. En rapport avec **les médicaments traceurs**, la majorité des médicaments disponibles lors du passage de l'ECZ étaient en rupture ou en quantité insuffisante pendant la contrevérification.

Au **service de maternité**, contrairement à l'équipe d'évaluateurs de l'ECZ, il n'y aucun paravent/rideau entre la table d'accouchement et la porte de la salle de maternité. De même, en postpartum, il y a seulement un lit au lieu de 2 exigés et la table d'accouchement en mauvais état. Dans ce CS, bien que les évaluateurs aient approuvé le service de SAA, l'activité de n'est pas encore intégrée.

Par contre, le **service observation**, plusieurs indicateurs ont connu des améliorations après le passage des évaluateurs de l'ECZ surtout la disponibilité du lit, sur la propreté de la salle et sur la confidentialité.

4.2. Centre de santé Khenda :

Un écart de 12,9% sépare l'ACVE et les évaluateurs de l'ECZ justifié par les raisons ci-dessous.

En rapport avec le **comité pour Indigents**, l'ACVE n'a pas trouvé la liste des indigents et personnes en incapacité qui ont utilisées le service pendant la période sous examen, De plus, il n'existe aucun rapport financier établissant le coût du traitement des indigents en rapport avec les recettes du mois.

A Khenda, le service de **Laboratoire** ne dispose pas de personnel qualifié et manque d'équipements/intrants de laboratoire. En ce qui concerne le **PF**, la structure n'a pas de salle appropriée pour l'activité et les différentes méthodes utilisées n'y sont pas. De plus, le CS ne dispose pas de test de grossesse et le prestataire ne maîtrise pas le calcul de la cible des clientes attendues.

En ce qui concerne **les médicaments traceurs**, 61% de molécules ont connu des ruptures et **77%** de fiches de stocks ne renseignent pas sur la CMM.

Par contre, le domaine de la **Finance** a enregistré des améliorations, car l'ACVE a trouvé les 3 rapports financiers qui n'étaient pas disponibles au CS lors de l'évaluation par l'ECZS.

4.3. Centre de santé Kayanda :

Avec un écart des scores de **14,9%** entre l'évaluation de l'ECZS et la contre vérification de l'ACVE, Les 5 domaines les plus touchés sont ci-après :

Sur la **finance**, l'ACVE a constaté qu'il n'y a pas de rapports financiers pour la période sous revue et le prestataire interrogé ne maîtrise pas le système de prime de performance. Pour le **comité des Indigents**, l'ACVE n'a pas trouvé le CR du CODESA qui renseigne sur le nombre des indigents et les personnes en incapacité de payer les soins qui ont utilisées le service durant la période sous examen. De même, aucun rapport financier ne met en exergue le coût du traitement en comparaison avec les recettes du mois.

Par rapport à la **PF**, le CS est en rupture de DIU et le prestataire responsable de l'activité ne maîtrise pas le calcul de nombre de clients attendus. Pour **les médicaments traceurs**, **100%** des fiches de stocks disponibles ne renseignent pas la CMM ; alors que le **PEV** ne dispose pas de rapports en lien avec les IEC/CCC. De plus, le CS est en rupture de boîtes de sécurité (réceptacles) et en micronutriments en poudre (MNP) au niveau de la structure.

Par contre, le CS a enregistré des améliorations sur le service **observation**, (lits disponibles et en bon état, salle propre et espace entre les lits bien respecté).

4.4. Centre de santé Kalupombe :

Au CS Kalupombe, 5/15 domaines ont été à la base des écarts (15,2%) des scores les plus importants entre l'évaluation de l'ECZS et l'ACVE pour les raisons ci-dessous.

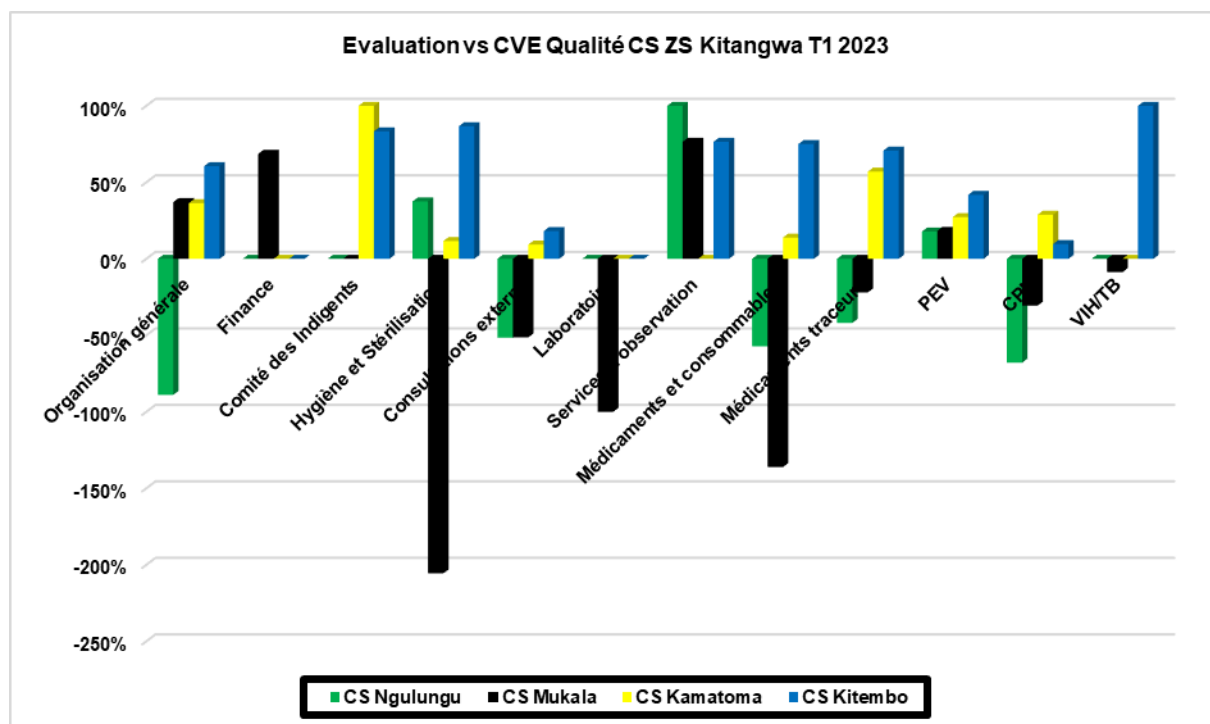
Dans ce CS, le **PM** ne prend pas en compte les recommandations communautaires et le CR de sa validation n'existe pas, les listes de prestataires formels comme informels ne sont pas pris en compte, encore moins les financements prévus pour les indigents ;alors que le service de **laboratoire** n'est pas fonctionnel.

En rapport avec le **service d'observation**, les lits n'ont pas de matelas et aucune fiche disponible pour la période contrevérifiée pendant que les fiches de stocks des **médicaments traceurs** ne renseignent pas la CMM, aggravé par les ruptures fréquentes. A Kalupombe, les fenêtres de la **maternité** n'ont pas de rideaux, il n'y a pas de salle post partum et la table d'accouchement n'a pas de jambiers. De plus, la salle d'accouchement n'a pas de povidone encore moins de fiche pour les SAA.

Par contre, une légère amélioration avec la bonne tenue du RUMER en lien avec les **médicaments et consommables médicaux**.

4. Zone de santé de Kitangwa

Graphique 15 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Kitangwa



Commentaires :

Deux FOSA présentent des écarts significatifs (CS Kamatoma, Kitembo). Les 3 (CS Ngulungu, Kombo et Mukala), bien qu'elles n'enregistrent pas d'écarts significatifs demeurent encore critiques pour certains domaines.

5.1. Centre de santé Kamatoma :

9/15 domaines de qualité de cette FOSA présentent des différences de cotes pour les causes suivantes.

Sur l'**organisation générale**, il y a absence de CR de réunions techniques et le protocole de VAD.

S'agissant du **PM**, la grille d'évaluation du PM T4 2022 n'est pas disponible, les recommandations de la communauté issues de l'enquête communautaire ne sont pas intégrées dans le PM et la liste des prestataires formels/informels de l'aire de santé est absente. De plus, la tarification négociée avec la communauté n'est pas intégrée dans le PM et le coût de soins des indigents n'y ressort pas, alors que les listes des indigents pris en charge, les rapports financiers et le CR de comité de santé n'existent pas.

Sur l'**hygiène et stérilisation**, la FOSA n'a pas de clôture et le protocole de désinfection des surfaces n'est pas disponible, tandis qu'il n'y a pas de confidentialité pour le **PF** et le personnel qui assure ce service ne maîtrise pas le mode de calcul de la cible PF.

Dans ce CS, il y'a absence de bon de commande pour les **médicaments traceurs** et il y a plus de 51% de ruptures de stock sur les produits ; alors que les fiches ne renseignent pas l'administration de mébendazole et de la Vit. A lors de la **consultation préscolaire** et le personnel ne maîtrise par les le calcul de la cible.

Concernant la **CPN**, les fiches ne renseignent pas l'administration de mébendazole et le nombre de participants aux séances d'IEC/CCC.

5.2. Centre de santé Kitembo

12/15 domaines ont enregistré des écarts significatifs pour les raisons ci-dessous ;

Sur l'**organisation générale**, il y 'a un mauvais classement des outils (éparpillés), il n' y a pas d'horaire disponible à la structure, sans téléphone et le canevas SNIS est sans accusé de réception du BCZS et les CR des réunions de comité de santé encore moins les rapports de VAD sont disponibles. De plus, le CR de la réunion de l'élaboration du PM T1 2023 et la liste de présence des participants n'existent pas, mais surtout ce document n'intègre pas la liste des prestataires formels/informels de l'AS.

Au service pour **indigents**, le CR ne renseigne rien sur l'utilisation des services de soins par de personnes indigents contrairement aux observations de l'évaluation. Il n'y a pas de CR de réunion de CODESA portant à l'ordre du jour les soins des indigents, encore moins la liste d'indigents obtenue des services des affaires sociales mais aussi, les rapports financiers de la FOSA avec le coût de traitement des indigents comparables aux recettes.

Concernant l'**hygiène et stérilisation**, le CS Kitembo n'est pas clôturé, ni de poubelle dans la cour, le trou de la latrine n'a pas de couvert et les matière fécale sont visibles. De plus, il n'ya pas d'espace de ventilation dans les douches construites en rameau ne répondant à aucun critère de qualités exigés, il y a présence de déchets ménagers et de déchets médicaux dans la cour. De même, le protocole stérilisation et de désinfection de surface n'est pas de disponible, ni de poubelles encore moins les boites de sécurité dans la salle d'accouchement ; alors que le réceptionniste de la **consultation externe** ne distribue pas les jetons selon l'ordre d'arrivées des patients. Aussi, il n'y' a pas de solution hydroalcoolique, ni d'horloge disponible tandis que les fiches PCIME ne renseignent pas sur l'évaluation de l'état d'anémie. De même, ce CS est en rupture fréquente de stock en intrants **PF** (préservatifs, injectables, implant et DIU) et les kits d'insertion/de retrait des DIU ne sont pas disponibles. Dans ce CS, la salle d'**observation** n'est pas équipée (pas de mousse ni de drap, ni de moustiquaire, ni de table de nuit) avec une mauvaise odeur, sans accès à l'eau potable et la confidentialité des malades n'est pas observée.

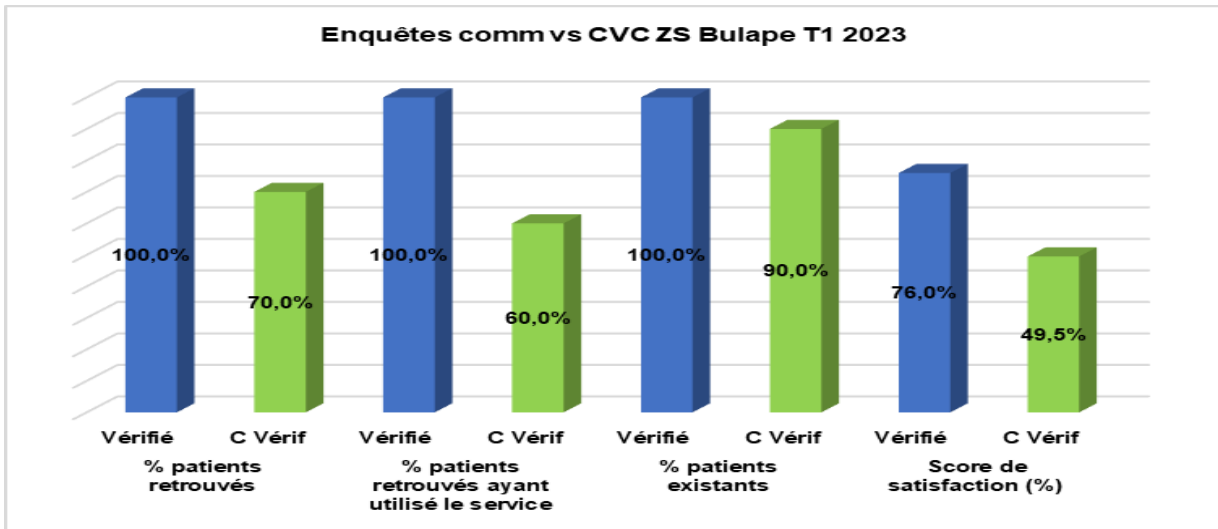
Toutes les fiches de stock des **médicaments traceurs** ne sont pas disponibles alors qu'au service de **maternité**, le dispositif d'évacuations des eaux usées n'existent pas. De plus, il n'y a pas de moustiquaire, ni de drap encore moins des sceaux métalliques. Il n'y'a pas de compresse stérile ni de

protocole de réanimation encore moins de matériel ou de support de collecte des données. De même,, les activités SAA ne sont pas intégrées, tandis que la salle d'attente de la **CPS**, n'est pas disponible, le cahier d'IEC/CCC n'existe pas, mais surtout le système de récupération des abandons ne fonctionne pas. En plus, il n'y pas de réfrigérateur dans ce CS.

3.1.6. Résultats de la contre vérification communautaire

1. Zone de santé Bulape :

Graphique 16 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Bulape



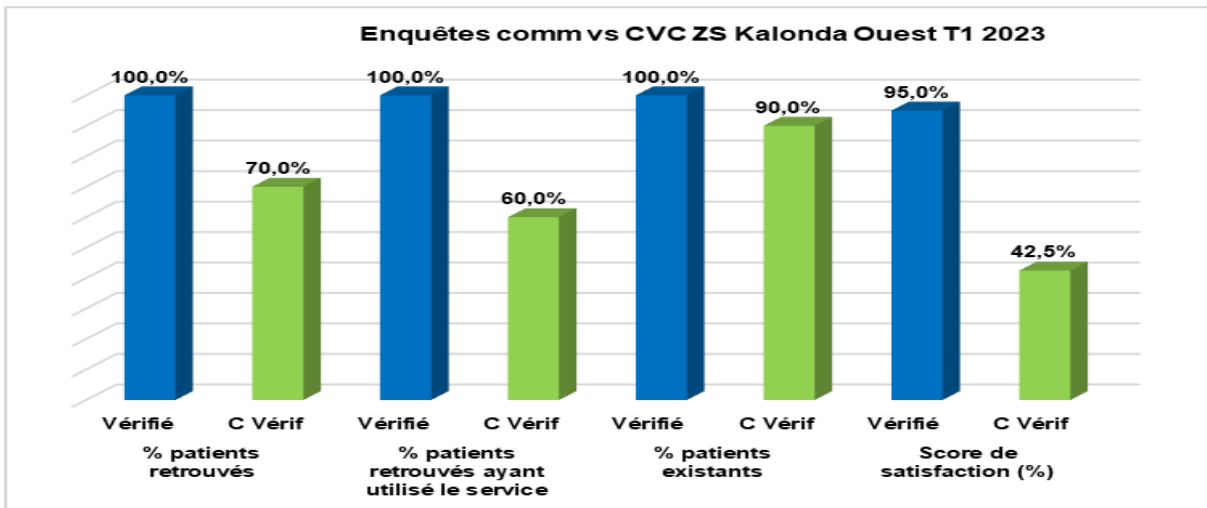
Commentaires :

La contre vérification communautaire a été réalisée uniquement à **I'HGR Bulape**, car les 5 AS sélectionnées ont signé leurs contrats en début T1 2023. Néanmoins les données collectées de l'HGR dégagent un écart de 10% entre l'ACVE (90%) et les ASLO de l'EUP (100%) pour les patients existants. Dans cet HGR, la satisfaction est passée de 76% à 49,5% et de 100% à 60% pour les patients retrouvés ayant utilisé les services.

De ce fait, les usagers ont suggéré pour l'HGR, d'améliorer l'accueil, d'affecter un personnel qualifié jeune, d'approvisionner régulièrement la pharmacie en médicaments et de réduire le tarif des soins.

2. Zone de santé de Kalonda Ouest :

Graphique 17 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Kalonda Ouest

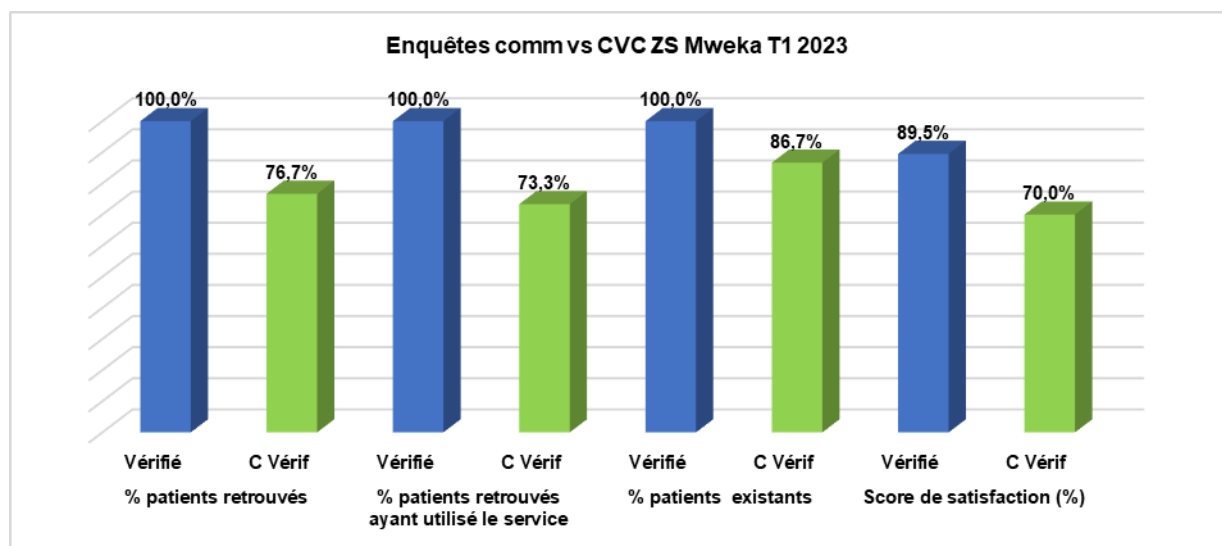


Commentaires :

La contre vérification communautaire n'a pas été effectuée dans toutes les 5 aires de santé de la ZS de Kalonda Ouest étant donné que ces dernières n'ont pas bénéficié d'enquêtes communautaires au T4 2022, car elles sont nouvellement intégrées (T1 2023). Néanmoins au niveau de l'HGR Kalonda Ouest, l'écart est de 10% pour les patients existants entre l'EUP (100%) et l'ACVE (90%), 30 % des patients n'ont pas été retrouvés suite au déménagement. De plus, il est constaté 40 % d'écarts entre l'EUP (100%) et l'ACVE (60%) pour les patients ayant utilisés le service. De plus, il est constaté 26 % de différence sur la satisfaction des usagers entre l'ACVE et l'EUP. Face cette situation, les usagers ont suggéré l'amélioration de l'accueil, l'ajout du matériels, la réduction des tarifs et l'amélioration des conditions d'hygiènes des latrines.

3. Zone de santé de Mweka :

Graphique 18 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Mweka



Commentaires :

La contre vérification communautaire a été effectuée dans 3 FOSA (Bulangu Kapimbi , Makonoko et l'HGR) au T4 2022, car les autres FOSA sont nouvellement intégrées (T1 2023)

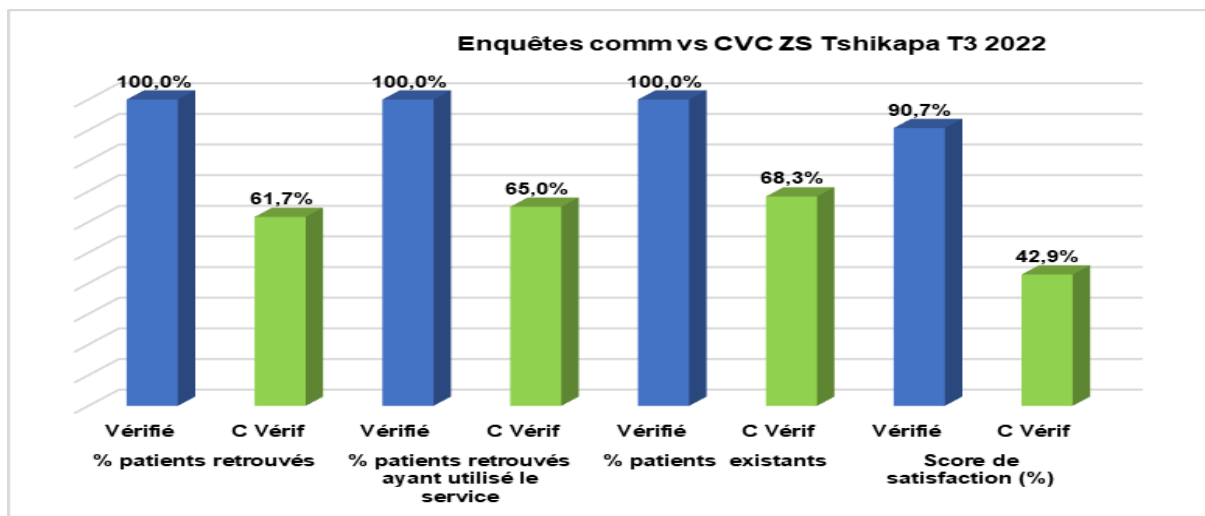
Au niveau de ***l'HGR Mweka***, l'écart est de 10% entre les patients existants, retrouvés et ayant utilisés les services pour l'ASLO de l'EUP et l'ACVE. Dans ce CS, 10% des cas sont insatisfaits et ont fait des propositions sur l'amélioration de l'accueil, l'ajout de matériels, sur la réduction des tarifs et les conditions d'hygiène des latrines.

Pour le ***CS Bulangu Kapimbi***, 30 % des patients n'ont pas été retrouvés suite au déménagement et 40% d'écarts entre l'EUP (100%) et l'ACVE (60%) des patients ayant utilisé le service. Ainsi les usagers ont suggéré d'améliorer l'accueil, d'ajouter du matériel, de réduire les tarifs de soins et d'améliorer les conditions d'hygiène des latrines.

Au ***CS Makonoko*** par contre l'écart de 30% entre les patients existants, retrouvés et ayant utilisé les services pour l'ASLO de l'EUP (100%) et l'ACVE (70%). Les usagers ont suggéré d'améliorer l'accueil, d'ajouter du matériel, de réduire les tarifs des soins et d'améliorer les conditions d'hygiène des latrines.

4. Zone de santé de Tshikapa :

Graphique 19 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Tshikapa



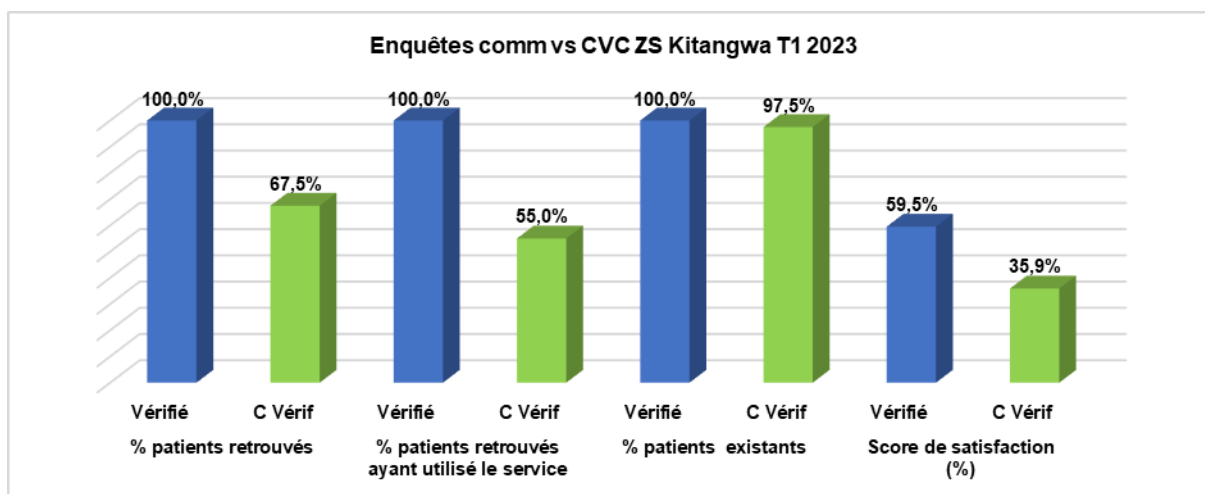
Commentaires :

Dans cette ZS, aucun écart constaté entre l'ACVE et l'EUP dans toutes les Fosa à l'exception de l'HGR Tshikapa qui a présenté un écart de 40% pour les patients retrouvés. De plus, 32% des clients non existants et 52,2 % insatisfaction constatée par les usagers.

De ce fait, les usagers ont suggéré à l'HGR Tshikapa, l'ajout de moustiquaires, de matériels, de diversifier les médicaments, d'améliorer les conditions d'hygiènes des latrines et des salles. Au CS **Dibumba Mbela**, ils souhaitent le respect de l'ordre d'arrivée, , d'ajouter le matériel, d'améliorer l'hygiène et l'accueil, de renforcer et de diversifier les médicaments. A **Khenda**, ils souhaitent l'amélioration de l'accueil et l'hygiène, de l'ajout de matériels, de diversifier les médicaments, . Au CS **Kalupombe**, ils souhaitent la courtoisie des prestataires, d'ajouter les moustiquaires, de diversifier les médicaments et de nettoyer les latrines.

5. Zone de santé de Kitangwa :

Graphique 20 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Kitangwa



Commentaires :

La contre vérification communautaire a été effectuée seulement dans les 3 aires de santé de la ZS de Kitangwa, justifiée par l'intégration qu'au T4 2022 des 2 autres AS (Kombo et Ngulungu).

L'écart est de 32% pour les patients non retrouvés, suite au déplacement des usagers, 45% des patients confirme n'a pas utilisé le service. Cependant, la majorité des clients est satisfaite et suggère tout de même à l'HGR, d'améliorer l'accueil, d'être courtois, de donner les conseils aux patients, être disponible, mettre les moustiquaires, renforcer le stock des médicaments, de balayer la cours et nettoyer les latrines. Au CS **Mukala**, ils proposent de respecter l'ordre d'arrivée, d'ajouter les matériels et les médicaments. Quant au CS **Kamatoma**, ils souhaitent d'améliorer l'accueil, d'ajouter des équipements, de renforcer le stock des médicaments et d'entretenir les latrines. Aussi, au CS **Kitembo**, ils demandent d'affecter d'autres- personnel, d'ajouter les équipements, de renforcer le stock des médicaments.

3.2. Contrevérification dans la DPS KASAÏ CENTRAL

Tableau 6 : Mapping général des écarts entre la vérification/évaluation et la contre vérification dans le Kasai Central

ECP	19,0%					
EUP	2,0%					
ECZ	21,8%	25,8%	46,3%	16,5%	36,5%	29,4%
HGR Quantité	NR	-1,8%	33,0%	NR	NR	15,6%
HGR Qualité	NR	13,5%	11,1%	NR	NR	12,3%
CS Quantité	13,3%	8,7%	21,5%	14,3%	5,3%	12,6%
CS Qualité	19,1%	10,7%	15,5%	11,2%	10,9%	13,5%
Enquêtes communautaires (patients non existants)	0,0%	15,0%	NR	16,7%	10,0%	10,4%
Zone de santé	ZS Mikalayi	ZS Katoka	ZS Luiza	ZS Bunkonde	ZS Masuika	Moyenne

Commentaire :

Toutes les activités prévues pour la contrevérification ont été réalisées dans le Kasai central même si pour les HGR sélectionnés par la CT-AS trois avaient déjà quitté le PMNS pour le projet de l'Union Européenne et par conséquent la contrevérification n'a concerné que les HGR de Luiza et Katoka.

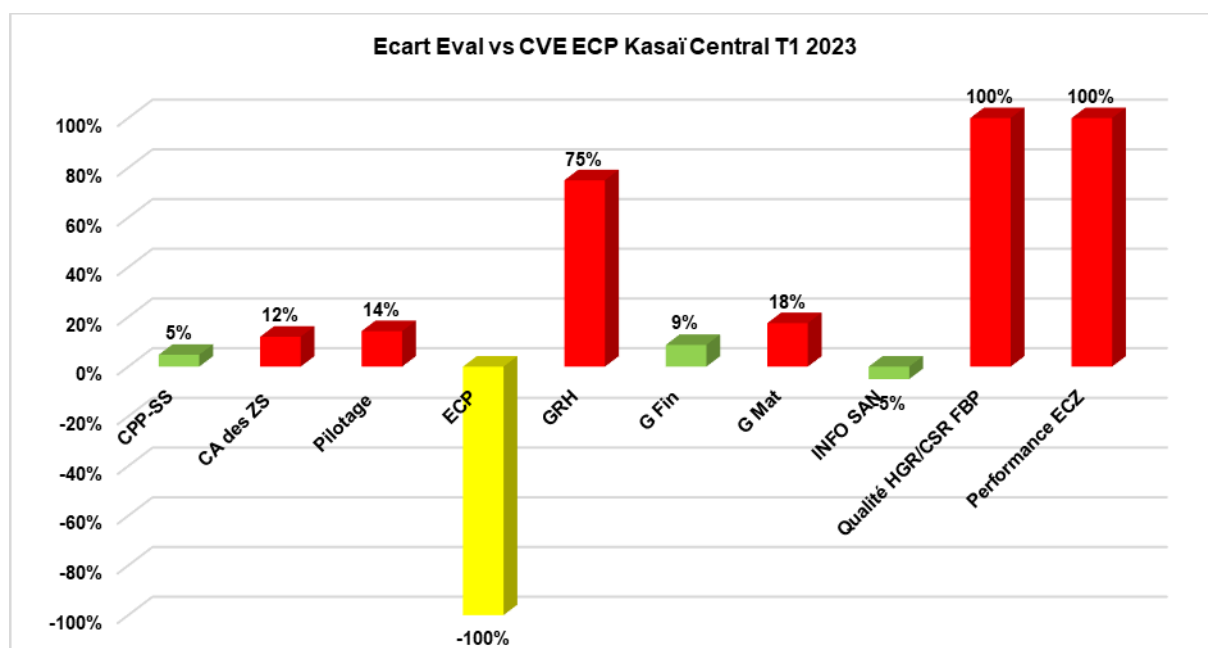
Les principaux résultats obtenus pour les entités contrevérifiées se présentent comme suit :

- **Contre vérification du cadre de performance de l'ECP** : les écarts entre les scores de performance entre l'évaluation et la contrevérification ont évolué à dents de scie passant de 18,8% au T3 2022 à 37,7% au T4 2022 pour finir avec 19% au T1 2023. Dans toutes ces contrevérifications les 15 points accordés pour l'évaluation de HGR et des ECZ sont d'office perdus lors de la contrevérification car ces missions sont toujours réalisées au-delà délai imparti. Les évaluateurs acceptent les explications fournies par la DPS pour la non disponibilité des fonds à temps par l'UG PDSS. A ceci s'ajoute les 13 points prévus pour les missions de supervisions qui ne sont pas accordés par l'ACVE aussi longtemps que les rapports ne contiennent pour tous les aspects exigés, notamment sur la tarification forfaitaire, l'utilisation de l'outil d'indices, le suivi du PM, la gestion des ressources y compris les médicaments et intrants spécifiques. Le rôle des groupes de travail n'est pas très bien maîtrisé par les évaluateurs pour ce qui est de la préparation et du suivi des réunions de CPP ;
- **Contre vérification du cadre de performance de l'EUP** : pour les 2 fois que l'EUP Kasai central a été contrevérifié les écarts sont restés non significatifs passant de 6,5% au T4 2022 à 2% seulement au T1 2022 même si certaines différences s'observent pour certaines prestations, comme la contractualisation où le contrat CS de Mwamba Nzadi (ZS Ndekesha) n'est pas disponible dans le classeur ou encore le fait que la CSE n'ait pas constaté que 29 ne sont pas complètement remplis (adresses email, les numéros de comptes bancaires). Aussi, le cadre de suivi des résultats rendu disponible par l'UG PDSS ne contient pas les indicateurs « consultation curative » et « accouchement assisté » mais bien coté par la CSE ;

- **Contre vérification des cadres de performances des ECZ** : les ECZ ont été contrevérifiés uniquement pour les deux dernières missions avec un écart moyen non significatif de 7,7% au T4 2022 mais qui a remonté jusqu'à 30,9% au T2 2023 pour les 5 ZS sélectionnés. Il est vrai que de manière concrète, aucune évaluation qu'a été effectuée pour le T1 2023 mais les mêmes scores du T4 2021 ont été utilisés pour le T1 2023. L'ACVE ayant effectué la contrevérification en fonction des livrables du T2 2023, étant donné que les évaluations pour cette période venaient d'être réalisées ;
- **Contre vérification quantitative des hôpitaux généraux de référence** : dans les 2 hôpitaux généraux de référence où la contrevérification a été effectuée, c'est à Luiza où l'écart est très significatif pour 5 indicateurs sur les 6 sélectionnés (sauf pour la consultation ambulatoire). Les motifs principaux restent la non disponibilité des dossiers, la prise des mesures anthropométriques chez les enfants de 6 à 59 mois et surtout l'absence de la preuve de formation en SONU pour diriger un accouchement,
- **Contre vérification qualitative des hôpitaux généraux de référence** : l'écart est de 13,5% à l'HGR Katoka et de 11,1% à Luiza. Même si la contrevérification n'a concerné que ces deux HGR, l'écart moyen est tout de même en hausse comparé au T4 2022 où l'écart moyen était de 11,9% contre 12,3% au T1 2022. Les critères de validation ne sont pas appliqués avec toute la rigueur requise par les évaluateurs. Il est aussi étonnant que les prestataires ne soient pas parfaitement informés du contenu de toute la grille qualité. C'est ainsi que la composition correcte des boîtes obstétricales ou des boîtes d'épisiotomie n'est pas effective alors que les matériels existent en quantité suffisante à l'HGR Katoka. Il en est de même pour les kits SAA, le matériel minimum à disposer dans la salle de consultation, dans la salle d'accouchement alors que tout ce matériel est stocké à la pharmacie ;
- **Contre vérification quantitative des centres de santé** : de manière générale les écarts moyens sont très significatifs dans les centres de santé de zone de santé de Masuika (13,3%), Luiza (21,5%) et Bunkonde (14,3%). Dans 3 zones de santé (Katoka, Bunkonde et Masuika) plusieurs cas de consultations externes ne sont pas validés par l'ACVE faute de mesures anthropométriques chez les enfants de 6 à 59 mois ou encore du nom et de la signature du consultant sur la fiche. Dans toutes les 5 zones de santé, des écarts persistent sur les accouchements assistés car les prestataires qui auraient été formés ne disposent d'aucune preuve. Pour la CPSr 0 à 23 mois, le critère sur la réalisation de 3 visites n'a pas été scrupuleusement suivi par l'EUP qui a continué à compter l'enfant pour chaque visite réalisée ;
- **Contre vérification qualitative des centres de santé** : pour toutes les 5 zones de santé les écarts en rapport avec la qualité des prestations des CS sont très significatifs. L'ACVE a l'avantage de coupler par endroit la contrevérification quantitative et qualitative pour constater que certaines prestations qui ne sont pas intégrées dans la FOSA sont tout de même évaluée qualitativement par les ECZ. C'est le cas de la prise en charge de la MAS, mais aussi certains services qui ne sont pas fonctionnels comme le laboratoire ou le service d'observation. Evidemment, il est clair que les évaluateurs restent suffisamment flexibles devant leurs propres FOSA qu'ils sont en même temps censés appuyés dans l'amélioration de la qualité de services offerts à la population ;
- **Contre vérification communautaire** : au Kwilu et au Sud Kivu, tous les malades déclarés existants par les EUP l'ont également été pour l'ACVE. Par contre, au Kasai et au Kasai la proportion des malades non existants diminuent de plus de 10% entre les enquêtes communautaires et la contrevérification. Il en est de même pour les taux de satisfaction des usagers qui diminuent sensiblement dans certaines zone de santé du Kasai et du Kasai central.

3.2.1. Contre vérification du cadre de performance de la DPS Kasai Central

Graphique 21 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance de l'ECP Kasai Central



Commentaires :

Le score de performance accordé par le CPP de 79,5% est réduit à 60,5% par l'ACVE au T1 2023.

En effet, dans les **rapports d'analyse des COGE** des zones de santé, le texte ne ressort pas de manière spécifique les éléments exigés dans le cadre de performance, comme l'accessibilité financière ainsi que la gestion des ressources. Les évaluateurs se contentent de l'existence de ces rapports sans se préoccuper davantage de leurs contenus.

De plus, le rôle des différents **groupes de travail** dans la préparation ou le suivi des CPP n'est pas recherché par les évaluateurs, notamment pour ce qui est des livrables à présenter au secrétariat technique avant la tenue du CPP ou encore la disponibilité du plan de mise en œuvre des recommandations de la dernière réunion du CPP par chaque groupe de travail.

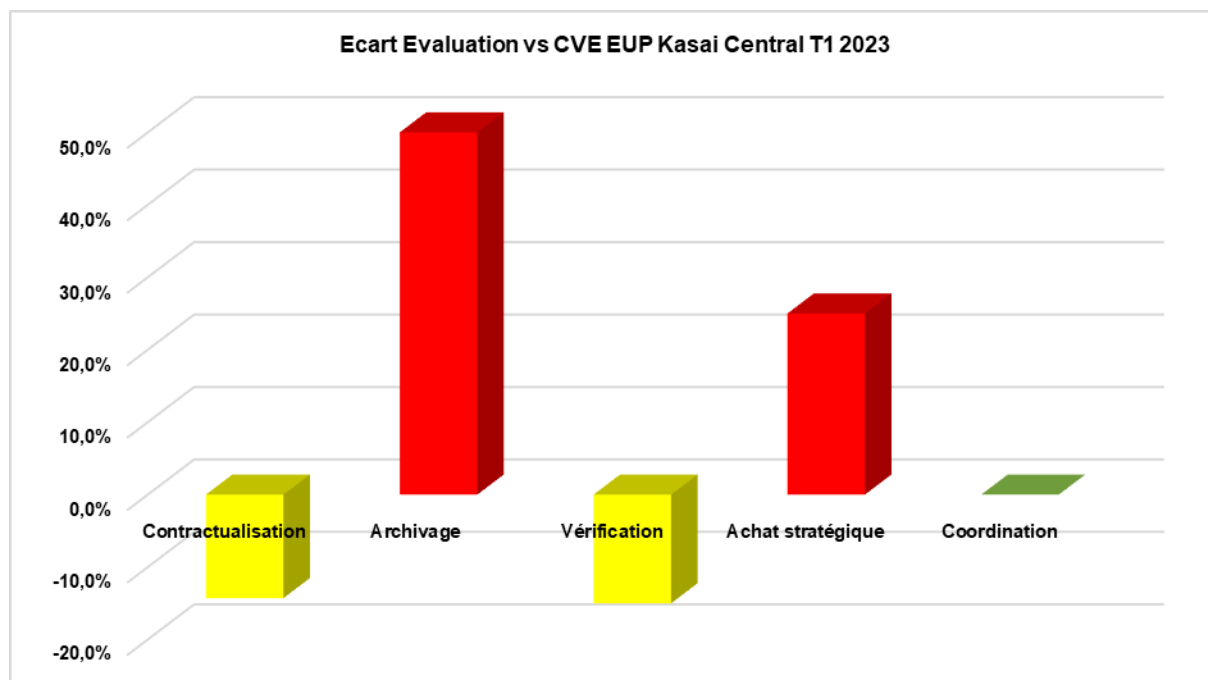
Pour ce qui est de la **gestion des ressources humaines**, les évaluateurs n'ont pas recherché les besoins en formation PBF et le suivi des formés dans le plan de formation ainsi que la tenue à jour de IHhis Manager (application en ligne) qui est en cours de conception.

Mais la plus grande différence concerne les missions d'**évaluation des HGR et ECZ** pour lesquelles les évaluateurs accordent le maximum de 15 points alors que ces missions se sont effectuées du 29 avril au 16 mai 2023 alors qu'elles devraient se réaliser entre le 1^{er} et le 15 mars pour le T1 2023. Le prétexte fondé, accepté par le CPP est que les fonds attendus de l'UG PDSS ne sont pas arrivés à temps. Mais comment affirmer la performance pour cette prestation s'il persiste un dysfonctionnement dans le décaissement des fonds ?

De plus, tous les carnets de bord aussi bien des véhicules que des motos ne sont pas à jour depuis plusieurs mois.

3.2.2. Contre vérification du cadre de performance de l'Agence de Contractualisation et de Vérification (ACV) Kasai Central

Graphique 22 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance de l'EUP Kasai Central



Commentaires :

L'écart n'est que de 2% entre le score de l'évaluation (73%) et celui de la contre vérification (71%).

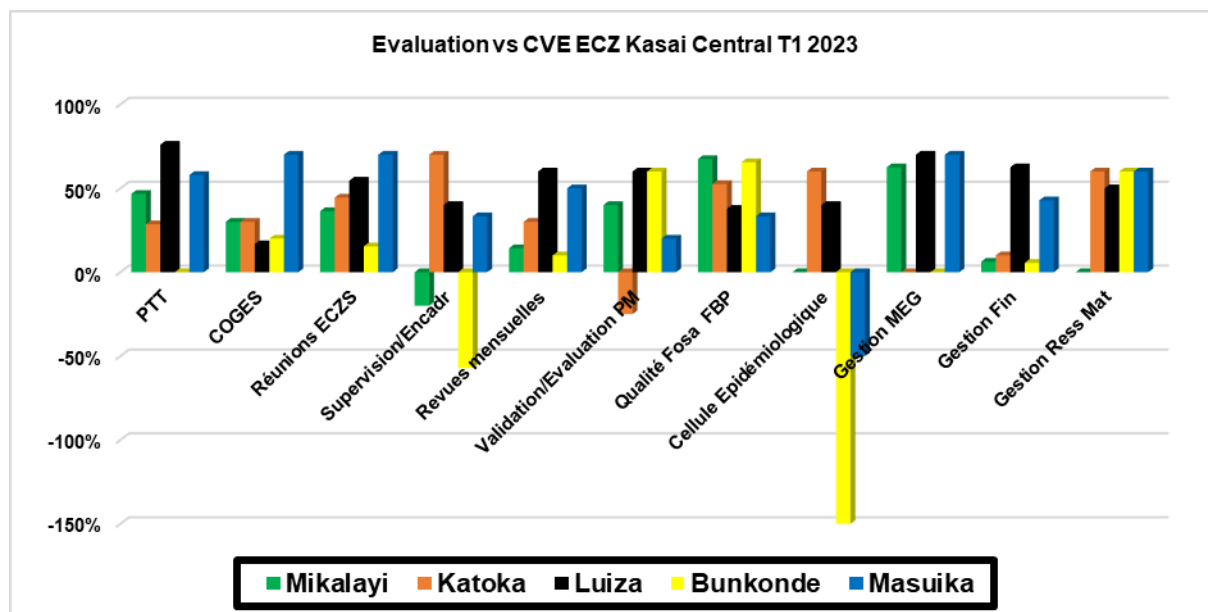
Pour les prestations où la cote de la contre vérification est inférieure à celle de l'évaluation, il est possible que le **contrat** du CS Mwamba Nzadi (ZS Ndekesha) soit égaré après l'évaluation, mais la CSE devrait s'apercevoir que 29 contrat ne sont pas complètement remplis (adresses email, les numéros de comptes bancaires).

De plus, concernant la **gestion de l'achat stratégique**, la descente au même CS Katoka révèle que l'outil d'indices n'est pas correctement appliqué (le personnel interrogé n'est pas informé de son dernier score de performance).

Pour la **gestion des ressources**, le salaire du personnel ne tient pas compte du score de performance. En effet, les subsides n'ont jamais été payés à l'EUP Kasai central mais cela ne change par le critère de cotation de l'indicateur.

3.2.3. Contre vérification du cadre de performance des équipes cadres de zones de santé du Kasai Central

Graphique 23 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance des ECZ Kasai Central



Commentaires :

Au T4 2022, l'écart moyen n'était que de 7,7% entre les scores de l'évaluation et ceux de la contre vérification. Vu que les mêmes scores ont été reconduits au T1 2022 car les évaluations n'ont pas été réalisées, et que les évaluations étaient déjà réalisées pour le T2 2023, l'ACVE a tout de même procédé à la contre vérification du T2 2023, une autre manière de confirmer le maintien des performances acquises par les ECZ pour le trimestre précédent surtout que certaines prestations n'exigent pas des financements importants dans leurs réalisations.

Les constats faits par l'ACVE se présentent de manière suivante pour toutes les cinq zones de santé.

1. Equipe cadre de la zone de santé de Mikalayi :

Le **PTT** ne contient que 71 activités issues du PAO sur les 102 planifiées, soit 69,5% contre les 75% exigés dans le cadre de performance. Parmi ces 102 activités, 30 seulement concernent la NAC et 75 ont été réalisées soit 73,5%.

Les comptes rendus des **réunions du COGE** ne ressortent pas l'utilisation de l'outil d'indices, les inventaires n'y sont pas présentés tout comme la situation des intrants nutritionnels. Si cela était déjà d'application au T4 2022, il n'y a aucune raison que cette habitude soit abandonnée aussi tôt au T1 2023.

Dans les comptes rendus des **réunions hebdomadaires de l'ECZ**, les activités de la semaine précédente ne sont pas évaluées et le suivi des recommandations des activités SRMENEANUT ne sont pas mentionnées dans les réunions du 3 avril, du 17 avril, 24 avril, 05 mai et du 08 mai 2023.

Le tableau de bord pour le suivi des indicateurs phares (CE, CPS, PF moins de 20 ans, CPON, Accouchement assisté) n'est pas tenu à jour.

Pour ce qui est des **plans de management** des CS, seulement 8 FOSA sur 26 sous contrat PBF ont été accompagné par le BCZ dans l'élaboration de leurs PM, les fiches de validation des PM des CS Kambulu 2, Nsanga Bantu et Ndibu Katumba sont sans dates et les PM des CS Bakua, Dikongayi, Kabandu, Kadiata et Kalombayi ne sont pas archivés au BCZ. Il en est de même pour les grilles qualité des CS dont 7 seulement sur 26 sont classées au BCZ.

2. Equipe cadre de la zone de santé de Katoka :

Le taux de réalisation des activités planifiées est globalisant. Il n'est pas possible d'identifier les activités nutritionnelles et NAC programmées.

Dans les comptes rendus des **COGE**, le point sur la PF de moins 20 ans n'est pas développé dans les CR du mois d'avril et de juin 2023. L'analyse de l'accessibilité financière n'est pas comprise par l'ECZ qui explique dans ce point les montants reçus par le BCZ au courant du trimestre. De plus, aucun compte rendu ne développe la gestion des ressources financières de la ZS.

Concernant les **réunions hebdomadaires de l'ECZ**, les activités de la semaine ne sont pas évaluées lors de la réunion du 13 et du 20 juin 2023. Mais aussi les 12 comptes rendus ne ressortent pas es éléments de suivi des recommandations en lien avec les prestations SRMNEA - NUT et NAC.

Dans la préparation des missions de **supervision**, l'analyse des données SNIS n'est pas faite mais surtout l'identification des goulots d'étranglement en lien avec les activités SRMNEA-NUT et NAC n'est pas faite. Ce qui implique leur non prise en compte dans les termes de référence, encore moins dans les différents rapports de supervision. Le centre de santé Mpokolo Etat n'a pas été supervisé au mois de mai 2023.

Les feedbacks des **revues mensuelles** ne sont pas envoyés systématiquement à toutes les FOSA, les grilles qualité des CS Katoka 3, Kele Kele Etat et Katoka 2 ne sont pas signées par toutes les parties prenantes et le BCZ ne dispose que de 343 REH sur un total de 351 attendus.

L'inventaire des **matériels** ne concerne que le BCZ et non toute la ZS et la fiche d'entretien des matériels n'est pas à jour.

3. Equipe cadre de la zone de santé de Luiza :

Les différences sont très significatives pour toutes les 11 prestations entre les cotes accordées par l'ECP et celles de l'ACVE. Dans cette ZS, les évaluateurs ont utilisé une ancienne version de la grille avec des cotes différentes pour certaines prestations. En fin de compte, l'écart est énorme entre le score de l'évaluation et celui de la contrevérification, soit 46,3% (84,8% contre 38,5%).

En effet, pour le **PTT** qui n'est pas validé par le COGE, avec seulement 17 activités sur 39 provenant du PAO, parmi lesquelles 5 sont en lien avec la NAC. Le PTT transmis à la DPS n'a pas d'accusé de réception. Sur les 39 activités planifiées, 26 sont réalisées et 5 activités nutritionnelles n'ont pas été évaluées par le BCZ.

Le BCZ ne comprend pas encore les critères devant se retrouver dans les différents comptes rendus du COGE, des réunions hebdomadaires de l'ECZ mais aussi dans la préparation et l'exécution des supervisions. Il en est de même des éléments de performance devant être mentionnés dans les revues mensuelles.

Sur les 20 fiches d'évaluation des **PM**, celles des CS Mona et Pikambuji manquent, 2 copies des PM ne sont pas signées par l'EUP (CS Katamba et Isama), celle du CSR Mubinza n'est pas signée par le MDH.

Les grilles d'**évaluation de la qualité** des prestations des CS Mubinza et Kaseya ne sont pas archivés au BCZ.

Pour la **gestion des ressources**, le livre de banque n'est pas correctement tenu, les extraits bancaires ne sont pas sollicités par le BCZ. L'état des besoins chiffré et signé pour un montant 78\$ sorti en caisse le 20/09/2023 n'est pas disponible et les états de besoins pour les autres dépenses seraient enfermés dans le bureau de l'AG finances. Les rapports financiers ne sont pas corrects et la fiche d'entretien des matériels n'est pas disponible.

4. Equipe cadre de la zone de santé de Bunkonde :

Dans cette zone de santé, le score de performance est passé de 82% à 65,5% entre l'évaluation et la contrevérification.

Les différences significatives concernent d'abord les **réunions du COGE**, car le compte rendu du mois de juin indique seulement la gestion du véhicule du BCZ qui était en panne. Le point sur l'inventaire du matériel de la zone n'a pas été abordé. Aussi, la gestion des médicaments n'a pas été discutée dans les CR du 06/07 et 07/05/2023 (seulement le point sur les intrants nutritionnels qui a été abordé).

Le niveau de réalisation des recommandations n'a pas atteint 80% à la **réunion hebdomadaire de l'ECZ** du 14/06/2023 (3/4 recommandations réalisées soit 75%).

Les fiches d'**évaluation des PM** existent mais 12/14 n'ont pas de date de l'évaluation ni signature de l'EUP.

Quant à l'**évaluation de la qualité des prestations des CS**, le sceau du BCZ n'est pas apposé sur toutes les grilles et les missions ne sont effectués au-delà du délai du 15 avril 2023 pour le CS Tshikele (21/04/2023), CS Mulumba Muteba (18/04/2023) et le CS Tshibemba (19/04/2023). De plus, les grilles des CS Kankulu et Tshingana n'ont pas de date de l'évaluation.

La fiche d'entretien des **matériels** n'existe pas. 2 carnets de bords sont disponibles et à jour sur 17 motos existantes (11 motos hors usages). Les autres carnets seraient avec les utilisateurs.

5. Equipe cadre de la zone de santé de Masuika :

Le score de performance dans cette zone est passé à un peu plus que la moitié à la contrevérification, soit de 84,5% à 48,0%. L'unique prestation où l'ACVE a accordé 1,5 points contre 0 à l'évaluation concerne la tenue des réunions de la cellule épidémiologique, car tous les 12 rapports sont disponibles avec 81% de recommandations exécutés.

Pour toutes les autres prestations, la cote de l'ACVE est inférieure à celle de l'ECP.

Dans le **PTT**, 12 activités sur 34 (35,2%) sont tirées du PAO dont 8 concernent la NAC. 7 activités sur 34 sont réalisées et une seule réalisée en rapport avec la NAC.

Les comptes rendus des **COGES** ne tiennent pas compte de tous les critères de performance. Ceux des réunions hebdomadaires n'évaluent les activités de la semaine précédente que pour 3 réunions sur 12. La restitution des missions de supervisions n'est évoquée que dans 2 comptes rendus, aucun CR ne ressort les éléments de suivi de la mise en œuvre du plan de travail du BCZ et les taux d'exécution des recommandations n'ont pas atteint les 80% exigés pour les réunions du 15 mai, 31 mai, 5 juin, 19 juin et 29 juin 2023.

La préparation des **supervisions** ne tient pas compte de l'analyse des données qualité des FOSA, ni celle de la performance de l'ECZ, encore moins de l'identification des goulots d'étranglements en lien avec les activités SRMNEA- NUT et NAC.

Quant aux **revues mensuelles**, les feedbacks attendus par les FOSA ne sont pas archivés et le tableau de bord des indicateurs phares n'est tenu à jour.

Les rapports d'accompagnement des FOSA dans l'élaboration de leurs **PM** ne concernent que 21 FOSA sur les 27 contractées.

Les termes de référence pour l'évaluation de la qualité des CS n'existent pas, seulement 16 ordres de mission sur 25 sont disponibles et la liste des évaluateurs certifiés par la DPS n'est pas archivée. De plus, 7 grilles ne portent pas de date de l'évaluation (CS Kapasi, Mutengenyi, Ulamba, Tulume, Musefu, Kalala et Mata).

Aucun de 92 **REH** n'est classé au BCZ.

Le tableau de suivi du **capital MEG** n'est pas à jour et celui de consolidation de données de consommation des MEG n'existe pas.

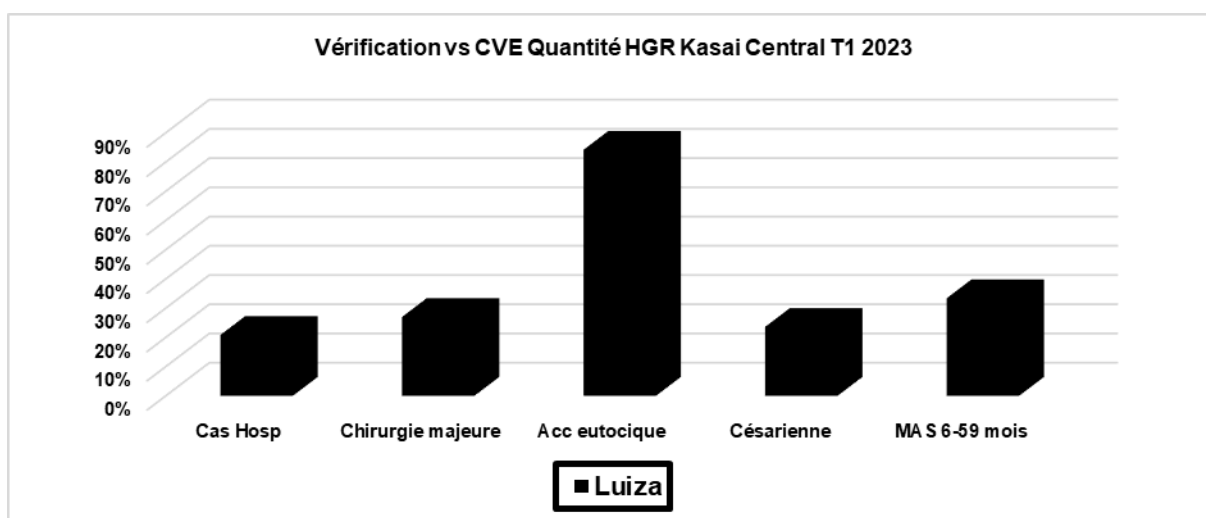
Le livre de banque se limite au mois de décembre 2022 et les extraits bancaires concernent le mois de décembre 2022. Plusieurs dépenses sont exécutées sans état de besoin, le rapprochement bancaire n'est pas effectué, le fichier de suivi des dettes et créances n'est pas tenu.

La fiche d'entretien des **matériels** n'existe pas et le carnet de bord du véhicule n'est pas à jour (tenu jusqu'au 5 juin 2023), tout comme ceux de 3 motos sur 4 tenus jusqu'au 13 avril 2023.

3.2.4. Résultats de la contre vérification des hôpitaux généraux de référence du Kasai Central

3.2.4.1. Contre vérification quantitative

Graphique 24 : Résultats de la contre vérification quantitative des HGR du Kasai Central



Commentaires :

Pour les deux HGR concernés par la contre vérification externe, c'est à l'HGR Luiza où la moyenne des écarts est très significative entre les quantités validées par l'EUP et celles certifiées par l'ACVE.

Pour les 6 indicateurs sélectionnés, 5 sont concernés par des différences très significatives.

Concernant les **cas d'hospitalisation/admission au-delà de 72h sortis au cours de la période sous revue (exclu les admissions UNTI)**, sur le total 398 malades, 342 dossiers disponibles mais 98 cas ne sont pas considérés parce que 42 dossiers ne mentionnent pas le poids, la taille et le PB (19 pour les enfants de 6 à 59 mois en pédiatrie et 23 femmes enceintes en gynéco-obstétrique), 38 dossiers n'ont pas la date de sortie (soit sur la fiche de l'ordre ou sur la fiche de suivi clinique médecin), 8 fiches d'hospitalisation n'ont pas la date d'admission et 10 cas ont passé moins de 72 heures.

Pour ce qui est de la **chirurgie majeure**, sur les 106 cas notifiés au bloc opératoire et disposant des dossiers, l'ACVE n'a pas accepté 30 cas parce que 23 ne se retrouvent pas dans le registre d'hospitalisation en chirurgie mais leurs dossiers sont classés et 7 protocoles opératoires ne mentionnent pas le nom ou le type d'anesthésie utilisés.

Quant à l'**accouchement eutocique en milieu hospitalier**, 75 cas avec partogrammes archivés sont comptabilisés. Bien que 2 accoucheuses A1 et 3 médecins soient formés en SONU, l'ACVE n'a pas accepté 65 cas, car 64 accouchements la prestation a été effectuée par les accoucheuses non formés en SONU et 1 partogramme ne renseigne pas le nom du prestataire.

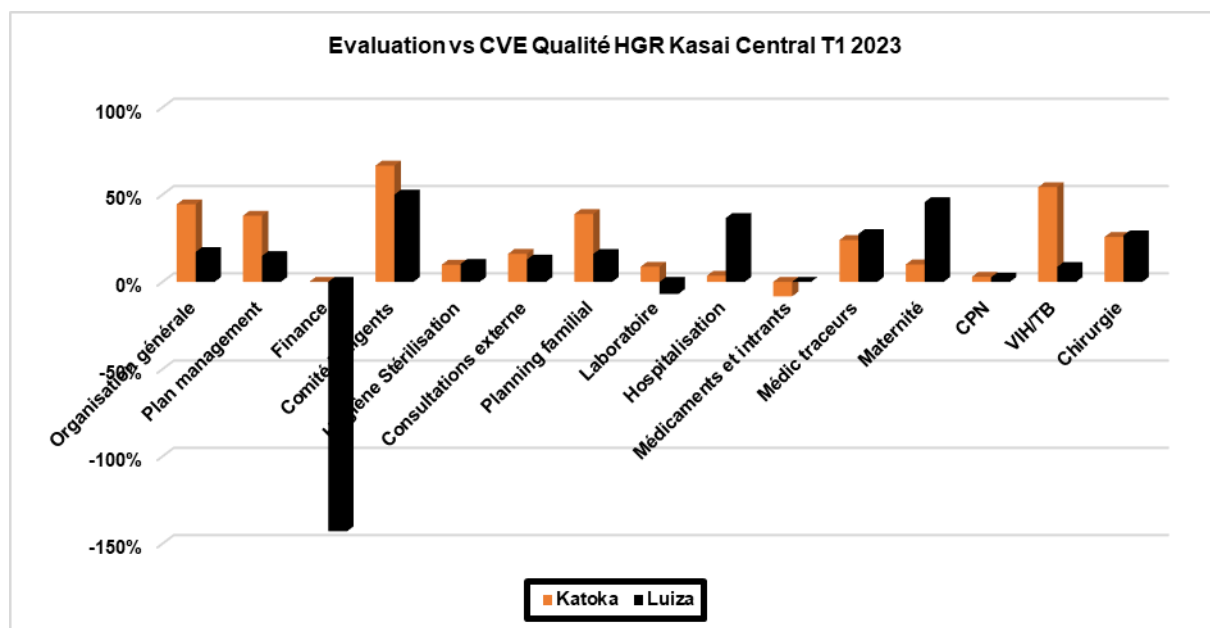
Sur les 19 cas **césariennes** inscrites dans le registre du bloc opératoire et dans celui d'hospitalisation 6 sont invalidées par l'ACVE, dont 2 dossiers non retrouvés et 4 cas parce qu'un protocole opératoire

n'a pas mentionné la date de l'intervention et trois autres manquent le nom et la signature du médecin chirurgien (mention P.O par l'infirmier sur ces protocoles).

Pour les 14 **cas de MAS de 6 à 59 mois avec complications médicales pris en chargé à l'HGR**, 6 sont invalidés par l'ACVE parce que 4 cas ne correspondant pas à l'âge de 6 à 59 mois, tandis que 2 autres dont 1 fiche de consultation ne renseigne pas sur la date de sortie et 1 cas enregistré mais la fiche UNTI non retrouvée.

3.2.4.2. Contre vérification qualitative

Graphique 25 : Résultats de la contre vérification qualitative des HGR du Kasai Central



Commentaires :

Les écarts entre les scores qualité dans les deux HGR de Katoka et Luiza, sont respectivement de 14% et 11%.

1. Hôpital général de référence de Katoka :

Si tous les prestataires étaient suffisamment informés du contenu de la grille de performance ainsi que des indicateurs et critères de validation pour chaque service, il est évident que, non seulement le score de performance serait élevé mais surtout l'écart entre l'évaluation et la contre vérification serait moindre.

Aussi, le choix aléatoire d'un des comptes rendus du comité de direction a fait que la cote attribuée par les évaluateurs soit annulée, car le CR sélectionné par l'ACVE pour la réunion du 18 mai 2023 manque la signature du Président de la séance. L'horaire du mois de septembre (à jour) n'est pas affiché dans la salle d'attente. De plus, au moment de la contre vérification, les carnets de bords de 2 ambulances n'étaient pas à jour et ces ambulances n'ont pas de fiche d'entretien.

La contre vérification du **plan de management** ne pouvait être réalisée faute de la grille de vérification ainsi que de la fiche d'évaluation du PM du trimestre précédent à l'HGR.

Pour ce qui est du **comité des indigents**, leur liste n'est pas élaborée pour le T2 2023 et aucun rapport financier ne mentionne l'utilisation des services par les indigents au sein de l'HGR.

A la **consultation externe**, le savon n'est pas permanent sur le dispositif de lavage des mains, le tarif n'est pas affiché à la salle d'attente, le matelas de la salle de consultation n'est pas couvert d'un tissu. Les intrants nutritionnels ne sont pas en quantité suffisante (Resomal ; quantité en stock inférieure à la

CMM). Le stéthoscope, le thermomètre, l'otoscope ou encore la balance se trouvent uniquement dans la salle de triage ou dans une autre salle de consultation.

Les **médicaments traceurs** ne sont plus en quantités suffisantes comme au moment de l'évaluation. Les activités de counseling sur le VIH sont menées par un personnel non formé en la matière (Infirmière A1 en Nutrition) et la personne attachée au malade tuberculeux n'est mentionnée sur aucune des fiches sélectionnées.

Au service de **chirurgie**, le registre de la stérilisation n'est pas correctement rempli et n'est pas à jour. Toutes les interventions chirurgicales (septiques et aseptiques) se font dans la même salle (en attendant la finalisation de la construction du nouveau bloc opératoire). Dans la salle d'opération, il n'y a que 2,5 litres de Ringer Lactate au moment de la contrevérification et la personne qui s'occupe de l'anesthésie n'est pas qualifiée et ne dispose que de 2 ampoules de rachianesthésie, 1 flacon d'anesthésie locale et 4 flacons d'anesthésie générale.

2. Hôpital général de référence de Luiza :

L'écart se situe légèrement au-dessus de la limite du seuil acceptable de 10% entre l'évaluation et la contrevérification pour certaines différences constatées par l'ACVE comparées aux constats des évaluateurs.

Dans l'**organisation générale**, les rapports SNIS ne sont pas classés dans le placard et le téléphone ne dispose pas de crédit d'appel. Le plan de management ne mentionne pas les informations en rapport avec le financement pour les soins des indigents et le coût de traitement des indigents ne ressort dans aucun rapport du comité pour indigents.

Pour ce qui est de l'**hygiène et stérilisation**, les poubelles manquent dans la cour et les douches ne sont pas réparties pas sexe.

Quant à la **consultation externe**, le tarif est affiché uniquement en français, le personnel consulte en babouche. Les cas de paludisme grave sont pris en charge sans confirmation microscopique, tous les cas de diarrhée ne sont pas classifiés en termes de degré de déshydratation.

Pour la **planification familiale**, la différence réside sur le fait que le prestataire ne dispose d'aucune preuve sur sa formation, mais aussi, l'HGR ne dispose pas d'un stock suffisant de tous les contraceptifs au moment de la contrevérification.

Au **service d'hospitalisation**, les draps utilisés n'appartiennent pas à l'hôpital, les moustiquaires ne sont pas installées sur les lits et il n'y a pas de table de nuit à côté de chaque lit.

Plusieurs molécules des **médicaments traceurs** ont connu des ruptures de stock après l'évaluation.

A la **maternité**, il n'y a pas de paravent entre la table d'accouchement et la porte de la salle d'accouchement, le bac en plastique n'a pas de couvercle. L'HGR ne dispose que d'une table d'accouchement avec deux pose pieds. La deuxième table n'en dispose pas. Le contenu des boîtes obstétricales n'est pas conforme à la norme (absence de 4 pinces hémostatiques longues). Le protocole de réanimation du nouveau-né n'est pas affiché et les accouchements sont dirigés par un personnel de niveau A3 et non formé en SONU pour tous les cas sélectionnés.

Au **service de chirurgie**, la table de la salle d'opération est amovible et ne dispose pas de menottes des membres. Le personnel qui pratique l'anesthésie n'est pas qualifié et les checks List pré opératoires ne sont pas élaborés pour toutes les interventions programmées.

3.2.5. Résultats de la contre vérification des centres de santé du Kasai Central

Les résultats quantitatifs contre vérifiés dans la province du Kasai-Central donnent une moyenne de 11,2%. 2/5 ZS ont des moyennes d'écarts de plus de 10% qui se présentent de la manière suivante : Mikalayi 4,2%, Masuika 5,3%, Katoka 8,7%, Bunkonde 14,3%, et Lwiza 23,6%. Notons que la CTAS a

sélectionné pour cette mission 7 CS qui ont intégré le projet au mois de janvier 2023. Les écarts sont expliqués par zone et par structure concernée.

1. Zone de santé de Mikalayi

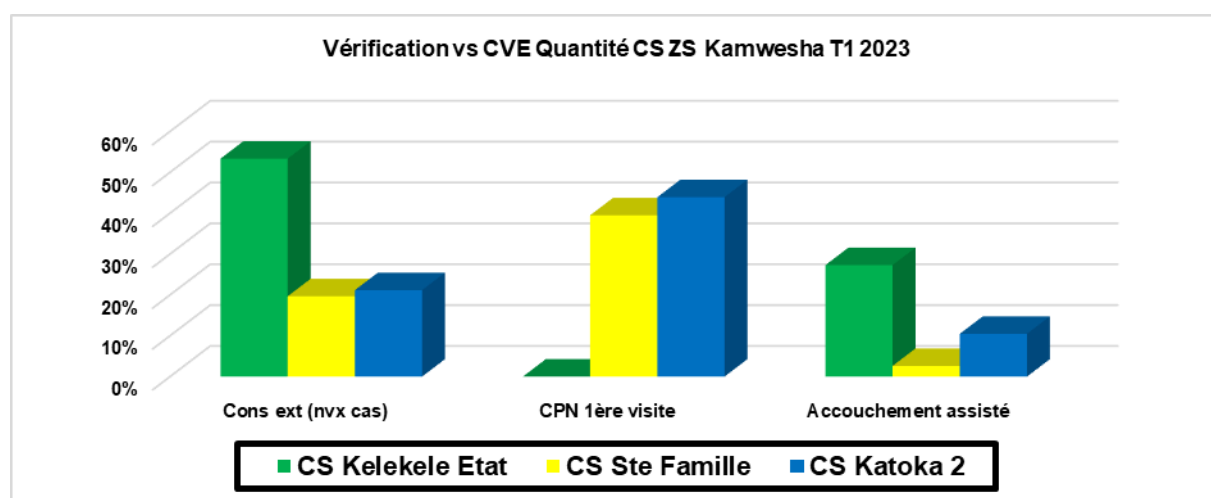
Dans cette ZS, seul le **Centre de Santé Mfukumba** présente un écart quantité de 11% sur deux indicateurs « **accouchement et cas MAS** » pour les causes suivantes.

Pour les cas **MAS** dans cette structure, l'ACVE n'a vu aucun outil de gestion des données et les prestataires ont attesté n'avoir pas reçu d'intrants nutritionnels le trimestre évalué.

Néanmoins, tous les 39 **accouchements** enregistrés ont été contre vérifiés contre 31 validés par l'EUP car dirigés par un personnel qualifié et formé en SONU, avec partogrammes bien renseignés.

2. Zone de santé de Katoka

Graphique 26 : Résultats de la contre vérification quantitative des CS de la ZS de Katoka



Commentaires :

Cette zone a une moyenne de score de 9%, 3/5 CS présentent des écarts quantité significatifs (Sainte Famille 11%, Katoka2 13%, et Kelekele Etat 13%). Trois indicateurs sont responsables des écarts dans ces structures : « **la consultation externe, la CPN 1 et l'accouchement assisté** » pour les raisons suivantes :

2.1. Centre de santé Kelekele Etat :

Cette structure a réalisé 266 cas de **consultations externes** parmi lesquels l'EUP en a validé 12 et l'ACVE a contre vérifié 7 cas. 259 cas non certifiés : 91 cas pour absence des paramètres anthropométriques sur les fiches des 64 enfants de 6-59mois, 17FEFA , et 10 adolescentes de moins de 20 ans. 29 cas disposent des fiches sans indication du nom et signature du consultant et 139 cas ne disposent pas de fiches. Tandis que pour les **accouchements assistés**, 16/33 sont certifiés contre 17 validés par l'EUP. L'ACVE a rejetés 17 accouchements dont 3 dirigés par un personnel non formé en SONU, 3 avec partogrammes incomplètement renseignés sur la dilatation et 11 partogrammes non retrouvés.

2.2. Centre de santé Ste Famille :

2/6 indicateurs ont des écarts significatifs dans cette structure pour les raisons suivantes :

L'ACVE a contre vérifié 421 cas de **consultation externe** sur 618 cas inscrits dans le registre contre 524 cas de l'EUP. 197 cas non certifiés dont 22 enfants de 6-59 mois avec des fiches sans paramètres

anthropométriques et 3 femmes enceintes. De plus, 22 cas ont des fiches sans mention du nom et signature du consultant, 107 cas de MAS et 16 cas de MAM sans notion de complications et 27 cas sont des indigents. Sur la **CPN1**, 23/47 cas sont certifiés contre 38 cas de la vérification, 23 cas ont été invalidés pour absence de preuve d'administration des interventions spécifiques (TPI).

2.3. Centre de santé Katoka 2 :

La moitié des indicateurs contre vérifiés sont affectés par les écarts dans cette structure entre autres « **la consultation externe, la CPN1 et l'accouchement** » pour les raisons suivantes :

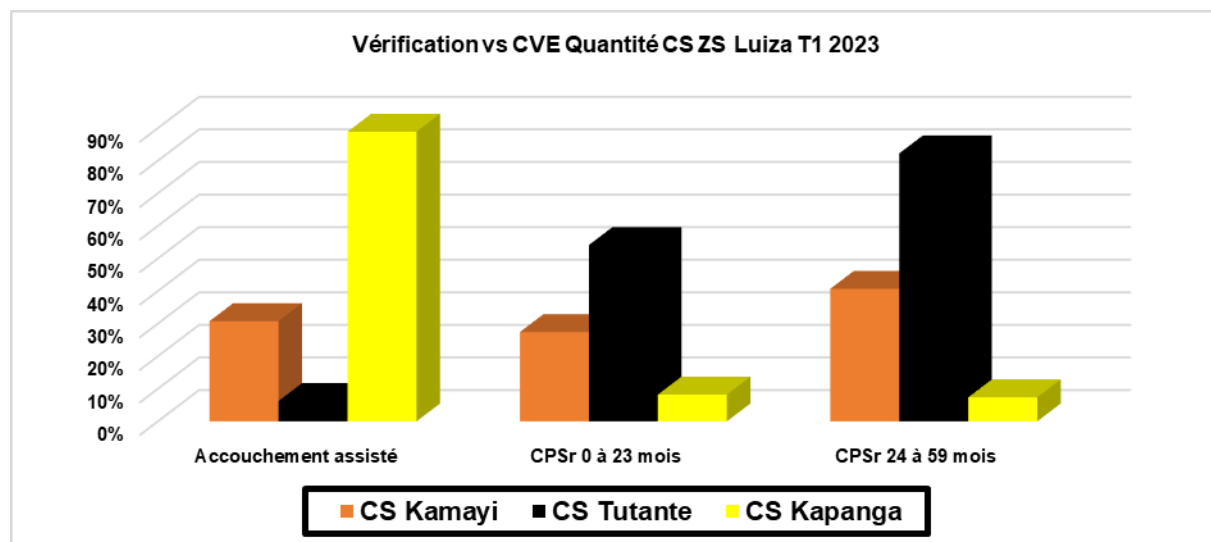
Sur 475 cas de **consultation externe** enregistrés le trimestre, 328 cas ont été certifiés par l'ACVE contre 416 cas de l'EUP. Au total 147 cas ne sont pas pris en compte pour causes : 56 cas ont des fiches qui ne mentionnent pas les paramètres anthropométriques (32 enfants de 6-59 mois, 16 femmes enceintes et 8 adolescentes), 37 cas disposant des fiches sans nom ni signature du consultant, 13 indigents, 3 cas de MAM/MAS et 18 cas sans fiches.

Dans cette structure, l'ACVE a contre vérifié 23/30 cas de **CPN1** enregistrés, quand l'EUP a validé 41 cas. Il est possible qu'il soit une erreur de comptage du vérificateur car le registre renseigne beaucoup de cas de CPN 1 ayant consulté dans l'intervalle de 17 à 20 semaines d'aménorrhée. Les 7 cas invalidés n'ont pas de preuves d'administration des interventions spécifiques (TPI).

La vérification a validé tous les 86 **accouchements** enregistrés contrairement à l'ACVE qui en a certifié 77. Des 9 accouchements invalidés, 1 a été dirigé par un personnel non formé en SONU, 6 avec partogrammes incomplètement renseignés (sur les BCF et heure d'arrivée au CS) et 2 partogrammes non retrouvés.

3. Zone de santé de Luiza

Graphique 27 : Résultats de la contre vérification quantitative des CS de la ZS de Luiza



Commentaires :

Les moyennes des écarts entre les quantités validées par l'EUP et celles confirmées par l'ACVE sont très significatives pour 3/5 CS sélectionnés.

3.1. Centre de santé Kamayi :

Au total 53 cas d'**accouchement eutocique** notifiés dans le registre ,17 invalidés parce que sont dirigés par un personnel non formé 5, en SONU.

Concernant la **CPS redynamisée enfants de 0 à 23 mois**, l'ACVE a compté 497 cas inscrits dans le registre CPS alors que 366 fiches disponibles. 202/366 cas invalidés, car 109 fiches n'ont pas le PB renseigné, 93 enfants de 0 à 23 mois n'ont pas atteint les 3 visites CPS au cours du trimestre. Toutefois, l'ACVE n'a pas vu les 131 fiches. De même, pour la **CPS redynamisée enfants de 24 à 59 mois**. 288 cas retrouvés dans le registre dont 216 fiches disponibles. 98/216 cas rejetés par l'ACVE car ces fiches CPS ne notifient pas le PB et la taille. De plus, l'ACVE n'a pas vu les 73 cartes ou coupons au CS.

Dans ce centre de santé, sur 19 cas **enfant MAS 6-59 mois pris en charge au CS et récupérée** inscrits dans le registre de l'UNTA, tous sont rejetés par l'ACVE parce que la prestation a été faite par un infirmier non formé en PCIMA.

3.2. Centre de santé Tutante :

L'ACVE a invalidé 213/541 cas de **consultation externe (nvx cas)**, inscrits dans le registre durant le trimestre sous revue car 89 fiches de malades ne mentionnent pas le nom et la signature du consultant. De plus, 87 fiches des enfants de 6 à 59 mois ne renseignent pas le PB, le poids et la taille. De même, 17 fiches d'adolescents et 20 fiches de femmes enceintes ne notifient pas aussi les mesures anthropométriques.

En plus, pour la **CPS redynamisée enfants de 0 à 23 mois**, l'ACVE a vu 885 cas inscrits dans le registre CPS pour 138 fiches disponibles. 75/138 cas invalidés, car 59 fiches n'ont pas le PB, ni la taille et 16 enfants n'ont pas effectué les 3 visites CPS au cours du trimestre. Par contre, l'ACVE n'a pas retrouvé les 747 fiches. Dans ce CS, 209 cas enregistrés pour la **CPS redynamisée enfants de 24 à 59 mois**, 33/44 fiches retrouvées sont invalidées, car le PB n'est pas renseigné et 165 fiches ne sont pas disponibles.

Concernant, les **enfants MAS 6-59 mois pris en charge au CS et récupérés**, 26 cas sont inscrits en UNTA alors que seulement 21 fiches sont disponibles. Ainsi, 3/21 cas sont rejetés par l'ACVE car les critères d'admission (le PB à 125, la taille non prise, le P/T non calculé et aucun œdème bilatéral) ne sont pas respectés. De même, 5 fiches UNTA ne sont pas retrouvées.

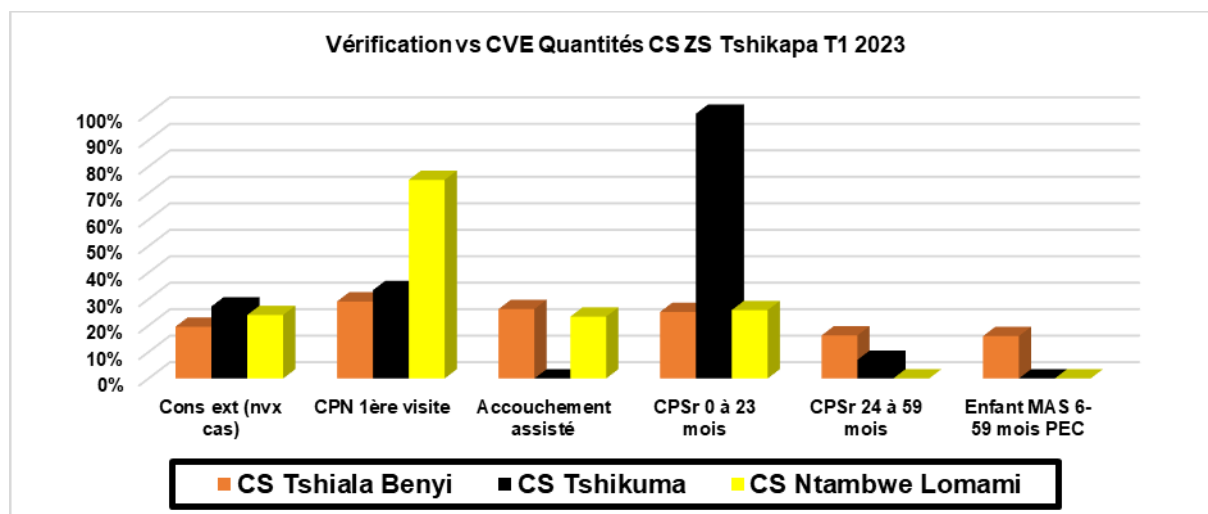
3.3. Centre de santé Kapanga :

Sur les cas d'**accouchements assistés** 29 sont sans partogrammes et 18 sont rejetés par l'ACVE parce qu'ils sont dirigés par un personnel sans preuve de formation en SONU (14) puis d'autres partogrammes (4) ne renseignant pas sur l'administration de l'ocytocine alors que l'EUP en a validé 27 pour 10 cas de l'ACVE

Concernant ce CS, 22/27 cas **enfant MAS 6-59 mois pris en charge** sont rejetés dont 18 cas sont pris en charge par un personnel non formé en PCIMA. Alors que les autres (4) ne notifient pas le PB, la taille, le poids, les œdèmes, le P/T sur la fiche UNTA.

4. Zone de santé de Bunkonde

Graphique 28 : Résultats de la contre vérification quantitative des CS de la ZS de Bunkonde



Commentaires :

Dans cette ZS la moyenne des écarts quantité est de 14%, 3/5 CS ont des écarts significatifs entre la vérification et la contre vérification (Tshiala Benyi 28%, Tshikuma 28% et Ntambwe Lomami 25%). Les écarts se justifient par :

4.1. Centre de santé Tshiala Benyi :

Tous les 6 indicateurs contre vérifiés présentent des écarts dans cette structure.

Pour la **consultation externe**, 255/870 cas enregistrés sont contre vérifiés contre 317 cas de l'EUP. 645 cas sont rejetés parmi eux, 150 cas pour absence de renseignements sur les paramètres anthropométriques (92 enfants de 6-59 mois, 41 FEFA et 17 adolescentes), 144 fiches tracées à la main et remplies sans tenir compte des normes de remplissage (absence des signes vitaux, de l'histoire de la maladie, des antécédents et l'examen physique) cfr critère N°4 de la fiche référentielle et 351 fiches non retrouvées.

Concernant la **CPN 1ère visite**, 39/115 cas enregistrés sont certifiés par l'ACVE contre 55 cas validés par l'EUP. 76 cas non certifiés dont 5 cas des femmes qui n'ont pas reçu les interventions spécifiques, 34 cas ont consulté au-delà de 16 semaines d'aménorrhée et 23 fiches non retrouvées. Dans cette structure, sur 86 **accouchements** inscrits dans le registre, 62 sont contre vérifiés contre 84 validés par le vérificateur. 24 cas non pris en compte car les partogrammes (4) indiquent l'évaluation de la dilatation 2h avant l'arrivée de la femme au CS (ex : heure de l'examen 6h, heure d'arrivée au CS 8h le même jour) et 20 partogrammes non retrouvés.

De ce qui est de la **CPS redynamisée enfants de 0 à 23 mois**, seulement 170 /897cas enregistrés sont certifiés quand l'EUP en a validé 227cas. Les 727cas invalidés sont des enfants de 6-23mois qui n'ont pas reçu les interventions spécifiques et /ou ont réalisé une seule visite le trimestre. De même, pour **la CPS redynamisée enfants de 24 à 59 mois**, l'EUP a validé 117/162 cas enregistrés et 98 cas contre vérifiés par l'ACVE. 64 cas invalidés pour absence d'administration des interventions spécifiques (Vit A et Mébendazole) et les fiches ne renseignent pas la taille des enfants. Aussi, pour les cas **MAS 6-59 mois pris en charge au CS et récupéré**, 21/28 cas sont contre vérifiés contre 25 cas de l'EUP, 7cas rejetés pour absence de fiches de suivi individuel.

4.2. Centre de santé Tshikuma :

3/5 prestations dans cette structure ont des écarts quantités élevés pour les raisons suivants :

Sur les 890 cas de **consultation** enregistrés, 471 sont certifiés contre 647 cas validés par le vérificateur. 419 cas invalidés dont 146 cas qui ont des fiches sans indications des paramètres anthropométriques (76 enfants de 6-59mois, 16 adolescentes et 54 femmes enceinte et adolescentes), 28 fiches ne sont pas remplies conformément aux normes (absence des signes vitaux, histoire de la maladie et antécédents, Cfr. Critère N°4 de C-Ext.) et 245 fiches non retrouvées.

De la **CPN 1ère visite** dans cette structure, 6/111 cas contre vérifiés contre 9 cas validés par la vérification. 105 cas non pris en compte dont 40 cas sans renseignement sur la DDR (absence des fiches) et 65 cas ont consulté dans l'intervalle de 17-20 semaines d'aménorrhées. Quant à la **CPS redynamisée enfants de 0 à 23 mois**, l'ACVE n'a certifié aucun cas sur 406 enregistrés alors que l'EUP en validé 7, car tous n'ont réalisé qu'une seule visite le trimestre et aucune preuve d'administration des interventions spécifiques chez les enfants de 6-23 mois.

4.3. Centre de santé Ntambwe Lomami :

Cette structure a 4/6 indicateurs avec des écarts significatifs qui s'expliquent ci-dessous :

Pour la **consultation externe**, l'ACVE a contre vérifié 374/588 cas contre 492 cas validés par le vérificateur. 124 cas n'ont pas été validés car 68 disposent des fiches sans paramètres anthropométriques (37 des enfants de 6-59 mois, 25 pour les FEFA et 6 des adolescentes). De plus, 23 cas disposant des fiches sans nom et signature du prestataire et 215 cas sans fiche de consultation. Alors que l'EUP a validé 4 cas de **CPN 1ère visite**, la contre vérification n'a retenu que 1/108 cas enregistrés car 15 ne disposent pas de fiches et 92 cas ont consulté au-delà de 16 semaines dans l'intervalle de 17 à 20 semaines.

Dans ce CS, 23/52 **accouchements** ont été contrevérifié contre 32 pour l'EUP. Parmi les 29 accouchements invalidés, 6 partogrammes n'indiquent pas le nom du responsable de l'accouchement, 2 accouchements réalisés par un infirmier en stage, 20 partogrammes incomplètement renseignés sur l'un ou l'autre de ces éléments (suivi du BCF, dilatation, antécédents, nom de l'examineur, évaluation APGAR du Nné, preuve de mise au sein du Nné...) et 1 partogramme non vu. Et pour le cas de **CPS redynamisée enfants de 0 à 23 mois**, 46/68 cas sont certifiés contre 62 cas de l'EUP. 22 cas n'ont pas été pris en compte pour absence de preuve d'administration des interventions spécifiques (Vit A et Mébendazole).

5. Zone de santé de Masuika

Les moyennes des écarts entre les quantités validées par l'EUP et celles confirmées par l'ACVE sont significatifs pour le **Centre de santé Malendji**.

Pour ce CS, 2 indicateurs ont occasionnés cet écart de 14%. Il s'agit de la **consultation externe (nvx cas)** et **accouchement assisté** pour les raisons suivantes :

Sur la **consultation externe**, l'ACVE a compté 405 cas inscrits dans le registre, pour 337 fiches rendues disponibles. Ainsi, 52 cas sont invalidés, car il n'y a pas de mesures anthropométriques pour les enfants de 6 à 59 mois, mais aussi, 66 fiches n'ont pas été retrouvées.

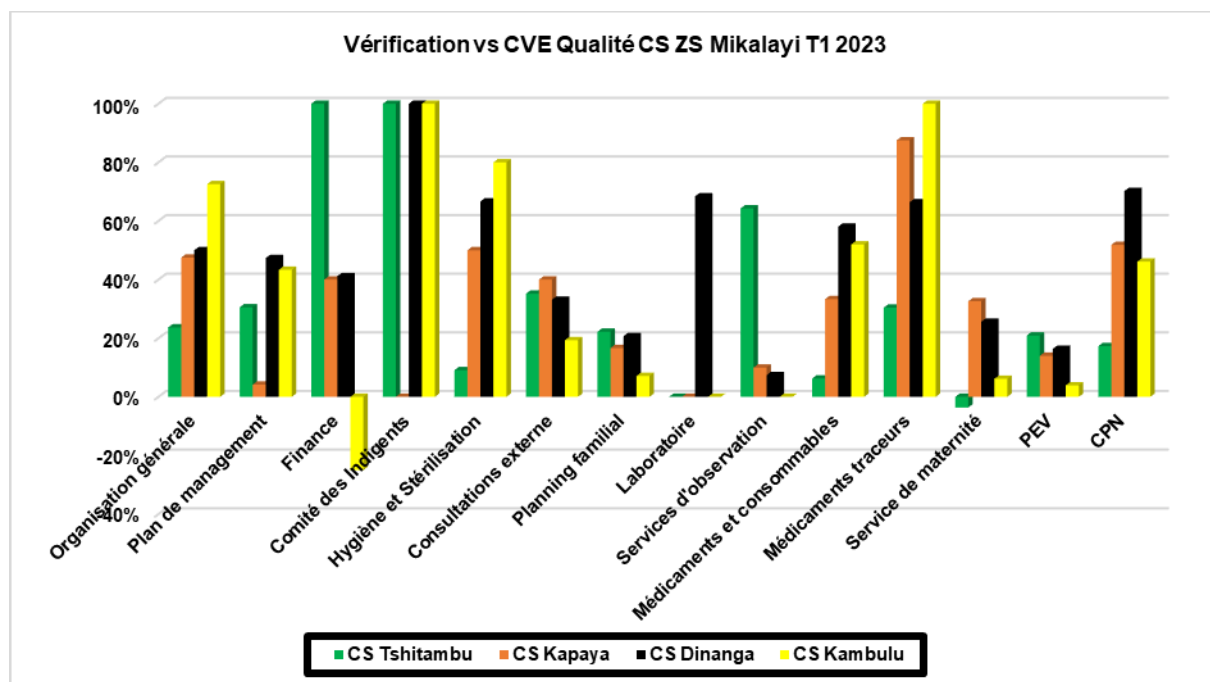
De même, pour l'**accouchement assisté**, 17/38 accouchements rejetés par l'ACVE car sont dirigés par un infirmier non formé en SONU.

3.2.5.1. Contre vérification qualitative

Dans l'ensemble, le score moyen de la qualité dans la province est de 13,5%. Toutes les zones visitées ont chacune un score moyen au-delà du seuil de 10% (Katoka 10,7%, Masuika 10,9%, Bunkonde 11,2%, Luiza 15,4% et Mikalayi 19,1%). La quasi-totalité des domaines est affectée par des écarts dont les causes sont expliquées dans la suite.

1. Zone de santé de Mikalayi

Graphique 29 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Mikalayi



Commentaires :

Dans cette zone, 4/5 CS sont affectés par des écarts qualités entre l'évaluation et la contre vérification pour les causes suivantes :

1.1. Centre de santé Tshitambu :

11/15 domaines contre vérifiés dans cette structure ont des écarts de scores pour causes suivantes :

Sur le domaine de l'**organisation générale**, la carte sanitaire de l'aire de santé est détachée et gardée sur la table de l'IT. Les CR de certaines réunions tenues (du Personnel et de CODESA) ne sont pas classés, ainsi que les rapports financiers du trimestre évalué. La structure étant nouvellement contractée, elle ne dispose ni de grille d'évaluation du PM, ni de grille de la vérification quantité du trimestre passé, encore moins le rapport de la vérification communautaire. De plus, aucune réunion préparatoire, ni d'élaboration du PM tenue. Ce PM élaboré n'intègre ni liste de prestataires formels/informels de l'AS ni le tarif en vigueur dans la structure.

Dans cette structure, les 3 rapports **financiers** du trimestre évalué n'ont pas été rendus disponible et l'outil d'indices n'est pas encore en application, car jusque-là non maîtrisé par les prestataires, ce qui a annulé les 17 points accordés par l'évaluateur. Il en est de même pour le **comité d'indigents**, aucun CR de réunion ni liste d'indigents n'a été rendu disponible à l'équipe de la contre vérification, ce qui a annulé les 30 points accordés à la structure.

Pour la **consultation externe**, l'ACVE n'a pas vu le dispositif lave-mains et les cartes/jetons distribués aux malades à la salle d'attente/réception. Les fiches des cas PCIME de 6-59 mois échantillonnées n'indiquent pas le PB et aucune fiche de suivi des enfants malnutris n'a été présentée. Quant à la **PF**, le personnel formé pour cette activité n'a pas de preuve de formation sur l'approche de services adaptés aux adolescents et aux jeunes.

Sur l'**observation** des malades, le CS Tshitambu ne dispose pas d'horaire, ni rapports des gardes ni fiches des malades en observation. La salle d'hébergement des malades n'est pas balayée et les lits y sont entassés et n'assure pas la confidentialité des patients. De ce qui est de la disponibilité des **médicaments**, la quasi-totalité des produits traceurs est en rupture, 20/31 produits soit 64,5%. Quant

à la **consultation préscolaire**, la salle d'attente n'est pas protégée contre les intempéries, il y a absence de jetons à distribuer aux enfants et les séances d'IEC/CCC réalisées ne sont pas documentées. De même, le personnel formé pour le service **VIH/TB** ne dispose pas de certificat et les séances d'IEC/CCC organisées dans ce service n'ont pas de soubassements.

1.2. Centre de santé Kapaya :

Sur un total de 15 domaines contrevérifiés, 9 ont des écarts qualités significatifs. Ce CS est nouvellement intégré dans le projet depuis janvier 2023

Pour la **consultation externe**, les prestataires n'ont pas classé les CR des réunions du personnel et du CODESA pour la période sous revue et ne dispose pas de téléphone pour la structure. Sur la **finance**, les rapports des mois de février et de mars n'existent pas, et l'outil d'indices n'est pas encore maîtrisé.

Concernant l'**hygiène**, le CS n'a qu'une seule latrine qui ne répond en aucun critère de qualité exigé et les poubelles vues n'ont ni pédales, ni bordées de sac. La salle d'attente de la **consultation externe** n'a pas de dispositif lave-mains. De plus, le personnel qui consulte n'est pas habillé en blouse et ne maîtrise pas de signes de danger de la TBC. Contrairement à l'évaluation, l'ACVE n'a vu aucune fiche de suivis des enfants malnutris et la structure était en rupture d'intrants nutritionnels. De ce qui est de la **PF**, le personnel formé n'a pas de certificat de même que celui formé sur l'approche de services adaptés aux adolescents et aux jeunes.

En rapport avec la gestion des **médicaments et intrants**, les outils de gestion (RUMER et fiches de stock) ne sont pas tenus à jour. Les rapports d'inventaires et synthèse mensuels des médicaments ne sont pas classés à la structure. Tous les **produits traceurs** sont soit en sous stock, soit en rupture le jour de la vérification (seulement 3/30 produits avec des quantités supérieures à la CMM), la structure ne s'est pas encore constitué des fonds de roulement des médicaments.

Pour le service de la **maternité**, les partogramme échantillonnés sont incomplètement remplis et le personnel formé en SAA n'a pas de certificat. Quant à **consultation préscolaire**, contrairement à l'appréciation de l'évaluateur, le RUMER signale la rupture en vitamine A et les fiches CPS sélectionnées n'indiquent pas l'administration de la Vit A et du Mébendazole. Aussi, pour la **CPN**, le personnel formé ne dispose pas de certificat ni fiches pour apprécier l'administration des intrants de TPI aux femmes enceintes.

1.3. Centre de santé Dinanga :

¾ des domaines contrevérifiés dans cette structure ont des écarts indicatifs pour les raisons suivantes :

Comme les structures précédentes, le CS Dinanga a obtenu son premier contrat au T1 2023. Pour le domaine de l'**organisation générale**, la carte sanitaire de l'AS n'est pas affichée. Les CR des différentes réunions tenues n'ont pas été rendu disponibles. Également pour le **PM**, les grilles d'évaluation et de la vérification n'existent pas, les CR de la réunion de l'élaboration et validation du PM, la liste des prestataires formels/informels ne sont pas renseignés dans le PM.

L'ACVE n'a pas vu les rapports sur la **finance** de la structure pour la période sous revue, et l'application de l'outil d'indices n'est pas maîtrisée par les prestataires. Également, aucun CR de réunion ni liste d'**indigents** n'a été présentée par la structure, ce qui a annulé toute la cote de l'évaluation pour ce domaine. De même sur l'**hygiène**, l'ACVE a observé que la structure n'est pas clôturée, ne dispose qu'une seule douche et une seule latrine. Aussi, les poubelles ne remplissent aucun des critères qualités exigées.

Concernant le service de la **consultation externe**, le réceptionniste n'a pas de jetons pour les malades. Le registre relève l'usage des antibiotiques à 55% des malades consultés et l'infirmier à la consultation ne maîtrise pas les signes de danger de la tuberculose. Aucune fiche de suivi nutritionnel n'a été observée. L'ACVE a observé que le personnel formé en **planification familiale** et au service adapté aux

jeunes ne dispose pas de certificat, mais aussi n'a ni test de grossesse ni disque d'éligibilité aux méthodes contraceptives.

Pour le service de **laboratoire**, le registre n'a pas été rendu disponible pour apprécier l'enregistrement des résultats, aussi, les protocoles de nettoyage et d'élimination des déchets ne sont pas affichés. S'agissant de gestion des médicaments et intrants, le RUMER n'est pas complètement rempli et la structure ne dispose pas de fiches de stock des médicaments rendant difficile l'appréciation de la disponibilité des **médicaments traceurs**.

Pour le service de la **maternité**, la salle d'accouchement ne dispose ni horloge ni chronomètre, aussi le protocole de réanimation des nouveau-nés n'est pas affiché. Le personnel formé en SAA n'a pas de certificat et ne dispose pas de matériel pour l'activité. Quant à la **CPN**, les fiches sélectionnées ne portent pas le nom et la signature du prestataire, n'indiquent pas l'administration des interventions spécifiques et les séances d'IEC/CC réalisées ne sont pas documentées.

1.4. Poste de santé Kambulu :

Ce PS a également intégré le projet au T1 2023 et 8/15 domaines qualités contrevérifiés dans cette structure ont des écarts des scores importants pour les causes ci-dessous :

Pour le domaine de l'**organisation générale**, la carte sanitaire de l'AS n'est pas affichée, les CR des réunions tenues et les protocoles des VAD réalisées n'ont pas été vus. Le PS Kambulu ne dispose ni grille de l'évaluation du **plan de management**, ni grille de la vérification quantité, encore moins le rapport de la vérification communautaire. De plus, le PM n'intègre ni liste des prestataires formels/informels de l'AS ni le tarif en application dans la structure et ne renseigne pas sur la source de financement des indigents.

L'ACVE a invalidé tous les 20 points de l'évaluation sur le service des **indigents** pour absence des CR des réunions des COGES avec un point l'ordre du jour sur l'utilisation des services par les indigents et la liste des indigents de l'AS. Sur l'**hygiène**, le PS n'est pas clôturé et ne dispose pas de poubelles. La fosse à ordure est à moins de 10 m de la structure (7m).

Concernant le service de la **consultation externe**, le personnel à la consultation n'est pas habillé en blouse, sans preuve de formation en PCIMA et ne dispose pas de matériels anthropométriques. Il en est de même pour le service de **planification familiale**, le personnel formé n'a pas de brevet, le registre de PF n'est pas rempli depuis le 20 août 2023 et la CMM des contraceptifs modernes n'est pas connue.

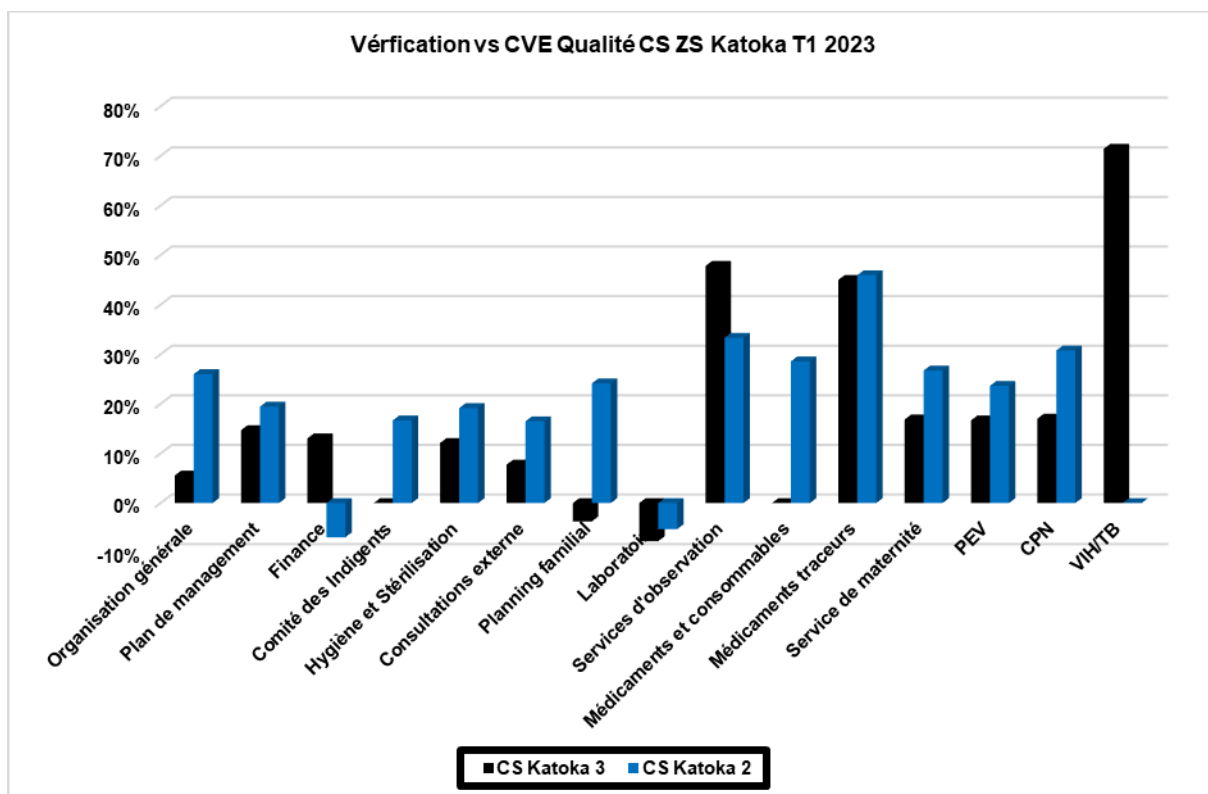
De la gestion des **médicaments et intrants**, le RUMER n'a pas été rendu disponible à l'équipe de l'ACVE, les quantités de médicaments sur les fiches de stock sont différentes du stock physique, absence des listes et des rapports d'inventaires des médicaments. Quant à la disponibilité des **médicaments traceurs**, elle est difficile à apprécier au vu de l'absence des CMM sur les fiches de stock.

De ce qui est de la **consultation prénatale**, le personnel formé n'a pas de certificat et les fiches échantillonnées n'indiquent pas de la DDR.

Cependant, la structure a vu sa cote augmenter sur la **finance** car le solde du livre de caisse correspond à la liquidité en caisse.

2. Zone de santé de Katoka

Graphique 30 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Katoka



Commentaires :

Dans cette ZS, 2/5 CS présentent des écarts qualités élevés à la contre vérification : Katoka 3 (10,2%) et Katoka 2 (17,3%). Les causes sont expliquées par domaine et par structure dans la suite.

2.1. Centre de santé Katoka 3 :

Dans cette structure, 9/15 domaines ont des écarts de scores significatifs pour les causes suivantes :

Le **PM** du trimestre sous revu ne ressort pas les difficultés rencontrées lors de l'évaluation de celui du trimestre antérieur. Les recommandations de la communauté issues des enquêtes communautaires n'ont pas été pris en compte dans le PM et le CR de la réunion de la validation du PM n'a pas été vu. Sur l'**hygiène** dans ce CS, les latrines construites n'ont pas de claustres, les trous n'ont pas de couvercles et aucun dispositif lave-mains n'y est prépositionné. Les eaux usées des douches ne coulent pas dans une fosse d'assainissement et les poubelles disponibles ne sont pas de différentes couleurs moins encore ne sont pas bordées de sac.

Concernant l'**observation** des malades, les rapports des gardes de la période n'ont pas été élaborés, la salle d'hébergement des malades n'a pas de source d'électricité ni la lampe de réserve et n'assure pas la confidentialité des malades. De plus, les malades en observation ne sont pas suivis sur des fiches. De ce qui est des **médicaments**, la quasi-totalité des produits traceurs est en sous stock au moment de la mission, 26/30 produits soit 86,6%.

Le CS Katoka 3 n'a pas de salle d'**accouchement**, les femmes accouchent sur le lit d'examen à la salle de consultation et la structure n'a qu'une seule boîte d'accouchement. Pour la **consultation préscolaire**, le réceptionniste ne dispose pas de jetons pour les cas de CPS, le frigo n'est pas fonctionnel au passage des contre vérificateurs. Contrairement à l'évaluation pour le service **VIH/TB**, la contre vérification n'a pas vu ni produit anti tuberculeux ni fiches des malades tuberculeux suivis dans cette structure.

2.2. Centre de santé Katoka 2 :

10/15 domaines dans cette structure ont des cotes moins élevées à la contre vérification pour les causes suivantes :

Sur l'**organisation générale** des services, les CR des réunions des CODESA et les fiches VAD n'ont pas été vus. Les CR des réunions du personnel des mois de janvier et de février n'ont pas de listes de présences et ne sont pas signés par le PRECODESA. De même, celui du mois de mars n'a pas été retrouvé. Pour le *PM*, les difficultés rencontrées pendant la mise en œuvre du PM passé ne sont pas soulevées à son évaluation, de même, la réunion de la validation du PM n'a pas été tenue. Les listes des prestataires formels et informels de l'AS ne sont pas intégrées dans le PM de la période sous revue. L'ACVE n'a vu aucun rapport **financier** en rapport avec le coût des indigents soignés.

Dans le cadre de l'**hygiène**, la structure utilise comme poubelle des seaux en plastique sans pédales ni bordés de sac et non différenciés en couleur, la fosse à déchets n'est pas éloignée du bâtiment (à 5m) et est déjà pleine. Aussi, le chargé de l'hygiène n'a pas de chariot pour le transport des déchets.

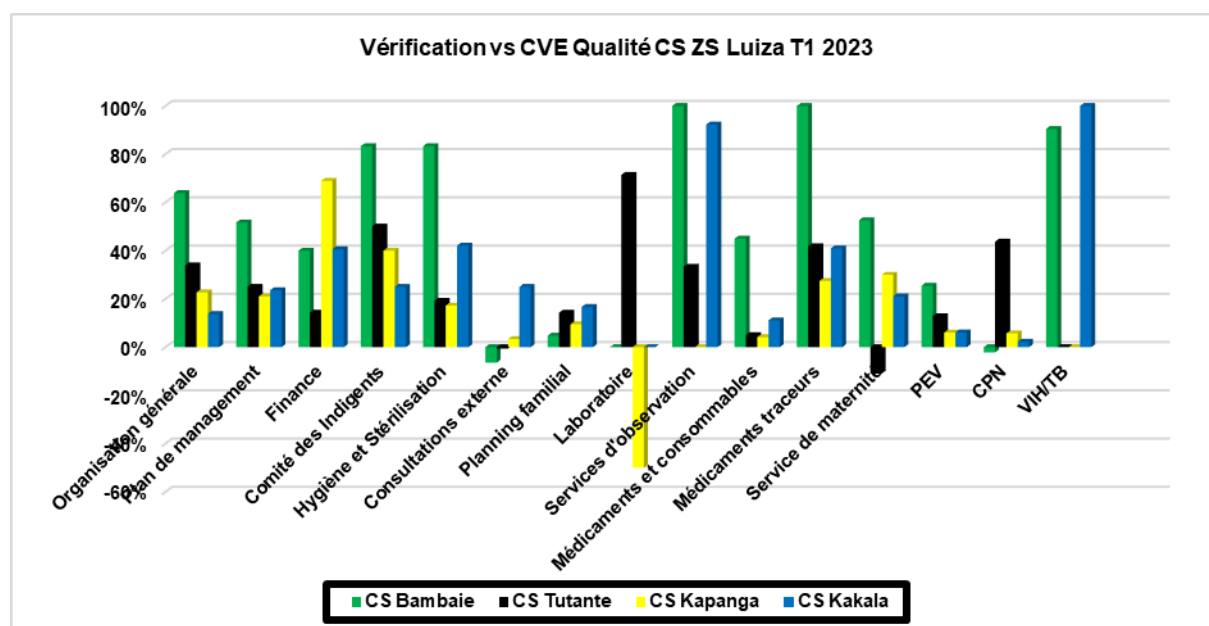
Le personnel qui assure la **consultation** des malades porte une blouse sans étiquette d'identification et est en babouche. De plus, il ne dispose pas de certificat de formation PCVIMA. 4/5 fiches échantillonnées à l'UNTA n'indiquent pas la taille des enfants.

Concernant la **PF**, le prestataire formé à l'approche de services adaptés aux adolescents et aux jeunes ne dispose pas de certificat. De plus, le DIU et le modèle de pénis ne sont pas vus. Quant à la **gestion des médicaments et intrants**, le RUMER n'est pas complètement rempli et la pharmacie est encombrée par des cartons, moins aérée. De même, 20/30 produits **traceurs** sont en rupture totale (66,6%) et 5/30 sont en sous stock (16,6%).

A la **maternité**, la boîte d'accouchement manque la moitié des pinces hémostatiques exigées et manque la boîte pour épisiotomie. L'ACVE n'a vu ni fils résorbable, ni argyrol ou pommade ophtalmique pour les Nné. De même, pour le SAA, les cas d'avortements pris en charge sous AMIU n'ont pas été vues. De ce qui est de la **consultation préscolaire**, la structure ne dispose pas de table OMS rapport taille-âge et les micro-nutriments. De plus, certaines fiches échantillonnées n'indiquent pas de PB et l'administration de la Vit A. Aussi, les rapports des séances d'IEC/CCC réalisés n'ont pas été vus. Quant à la **CPN**, certaines fiches échantillonnées renseignent une consultation réalisée par un personnel non formée en PF et les séances d'éducation des femmes enceintes réalisées ne sont pas documentées.

3. Zone de santé de Luiza

Graphique 31 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Luiza



Commentaires :

L'écart moyen des scores de la zone est de 14,5% entre l'évaluation de l'ECZS et l'ACVE. 4 structures sur 5 présentent des écarts très significatifs (**CS Bambaie : 23%, Kakala :17,4%, Kapanga : 13,1% et Tutante : 10%**). La quasi-totalité des domaines est affectée.

3.1. Centre de santé Bambaie :

Pour ce CS, l'**organisation générale**, l'ACVE a constaté l'absence sur le placard les 2 CR des réunions de CODESA du mois de janvier et mars 2023.

De plus, signalons que le centre est à son premier élaboration du **PM**, il est impossible que la structure puisse obtenir les 16 points pour ces critères de l'élaboration, en plus, aucune stratégie pour couvrir les villages découle dans le PM du T1 2023. Pour l'utilisation des services par les **indigènes et personnes avec incapacités de payer les soins médicaux**, il n'y a pas de liste des indigènes et personnes en incapacité qui ont utilisé les services durant les trois mois. De même, le rapport financier ne donne pas l'information sur le coût de traitement des indigents.

Dans ce CS, les conditions de l'**hygiène et stérilisation**, ne sont pas réunies car les poubelles ne sont pas observées dans la cour, les déchets sont collectés dans les bacs non bordés de sac ni couvercle.

Au CS Bambaie, le service d'**observation**, n'est pas fonctionnel (absence du registre et fiche vierge d'observation).

Concernant les **médicaments consommables et les médicaments traceurs**, les médicaments ne sont pas stockés par ordre alphabétiques, aucun rapport d'inventaire des médicaments traceurs ainsi que le rapport synthèse de gestion des MEG n'est pas disponible au CS. Le RUMER n'est disponible pour compter le nombre de jour d'absence des MEG, encore moins, les fiches de stock pour les médicaments traceurs.

Dans ce CS, le service de **maternité**, la table d'accouchement a un matelas non couvert d'une toile en plastique ni de moustiquaire. L'absence d'un ballon d'Ambu du nouveau-né, la boîte d'épisiotomie ne dispose pas de pinces anatomiques. L'ACVE n'a pas observé le coin du nouveau-né. Il n'y a aucun prestataire qui dispose de preuves de formation en SONU et en SAA.

En rapport avec la **consultation préscolaire**, l'ACVE n'a pas trouvé la fiche de synthèse mensuelle PEV ni le rapport de séances d'IEC renseignant le nombre des enfants attendus par visite CPS ainsi que ceux attendus pour la vaccination. Ce service ne dispose aucun échancier pour les enfants à récupérer. En plus, certaines fiches des enfants de 0 à 23 mois ne mentionnent pas le PB, ni la taille encore moins l'administration de la vitamine A.

Pour le **VIH/TB**, les 21 points accordés par l'évaluateur sont réduits de 2 points par l'ACVE parce que le registre de DCIP/PTME n'est pas disponible. De plus, aucune fiche de patient PVV/VIH ayant fait le suivi biologique, encore moins le patient tuberculeux sous traitement tuberculostatique.

3.2. Centre de santé Tutante :

11 domaines les plus concernés par cet écart de 10,5% pour cette structure.

En rapport avec l'**organisation générale**, les trois CR des réunions techniques avec le personnel et 1 CR du mois de mars de CODESA ne sont archivés au CS. Aussi, les graphiques d'analyses des données SNIS a problèmes non vus ni affichés, alors que le **PM** les recommandations issues des enquêtes communautaires ne prennent pas en compte dans le PM en cours, ni la priorisation des prestations à faible couverture. En plus, les stratégies mobiles ne sont pas planifiées pour soulager les clients des villages éloignés de l'AS. De même, autant pour la liste des prestataires informels de l'aire de sante ne ressorte dans ce PM ni les financements prévus pour les soins des indigents.

Par rapport à la **finance** l'ACVE n'a pas accédé à la caisse pour voir les espèces physiques et comparer au solde théorique du livre de caisse, car le caissier n'étant pas disponible le jour de la contrevérification.

5 points séparent l'évaluation et l'ACVE pour **l'utilisation des services par les indigènes et personnes avec incapacités de payer les soins médicaux** du fait de l'absence du point à l'ordre du jour sur l'utilisation des services de soins dans les CR de réunions de CODESA.

En ce qui concerne **l'hygiène et stérilisation**, la structure avait obtenue 2 points sur l'existence d'une porte sur la clôture mais en réalité l'ACVE constate que la parcelle du CS Tutante n'a pas de clôture, moins encore, des poubelles respectant les normes selon leurs différents emplacement. Le CS n'a qu'une seule douche fonctionnelle, sans dispositif d'éclairage ni porte manteau, ni réserve d'eau pour le malade observé. Pour le personnel qui gère les déchets, il y a absence de charriot pour le transport des déchets. Dans ce CS, le stérilisateur à pression n'est pas utilisé, encore moins le protocole de stérilisation .

Pour la PF, les préservatifs masculin et féminin, DIU et implant ne sont disponibles dans la salle de démonstration. De même, les disques des critères d'éligibilité pour les contraceptifs, les kits de retrait d'implant ou de retrait de DIU ne sont pas retrouvés.

Au service de **laboratoire** comme d'**observation**, plusieurs équipements et matériels de laboratoire ne sont pas disponibles (microscope, réceptacle, protocole d'élimination des déchets, procédures de nettoyage des matériels) alors que pour l'observation des malades les lits n'ont pas de moustiquaires installées et la salle n'est pas nettoyée.

Dans ce CS, l'ACVE a constaté que les médicaments traceurs, le RUMER renseigne 30 jours de ruptures pour les 5 items durant le trimestre et la CMM manque sur toutes les fiches de stock,.

Dans les domaines de la **consultation préscolaire** et la **CPN**, l'ACVE a observé que les jetons d'attentes ne sont pas donnés aux enfants en fonction de l'ordre d'arrivée. De plus, les abandons pour la vaccination ne sont pas récupérés, aussi le PB, la vitamine A et le Mébendazole ne sont pas renseignés pas sur certaines fiches CPS. Cependant, pour la CPN, certaines fiches sélectionnées manquent l'information sur les ATCD et les rapports des séances d'IEC ne sont pas disponibles.

3.3. Centre de santé Kapanga :

Au CS Kapanga, 7/15 demeurent critiques.

S'agissant de **l'organisation générale**, les trois CR des réunions techniques avec le personnel ainsi que pour les 3 CR de CODESA ne sont pas archivés. L'ACVE signale que l'horaire de travail n'est pas affiché en faveur des malades et du personnel du CS. Aussi l'inexistence de 3 PV de réunion de CODESA ne permet pas d'observer les thèmes des VAD abordés.

Concernant, le **PM**, les stratégies pour faire face aux prestataires informels de l'aire de santé ne ressortent pas, ni sur les tarifs négociés avec la communauté ainsi que sur les financements prévus pour les soins des indigents.

Par rapport à la **finance**, l'ACVE n'a pas vu le rapport financier mensuel lors de l'évaluation et n'a pas accédé à la caisse pour comparer les espèces physiques à cause de l'absence du caissier.

25 points à l'évaluation contre 15 à la contre vérification concernant le domaine **l'utilisation des services par les indigènes et personnes avec incapacités de payer les soins médicaux** parce que les CR des réunions de CODESA ne sont pas disponibles, ni les rapports financiers retraçant le coût des traitements des indigents.

En ce qui concerne **l'hygiène et stérilisation**, la clôture de la parcelle est mauvais état et n'a pas de porte. En plus, il y a absence d'installation d'eau courante dans les deux douches. Dans ce CS, les protocoles de stérilisation à pression et de désinfection des surfaces, ne sont pas disponibles ;tandis que le personnel en charge de l'hygiène, n'a pas le charriot pour le transport des déchets.

Concernant les **médicaments traceurs**, le RUMER a renseigné plusieurs jours de rupture pour 11 molécules (3 à 30 jours) et d'autres n'ont pas le stock physique (3 items). De même, 6 items ont un stock physique inférieur à la CMM.

Dans le domaine de la **maternité**, le dispositif d'eau n'est pas fonctionnel, le bac en plastique n'est pas observé, encore moins les 50 cc d'alcool dénaturé dans la salle d'accouchement. Il n'existe pas une boîte d'instruments propre au SAA ni le protocole DHN affiché, alors que le registre et la fiche de consultation SAA non vu.

Cependant, 3 points de l'ACVE contre 2 points de l'évaluateur pour le service de **laboratoire**, parce que l'ACVE a trouvé la boîte de sécurité pour les aiguilles .

3.4. Centre de santé Kakala :

En rapport avec l'**organisation générale**, les trois CR des réunions techniques avec le personnel et celui de CODESA ne sont pas dans le placard.

Concernant le **PM**, il y a la non priorisation des prestations à faible couverture lors de la planification. En plus, le CR pour la réunion de préparation dont la signature du Président doit être observée n'est pas disponible. L'ACVE a observé que plusieurs stratégies de soins ne sont pas prévues dans le PM aussi bien pour les structures informelles intervenant dans l'aire de sante que les financements prévus pour les soins des indigents.

Par rapport à la **finance**, le solde bancaire au début du trimestre dans sa partie solde d'ouverture ne ressort pas sur les 3 rapports financiers.

Quant à l'**utilisation des services par les indigènes et personnes avec incapacités de payer les soins médicaux**, le nombre des indigènes qui ont utilisés les services de soins durant les 3 mois ne sont pas mentionnés ; mais aussi, les rapports financiers n'ont pas renseigné les coûts de traitements dont ont bénéficiés par les indigents.

En ce qui concerne l'**hygiène et stérilisation**, absence de la porte car le centre de santé n'est pas clôturé. L'unique douche vue n'a pas un dispositif d'éclairage, ni l'installation de l'eau courante fonctionnelle. Les déchets médicaux sont observés dans la cour du CS, le protocole de désinfection des surfaces n'est pas disponible, ni le tambour contenant un désinfectant avec couvercle pour les instruments souillés. La poubelle pour les déchets médicaux n'est pas bordée de sac et le charriot pour le transport des déchets n'existe pas pour ce service.

Pour la **consultation externe**, à la réception, les cartes numérotées pour le nouveau cas par ordre d'arrivée ne sont distribuées encore moins pour le jeton de couleurs aux cas urgents. L'ACVE a trouvé dans la salle de consultation une horloge non fonctionnelle. Certaines fiches de cas du paludisme n'ont pas l'histoire de la fièvre dans les 48 heures, ni la fréquence respiratoire élevée pour les cas d'IRA, moins la classification pour les cas de la diarrhée. Observant la fiche PCIME remplie, aucune évaluation de l'anémie faite chez les enfants de 0 à 59 mois.

Pour la **PF**, les disques des critères d'éligibilités pour les contraceptifs, les kits de retrait d'implant ne sont pas disponibles, alors que les intrants (pilules, injectables, implants, DIU) sont en stock inférieur à la CMM et n'ont de réquisitions envoyées à la CDR.

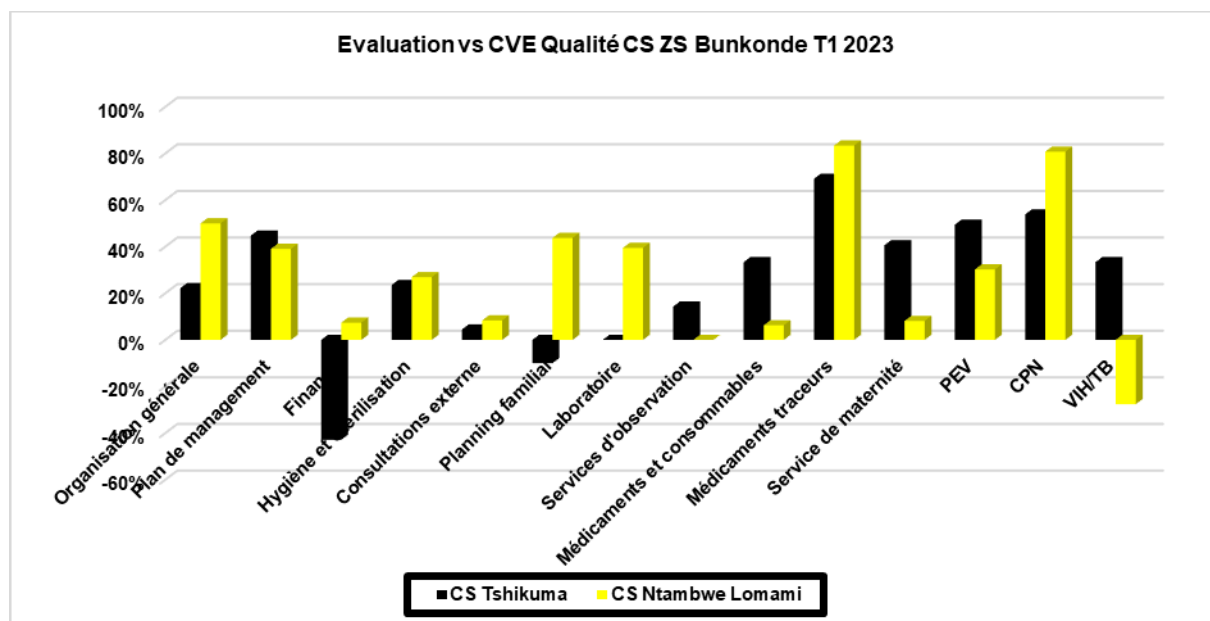
Au service d'**observation**, bien coté lors de l'évaluation de l'ECZ, mais l'ACVE a trouvé ce service est peu fonctionnel, car les conditions d'hébergements des patients ne sont pas respectées (matelas non couvert d'un matières plastiques, la salle n'est pas nettoyée, espace entre lits moins de 25 cm, pas d'accès à l'eau potable, pas de confidentialité entre l'homme et la femme, la fiche et registre d'observation n'existe pas).

Concernant les **médicaments consommables** et les **médicaments traceurs**, dans le RUMER, les médicaments consommés ne sont pas valorisés au prix d'achat du CDR. En plus, les 6 molécules traceurs ont plus de 31 jours de rupture de stock.

Dans les domaines de **maternité et VIH/TB**, le paravent n'existe pas entre la table d'accouchement et la porte de la salle. La maternité ne dispose pas de salle post partum immédiat et les poubelles de différentes couleurs ne sont pas disponibles. Pour le VIH/TB, le modèle de pénis ne figure pas parmi les matériels d'IEC et aucun registre de DCIP/PTME n'est vu par l'ACVE.

4. Zone de santé de Bunkonde

Graphique 32 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Bunkonde



Commentaires :

Dans cette ZS, 2/5 CS ont des écarts significatifs à la contre vérification (Tshikuma 16,6% et Ntambwe Lomami 16,5%) dont les causes sont expliquées par domaine concerné.

4.1. Centre de santé Tshikuma :

Dans cette structure 11/15 domaines sont affectés par les écarts pour les causes suivantes :

Sur le **plan de management**, l'ACVE n'a pas vu les CR des réunions de la validation du PM. Ce plan n'intègre pas les recommandations issues des enquêtes communautaires et les difficultés reconcentrées dans la mise en œuvre du PM passé. Dans ce CS, les fiches de stock de certains **médicaments** n'indiquent pas de CMM, de même que le RUMER ne ressort pas la valeur des médicaments au prix du fournisseur et les rapports d'inventaires mensuels/trimestriels des médicaments sont envoyés au BCZ sans garder la copie au CS. De plus, le RUMER ressort une rupture de 53% des produits **traceurs** au trimestre sous revu et qui s'est réduite à 20% le jour de la contre vérification. Seulement, avec l'absence de CMM sur les fiches, il est difficile d'apprécier la disponibilité des produits à la pharmacie.

Le service de la **maternité** n'a pas de poubelles différenciées en couleur, ni toise, ni horloge encore moins de tensiomètre. De plus, ce service manque les intrants pour l'épisiotomie (la lidocaïne, l'alcool dénaturé, les fis résorbables et un paquet des compresses). Pour la **consultation préscolaire**, les séances d'IEC/CCC ne sont pas documentées, le frigo n'a pas de Fridge-tag. Les fiches CPS échantillonnées n'indiquent pas la taille et l'état nutritionnel des enfants.

Sur la **consultation prénatale**, les séances d'éducation réalisées ne sont pas documentées et les fiches échantillonnées ne ressortent pas le nom, la signature du prestataire et les interventions spécifiques (TPI).

4.2. Centre de santé Ntambwe Lomami :

Cette structure a 9/15 domaines avec écarts significatifs pour les causes suivantes :

Pour l'**organisation générale**, la carte sanitaire est gardée sur la table de l'IT, les CR des réunions des CODESA sur les visites à domicile ne sont pas vus de même que les protocoles des VAD réalisées. Cette structure ayant obtenu son contrat au T1 2023, ne dispose pas de grille de vérification et d'évaluation du **PM**, encore moins les avis et suggestions de la communauté pour en tenir compte dans l'élaboration du plan de **management du trimestre**. De plus, aucun CR rédigé à la réunion de validation du PM et ce plan ne renseigne pas sur les prestataires formels/informels ainsi que le tarif en application dans l'AS.

Sur l'**hygiène**, la poubelle n'est pas installée dans la cour du CS, la douche n'a pas d'eau courante ni eau de réserve et les eaux usées ne sont pas conduites dans une fosse d'assainissement. Quant à la **PF**, la cible ne répond pas à la formule proposée dans le canevas, il y a absence d'un kit d'insertion/retrait des DIU et il est difficile d'apprécier la disponibilité des contraceptifs vu que les fiches de stocks n'ont pas de CMM.

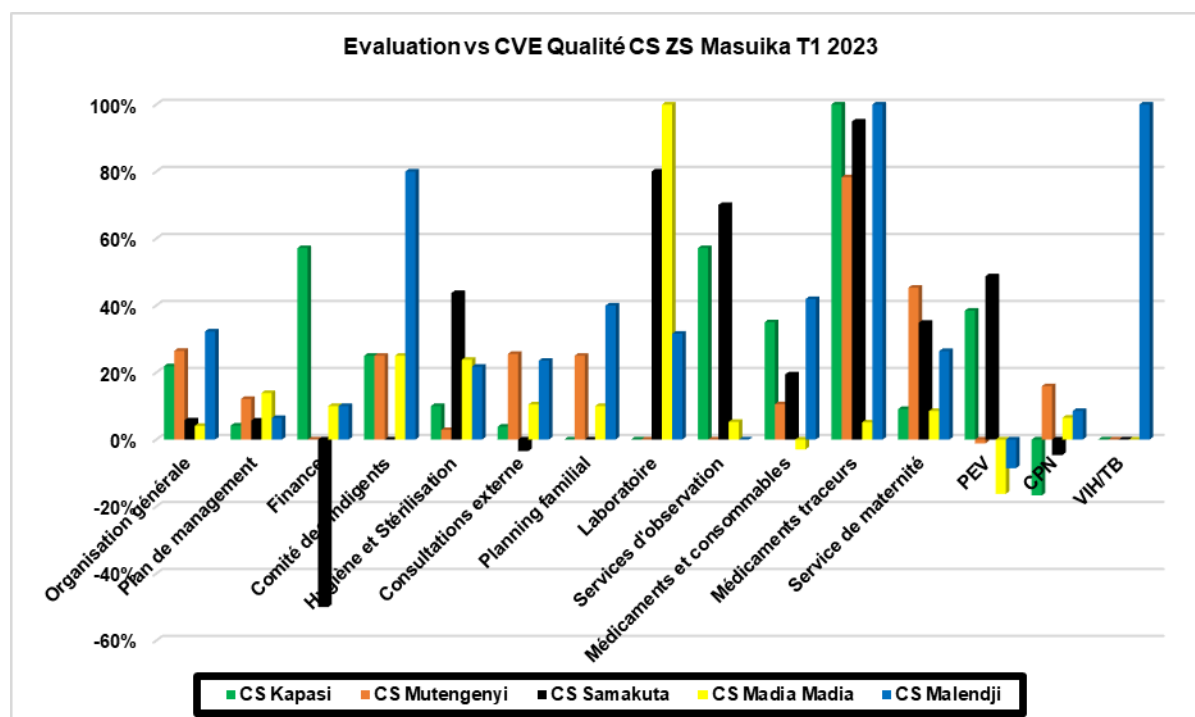
Dans cette structure, le service de **laboratoire** n'a pas de centrifugeuse et les réactifs pour le Ziehl. De plus, le protocole d'élimination des déchets et les procédures de nettoyage du matériel ne sont pas affichées. Concernant la **gestion des médicaments**, le RUMER signale une rupture de 80% des produits traceurs au T1 2023 et de 46,6% le jour de la contre vérification. Pour d'autres produits disponibles sur l'étagère, il est difficile d'apprécier la disponibilité étant donné que les fiches de stocks n'ont pas de CMM.

Le système d'éclairage n'est pas fonctionnel au service de la **maternité**, les prestataires n'ont pas de gants stériles et ne disposent qu'un seul Pingouin pour les accouchements. Quant à la **consultation préscolaire**, les jetons ne sont pas distribués à la réception des enfants et les séances d'éducation sanitaires ne sont pas documentées. Les fiches échantillonnées ne ressortent pas les interventions spécifiques. Les prestataires formés en **CPN** recentrée ne disposent pas de certificat, les séances d'éducation faites aux femmes enceintes ne sont pas documentées et les interventions spécifiques (TPI) ne sont pas ressorties sur les fiches vues.

Cependant, pour le service **VIH/TB**, l'ACVE a observé la disponibilité du matériel de sensibilisation sur le VIH dans cette structure et que le counseling est assuré par un personnel qualifié.

5. Zone de santé de Masuika

Graphique 33 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Masuika



Commentaires :

L'écart moyen des scores de la zone est de 11,2% entre l'évaluation de l'ECZS et l'ACVE. 4/5 structures présentent des écarts très significatifs (**CS Malendji :18,8%, Mutengenyi :11,8%, Samakuta : 11,4% et Kapasi : 10%**). La quasi-totalité des domaines est affectée.

5.1. Centre de santé Kapasi :

Pour ce centre de santé a 8 domaines les plus concernés par cet écart de 10,2%. **S'agissant de l'organisation générale**, les trois CR des réunions techniques avec le personnel et du CODESA ne sont pas retrouvés au CS alors qu'il a absence d'accusé de réception par le BCZS pour les 3 rapports transmis par le CS.

Par rapport à la **finance** les 3 rapports financiers vus par l'évaluateur de l'ECZ ne sont trouvés par l'ACVE. De même, l'outil d'indices pour la période n'est pas disponible, alors que le prestataire choisi ne connaissait pas son score de performance individuel.

Quant à **l'utilisation des services par les indigènes et personnes avec incapacités de payer les soins médicaux**, il y a l'absence des CR réunions du CODESA pour constater le point à l'ordre du jour pour l'utilisation de services des soins par les indigents.

Au CS Kapasi, le **service d'observation**, les fiches d'observation vierge et celles remplies n'existent pas.

En rapport avec les **médicaments consommables** et les **médicaments traceurs**, les bons de commande des médicaments validés par la ZS et le rapport d'inventaire des médicaments de même que la synthèse de gestion mensuelle des médicaments ne sont pas disponibles. De plus, pour les MEG traceurs, le RUMER n'est pas renseigné durant le trimestre et les fiches de stocks manquent les CMM.

Dans les domaines de la **consultation préscolaire**, le responsable ne calcul pas correctement la cible des enfants de 24 à 59 mois. En plus, la table OMS r poids/taille n'est pas disponible au CS. De même, l'ACVE n'a pas observé le PB, ni la vitamine A, et le mébendazole sur certaines fiches CPS sélectionnées au hasard.

Cependant pour la **CPN**, l'ACVE a accordé deux points de plus que l'évaluation, car le service dispose une balance pèse-personne fonctionnelle et les cinq fiches CPN sélectionnées sont correctement renseignées.

5.2. Centre de santé Mutengenyi :

Le centre de santé à 9/15 domaines concernés par l'écart de 11,8% de façon générale. S'agissant, de **l'organisation générale**, les trois CR des réunions techniques avec le personnel et le CODESA ne sont pas retrouvés ; alors que pour le **PM**, les stratégies mobiles ne sont pas planifiées pour les villages éloignés de l'AS En plus, les financements prévus pour les soins des indigents ne sont pas observés.

Concernant **l'utilisation des services par les indigènes et personnes avec incapacités de payer les soins médicaux**, les rapports financiers mensuels ne montrent pas le coût global du traitement des indigents.

Pour la **consultation externe**, certaines fiches de cas du paludisme graves sélectionnées n'ont pas l'histoire de la fièvre dans 48 heures, le service de l'UNTA n'est pas fonctionnel, ni de cas orientés vers l'UNTI. De plus,, l'ACVE n'a pas trouvé les fiches UNTA renseignées.

Pour la **PF**, le certificat ou la liste des agents formés en PF n'est pas disponible alors que seulement 4 fiches vierges de PF sont disponibles.

En rapport avec les **médicaments traceurs**, le RUMER n'est pas renseigné durant le trimestre, certaines fiches de stocks manquent la CMM et pour d'autres fiches de stocks physiques nul..

A la **maternité** et la **CPN**, les lits n'ont pas le drap propre et les bacs en plastique étiquetés en jaune ou rouge ne sont pas retrouvés. En plus, les deux supports des jambes, deux poses pieds, la toise et le

ballon d'Ambu n'existent pas. L'ACVE a constaté que certains accouchements sont dirigés par les non formés en SONU alors que pour la CPN, les micronutriments multiples ne sont pas mentionnés sur certaines fiches CPN vues.

Concernant , les **médicaments consommables**, les normes de stockage des MEG sur les étagères ne sont pas respectées. En plus, il y a la présence de certains médicaments périmés parmi les stocks ainsi que le rapport synthèse de gestion mensuelle des médicaments n'est pas disponible.

5.3. Centre de santé Samakuta :

7/15 domaines ayant entraînés l'écart de 11,4%.

Concernant l'**hygiène et stérilisation**, la structure n'est pas clôturée pour avoir une porte fonctionnelle. En plus, l'unique douche n'a pas d'installation d'eau courante. L'ACVE n'a pas vu la fosse d'assainissement d'eaux usées et les poubelles ne respectent pas les normes souhaitées.

Quant au service de **laboratoire**, les bacs ou poubelles n'existent pas, ni les réactifs pour les tests de Ziehl. Dans ce CS, le service d'**observation**, n'est pas fonctionnel (absence des rapports d'observation des patients, l'eau potable n'existe, les lits n'ont pas des moustiquaires installées, ni le registre et fiche).

A Samakuta, les **médicaments consommables** et les **médicaments traceurs**, n'ont pas de bon de commande des médicaments validés par la ZS., En plus, le rapport d'inventaire des médicaments et la synthèse de gestion mensuelle des médicaments ne sont pas disponible. De même, le RUMER n'est renseigné pour les MEG traceurs et les fiches de stocks manquent les CMM encore moins le stock physique pour certains MEG.

A la **maternité**, le paravent n'existe pas entre la table d'accouchement et la porte de la salle d'accouchement. La boîte obstétricale et celle d'épisiotomie stérilisée ne contient pas tous les matériels recherchés et aucun cas de SAA trouvés dans le registre encore moins de fiches renseignées.

Dans le domaine de la **consultation préscolaire**, aucun conseil nutritionnel donné aux enfants ayant la courbe de croissance stationnaire. De même, l'ACVE n'a pas trouvé la stratégie pour la récupération des enfants ayant abandonnés la vaccination. En plus, le mode de calcul des cibles n'est pas maîtrisé par le responsable de service. De plus, les 5 fiches CPS choisies ne renseignent pas sur l'administration du Mébendazole et de la Vit A.

5.4. Centre de santé Malendji :

10/15 domaines sont concernés par cet écart de 18,4%.

Sur l'**organisation générale**, les trois CR de CODESA ne sont archivés et le tableau de suivi des données à problèmes n'est pas à jour (depuis juillet 2023).

Quant à l'**utilisation des services par les indigènes et personnes avec incapacités de payer les soins médicaux**, il y a l'absence des CR de réunions de CODESA ne permettant pas de constater le point à l'ordre du jour sur l'utilisation de services des soins par les indigents. De plus, le nombre des indigents qui ont utilisés les services durant les mois ne sont connus.

Concernant l'**hygiène et stérilisation**, il y a absence de dispositifs d'éclairage dans l'unique douche et la fosse d'assainissement des eaux usées n'existe pas. En plus, les protocoles de stérilisation, de désinfections de surfaces ne sont pas disponibles et aucune poubelle répondant aux normes.

Pour la **consultation externe**, les conditions dans la salle des consultations ne sont pas respectées (absence de dispositifs d'éclairage, l'horloge n'est pas fonctionnelle, le registre de référence et contre référencés n'est pas clôturé à la fin du mois). De plus, les fiches de cas du paludisme graves sélectionnées n'ont pas effectué la recherche des ATCD de convulsion et la diarrhée n'est pas classifiée parmi les fiches observées. De même, la surveillance nutritionnelle n'est pas effectuée sur les 5 fiches PCIME sélectionnées.

De même, pour la **PF**, le personnels formé ne dispose pas de preuve t de formation et ne maitrise pas la formule pour trouver les clientes attendues.

Quant au service de **laboratoire**, il n'existe pas de technicien de niveau A2 ou A1. De plus, le service manque la poubelle avec couvercle étiqueté. Aussi, l'ACVE n'a pas vu affiché la procédure de nettoyage de matériels de laboratoire.

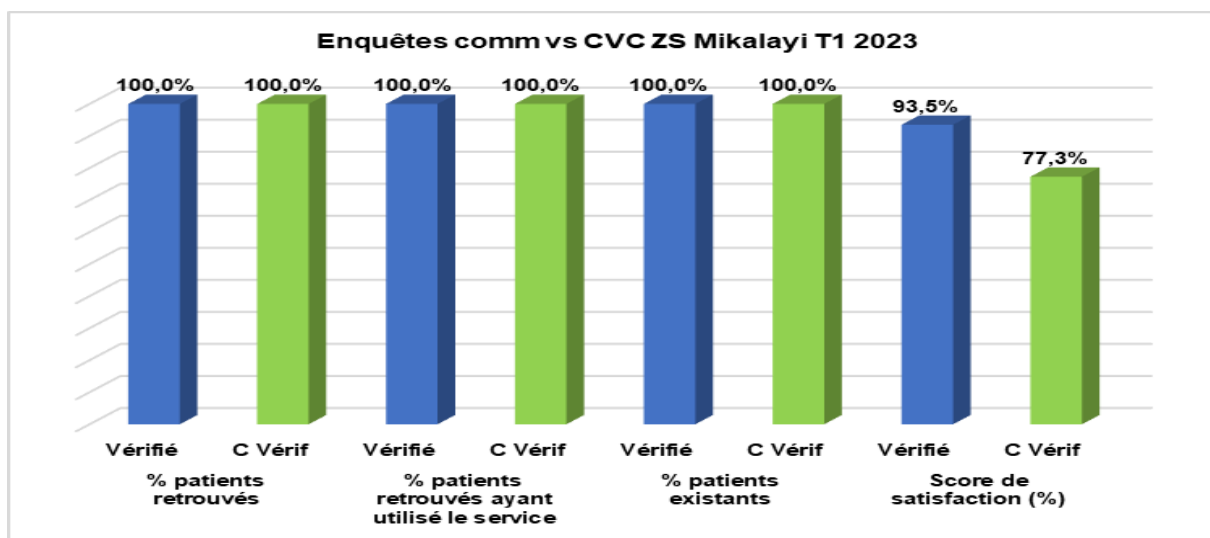
En outre, les **médicaments, consommables médicaux** et les **médicaments traceurs**, les 5 fiches de stock des MEG à forte rotation n'ont pas de CMM (métronidazole 250 mg, Ocytocine, ACT ces enfants, sulfate de Fer et Paracétamol 500 mg).En plus le rapport synthèse de gestion mensuelle des médicaments ne sont pas disponible.

Au service de la **maternité**, les supports des jambes et les pose-pieds ne sont pas fonctionnels, de même que la toise, la pèse bébé et l'horloge.

3.2.6. Résultats de la contre vérification communautaire

1. Zone de santé Mikalayi :

Graphique 34 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Mikalayi

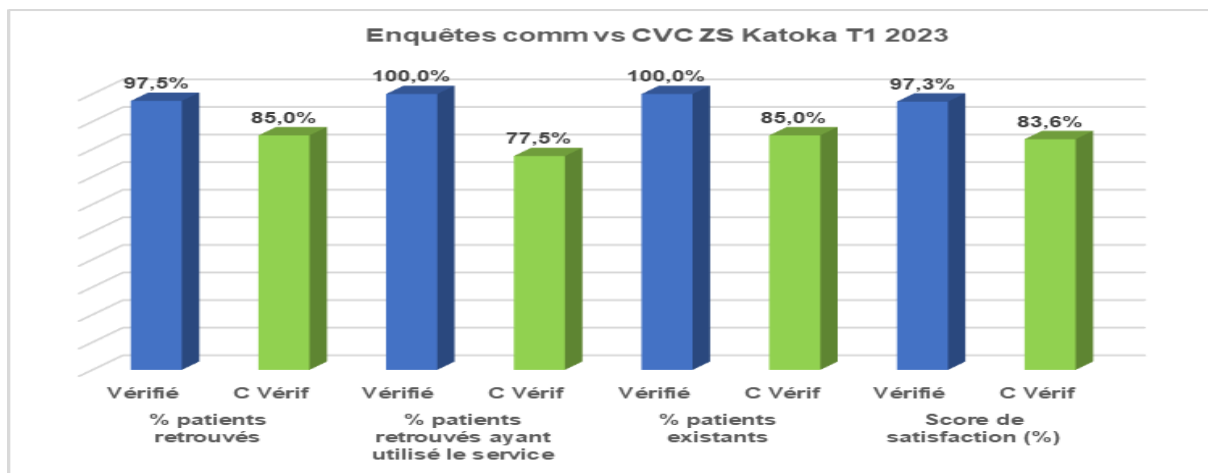


Commentaires :

Dans cette ZS, la contre vérification communautaire s'est réalisée dans 2/6 structures planifiées (3 ont intégré le programme au T1 2023 (Dinanga, Kapaya et Tshitambu) et l'HGR a viré vers un projet de l'union Européenne)., Globalement, 16% des usagers ne sont satisfaits proposent des améliorations la capacité technique du personnel de baisser le tarif des soins, de renforcer le matériel médico-technique , le stock des médicaments et intrants de nutrition et d' assurer au quotidien la propreté des douches/toilettes.

2. Zone de santé de Katoka :

Graphique 35 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Katoka



Commentaires

La contre vérification communautaire s’est réalisée dans 4/6 FOSA planifiées. L’ACVE n’a pas reçu l’échantillon du l’HGR St Georges et du CS Kelekele Etat. Globalement, les usagers échantillonnés existent et 90% parmi eux ont été retrouvés. Cependant, un écart de 13,3% séparent l’ACVE (84,3%) et l’EUP (97,3%) sur la satisfaction.

Ainsi, ces usagers non satisfaits proposent d’améliorer de l’accueil au CS Ste Famille, renforcer le stock des médicaments et de intrants de nutrition (CS Luse Lua Nzambi, Katoka2, 3 et Ste Famille) de renforcer le matériel, la capacité technique du personnel médico-technique (CS Luse la Nzambi, Katoka2, et Ste Famille), renforcer dans les 4 CS, de baisser le tarif des soins dans le 4 CS ; d’aménager un point d’eau dans ces 4 CS, d’assurer au quotidien la propreté des douches et toilettes (CS Luse Lua Nzambi, Katoka2 et Ste Famille).

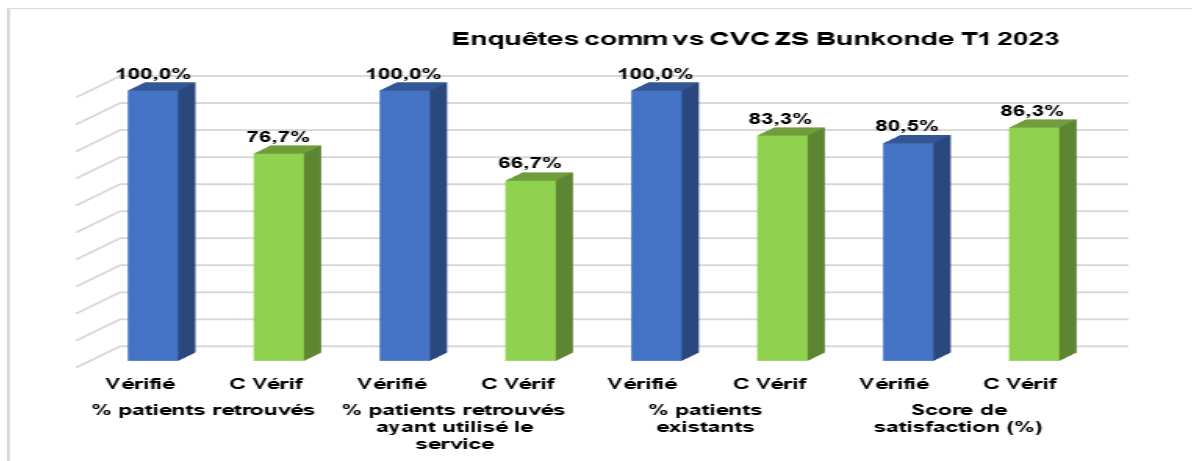
3. Zone de santé de Luiza :



L’EUP n’a pas rendu disponible les fiches d’échantillonnages pour cette zone avant la descente de l’ACVE sur terrain leur fond personnel.

4. Zone de santé de Bunkonde :

Graphique 36 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Bunkonde

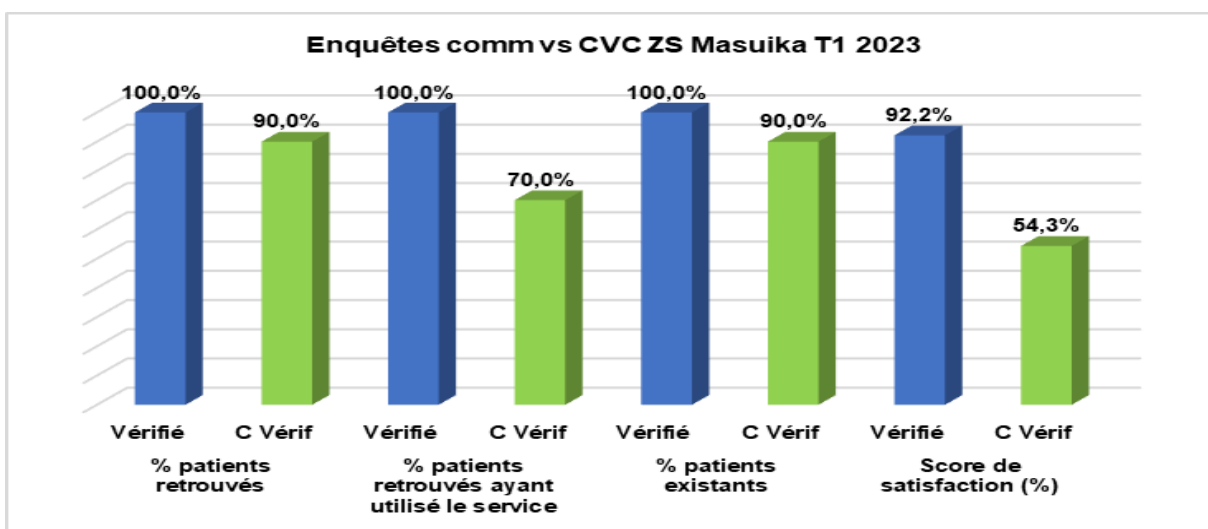


Commentaires :

Les enquêtes se sont réalisées dans 3/5 CS contrevérifiés (Tshiala Benyi, Tshikuma et Mbumba) et 2/5 nouvelles n'ont pas connu d'enquêtes communautaires, à ajouter à l'HGR déjà sous la gestion d'un projet union Européenne. L'ACVE n'a pas prouvé l'existence 10% d'usagers. Le score satisfaction est passé de 80% lors de l'enquête de l'ASLO à 86,3% pour la contrevérification. Ainsi, les usagers proposent d'améliorer l'accueil au CS Tshiala Benyi, de renforcer le stock des médicaments et intrants de nutrition (CS Tshiala Benyi, Tshikuma et Mbumba), de renforcer le matériel médico-technique (CS Tshiala Benyi), de renforcer la capacité technique du personnel dans les CS Tshiala Benyi, Tshikuma et Mbumba, de réduire le tarif des soins dans les CS Tshiala Benyi et Mbumba, d'aménager un point d'eau dans le CS Tshiala, puis de s'assurer au quotidien la propreté des douches et toilettes CS Tshiala Benyi.

5. Zone de santé de Masuika :

Graphique 37 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Masuika



Commentaires :

La contre vérification communautaire a été réalisée dans les 3/5 aires de santé sélectionnées dans la ZS de Masuika. Dans ces ZS, 2/5 (Kapasi et Samakuta) n'ont pas bénéficié de cette activité, car les résultats des enquêtes communautaire du T4 2022 et les fiches d'échantillonnage de la période n'ont pas été rendus disponibles à l'ACVE. Seulement de Mutengenyi, Madia -Madia et Malendji ont fait l'objet d'analyse des résultats obtenus. A Masuika, 90% des usagers ont été retrouvés, mais seulement 70% utilisent les services. La satisfaction est passée à 92,2% lors du passage de l'ASLO de l'EUP à 54,3% entraînant ainsi des propositions d'amélioration des prestations.

Ainsi, les usagers ont suggéré aux CS Mutengenyi et Madia-Madia d'améliorer l'accueil. Au CS Malendji ils exigent le respect de l'ordre d'arrivée à la consultation. Ils demandent aussi de réduire le tarif des soins pour les trois CS et d'entretenir la toilette existante à Malendji, mais surtout de construire de nouvelles douches et toilettes aux CS Mutengenyi et Madia-Madia.

3.3. Contrevérification dans la DPS KWILU

Tableau 7 : Mapping général des écarts entre la vérification/évaluation et la contre vérification dans le Kwilu

ECP	26,5%					
EUP	2,5%					
ECZ	29,0%	8,5%	8,3%	13,3%	NR	14,8%
HGR Quantité	38,4%	30,2%	19,1%	30,7%	30,4%	29,8%
HGR Qualité	15,5%	NR	NR	14,3%	2,9%	10,9%
CS Quantité	25,9%	6,7%	2,5%	5,3%	8,9%	9,9%
CS Qualité	62,9%	1,3%	22,3%	15,7%	32,5%	26,9%
Enquêtes communautaires (patients non existants)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Zone de santé	ZS Gungu	ZS Kingandu	ZS Pay Kongila	ZS Sia	ZS Vanga	Moyenne

Commentaire :

Cette troisième mission a été relativement impactée par la grève des agents du Ministère de la Santé dans toute la province du Kwilu. Cependant, toutes les activités inscrites dans le mandat de l'ACVE ont été effectuées, hormis la contre vérification à l'ECZ Vanga, car l'AG de la ZS est membre actif de la motion de grève ayant déjà reçu des avertissements venant des autres leaders syndicaux. De plus, la contre vérification communautaire dans la ZS de **Pay Kongila** n'a pas été effectuée, car la structure a été nouvellement intégrée aux activités du T1 2023. Ainsi, les résultats obtenus à l'issue de cette mission de l'ACVE sont comparés à ceux de la vérification ou de l'évaluation comme suit:

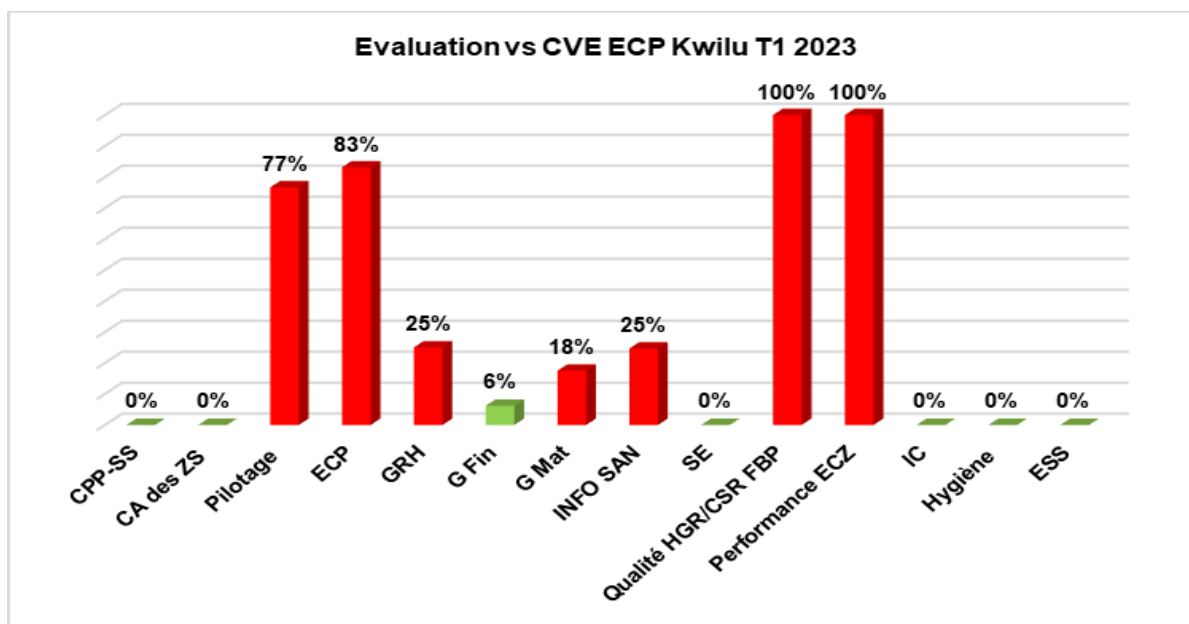
- **Contre vérification du cadre de performance de l'ECP** : l'écart enregistré entre le CPP et l'ACVE a augmenté de la première mission (T3 2022, 19,44%) à la deuxième mission (T4 2022, 20,62%) pour s'alourdir au T1 2023 à 26,49%. Cette situation est la conséquence de la maîtrise limitée du cadre de performance et surtout du mode de cotation de certaines prestations par les évaluateurs. En effet, plusieurs activités (Supervision encadrement) n'ont pas été réalisées ou partiellement réalisées (pilotage/préparation des réunions du CPP-SS) ou exécutées en retard (l'évaluation trimestrielle de la performance des ECZ) par faute de moyens financier (PTF et/ou PMNS), mais sont toutes cotées par le CPP et annulées par l'ACVE. Aussi, la non appropriation de la grille par les agents de la DPS, laissant ainsi les PM sans sceau de la DPS, ni de plan de redressement dans les rapports, des carnets de bord des engins non à jour, sans plan de suivi des formés, mais surtout la liste des évaluateurs non certifiée par la CTAS, mais tous cotés par le CPP.
- **Contre vérification du cadre de performance de l'EUP** : Comme les deux dernières missions de contre vérification (T3 2022, 5,5% et T4 2022, 0,5%), il n'y a pas d'écart significatif enregistré au T1 2023 (2,5%) entre l'ACVE et les évaluateurs, même si quelques points restent encore à améliorer (le quorum des réunions inférieur à 60 % (45,23%), engins sans câble de kilométrage, aucune analyse sur les résultats quantités et communautaires, la synthèse des avis et suggestions aux bénéficiaires non envoyés aux FOSA).
- **Contre vérification des cadres de performances des ECZ** : Pour cette mission, l'ECZ Vanga n'a été contre vérifiée, car le personnel était en grève. Dans l'ensemble, un écart moyen de 11,8% est enregistré entre l'ACVE et les évaluateurs, mais reste uniquement significatifs que pour les ECZ de Sia (13,13%) et de Gungu (29,0%). Ces écarts sont liés essentiellement à la revue mensuelle (certains feed back sans sceau des fosa tels que CS Kingwaya, Kipande, Sondji.. tableau de suivi des indicateurs non jour, promptitude faible pour les réunions hebdomadaires de la Cellule Épidémiologique, peu d'accusées de réceptions), à la validation/Evaluation de PM (fiches d'évaluation des PM des Fosa sous contrat FBP pas signées par l'EUP à Kasanza Pondo, Kwilu, Mundundu, Kobo, Ngugu1 ; certains rapports d'accompagnement sous PBF non indisponibles

grilles qualité non disponible au BCZ emportées par les évaluateurs et sans PM sans le sceau de l'EUP.), à la gestion financière mensuel (rapport de la gestion financière mensuel incorrectement rempli et le solde pas conforme au livre de caisse, absence de classeurs pour les dossiers de gestion financière, pas de fichier de suivi dettes et des créances à jour), mais surtout à l'évaluation de la *qualité des Fosa sous contrat FBP* (Pas de CS de plan de redressement, les CR de réunion de monitoring sans éléments de la qualité, aucun REH de la cellule Épidémiologique disponibles souvent avec de faibles promptitude)

- **Contre vérification quantitative des hôpitaux généraux de référence** : Tous les HGR ont enregistré des moyennes de quantités validées par l'EUP supérieures à celles retenues par l'ACVE, surtout sur la consultation ambulatoire d'un patient orienté et vu par un médecin où certains vérificateurs approuvent tous les cas avec un billet de référence, qu'il soit hospitalisé ou en UNTI ou en césarienne et même en chirurgie majeure comme des cas ambulatoires. De même, plusieurs fiches de consultations hospitalisation au-delà de 72h ne sont pas retrouvés au moment de la contrevérification ou les patients séjournent moins de 72 heures, mais validé par l'EUP. De plus, pour certaines prestations, le nombre de cas approuvés par les vérificateurs est pour la plupart à plus 150% de cas inscrits dans le registre alors que les accouchements sont souvent dirigés par un personnel non formé en SONU ou avec partogrammes non conforme à la norme. Il est à noter également le non-respect du protocole de PEC par la surconsommation de F75 en absence d'œdèmes ou F100 en présence d'œdèmes ou absence de critères de sorties, mais validés par l'EUP, notamment à l'HGR SIA.
- **Contre vérification qualitative des hôpitaux généraux de référence** : la comparaison qualitative n'a pas été possible dans 2/5 HGR (Kingandu et Pay Kongila) du fait de l'indisponibilité des évaluations de la DPS Kwilu alors que les 3/5 autres HGR ne présentent aucun écart entre les évaluateurs et l'ACVE dans l'ensemble. Cependant, certains domaines (finance, comité des indigents, PF, laboratoire CPN, hygiène et stérilisation) des HGR visités de la province restent encore critiques.
- **Contre vérification qualitative des centres de santé** : dans l'ensemble, la province du Kwilu n'a pas enregistré d'écart moyen quantitatifs pour les prestations liées aux FOSA. Cependant, les FOSA de cette province présentent des disparités quantitatives pour certaines prestations. Ces disparités se justifient par le fait que pour les 1^{ère} CPN, les usagers ne bénéficient pas des interventions spécifiques (SP et Mébendazole), les cas ne sont pas renseignés dans le registre, des fiches CPN au CS ne sont pas disponibles, manque de formation des prestataires en CPN Recentrée, mais aussi la non notification des mesures anthropométriques. De même, les accouchements assistés sont dirigés par certains personnels non qualifiés (infirmière de niveau A3), avec des partogrammes non renseignés sur la mise au seins précoce. De plus, les fiches de CPS redynamisée enfants de 0 à 23 mois ou de 24 à 59 mois sont gardées par les parents dans la communauté et d'autres sont sans mesures anthropométriques.
- **Contre vérification qualitative des centres de santé** : l'écart moyen entre l'ACVE et les évaluateurs (24,2%) reste critique dans la quasi-totalité des CS de la province. Les raisons sont multiples. D'une part, les évaluateurs maîtrisent peu la grille qualité des CS. D'autres part, le temps mis après le passage des évaluateurs aggravé par le manque ou la précarité du matériel ou du personnel non formé et/ou les ruptures fréquentes d'intrants.
- **Contre vérification communautaire** : Les écarts restent relativement faibles entre les résultats enregistrés (retrouvé, existant et la satisfaction) par l'ACVE et les ASLO de l'EUP, hormis les cas ayant utilisé les services. Ainsi, les résultats des enquêtes communautaires réalisées par les ASLO ont montré que tous les usagers existent et ont été retrouvés à plus de 85% avec une utilisation moyenne des services à plus de 90%. Le taux d'utilisation des services exprimé par les usagers est inférieur à celui exprimé pendant les enquêtes des ASLO de l'EUP dans la ZS. Cependant, la plupart ont déclaré être satisfaits, mais propose tout de même quelques recommandations sur l'accueil et l'hygiène de la FOSA.

3.3.1. Contre vérification du cadre de performance de la DPS Kwilu

Graphique 38 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance de l'ECP Kwilu



Commentaires :

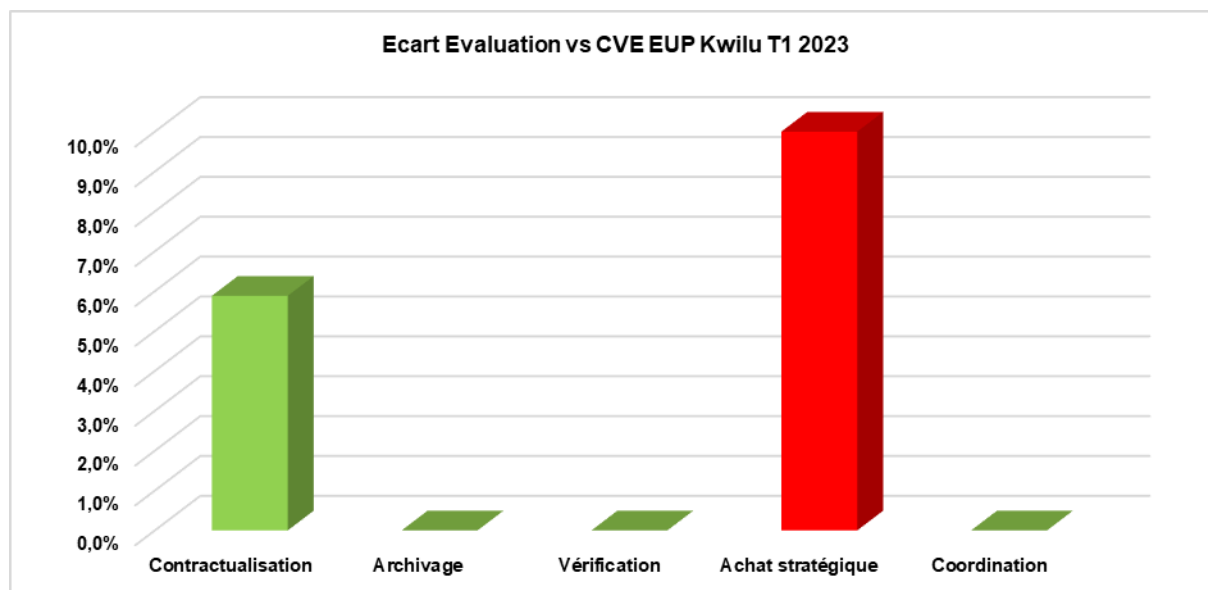
A la DPS Kwilu, l'écart réalisé par le CPP (81,98%) et l'ACVE (56,19%) est de 25,79%, qui reste supérieur à ceux des missions précédentes (T3 2022, 19,44% et T4 2022, 20,62%) et largement significatif au seuil de tolérance (10%). Cet écart est lié à la connaissance peu approfondie de la grille par les évaluateurs et les acteurs de mise en œuvre des activités à la DPS. Ainsi, les évaluateurs ont attribué des cotes pour des activités non réalisées par la DPS, notamment la **Supervision/encadrement** et le **pilotage (préparation des réunions du CPP-SS)** pour lesquelles il y avait un manque de moyens financiers (PTF et/ou PMNS).

A la DPS de Kwilu, malgré que l'**évaluation trimestrielle de la performance des ECZ** s'est déroulée hors délai (10/4 au 14/07/2023), sans plans de redressement ou grilles qualités des HGR non scellées (Gungu, Kimputu...), l'**évaluation trimestrielle/semestrielle** de la qualité des HGR/CSR, où il n'y a ni de liste certifiée par la CT AS, ni le sceau de la DPS sur tous les PM encore moins de plan de redressement ZS, mais sont tous côtés par le CPP. De plus, dans cette DPS, le plan trimestriel de formation des **ressources humaines** n'intègre pas le suivi des formés, alors que les carnets de bord ne sont pas à jour (Jeep land Cruiser 4X4, STA 720, STA 721) pour la **gestion des ressources matérielles**. La gestion de l'**information Sanitaire** n'enregistre aucune accusée de réception des rapports envoyés aux 24 ZS.

Bien qu'il y ait des domaines ayant connu des cotations attribuées sans preuve d'exécution de l'activité, il a été observé à l'**Enseignement des Sciences de la Santé**, la non-attribution par le CPP, de la cotation relative à l'existence du rapport de supervision des ITM/IEM élaboré et transmis à toutes les parties prenantes dans le délai avec accusé de réception disponible.

3.3.2. Contre vérification du cadre de performance de l'Agence de Contractualisation et de Vérification (ACV) Kwilu

Graphique 39 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance de l'EUP Kwilu



Commentaires :

Comme les deux dernières contre vérifications, il n'y a aucune différence significative entre le score accordé par la CSE (77,5%) et celui de l'ACVE (75 %). Cependant, quelques points d'attentions méritent des commentaires.

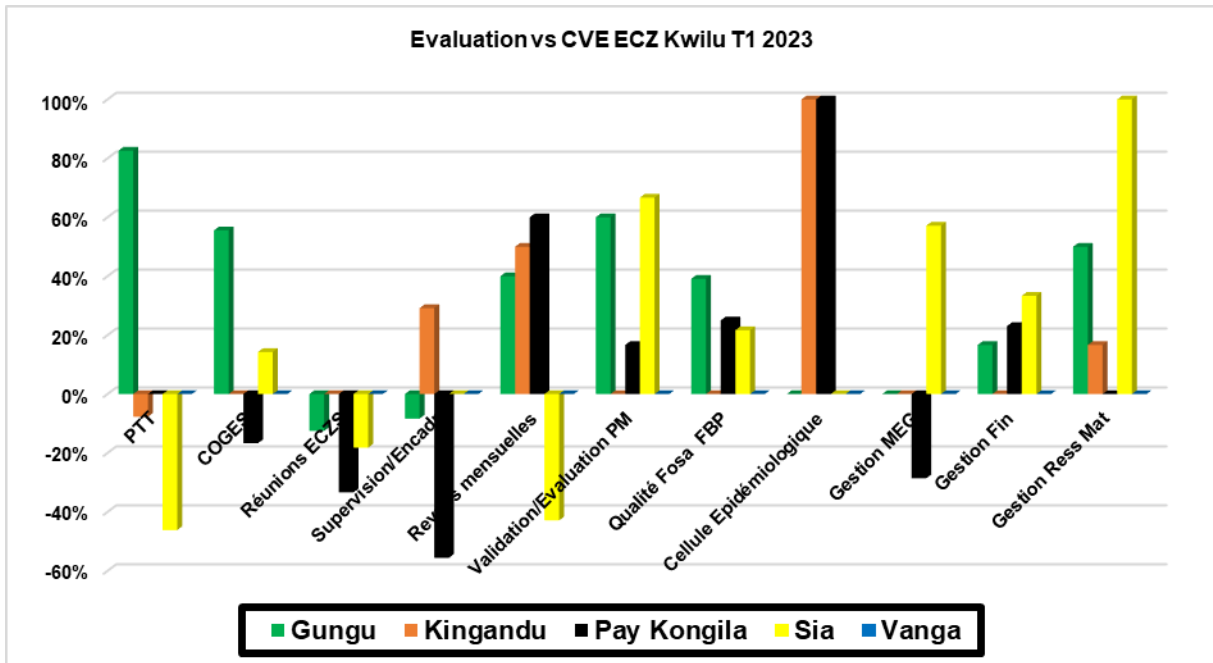
Concernant la **contractualisation** en conformité avec les critères CTAS, deux réunions n'ont pas été tenues et dans l'ensemble seulement le quorum de 60 % n'est pas atteint (45,23%) ; et le CR de la réunion du 31/01/2023 ne planifie pas les activités avec l'administration ni avec la finance. Sur la gestion des **ressources matérielles**, aucun câble de kilométrage des engins de l'EUP de la province de Kwilu (1 Jeep Land cruiser 4x4 et 6 motos reçus en 2017) fonctionne. A l'EUP Kwilu, le rapport annuel d'activités est transmis sans accusé de réception, annulant ainsi la cotation octroyée.

Sur la vérification des **résultats et validation des données**, la réunion de restitution des missions trimestrielles de vérification (quantité et communautaire) ne fait aucune analyse sur les résultats quantités et communautaires encore moins les mesures d'amélioration prises. De plus, la synthèse des avis et suggestions aux bénéficiaires sur le **rapport de vérification communautaire** sont rarement égales aux FOSA (Djuma 13 FOSA= 10 synthèses, Sia 10 FOSA= 0 synthèse), car certaines FOSA sont inaccessibles et/ou non couvertes par les réseaux téléphoniques. Cette situation réduit également la transmission de ces synthèses aux FOSA concernées avant le 30 -ème jour du dernier mois du trimestre précédent, encore moins les accusées de réceptions de ces bénéficiaires.

Contrairement aux évaluateurs, le **rapport de mission** de vérification partagée aux EZS définit clairement les actions d'améliorations. De plus, sur l'encrege le CR de la réunion du groupe de travail financement et couverture sanitaire universelle du trimestre ressort les défis présentés par l'EUP en rapport avec la mauvaise utilisation des ressources par les formations sanitaires (détournement, vol, financement ascendant...) et les actions correctrices.

3.3.3. Contre vérification du cadre de performance des équipes cadres de zones de santé du Kwilu

Graphique 40 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance des ECZ Kwilu



Commentaires :

50% des ECZ (Kingandu, Pay Kongila) n’ont pas enregistré d’écart significatif entre les évaluateurs de la DPS et l’ACVE alors que ECZ Vanga n’a pas été évalué. Cependant, les ECZ sans écart significatif relèvent quelques points critiques nécessitant une attention particulière. Ces points touchent la **supervision/ encadrement** pour laquelle le rapport d’analyse de la qualité des fosas n’est pas disponible, les TDR de supervision des CS Kimbimbi, Kanga Nzadi, Kizungu et Kindji ne sont pas en adéquation avec les goulots d’étranglements, certains rapports ne ressortent pas sur le respect de la TF (rapport CS Dungu, Kulu, Kimbimbi...) ni de plan de redressement en rapport avec les problèmes liés à la qualité des soins des services SRMNEA- NUT et NAC dans la ZS de Kingandu.

Sur l’**organisation des revues mensuelles**, certains feedback n’ont pas de sceau des fosa (CS Kingwaya, Kipande, Sondji...) et le tableau de bord pour le suivi des indicateurs n’est pas à jour (juin 2023). Dans cette ECZ, seulement 87/273 REH soit 31,9% de promptitude pour les réunions hebdomadaires de la Cellule Épidémiologique. A Pay Kongila, les 3 CR de la **revues mensuelles** ne sont pas disponibles encore moins des accusés de réceptions alors qu’il n’existe pas de tableau de bord à jour pour le suivi des indicateurs phares de la ZS (CE, CPS, PF moins de 20 ans, CPON, accouchement assisté) alors que les **PM** des CS (Mungulu, Kasoma) n’ont pas de sceau des FOSA. Sur la **qualité Fosa sous contrat FBP**, certains CS (Kimbi, Kisumbu) n’ont pas de plan de redressement, les CR de réunion de monitoring ne renseignent pas les éléments de la qualité, 12/22 OM ne sont pas disponibles (CS Minzimba, Kisamba, Kibeti...) et aucune REH (de la cellule épidémiologique n’est disponible et la promptitude interne est seulement de 76,6% (239/312).

1. Equipe cadre de la zone de santé de Gungu :

S’agissant de l’**élaboration et exécution du PTT**, il n’y a pas de réunion de validation du PTT et seulement 42% d’activités de ce PTT sont déclinées du PAO. De plus, ce plan ne contient que 6,4% des activités nutritionnelles et NAC (CPN, CPS, AA, PF moins de 20 ans, dépistage et orientation des cas malnutris) et est transmis à la DPS sans accusé de réception. Sur ce PTT, moins 80% d’activités

(77,9%) programmées sont exécutées et seulement 40% activités nutritionnelles/NAC programmées sont exécutées.

Concernant la **préparation et participation à la réunion du COGE de la ZS**, aucun partenaire, ni le MDH ne participe à la réunion de COGES et le rapport du COGES n'analyse pas l'évolution de l'utilisation des services (CPS, CPN, PF moins de 20 ans, CPON). Dans ce rapport, la gestion des médicaments et intrants nutritionnels, ni la gestion des ressources matérielle ne sont pas discutés.

Quant à l'**organisation des revues mensuelles** pour l'analyse des données de la ZS, il n'y a pas de feedbacks écrits et envoyés à tous les CS avec accusé de réception et le tableau de bord pour le suivi des indicateurs phares de la ZS (CE, CPS, PF moins de 20 ans, CPON, ACCOUCHEMENT ASSISTE) n'est pas à jour depuis janvier 2023.

Quant à la **validation/Evaluation de PM**, les fiches d'évaluation des PM des Fosa sous contrat FBP ne sont pas signées par l'EUP (HGR Gungu , Kasanza Pondo , gungu2 , gungu1..) et toutes les rubriques des PM des Fosa ne sont pas remplies (Kasaza Pondo, Kwilu, Mundundu, Kobo, Ngugu1). Seulement 7 % (2/28, Kakoy, Mbangi) des **grilles qualités** des services des Fosa sous contrat FBP est disponible au BCZ, car le reste est emporté par l'EUP.

Le rapport de la **gestion financière** mensuel est incorrectement rempli et le solde n'est pas conforme au livre de caisse (Janvier : 8029 \$, Février :3968 \$, Mars 6974 \$ vs Janvier :7026 \$, Février : 3733 , mars : 6536,5 \$) et la fiche d'inventaire trimestriel pour la gestion des ressource matérielles de la ZS n'existe.

Cependant, la non cotation par les évaluateurs de certains indicateurs (existence de12 comptes rendu des réunions hebdomadaires, existence de 12 listes des présences signées par les participants) alors que coté par l'ACVE a entraîné une amélioration sur les **réunions ECZS**

2. Equipe cadre de la zone de santé de Sia :

La vérification et la contre vérification du cadre de performance de l'ECZ Sia ont montré un écart de 13,3 % touchant les domaines ci- après.

S'agissant de la **préparation et participation à la réunion du COGE de la ZS**, le taux (57%) de réalisation des décisions/recommandations pertinentes prises au sujet des problèmes liés à l'offre et à la demande des soins est en dessous de 80%. A Sia, le BCZ n'a pas de classeurs pour organiser chronologiquement les dossiers de la **gestion financière** alors que le fichier de suivi dettes et des créances n'est pas à jour. Quant à la **gestion des ressources matérielles**, aucune fiche d'entretien de matériels disponible et aucun engin n'a été présenté pour confronter les carnets de bords avec les tableaux de bords desdits engins.

Concernant la **validation/Evaluation de PM**, aucune fiche d'évaluation disponible au BCZ et seulement 8/20 rapports d'accompagnement sous PBF sont indisponibles et 100% de PM n'ont pas le sceau de l'EUP.

Sur la **qualité Fosa sous contrat FBP**, les TdRs pour l'évaluation qualité n'existent pas, 8/20 plan de redressement n'existe pas (CS Panu, Bulu, Lukinga, Mbwasa, Mbalibi, Sia et Mbala) alors que les responsables du BCZ ne sont pas informés du suivi de la retenue de 20% encore moins l'appliquer pour la **gestion MEG**.

Cependant, l'**élaboration et exécution du PTT de la ZS**, 14/15 soit 93,33% des activités NAC/Nut sont réalisées. De même, les éléments de la mise en œuvre du PTT sont ressortis sur la planification hebdomadaire des **réunions ECZS** et 100 % des CS ont reçu le feedback après l'analyse du SNIS pour le T1/2023 pour l'**organisation de revues mensuelles**.

3. Equipe cadre de la zone de santé de Vanga :

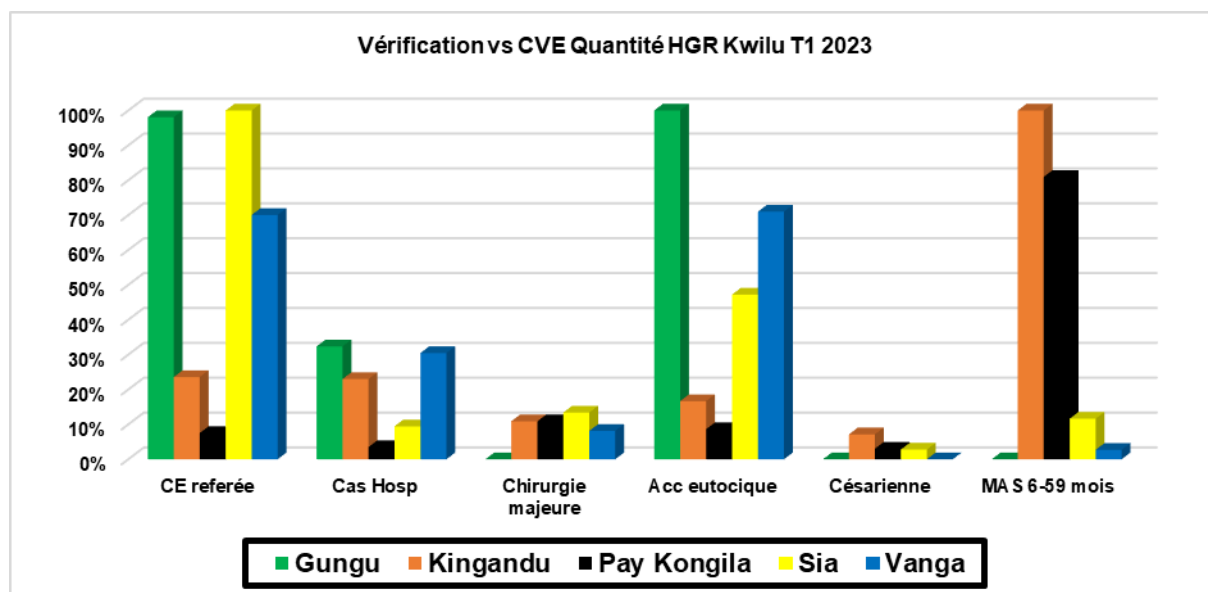


La contre-évaluation de l'ECZ Vanga n'a pas été possible, car le BCZ était en grève et a refusé de travailler avec l'ACVE.

3.3.4. Résultats de la contre vérification des hôpitaux généraux de référence du Kwilu

3.3.4.1. Contre vérification quantitative

Graphique 41 : Résultats de la contre vérification quantitative des HGR du Kwilu



Commentaires :

Tous les HGR (5/5) ont enregistré des écarts moyens significatifs entre les quantités validées par l'EUP et celles certifiées par l'ACVE.

1. Hôpital général de référence de Gungu :

L'EUP (259) a validé plus 156 % des cas de **consultation ambulatoire** inscrits dans le registre (163) alors que l'ACVE en a retenu que 3% (5) des cas. Les motifs d'invalidation se justifient par la perte de dossiers (113), de billets de référence (47) et de l'absence de signature du consultant (3).

Bien que l'HGR ait enregistré seulement 324 cas d'**hospitalisation/admission au-delà de 72h**, l'EUP a validé 442 cas contre 299 pour l'ACVE. Les cas invalidés par l'ACVE sont liés à la non notification de mesures anthropométriques (11), mais aussi des fiches non retrouvées.

La quasi-totalité (63) de **cas d'accouchement eutocique en milieu hospitalier** validés par l'EUP ont été rejetés pour manque de preuve de formation du personnel en SONU.

2. Hôpital général de référence de Kingandu :

La quasi-totalité (5) des **cas MAS** validés par l'EUP sont annulés par l'ACVE pour absence de résultats de test d'appétit encore moins les motifs d'admissions (N°1,2,3,4,5,6...) et deux cas d'**accouchements assistés** séparent l'ACVE (10) et l'EUP (12) pour partogrammes non retrouvés (N°40 et 50).

Le nombre de cas de **consultation ambulatoire** validés par l'ACVE (227) ne constitue que 76 % de ceux de l'EUP (297). Cet énorme écart est lié à l'absence de dossiers ou de non notification du PB des FEFA, mais surtout à la surestimation des cas validés par l'EUP (237 cas enregistrés pour 297 cas validés par l'EUP).

L'ACVE (278) a réduit de 23 % le nombre de **cas d'hospitalisation au-delà de 72h** validés par l'EUP (361) du fait d'une incohérence. En effet, l'EUP a validé 361 cas alors qu'il y avait seulement 310 inscrits dans les registres (Maternité, Médecine Interne, Pédiatrie). Les mêmes observations sont faites sur l'écart de 5 cas entre l'ACVE et l'EUP en **chirurgie majeure** où il y a seulement 51 cas enregistrés alors que l'EUP en a validé 55.

3. Hôpital général de référence de Pay Kongila :

Sur la **chirurgie majeure**, l'EUP (58) a validé la quasi-totalité des enregistrés alors que l'ACVE en a rejeté 5 pour partogrammes avec rature/surcharge (3) sur le mois/ l'année d'admission et de partogrammes (2) non remplis sur la partie BCF (12, 31).

L'ACVE (4) a invalidé 81% des **cas MAS** validés par l'EUP (24) pour plusieurs raisons. En effet, l'EUP a validé 21 cas alors qu'il y avait seulement 18 cas inscrits dans le registre. De plus, les fiches ne renseignent pas les critères d'admission, ni le test d'appetit effectué à l'admission encore moins les complications médicales.

4. Hôpital général de référence de Sia :

La totalité des cas de **consultation ambulatoire** avec référence validés par l'EUP, a été annulée par l'ACVE, car ces cas ont tous été hospitalisés au-delà de 72h, justifiés par le fait que les populations n'ayant pas d'habitats dans la cité ne peuvent être traitées en ambulatoire, alors que 7 cas de **chirurgie majeur** séparent l'EUP (214) de l'ACVE (207) pour dossiers non retrouvés (1277/23, 1313/23, 1248/23,.....).

L'ACVE (38) a réduit à près de 48% la validation de l'EUP (72) pour manque de preuve de formation des prestataires en SONU pour l'**accouchement eutocique assisté** alors que 4 patients séparent l'ACVE (38) et l'EUP (42) des **cas MAS** du fait du non-respect du protocole de PEC (surconsommation de F75 en absence d'œdèmes ou F100 en présence d'œdèmes ou critères de sorties) (11/21/1/9/8..)

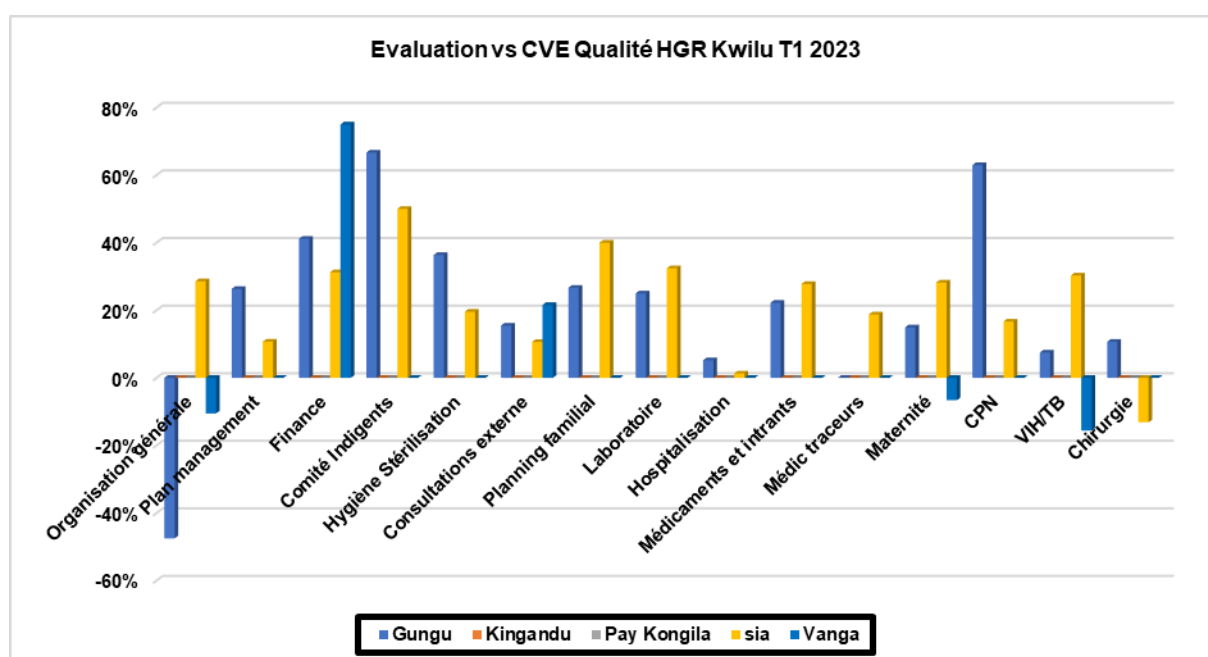
5. Hôpital général de référence de Vanga :

Bien que l'HGR ait enregistré seulement 504 cas de **consultation ambulatoire**, l'EUP a validé 1115 cas sans preuves valables contre 334 cas de l'ACVE. Les 170 cas invalidés par l'ACVE sont liés aux fiches non retrouvées (98), des fiches sans traitement (51) ou non signées par le consultant (21).

L'ACVE (429) a confirmé seulement 69% des **cas d'hospitalisation/admission au-delà de 72h** validés par l'EUP (617), car plus du tiers des fiches ne sont pas disponibles (188), surtout en pédiatrie alors que l'ACVE (20) a rejeté plus 70% de cas d'**accouchement eutocique en milieu hospitalier** vérifiés par l'EUP (69) pour absence de preuve de formation en SONU (formation réalisée fin mars 2023).

3.3.4.2. Contre vérification qualitative

Graphique 42 : Résultats de la contre vérification qualitative des HGR du Kwilu



Commentaires :

Dans la province de Kwilu, 5/5 HGR ont été contre-vérifiés et 2/5 présentent des écarts entre l'ACVE et les évaluateurs. Cependant, les HGR Pay Kongila et de Kingandu ne peuvent être comparés, car les grilles de la DPS ne sont pas disponibles. A Vanga, il n'y a pas d'écart significatif entre l'évaluation qualitative de la DPS et l'ACVE. Néanmoins, certains domaines demeurent encore critiques et nécessitent quelques points d'attention. Sur la **consultation externe**, le prestataire ne maîtrise pas les signes généraux de danger des maladies chez l'enfant alors que les rubriques des recettes et celles des soldes ne sont pas renseignées sur la **finance**.

1. Hôpital général de référence de Gungu :

Avec un écart de 15 % des scores entre l'évaluation et la contrevérification, les raisons concernent 10 domaines dont certains sont expliqués dans la suite.

Concernant la **gestion financière**, l'outil indice n'est pas appliqué sur les recettes locales et le personnel ne maîtrise pas le mode calcul de sa prime de performance. De plus, la caissière n'était pas disponible pour accéder à la caisse afin de confirmer l'espèces disponibles à l'HGR alors qu'aucune réunion de CODIR ne traite le point sur l'utilisation des services par les **indigents**. En rapport avec l'**Hygiène et élimination des déchets médicaux**, le MDH signe en lieu et place du président du comité d'hygiène et il n'y a pas de poubelles dans la cour, car souvent volé par un attardé mental. De plus, Il n'y a pas de réserve d'eau pour rendre les toilettes/latrines propres et le personnel ne maîtrise pas le protocole de stérilisation.

Quant à la **consultation externe**, le registre n'est pas clôturé à la fin du mois et la plupart des diagnostics et les traitements de l'IRA aussi bien que les cas MAS ne sont pas conformes aux protocoles alors que les **médicaments** périmés ne sont pas séparés du stock. De plus, Il n'y a pas de rapport d'inventaire mensuel de médicaments. Dans ce HGR, aucun prestataire n'est formé en **PF**, encore moins à l'approche de services adaptés aux adolescents/aux jeunes et il n'y a pas d'échantillon de méthodes PF dans la salle de counseling. En plus, les disques des critères d'éligibilités pour les contraceptifs n'existent pas.

La liste des examens n'est pas affichée au service **laboratoire** de cet HGR et le résultat des examens de laboratoire ne sont pas notifiées dans le registre pendant qu'il n'y a pas de lames et lamelles, ni de tests rapides de paludisme ou un flacon de giemsa disponibles dans le laboratoire. A la **CPN**, le personnel n'est pas formé en CPNr et les plaintes ne sont pas notifiées sur les fiches de l'évaluation rapide. En **chirurgie**, il y a absence de respirateur électrique et de moniteur cardiaque.

Pendant que la salle de **maternité** ne garantit pas la confidentialité et il n'y a aucun intrant disponible relatifs aux conseils pour la PF dans la salle. De plus, la stérilisation des seringues d'AMIU ne se fait pas selon la technique de désinfection de haut niveau. En plus, Il y a absence de matériel de collecte de données sur la SAA et il n'y a pas de plan de gestion de SAA en partenariat avec la communauté. Dans cet HGR, le SAA n'est pas assuré conformément aux normes.

2. Hôpital général de référence de Kingandu et Hôpital général de référence de Pay Kongila



La comparaison des écarts entre la DPS et l'ACVE pour les HGR Kingandu et Pay Kongila n'a pas été possible, car les grilles de la DPS ne sont pas disponibles

3. Hôpital général de référence de Sia :

A Sia, 13/15 domaines rencontrent encore d'énormes difficultés entraînant un écart général de 17% entre l'évaluation et la contrevérification.

Sur l'**organisation générale**, l'horaire de travail mensuel n'est pas à jour, ne dispose pas de téléphone de service fonctionnel et l'HGR ne fait pas le suivi des 10 problèmes prioritaires identifiés dans le PM. De plus, le graphique des recettes et dépenses ne sont pas affichées. De même, l'HGR n'a ni ambulance encore moins de chambre ou bâtiment pour servir de transit des cas de décès dans la structure.

Le **PM** ne renseigne pas les financements pour les soins aux indigents et les éléments d'analyse de l'utilisation des services (quantité) de la dernière vérification comparée aux objectifs fixés dans le PM du dernier trimestre. Dans cet HGR, la salle de **PF** n'a pas de porte et aucune preuve de formation en PF, mais aussi ce service ne dispose pas de préservatifs féminins alors que, aucun CR de CODIR ne fait mention sur l'utilisation des services pour le **comité des Indigents**.

Sur l'**hygiène et Stérilisation**, les toilettes sont impropres avec les odeurs nauséabondes, la lampe solaire pour la garde ne couvre que deux services (maternité et chirurgie), les déchets médicaux sont visibles dans la fosse à déchets et la fosse à placenta est sans cadenas. Concernant la **consultation externe**, le registre est non clôturé chaque fin de mois et l'agent ne maîtrise pas les signes de dangers de la maladie de l'enfant. De plus, la diarrhée n'est pas classifiée, le statut vaccinal n'est pas renseigné sur les fiches de l'enfant et le rapport taille/âge n'est pas notifié sur les fiches. En plus, il y a des ruptures fréquentes d'intrants, l'HGR ne dispose d'aucun kit pour le retrait/insertion de DIU et dispose seulement d'un kit d'insertion d'implant au lieu de 2 exigés par la grille.

Au service de **laboratoire** de Sia, le technicien de laboratoire n'est pas qualifié. Il n'existe pas de protocole d'élimination de déchets, ni de fiche de stock pour la tenue des réactifs et les lames examinées du trimestre évalué sont détruites alors qu'il y a plusieurs ruptures de médicaments traceurs (Misoprostol, Vitamine A 100000 UI, Vitamine A 200000 UI, Plumpy Nut, Lait F75, Lait F100) à l'HGR Sia.

Sur la **gestion médicaments et intrants**, les bons de commandes ne sont pas validés par la ZS, sans factures, la pharmacie n'est pas bien aérée et aucune preuve d'envoi des inventaires au BCZS encore moins le rapport synthèse de la gestion de MEG au BCZS. Le prestataire ne maîtrise pas le calcul de la cible de la **CPN** et ne notifie pas la date, ni sa signature sur les fiches. De plus, les fiches du service **VIH/TB** ne renseignent pas la charge virale, encore moins le contact du parrain.

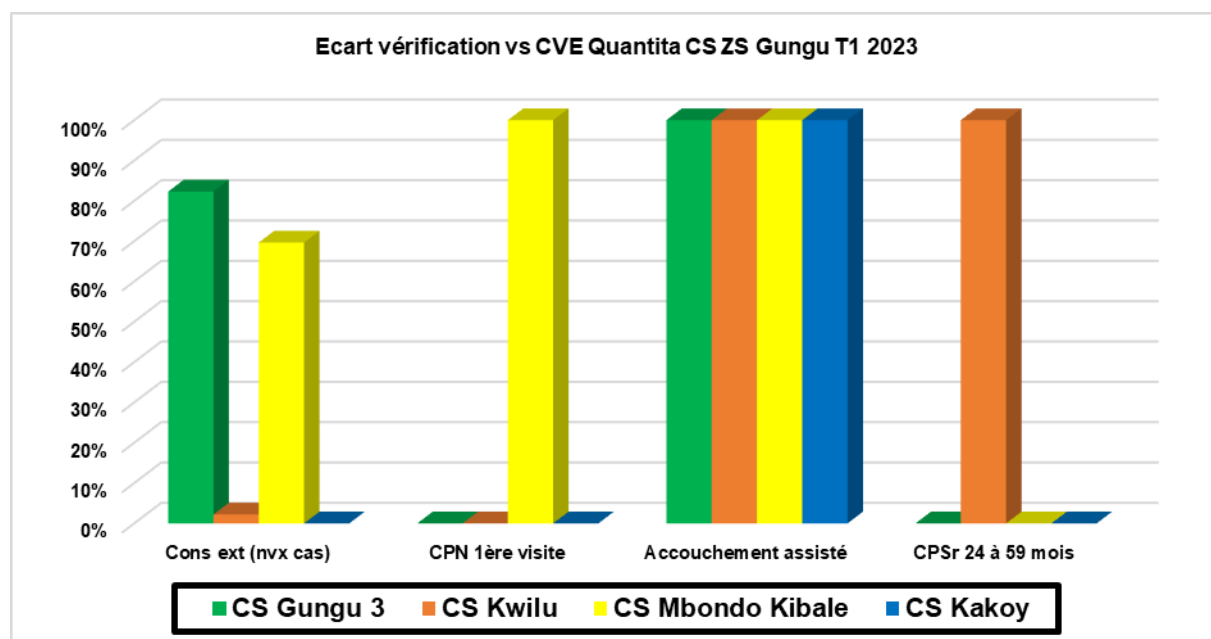
S'agissant le **service de maternité**, il y a absence de seau métallique inoxydable, dispose moins de 50 cc de lidocaïne 2% et l'accouchement n'est pas réalisé par un personnel formé en SONU, mais surtout les soins après avortement ne sont pas réalisés à l'HGR Sia.

3.3.5. Résultats de la contre vérification des centres de santé du Kwilu

3.3.5.1. Contre vérification quantitative

1. Zone de santé de Gungu

Graphique 43 : Résultats de la contre vérification quantitative des CS de la ZS de Gungu



Commentaires :

La moyenne des écarts entre les quantités validées par l'EUP et celles approuvées par l'ACVE sont au-delà de 10 (26%) pour l'ensemble de FOSA. Cette situation touche 4/5 FOSA (CS Gungu 3 (30%) CS Kwilu (37%) , CS Mbondo Kibale (45%) et le CS Kakoy (17%).

1.1. Centre de santé Gungu 3 :

L'ACVE a confirmé seulement 31/175 cas de **consultation Externe** validés par l'EUP du fait de la perte de plus de 53% (61) de fiches, des fiches sans porte d'entrée des ordinogrammes (62) ou des fiches sans nom et signature du consultant (57) alors que **les accouchements Assistés** sont tous invalidés, car sont dirigés par un personnel non formé en SONU (33) ou des partogrammes non retrouvés (63), même si l'EUP en a validé 33 cas.

1.2. Centre de santé Kwilu :

L'ACVE a annulé les 93 cas **d'accouchements assistés** validés par l'EUP, car sont tous dirigés par un personnel sans preuve de formation en SONU. A la **CPS redynamisée enfants de 0 à 23 mois**, 414/846 sont écartés pour manque de mesures anthropométriques alors qu'aucun cas de **CPS redynamisée d'enfants de 24 à 59 mois** n'est validé par l'ACVE, car les parents emportent les fiches chez eux quand bien même que l'EUP en a validé 403.

1.3. Centre de santé Mbondo Kibale :

En rapport avec la **consultation externe**, seulement 17/846 enregistrés sont validés par l'ACVE contre 56 cas de l'EUP. Ces nombreuses invalidations se justifient par l'absence de fiches (801) et d'autres fiches sans porte d'entrée d'ordinogramme (28). Au CS Mbondo Kibale, aucune fiche disponible pour la **CPN 1^{ère} visite** lors du passage de l'ACVE alors que l'EUP en a validé 8/19 cas enregistrés et aucun **accouchement assisté** validé par l'ACVE, car **sont** tous dirigés par un Personnel non formé en SONU quand bien même que l'EUP ait validé 6 cas.

1.4. Centre de santé Kakoy :

Tous les 29 **accouchements Assistés** enregistrés au CS sont tous rejetés car sont dirigés par un personnel sans preuve de formation en SONU alors que l'EUP en validé 13 cas.

2. Zone de santé de Kingandu

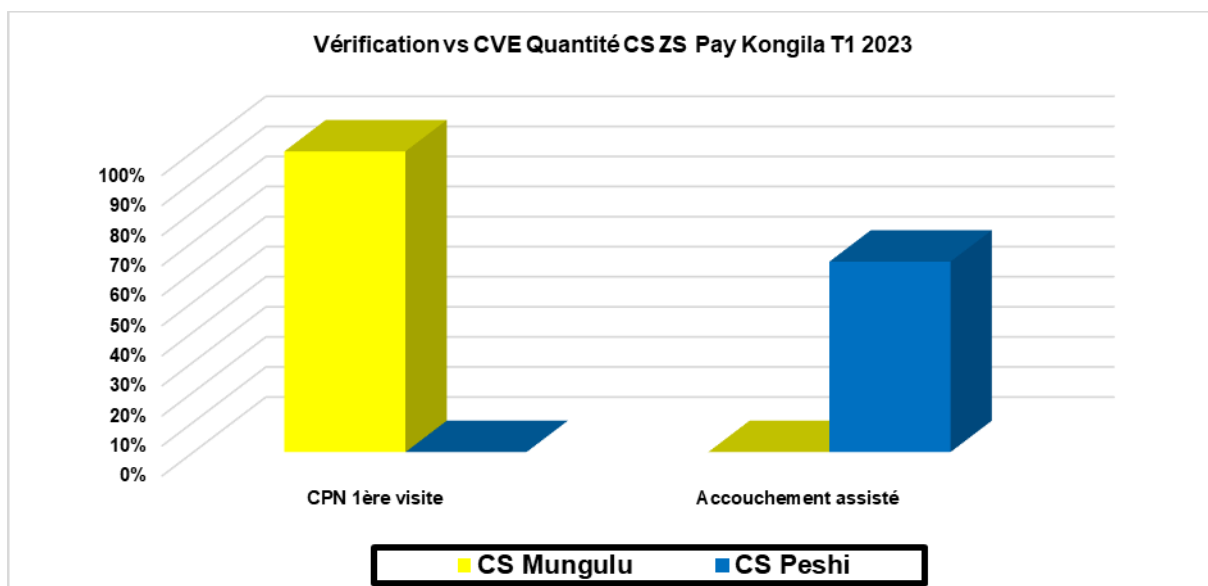
Seulement le **Centre de Santé Kibudi** a enregistré un écart significatif dans la ZS de Kingandu.

En effet, les 21 cas de **CPN 1** inscrits dans le registre sont tous écartés, car ne renseignent pas l'administration de SP, Mébendazole, fer et d'autres fiches ne sont pas retrouvées alors que l'EUP en a validé 1.

Néanmoins, l'accouchement assistés demeure encore critique dans les CS Kulungu Nzadi où les partogrammes ne renseignant pas la mise au sein précoce.

3. Zone de santé de Pay Kongila

Graphique 44 : Résultats de la contre vérification quantitative des CS de la ZS de Pay Kongila



Commentaires :

Dans l'ensemble, cette ZS ne présente pas d'écart moyen, même si les CS Mungulu(16,7%) et CS Peshi (10,6%) enregistrent des écarts. Dans cette ZS, l'**accouchement assisté** au CS Kimbwalu nécessite encore beaucoup d'attention, car plusieurs partogrammes ne sont pas correctement et complètement renseignés.

5.1. Centre de santé Mungulu :

Pour ce CS, les 14 cas **CPN1** validés par l'EUP ne sont pas confirmés car aucune fiche n'était disponible lors de la contre vérification.

5.2. Centre de santé Peshi :

Seulement 37% des cas validés par l'EUP (30) sont confirmés par l'ACVE (11), car certains **accouchements assistés** sont dirigés par un prestataire non formé en SONU et d'autres ne renseignent pas le BCF (Ex: N° 04,05,04).

4. Zone de santé de Sia

Seulement le **Centre de Santé Kibwadi** présente un écart de **19%** entre la vérification de l'EUP et la contre vérification de l'ACVE.

Dans ce centre de santé, à la **consultation externe**, l'ACVE (455) a réduit de 340 cas la validation de l'EUP (795) du fait de la non notification des mesures anthropométriques (Poids, Taille et PB).

Sur la **CPN 1ère visite**, l'ACVE a validé 12 cas de moins que l'EUP (38), car les mères ne bénéficiaient pas des interventions spécifiques (SP et Mébendazole) ou les cas ne sont pas inscrits dans le registre(fiche n°: 3,6, 8 et 11).

Concernant **les accouchements assistés**, l'ACVE a confirmé seulement 31 cas des 42 cas validés par l'EUP, car les partogrammes sont incorrectement renseignés (le nom de l'accoucheuse est inscrit en lieu paca de l'accoucheuse (n°: 1,2, 3, 4....)).

Bien que le CS **Nto**, soit dans la limite de **10%** d'écarts, il présente 2 indicateurs (**CPN 1ère visite et accouchement**) critiques. Ainsi, au CS Nto, les usagers de la **CPN 1ère visite**, ne bénéficient pas des

interventions à haut impact (SP et Mébendazole) alors que les **accouchements assistés** sont dirigés par un personnel non qualifié (infirmier A3) et certains partogrammes ne renseignent pas la mise au sein précoce

5. Zone de santé de Vanga

Dans l'ensemble, il n'y a pas d'écart moyen significatif entre les quantités validées par l'EUP et celles approuvées par l'ACVE pour les FOSA de la ZS de Vanga, sauf pour le **Centre de santé Monsia**, l'unique a dégage un écart significatif de 33%.

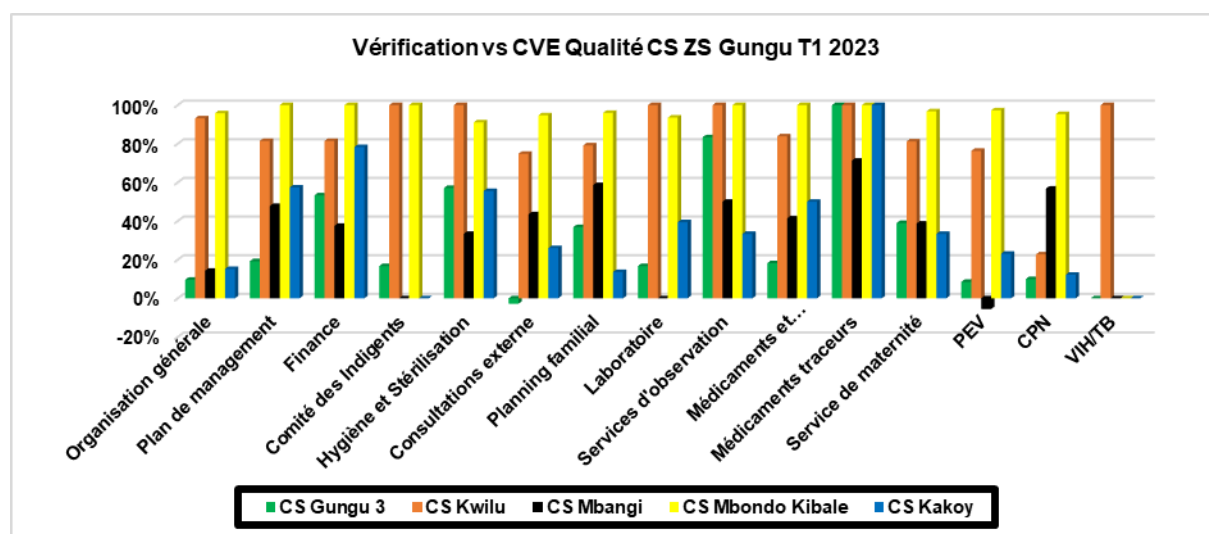
Deux indicateurs sont à la base des écarts observés entre les évaluateurs et l'ACVE. En effet, tous les **cas de CPS redynamisée enfants de 0 à 23 mois (554) comme 24 à 59 mois (685)** sont tous invalidés par manque de fiches au CS (les parents repartent chez eux avec les fiches) même si l'EUP en a validé respectivement 71 cas et 85 cas.

Par ailleurs les CS Kiyoko et Kikongo Tangu ont enregistré des irrégularités en rapport avec les **accouchements assistés, CPSr 24-59 mois, Enfant MAS 6-59 mois pris en charge au CS et récupéré** essentiellement liés aux personnels non formés en SONU/PCIMA/CPSr, mais surtout la non notification des mesures anthropométriques sur certaines fiches.

3.3.5.2. Contre vérification qualitative

1. Zone de santé de Gungu

Graphique 45 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Gungu



Commentaires :

Tous les CS contre vérifiés dans la ZS de Gungu présentent des écarts significatifs entre l'évaluation et l'ACVE (**CS Gungu (12,2%) ; Kwilu (61,2%) ; Mbangi (19,6%) ; Mbondo Kibale (68,3%) ; Kakoy (21,4%)**), entrainant un écart moyen de **36,6%**.

1.1. Centre de santé Gungu 3 :

9/15 domaines présentent des écarts significatifs entre l'évaluation et la contre vérification. Concernant l'**organisation générale**, l'ACVE a constaté que la carte de l'aire de santé n'est pas affichée, le CS ne dispose pas de téléphone, ni de rapports encore moins de protocoles VAD. De même, les CR des réunions techniques ne ressortent pas l'évaluation des recommandations antérieures et les CR des réunions du CODESA ne sont pas disponibles. De plus, il n'y'a pas d'accusé de réception du BCZS sur les rapports SNIS, même si tous ces indicateurs ont été coté par les évaluateurs.

A CS Gungu 3, il n'y a pas de grille d'évaluation de la qualité, ni de CR de la réunion préparatoire encore moins le **PM** dans un classeur alors qu' aucun document sur la **gestion financière** n'est disponible (rapport financier, livre de caisse et l'outil d'indices). Sur la **consultation externe**, le tarif négocié, les protocoles national du paludisme et de la PCIME ne sont pas affichés dans la salle de consultation, mais surtout le personnel ne maîtrise pas les signes de danger de la tuberculose.

En rapport avec la **PF**, le personnel n'est pas formé et le CS ne dispose pas d'outils, ni d'intrants alors que sur la **gestion des médicaments et intrants**, les fiches de stock ne sont pas à jour, les médicaments ne sont pas étiquetés et la pharmacie n'est pas aérée. De plus, le RUMER, la liste des fournisseurs des médicaments certifiés, les rapports de gestion mensuelle, d'inventaires et les bons de commandes validés par le BCZS ne sont pas disponibles.

Quant aux **médicaments traceurs**, le RUMER et les fiches de stock indiquent des ruptures fréquentes de stock de plusieurs molécules et intrants pour la période contrevérifiée pendant que le service **PEV** ne dispose pas de table OMS rapport taille/âge encore moins un réfrigérateur. De plus, le personnel formé en **CPN** ne dispose pas de certificat et le CS ne mentionne pas le nombre de participants aux séance d'IEC/CCC.

1.2. Centre de santé Kwilu :

A l'**organisation générale** du CS de Kwilu, le CR de la réunion technique du mois de janvier n'est pas disponible, l'horaire de travail n'est pas à jour et il n'y a pas de signature du président de CODESA sur les CR des réunions techniques. Ce CS ne dispose pas de téléphone et les rapports SNIS ne sont pas transmis au BCZS dans le délai, ne fait ni l'analyse de données et les rapports de VAD ne sont pas disponibles. De plus, les CR des réunions CODESA n'abordent pas les thèmes de VAD. En plus, la grille d'évaluation du **PM** et le CR de la réunion de sa validation ne sont pas archivés. De même, le PM transmis au BCZS n'a pas d'accusé de réception et le CR de la réunion de préparation de l'élaboration du PM n'existe pas.

Pour la **gestion financière**, le rapport financier ne respecte pas le modèle du ministère de la santé alors que la liste des indigents n'existe pas au CS pour l'**utilisation des services par les indigènes et personnes avec incapacités de payer les soins médicaux**. Concernant la **consultation externe**, les protocoles de prise en charge de la PCIME, des IRA et de la diarrhée ne sont pas affichés. De plus, le consultant ne maîtrise pas les signes de danger de la tuberculose et les fiches UNTA ne renseignent pas les mesures anthropométriques.

Au service **PF**, les méthodes à longue durée et les critères d'éligibilité pour le choix de méthode ne sont pas disponibles alors que le **service d'observation** ne dispose d'aucun rapport. En rapport avec les **médicaments et consommables**, les prescriptions sur les fiches ne sont pas conformes à l'ordinogramme. Le CS ne dispose pas de local approprié pour la pharmacie et les médicaments ne sont pas étiquetés ni stockés en ordre alphabétique.

Dans le **service de maternité**, le paravent n'est pas placé entre la table d'accouchement et la porte de la salle d'accouchement. Les accouchements sont dirigés par un personnel non qualifié. Les soins après avortement ne sont pas administrés. Au CS Kwilu, il y a peu de bancs en **consultation préscolaire**, le système de jeton n'existe pas, les informations nutritionnelles pour les enfants avec courbe de poids stationnaire ou descendant ne sont pas notifiées, les mesures anthropométriques et l'administration de la Vit A ne sont pas renseignées sur les fiches. Concernant la **CPN**, les fiches ne mentionnent pas le nom du consultant et l'administration de la Sulfadoxine-pyriméthamine (SP) n'est pas renseignée.

Contrairement à ce qui précède, l'ACVE a observé une amélioration dans le domaine d'**hygiène et stérilisation** du fait de l'existence d'une porte fonctionnelle pour la clôture, la disponibilité des réceptacles et des poubelles avec couvercles pour les clients. De plus, la cour du CS était aussi bien entretenue. Également pour les **médicaments traceurs**, le CS a connu un approvisionnement en molécules et intrants.

1.3. Centre de santé Mbangi :

9/15 domaines ont connu des écarts significatifs entre l'évaluation et la contre vérification.

En effet, pour l'**organisation générale**, les CR des réunions techniques n'indiquent pas les aspects financiers, le suivi de la croissance, de la vaccination et de la PF. De plus, ces CR n'abordent pas l'analyse des données. Les CR du CODESA et les rapports des VAD ne sont pas classés alors que la grille d'évaluation **PM** n'est pas archivée.

Il n'existe aucun rapport **financier**, ni de livre de caisse, encore moins l'outil d'indices au moment de la contre vérification. De même, la liste des indigents n'est pas élaborée et aucun CR du CODESA n'est archivé. Pour ce qui est de l'**hygiène et stérilisation**, l'ACVE a constaté l'absence de clôture du CS et de poubelles à pédales dans la salle des soins. De plus, le CS est proche du trou à ordures (moins de 15m) et de faible profondeur. En rapport avec la **PF**, le prestataire ne maîtrise pas le mode de calcul de la cible, n'indique pas la CMM sur les fiches de stock et ne dispose d'aucune fiche vierge de PF.

Quant à la **gestion des médicaments et intrants**, l'ACVE a constaté l'absence de liste des fournisseurs de médicaments certifiés et les rapports mensuels de gestion des médicaments. De même le RUMER, les fiches de stock et d'inventaires ne sont pas disponibles alors que pour la **maternité**, l'ACVE a constaté l'absence de seau métallique inoxydable, de boîtes obstétricales et d'épisiotomies. De plus, le protocole de réanimation du nouveau-né n'est pas affiché et la salle d'accouchement n'est pas cimentée. Concernant le **PEV**, la salle d'attente n'est pas protégée contre la pluie et le soleil. De même, le CS ne dispose pas de supports de sensibilisation et de rapports IEC/CCC.

Contrairement à ce qui précède, l'ACVE a constaté des améliorations notables dans le service l'**observation** par la bonne tenue du registre du service.

1.4. Centre de santé Mbondo Kibale :

Le score qualité au CS Mbondo Kibale reste significatif, car 10/15 domaines sont énormément affectés par les écarts.

En effet, la grille d'évaluation du **PM** du trimestre passé n'est pas retrouvée tout comme le CR de la réunion de sa validation locale par les prestataires pendant que pour la **gestion financière**, l'ACVE n'a pas vu les rapports financiers mensuels ; par conséquent, il ne peut y avoir l'utilisation de l'outil d'indices pour la même période.

Concernant l'**hygiène et stérilisation**, l'ACVE a constaté que la FOSA n'est pas clôturée, n'a pas de porte fonctionnelle, ni de dispositif lave-mains à l'extérieur des toilettes, ni de trou à ordures encore moins de protocole de stérilisation, mais tous côtés par les évaluateurs. De même, les poubelles trouvées n'ont pas de pédales, le personnel affecté dans ce service ne dispose pas de chariot pour transporter les déchets. Pour la **PF**, les méthodes à longue durée (implant et DIU) ne sont pas disponibles encore moins les kits d'insertion et de retrait. En plus, le prestataire impliqué n'explique pas le mode de calcul du nombre de clients attendus alors que le **service d'observation** apprécié par les évaluateurs n'est pas fonctionnel.

Quant aux **médicaments et consommables**, les 5 fiches de stock des médicaments à forte rotation ne sont pas à jour et 21 items ont connu une rupture de stock de plus de 30 jours. Au **service de maternité** du CS Mbondo Kibale, la fosse d'assainissement pour évacuer des eaux usées n'existe pas, certains matériels tel que la toise, le ballon d'Ambu pédiatrique ne sont pas disponibles, le sol de la salle d'accouchement est fissuré et les partogrammes sont mal remplis. Dans ce CS, la **consultation préscolaire** ne dispose pas de calendrier pour récupérer les enfants ayant abandonnés la vaccination et le personnel impliqué à ce service n'estime pas correctement les besoins en vaccins. En plus, le personnel affecté à la **CPN** n'est pas formé sur la CPNr et les femmes enceintes ne bénéficient pas systématiquement de la SP.

Par contre, pour la **consultation externe**, la cote de l'évaluation a augmenté pendant la contre vérification externe parce que le registre est clôturé à la fin du mois et les signes de danger sont

observés sur les fiches de consultation du paludisme et la base de données renseigne les noms des prestataires formés en nutrition.

1.5. Centre de santé Kakoy :

Globalement, 7/15 domaines dans le CS de Kakoy sont plus affectés par les écarts.

Pour l'**organisation générale**, l'ACVE a constaté que l'horaire de service n'est pas affiché, les fiches CPS, CPN et PF ne sont classées. De plus, il n'y avait que 6 billets de référence disponibles et les rapports SNIS sont déposés au BCZS au-delà du délai. De même, les aspects financiers ne sont pas discutés lors des réunions du comité de santé, mais surtout il n'y avait pas des protocoles VAD disponibles quand bien même ils ont été tous côtés par les évaluateurs.

La grille d'évaluation et la lettre de transmission du **PM** ne sont pas archivées, tous les **rapports financiers** ne renseignent pas les rubriques de recettes et de dépenses. Aussi, le prestataire choisi ne connaît pas sa performance individuelle.

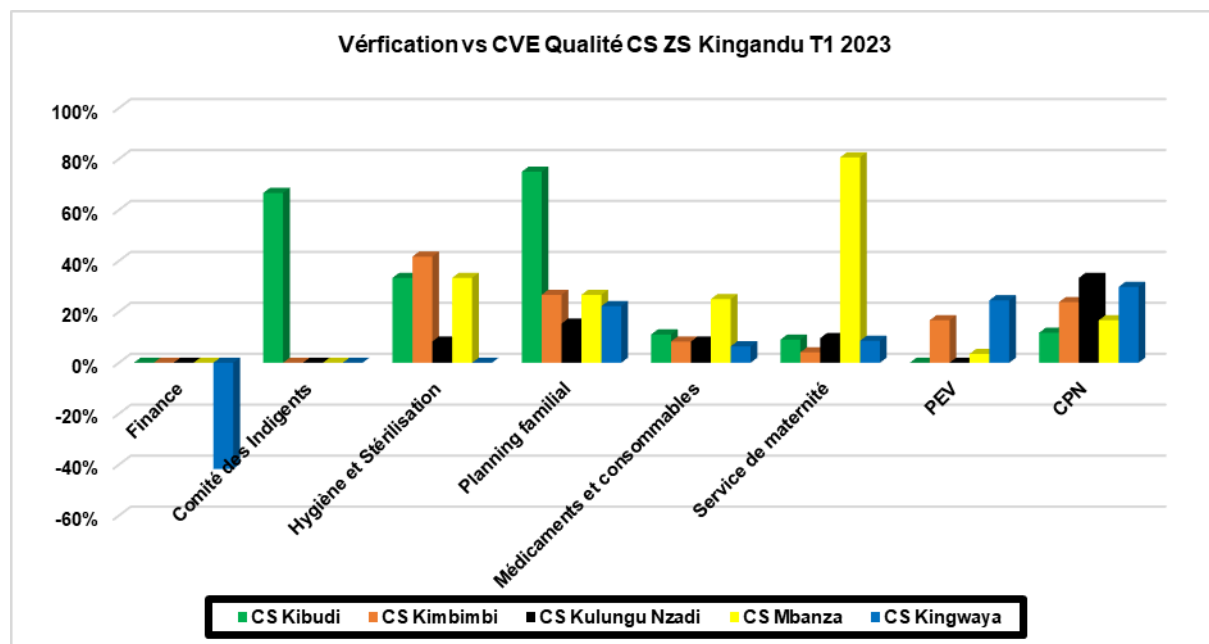
Pour ce qui est de l'**hygiène et stérilisation**, la FOSA n'a pas de clôture, ni de porte, encore moins des poubelles dans la cour. De plus, la seule latrine disponible est mal entretenue. De même, il n'y a pas d'eau dans la douche, le trou à ordures est de moins de 2 m et est situé à moins de 15 m du CS alors que la **consultation externe** se fait sans respecter l'ordre d'arrivée par manque de jeton. En plus, l'infirmier traitant ne maîtrise pas les signes de danger de la tuberculose, mais surtout les fiches PCIME ne renseignent pas l'état nutritionnel des enfants. Aussi, la PEC du paludisme ne respecte pas l'ordinogramme, l'utilisation des antibiotiques est abusive, le registre n'est pas clôturé à la fin du mois et la lumière n'est pas permanente 24h/24 dans ce CS.

Au CS Kakoy, le **laboratoire** n'est pas fonctionnel, pourtant coté par le BCZ de même que les fiches de stock et le RUMER ne sont pas à jour pour confirmer la bonne **gestion des médicaments et intrants**. De plus, les bons de commande, de livraison et les factures d'achat des médicaments ne sont pas archivés.

Cependant la contre vérification a observé une amélioration dans les domaines d'**observation** du fait du registre bien tenu.

2. Zone de santé de Kingandu

Graphique 46 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Kingandu



Commentaires :

Bien que la moyenne des 5 FOSA soit en deçà de 10%, certains domaines présentent encore des écarts significatifs. Au CS Kibudi, il n'y a pas CR des réunions, ni d'horaires affichés, ni de sceaux du BCZ sur les SNIS, ni de téléphone pour l'**organisation générale** alors que les protocoles de **VAD** ne sont pas disponibles. Dans ce CS, il n'y a pas de liste des indigents, pas de CR des CODESA, ni le rapport financier sur le coût de traitements des **indigents**. A Kibudi, pour l'**hygiène et stérilisation**, il n'y a pas de clôture, ni de porte pour les latrines, ni de dispositif de lave-mains fonctionnel, ni de fosse d'assainissement, ni de fosse d'élimination des déchets et pas de chariot pour le transport des déchets. Peu de personnel formé sur la **PF** et la salle n'est pas appropriée pour l'activité, il y a rupture de DIU, mais aussi de kits d'insertion et de retrait des DIU. De plus, le personnel ne maîtrise pas le mode de calcul de la cible PF et aucune fiche n'était disponible alors que 19% des **médicaments** sont en rupture. Dans ce CS, il n'y a pas de signature du prestataire, ni d'ATCD sur la plupart des fiches **CPN**.

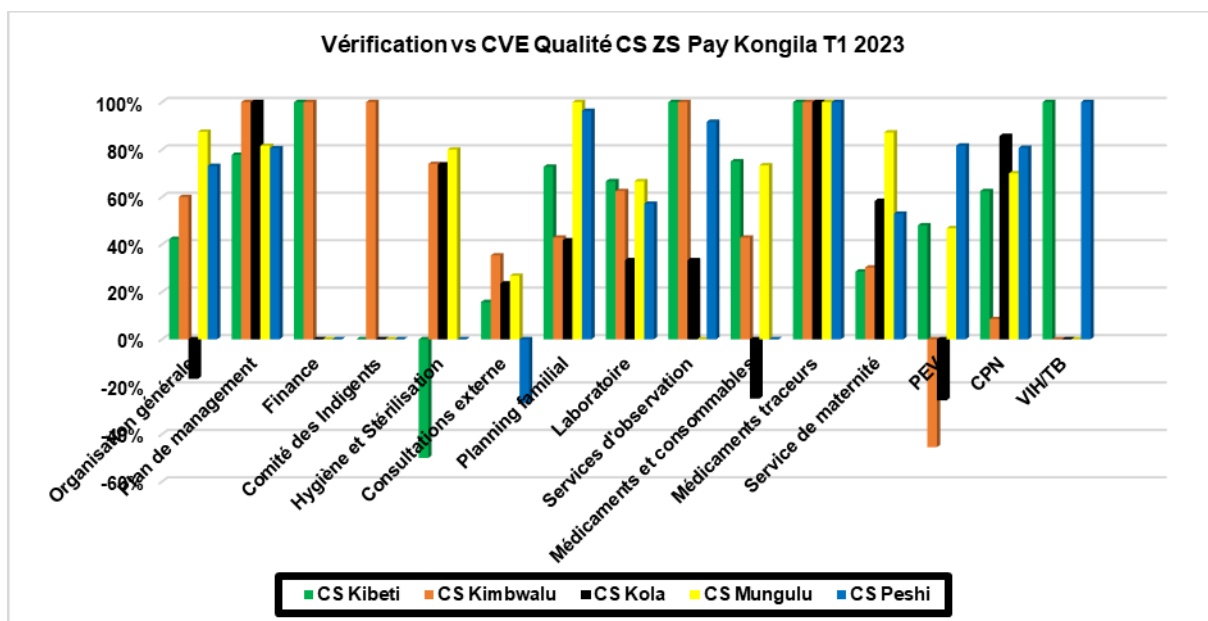
Au CS Kimbimbi, il n'y a pas de carte de l'aire santé, ni de téléphone, ni CR des différentes réunions, ni fiche de VAD et les 3 SNIS n'ont pas d'accusés de réception du BCZ pour l'**organisation générale**, alors qu'il n'a pas de poubelle bordée de sac, ni de désinfectant dans le tambour contenant le matériel souillé pour l'**hygiène et stérilisation**. Aussi, le personnel n'est pas formé en **PF** avec des ruptures en injectables, implant et DIU tandis qu'il n'y a pas de boîte à image pour la **CPS**. De plus, il n'existe pas de système de récupération des abandons et le personnel ne maîtrise pas de calcul de la cible des enfants à la CPS. De même, le MNP n'est pas disponible, certaines fiches ne renseignent pas les mesures anthropométriques et l'état nutritionnel pendant qu'aucun personnel n'est formé sur la CPN.

Au CS Kulungu Nzadi, aucun prestataire formé en **PF** et CPN. Quant au CS Mbanza, les instruments souillés sont sans désinfectant sur l'**hygiène et stérilisation** alors il n'y a pas de personnel formé en PF dans la structure, ni de CMM pour les préservatifs. Concernant, la **gestion des médicaments**, l'ACVE a observé que les fiches de stock de l'ocytocine et la Vit A ne sont pas à jour, il n'y a pas de liste tarifaire de la CDR, certaines fiches n'ont pas des prescriptions conforme (Palu simple avec Amoxicilline 500mg). Dans ce CS, 35% des produits **traceurs** sont en rupture de stock au moment de la CVE. Quant au **service de la maternité**, aucun partogramme disponible et la balance n'est pas fonctionnelle pour les activités de **CPN**, mais surtout, il y absence d'administration du Mébendazole sur la fiche.

Au CS Kingwaya, il n'y'a pas de préservatifs féminins, ni d'injectables encore moins le disque d'éligibilité des critères pour la salle. Au service de **maternité**, il n'y a pas de table de nuit, ni de ballons d'ambu, ni pingouin avec une seule boîte obstétricale et d'épisiotomie. De plus, le nom et la signature du prestataire ne sont pas renseignés sur certains partogrammes alors que la CPN ne renseigne pas sur les ATCD. Les fiches ne renseignent sur l'administration du Mébendazole alors qu'au service de VIH, le personnel formé en conseil n'a pas de certificat de formation.

3. Zone de santé de Pay Kongila

Graphique 47 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Pay Kongila



Commentaires :

Tous les 5 CS contre vérifiés dans la ZS de Pay Kongila présentent des écarts de scores significatifs entre l'évaluation et l'ACVE allant de 18,2% à 25,2%. Le **PM, Hygiène et Stérilisation, Planning Familial, Service d'observation, Laboratoire, Médicaments et Consommable, Médicaments traceurs, Service de maternité, PEV, CPN et VIH/TB** sont plus affectés pour les raisons ci-après.

3.1. Centre de santé Kibeti :

13/15 domaines contre vérifiés ont présenté des écarts significatifs entre l'évaluation de l'ECZS et la contre vérification de l'ACVE, pour les raisons ci-dessous.

En ce qui concerne l'**Organisation générale**, la carte de l'aire de santé n'existe pas, les CR de réunions technique ne sont pas disponibles et seulement une seule fiche standard trouvée le jour de la contre vérification. De plus, le CS n'a pas de téléphone, les problèmes prioritaires de santé ne sont pas suivis au cour du trimestre, le CODESA est non fonctionnel, encore moins les rapports VAD disponibles. Au niveau du **PM**, bien que le CR de la réunion de validation du PM soit disponible, la grille d'évaluation n'a pas été vue durant l'évaluation pour apprécier les différents critères. Aussi, le CR de la réunion préparatoire et celui de validation y compris le plan de couverture géographique de l'AS ne sont pas vus.

Sur la **Finance**, les 15 points accordés par l'ECZS n'ont pas été prouvés par l'ACVE lors de la contre vérification, car les rapports financiers de la période ne sont pas disponibles au niveau de la structure et l'outil indice n'est élaboré alors que le **Comité des indigents** n'est pas fonctionnel encore moins des preuves pour confirmer les 50% de cotes accordées par l'évaluation de l'ECZS. S'agissant de la **Consultation Externe**, le dispositif lave-mains n'existe pas, les matelas sont non couverts en tissu imperméable, la salle de consultation n'a pas d'horloge ni une source lumineuse, le personnel qui consulte n'est pas habillé en blouse étiquetée, le registre de consultation n'est ni à jour et celui de référence n'existe pas.

Il n'y a pas de preuve de formation en **PF** encore moins sur l'approche **services adaptés aux adolescents et jeunes** et la confidentialité n'est pas assurée, car les fenêtres sont sans rideaux, les intrants de PF et même les fiches de suivies sont en rupture de stock alors que le **service de laboratoire** n'est pas fonctionnel même si cela a été coté par les évaluateurs. En **Observation**, le rapport de garde et permanence n'existe pas, les lits sont sans matelas ni draps, la salle est impropre, la distance entre

les lits est de moins de 1 m, l'eau potable pour la prise de médicaments n'existe pas, le registre d'observation et les fiches ne sont pas disponibles, mais surtout les femmes et les hommes partagent la même salle.

En rapport avec les **médicaments et consommables**, les outils de gestion (RUMER, fiches de stock, bon de commande validé, bon de livraison) n'existent pas dans la structure. Le CS ne dispose pas de la liste tarifaire de fournisseurs certifiés et les médicaments/consommables ne respectent aucun principe de classement (FEFO/PPPS) alors qu'il y a absence d'outils de gestion pouvant renseigner sur la CMM et le stock disponible pour apprécier les différents critères sur les **Médicaments traceurs**. Dans le Service de **Maternité**, la salle d'accouchement n'a pas le chronomètre, aucune paire de gant stérile disponible, la source de lumière pour les examens gynécologique est inexistante pendant que les préservatifs et la boîte à instruments pour les SAA ne sont pas dans la salle d'accouchement.

En **PEV**, les fiches synthèses mensuelles ne sont pas disponibles, les séances de CCC ne sont pas documentées, la fiche de température date de 2021 pendant qu'en **CPN 1^{ère} visite**, les séances ne sont pas assurées par un personnel formé CPNr et les fiches ne sont pas correctement ni complètement remplies. De plus, les femmes enceinte ne sont pas supplémentées en Fer/Acide folique, Mébendazole et SP et les rapports de séances de CCC tenues à la CPN ne sont pas documentés.

Par contre, le domaine de **l'hygiène et stérilisation** s'est amélioré suite à la présence d'une fosse à déchets placée à 25 m du CS, plus de 70 m du ménage et à 500 m de la source d'eau.

3.2. Centre de santé Kimwalu :

14/15 domaines sont les plus touchés et sont expliqués dans les paragraphes qui suivent.

S'agissant de l'**Organisation générale**, les horaires de service sont indisponibles, les CR de réunions techniques de prestataires ne sont pas documentés et le CS n'a pas de téléphone portable. De plus, les rapports d'analyse de données SNIS n'existent pas, les CR de réunions de CODESA sont inexistantes et les rapports de VAD sont non vus alors que le **PM** n'est pas vu pour apprécier les critères d'évaluation.

Sur la **Finance**, il y a absence d'outils de gestions (rapports financiers, l'outil d'indices) au niveau de la structure alors que pour le **Comité des indigents**, les CR de réunions de CODESA, les soins des indigents ne sont pas évoqués, la liste des indigents est élaborée par les prestataires en absence des services attitrés et le rapport financier sur le coût de soins des indigents n'est pas disponible. Au niveau de **l'hygiène et stérilisation**, la structure n'est pas clôturée, ni de poubelles à pédales, la fosse d'élimination des déchets n'est pas bornée d'argile ni couverte, il y a présence de déchets bio médicaux dans la cour du CS, le tambour avec couvercle contenant un désinfectant n'existe pas et les matériels pour la prévention des infections sont non vus.

S'agissant de la **Consultation Externe**, la tarification n'est pas affichée en langue locale, les cartes numérotées et les jetons ne sont pas distribués par le réceptionniste, la solution hydro alcoolique manque dans la salle de soins et le lit de consultation est sans matelas couvert d'un tissu imperméable. De plus, le protocole national de diagnostic et de traitement du paludisme simple n'est pas affiché dans la salle de consultation, mais surtout les prescriptions pour la prise en charge des IRA et de la diarrhée ne respectent pas le protocole. De plus, les antibiotiques sont prescrits irrationnellement, les signes de dangers ne sont pas maîtrisés par les consultants tant pour la tuberculose que pour la PCIME et le protocole PCIMA n'est pas disponible. Dans ce CS, il n'y a aucun prestataire formé en **PF** encore moins sur l'approche de service de soins adaptés aux adolescents, la salle de PF a une porte sans serrure, un seul kit d'insertion d'implant est disponible, les tests de grossesse et le phallus sont indisponibles lors de la contre vérification. De plus, la structure n'a pas d'intrants, de matériels PF et le prestataire ne maîtrise pas la cible mensuelle des clients attendus en DIU et en Implants.

Au CS Kimwalu, aucun agent qualifié pour le **service de laboratoire** bien que le microscope binoculaire avec ses accessoires existe, 20 tests de diagnostic rapide de paludisme présents. Dans ce service, le registre pour les examens est inexistant, ni de réactifs de laboratoire encore moins un local approprié pour ce service alors que le service d'**observation** n'existe pas, même si coté par les

évaluateurs. S'agissant de la **CPN**, aucun personnel n'est formé en CPN recentrée. Concernant les **médicaments consommables**, il n'y a pas d'outils de gestions (fiches de stock, RUMER, bons de commandes, les rapports des inventaires mensuels, le rapport synthèse de la gestion mensuelle de médicaments) et le local de la pharmacie n'est pas propre. En rapport **Médicaments traceurs**, aucune CMM renseignée du fait de l'absence des outils de gestions (RUMER et Fiche de stock, bon de commande validés par l'ECZ et bon de livraison).

Au **service de maternité**, il n'y a pas de dispositif d'évacuation des eaux usées dans la fosse d'assainissement, ni le dispositif fonctionnel d'alimentation en eau (robinet d'eau courante relié à un réservoir ou citerne d'au moins 1000 litres) et le CS n'a pas de système d'éclairage permanent avec une source de lumière pour les examens gynécologique prévus.

Par ailleurs, il y a eu une amélioration au **service de PEV**, suite à la disponibilité de fiches CPS, du registre CPS, fiche de synthèse mensuelle et le cahier de routinisation, la présence d'une salle d'attente protégeant les clients contre les intempéries, disposant de 50 places assises.

3.3. Centre de santé Kola :

9/15 domaines sont les plus affectés et seront expliqués dans les lignes qui suivent.

Au niveau du **PM**, il n'y a pas de canevas d'évaluation du PM alors que pour l'**Hygiène et Stérilisation**, la structure n'est pas clôturée, ni de poubelles à pédales, ni de toilettes et douches en nombre suffisant, la fosse d'élimination des déchets n'est pas bornée d'argile ni couverte et la cour du CS est impropre encore moins débroussaillée et les matériels pour la prévention des infections ne sont pas disponibles.

De plus, les poubelles étiquetées selon la gravité des déchets n'existent dans ce CS alors qu'en **consultation externe**, la structure n'a pas de salle d'attente, ni de dispositif lave-mains et la tarification ne donne pas le prix unitaire traduit en langue local. En plus, le lit de consultation n'est pas couvert de matelas lavables, la PCIME n'est pas intégrée et les différents protocoles de prise en charge (IRA, Diarrhée, Tuberculose.....) ne sont pas affichés et ne maîtrise pas les prescriptions. De même, le personnel ne maîtrise pas les signes de danger de la tuberculose.

Le **laboratoire** ne dispose pas de personnel qualifié et le registre des examens n'existe pas encore moins les résultats des examens renseignés sur les fiches ;alors qu'il n'y a pas d'outils de gestion pour les **Médicaments traceurs**. Au **Service de Maternité**, aucun dispositif d'évacuation des eaux usées, ni d'alimentation en eau d'au moins 100 litres envisagée dans la structure. De plus, la table d'accouchement est en mauvais état et la salle manque de petits matériels (tensiomètre, stéthoscope). En **CPN 1^{ère} visite**, le personnel en charge de l'activité ne maîtrise pas le nombre des attendus du mois et aucune preuve de formation en CPN.

Par ailleurs, il y a eu une amélioration sur les **Médicaments Consommables** par la présence de la tarification de la CDR pour la période sous revue et le **Service PEV** dispose de tous les vaccins et la Vit A . De même, pour le service **VIH/TB** dispose un stock de tuberculostatique pendant la **PF** s'est améliorée, car dispose d'un personnel formé et le Kit d'insertion de DIU est présent au CS.

3.4. Centre de santé Mungulu :

11/15 domaines sont les plus touchés qualitativement dans le CS Mungulu pour raisons ci-dessous. S'agissant de l'**Organisation générale**, les rapports SNIS du trimestre sous revu ne sont pas disponibles, les problèmes prioritaires de santé du trimestre ne sont pas analysés, l'horaires de service n'est pas disponible et les CR de réunions technique de prestataires ne sont pas documentés. Ce CS n'a pas de carte de couverture de l'aire sanitaire, ni le téléphone cellulaire. De plus, les CR de réunions de CODESA sont inexistantes et les rapports de VAD ne sont pas disponibles alors que le canevas **PM** n'est pas disponible et le CR de la réunion préparatoire y compris la liste de présence ne sont pas vus.

Au niveau de l'**hygiène et stérilisation**, la structure n'est pas clôturée, il y a absence de poubelles avec pédales, les toilettes et douches ne sont en nombre suffisants, la fosse d'élimination des déchets n'est pas bornée d'argile ni couverte, la cours de CS a des déchets ménagers, le tambour avec couvercle contenant un désinfectant n'existe pas, avec une cour non débroussaillée et les matériels pour la prévention des infections sont indisponibles encore moins des poubelles étiquetées selon la gravité des déchets. Aucun prestataire n'est formé en **PF** encore moins sur l'approche de service de soins adaptée aux adolescents. De plus, la salle de PF est sans serrure, avec insuffisance de kit d'insertion d'implant, avec rupture de méthodes modernes, de préservatifs, de tests et le phallus est indisponible dans la salle de démonstration. De même, la structure n'a pas d'intrants et matériels PF, le prestataire ne maîtrise pas la cible des clients attendus en DIU et Implants.

Dans ce **service de laboratoire**, la liste des examens, les images de parasites ne sont pas affichées, la centrifugeuse, les réactifs, les lames et lamelles sont inexistantes. Les poubelles, la boîte de sécurité pour les objets pointus, les procédures et le conteneur avec la solution de désinfectant sont absents alors que les **médicaments et consommables** aussi bien que les **médicaments traceurs** n'ont pas d'outils de gestion (RUMER, fiches de stock, bon de commande validé, bon de livraison) dans la structure et le CS ne dispose pas de liste pour la tarification des fournisseurs certifiés.

Au service de **maternité**, la salle d'accouchement n'est pas séparée de la salle de travail avec une porte sans serrure, ni de chronomètre, ni de gants stériles, ni de source de lumière pour les examens gynécologique, sans drap propre, ni de préservatifs encore moins la boîte à instruments pour les SAA disponible dans la salle d'accouchement alors qu'il n'y a pas de registre de CPS, ni de cahier de routinisation, ni de fiches de suivi de CPS pour la **PEV**. De plus, les matériels d'IEC ne sont pas disponibles, les séances de CPS se déroulent en plein air et ne sont pas documentées avec les feuilles de température à jour sans seringues de dilution. De même, le prestataire ne maîtrise pas le calcul de la cible des enfants attendus.

En rapport avec la **CPN 1^{ère} visite**, les fiches CPN sont en rupture de stock avec un personnel non formé en CPNr et ne dispose pas de fiches encore moins de rapports de séances de CCC.

3.5. Centre de santé Peshi :

11/15 domaines sont à la base des écarts significatifs observés entre l'évaluation de l'ECZ et l'ACVE dont les principales causes suivantes sont évoquées.

Sur l'**organisation générale**, la carte de l'aire de santé n'est pas affichée et la plupart d'outils de gestion ne sont pas disponibles alors qu'il n'y a pas de CR de réunion préparatoire, ni de validation, ni de couverture géographique de l'aire de santé, car la structure est nouvellement intégrée. A Peshi, le registre de **PF** n'est pas à jour, le prestataire ne maîtrise pas le calcul de la cible avec des ruptures des méthodes à courte durée. La salle de PF a des fenêtres sans rideau et le prestataire n'est pas formé alors que le **service de laboratoire** ne dispose pas de registre, ni la liste d'examen et les images de parasites affichés encore moins de petits matériels (centrifugeuse, les lames et lamelles). De plus, les poubelles, la boîte de sécurité pour les objets pointus, les procédures et le conteneur avec la solution de désinfectant sont absents dans le local de nettoyage du matériel.

Dans ce CS, il n'existe pas de service d'**observation** alors que la fiche de suivi n'a pas de CMM pour mesurer le niveau de stock disponible pour les **médicaments traceurs**. Le Service de **Maternité** est en paille, sans porte ni pavement, ni dispositif lave-main, ni d'alimentation en eau et le système d'évacuation des eaux usées ne sont pas organisés dans la structure. De même, il n'existe pas de salle de travail, ni de lits pour le séjour et aucun personnel n'est formé en SONU.

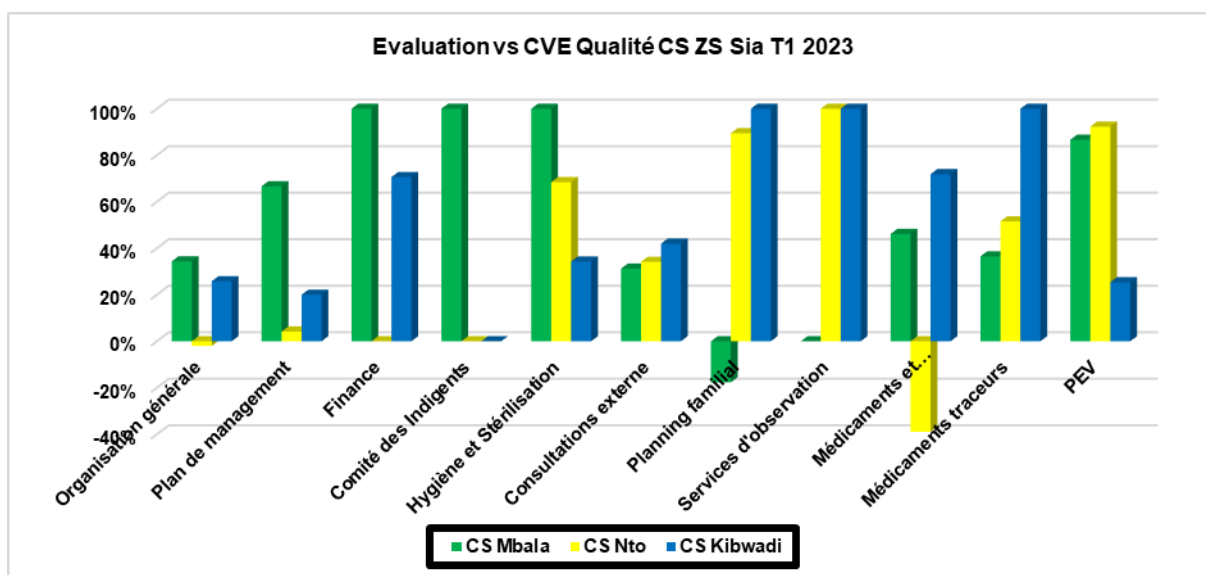
En **PEV**, les fiches CPS ne sont pas disponibles, le système de jeton n'est pas appliqué, la salle n'est pas protégée contre la pluie et les chaleurs, mais surtout les séances de CCC ne sont rapportées et documentées. De plus, les fiches individuelles des enfants ne sont pas disponibles, le CS n'a pas de réfrigérateur et le personnel ne maîtrise pas le calcul de la cible mensuelle attendue alors que les fiches **CPN 1^{ère} visite** sont en rupture de stock au moment de la contre vérification, le CS ne dispose de

balance pèse-personne et le personnel n'est pas formé en CPNr, mais tous ont été cotés par les évaluateurs. Dans ce CS, il n'y a pas de registre DCIP/PTME et de laboratoire au service **VIH/TB** avec un personnel non formé en counseling et le système de référencement pour le suivi de PVVIH n'existe pas. De plus, le suivi de soins de tuberculeux, de disponibilité de tuberculostatique et de co-infection ne sont pas appréciées pour absence de fiches de suivi au CS lors de la contre vérification.

Par contre, la **consultation externe** s'est améliorée du fait d'un bon diagnostic et traitement de paludisme simple et grave, d'une bonne prise en charge des IRA, Diarrhée, de cas de MAS et à l'administration de Vit A et Mébendazole chez les enfants avec de petits matériels disponibles.

4. Zone de santé de Sia

Graphique 48 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Sia



Commentaires :

3/5 CS contrevérifiés dans la ZS de Sia (**CS Nto : 13,8%, Mbala : 23,4% et Kibwadi : 29,6%**) ont connu des écarts de scores significatifs entre l'évaluation et la contrevérification. Parmi ces CS, **Kibwadi** a été plus affecté avec un score d'écart de **29,6%** à cause de l'absence de l'IT en congé de reconstitution sans laisser la clef de son bureau à l'ITA pour la contrevérification. Les raisons ci-après, justifient les écarts constatés dans les différents domaines les plus touchés.

4.1. Centre de santé Mbala :

Avec un écart de 22,6% entre l'ACVE (27,6%) et l'ECZ (50,3%), justifié par 8/15 domaines avec des soucis majeurs de qualités.

En ce qui concerne l'**Organisation générale**, la carte de l'aire de santé n'est pas affichée et la plupart des outils de gestion ne sont disponibles. A Mbala, il n'y avait pas de **PM** au T4 quand bien même cela a été coté par les évaluateurs de l'ECZ. Cependant, le **PM de T1** n'a pas de CR préparatoire ni de validation encore moins le plan de couverture géographique. En **Finance**, bien que l'outil indice soit coté par l'ECZ, l'ACVE ne l'a pas trouvé dans le CS alors que le **Comité des indigents** n'est pas fonctionnel même si cela a été coté par les évaluateurs de l'ECZS.

Dans ce CS, aucun indicateur sur l'**Hygiène et stérilisation** ne répond aux critères de validation de la grille même si cela a été coté à 21 points par les évaluateurs de l'ECZ. En rapport avec les **Médicaments et consommables**, le RUMER n'est pas à jour et les fiches de stock ne renseignent pas les CMM. De plus, le CS ne dispose pas de liste pour le tarifaire des fournisseurs certifiés et les médicaments/consommables ne respectent aucun principe de classement (FEFO/PPPS) pendant

qu'aucune CMM ne renseigne sur les différentes fiches de stock de **médicaments traceurs** disponibles dans le CS. Aucune fiche **PEV** pour la CPS disponible au CS lors du passage de l'ACVE.

Par contre, les domaines sur la **PF**, le CS dispose d'un registre de PF tenu à jour et les différentes fiches PF sélectionnées aléatoirement renseignent toutes les 5 variables exigées par la grille d'évaluation. De même, le rapport avec la **CPN 1^{ère} visite**, 2/5 fiches répondent aux critères de validation.

4.2. Centre de santé Nto :

Avec un écart des scores de 13,8% entre l'évaluation (43,1%) et la contre vérification (29,3%). Les 6 domaines les plus touchés sont présentés ci-après.

Au niveau de l'**hygiène et stérilisation**, la structure n'est pas clôturée et ne dispose pas de poubelles à pédales ni de fosse d'élimination des déchets encore moins le protocole pour l'élimination des déchets. A Nto, le prestataire ne dispose pas de preuve de formation en **PF**, ni d'intrants et matériels encore moins la maîtrise du calcul de la cible des clients attendus en DIU et Implants alors que le service d'**Observation** n'est pas fonctionnel (le registre, les rapports et les fiches pour observation n'existent pas), tout de même coté par les évaluateurs.

En ce qui concerne les **médicaments traceurs**, 73% des molécules sont soit en rupture, soit en quantité insuffisante au regard de leur CMM, contrairement à la situation constatée lors de l'évaluation de l'ECZS. L'écart significatif au niveau du **PEV**, est dû par l'absence de toutes les fiches CPS de la période contre vérifiée, justifié par l'absence de l'infirmier titulaire pendant la contre vérification, malgré que coté par l'ECZS. En rapport avec la **CPN**, l'ACVE a constaté que, 4/5 fiches sélectionnées au hasard ne renseignent pas sur les variables des 8 rubriques, l'administration de Fer/Acide folique et il y a le rapport d'IEC/CCC lors de la CPN qui n'est pas disponible.

Par ailleurs, il y a eu une amélioration sur le service de **laboratoire**, du fait de la présence de plus de 20 tests rapides de paludisme. De même, les RUMER sont bien tenu et à jour pour les **médicaments consommables**, leurs achats sont effectués auprès des fournisseurs certifiés, avec des bons de commandes validés par l'ECZS et les différents rapports d'inventaires sont envoyés au BCZS. De plus le **service de maternité**, renseigne correctement les partogrammes avec un personnel qualifié.

4.3. Centre de santé Kibwadi

Avec un écart de **29,5%** enregistré entre l'évaluation (65,5%) et la contre vérification (36,5%) lié essentiellement à l'absence de l'infirmier titulaire du CS. Ainsi, les 7 indicateurs les plus touchés sont justifiés ci-dessous.

En ce qui concerne la **finance**, les différents outils sur la gestion financière ne sont pas disponibles, alors que les conditions d'**hygiène et stérilisation** sont très précaires au niveau du CS (pas de poubelle avec pédale, couleurs uniques pour toutes les poubelles). Sur la **consultation externe**, les 64% de cotes octroyées par l'évaluation ne se justifient pas, car la structure n'a pas de salle d'attente, ni de dispositif de lave-mains. De plus, le tarif disponible ne donne pas le prix unitaire par forfait, la PCIME n'est pas intégrée au niveau du CS et le personnel ne maîtrise pas les signes de danger de la tuberculose.

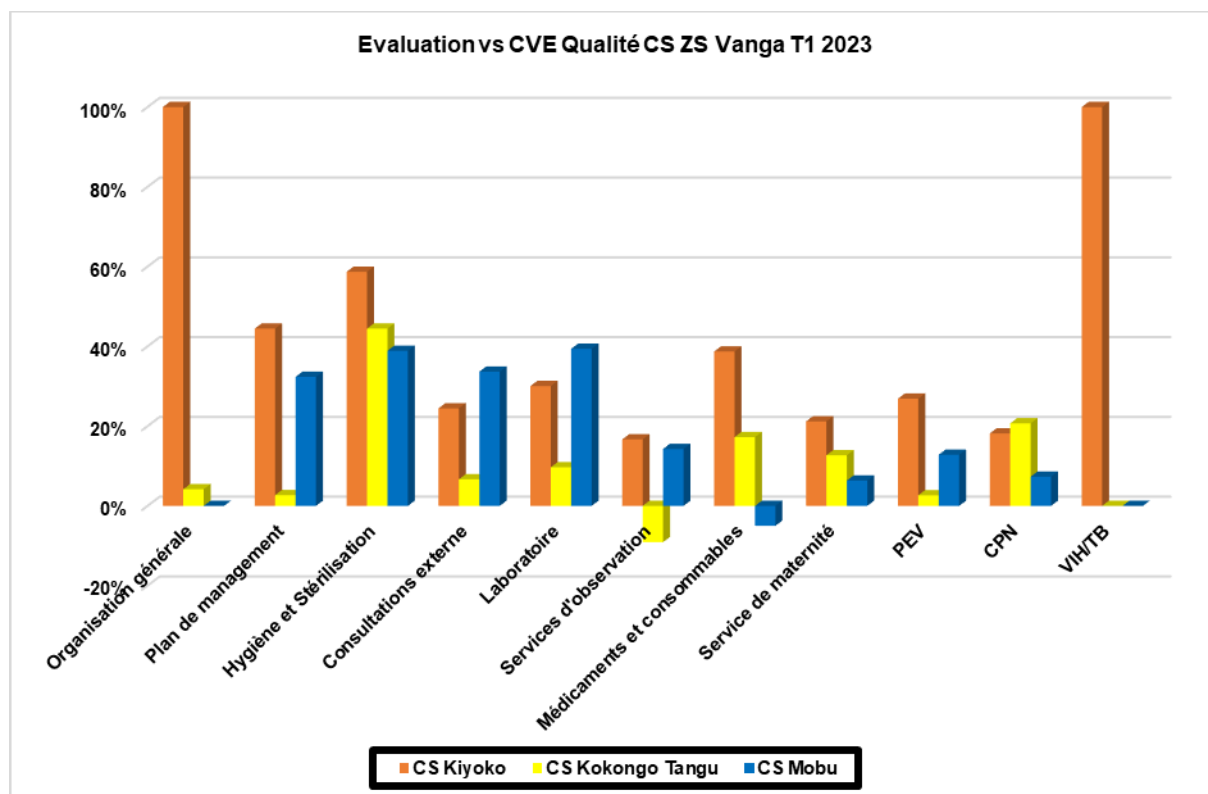
Au service de **PF, d'observation et au laboratoire**, aucun indicateur ne répond aux critères de la grille d'évaluation, contrairement à ce que l'évaluation de l'ECZS a pu trouver lors son passage dans ce CS.

Les **médicaments/consommables** ainsi que les **médicaments traceurs** ne disposent pas de RUMER ni de fiches de stocks. De plus, les bons de commandes et les factures ne sont pas disponibles.

Par contre les domaines sur **la CPN 1^{ère} visite**, l'ACVE a constaté une légère amélioration due par des fiches qui renseignent sur l'administration de 3 médicaments (**Fer/Acide folique, Mébendazole et SP**) au cours de la CPN.

5. Zone de santé de Vanga

Graphique 49 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Vanga



Commentaires :

Globalement, 3/5 CS (**20,0% CS Kiyoko ; de 10,4% Kikongo Tangu ; 10,6% Mobu**) contre vérifiés dans la ZS de Vanga présentent des écarts significatifs de 10,9% entre l'évaluation et la contre vérification.

5.1. Centre de santé Kiyoko :

13/15 domaines contre vérifiés présentent des écarts significatifs entre les évaluateurs et l'ACVE pour plusieurs raisons.

La cote de l'évaluation a régressé sur l'**organisation générale** parce que les CR des réunions techniques avec le personnel et celles du CODESA ne sont pas disponibles alors que la grille d'évaluation du **PM** du trimestre passé n'est pas disponible au CS encore moins renseigné sur les tarifs négociés. Quant à la **gestion financière**, les rapports financiers mensuels ne sont pas disponibles et un des membres de l'équipe du CS ne maîtrise pas l'évaluation individuelle, ni la prime de performance reçu au quatrième trimestre. Pour l'**hygiène et stérilisation**, la clôture du CS n'a pas de porte en bon état. De plus, les latrines et les douches ne sont pas conformes aux normes (ex : trous sans couvercle et présence des matières fécales, absence de porte-manteaux) et la fosse d'élimination des eaux usées est bouchée. Les protocoles de nettoyage et de stérilisation à pression ne sont pas disponibles. De même, les poubelles n'ont pas de pédales et le personnel commis au service d'hygiène n'est pas protégé (absence de bottes et des gants), mais aussi ne dispose pas de moyens pour transporter les déchets.

Quant à la **consultation externe**, les jetons à distribuer aux malades par le réceptionniste ne sont pas disponibles, les billets de référence ne sont pas en quantités souhaitées et le personnel qui consulte ne connaît aucun signe de danger de la tuberculose. De plus, ce service ne dispose pas d'otoscope, le statut vaccinal des enfants n'est pas évalué sur les fiches sélectionnées et la structure ne dispose aucun

intrait nutritionnel pour la PEC de cas MAS. Le **service de laboratoire** de ce CS ne dispose pas de lames et lamelles en quantité insuffisante. De plus, aucun test de diagnostic rapide de paludisme, le protocole d'élimination des déchets et des procédures de nettoyage ne sont pas disponibles, mais surtout le CS n'est pas un CDT pour participer au contrôle qualité des lames TB.

Dans ce centre, le **service d'observation** n'est pas fonctionnel, car ne dispose ni de registre ni de fiches d'observations et l'espace entre les lits est moins de 1m. Dans ce CS, les fiches de stock de médicaments à forte consommation ne sont pas à jour et les 21 items connaissent des ruptures de stock de plus de 30 jours pour les **médicaments et consommables**. Dans ce même centre, 22 items sont en rupture de stock de plus de 30 jours pour les **médicaments traceurs**.

Concernant le **service de la maternité**, le paravent n'est pas placé entre la porte de la salle d'accouchement et le lit d'accouchement, mais aussi les prestataires ne sont pas formés en SONU. Au service **consultation préscolaire**, la disponibilité de supports de collecte de données n'est pas en conformité avec la CMM, les rapports de séances d'IEC ne sont pas élaborés, le statut nutritionnel des enfants ne figure pas sur les fiches observées et aucune mesure mise sur pieds pour les abandons CPS.

Concernant la **CPN**, la balance pèse-personne est en mauvais état et les fiches CPN vierges sont en quantités insuffisantes et le prestataire qui assure l'activité n'est pas formé en CPNr de même que celui affecté pour le service **VIH/TB**.

5.2. Centre de santé Mobu :

La moyenne de score au CS Mobu est de 10,6% entre l'ACVE et les évaluateurs influençant ainsi sur 7 domaines comme suit.

En effet, la grille d'évaluation du **PM** du trimestre passé n'était pas disponible tout comme le CR de la réunion de sa validation locale par les prestataires alors pour la **gestion financière**, l'ACVE n'a pas vu les rapports financiers mensuels encore moins l'utilisation de l'outil d'indices pour la même période.

Concernant l'**hygiène et stérilisation**, l'ACVE a constaté que la FOSA n'est pas clôturée, ni de porte fonctionnelle, ni de dispositif lave-mains à l'extérieur des toilettes, ni de trou à ordures encore moins le protocole de stérilisation. De même, les poubelles trouvées n'ont pas de pédales et le personnel affecté dans ce service ne dispose pas de chariot pour transporter les déchets.

Pour la **PF**, les méthodes à longue durée (implant et DIU) ne sont pas disponibles, ni les kits d'insertion et de retrait de DIU. En plus, le prestataire impliqué à ce service ne maîtrise pas le mode de calcul du nombre de clients attendus alors que, le **service d'observation** apprécié par les évaluateurs n'est pas fonctionnel. Quant aux **médicaments et consommables**, les 5 fiches de stock des médicaments à forte consommations ne sont pas à jour et 21 items ont connu des ruptures fréquentes de stock de plus de 30 jours.

Quant au **service de maternité**, la fosse d'assainissement pour évacuer des eaux usées n'existe pas, certains matériels tel que la toise, le ballon d'Ambu pédiatrique ne sont pas disponibles, le sol de la salle d'accouchement est fissuré et les partogrammes sont mal remplis.

En **consultation préscolaire**, le service ne dispose pas de calendrier pour récupérer les enfants ayant abandonnés la vaccination et le personnel impliqué à ce service n'estime pas correctement les besoins en vaccins. En plus, le personnel affecté à la **CPN** n'est pas formé sur la CPNr et les femmes enceintes ne bénéficient pas systématiquement de la SP, fer/acide folique.

5.3. Centre de santé Kikongo Tangu :

La moyenne de score au CS Kikongo Tangu est de 10,4% entre l'ACVE et les évaluateurs avec 7/15 domaines les plus touchés pour les raisons suivantes.

Concernant l'**organisation générale**, les aspects financiers n'étaient pas présentés lors des 3 réunions techniques avec le personnel, ni discuté pendant les réunions du CODESA alors que sur le **PM**, la fiche d'évaluation n'est pas archivée au CS et n'intègre pas les stratégies pour faire face aux structures formelles de l'aire de santé. Quant à la **gestion financière**, les rapports financiers mensuels ne sont pas disponibles et un des membres de l'équipe du CS ne maîtrise pas l'évaluation individuelle ni la prime de performance touchée au troisième trimestre.

Ensuite pour l'**hygiène et stérilisation**, la clôture de la structure est en mauvais état, la fosse d'élimination des déchets n'existe pas, ni de poubelles à pédales encore moins la cour de la FOSA débroussaillée. De plus, le personnel en charge de l'hygiène ne dispose pas de chariot pour transporter les déchets et le trou de la toilette n'a pas de couvercle.

En **consultation externe**, la salle manque de dispositif de lave-mains, les patients ne reçoivent pas le jeton de couleur et le matelas n'a pas de tissu lavable. La personne qui assure la consultation porte une blouse non étiquetée et ne maîtrise pas les signes de danger de la tuberculose. De plus, le protocole PCIME n'est pas affiché encore moins le rapport mensuel UNTA disponible.

Au CS Kikongo Tangu, le test de grossesse n'est pas effectué chez les clientes reçues pour la **PF** et la chargée de la PF ne maîtrise pas la formule pour calculer les cibles alors que le **service d'observation** n'est pas fonctionnel (le rapport d'observation, le registre et les fiches ne sont disponibles). De plus, les enregistrements des entrées dans le RUMER des **médicaments et consommables** ne sont pas journaliers, les MEG consommés ne sont pas valorisés aux prix de vente des fournisseurs et la copie du rapport synthèse de gestion mensuelle des médicaments n'est pas disponible.

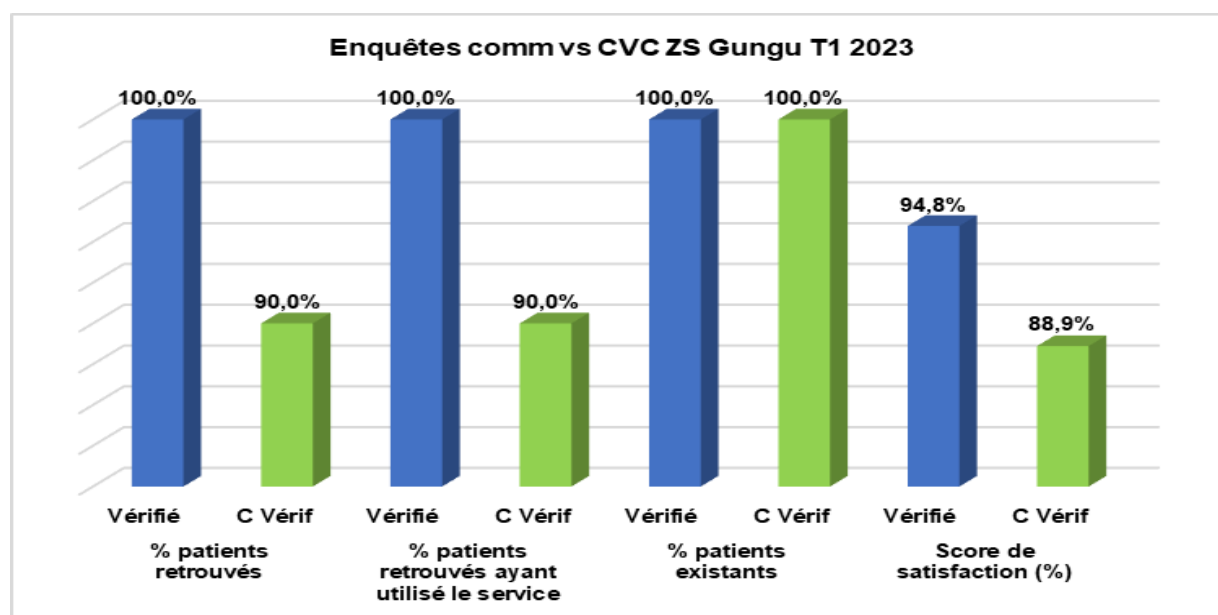
Pour le **service de maternité**, le paravent n'est pas placé entre le lit et la porte de la salle d'accouchement. De plus, le seau métallique inoxydable, la toise et le stéthoscope ne sont pas disponibles. De même, les deux boîtes obstétricales stérilisées n'avaient pas tous les matériels recherchés et les accouchements sont effectués par un personnel non formé en SONU.

Au service de **consultation préscolaire**, le nombre de bancs est insuffisant pour 40 enfants attendus par séance et les jetons ne sont pas distribués. De plus, les rapports de séance de counseling manquent les thèmes abordés, ni la liste de participants et les abandons de la vaccination n'ont pas de fiches CPS classées séparément.

3.3.6. Résultats de la contre vérification communautaire

1. Zone de santé Gungu :

Graphique 50 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Gungu

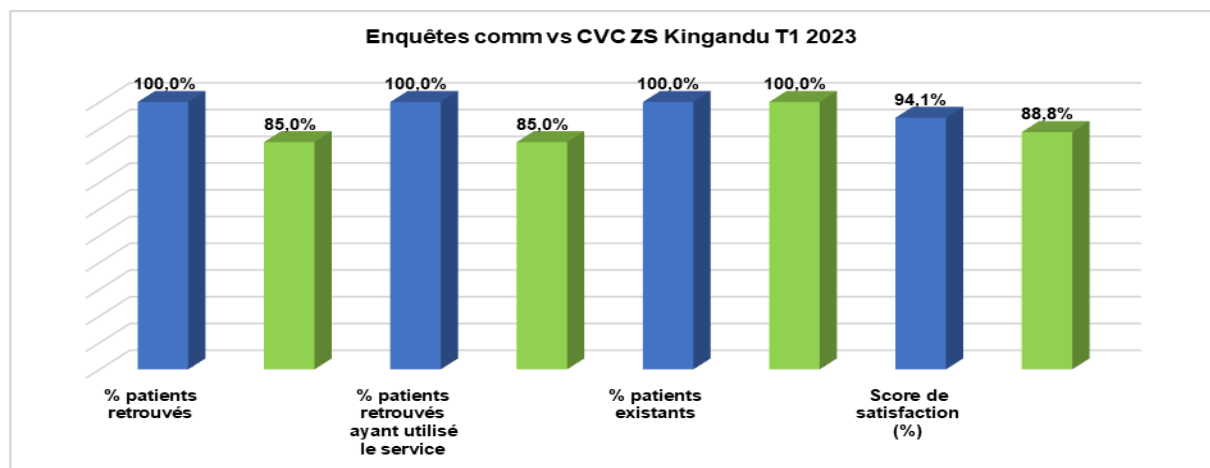


Commentaires :

La contre vérification communautaire a été réalisée uniquement qu'à l'HGR Gungu, car les 5 autres FOSA ont été sélectionnées en début du T1 2023. Ainsi, les données collectées de l'HGR dégagent un écart de 10% entre l'ACVE (90%) et les ASLO de l'EUP (100%) pour les patients retrouvés. Les usagers sont satisfaits des prestations, mais proposent quelques améliorations sur l'accueil, l'affectation de personnel supplémentaire, l'approvisionnement régulier en médicaments et de la réduction des tarifs de soins.

2. Zone de santé de Kingandu :

Graphique 51 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Kingandu

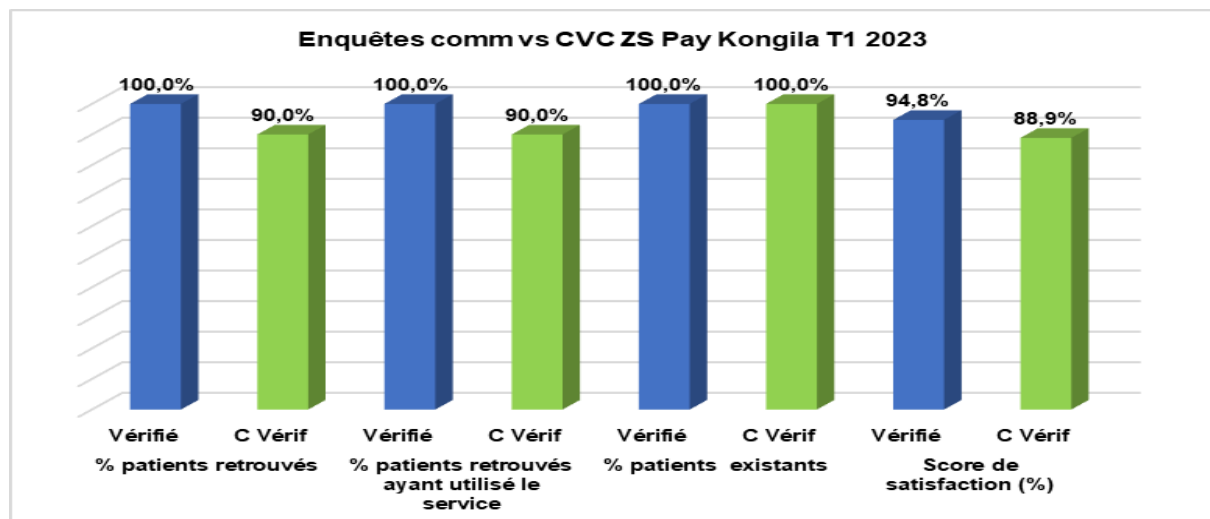


Commentaires :

La contre vérification communautaire n'a été réalisée que dans 2 FOSA (HGR et CS Kingwaya). Ainsi, l'ACVE a constaté qu'au niveau de l'HGR et le CS Kingwaya, il se dégage un écart de 15% (EUP :100% ACVE:85%) au niveau des patients retrouvés; même écart observé au niveau des patients ayant utilisé les services PF. Cependant, il n'existe pas d'écart entre l'ASLO et l'ACVE sur la satisfaction des usagers, même s'ils proposent quelques suggestions pour l'amélioration de l'accueil, du matériel, l'ajout de stock des médicaments, la réduction du tarif et l'amélioration des conditions d'hygiène au niveau de la structure sanitaire.

3. Zone de santé de Pay Kongila :

Graphique 52 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Pay Kongila

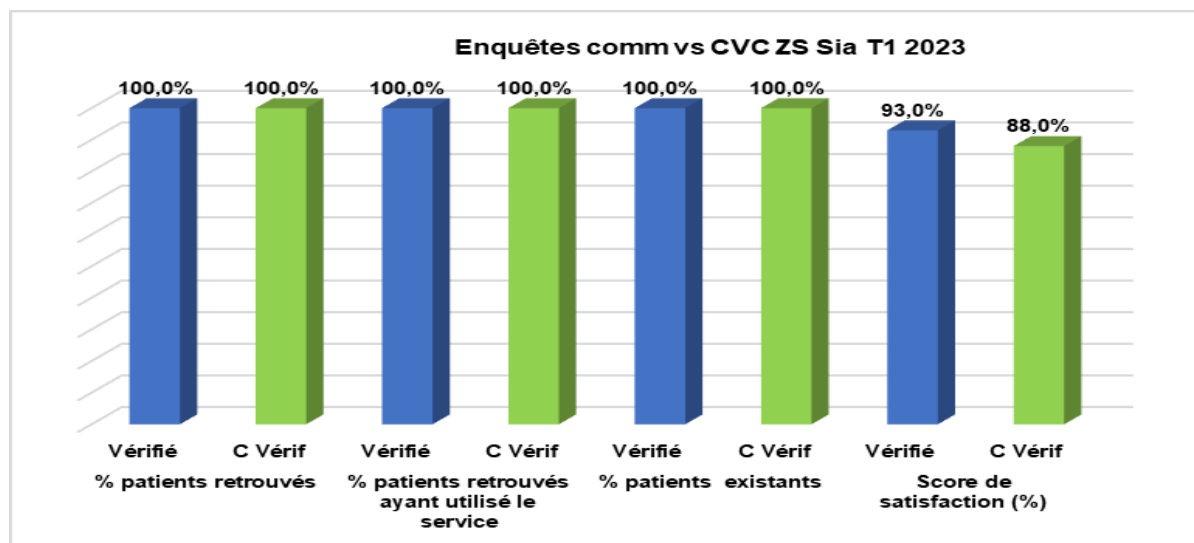


Commentaires :

La contre vérification communautaire n'a été réalisée qu'à l'HGR/Pay Kongila. L'ACVE a constaté qu'au niveau de l'HGR, il se dégage un écart de **10%** (EUP:100% vs 90% ACVE) au niveau des patients retrouvés; même constats pour les patients ayant utilisé le service. Il n'y a pas d'écart significatif entre l'ASLO et l'ACVE en rapport avec la satisfaction des usagers ; tout de même, ils proposent des suggestions d'amélioration de l'accueil, l'ajout de matériels, le renforcement du stock des médicaments, la réduction du tarif et l'amélioration des conditions d'hygiène au niveau de la structure sanitaire.

4. Zone de santé de Sia :

Graphique 53 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Sia

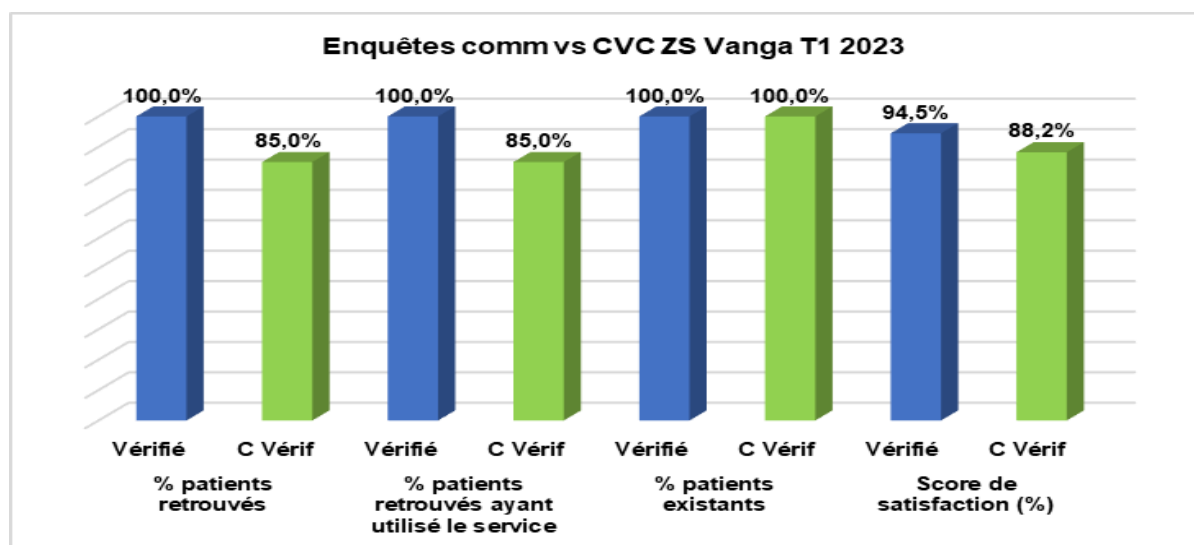


Commentaires :

Au niveau de la ZS Sia, la contre vérification communautaire s'est réalisée dans 2 FOSA (**HGR & CS Kibwadi**). Les résultats de la contre vérification sont identiques avec ceux de l'EUP, même s'ils souhaitent l'amélioration de l'accueil, le renforcement du stock des médicaments, la réduction du tarif, l'amélioration des conditions d'hygiène au niveau de la FOSA.

5. Zone de santé de Vanga :

Graphique 54 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Vanga



Commentaires :

La contre vérification communautaire a été effectuée dans l'AS Kikongo Tangu et l'HGR Vanga. Les autres n'ont pas bénéficié d'enquêtes communautaires au T4 2022, car sont nouvellement intégrées (T1 2023). Au niveau de **l'HGR Vanga**, tous les usagers sélectionnés existent, mais un écart de 20% est observé entre les patients retrouvés et ayant utilisés les services pour l'ASLO de l'EUP (100%) et l'ACVE (80%). Les usagers sont relativement satisfaits. Tout de même, ils ont fait des suggestions afin d'améliorer l'accueil, l'ajout de matériels, la réduction des tarifs mais aussi l'amélioration des conditions d'hygiène des latrines.

Pour le **CS Kikongo Tangu**, tous les patients existent, mais 10 % des patients ayant utilisés les services n'ont pas été retrouvés suite au déménagement. Ainsi ces usagers ayant utilisés les services ont suggéré d'améliorer l'accueil, d'ajouter les matériels, de réduire les tarifs de soins et d'améliorer les conditions d'hygiène des latrines.

3.4. Contrevérification dans la DPS SUD KIVU

Tableau 8 : Mapping général des écarts entre la vérification/évaluation et la contre vérification dans le Sud Kivu

ECP	11,05%					
EUP	4,00%					
ECZ	16,0%	21,0%	24,0%	10,0%	7,5%	15,7%
HGR Quantité	10,1%	53,4%	53,2%	9,4%	9,5%	27,1%
CS Quantité	23,0%	18,1%	11,3%	3,9%	2,5%	11,8%
CS Qualité	10,5%	13,5%	11,5%	5,6%	7,8%	9,8%
Enquêtes communautaires (patients non existants)	1,7%	0,0%	-5,0%	1,7%	0,0%	-0,3%
Zone de santé	ZS Fizi	ZS Kadutu	ZS Nundu	ZS Kaniola	ZS Miti Murhesa	Moyenne

Commentaire :

Le cycle des évaluations de la qualité des prestations des HGR étant devenu semestriel, cette mission de contrevérification du T1 2023 a trouvé les évaluations des HGR pour le S1 2023 non encore effectuées au Sud Kivu. Pour maximiser la présence dans la province, l'ACVE a procédé tout de même à l'évaluation des HGR pour le S2 2023 en attendant les données de l'ECP qui pourront être comparées à celles de l'ACVE au moment venu.

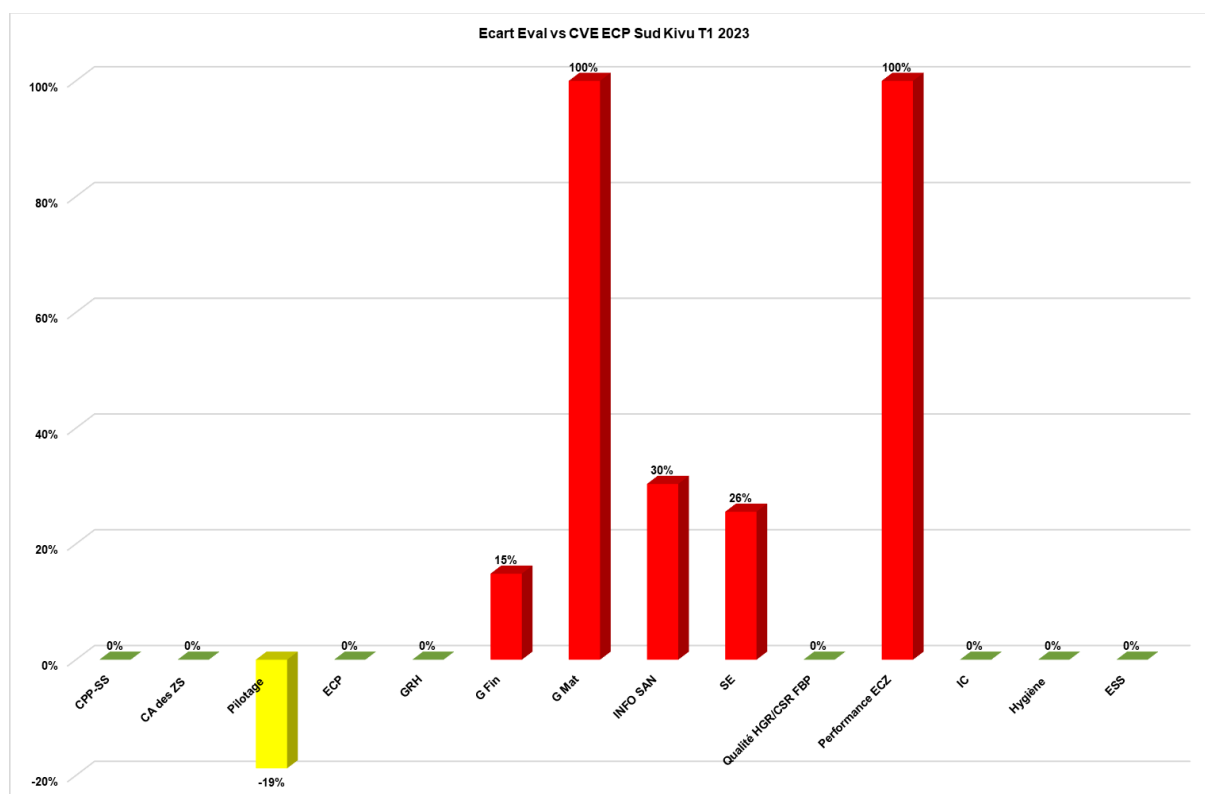
Pour toutes les autres activités assignées à l'ACVE, les principaux résultats se présentent de la manière suivante :

- **Contre vérification du cadre de performance de l'ECP** : l'écart entre le score de l'évaluation et celui de la contrevérification a régressé progressivement pour les 3 trimestres passant de 26,9% au T3 2022, à 20,4% au T4 2022 pour terminer à 11,1% au T1 2024. L'ACVE a consenti à reconduire les 10 points accordés par défaut par les évaluateurs pour l'évaluation des HGR, vu que cette activité ne devrait pas être ni évaluée ni contrevérifiée au T1 2023. Cependant, l'ACVE ne pouvait pas retenir les 5 points octroyés par le CPP pour les missions d'évaluation des ECZ qui ne sont effectuées que du 21 au 29 juin 2023. Les autres éléments de différence pour ce trimestre concerne la gestion des ressources pour lesquelles certains outils ne sont pas tenus à jour au moment de la contrevérification (livre de banque, pièces comptables non numérotées, tous les livrables de gestion des matérielles disparus, ...)

- **Contre vérification du cadre de performance de l'AAP** : pour toutes les deux fois que l'AAP Sud Kivu a été contre vérifiée (T3 2022 et T1 2023), l'écart n'est pas significatif entre le score de la CSE et celui de l'ACVE ;
- **Contre vérification des cadres de performances des ECZ** : les écarts entre l'évaluation et la contre vérification des ECZ ont connu une régression progressive pour les 3 trimestres (25,2%, 16,5% et 15,7%). Cette situation est un signal encourageant sur la rigueur sollicitée de la part des évaluateurs dans l'application stricte des critères de validation en prenant en compte toutes les nouveautés en lien avec les activités SRMNEA – NUT et NAC dans la validation des prestations en rapport avec le plan de travail trimestriel, les réunions des COGES, les réunions de l'ECZ, la préparation et l'exécution des missions de supervision, voire la gestion des médicaments et intrants spécifiques ;
- **Contre vérification quantitative des hôpitaux généraux de référence** : la tendance est plutôt à la hausse pour les écarts entre les quantités validées par l'AAP et celles certifiées par l'ACVE pour les 3 trimestres (15,0% ; 23,2% et 27,1%). Il est évident que les divergences ne pouvaient être évitées dans la compréhension aussi bien de la définition des cas tout comme les critères de validation pour plusieurs indicateurs PCA, surtout que le guide référentiel partagé par la CT-AS avec les dernières précisions n'a été réceptionné par l'AAP qu'au mois de mars 2023 ;
- **Contre vérification qualitative des hôpitaux généraux de référence** : pour les 3 trimestres, la contre vérification n'a été réalisée qu'au T4 2022 couvrant les prestations du S2 2022 avec un écart non significatif de 9,2% pour l'ensemble de 5 HGR sélectionnés. Cette mission est intervenue avant que l'évaluation du S1 2023 soit réalisée ;
- **Contre vérification quantitative des centres de santé** : la même tendance et les mêmes raisons évoquées pour les écarts constatés pour les indicateurs PCA n'ont pas échappés aux indicateurs PMA. Il est possible qu'après toutes les séances de travail initiées par l'ACVE avec l'AAP dans la compréhension de définition des cas et l'application des critères de validation ; les écarts puissent s'amenuiser pour les trimestres qui vont suivre ;
- **Contre vérification qualitative des centres de santé** : les scores accordés par les ECZ ont avoisinés le seuil acceptable de 10% pour les 3 trimestres. Les évaluateurs devraient avoir des séances de travail avant toute descente sur terrain de manière à se rassurer de la même compréhension de la grille et surtout insister l'application stricte des critères de validation. Il y en a sûrement parmi les évaluateurs, ceux qui ont du mal à accepté la loi de TOUT OU RIEN pour certains prestations et d'autres qui s'inclinent devant les doléances des prestataires pour un critère qui n'est pas accompli sous prétexte que cela n'est pas de leur faute ;
- **Contre vérification communautaire** : les deux fois que la contre vérification communautaire a été réalisée au Sud Kivu, les résultats ne sont pas différents de ceux trouvés par les ASLO recrutés par l'AAP.

3.4.1. Contre vérification du cadre de performance de la DPS Sud Kivu

Graphique 55 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance de l'ECP Sud Kivu



Commentaires :

Sur les 11,05% de différence entre le score de l'évaluation et celui de la contre vérification, 5% concerne les **évaluations des ECZ** qui n'ont pas été réalisées dans le délai. Même si les fonds attendus de l'UG PDSS soient arrivées en retard, mais cela ne signifie pas que cette prestation est performante pour être cotée à 100%. Bien au contraire en y accordant la cote nulle, cela est un moyen d'interpeller toutes les parties prenantes dans le respect des procédures.

Le disque dur contenant tous les livrables en lien avec la **gestion des matériels** serait endommagés et tous les documents en dur seraient perdus. Ce qui soustrait également tous les 3 points accordés par les évaluateurs.

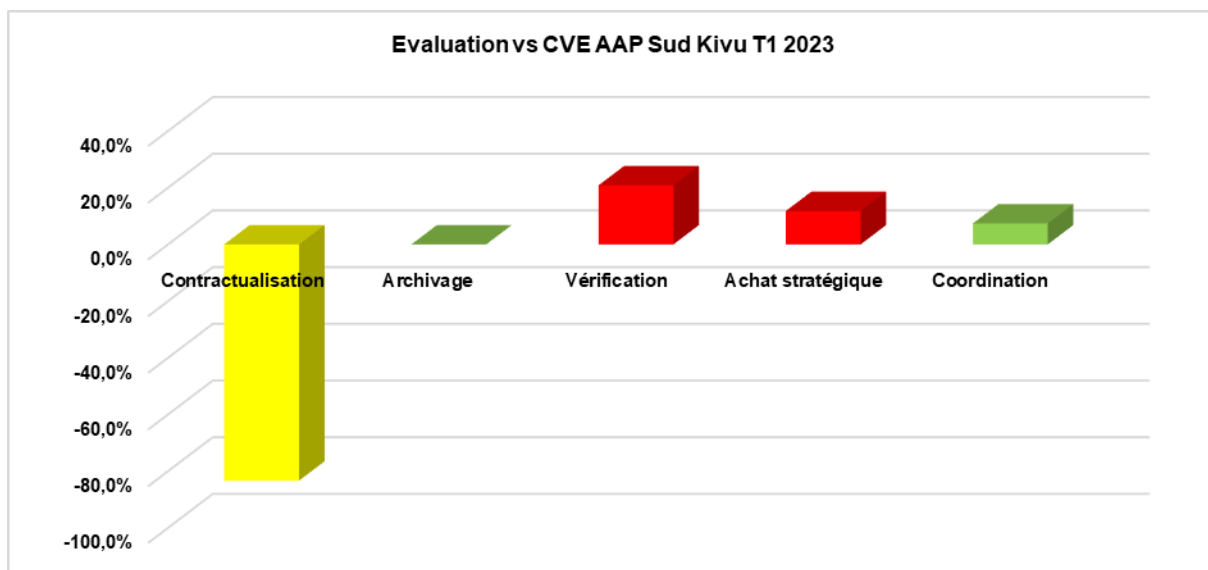
Quant à la **gestion financière**, le livre de banque pour le compte commun est tenu jusqu'au 6 juillet 2023 et les pièces comptables de sont pas classées de manière chronologique et ne portent pas de numéro de manière continue.

Pour la **gestion de l'information sanitaire**, la fiche d'analyse des maladies sous surveillance ne dégage par les tendances, l'analyse des maladies sous surveillance ne concerne que la Rougeole et le choléra et les Feedbacks envoyés aux ZS après analyse des rapports n'ont pas d'accusé de réception.

Concernant la **surveillance épidémiologique**, la promptitude interne n'est que de 74,14%.

3.4.2. Contre vérification du cadre de performance de l'Agence de Contractualisation et de Vérification (ACV) Sud Kivu

Graphique 56 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance de l'AAP Sud Kivu

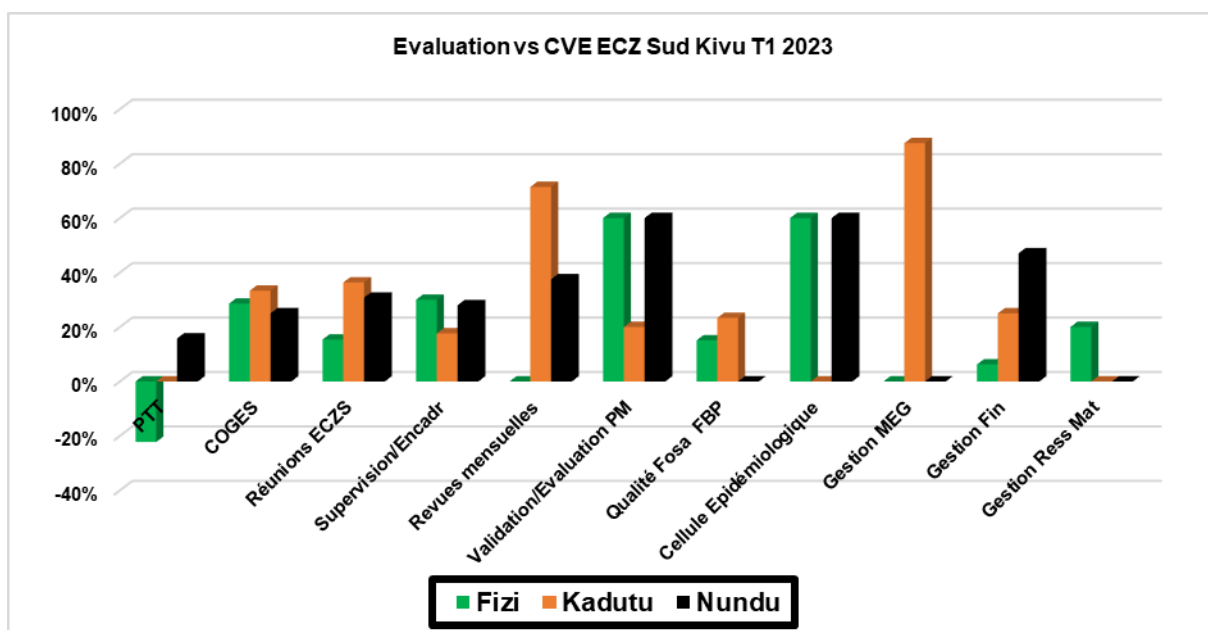


Commentaires :

Même si l'écart n'est pas significatif entre le score de l'évaluation et celui de la contre vérification, il est important de signaler tout de même que la CSE a pris en compte l'excuse présentée par l'AAP par le fait que les vérificateurs aient été sollicités par la CT-AS pour la formation des prestataires dans les ZS nouvellement intégrées (mail du 24 mars 2023 portant mise à disposition des vérificateurs formateurs pour le briefing des prestataires de 29 ZS retenues pour intégrer le PMNS, mission qui s'est étendue jusqu'au mois de mai 2023) pour accorder les points sur la transmission tardive du PV de validation des factures le 6 juin 2023, entraînant une transmission tardive des factures et demande de paiement des subsides du T1 2023, le 6 juin 2023.

3.4.3. Contre vérification du cadre de performance des équipes cadres de zones de santé du Sud Kivu

Graphique 57 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance des ECZ Sud Kivu



Commentaires :

Les écarts significatifs concernent 3 ECZ sur les 5 sélectionnées.

1. Equipe cadre de la zone de santé de Fizi :

La différence de 16% entre le score de l'évaluation et celui de la contrevérification se justifie par des changements constatés par l'ACVE sur certaines prestations, notamment les **réunions de COGE** pour lesquelles il s'observe des incohérences d'informations sur les copies d'invitation (pour le COGE du 31/01/2023, la lettre d'invitation transmise le 21/03/2023, le COGE du 25/02/2023, la lettre d'invitation est de la même date du 25/02/2023 et le COGE du 26/03 n'a pas ni liste des présences ni lettre d'invitation). De plus, la gestion des médicaments n'est évoquée dans aucun de ces comptes rendus.

Les recommandation évaluées aux **réunions hebdomadaires de l'ECZ** du 23/01/2023 et du 01/02/2023, atteignent seulement un taux de réalisation de 50%.

Certaines structures n'ont pas été **supervisées**. Au mois de janvier 2023, le CH Kazimia, le CS Kilicha, le CS Talama, le CS Nemba et en février, l'HGR Fizi, l'HGR Baraka, le CS Katanga et le CH Kazimia. Les évaluateurs ont consenti à la difficulté évoqué dans la mise à disposition des fonds et aux mouvements pour répondre aux invitations des partenaires ou de la hiérarchie. De plus, toutes les supervision ne font pas allusion aux activités SRMNEA-NUT.

Seulement 15 fiches d'évaluation des **plans de management** sont retrouvées sur les 33 attendues, tandis que les PM pour les CS Katanga, Kalundja, Kichula, Simbi, Yungu, Talama et Some ne sont pas archivés au BCZ.

Quant à l'**évaluation de la qualité des FOSA**, il manque 2 plans de redressement pour les CS Muungano et Kichula.

Seulement 144 copies des **REH** sont classées sur les 444 attendues.

Le carnet de bord du véhicule s'arrête au 10/02/2022. Aucun carnet de bord n'est tenu pour les 12 motos, même si 4 sont en mauvais état.

2. Equipe cadre de la zone de santé de Kadutu :

Le score de performance est passé de 73% à 52% entre l'évaluation et la contrevérification.

Dans cette ZS située en plein centre de la ville de Bukavu, l'évaluateur n'a pas remarqué que dans la **réunion du COGE** de janvier 2023, la situation des agents de santé de la zone n'a pas été abordée, que les CR des **réunions hebdomadaires de l'ECZ** du 03/01/2023 et du 09/01/2023 ne renseignent pas les éléments sur l'évaluation et exécution des activités et que le CR du 3/01/2023 présente 1 recommandation exécutée sur 3 prévues soit 33,3% et que le taux d'exécution n'est que de 66,6% pour le CR du 9/01/2023.

Concernant la préparation des missions de **supervisions**, l'auto évaluation du cadre de performance de l'ECZ n'est pas effectué. C'est plutôt le rapport de l'évaluation du PTT1 2023, qui a vu son entête changé en « rapport d'auto-évaluation du cadre de performance de l'ECZ ». De plus, le plan de redressement ne présente ni les problèmes sur l'utilisation des services SRMNEA- NUT et NAC encore moins sur la qualité des soins.

Quant aux **revues mensuelles**, la promptitude des données dans DHIS2 de la zone est à 74,4% depuis le 19/08/2023. Les deux dernières réunions du 15/03/2023 et du 15/04/2023 ne ressortent pas l'analyse par comparaison de l'évolution temporelle entre FOSA sur les données tirées du DHIS2.

Pour ce qui est de l'**évaluation/validation des PM**, certaines rubriques ne sont pas remplies dans les PM des CS SOS HG, Neema et Imani CECILI. Les PM des CS CECA 40, Mweze, Mgr Mulindwa, Mgr Kataliko, Neema et SOS HG ne sont pas signés par l'AA, ECZ et CODESA.

Le monitoring de la **qualité des FOSA** n'est pas effectué avant la mission de l'évaluation pour le trimestre passé, les termes de référence ne sont pas archivés et les ordres de mission pour 5 FOSA sont visés entre 10-13/01/2023 alors que les missions doivent s'effectuer en mars 2023 et 5 autres ordres de mission n'ont ni date d'arrivée, ni celle de départ de la FOSA (HGR Kadutu, CH CBCA, CS Nyamulagira, CS Ciriri, CS Emmanuel KATALIKO). De plus, la majorité des grilles qualité n'ont pas de dates de l'évaluation sauf pour 3/14 grilles avec date d'évaluation.

Pour le **suivi de la gestion des médicaments et intrants nutritionnels**, le tableau de suivi du capital MEG n'est pas à jour, tout comme le tableau de consolidation des données de consommation des MEG traceurs comprenant la CMM Zone de chaque MEG.

Le livre de caisse en dollars s'est arrêté en date du 28/08/2023 mais aussi n'est pas clôturé à la fin du mois ni et ne ressort pas le report du solde au début du mois de septembre et celui de FC au 18/08/2023. Les dépenses disposent d'un bon de sortie caisse avec toutes les signatures mais l'état de besoin de 1323 USD n'existe pas dans le classement. Le cahier des créances n'est pas à jour.

3. Equipe cadre de la zone de santé de Nundu :

Une différence de 24% se dégage entre le score de l'évaluation (86%) et celui de la contrevérification (62%).

Dans le **PTT**, 48 activités sur les 83 planifiées découlent du PAO soit 57,8%. L'élément sur l'outil d'indices n'est pas discuté dans le COGE du 24/01/2023 et 18/02/2023 et la gestion des médicaments n'est pas présentée dans le CR du 23/03/2023.

Les **réunions hebdomadaires de l'ECZ** ne font pas le suivi du PTT du BCZ. Le niveau d'exécution des recommandations n'est que de 66,6% pour la réunion du 20/01/2023.

Toutes les FOSA n'ont pas été **supervisées**. La tarification forfaitaire, l'utilisation de l'outil d'indices et le suivi du PM ne sont pas évoqués dans tous les rapports de supervision.

Les feedbacks des **revues mensuelles des données** n'ont pas été transmis au CH Mboko, CS Iamba, Swima et CS Abeka.

Les fiches d'**évaluation des PM** des CS Swima, Kabumbe, Kenya, Lutabura, et Abeka ne sont pas archivées au BCZ. Le PM du CS Kabondozi n'est pas signé par le PRECODESA et celui du CS Abeka n'est pas classé.

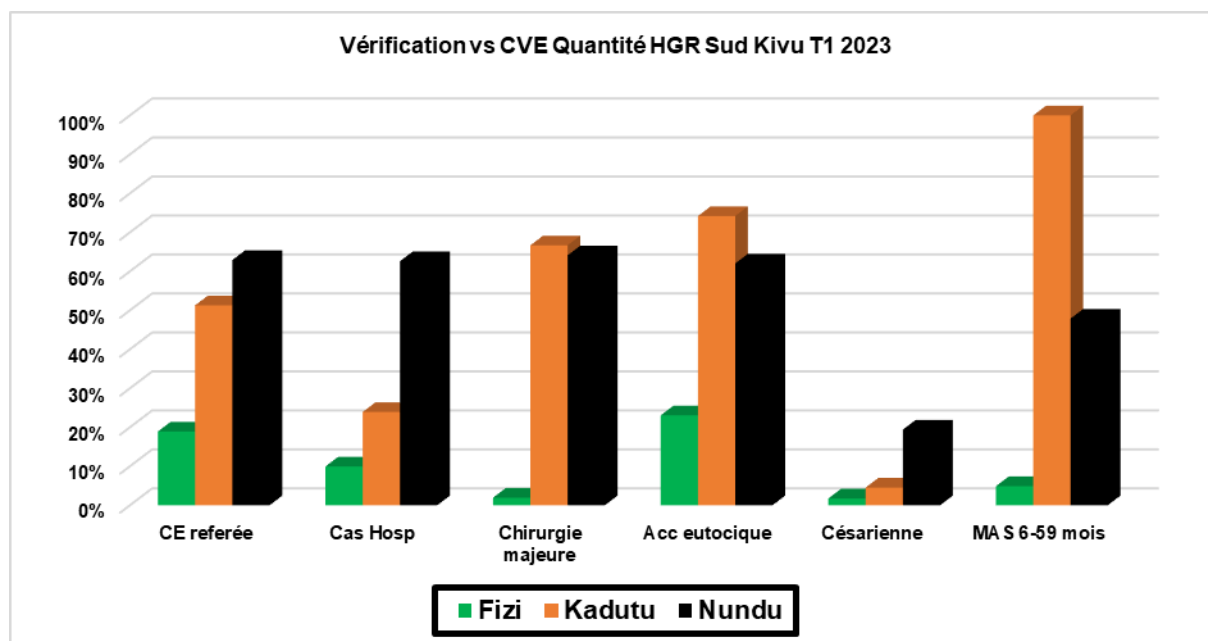
Pour ce qui est de la **tenue des réunions hebdomadaires de la cellule épidémiologique**, l'ECZ ne dispose que de 123 REH sur les 300 attendus.

Quant à la **gestion financière**, l'extrait bancaire disponible indique la situation jusqu'au mois de février 2023. Le livre de caisse en FC est tenu jusqu'au 20/07/2023 et celui en USD jusqu'au 07/08/2023; non clôturés. De plus, le rapport financier du mois de février n'est pas correctement rempli, le solde au 28/02/2023 est de 4230,8\$ mais le rapport financier indique 2640,8\$, un montant de 1590\$ n'est pas ressorti.

3.4.4. Résultats de la contre vérification des hôpitaux généraux de référence du Sud Kivu

3.4.4.1. Contre vérification quantitative

Graphique 58 : Résultats de la contre vérification quantitative des HGR du Sud Kivu



Commentaires :

Pour tous les 3 HGR ayant dégagés des écarts importants entre les quantités validées par l'AAP et celles certifiées par l'AAP, l'indicateur sur la « consultation ambulatoire d'un patient orienté et vu par un médecin » est concerné. Pour les autres indicateurs, les motifs d'invalidation ne sont pas très différents.

1. Hôpital général de référence de Fizi :

Pour l'indicateur « **consultation ambulatoire d'un patient orienté et vu par un médecin** », au total 39 patients sont enregistrés. L'ACVE a invalidé 9 cas, une fiche n'est pas disponible dans le placard, une autre ne renseigne pas le nom et la signature du consultant encore moins le traitement instauré. La troisième ne renseigne pas la plainte et la quatrième n'est pas enregistrée. Un bon de référence ne renseigne pas le non du CS ayant référé le cas et n'a pas le sceau du CS. 5 fiches des enfants de 6 à 59 mois ne montrent pas la prise des mesures anthropométriques (PB et Taille), ne mentionnent pas le nom et la signature du consultant et le traitement instauré n'est pas observé dans le registre.

Concernant les **accouchements eutociques** en milieu hospitalier, 130 cas sont inscrits, tous ont été effectués par les 4 accoucheurs qualifiés et formés en SONU. 30 cas sont invalidés car les partogrammes ne sont pas complètement renseignés.

2. Hôpital général de référence de Kadutu :

5 indicateurs sur 6 ont des quantités validées par l'EUP supérieures à celles certifiées par l'ACVE.

Concernant la **consultation ambulatoire d'un patient orienté et vu par un médecin**, 40 cas sont inscrits dans le registre mais 24 fiches de consultation externe ont été présentées à l'ACVE. 5 fiches des enfants de 6-59 mois sont invalidés parce que ne renseignent pas les mesures anthropométriques (PB et taille).

Pour les **cas d'hospitalisation/admission au-delà de 72h sortis au cours de la période sous revue (exclu les admissions UNTI)**, sur les 240 cas hospitalisés, 211 dossiers ont été retrouvés. 33 cas n'ont

pas atteint 72 heures, 8 cas de pédiatrie, le PB et la taille n'est pas renseigné ainsi que pour le 2 cas hospitalisés en gynéco obstétrique.

Quant à la **chirurgie majeure**, sur les 5 cas notifiés au bloc opératoire, seuls 2 dossiers sont vus par la contre vérification.

Le registre d'**accouchement** renseigne 66 cas pour 53 partogrammes présentés. 13 dossiers seraient retenus par la mutuelle de santé en passant par le service de finance. 37 cas sont invalidés dont 34 accouchements réalisés par les accoucheuses qualifiées mais n'ayant pas suivi la formation en SONU et 3 cas sont renseignés accouchement dystocique sur le partogramme mais eutocique dans le registre de la maternité.

Tous les 8 **cas de malnutrition sévère MAS 6-59 mois avec complications médicales graves PEC à l'HGR** retrouvés dans le registre de l'UNTI ne sont pas acceptés par l'ACVE parce que les critères d'admission ne sont respectés (pas des œdèmes bilatéraux, absence de signes complications médicales sévères (ex : anémie modérée, déshydrations modérée, paludisme simple IRA...)). Le PB de sortie, la date de sortie ni test d'appétit ne sont pas mentionnés sur la fiche UNTI.

3. Hôpital général de référence de Nundu :

Pour tous les 6 indicateurs, les écarts sont très significatifs entre le travail accompli par l'AAP et celui de l'ACVE.

Concernant la **consultation ambulatoire d'un patient orienté et vu par un médecin**, sur 237 cas, seules 173 fiches sont retrouvées en annexe le bon de référence du CS. Au total 145 cas non considérés par l'ACVE: 11 fiches/bons de référence de malade en ambulatoire ne sont identifiés au moment de la contre vérification, 56 bons de références non retrouvés, 32 femmes enceintes sans signe d'une maladie sont orientées par les CS juste pour un examen d'échographie, 14 malades orientés par une structure non médicale (EPF: Ensemble Pour la Promotion de la Femme et de la Famille), 23 fiches sans mesures anthropométriques (6 enfants de 6-59 mois et 14 adolescentes), 7 patients référés n'ont pas été vu par le médecin (absence du nom et la signature sur la fiche de consultation) et 2 fiches ne renseignent pas la plainte, le diagnostic ni le traitement.

Au total, 733 patients sont enregistrés pour l'**hospitalisation au-delà de 72 heures** mais seulement 653 disposent d'un dossier parmi lesquels 401 sont invalidés car, 74 fiches manquent la date de sortie écrite par les médecins lors de l'évaluation clinique/tour de salle, 64 fiches des enfants de 6-59 mois et adolescentes sans PB et taille, 106 patients en pédiatrie et en médecine sont sortis à moins de 72 heures d'hospitalisation. Sur 131 dossiers, aucune évaluation clinique n'est faite par le médecin du début jusqu'à la sortie du patient.

36 cas d'**intervention chirurgicale majeure** sont inscrits dans le registre du bloc opératoire. Un total de 28 dossiers reçus des prestataires. L'ACVE n'a pas validé 21 cas parce que 11 protocoles opératoires ne sont plus retracés après la vérification et un protocole ne renseigne pas sur l'identité de l'opéré ni la date de l'intervention. Un dossier en lien avec le numéro 4 du registre du bloc n'est pas disponible et 4 numéros ne sont pas retracés.

Pour ce qui est des **accouchements eutociques en milieu hospitalier**, au total 99 cas sont enregistrés. 80 partogrammes présentés par l'équipe de la maternité parmi lesquels 50 sont invalidés car non renseignés complètement.

Sur un total de 73 cas **césarienne**, 68 dossiers sont retrouvés dont 14 cas invalidés pour absence de protocole opératoire.

Quant aux 96 **cas MAS 6-59 mois avec complications médicales graves PEC** enregistrés à l'HGR, l'ACVE n'a retenu que 49. Pour les 50 autres, les fiches ne renseignent pas le PB, la courbe de suivi de poids n'est pas tracée, la date de sortie vers l'UNTA n'est pas mentionnée, le traitement médical n'est pas indiqué ou encore aucun traitement nutritionnel n'est instauré.

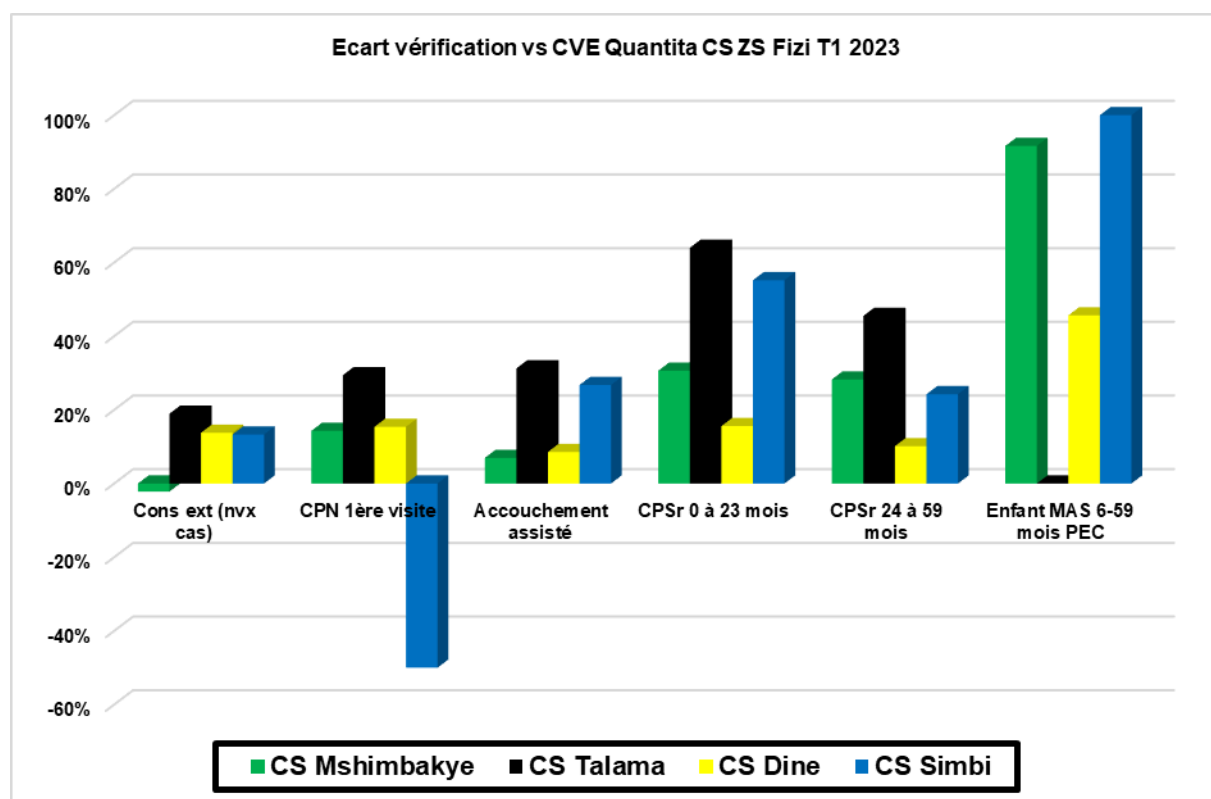
3.4.5. Résultats de la contre vérification des centres de santé du Sud Kivu

3.4.5.1. Contre vérification quantitative

Les quantités contre vérifiées dans la province du Sud-Kivu donnent une moyenne d'écart de 11,8%. Les résultats se présentent de la manière suivante par ZS : Fizi 23%, Kadutu 18%, Nundu 11,3%, Kaniola 3,9 % et Miti-Murhesa 2,5%. Pour les ZS avec écarts importants, les causes sont expliquées par indicateur concerné et celles avec écart moins significatifs, un commentaire global est produit par ZS.

1. Zone de santé de Fizi

Graphique 59 : Résultats de la contre vérification quantitative des CS de la ZS de Fizi



Commentaires :

4/5 CS de la ZS de Fizi présentent un écart significatif entre la vérification de l'AAP et l'ACVE, la moyenne d'écart de la zone est de 32%. 4 structures sont plus touchées : Mshimbakye (28%), Talama (32%), Dine (18%) et Simbi (16,4%). Dans ces structures, la quasi-totalité des indicateurs sont affectés et des commentaires sont faits à cet effet. .

1.1. Centre de santé Mshimbakye :

4/6 indicateurs ont des écarts significatifs pour les raisons suivantes :
 Sur 205 cas de **CPN 1ère visite** enregistrés, 162 cas contre vérifiés pour 189 cas validés par l'AAP. Les 43 cas invalidés par l'ACVE sont liés l'absence de preuve de vaccination sur la VAT (Td) (25 cas) et d'autres n'ont pas de dossiers classés (18 cas).

Pour la **CPS2 0-23 mois**, 1074 /1910 cas enregistrés sont validés par l'ACVE contre 1548 pour l'AAP. Les cas invalidés sont essentiellement liés à 44% (830) des fiches non retrouvées et 6 autres fiches d'enfants de 6-59 mois ne renseignent pas sur l'administration de la vit A. De même, pour la **CPS redynamisée des enfants de 24 à 59 mois**, l'ACVE a rejeté 84/267 cas enregistrés contre 255 cas de

l'AAP. Ces invalidations se justifient par l'absence de fiches (83) et la non-administration de Vit A chez un enfant des 6-59 mois.

Dans ce CS, l'AAP (313) a validé plus de 170% du nombre de cas d'inscrits dans le registre (185) alors que l'ACVE en a retenu que 21 cas. Ce large écart est essentiellement lié à une incompréhension de l'indicateur par les évaluateurs de l'AAP. Notons que cette activité n'a été réalisée qu'en janvier et février alors que le mois de mars 2023 n'a enregistré aucun cas. .

1.2. Centre de santé Talama :

Pour cette structure, , 5/6 indicateurs ont des écarts significatifs pour les raisons suivantes :

L'ACVE a validé 184 / 887 cas enregistrés à la **consultation externe** contre 227 cas validés par l'AAP. 703 cas sont invalidés dont 585 cas pour absence de fiches, 39 cas sans mesures anthropométriques et 79 cas consultés par un personnel non qualifié (Assistant en pharmacie de niveau A3) sans signature encore moins le nom .

Pour la **CPN 1ère visite**, 24/40 cas sont contre vérifiés pour 34 validés par l'AAP. Parmi les cas invalidés, certains n'ont pas de fiches (10) et d'autres sont sans DDR (6). Tandis que sur les **accouchements**, 20/64 cas enregistrés cas sont invalidés pour des partogrammes incomplètement remplis (13) et d'autres partogrammes ne renseignent pas les sur la date du début de travail ou/et de l'admission au CS7.

Concernant la **CPS redynamisée enfants de 0 à 23 mois**, l'ACVE (148) pris seulement en compte que 36% des cas validés par l'AAP (411). Ce large écart est lié au fait que les parents repartent chez eux avec les fiches (489). . Il en est de même pour la **CPS redynamisée enfants de 24 à 59 mois** où l'AAPP a validé la totalité des 233 cas enregistrés alors que l'ACVE (127) en a seulement confirmé 54,5%.

1.3. Centre de santé Dine :

4/6 indicateurs ont des écarts significatifs dans cette structure pour les raisons suivantes :

Sur la **consultation externe**, 476/1982 cas enregistrés sont contre vérifiés contre 552 cas validés par l'AAP. 1506 cas sont invalidés car 258 cas disposent des fiches sans nom ni signature du consultant, 57 cas avec des fiches qui ne renseignent pas les mesures anthropométriques des enfants de 6-59 mois et 1191 cas n'ont pas de fiches de consultation.

Cette structure a enregistré 81 cas de **CPN 1ère visite**, l'ACVE a contre vérifié 66 cas contre 78 cas de la vérification. 15 cas sont invalidés dont 11 cas n'ont pas bénéficié les interventions spécifiques (SP, Mébendazole, Fefol) et pour 4 cas, le périmètre brachial n'est pas renseigné sur les fiches. Tandis que pour les 105 **accouchements** enregistrés et validés par la vérification, l'AVCE a invalidé 9 car 7 ont des partogrammes incomplètement remplis (la partie informations et conseils après accouchement ne sont pas renseignées), de même que 2 partogrammes ne renseignent pas l'administration de l'ocytocine.

Quant à la **CPS redynamisée enfants de 0 à 23 mois**, 222/336 cas enregistrés sont contre vérifiés alors que l'EUP a validé 263 cas et 114 cas n'ont pas de fiches. Concernant la **CPS redynamisée enfants de 24 à 59 mois**, 195/289 cas enregistrés sont contre vérifiés pour 217 cas de l'AAP alors que 94 cas n'ont pas de fiches.

L'ACVE (75) a retenu que 54% des cas validés par l'AAP (138), car plusieurs enfants n'ont pas de dossiers (75) et d' autres cas ne sont pas éligibles aux critères de validation (63)

1.4. Centre de santé Simbi :

Tous les 6 indicateurs quantités ont un écart significatif entre la vérification et la contre vérification.

Pour la **consultation externe**, l'ACVE a contre vérifié 606/1972 cas enregistrés contre 699 validés par le vérificateur. 1366 cas sont invalidés car 81 cas disposent des fiches sans nom et signature du prestataire, 11 cas avec des fiches ne mentionnent pas les mesures anthropométriques des enfants de 6-59 mois et 64,6% des cas n'ont pas de fiches (1274) .

Concernant les **accouchements assistés**, 63/92 accouchements sont contre vérifiés alors que l'AAP en a validé 86. Parmi les cas invalidés (29), 4 n'ont pas de de partogramme, 13 partogrammes incomplètement remplis (à la partie post partum immédiat et tardif, la date de sortie et rendez-vous pour la CPON2) et 12 autres partogrammes n'indiquent pas l'administration de l'ocytocine.

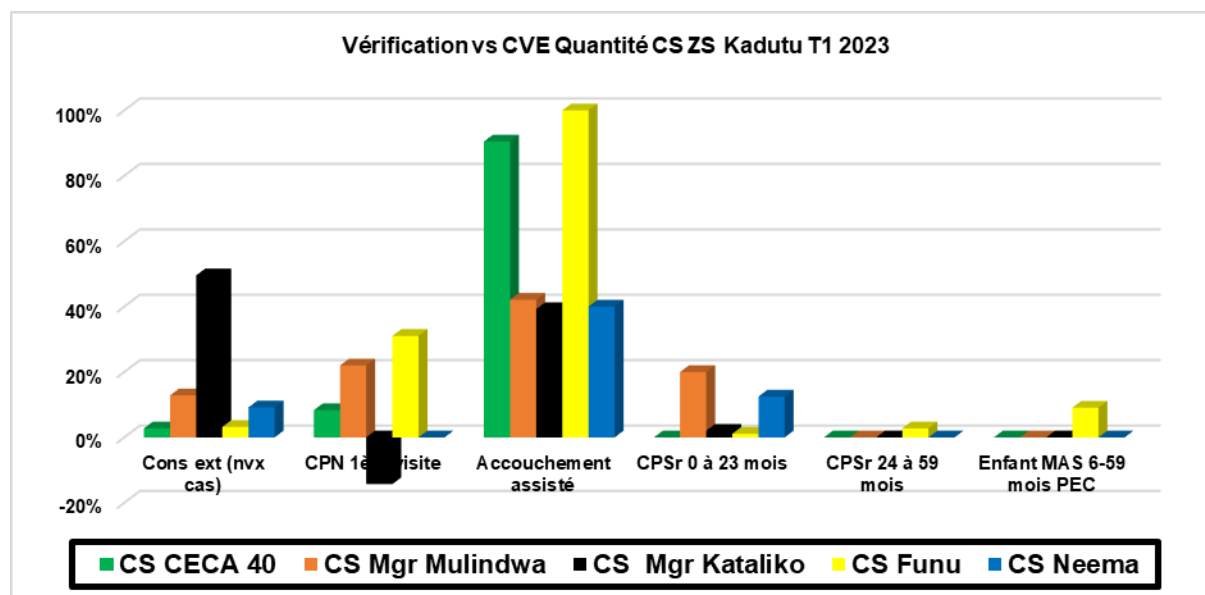
Pour **CPS redynamisée enfants de 0 à 23 mois**, l'ACVE (95) a confirmé seulement 44,8% des cas validé par l'AAP (212). Ce large écart s'explique par l'absence de fiche (134) et l'administration de la Vit A alors que l'ACVE a validé 8 cas de moins que l'AAP (33) du fait de la non administration de la Vit A/mébendazole (68) et de la perte de fiche (35)

L'ACVE n'a pas certifié les 43 cas de MAS de l'AAP car tous les 81 cas enregistrés pour le trimestre sont des cas de MAM. De plus, la structure n'a reçu aucun intrant nutritionnel MAS le trimestre.

En revanche, l'ACVE a contre vérifié 20 accouchements de plus que la vérification qui a validé 40 accouchements sur les 92 enregistrés. Les 60 accouchement contre vérifiés répondent aux critères de vérification.

2. Zone de santé de Kadutu

Graphique 60 : Résultats de la contre vérification quantitative des CS de la ZS de Kadutu



Commentaires :

Pour cette zone de santé, 4 sur 6 indicateurs sont les plus touchés dans les 5 centres de santé parmi les 5 FOSA de la ZS de Kadutu visitées pour le T1 2023 (**consultation externe, consultation prénatale première visite accouchement assisté et CPS redynamisée enfants de 0 à 23 mois**), pour les causes ci-dessous :

2.1. Centre de santé CECA 40 :

Bien que l'AAP ait validé 21/80 **accouchements assistés** comptés dans le registre, l'ACVE en a retenu que 2 cas, car le reste des accouchements sont dirigés par un personnel sans preuve de formation en SONU.

2.2. Centre de santé Mgr Mulindwa :

Pour la **consultation externe**, l'ACVE a validé 278/389 cas enregistrés contre 319 pour l'AAP. Cet écart est lié à l'absence de nom/signature (44), les mesures anthropométriques (41), mais surtout à l'absence de fiches non retrouvées (26). Alors que l'AAP a validé 50/ 62 cas de **CPN 1ère** visite enregistrées contre 39 cas de l'ACVE. Ces 18 cas invalidés sont liés aux consultations au-delà de 17ème semaine d'aménorrhée et l'absence de PB sur les fiches. ,

Pour ce CS, 5 fiches ont été perdues au compte du mois de janvier. 19 cas
Sur l'**accouchement assisté**, l'AAP a validé tous les 19 cas enregistrés alors que l'ACVE en a retenu que 11 cas, car le reste des accouchements ne sont pas dirigés par un personnel formé en SONU.

Concernant la **CPS redynamisée enfants de 0 à 23 mois**, l'ACVE a confirmé seulement 16 cas des 20 validés par l'AAP, car le reste des cas ne mentionnent pas le PB, la Vit A encore moins le Mébendazole.

2.3. Centre de santé Mgr Kataliko :

Sur la **consultation externe**, l'ACVE a validé 108/475 contre 214 pour l'AAP. Ces invalidations sont liées à l'absence de plaintes (24), l'absence de signatures (29), absence de paramètre anthropométriques (4), mais surtout la perte de fiche (80) alors que l'ACVE (32) a confirmé seulement 62,7% des **accouchements assistés (51)**, car le reste des cas sont dirigés par un personnel sans preuve de formation en SONU.

Cependant, l'ACVE a validé plus de cas (32 contre 28 de l'AAP) sur la **consultation prénatale première** visite respectant les critères requis. .

2.4. Centre de santé Funu :

Tous les 29 cas enregistrés et sont validés par l'AAP alors que l'ACVE en a considéré que 68,9% des cas, car le reste des cas sont sans notification de PB et/ou ont consulté au-delà de la 16^{ème} semaine d'aménorrhées .

Quant à l'**accouchement assisté**, l'unique cas enregistré au mois de février et validé par l'AAP, n'est pas accepté par l'ACVE parce qu'il est dirigé par un personnel non formé en SONU.

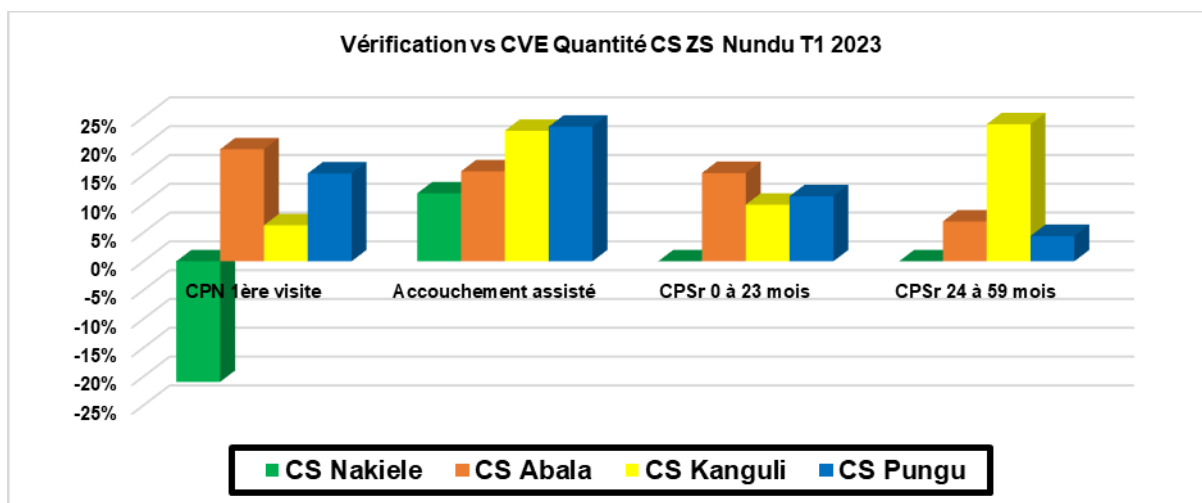
2.5. Centre de santé Neema :

L'ACVE (6) n'a retenu que 60% des cas d'**accouchements assistés** validés par l'AAP (10), car le reste est dirigé par un personnel non formé en SONU.

Pour la **CPS redynamisée enfants de 0 à 23 mois**, l'ACVE (280) a validé 40 de moins que l'AAP(320), car l'administration de la Vit A ne sont pas notifiées sur les fiches (20), mais surtout plusieurs fiches ne sont pas vues lors de la contrevérification (357).

3. Zone de santé de Nundu

Graphique 61 : Résultats de la contre vérification quantitative des CS de la ZS de Nundu



Commentaires :

La première mission de la contre vérification dans la ZS de Nundu, présente des moyennes des écarts supérieures dans 3/5 CS (**Nakiele, Abala, Kanguli et Pungu**) allant de **14%** à **20%** entre l'ACVE et l'EUP. Les indicateurs les plus touchés sont la **CPN 1ère visite**, l'**accouchement assisté**, la **CPS redynamisée enfants de 24 à 59 mois** et l'**enfant MAS 6-59 mois pris en charge au CS et récupéré**, les raisons de ces différences sont avancées dans la suite

3.1. Centre de santé Nakiele :

3 indicateurs l'**accouchement assisté**, la **CPS redynamisée enfants de 24 à 59 mois** et l'**enfant MAS 6-59 mois pris en charge au CS et récupéré** ont entraîné plus 16,4% d'écart entre l'AAP et l'ACVE.

L'ACVE a validé 127/246 cas d'**accouchements assistés inscrits dans le registre, contre** 144 cas de l'AAP. Les cas invalidés sont liés à l'absence de partogrammes (98) et du personnel non formé en SONU (21)..

Aussi, pour la **CPS redynamisée enfants de 24 à 59 mois**, l'ACVE a validé 171/637 enregistrés cas contre 192 cas de l'AAP. Cet écart est lié à la non notification des mesures anthropométriques (12), mais surtout à l'absence de 71,2% de fiches. .

L'ACVE (5) a confirmé seulement 22,7% des cas de l'AAP (22), car le protocole PCIMA n'est pas respecté.

Cependant, l'ACVE a validé 9 cas de plus de l'AAP (43), car respectent les critères de validations..

3.2. Centre de santé Abala :

Pour le CS Abala, l'écart est significatif pour la **CPN 1ère visite**, **accouchement assisté** et la **CPS redynamisée enfants de 0 à 23 moins** respectivement pour les raisons suivantes,

L'ACVE a validé 7 cas de moins de CPN **1ère visite** que l'AAP (36), car les femmes ont consulté au-delà 16^{ème} semaine d'aménorrhée (35) et les fiches non retrouvées (12) alors l'ACVE (54) en a validé 10 cas de moins que l'AAP(64), car le personnel est non formé en SONU (23) et l'absence de partogrammes (19). Quant à la CPS, l'ACVE a validé 276 cas contre 326 pour l'AAP. Cet écart se justifie par l'absence de paramètre anthropométrique et/ou Vit A (67) et plus 45,8% de cas de fiches non retrouvées (290).

De même, l'ACVE a validé de 3 cas MAS de moins que l'AAP, car le reste des cas s'est fait sans respect du protocole (sans intrants).

3.3. Centre de santé Kanguli :

4 indicateurs la **consultation externe (nvx cas)**, l'**accouchement assisté**, la **CPS redynamisée enfants de 24 à 59 mois** et l'**enfant MAS 6-59 mois pris en charge au CS et récupéré** ont plus de 10% d'écart entre l'EUP et l'ACVE.

Pour la - **consultation externe**, l'ACVE a validé 694/996 cas enregistrés contre 776 cas de l'AAP. Les cas invalidés sont liés au manque de signature/nom (82), absence de mesure anthropométriques (3) mais surtout à l'absence des fiches (243)..

S'agissant de l'**accouchement assisté**, l'ACVE a validé 17 cas de moins que l'AAP (75), car la plupart des accouchements sont dirigés par un personnel non formé en SONU et d'autres partogrammes ne sont pas retrouvés. .

Aussi, seul 50/624 cas disposant la carte/coupon pour la

A la CPS redynamisée enfants de 24 à 59 mois, l'ACVE a validé 48/624 alors que l'AAP en a pris 63 cas. Les cas invalidés s'expliquent par l'absence de mesures anthropométriques (2), **mais surtout de 91,9% de fiches non disponibles (574)**. .

Quant au cas **MAS**, l'ACVE a confirmé seulement 48,5% des cas validés par l'AAP, car les PB ne sont pas notifiés sur les fiches et d'autres fiches ne sont pas disponibles. .

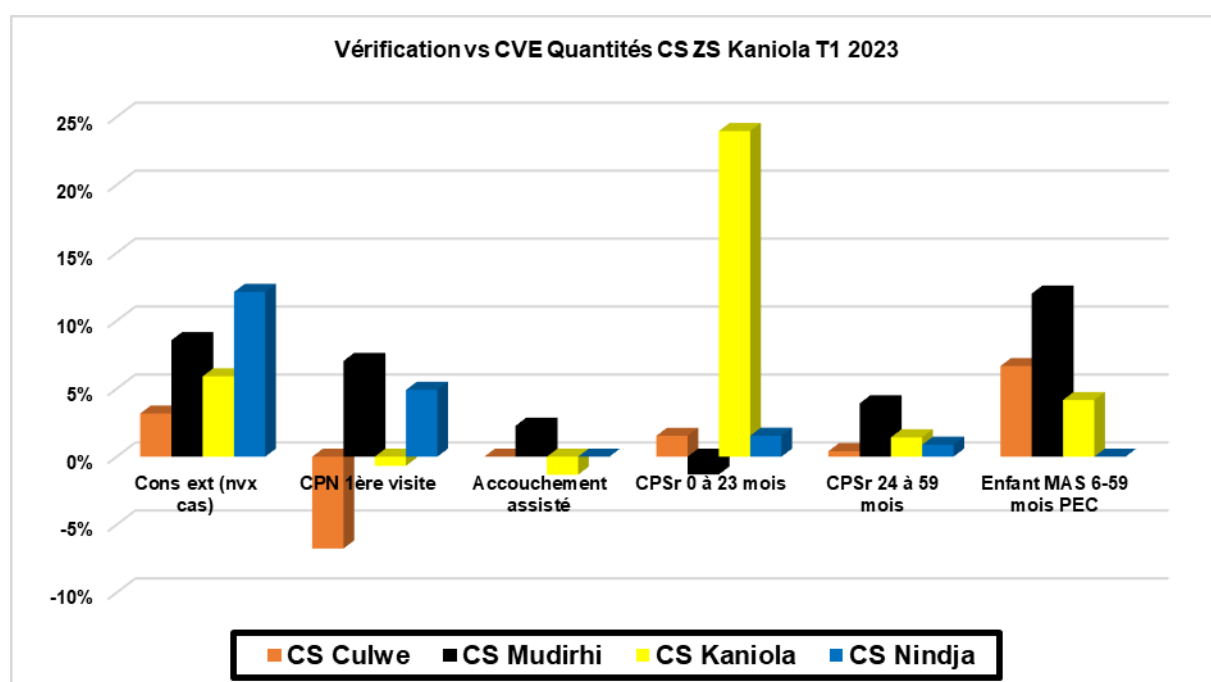
3.4. Centre de santé Pungu :

Au CS Pungu, pour la **CPN 1ère visite**, se dégage un écart est de 9 cas entre l'AAP (59) et l'ACVE(50), car plusieurs fiches ne notifient pas les interventions spécifiques, ni la DDR et surtout la visite des femmes est au-delà de la 16^{ème} semaine d'aménorrhée .

Pour l'**accouchement assisté**, l'ACVE a validé 59/88 enregistré contre 77 cas de l'AAP, car le personnel n'est pas formé en SONU (23) et des partogrammes sont non vus (6). Quant à la CPS 0 à 23 mois, l'ACVE a validé 50 cas de moins que l'AAP (442), car les mesures anthropométriques ne sont pas notifiées et les interventions spécifiques (Vit A et mébendazole). Pour les cas de MAS, l'ACVE a validé seulement 65,6% des cas de l'AAP, car la plupart des fiches ne respectent pas le protocole.

4. Zone de santé de Kaniola

Graphique 62 : Résultats de la contre vérification quantitative des CS de la ZS de Shabunda



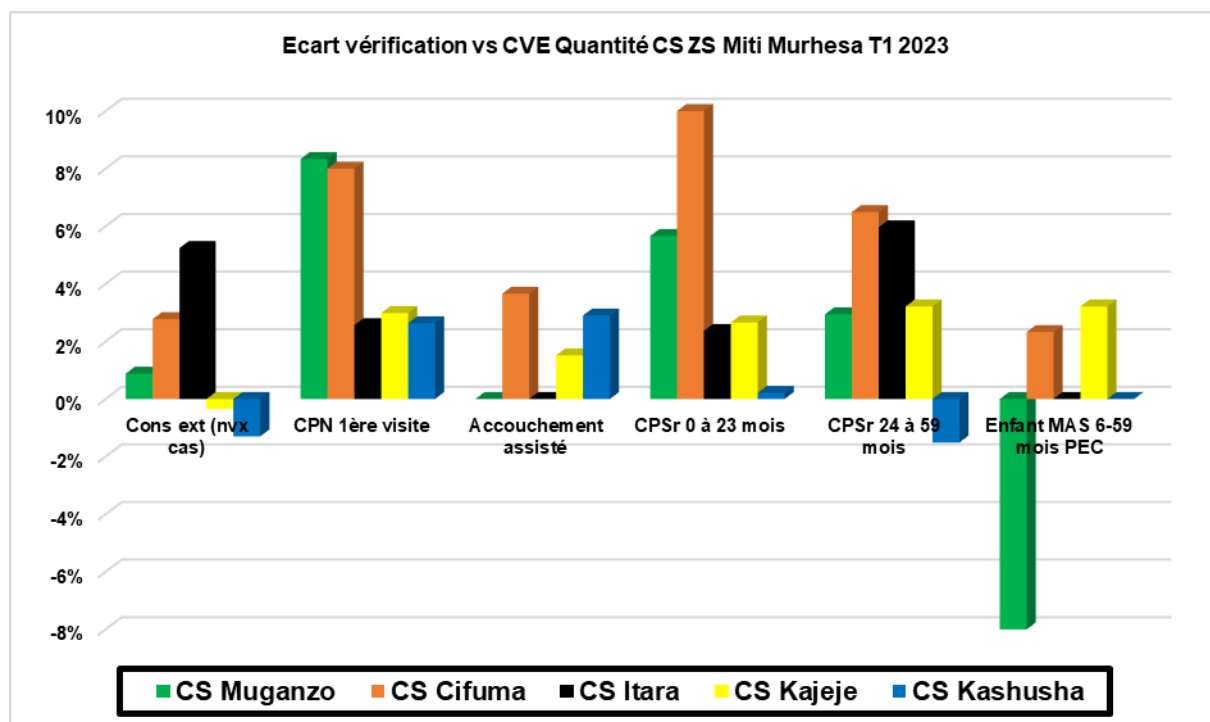
Commentaires :

Bien que les moyennes d'écart soient faibles, certaines prestations restent encore critiques.

A Nzibira comme a Kaniola, l'ACVE a confirmé respectivement , 74 et 264 cas de moins que l'AAP, car tous ces enfants n'ont effectués qu'une seule visité pour la CPS redynamisée de 0-23 mois . A Mudirhi, l'ACVE a validé 3 cas de moins que l'AAP car ces enfants étaient encore sous traitement la (consultation externe. A Nindja, pour la consultation externe 212 cas de moins car ces fiches ne notifient pas les paramètres anthropométriques et d'autres manquent les noms / signatures des consultants.

5. Zone de santé de Miti Murhesa

Graphique 63 : Résultats de la contre vérification quantitative des CS de la ZS de Miti Murhesa



Commentaires :

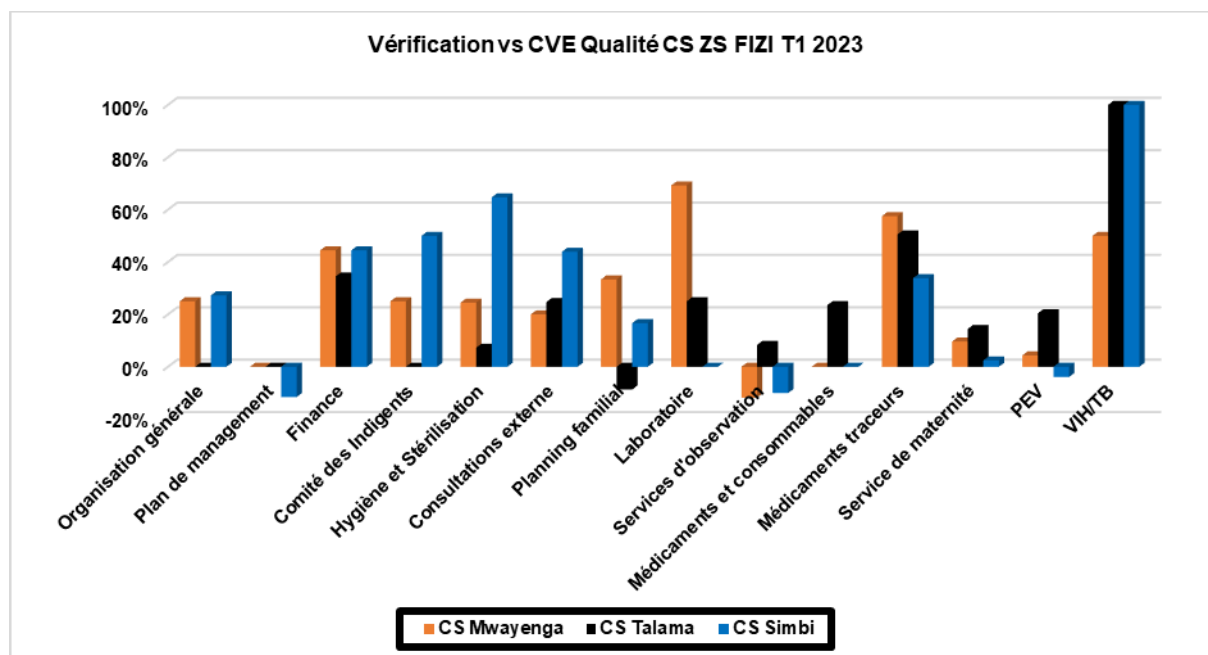
Aucun écart significatif observé entre les quantités vérifiées par l'AAP et celles contre vérifiées par l'ACVE. Dans l'ensemble, la zone a une moyenne d'écart de 3%. Cependant Certains indicateurs pris d'une manière individuelle, présentent de infimes différences liées au non-respect de rendez pour les cas de CPS 0-23 mois validés sans avoir réalisé trois visites trimestrielles ni bénéficiés les intrants spécifiques et les femmes en CPN qui ont réalisé leurs première visite CPN au-delà de 16 semaines d'aménorrhée.

3.4.5.2. Contre vérification qualitative

Globalement, la moyenne des scores de la qualité des CS des 5 ZS de la province du Sud-Kivu est de 9,7%. 3/5 ZS ont des écarts qualités de plus de 10% (Kadutu : 12,8%, Nundu 11,8% et Fizi : 10,5%). Les domaines avec écarts élevés sont expliqués par zone dans la suite.

1. Zone de santé de Fizi

Graphique 64 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Fizi



Commentaires :

3/5 CS dans cette zone présentent des écarts de scores élevés (Talama : 11,8%, Mwayenga : 13,8% et Simbi : 17,7%) pour les causes suivantes :

1.1. Centre de santé Mwayenga :

9/15 domaines sont affectés dans cette structure et ces écarts sont expliqués comme suit :

Sur le domaine de l'**organisation générale**, aucune des trois réunions tenues par le personnel le au cours du trimestre ne traite des aspects financiers. De même, aucun outil **financier** n'a été présenté et l'infirmier contacté ne maîtrise pas son score ni sa prime de performance du trimestre passé. Concernant le **comité d'indigents**, l'ACVE n'a vu aucun CR de réunion mensuel de CODESA avec point à l'ordre du jour sur l'utilisation des services de soins par indigents et personnes en incapacité.

Quant à l'**hygiène et stérilisation**, les douches ne disposent pas d'installation d'eau courante fonctionnel, ni de réserve d'eau, encore moins un dispositif d'évacuation des eaux usées dans une fosse d'assainissement. L'ACVE a noté que la cour du CS n'est pas débroussaillée.

Dans ce CS, l'infirmier à la **consultation externe**, ne maîtrise pas tous les symptômes et signes de dangers de la tuberculose alors que le cas de MAS avec complications ne sont pas référés à l'hôpital de peur de la traversée du lac Tanganyika. De plus, la structure n'a pas pris en charge les cas de la MAS suite à la rupture en intrants nutritionnels des mois de février et mars 2023. La même période, certains intrants du **Planning familiale** (DIU et Implant) ont connu aussi des ruptures en stock.

L'ACVE a observé qu'à part le test de dépistage rapide du paludisme, aucun autre examen de **laboratoire** n'est réalisé. Concernant les **médicaments**, 26,6% des produits (8/30) étaient en rupture de stock la période sous revue, aussi, il est difficile de confirmer la disponibilité **des médicaments traceurs** vu l'absence de CMM sur les fiches.

1.2. Centre de santé Talama :

Cette structure présente 7/15 domaines avec écart significatifs pour les raisons suivantes :

Sur la **finance**, l'ACVE n'a pas pu comparer les espèces en caisse car le livre de caisse n'était pas à jour (la dernière opération est du 21/07/2023). Tandis que, pour la **consultation externe**, le tarif n'est pas affiché, le réceptionniste ne dispose pas de jetons de différentes couleurs, le protocole national de diagnostic et de traitement du paludisme simple n'est pas affiché. De plus, l'infirmier à la consultation n'a pas cité tous les signes cliniques et de danger de la tuberculose, mais surtout les ATPE étaient en rupture de stock dans cette structure.

En ce qui concerne les **médicaments et consommables médicaux**, les fiches de stocks ne sont pas tenues à jour, le RUMER ne ressort pas la valorisation des médicaments. Alors que les, les fiches de stocks ne renseignent pas la CMM pour les **médicaments traceurs**

Pour la **consultation préscolaire** au CS Talama, la capacité de la salle d'attente est insuffisante pour recevoir 40 personnes alors que les jetons ne sont distribués aux enfants .. De plus, ce CS ne dispose pas de table OMS pour le rapport taille-âge et les fiches de suivi des enfants à la vaccination. De même, pour le **dépistage conseil initié par les prestataires**, le phallus n'a pas été rendu disponible et les préservatifs sont en quantité insuffisante.

1.3. Centre de santé Simbi :

Dans cette structure, 8/15 domaines présentent des écarts pour les raisons ci-dessous :

Concernant l'**organisation générale**, la structure ne dispose pas de CR des réunions techniques du personnel pour tout le trimestre, alors que la **finance**, le livre de caisse n'est pas à jour (02 juillet 2023) et l'infirmier traitant rencontré n'a pu expliquer sa prime ni son score de performance du trimestre passé.

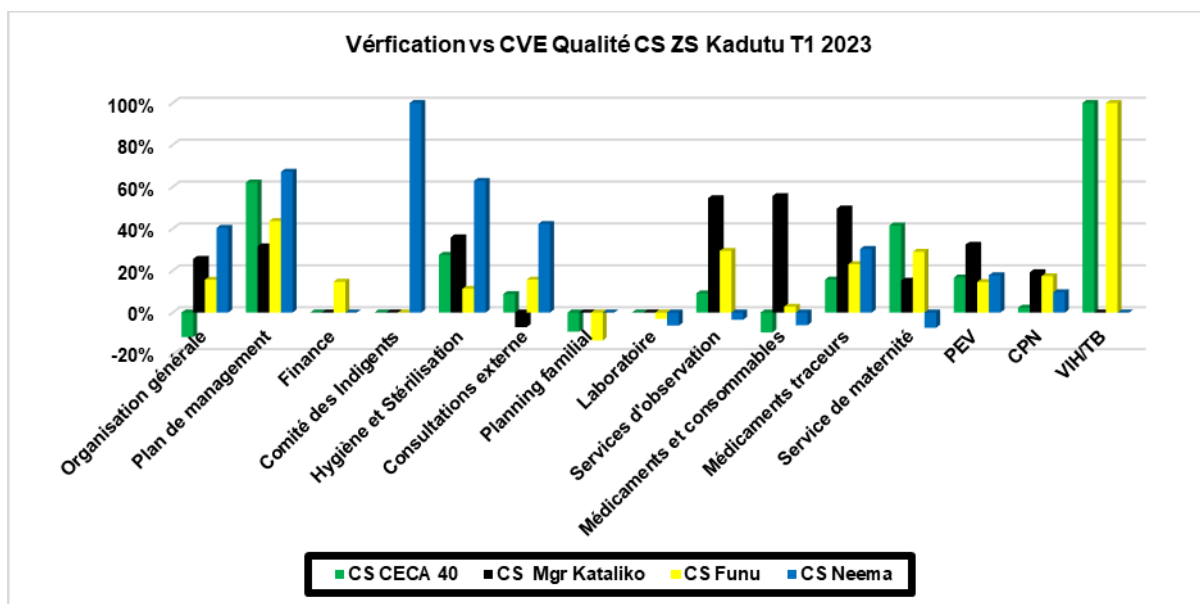
L'ACVE n'a pas vu les CR des réunions du **comité pour indigents** qui traitent sur le coût des soins et le nombre des indigents qui sont pris en charge. Quant à l'**hygiène et stérilisation**, les latrines sont insalubres (présence des mouches, absence de couvercles, matière fécale visible), des poubelles non différenciées en couleurs et non bordées. De plus, la cour du CS n'est pas débroussaillée.

L'infirmier qui réalise la **consultation externe** ne maîtrise pas les symptômes et les signes de danger de la tuberculose. La structure a connu une rupture aussi bien en intrants nutritionnels qu'en DIU pour la **planification familiale** pendant la période sous revue.

Concernant les **médicaments traceurs**, l'ACVE n'a pas pu apprécier la disponibilité des médicaments vu l'absence des CMM sur toutes les fiches de stock des médicaments. Aussi pour le domaine du **VIH/TB**, contrairement à l'affirmation de l'évaluateur, la structure ne dispose ni des matériels d'IEC encore moins documents de suivi des cas VIH/TB.

2. Zone de santé de Kadutu

Graphique 65 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Kadutu



Commentaires :

L'écart moyen des scores de cette zone de santé est de 14% entre l'évaluation de l'ECZS et l'ACVE. 4/5 centres de santé présentent des différences significatifs (**CS Neema : 21,6%**, **CS Funu 15,3%**, **CS Mgr Kataliko :14,4%** et **CS CECA 40 : 10%**) pour des différents constats observés par l'ACVE dont les plus pertinents sont décrits ci-dessous.

2.1. Centre de santé CECA 40 :

Pour ce centre, bien que l'écart ne soit à la limite tolérable, 6/15 domaines (**plan de management, hygiène et stérilisation, médicaments traceurs, service de maternité, consultation préscolaire et VIH/TB**) attirent une attention particulière.

Pour le **PM**, l'ACVE n'a pas trouvé les deux grilles de l'évaluation et de la vérification du trimestre -1 qu'avait vues l'évaluateur au CS, moins encore le compte rendu de la réunion de validation du PM. De même l'absence de l'accusé de réception du PM transmis au BCZS. Le PM ne mentionne pas les prestataires formels ou informels de l'AS ni les stratégies pour contraindre les structures informelles qui œuvrent au niveau de l'AS.

Concernant l'**hygiène et stérilisation**, le CS n'a aucune poubelle dans sa cour, la seule latrine fonctionnelle n'a pas le couvercle pour le trou et les matières fécales ainsi que les mouches sont observées.

A ce CS, l'ACVE a compté dans le RUMER 60 jours de rupture durant le premier trimestre 2023 pour 4 items des **médicaments traceurs**. En plus, 7 molécules sont en rupture de stock.

Ensuite, pour les **services de maternité** et **de consultation préscolaire**, l'ACVE a trouvé une boîte obstétricale stérilisée avec insuffisance des matériels et aucun paquet des compresses stériles dans la salle d'accouchement. De plus, le SAA n'est pas intégré. Les enfants avec courbe de croissance stationnaire n'ont pas bénéficié de conseils sur le statut nutritionnel, encore moins l'indisponibilité des micronutriments en poudre pour les enfants de 0 à 23 mois.

Pour le **VIH/TB**, les 12 points qu'avait accordés l'évaluateur sont rejetés par l'ACVE, car aucune prestation n'est réalisée dans ce centre ni de personnels formé. De plus, aucune fiche de patient PVV/VIH ni pour le patient tuberculeux archivée.

Cependant, deux points de plus accordés par l'ACVE par rapport aux 9 points de l'évaluation sur l'**organisation générale** parce que certaines fiches CPS et CPN sont placées dans le placard après le passage de l'évaluateur.

2.2. Centre de santé Mgr Kataliko :

Au CS Kataliko, au niveau de l'**organisation générale**, les comptes rendus du mois de janvier et de mars 2023 ne renseignent pas sur le suivi des recommandations des réunions techniques des mois précédents, ni les recommandations prises à la dernière réunion respective. De plus, le président de CODESA n'a pas signé sur les deux listes des participants. Ensuite, l'ACVE n'a pas vu sur les trois comptes rendus des réunions de CODESA les discussions sur les aspects financier.

Pour le **PM**, l'ACVE n'a constaté aucune preuve de transmission de PM au BCZS alors que les stratégies pour faire participer les autres prestataires formels ou informelles n'y ressortent pas.

Au niveau de l'**hygiène et stérilisation**, l'ACVE a observé qu'une seule latrine/ douche fonctionnelle pour le personnel et les patients. De plus, ce CS ne dispose pas des poubelles à pédale ni bordée de sac encore moins le chariot pour le transport des déchets. Quant au **service d'observation**, le matelas n'est pas couvert de tissus imperméables, la salle ne dispose aucun accès à l'eau potable pour les malades.

En rapport avec les **médicaments et consommables médicaux**, les fiches de stock et le RUMER ne sont pas à jour (25 juillet 2023). Les bons de commande des médicaments vus ne sont pas validés le BCZ. De plus, 14 médicaments ont connus des ruptures. Par ailleurs la CMM n'est pas calculée pour certains **médicaments traceurs**.

Au **service de maternité**, la boîte obstétricale stérilisée manque d'aiguilles courbes et longues, mais surtout, il n'y a pas le protocole de réanimation du nouveau-né.

En rapport avec la **consultation préscolaire**, le rapport de séances d'IEC ne renseigne pas le nombre d'enfants pour la visite CPS ainsi que ceux attendus pour la vaccination. Le service ne dispose d'aucun échéancier pour les enfants à récupérer. En plus, certaines fiches des enfants de 6 à 23 mois observées ne mentionnent pas le PB et la taille encore moins l'administration de la vitamine A.

Pour la **CPN**, les prestataires oublient de mentionner les noms / signatures sur les fiche tandis que l'ACVE n'a vu aucune preuve des séances éducatives organisées en faveur des femmes enceintes.

2.3. Centre de santé Funu :

11/15 domaines sont concernés. sur l'**organisation générale**, les 3 CR des réunions techniques avec le personnel manquent 4 éléments (les recommandations de la réunion antérieure et celles de la dernière, l'aspect financier n'a pas été discuter et absence de la signature du président de CODESA).

Dans ce CS, l'ACVE signale la non prise en compte dans le **plan de management** les CR de la réunion de validation du PM et de la réunion préparatoire ainsi que leurs listes de présence signées ne sont pas disponibles. Ce même PM, ne propose pas la stratégie pour faire face aux autres structures formelles et informelles de l'aire de santé. Le PM trouvé ne renseigne pas le tarif forfaitaire négocié encore moins le financement prévu pour les soins des indigents ; alors que l'outil indices pour la période sous revue n'est pas disponible sur la **finance**.

Quant à l'**hygiène et stérilisation**, la différence des cotes entre l'évaluation et la contrevérification se justifie par l'absence de protocole de stérilisation et de poubelles à pédales. De plus, l'ACVE a constaté l'absence du charriot pour le transport des déchets.

A la **consultation externe**, la salle est restreinte (5m²), les diagnostics aussi bien pour l'IRA, la diarrhée et la PCIMA ne sont pas corrects car toutes les 5 fiches sélectionnées ne respectent pas les protocoles de PEC encore moins les intrants administrés.

Dans ce CS, le **service observation** n'est pas fonctionnel alors que, 4 **médicaments traceurs** ont connu des ruptures de stock pendant le trimestre et 6 autres le stock physique est inférieur à la CMM au moment de la contrevérification.

A la **maternité**, aucun dispositif pour l'évacuation des eaux usées n'est fonctionnel et les tables de nuits encore moins les seaux inoxydables n'existent dans la salle post partum.

Au niveau de **consultation préscolaire**, le rapport des séances d'IEC lors de la CPS qu'avait vu l'évaluateur n'est pas disponible lors de la contrevérification et le réfrigérateur trouvé a un seul compartiment pour tous les vaccins. Le prestataire dit formé en **CPNr** n'a pas le certificat ni liste de présence approuvée par la DPS.

Concernant le service de **VIH/TB**, les 15 points accordés par l'évaluateur de l'ECZ sont retirés par l'ACVE, car le phallus n'est pas observé ni le registre PTME encore moins le certificat pour les prestataires formés en VIH/TB. De même, aucune fiche de patient tuberculeux renseigne le résultat de co-infection VIH/TB.

Cependant, pour la **PF**, l'ACVE a constaté que les méthodes à longues et à courtes durée sont disponibles au CS après le passage de l'évaluateur alors que le prestataire chargé de la PF maitre la formule pour calculer les clientes PF attendues par intrants.

2.4. Centre de santé Neema :

Pour cette structure, à l'**organisation générale**, la carte sanitaire n'affiche pas les barrières naturelles (la rivière Kahuwa est à 50m). Les 3 CR réunions mensuelles de CODESA vus lors de l'évaluation ne sont pas observés par l'ACVE. En plus, les trois CR des réunions techniques avec le personnel manquent la discussion sur la finance, la signature du président de CODESA encore moins le suivi des recommandations de la réunion passée. L'ACVE n'a pas vu les accusés de réception de SNIS remplis transmis au BCZS.

L'ACVE signale que la grille d'évaluation du PM du trimestre passé non vu, alors que, les CR de la réunion de validation du PM n'existent pas. Le PM trouvé ne renseigne pas le tarif forfaitaire négocié encore moins le financement prévu pour les soins des indigents. Les stratégies ne sont pas planifiées pour couvrir les villages éloignés.

Pour l'**utilisation des services par les indigents et les personnes avec incapacité de payer les soins médicaux**, l'ACVE a retiré les 30 points accordés par l'évaluateur à la suite de l'absence de 3 CR des réunions de CODESA, de la liste des indigènes obtenues des services des affaires sociales, des églises et du CODESA. De même, le nombre des indigents soignés durant le trimestre n'existe pas. Les rapports financiers lus ne montrent pas sur le coût de traitements des indigents pour faire la comparaison avec les recettes réalisées.

Au niveau de l'**hygiène et stérilisation**, le CS n'est pas clôturé alors que les poubelles pleines ne sont pas bordées de sac encore moins des pédales. Dans ce CS, la seule latrine est insalubre (matières fécales visibles avec les mouches). Aussi, le dispositif d'éclairage n'est disponible dans la douche et la toilette. La cour du CS n'est pas balayée, car les déchets médicaux sont visibles.

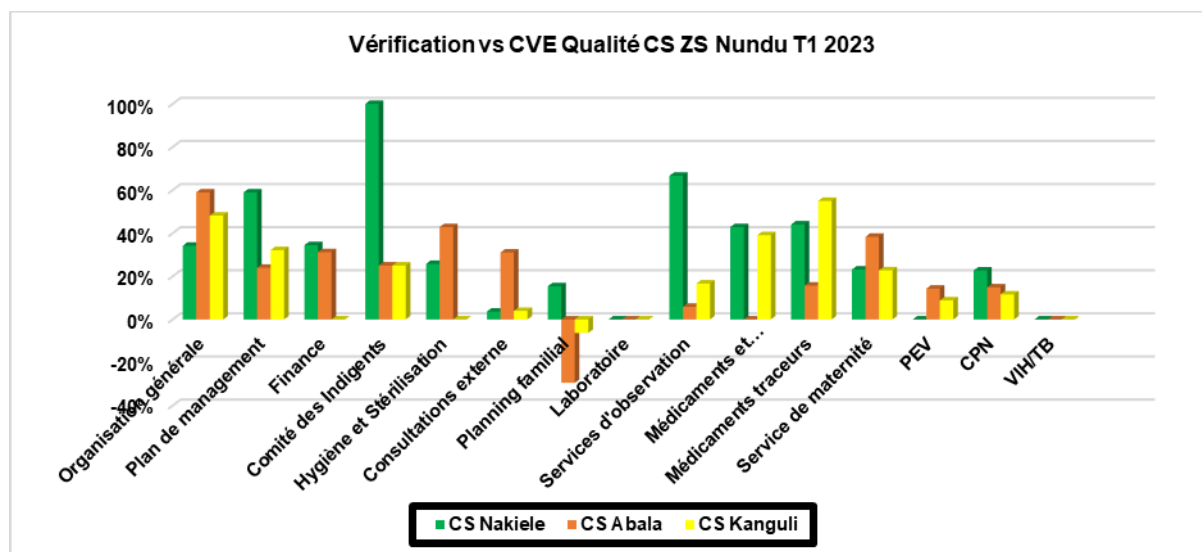
A la **consultation externe**, le tarif affiché n'est pas traduit en langue locale. L'horloge trouvé dans la salle de consultation n'est pas fonctionnelle. De plus, aucune fiche renseigne les cas de paludisme grave. Les fiches sélectionnées ne renseignent pas sur le dosage d'hémoglobine ni sur l'état vaccinal des enfants encore moins le rapport taille-âge.

A ce centre de santé, 1/3 items a connu des ruptures, , alors que les 10 items des **médicaments traceurs** n'ont pas de stocks physiques à la pharmacie.

Concernant la **consultation préscolaire**, les enfants avec courbe de croissance stationnaire n'ont pas bénéficié de conseils sur le statut nutritionnel. Le réfrigérateur installé au CS n'a qu'un seul compartiment pour tous les vaccins conservés.

3. Zone de santé de Nundu

Graphique 66 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Nundu



Commentaires :

3/5 CS (**Nakiele, Abala et Kanguli**) contrôlés vérifiés dans la ZS de Nundu, présentent des écarts de scores très significatifs allant de 11,3% à 16% entre l'évaluation et la contre vérification.

3.1. Centre de santé Nakiele :

Un écart de 13,1% pour 12/15 domaines a été observé entre ACVE et les évaluateurs. : En rapport avec **l'organisation générale**, les trois CR des réunions techniques avec le personnel et ceux de CODESA vu par l'évaluateur de l'ECZS ne sont pas disponibles dans le placard du CS pendant la contre vérification, alors que le **plan de management** ne présente aucun élément d'analyse sur l'évaluation qualité des soins. En plus, la liste des prestataires formels de l'AS ne ressort pas ce PM ni les financements prévus pour les soins des indigents.

L'ACVE n'a pas trouvé de **rapports financiers** du trimestre sous revu contrairement à ce qu'avait confirmé l'évaluation.

Quant à **l'utilisation des services par les indigènes et personnes avec incapacités de payer les soins médicaux**, aucune liste des indigènes obtenues des services des affaires sociales, des églises et du CODESA n'est disponible. En ce qui concerne **l'hygiène et stérilisation**, la structure n'est pas clôturée et le charriot pour le transport des déchets n'est pas disponible.

Pour la **planification familiale**, le certificat de formation ou la liste de formés approuvée par le Chef de Division provincial de la santé n'existe pas et les intrants DIU/implant ne sont pas disponibles sur le lieu de démonstration.

Au service d'**observation**, les rapports d'observation du trimestre sous examen ne sont pas produits, la salle n'est pas propre et sans lit, l'eau potable n'y est pas.

Pour les **médicaments et consommables**, les fiches de stock ne sont pas à jour, alors que, l'ACVE a constaté que tous les **médicaments traceurs**, n'ont pas de CMM sur les fiches de stock malgré la disponibilité physique de 29 items.

Dans le **domaine de la maternité**, les 5 pingouins et les 4 pinces hémostatiques trouvés par l'évaluation ne sont pas disponibles lors de la contre vérification. L'unique boîte obstétricale et épisiotomie n'a pas tous le matériels souhaités. Tandis que pour la **CPN**, le prestataire ne connaît pas comment calculer la cible attendue de la CPN et le prestataire manque de preuves pour la formation en CPNr.

3.2. Centre de santé Abala :

16,3% d'écarts sont enregistrés entre l'ACVE et les évaluateurs .

Sur le domaine de l'**organisation générale**, les 3 CR des réunions techniques avec le personnels ne discutent pas sur les aspects financiers et le président de CODESA n'a pas signé sur les CR. Le rapport d'analyse des données SNIS du mois de janvier ne sont pas disponible. De plus, l'ACVE n'a trouvé aucun rapport de VAD ni les protocoles VAD remplis. Pour la **finance**, l'ACVE a constaté que le solde théorique de 875\$ ne correspond pas avec les espèces en caisse de 427,5\$.

L'ACVE a aussi constaté que le **PM** ne fait pas voir la priorisation des domaines à faible score qualité, en plus le PM ne contient pas les stratégies pour faire face aux structures formelles et informelles dans l'AS ; alors que, pour l'**utilisation des services par les indigènes et personnes avec incapacités de payer les soins médicaux**, il n'y a pas de liste des indigènes et personnes en incapacité qui ont utilisé les services durant le trimestre . De même, le nombre d'indigents ayant utilisé les services n'est pas renseigné dans le rapport financier sur le coût des traitements des indigents.

Dans ce CS, les conditions de l'**hygiène et stérilisation** sont encore précaires (une latrine et une douche fonctionnelle mais n'est pas nettoyée, les mouches sont visibles, inexistence d'éclairage, absence des dispositifs de lavage des mains fonctionnelle à l'extérieur de la toilette). De plus, suite, les poubelles ne sont pas bordées de sac, la fosse d'élimination des déchets n'est pas clôturée, le protocole de stérilisation a pression n'est pas disponible. De même, et en plus, le personnel qui traite les déchets n'a pas de chariot.

Concernant la **consultation externe**, l'ACVE n'a trouvé aucune fiche avec le TEST+ confirmation microscopique du Plasmodium falciparum du paludisme grave, alors que 60% soit 12/20 fiches sélectionnées renseignent la prescription d'un antibiotique. Les 5 Signes généraux de danger de la TB ne sont pas connus par le prestataire. De même, sur la fiche PCIME l'anémie n'est pas évaluée, le PB et la taille ne sont pas renseignés.

Pour les **médicaments traceurs**, 3 molécules ont connu la rupture de stock de plus de 45 jours et la CMM n'est pas calculée pour certains médicaments en stock.

Enfin, le **service de maternité**, les deux poses pieds de la table d'accouchement ne sont pas fonctionnels. Les fils non résorbables et le 50 cc de lidocaïne 2% ne sont pas disponibles parmi les intrants pour l'épisiotomie. Dans la salle d'accouchement, le flacon de povidone 2,5% ne sont pas disponibles alors certains accouchements sont dirigés par les prestataires non formé en SONU.

3.3. Centre de santé Kanguli :

8/15 domaines les plus affectés ont occasionné un écart des scores de 10,3% entre l'évaluation et la contre vérification au centre de santé sont expliqués.

En rapport avec l'**organisation générale**, les 3 CR des réunions CODESA sont absents dans le placard, les 2 CR des réunions techniques avec le personnel (janvier et mars 2023) manquent la discussion sur l'aspect financier et de la signature du président de CODESA. En plus, il y a absence de preuve (accusé de réception) de transmission de rapports SNIS au BCZS. De même, le tableau de suivi des données n'est pas à jour alors que, les rapports d'analyse des données SNIS ne sont pas retrouvés.

Concernant le PM, l'ACVE n'a pas vu le CR de la réunion de validation du PM. De même, le PM ne renseigne pas sur les stratégies mobiles pour mener les activités dans les villages éloignés, encore moins, sur les financements prévus pour les soins aux indigents ni la liste des prestataires formels et informels de l'aire de santé.

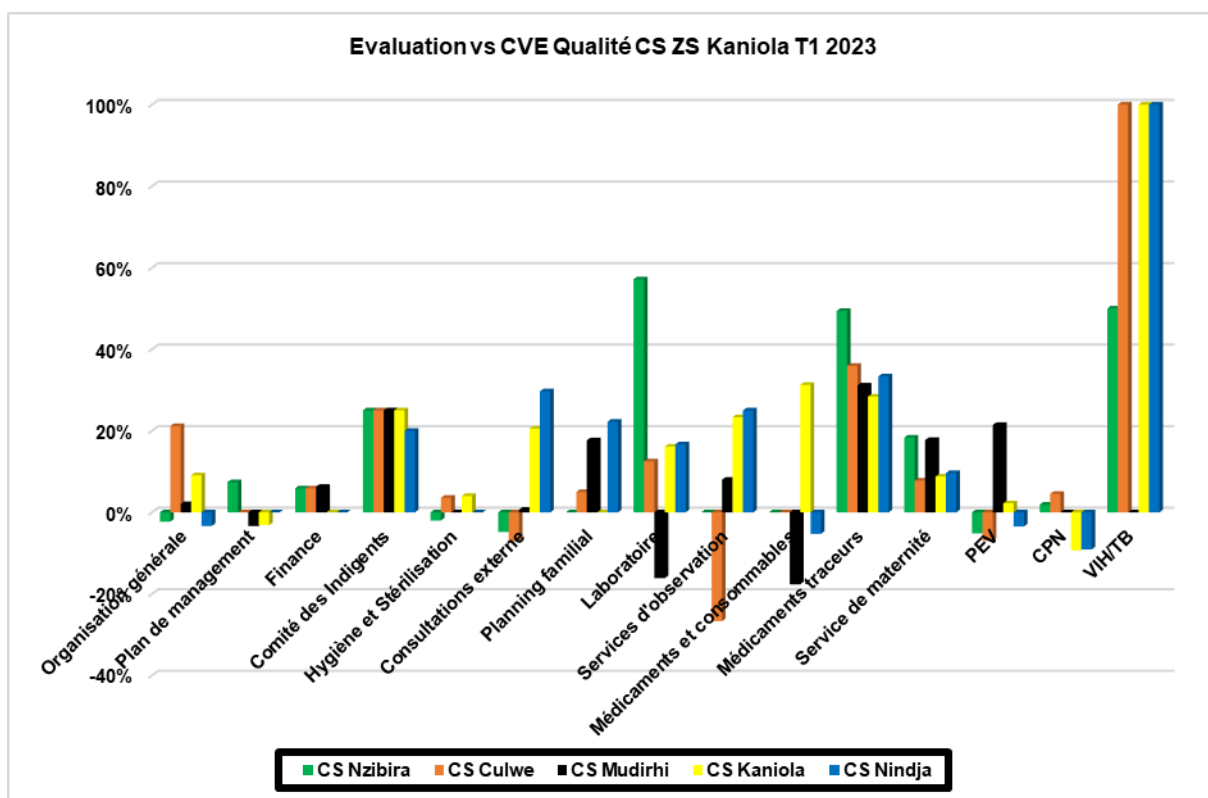
Pour l'**utilisation des services par les indigènes et personnes avec incapacités de payer les soins médicaux**, aucun rapport financier ne fait mention du coût de traitements des indigents, alors le **service d'observation** ne dispose pas d'eau potable encore moins de registre.

En ce qui concerne des **médicaments et consommables médicaux** ainsi que les **médicaments traceurs**, le RUMER du CS n'est pas à jour et la valorisation des médicaments consommés au prix de vente fournisseur ou prix d'achat ne se fait pas alors que les fiches stock pour tous les 31 items n'ont pas la CMM.

De plus, pour le **service de maternité**, la seule boîte obstétricale contient les instruments en nombre insuffisant, la salle ne dispose pas d'un coin du nouveau-né et certains accouchements ont été dirigés par un prestataire non qualifié ni formé en SONU alors que pour la **CPN**, le prestataire manque la preuve pour la formation en CPNr. L'ACVE a constaté que les fiches CPN manquent le nom et signature du prestataire.

4. Zone de santé de Kaniola

Graphique 67 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Kaniola



Commentaires :

La moyenne des scores qualité dans cette zone est de 5,6%. Toutes les structures contre vérifiées ont des écarts acceptables de moins de 10%. Certains domaines présentent des écarts significatifs à la contre vérification tels que « **le comité des indigents, le laboratoire, les médicaments traceurs et le Dépistage conseil initié par les prestataires (DCIP) pour le VIH/TB** ».

Pour le **comité d'indigents**, les CR des réunions des COGES des CS Nzibira et Culwe ne présentent pas un point à l'ordre du jours les aspects sur l'utilisation des services par les indigents et les rapports financiers de ces CS n'indiquent pas le coût des traitements des indigents en comparaison avec recettes. L'ACVE n'a pas vu les CR des réunions du personnel du CS (Mudirhi, Kaniola et Nindja).

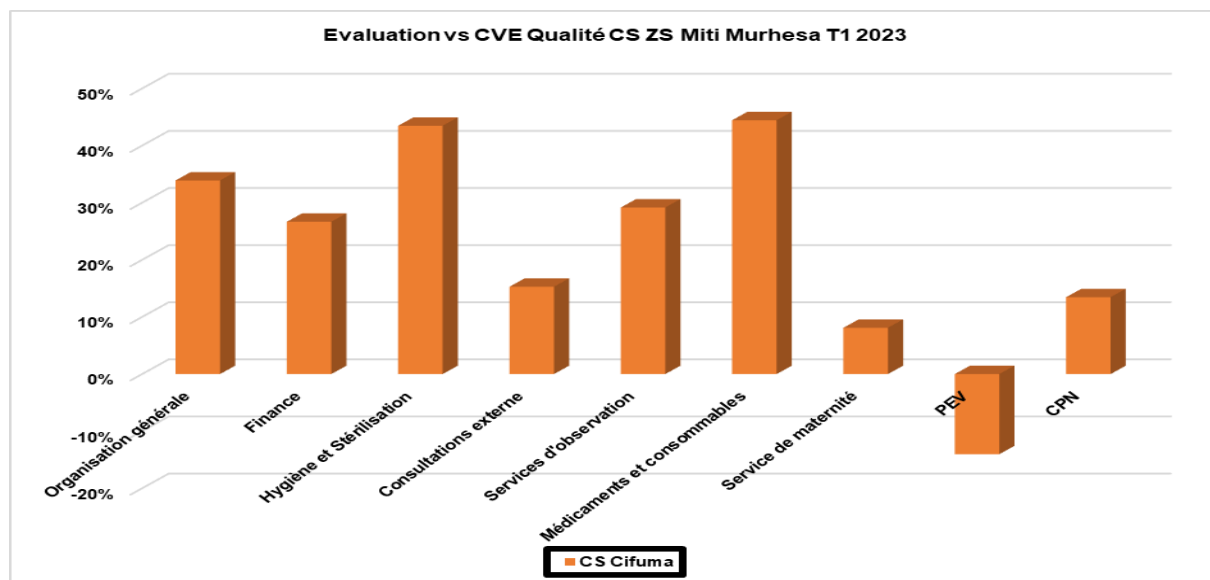
Concernant le domaine du **laboratoire**, la contre vérification a observé que ce service n'est pas fonctionnel à Nzibira et à Culwe et les protocoles ne sont pas appliqués . De plus, les procédures de gestion de déchets au laboratoire aux CS Kaniola et Nindja ne sont pas aussi disponibles.

Quant aux **médicaments traceurs**, le RUMER n'est pas tenu à jour au CS Culwe avec une rupture de 1/3 produits traceurs pour le trimestre sous revue aux 3 CS Nzibira, Kaniola et Nindja. De même, pour

le domaine du **dépistage conseil initié par les prestataires (DCIP) pour le VIH/TB**, l'ACVE a noté la rupture en préservatifs, l'absence de preuve de formation des conseillers en matière du VIH/TB dans l'ensemble de structures visitées.

5. Zone de santé de Miti Murhesa

Graphique 68 : Résultats de la contre vérification qualitative des CS de la ZS de Miti Murhesa



Commentaires :

Seul le **Centre de Santé Cifuma** sur le 5 CS de la zone présente un écart significatif de 12,5%. La moyenne des écarts des scores de la ZS est de 7,9%.

Pour l'**organisation générale**, l'ACVE a observé que l'aspect financier n'est pas discuté au cours des réunions du personnel et des CODESA et aucun rapport sur les visites à domicile n'a été établi. Tandis que pour la **finance**, le livre de caisse n'est pas tenu à jour créant un déséquilibre entre le solde du livre de caisse et la liquidité en espèce. Aussi, le personnel interrogé n'a pas su expliquer sa cotation et sa prime de performance de la période passée.

Sur l'**hygiène et stérilisation**, dans ce CS, les latrines sont impropres avec une mauvaise odeur et les eaux usées de la douche ne sont pas conduite dans une fosse d'assainissement. De plus, les déchets médicaux sont éparpillés dans la cour par manque d'une fosse à déchets et d'un trou à ordures. De ce qui est de la **consultation externe**, la salle réservée pour cette activité est exigüe et n'a pas de source d'éclairage et le test de confirmation microscopique du paludisme grave n'est pas effectué. Le statut nutritionnel et vaccinal ne sont pas appréciés sur les fiches échantillonnées des enfants de 0-59 mois. Tandis que pour l'**observation** des malades, la salle n'est pas propre avec des déchets ménagers visibles. Les malades en observation ne sont pas suivis sur des fiches et le registre des observés n'indique pas de dates de sortie des malades.

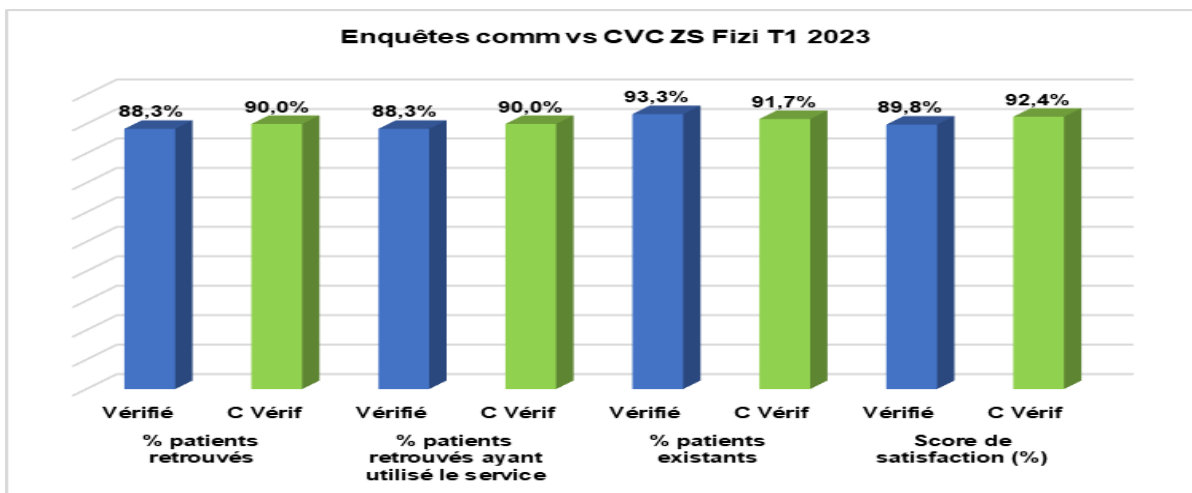
Quant aux **médicaments et consommables médicaux**, le RUMER et certaines fiches de stock ne sont pas tenus à jour, la pharmacie est encombrée par des cartons et le préposé à la pharmacie ne respecte aucun ordre de classement des médicaments. Pour la **CPN**, le stock des fiches pour cette activité est en quantité insuffisante (4) et les séances d'IEC/CCC réalisées ne sont pas documentées.

Cependant, le domaine du **PEV** a vu sa cote augmentée à la contre vérification, car les fiches sélectionnées des enfants de 6-59 mois indiquent les paramètres anthropométriques et le statut nutritionnel.

3.4.6. Résultats de la contre vérification communautaire

1. Zone de santé Fizi :

Graphique 69 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Fizi



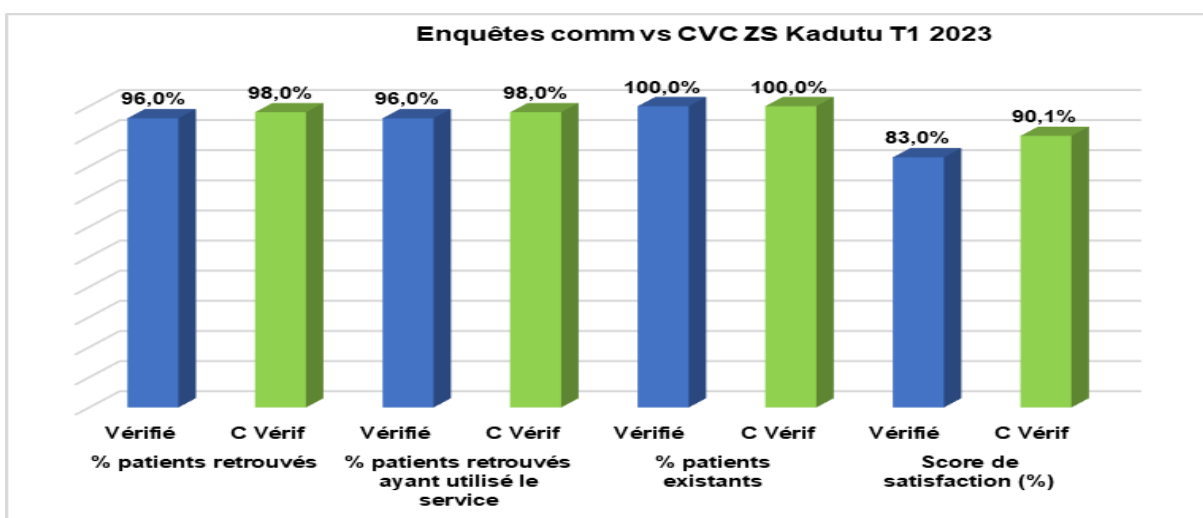
Commentaires :

Globalement, aucune différence significative observé entre les résultats communautaires réalisées par les ASLO de l’AAP et la contre vérification. Il sied de signaler que seul 4/10 usagers échantillonnés du CS Talama n’ont pas été retrouvé à la vérification comme à la contre vérification.

La satisfaction des usagers est passé de 89% à 92% à la contre vérification et ces usagers souhaitent l’amélioration des conditions d’hygiène, le renforcement des capacités. Pour le CS Mshimbakye, les usagers souhaitent avoir une ambulance alors que les CS Talama et Dine souhaitent avoir des pirogues motorisées pour l’évacuation des malades De même, aux CS Talama et Dine, les usagers souhaitent la réduction des tarifs.

2. Zone de santé de Kadutu :

Graphique 70 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Kadutu



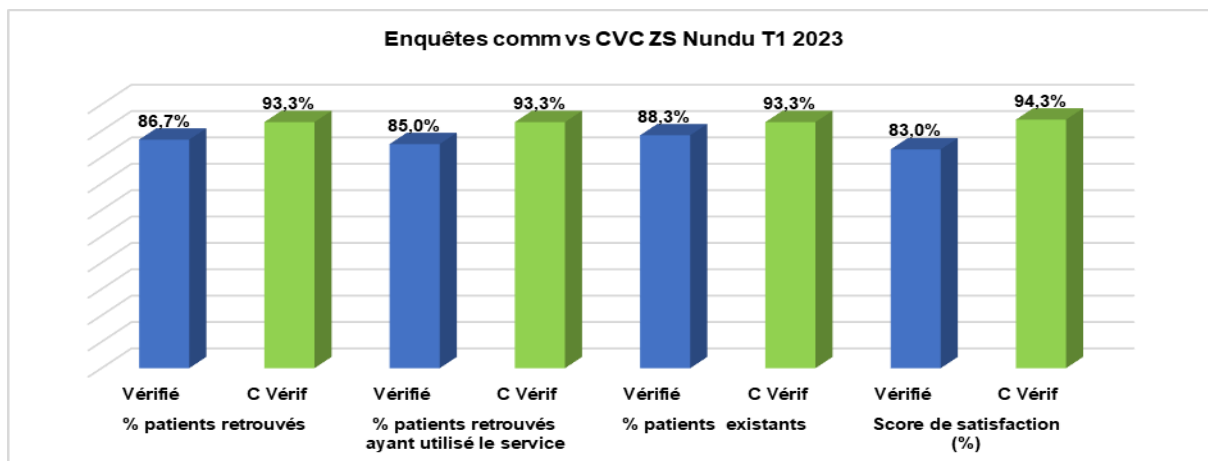
Commentaires :

Dans la ZS de Kadutu, l’ACVE a effectué la mission de contre vérification communautaire dans les 5 aires de santé sélectionnés sur la base des échantillons reçus de l’EUP.

Les résultats montrent que les tendances presque les mêmes entre la vérification communautaire de l'EUP et la contre vérification communautaire de l'ACVE. La majorité des usagers sont retrouvés et utilisent pour la plupart les services avec un taux de satisfaction de 90%. Ils exigent tout de même, des améliorations des conditions d'hygiène au CS Mgr Kataliko et CS Neema. Au CS Funu, les usagers d'augmenter le matériels/ équipements médical pour le service de la maternité.

3. Zone de santé de Nundu :

Graphique 71 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Nundu

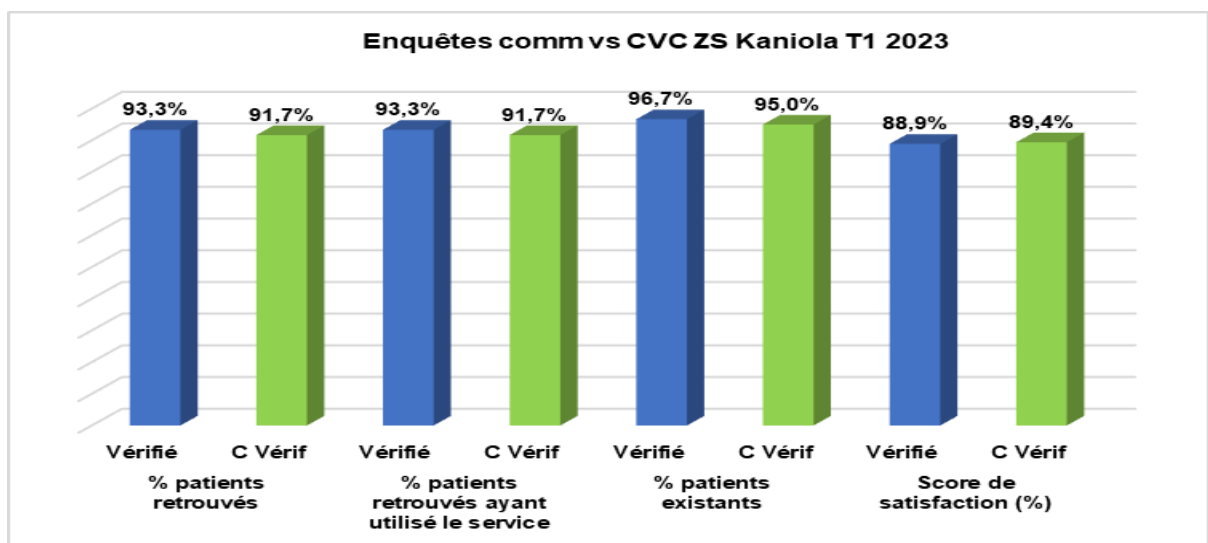


Commentaires :

La contre vérification communautaire a été effectuée dans les 5 aires de santé dans la ZS de Nundu, présente les résultats plus élevés que ceux obtenus par l'EUP. La majorité des cas existents, sont retrouvés, utilisent les services et sont pour la plupart satisfaits. Quelques insatisfaits proposent d'améliorer l'accueil, d'aménager un point d'eau, les conditions d'hygiène, de renforcer les stocks en médicaments et les capacités des prestataires.

4. Zone de santé de Kaniola :

Graphique 72 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Kaniola



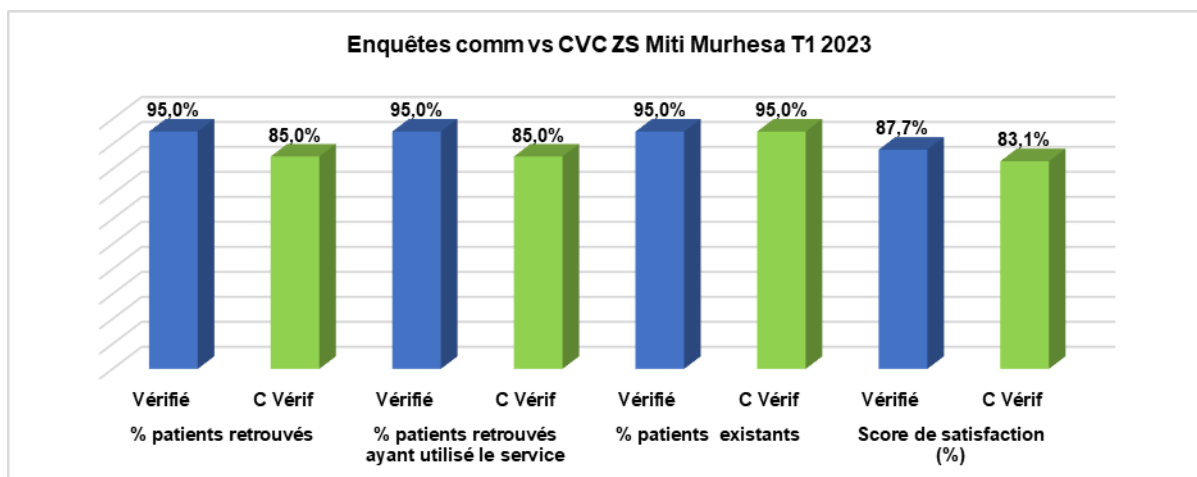
Commentaires

Les données de l'ACVE sont sensiblement égales à celles enregistrées par les ASLO de l'AAP. Seulement 10,6% sont insatisfaits, mais proposent tout de même quelques améliorations. Ainsi, au

CS Nzibira , les usagers souhaitent d'améliorer de l'accueil, d'éclairer les services, d'assurer la propreté et d'aménager un point d'eau,. Quant au CS Culwe, Mudirhi et Nindja, ils souhaitent avoir une ambulance, avoir des médicaments/ATPE,

5. Zone de santé de Miti Murhesa :

Graphique 73 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Miti Murhesa



Commentaires :

Dans cette ZS, 15% des usagers n'ont été retrouvés et 16,9% des usagers sont insatisfaits. Ces usagers demandent d'augmenter le nombre de prestataires qualifiés dans tous les CS, de renforcer tous les CS en médicaments/ATPE ,en matériels médico-techniques et de baisser le tarif des soins aux CS Muganzo, Cifuma et Itara, mais surtout de baisser les tarifs tous les CS.

3.5. Evaluation du respect des procédures

3.5.1. Evaluation du contrôle administratif et financier de toutes les factures

Les quantités et les taux de facturations ont été comparés à ceux repris dans les factures obtenues du portail et ne sont pas identiques dans une large mesure.

- Au Kwilu, Les différences constatées tant en quantité qu'en valeur sont supérieures à **10%**, donc matérielles, notamment pour le CS Gundu3 (86%), HGR Gungu (11%), CS Kimbimbi (38%), CS Kulungu Nzadi (52%), CS Mbanza (83%) et CS Mulungu. Pour toutes ces FOSA, les différents montants validés par l'EUP sont différents à ceux du portail. Il en est de même pour les centres de santé Nto (15%), Kiyoko (14%), Mbanza Dibundu (21%), Mobu (32%), Monsia (57%) et Kikongo Tangu (17%). Tous les écarts étant positifs, cela veut dire que les FOSA ont facturé plus que ce qui a été effectivement validé dans le portail.
- Au Sud Kivu, Les quantités et les taux de facturations renseignés dans les bordereaux comparés à ceux repris dans les factures obtenues du portail sont identiques dans une large mesure, excepté pour le centre de santé Nakiele (-72%) du au fait que les quantités validées et les taux appliqués dans le portail sont différents à ceux renseignés dans le bordereau établi par la FOSA. Cette différence est allée jusqu'à -141% pour l'HGR Kadutu. Ces FOSA ont déclaré moins par rapport aux factures retenues dans le portail.
- Au Kasai central, la différence constatée tant en quantité qu'en valeur concerne uniquement le CS Kapaya qui a atteint 45%, tandis qu'au Kasai, aucune différence n'a été relevée.

3.5.2. Evaluation du système d'archivage et de gestion de la documentation

3.5.2.1. Analyse des traces d'utilisation par les utilisateurs (Logs)

Tableau 9 : Analyse des traces d'utilisation par les utilisateurs

	KASAÏ		KASAÏ CENTRAL		KWILU		SUD KIVU		Total	
	Attendu	Complété	Attendu	Complété	Attendu	Complété	Attendu	Complété	Attendu	Complété
Avance et Budget ECZS	10	10	12	11	10	9	13	13	45	43
Evaluation de la performance des ECZS	10	8	12	1	10	5	13	3	45	17
Evaluation Communautaire (T - 1)	209	207	263	199	231	2	450	226	1153	634
Evaluation de la Qualité	209	183	263	181	231	137	450	227	1153	728
Information bancaire	219	218	275	63	241	210	463	457	1198	948
Quantités PCA et PMA M1	209	207	263	255	231	210	450	266	1153	938
Quantités PCA et PMA M2	209	208	263	255	231	211	450	272	1153	946
Quantités PCA et PMA M3	209	209	263	254	231	211	450	269	1153	943
Total général	1284	1250	1614	1219	1416	995	2739	1733	7053	5197

Commentaires :

Selon le fichier log extrait le 19 aout 2023, sur les 7053 données qui étaient attendues au T1 2023, toutes les DPS réunies n'en ont saisies que 5197, soit une complétude de 74%.

Les encodages ont concerné les domaines d'avance budget et évaluation des ECZS, l'évaluation communautaire, l'évaluation de la qualité des FOSA, les informations bancaires de toutes les structures ainsi que les données quantités des CS et des HGR.

Après l'analyse du fichier log, nous avons relevé les problèmes ci-après :

1. Le manque de complétude des données

Par rapport aux trimestres T3 et T4 2022, la complétude des données au T1 2023 est considérablement en deçà des attentes. De façon spécifique, la province du Kasai est la seule qui a atteint une complétude de 97%. Les autres n'ont pas pu atteindre le minimum de 80% de données saisies. Nous reprenons ci-dessous, pour chaque DPS, les domaines qui ont souffert de manque de complétude :

- Pour le Kasai Central, la complétude est de 76%. De toutes les raisons retenues, les plus marquantes sont le fait qu'il n'y ait qu'une seule donnée sur l'évaluation de la performance des ECZS alors que la DPS compte 12 ZS sous contrat FBP, et le fait qu'il n'y ait des informations que pour 63 structures de Santé sur les 275 attendues ;
- Au Kwilu, la complétude est de 70%. Les domaines où les écarts sont considérables sont l'évaluation de la performance des ECZS où il n'existe que les données de 5/10 ECZS, et les évaluations communautaires qui n'ont été faites que dans 2/231 FOSA ;
- La complétude est de 63% pour le Sud Kivu où tous les domaines, hormis les avances budgets des ECZS, ont contribué à ce fait.

Plusieurs facteurs contribuent au manque de ce complétude tels que les descentes tardives sur terrain pour la collecte des données ou des évaluations qui n'ont pas réalisées avant la période d'extraction du fichier log.

2. Le non-respect de l'échéance sur la saisie des données

Selon le respect des procédures FBP, la date limite de la saisie des données était le 2 mai 2023. Cependant, au T1 2023, cette échéance n'est respectée par aucune DPS.

- Des 4 province, seul le Kasai a un pourcentage relativement bas des données saisies après l'échéance fixée, soit 33%. La DPS a saisi les données jusqu'au 6 mai 2023 ;
- Le Kwilu a, quant à elle, saisi 60% de ses données jusqu'au 19 Mai 2023 ;
- 75% des données du Kasai Central sont saisies jusqu'au 11 Juillet, soit plus de 2 mois après l'échéance ;
- La province du Sud Kivu fait figure de la pire élève car 100% de ses données sont saisis après la date butoir. Ainsi, l'encodage des données était réalisé jusqu'au 25 Juillet 2023.

Comme évoqué plus haut, il existe plusieurs raisons qui sont à la base de ce non-respect de la date butoir sur la saisie des données. L'un d'eux est le début tardif des missions sur l'évaluation de la qualité des FOSA, la vérification des quantités des CS et HGR ainsi que l'évaluation des ECZS.

3.5.2.2. Analyse du système d'archivage

D'une manière générale, l'archivage des données est bien organisé par tous les EUP visité. Il existe 2 types d'archivage organisé par les EUP : l'archivage en dur et l'archivage électronique.

- L'archivage en dur concerne les données de collecte des informations qui sont en papier. Il s'agit ici des données sur les vérifications quantitatives des CS et HGR, les données de la qualité des FOSA, les bordereaux de déclaration des prestations, des factures des différentes structures, les contrats, les plans de managements, etc.
Ces documents sont rangés dans des classeurs et placés dans des étagères qui sont conçus pour cet effet avec une identification bien claire constituée du nom du document, sa période et sa provenance ;
- Les données électroniques ne sont qu'une numérisation des données en dur qui sont archivés dans les ordinateurs des personnes bien identifiées dans l'EUP (le directeur, le CP, et le data manager) mais aussi dans des disques durs externes de l'EUP. Le classement des dossiers en électronique devrait être fait selon la nature des données, leurs périodicités et leur provenance.

3.5.2.3. Comparaison des scores qualité collectés sur le terrain et ceux saisis dans le portail

Tableau 10 : Comparaison des scores qualité collectés sur le terrain et ceux saisis dans le portail

DPS	Zones de santé	FOSA	Score grille qualité en dur (a)	Score qualité portail (b)	Score qualité en dur saisie / ACVE (c)	Ecart 1 (b-a)	Ecart 2 (b-c)
Kasai	Kalonda Ouest	CS Bakilisto	43,3	53,2	41,6	9,9	11,6
		CS Familial	41,0	52,7	38,3	11,7	14,4
		CS Tshindemba	42,4	52,8	40,4	10,4	12,4
		PS Atuba	46,3	55,1	48,6	8,8	6,5
	Mweka	CS Kaluamba	49,7	50,9	48,7	1,2	2,2
Kasai Central	Luiza	CS Bambaie	69,3	44,6	62,4	-24,7	-17,8
Kwilu	Ngungu	CS Mbangi	57,0	40,4	57,4	-16,6	-17,0
Sud Kivu	Miti Murhesa	CS Itara	57,6	48,3	58,2	-9,3	-9,9

Commentaires :

En ce qui concerne ce trimestre, après comparaison, nous avons noté les points suivants :

- Les CS Bambaie de la ZS de Luiza, dans le Kasai Central, le CS Mbangi de la ZS de Gungu dans le Kwilu et le CS Itara de la ZS de Miti Murhesa dans le Sud Kivu n'ont pas été éligibles au bonus qualité parce que leurs scores qualité sur le portail sont de moins de 50% alors qu'ils sont de plus de 50% sur les grilles en dur. Le PDSS devrait voir comment restaurer ces FOSA dans leurs droits ;
- Les CS Bakilisto, Familial, Tshindemba et le PS Atuba de la ZS de Kalonda Ouest ainsi que le CS Kaluamba de la ZS de Mweka tous du Kasai ont reçu le bonus qualité alors qu'ils ne le méritaient pas. Ceci devrait être revu par le PDSS.

Les évaluateurs des ECZS devraient faire plus attention dans leurs façons de calculer les scores qualité pour éviter ce genre d'erreur.

3.5.3. Appréciation du respect des procédures du FBP

Tableau 11 : Appréciation du respect des procédures du FBP dans les provinces visitées pour le 1^{er} trimestre 2023

N°	Actions Phares	Echéancier	Responsables	Buttoir (T ou M/ Dates)	Exécution	KASAÏ		KASAÏ CENTRAL		KWILU		SUD KIVU		Problèmes Identifiés
						Respect Procédures		Respect Procédures		Respect Procédures		Respect Procédures		
						Prévue	Réalisée	OUI/ NON	Réalisée	OUI/ NON	Réalisée	OUI/ NON	Réalisée	
1	Validation du Plan de management (semestriel)	15 ^{ème} jour du 1 ^{er} mois qui suit le semestre (S+15 jours)	ECZ/DPS/ EUP	S(M1) /15	15/07/22	15/04/2023	OUI	12 au 15 avril 2023	OUI	15/01/2023	OUI	Du 08 au 15/01/2023	OUI	Kasaï : le PM est encore trimestriel
2	Transmission de la demande de paiement et des TdRs évaluation qualité HGR et performance ECZ	4 ^{ème} jour du troisième mois du trimestre concerné par évaluation qualité HGR (M0)	DPS	T(M3) /4	04/03/23	20/03/2023	NON				NON			Kasaï : Kwilu :
3	Demande de Non Objection pour évaluation qualité HGR	10 ^{ème} jour du troisième mois du trimestre concerné par évaluation qualité (M0)	UG - PDSS	T(M3) /10	10/03/23									
4	Octroi de la Non Objection pour Evaluation de la qualité	20 ^{ème} jour du troisième mois du trimestre concerné par évaluation qualité (M0)	IDA	T(M3) /20	20/03/23									
5	Mise à disposition des fonds pour évaluation qualité HGR	27 ^{ème} jour du troisième mois du trimestre concerné par évaluation qualité (M0)	UG - PDSS	T(M3) /27	27/03/23									
6	Evaluation de la qualité CS	Fin du troisième mois du trimestre concerné (M0)	ECZ	T(M3) /30	30/03/23	30/03/2023	OUI			30/03/2023	OUI	Autours du 20 Avril 2023	OUI	Kasaï :Les 10 anciennes ZS ont évalué la qualité dans le temps.
7	Evaluation de la qualité HGR et performance ECZ	15 ^{ème} jour du premier mois qui suit le trimestre (T+15 jours)	DPS	T+M1/ 15	15/04/23	19/04/2023	NON			04/07/2023	NON		NON	Kasaï : Ce retard est dû du fait qu'il a fallu que les évaluateurs préfinancent l'activité pour l'évaluation des ECZ Pour la qualité HGR l'évaluation est semestrielle Kwilu: Les TDRs ont été soumis et l'ANO a été obtenu mais insuffisance de liquidités au niveau de l'EUP pour financer l'activité

N°	Actions Phares	Echéancier	Responsables	Buttoir (T ou M/ Dates)	Exécution	KASAÏ		KASAÏ CENTRAL		KWILU		SUD KIVU		Problèmes Identifiés
						Respect Procédures		Respect Procédures		Respect Procédures		Respect Procédures		
						Prévue	Réalisée	OUI/ NON	Réalisée	OUI/ NON	Réalisée	OUI/ NON	Réalisée	
														Sud Kivu, NA, car l'évaluation est maintenant semestrielle
8	Déclaration des prestations	5 jours du premier mois qui suit le trimestre (T+5 jours)	EUP	T+M1/5	05/04/23	05/04/2023	OUI	Du 1 au 5 de chaque mois	OUI	05/04/2023	OUI	05/04/2023	OUI	
9	Vérification de la quantité	25 ^{ème} jour du premier mois qui suit le trimestre (T+25 jours)	Vérificateur	T+M1/25	25/04/23	25/04/2023	OUI	7 au 30 avril 2023	NON	25/04/2023	OUI	10/05/2023	NON	Sud Kivu : Implication des vérificateurs dans la formation des prestataires dans les 10 Nouvelles ZS
10	Fin de l'encodage des données dans le Portail web	2 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+32 jours)	Vérificateur EUP	T+M2/2	02/05/23	02/05/2023	OUI	7 mai 2023	NON	02/05/2023	OUI	15/05/2023	NON	Sud Kivu : Implication des vérificateurs dans la formation des prestataires dans les 10 Nouvelles ZS
11	Harmonisation entre portail et Bordereau	5 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+35 jours)	Vérificateur EUP	T+M2/5	05/05/23	05/05/2023	OUI	3 au 8 mai 2023	NON	05/05/2023	OUI	20/05/2023	NON	Sud Kivu : Implication des vérificateurs dans la formation des prestataires dans les 10 Nouvelles ZS
12	Emission des factures et préparation de la validation des factures	6 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+36 jours)	Chef d'antenne/ Chargé de Programme	T+M2/6	06/05/23	06/05/2023	OUI	9 mai 2023	NON	06/05/23	OUI	23/05/2023	NON	Sud Kivu : Implication des vérificateurs dans la formation des prestataires dans les 10 Nouvelles ZS
13	Validation des factures par le GT Financement & CSU	8 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+38 jours)	Antenne/ Sous-Commission	T+M2/8	08/05/23	08/05/2023	OUI	11 mai 2023	NON	09/05/2023	OUI	02/06/2023	NON	Sud Kivu : Implication des vérificateurs dans la formation des prestataires dans les 10 Nouvelles ZS
14	Transmission factures et PV de validation au niveau de la direction EUP	9 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+39 jours)	Antenne	T+M2/9	09/05/23	09/05/2023	OUI	11 mai 2023	NON	09/05/23	OUI	02/06/2023	NON	Sud Kivu : Implication des vérificateurs dans la formation des prestataires dans les 10 Nouvelles ZS
15	Vérification factures et PV de validation par la Direction EUP	10 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+40 jours)	Direction de l'EUP	T+M2/10	10/05/23	10/05/2023	OUI	11 mai 2023	NON	10/05/23	OUI	03/06/2023	NON	Sud Kivu : Implication des vérificateurs dans la formation des prestataires dans les 10 Nouvelles ZS
16	Transmission à l'UG PDSS et CT-AS	11 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+41 jours)	Direction de l'EUP	T+M2/11	11/05/23	11/05/2023	OUI	11/05/2023	OUI	11/05/23	OUI	04/06/2023	NON	Sud Kivu : Implication des vérificateurs dans la formation des prestataires dans les 10 Nouvelles ZS
17	Comparaison des factures avec les	15 ^{ème} jour du 2 ^{ème} mois qui suit le trimestre (T+45 jours)	CT-AS	T+M2/15	15/05/23	21/08/2023	NON	23/08/2023	NON	23/08/2023	NON	29/08/2023	NON	La CTAS a traitée toutes les factures réceptionnées dans le délai de 5 jours ouvrables sans compter le dimanche

N°	Actions Phares	Echéancier	Responsables	Buttoir (T ou M/ Dates)	Exécution	KASAÏ		KASAÏ CENTRAL		KWILU		SUD KIVU		Problèmes Identifiés
						Respect Procédures		Respect Procédures		Respect Procédures		Respect Procédures		
						Prévue	Réalisée	OUI/ NON	Réalisée	OUI/ NON	Réalisée	OUI/ NON	Réalisée	
	données du Portail													
18	Transmission factures validées CT-AS à l'UG PDSS	16 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+46 jours)	CT-AS	T+M2/ 16	16/05/23	21/08/2023	NON	23/08/2023	NON	23/08/2023	NON	29/08/2023	NON	La demande de paiement des factures du T4 2022 des FOSA sous contrat FBP PMNS ont a été transmise dans le délai en fonction de traitement à partir de la date de réception des factures à la CTAS.
19	Demande de paiement de la tranche de 60% des factures des FOSA	16 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+46 jours)	CT-AS	T+M2/ 16	16/05/23	21/08/2023	NON	23/08/2023	NON	23/08/2023	NON	29/08/2023	NON	La demande de paiement des avances se fond à la même date que la demande de paiement de complément
20	Transmission UG PDSS vers Banque (Ordre de virement)	21 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+51 jours)	UG - PDSS	T+M2/ 21	21/05/23									
21	Virement de la Banque vers les comptes bénéficiaires (FOSA, ECZ, ECP)	25 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+58 jours)	UG - PDSS	T+M2/ 25	25/05/23									
22	Suivi et vérification des paiements	2 ^{ème} jour du troisième mois qui suit le trimestre (T+64 jours)	Direction EUP et Antennes	T+M3/2	02/06/23	02/06/2023	OUI	Du 02 au 15 juin (Permanant)	NON	02/06/23	OUI	Juillet 2023	NON	Sud Kivu :
23	Messages auprès des FOSA	4 ^{ème} jour du troisième mois qui suit le trimestre (T+66 jours)	EUP et Antennes	T+M3/4	04/06/23		NON	15 juin 2023	NON	04/06/2023	OUI	Juillet 2023	NON	Kasaï : Pas encore payé Sud Kivu :
24	Déplacement des FOSA pour retrait	25 ^{ème} jour du troisième mois qui suit le trimestre (T+87 jours)	FOSA	T+M3/ 25	25/06/23		NON	16 juin 2023	OUI	25/06/23	OUI	Juillet 2023	NON	Kasaï : Pas encore payé Sud Kivu :
25	Production des rapports des enquêtes communautaires	30 ^{ème} jour du troisième mois qui suit le trimestre (T+90 jours)	EUP	T+M3/ 30	30/06/23	30/06/2023	OUI	NA	NON		NON	30/06/2023	OUI	Kwilu; Activité devenu semestrielle (au T1 023 n'a pas eu lieu) Kasaï central : NA, l'activité est maintenant trimestrielle

N°	Actions Phares	Echéancier	Responsables	Buttoir (T ou M/ Dates)	Exécution Prévue	KASAÏ		KASAÏ CENTRAL		KWILU		SUD KIVU		Problèmes Identifiés
						Respect Procédures		Respect Procédures		Respect Procédures		Respect Procédures		
						Réalisée	OUI/ NON	Réalisée	OUI/ NON	Réalisée	OUI/ NON	Réalisée	OUI/ NON	
24	Déplacement des FOSA pour retrait (Deuxième mission)	25 ^{ème} jour du troisième mois qui suit le trimestre (T+87 jours)	FOSA	T+M3/ 25	25/03/23	02/06/ 2023	NON	06/03/ 2023	OUI	-	NON	Avril 2023	NON	Kwilu : Paiement effectué en retard Kasaï : Les subsides étaient payés en retard Sud Kivu : Retard de virement de la part de l'UG PDSS
24	Déplacement des FOSA pour retrait (Première mission)	25 ^{ème} jour du troisième mois qui suit le trimestre (T+87 jours)	FOSA	T+M3/ 25	25/12/22	23/12	OUI	03/02	NON	20/12	OUI	06/01	NON	Kasaï-Central : paiement tardif lié à la lourdeur dans les transactions interbancaires (TMB via Equity BCDC) Sud-Kivu : le retard de l'évaluation et la vérification ont impacté négativement la suite du paiement des subsides et par conséquent le déplacement des FOSA avec un mois de retard.

Source des normes : Nouveau cycle de paiement PBF

Commentaires :

Comparé aux deux premières missions, deux provinces ont été payés dans le délai lors de la troisième mission alors que seules les FOSA de la province du Kasaï central ont reçu les subsides à temps pour les missions précédentes. Il est à noter que les informations devant provenir de l'UG PDSS ne sont pas disponibles aussi bien pour les missions précédentes que pour cette troisième mission. La CT-AS a reçu les factures avec retard pour cette mission (en août 2023) et les a traités assez rapidement, mais le délai imparti était déjà dépassé. La formation des prestataires par certains vérificateurs de l'AAP Sud Kivu a été également à la base du retard enregistré dans la conduite des missions de vérification, et donc de toutes les autres activités en aval.

4. CHAPITRES IV : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

4.1. Conclusion

Dans le cadre de l'exécution du contrat N° ZR-DRC-MSP-272805-CS-CDS lié au Programme multisectoriel nutrition et santé (PMNS), l'Agence de contre vérification externe (ACVE / Ginger INTERNATIONAL) a effectué une troisième et dernière mission de monitoring dans les quatre provinces ciblées par le programme (Kwilu, Kasai, Kasai Central et Sud Kivu) durant les mois de septembre et octobre 2023 pour le compte du 1^{er} trimestre 2023.

Huit activités ont été suivies par l'ACVE, selon la méthodologie de travail adoptée, durant le trimestre sous revue.

Globalement la mission s'est déroulée dans de bonnes conditions. Au fil des missions, il est constaté une réduction des écarts entre la vérification et la contre vérification. Ces écarts observés sont en général, dus à une persistance des incompréhensions des critères d'évaluation de la part des vérificateurs et évaluateurs, des insuffisances dans la formulation de certains indicateurs des cadres de performance et le mode d'attribution des cotations. Par ailleurs, au cours de cette mission, les ONG PF ont pu être évaluées. Ce qui n'a pas été le cas pour les NAC qui sont en début d'exécution de leur contrat.

Relativement aux défis observés et dans le souci d'apporter une contribution à l'atteinte des objectifs assignés au PMNS, des recommandations sont faites à l'endroit de l'ensemble des parties prenantes.

4.2. Évaluation des recommandations précédentes

Tableau 12 : Evaluation des recommandations de la première mission de CVE PMNS

N°	Problèmes constatés	Recommandations	Etat d'exécution	Niveau d'exécution	IOV	Responsable MOE	Responsable suivi
1	Les ECZ Katoka et Kalomba dans le Kasai Central, Kanzala dans le Kasai et Vanga dans le Kwilu ont utilisé l'ancienne version de la grille d'évaluation de la qualité des soins des CS.	Utiliser la nouvelle version des grilles qualité pour évaluer la qualité des soins des CS	Les grilles sont uniformes dans toutes les zones de santé	100%	Nombre d'ECZ ayant utilisé la nouvelle version des grilles qualité pour évaluer la qualité des CS	ECZ	DPS, AAP/EUP ACVE
2	Certaines grilles de la qualité n'indiquent pas la date, la synthèse et les noms des évaluateurs	Ajouter une page indiquant la date, la synthèse des côtes par domaine et les noms des évaluateurs chaque trimestre.	Certaines grilles ne portent pas les dates de l'évaluation ni les sceaux et signatures des parties prenantes	En cours	Nombre de grilles correctement et complètement renseignées	ECZ	DPS, AAP/EUP ACVE
Sous total Equipes cadres des zones de santé : 1 recommandation sur 2, réalisée soit 50%							
3	Les évaluateurs des ECP, émanant du CPP, ne maîtrisent pas le contenu des grilles d'évaluation ainsi que	Organiser des sessions de renforcement des capacités des évaluateurs ECP	Les mêmes faiblesses sont observées dans les différentes provinces	0%	Nombre d'évaluateurs des ECP des 4 provinces PMNS, formés à la compréhension des critères d'évaluation	CT-AS	UG PDSS ACVE

N°	Problèmes constatés	Recommandations	Etat d'exécution	Niveau d'exécution	IOV	Responsable MOE	Responsable suivi
	certaines critères de validation						
Sous total ECP : 0 recommandation sur 2 réalisées soit 0%							

Commentaires :

Au total 3 recommandations ont été formulées lors de la deuxième mission de contrevérification externe dont deux pour les ECZ et une pour les ECP, malheureusement une seule est entièrement exécutées.

4.3. Recommandations reconduites/formulées

4.3.1. Relatives à la performance des ECZ

Tableau 13 : Constats et recommandations relatifs à la performance des ECZ

N°	Problèmes constatés	Recommandations	IOV	Responsable MOE	Responsable suivi
1.	Les ECZ ne scannent pas les grilles qualité des CS	Scanner et archiver en électronique les grilles de la qualité des soins des CS	Nombre d'ECZ ayant scanné les grilles de la qualité des soins des CS	Equipe ECZ	MCZ, EUP, DPS et ACVE

4.3.2. Relatives à la performance des EUP

Tableau 14 : Constats et recommandations relatifs à la performance des EUP

N°	Problèmes constatés	Recommandations	IOV	Responsable MOE	Responsable suivi
2.	L'EUP Kasi-Central n'a pas transmis les données scannées à l'ACVE avant la 3 ^{ème} mission.	Scanner tous les livrables sollicités par la mission et les transmettre dès la réception des TdRs	Nombre d'EUP ayant transmis les documents scannées	EUP	UG-PDSS, CT-AS et ACVE
3.	Les enquêtes communautaires n'ont pas été organisées dans le délai par les EUP/AAP pour la période du T4-2022, dans toutes les aires de santé	Organiser les enquêtes communautaires dans le délai, conformément au manuel des procédures	Nombre d'EUP ayant réalisé les enquêtes communautaires sont organisées au plus tard 3 mois après le trimestre échu	Directeurs EUP	Assistants techniques PMNS ACVE

4.3.3. Relatives à la performance des ECP

Tableau 15 : Constats et recommandations relatifs à la performance des ECP

N°	Problèmes constatés	Recommandations	IOV	Responsable MOE	Responsable suivi
4.	La DPS ne scanne pas les grilles qualités et cadre de performance des ECZ	Scanner et envoyer les grilles qualités et cadre des performance des ECZ à l'ACVE	Nombre d'ECP ayant scanné et transmis les documents à l'ACVE avant la mission	CD DPS	EUP, UG-PDSS, CT-AS et ACVE
5.	Les évaluations sont effectuées par certains cadres des DPS et des ECZ non certifiés	Rendre disponibles la liste des cadres certifiés pour les évaluations des cadres de performance des ECZ ou les évaluations qualité des HGR et CS	Nombre de cadres évaluateurs, certifiés par la CT-AS ou la DPS	CT-AS et DPS	Assistants Techniques PMNS ACVE

4.3.4. Relatives à la performance de la CT-AS

Tableau 16 : Constats et recommandations relatifs à la performance de la CT-AS

N°	Problèmes constatés	Recommandations	IOV	Responsable MOE	Responsable suivi
6.	Les grilles qualité des CS conçues pour les 4 trimestres de l'année ne permettent pas de ressortir les dates, les scores et les noms des évaluateurs pour chaque évaluation	Concevoir et rendre disponible une grille d'évaluation de la qualité des soins, de manière à ressortir clairement la date, les scores et les noms des évaluateurs avant chaque prochaine mission de CVE	Nombre d'ECZ disposant de grilles revues de la qualité des soins des CS	CT-AS	Projet Manager PMNS ACVE

4.3.5. Relatives à la performance de l'UG du PDSS

Tableau 17 : Constats et recommandations relatifs à la performance de l'UG du PDSS

N°	Problèmes constatés	Recommandations	IOV	Responsable MOE	Responsable suivi
7.	Les évaluations des EUP se font concomitamment avec la contrevérification dans certaines provinces	Rendre disponibles dans le délai les fonds nécessaires pour l'évaluation des EUP par la CSE, conformément au manuel des procédures	Nombre d'EUP/AAP dont les évaluations s'effectuent au moins un mois avant la mission de contrevérification	Responsable financier	Projet Manager PMNS
8.	Le taux d'exécution des recommandations formulées par l'ACVE reste faible	Assurer le suivi de l'exécution des recommandations issues des missions de contrevérification externe	Nombre de recommandations exécutées après les missions de contrevérification externe	AT PMNS	Projet Manager PMNS
9.	Les réactions formulées par les DPS et EUP/AAP ne sont pas suivies par l'UG PDSS	Assurer le suivi des réactions formulées par les DPS et EUP/AAP à l'issue des missions de contrevérification externe	Nombre de DPS ayant transmis des réactions à l'UG PDSS à la suite de la diffusion des rapports de contrevérification	AT PMNS	Projet Manager PMNS ACVE

Annexe 1 : Evaluation du respect des procédures

1.1. Evaluation du contrôle administratif et financier de toutes les factures

Tableau 18 : Evaluation du contrôle administratif et financier dans la province du Kasai

DPS KASAI	FOSA	Montant déclaré (a)	Montant du portail (b)	Ecart (a-b)	%[(a-b)/a]
ZS Bulape	CS Bangombe	0 -	0 -	-	0%
	CS Buluku	0 -	0 -	-	0%
	CS Bushangu	0 -	0 -	-	0%
	CS Kenge Domba	0 -	0 -	-	0%
	CS Pombo	192,20	192,20	-	0%
	HGR	21 691,70	21 691,70	-	0%
Synthèse ZS Bulape		21 883,90	21 883,90	-	0%
ZS Kalonda Ouest	CS Bakilisto	666,40 -	666,40	-	0%
	CS Notre Dame de LAUS	579,50	575,10	4,40	1%
	CS Familial	537,50 -	537,50	-	0%
	CS Tshindemba	215,20 -	215,20	-	0%
	CS Atuba	221,80	235,60	-	-6%
	HGR	8 905,30	8 905,30	-	0%
Synthèse ZS Kalonda Ouest		9 706,60	11 135,10	4,4	-5%
ZS Mweka	CS IFAF	177,90	177,90	-	0%
	CS Makonoko	4 939,40	4 939,40	-	0%
	CS Ishangatshieme	413,60	413,60	-	0%
	CS Bulangu Kapimbi	4 561,90	4 561,90	-	0%
	CS Kaluamba	2 222,10	2 188,50	33,60	2%
	HGR	20 901,60	20 901,60	-	0%
Synthèse ZS Mweka		33 216,50	33 182,90	33,60	0%
ZS Tshikapa	CS Dibumba Mbela	4 488,70	4 488,70	-	0%
	CS Khenda	5 608,50	5 608,50	-	0%
	CS Bat Ben Bat	4 175,40	4 175,40	-	0%
	CS Kayanda	5 143,90	5 143,90	-	0%
	CS Kalupombe	7 007,10	7 007,10	-	0%
	HGR	20 932,60	20 913,00	19,60	0%
Synthèse ZS Tshikapa		47 356,20	47 336,60	19,60	0%
ZS Kitangwa	CS Ngulungu	1 502,30	1 502,30	-	0%
	CS Kombo	1 620,70	1 620,70	-	0%
	CS Mukala	2 932,40	2 932,40	-	0%
	CS Kamatoma	4 331,10	4 331,10	-	0%
	CS Kitembo	2 930,90	2 930,90	-	0%
	HGR	10 679,20	10 679,20	-	0%
Synthèse ZS Kitangwa		23 996,60	23 996,60	-	0%
Synthèse DPS KASAI		136 159,80	137 535,10	- 1 375,30	-1%

Tableau 19 : Evaluation du contrôle administratif et financier dans la province du Kasai Central

DPS KASAI CENTRAL	FOSA	Montant déclaré (a)	Montant du portail (b)	Ecart (a-b)	%[(a-b)/a]
ZS Mikalayi	CS Tshitambu	433,00	409,60	23,40	5%
	CS Kapaya	1 521,00	834,40	686,60	45%
	CS Dinanga	2 048,10	1 907,70	140,40	7%
	PS Kambulu	2 297,80	-	2 297,80	100%
	CS Mfukumba	2 302,90	2 302,90	-	0%
	HGR	-	-	-	#DIV/0!
Synthèse ZS Mikalayi		8 602,80	5 454,60	3 148,20	37%
ZS Katoka	CS Kelekele Etat	164,40	165,90	- 1,50	-1%
	CS Luse Lua Nzambi	3 869,60	3 843,20	26,40	1%
	CS Katoka 3	3 752,20	3 752,20	-	0%
	CS Ste Famille	4 623,70	4 623,10	0,60	0%
	CS Katoka 2	3 048,30	3 048,30	-	0%
	HGR	-	-	-	#DIV/0!
Synthèse ZS Katoka		15 458,20	15 432,70	25,50	0%
ZS Luiza	CS Bambaie	1 501,70	1 564,00	- 62,30	-4%
	CS Kamayi	2 729,40	2 574,40	155,00	6%
	CS Tutante	3 052,90	3 003,30	49,60	2%
	CS Kapanga	2 759,30	2 759,30	-	0%
	CS Kakala	3 049,60	3 049,60	-	0%

DPS KASAI CENTRAL	FOSA	Montant déclaré (a)	Montant du portail (b)	Ecart (a-b)	%[(a-b)/a]
	HGR	-	9 926,90	- 9 926,90	#DIV/0!
Synthèse ZS Luiza		13 092,90	22 877,50	- 9 784,60	-75%
ZS Bunkonde	CS Kajangayi	378,30	378,30	-	0%
	CS Tshiala Benyi	4 232,70	4 235,70	- 3,00	0%
	CS Tshikuma	2 459,60	2 395,30	64,30	3%
	CS Ntambwe Lomami	2 182,00	1 942,80	239,20	11%
	CS Mbumba	2 666,70	2 671,90	- 5,20	0%
	HGR	-	-	-	#DIV/0!
Synthèse ZS Bunkonde		11 919,30	11 624,00	295,30	2%
ZS Masuika	CS Kapasi	25,20	25,20	-	0%
	CS Mutengenyi	2 694,20	2 694,20	-	0%
	CS Samakuta	509,20	509,20	-	0%
	CS Madia Madia	-	3 249,00	- 3 249,00	#DIV/0!
	CS Malendji	1 898,60	1 898,60	-	0%
	HGR	-	-	-	#DIV/0!
Synthèse ZS Masuika		5 127,20	8 376,20	- 3 249,00	-63%
Synthèse DPS KASAI CENTRAL		54 200,40	63 765,00	- 9 564,60	-18%

Tableau 20 : Evaluation du contrôle administratif et financier dans la province de Kwilu

DPS KWILU	FOSA	Montant déclaré (a)	Montant du portail (b)	Ecart (a-b)	%[(a-b)/a]
ZS Gungu	CS Gungu 3	761,90	106,40	655,50	86%
	CS Kwilu	6 576,50	6 283,90	292,60	4%
	CS Mbangi	404,80	404,80	-	0%
	CS Mbondo Kibale	177,90	-	177,90	100%
	CS Kakoy	477,00	-	477,00	100%
	HGR	22 695,70	20 241,10	2 454,60	11%
Synthèse ZS Gungu		31 093,80	27 036,20	4 057,60	13%
ZS Kingandu	CS Kibudi	2,60	-	2,60	100%
	CS Kimbimbi	41,60	26,00	15,60	38%
	CS Kulungu Nzadi	286,20	138,00	148,20	52%
	CS Mbanza	665,50	111,60	553,90	83%
	CS Kingwaya	4 549,20	4 210,80	338,40	7%
	HGR	13 922,80	13 922,80	-	0%
Synthèse ZS Kingandu		19 467,90	18 409,20	1 058,70	5%
ZS Pay Kongila	CS Kibeti	412,00	412,00	-	0%
	CS Kimbwalu	814,30	791,90	22,40	3%
	CS Kola	-	-	-	#DIV/0!
	CS Mungulu	466,70	326,10	140,60	30%
	CS Peshi	307,50	307,50	-	0%
	HGR	15 619,70	15 348,50	271,20	2%
Synthèse ZS Pay Kongila		17 620,20	17 186,00	434,20	2%
ZS Sia	CS Mbala	142,80	142,80	-	0%
	CS Bwasa Kinko	3 306,20	-	3 306,20	100%
	CS Bulu Nseke	321,00	322,20	- 1,20	0%
	CS Nto	778,80	638,20	140,60	18%
	CS Kibwadi	3 483,50	3 483,20	0,30	0%
	HGR	16 570,70	16 552,50	18,20	0%
Synthèse ZS Sia		24 603,00	21 138,90	3 464,10	14%
ZS Vanga	CS Kiyoko	938,60	805,40	133,20	14%
	CS Mbanza Dibundu	730,40	577,40	153,00	21%
	CS Mobu	1 052,70	718,40	334,30	32%
	CS Monsia	1 274,40	548,10	726,30	57%
	CS Kikongo Tangu	5 392,10	4 472,90	919,20	17%
	HGR	34 854,20	34 676,80	177,40	1%
Synthèse ZS Vanga		44 242,40	41 799,00	2 443,40	6%
Synthèse DPS KWILU		137 027,30	125 569,30	11 458,00	8%

Tableau 21 : Evaluation du contrôle administratif et financier dans la province du Sud Kivu

DPS SUD KIVU	FOSA	Montant déclaré (a)	Montant du portail (b)	Ecart (a-b)	%[(a-b)/a]
ZS Fizi	CS Mshimbakye	19 750,20	19 750,20	-	0%
	CS Mwayenga	6 178,40	6 145,40	33,00	1%
	CS Talama	3 944,00	3 944,00	-	0%
	CS Dine	7 599,10	8 246,80	- 647,70	-9%
	CS Simbi	3 736,30	3 736,30	-	0%
	HGR	19 114,50	19 114,50	-	0%
Synthèse ZS Fizi		60 322,50	60 937,20	- 614,70	-1%
ZS Kaniola	CS Nzibira	7 164,30	7 169,70	- 5,40	0%
	CS Culwe	6 935,10	6 935,10	-	0%
	CS Mudirhi	5 454,50	5 454,50	-	0%
	CS Kaniola	9 197,80	9 197,80	-	0%
	CS Nindja	6 457,40	6 454,60	2,80	0%
	HGR	15 640,60	15 640,60	-	0%
Synthèse ZS Kaniola		50 849,70	50 852,30	- 2,60	0%
ZS Nundu	CS Nakiele	3 772,30	6 481,90	- 2 709,60	-72%
	CS Abala	4 621,20	4 621,20	-	0%
	CS Kilumbi	1 644,70	1 819,90	- 175,20	-11%
	CS Kanguli	3 624,80	3 624,80	-	0%
	CS Pungu	5 628,80	5 681,60	- 52,80	-1%
	HGR	22 160,60	22 394,60	- 234,00	-1%
Synthèse ZS Nundu		41 452,40	44 624,00	- 3 171,60	-8%
ZS Kadutu	CS CECA 40	447,40	447,40	-	0%
	CS Mgr Mulindwa	697,80	697,80	-	0%
	CS Mgr Kataliko	2 032,50	2 032,50	-	0%
	CS Funu	4 070,30	4 070,30	-	0%
	CS Neema	1 136,00	1 136,00	-	0%
	HGR	6 790,10	16 385,50	- 9 595,40	-141%
Synthèse ZS Kadutu		15 174,10	24 769,50	- 9 595,40	-63%
ZS Miti Murhesa	CS Muganzo	1 986,60	1 986,60	-	0%
	CS Cifuma	4 046,70	4 046,70	-	0%
	CS Itara	2 277,20	2 277,20	-	0%
	CS Kajeje	8 354,10	8 354,10	-	0%
	CS Kashusha	7 480,10	7 480,10	-	0%
	HGR	19 617,40	19 617,40	-	0%
Synthèse ZS Miti Murhesa		43 762,10	43 762,10	-	0%
Synthèse DPS SUD KIVU		211 560,80	224 945,10	- 13 384,30	-6%

Annexe 2 : Noms et contacts du staff ACVE Ginger INTERNATIONAL

N°	Prénoms et Nom	Fonction	Adresse mail	Contact téléphonique
1.	Robert YAO	Chef de mission, Ginger INTERNATIONAL	yao.acverdc@gmail.com	+243822355134
2.	Michel ZABITI	Chef de mission, ACVE PMNS	zabiti.acverdc@gmail.com	+243811452641
3.	Vivien KOUAKOU	Expert, Spécialiste en Nutrition	Egnon.acverdc@gmail.com	+243858157692
4.	Théophile NDANGI	Expert en Gestion Financière (EGF)	ndangi.acverdc@gmail.com	+243818680056
5.	Billy MPIANGA	Expert en Système des données de santé	mpianga.acverdc@gmail.com	+243820241558
6.	Crispin MBOMA	Technicien Supérieur en Soins Infirmiers	crispBokodema.acverdc@gmail.com	+243823228088
7.	Maurice PONG	Technicien Supérieur en Soins Infirmiers	Pongiyol.acverdc@gmail.com	+243811494043
8.	Albert TSHIANJI	Technicien Supérieur en Soins Infirmiers	alberttshianji.acverdc@gmail.com	+243815194236
9.	Samson LUSUASU	Technicien Supérieur en Soins Infirmiers	weyi.acverdc@gmail.com	+243824578985
10.	Désiré MUPENDA	Technicien Supérieur en Soins Infirmiers	mupenda.acverdc@gmail.com	+243820459109
11.	Michael LUSHIMBA	Technicien Supérieur en Soins Infirmiers	Lushimba.acverdc@gmail.com	+243976358818
12.	Dominique KAWONDA	Assistante Administrative et Financière	kawonda.acverdc@gmail.com	+24399993202

Annexe 3 : Noms et contacts des EZS et CVC

3.1. Enquêteurs des zones de la Province du Kasai

N°	Prénoms et Nom	Qualification	Adresse mail	Contact téléphonique
1.	Sylvie SALA	Licencié en Nutrition & Diététique	Sylviesala1983@gmail.com	+243971333796
2.	Jacques MABUKA	Licencié en Santé Communautaire	jacquesmabuka@gmail.com	+243814260738
3.	François MUKINDA	Licencié en Santé Communautaire	francoismukinda@gmail.com	+243822514177
4.	John KOLESHAYI	Licencié en Santé Communautaire	johnkoleshay@gmail.com	+243973121314
5.	Clarisse KASANJI	Licencié en Gestion Organisations santé	clariskasanji@gmail.com	+243992661166
6.	Christine CILANDA	Licencié en Nutrition & Diététique	christinecilanda@gmail.com	+243821957498
7.	José LOTONO	Licencié en Santé Publique	Joseiyaki1@gmail.com	+243821417001
8.	Martin LUKUSA ²	Licencié en Nutrition & Diététique	lukusalukusamartin@gmail.com	+243821827723
9.	Fiston NDUNDA	Licencié en Santé Communautaire	fistonndundabilo@gmail.com	+243819979159
10.	Marcel WANGA	Infirmier A1	marcelwngasakubu@gmail.com	+243975326243

3.2. Enquêteurs des zones de la Province de Kasai Central

N°	Prénoms et Nom	Qualification	Adresse mail	Contact téléphonique
1.	Félicienne MUNDE	Infirmière A1	fellymunde71@gmail.com	+243 978502925
2.	Marie Jeanne TSHASHI	Infirmière A1	Mariejeannesthashi@gmail.com	+243 971991762
3.	Anne Marie MBULA	Infirmière A1	annemariembula@gmail.com	+243 991966699
4.	Frederick TSHIBUABUA	A1 sciences Infirmières	Ferdinandmbuyi80@gmail.com	+243978195395
5.	Espoir BAKADI	L2 Épidémiologie	espoirkakadi76@gmail.com	+243825099000
6.	Clarice MIKEMU	Infirmière A1	mikemubakajikaclaris@gmail.com	+243 970524009
7.	Gustave BADIBANGA	L2 Epidémiologie	Gustavebadibanga1@gmail.com	+243818462059
8.	Éric BANKAMINA	Nutritionniste A1	ebankamina@gmail.com	+243 999138499
9.	Rose MBIDI	Infirmière A1	mbidirosette@gmail.com	+243 995616212
10.	Jérôme KALONDA	Infirmier A1	Jeromekalonda2@gmail.com	+243 994945696

3.3. Enquêteurs de la Province du Kwilu

N°	Prénoms et Nom	Qualification	Adresse mail	Contact téléphonique
1.	Christian KUZANGAMANA	Licencié en EASI	kuzangamanac@gmail.com	+243822801774
2.	Gaston LOMAMBA	Licencié en Santé Communautaire	gastonlomamba324@gmail.com	+243998892970
3.	Jean LUMENGO	Licencié en Santé Communautaire	lumengojean@gmail.com	+243812713630
4.	Norbert MIKANZA	Licencié en Epidémiologie	minormikanza@gmail.com	+243816062172
5.	Nadine MWAMBU	Licencié en santé communautaire	mwambunadine821@gmail.com	+243811354040
6.	Jean Fidèle MUNSI	Licencié en santé communautaire	jmjfidèle@gmail.com	+243821003958
7.	Robert BIZAU	Médecin	bizaurobert@gmail.com	+243818104778
8.	Emery MUSANGA	Infirmier A1	musanga713@gmail.com	+243822452018
9.	Betty MARINUNGA	Infirmier A1	andabireveille@gmail.com	+243818315088
10.	Elvis NSONSO	Infirmier A1	elvisbalayam@gmail.com	+243816255664

3.4. Enquêteurs des zones de la Province du Sud Kivu

N°	Prénoms et Nom	Qualification	Adresse mail	Contact téléphonique
1.	Éveline KAJURU	L2 Santé Communautaire	kajuru3fci@gmail.com	+243997144524
2.	Lay AKILIMALI	L2 Santé Publique	akilimalilay83@gmail.com	+243972417069
3.	Olivine NSUILA	L2 Pédiatrie	olivinsuila20@gmail.com	+243975410127
4.	Judith BULANGALIRE	A1 Sciences Infirmières	hopejudith436@gmail.com	+243978989361
5.	Prince KASOLE	L2 Santé Publique	princekasole78@gmail.com	+243998443809
6.	Laurent ZABITI	L2 Santé Publique	zabiti laurent9@gmail.com	+243970303361
7.	Rodrigue OKITA	L2 Santé Publique	okitandjadi83@gmail.com	+243994185992
8.	Désiré NTACHOMBUENE	L2 Santé Publique	desirekanyamukenge70@gmail.com	+243997775506
9.	Charles BULONVU	L2 Santé Publique	charlesbulonvu@gmail.com	+243994266058
10.	Marie Thérèse NZUVA	L2 Nutrition	valeriemarie754@gmail.com	+243995295578

3.5. Contre Vérificateurs Communautaires / Kasai

N°	Prénoms et Nom	Profession	ASLO	Contact téléphonique
ZONE DE SANTE DE BULAPE				
1.	Henriette BIONGO MANTSHIUMBA	Enseignante	Buluku 1	+243815405900
2.	Mathieu BALENGE NTOMO	Enseignant	Buluku 1	+243817617173
3.	Richard MPEMBI MABUDI	Enseignant	Bulape Etat	+243991765415
4.	Jeremie BOPE LOBO	Enseignant	Bulape Etat	+243994103354
ZONE DE SANTE DE KALONDA OUEST				
5.	Cedrick NTUMBA	Enseignant		+243812467619
ZONE DE SANTE DE MWEKA				
6.	Anny MATSHINGI MUAMBA	Enseignante	EP Mweka 3	+243990170301
7.	SHAKO MWANYIMI	Enseignant	EP Mweka 3	+243826017980
8.	Erick PONGO KWETE	Enseignant	EP Makonoko	+243812465600
9.	Justin MISHOMBA	Enseignant	EP Makonoko	+243823201788
ZONE DE SANTE DE TSHIKAPA				
10.	Mwanza NKONGOLO	Enseignant		+243973537663
11.	Adolphe POBE	Enseignant		+243816881553
12.	Bitota MUTOMBO	Enseignant		+243822554266
13.	Andre KIBI TSHIMANGA	Enseignant		+243825658807
ZONE DE SANTE DE KITANGWA				
14.	Danny NEDI NEDI	Enseignant		+243997710585
15.	Willy WOTO	Enseignant		+243998764155
16.	Norbert BUSHABU	Enseignant		+243994551213
17.	Marcel KALULAMBI	Enseignant		+243997191879

3.6. Contre Vérificateurs Communautaires / Kasai Central

N°	Prénoms et Nom	Profession	ASLO	Contact téléphonique
ZONE DE SANTE MIKALAYI				
1.	Trésor MPUTU	Ambulant	-	+243990729546
2.	Marie MUATSHIBANGU	Ambulant	-	+243998072314
3.	Marie KAMPINGA	Ambulant	-	+243818480026
4.	Robert NTUMBA	Ambulant	-	+243797223928
ZONE DE SANTE DE KATOKA				
5.	Pontien MAALU	Ambulant	-	+243972361061
6.	Théo MUKENDI	Ambulant	-	+243973141578
7.	Josiane MBUYI	Ambulant	-	+243974731864
8.	Albert MANDE	Ambulant	-	+243993354871
ZONE DE SANTE DE BUNKONDE				
9.	Elie NTUMBA	Enseignant	-	+243995977069
10.	Albert NDAYE	Enseignant	-	+243955568268
11.	Leon MPONDA	Enseignant	-	+243970621241
12.	Alphonse BALANGA	Enseignant	-	+243975903717
ZONE DE SANTE DE MASUIKA				
13.	Marie NAHINKINKU	Enseignant	-	+243823201788

N°	Prénoms et Nom	Profession	ASLO	Contact téléphonique
14.	Raphael MUENYI	Enseignant	-	+243974922909
15.	Anaclet SANGANGA	Enseignant	-	+243973142591
16.	Jean MANGA	Enseignant	-	+243972927213

3.7. Contre Vérificateurs Communautaires / Kwilu

N°	Prénoms et Nom	Profession	ASLO	Contact téléphonique
ZONE DE SANTE DE GUNGU				
1.	Julienne MUSOLO	Enseignante	EP Gungu 1	+243979583439
2.	Elie GILEMBE	Enseignant	EP Gungu 1	+243973858356
3.	Erick PIANI	Enseignant	EP Gungu 1	+243815015656
4.	Matondo	Enseignant	EP Gungu 1	+243821242993
ZONE DE SANTE DE KINGANDU				
5.	Jonathan MWEMA	Enseignant		+243891852000
6.	Elie KALUMBA	Enseignant		+243825757918
ZONE DE SANTE DE PAY KONGILA				
7.	Mbuyi NGOIE	Enseignant		+243973805244
ZONE DE SANTE DE VANGA				
8.	Jean MAKUNGA	Enseignant	EP LUNIUNGU	+243812238474
9.	Mbuti MWANA	Enseignant	EP NDUNGA	+243812491881
10.	Nkoy TAMBU	Enseignant	Institut MILUNDU	+243813636294
11.	Sylvain MAYA	Enseignant	Institut NDUNGA	+243816470850
ZONE DE SANTE DE SIA				
12.	Masafwa KITOKO	Enseignant		+243822424139
13.	Simeon MUNENGU	Enseignant		+243818726500

3.8. Contre Vérificateurs Communautaires / Sud Kivu

N°	Prénoms et Nom	Profession	ASLO	Contact téléphonique
ZONE DE SANTE DE FIZI				
1.	Jean MUNYATI	Enseignant	-	+243995306342
2.	Léonie FURAHA	Enseignant	-	+243829161689
3.	Cécile TULIA	Enseignant	-	+243856224627
4.	Antoinette SALIMA	Enseignant	-	+243814839454
ZONE DE SANTE DE KABUTU				
5.	Irène BWANGA	Enseignant	-	+2439965541635
6.	Guillaume MWEZE	Enseignant	-	+243853173973
7.	Micheline NDJANDI	Enseignant	-	+243972967959
8.	Yvonne NASHENGA	Enseignant	-	+243988032980
ZONE DE SANTE DE PAY NUNDU				
9.	Dieudonné MMUNGA	Enseignant	-	+243823819915
10.	Ekolo EBEMGELA	Enseignant	-	+243831400852
11.	Modeste BIKABE	Enseignant	-	+243824047909
12.	Prince MWENDA	Enseignant	-	+243815188196
ZONE DE SANTE DE KANIOLA				
13.	Emmanuel BACIYUNJUZE	Enseignant	-	+243991764706
14.	J. baptiste CIRHUZA	Enseignant	-	+243944597314
15.	Jean MUSAFIRI	Enseignant	-	+2430992580722
16.	Maxime OLIMUNYIRAGI	Enseignant	-	+2430976689796
ZONE DE SANTE DE MITI MURHESA				
17.	Byamana BAHIDIKA	Enseignant	-	+243991017801
18.	Germain HAMULI	Enseignant	-	+243858181493
19.	Césarine MUNYERENKANA	Enseignant	-	+243997064693
20.	Alain TUMUSIFU	Enseignant	-	+243971308068

Annexe 4 : Noms et qualités des évaluateurs des ECZ, HGR et CS

4.1. DPS Kwilu et Kasai

DPS KWILU			DPS KASAÏ		
STRUCTURES	Evaluateurs	Certifié s OUI ou NON	STRUCTURES	Evaluateurs	Certifié s OUI ou NON
ZS GUNGU			ZS BULAPE		
ECZ			ECZ		
HGR			HGR	Leon Ngasila	Oui
CS Gungu 3	Dr Honoré	Oui	CS Bangombe	Henry Mampuya	Oui
CS Kwilu	Toussaint WAZEYA	Oui	PS Buluku	Belonga Itapa	Oui
CS Mbangi		Oui	PS Bushangu	Henry Mampuya	Oui
CS Mbondo K bale		Oui	CS Kenge	Belonga Itapa	Oui
CS Kakoy		Oui	CS Pombo	Henry Mampuya	Oui
ZS KINGANDU			ZS KALONDA OUEST		
ECZ	Dr MBOMA BUNNENU	Non	ECZ		
HGR		Non	HGR	Nicole PELENGE BOPE	Oui
CS Kabudi	KUFUKAMA TOUSSAINT	Non	CS Bakilisto	Francois KALUNDU	Oui
CS Kimbimbi	KUFUKAMA TOUSSAINT	Oui	CS Notre Dame de Laus	Suzane TUSEKU NTUMBA	Oui
CS Kulungu Nzadi	KUFUKAMA TOUSSAINT	Oui	CS Familial	Suzane TUSEKU NTUMBA	Oui
CS Mbazan Kikapa	KUFUKAMA TOUSSAINT	Oui	CS Tshidemba	Francois KALUNDU	Oui
CS KINGWAYA	KUFUKAMA TOUSSAINT	Oui	CS Atuba	Gode IPENGULA	Oui
ZS PAY KPNGILA			ZS MWEKA		
ECZ	Dr Danniel KILA	Non	ECZ		
HGR		Non	HGR	Florent Longonya	Oui
CS Kibeti	PELO Emmanuel	Oui	CS IFAF	Edmond Ilunga	Oui
CS Kimbwalu	KUMIKA WATUNIYA Jeanpierre	Oui	CS Makonoko	Edmond Ilunga	Oui
CS Kola	KUMIKA WATUNIYA Jeanpierre	Oui	CS Ishangatshieme	Mafuta Miaka	Oui
CS Mungulu	PELO Emmanuel	Oui	CS Bulangu Kapimbi	Woto Mbantshi Gilbert	Oui
CS Peshi	KUMIKA WATUNIYA Jeanpierre	Oui	CS Kaluamba	Edmond Ilunga	Oui
ZS SIA			ZS TSHIKAPA		
ECZ		Oui	ECZ		Oui
HGR		Oui	HGR		Oui
CS Mbala	Fils Mbana Maniata	Oui	CS Dibumba Mbela	Dr Steve MANKDALA et Evariste MAKUMBU	Oui
CS Kinko	Fils Mbana Maniata	Oui	CS Khenda	Maguy NGOLELA	Oui
CS Bulu Nseke	Lube MNANGA	Oui	CS Bat Ben Bat	Dr Steve MANKDALA et Evariste MAKUMBU	Oui
CS Nto	Fils Mbana Maniata	Oui	CS Kayanda	Dr Steve MANKDALA et Evariste MAKUMBU	Oui
CS Kibwadi	Fils Mbana Manyata	Oui	CS Kalupombe	Dr Steve MANKDALA et Evariste MAKUMBU	Oui
ZS VANGA			ZS KITANGWA		
ECZ			ECZ	Marcel MBANTSHI PIEMA	
HGR			HGR		
CS Kiyoko		Oui	CS Ngulungu	LUSAMBU MUTOMBO	Oui
CS Mbanza Dibundu		Oui	CS Kombo	MBUYA KINDAMBA	Oui
CS Mobu		Oui	CS Mukala	THUMBA TENDEJI	Oui
CS Monsia		Oui	CS Kamatoma	MAVENGA MDOKAMA	Oui
CS Kokongo Tangu		Oui	CS Kitembo	MAVENGA MDOKAMA	Oui

2.1. DPS Kasai Central et Sud Kivu

DPS KASAI CENTRAL			DPS SUD KIVU		
STRUCTURES	Evaluateurs	Certifiés OUI ou NON	STRUCTURES	Evaluateurs	Certifiés OUI ou NON
ZS MIKALAYI			ZS FIZI		
ECZ	Dr François MULUMBA et Dr Gaston MUABA	OUI	ECZ	Dr ILAMBO	OUI
HGR	HG sous projet NDC Union Européenne		HGR	Evaluation T1 Non effectuée	
CS Tshitambu	Gilbert Tshimanga	OUI	CS Mshimbakye	Eciba AYUMUTUNGWA	OUI
CS Kapaya	Gibert TSHIMANGA	OUI	CS Mwayenga	Elias ZAWADI	OUI
CS Dinanga	Gibert TSHIMANGA	OUI	CS Talama	Elias ZAWADI	OUI
PS Kambulu	KAPAJIKA PIERRE	OUI	CS Dine	Elias ZAWADI	OUI
CS Mfukumba	KAPAJIKA PIERRE	OUI	CS Simbi	Martin ISSA	OUI
ZS KATOKA			ZS Kaniola		
ECZ	Evaluation T1 Non effectuée		ECZ	Evaluation T1 Non effectuée	
HGR	Evaluation T1 Non effectuée		HGR	Evaluation T1 Non effectuée	
CS Kelekele Etat	Allain BAMUABE	OUI	CS Nzibira	Michel BAHATI	OUI
CS Luse Lua Nzambi	Absence de nom	OUI	CS Culwe	Michel BAHATI	OUI
CS Katoka 3	Ismaël NGALAMULUME	OUI	CS Mudirhi	Trésor KISHUGI	OUI
CS Ste Famille	Dr Bertin MAYI	OUI	CS Kaniola	Emery BISIMWA	OUI
CS Katoka 2	Patrice MUFUTA	OUI	CS Nindja	Egide ZIRIMWABAGABO	OUI
ZS LUIZA			ZS NUNDU		
ECZ	Moise et Arthur	OUI	ECZ	Dr ILAMBO	OUI
HGR	Evaluation T1 Non effectuée		HGR	Evaluation T1 Non effectuée	
CS Bambaie	Marcel LUBUMBU et Patient MUAMBA	OUI	CS Nakiele	AOCI EBAMANYA Elefieck	OUI
CS Kamayi	Marcel LUBUMBU KABEYA	OUI	CS Abala	AOCI EBAMANYA Elefieck	OUI
CS Tutante	Alidor MUALUNDAMA	OUI	CS Kilumbi	AOCI EBAMANYA Elefieck	OUI
CS Kapanga	Félicien KABUANG	OUI	CS Kanguli	AOCI EBAMANYA Elefieck	OUI
CS Kakala	Albert KAMA	OUI	CS Pungu	AOCI EBAMANYA Elefieck	OUI
ZS BUNKONDE		OUI	ZS Kadutu		
ECZ	Dr Pascal MULUNDU et Dr Claude NKITABUNGI	OUI	ECZ		
HGR	HG sous projet NDC Union Européenne		HGR		
CS Kajangayi	Casimir BELENGAMNYI	OUI	CS CECA 40	Dr MUGISHO	OUI
CS Tshiala Benyi	Beno CISUKU	OUI	CS Mgr Mulindwa	Godefroid FUNGULAMAHO Stéphane B	OUI
CS Tshikuma	Ibrahim KAYINDA	OUI	CS Mgr Kataliko	Godefroid FUNGULAMAHO Ph Stéphane B	OUI
CS Ntambwe Lomami	Casimir BELENGAMNYI	OUI	CS Funu	Alain YALAZA Philémon NTABOBA	OUI
CS Mbumba	Ibrahim KAYINDA	OUI	CS Neema	Alain YALAZA Philémon NTABOBA	OUI
ZS MASUIKA			ZS MITI MURHESA		
ECZ			ECZ		
HGR	HG sous projet NDC Union Européenne		HGR		
CS Kapasi	KYSTANO MUKINDANI	OUI	CS Muganzo	Lucien HABANAMWISHO	
CS Mutengenyi	Gaston KABANGU	OUI	CS Cifuma	MASIALA et BISIMWA	OUI
CS Samakuta	Absence de nom de l'éval	OUI	CS Itara	MASIALA et BALEZI	OUI
CS Madia Madia	Absence de nom de l'éval	OUI	CS Kajeje	SEMUTAKI et KARAFUNU	OUI
CS Malendji	Antoine KAKUBU KASACHUNKUMBA	OUI	CS Kashusha	SEMUTAKI et LUBANGO	OUI

Annexe 5 : Noms et qualités des vérificateurs des HGR et CS

3.1. DPS Kwilu et Kasai

DPS KWILU		DPS KASAÏ	
STRUCTURES	Vérificateurs	STRUCTURES	Vérificateurs
ZS GUNGU		ZS BULABE	
HGR	Annie AKUBI	HGR	PIERRE TSHIMANGA
CS Gungu 3	Faustin BIABA	CS Bangombe	PIERRE TSHIMANGA
CS Kwilu	Annie AKUBI	PS Bukuku	PIERRE TSHIMANGA
CS Mbangi	Annie AKUBI	PS Bushangu	PIERRE TSHIMANGA
CS Mbondo Kibale	Faustin BIABA	CS Kenge	PIERRE TSHIMANGA
CS Kakoy	Faustin BIABA	CS Pombo	PIERRE TSHIMANGA
ZS KINGANDU		ZS KALONDA OUEST	
HGR	Orbant MUNDENDI	HGR	
CS Kabudi	Orbant MUNDENDI	CS Bakilisto	Patrick NGENTSHI
CS Kimbimbi	Orbant MUNDENDI	CS Notre Dame de Laus	Betty MUSHIYA
CS Kulungu Nzadi	Orbant MUNDENDI	CS Familial	Patrick NGENTSHI
CS Mbazan Kikapa	Orbant MUNDENDI	CS Tshidemba	Patrick NGENTSHI
CS KINGWAYA	Orbant MUNDENDI	CS Atuba	Patrick NGENTSHI
ZS PAYS KONGILA		ZS MWEKA	
HGR	Gilbert KANKU	HGR	Erick BAISE
CS Kibeti	Gilbert KANKU	CS IFAF	Erick BAISE
CS Kimbwalu	Gilbert KANKU	Bulangu Kapimbi	Cedrick Katamba
CS Kola	Gilbert KANKU	Makonoko	Erick BAISE
CS Mungulu	Gilbert KANKU	Ishangatshieme	René Muamba
CS Peshi	Gilbert KANKU	Kaluamba	Cedrick Katamba
ZS SIA		ZS TSHIKAPA	
HGR		HGR	
CS Mbala	Gédéon Fils KAPITENE	CS Dibumba Mbela	Emmanuel SABWE
CS Mwasa	Gédéon Fils KAPITENE	CS Khenda	Fideline MPUTU
CS Bulu Nseke	Gédéon Fils KAPITENE	CS Bat Ben Bat	Fideline MPUTU
CS Nto	Gédéon Fils KAPITENE	CS Kayanda	Fideline MPUTU
CS Kibwadi	Gédéon Fils KAPITENE	CS Kalupombe	
ZS VANGA		ZS KITANGWA	
HGR	Valère OLAY	HGR	Fabrice MUANYIKA
CS Kiyoko	Annie AKUBI	CS Ngulungu	Fabrice MUANYIKA
CS Mbanza Dibundu	Annie AKUBI	CS Kombo	Fabrice MUANYIKA
CS Mobu	Annie AKUBI	CS Mukala	Fideline MPUTU
CS Monsia	Valère OLAY	CS Kamatoma	Fabrice MUANYIKA
CS Kokongo Tangu	Valère OLAY	CS Kitembo	Fabrice MUANYIKA

2.1. DPS Kasai Central et Sud Kivu

DPS KASAÏ CENTRAL		DPS SUD KIVU	
STRUCTURES	Vérificateurs	STRUCTURES	Vérificateurs
ZS MIKALAYI		ZS FIZI	
HGR	Contrat avec l'Union Européenne	HGR	Joseph NDUME
CS Tshitambu	Jean pierre KAYEMBE	CS Mshimbakye	Joseph NDUME
CS Kapaya	Tshimanga BILOLO	CS Mwayenga	Joseph NDUME
CS Dinanga	Jean pierre KAYEMBE	CS Talama	Joseph NDUME
PS Kambulu	William KANENGA	CS Dine	Joseph NDUME
CS Mfukumba	William KANENGA	CS Simbi	Justin NVANA
ZS KATOKA		ZS Kaniola	
HGR		HGR	Jean Claude BULUMBA

DPS KASAÏ CENTRAL		DPS SUD KIVU	
STRUCTURES	Vérificateurs	STRUCTURES	Vérificateurs
CS Kelekele Etat	César SANSE	CS Nzibira	Jean Claude BULUMBA
CS Luse Lua Nzambi	Jean Pierre KAYEMBE	CS Culwe	Jean Claude BULUMBA
CS Katoka 3	M de la Grâce META	CS Mudirhi	Jean Claude BULUMBA
CS Ste Famille	Jean Pierre KAYEMBE	CS Kaniola	Jean Claude BULUMBA
CS Katoka 2	M de la Grâce META	CS Nindja	Jean Claude BULUMBA
ZS LUIZA		ZS NUNDU	
HGR		HGR	Justin NVANA
CS Bambaie	Franck NGANDU	CS Nakiele	Justin NVANA
CS Kamayi	Franck NGANDU	CS Abala	Justin NVANA
CS Tutante	Franck NGANDU	CS Kilumbi	Justin NVANA
CS Kapanga	Franck NGANDU	CS Kanguli	Justin NVANA
CS Kakala	Franck NGANDU	CS Pungu	Justin NVANA
ZS BUNKONDE		ZS Kadutu	
HGR	Contrat avec l'Union Européenne	HGR	Mamy YISA ZAGABE
CS Kajangayi	Marie Louise MISANGU	CS CECA 40	Mamy YISA ZAGABE
CS Tshiala Benyi	Marie Louise MISANGU	CS Mgr Mulindwa	Mamy YISA ZAGABE
CS Tshikuma	Marie Louise MISANGU	CS Mgr Kataliko	Mamy YISA ZAGABE
CS Ntambwe Lomami	Marie Louise MISANGU	CS Funu	Mamy YISA ZAGABE
CS Mbumba	François KAMUABU	CS Neema	Mamy YISA ZAGABE
ZS MASUIKA		ZS MITI MURHESA	
HGR	Contrat avec l'Union Européenne	HGR	Olivier NTABUYANTWA
CS Kapasi	Jean Marie NGALAMULUME	CS Muganzo	Olivier NTABUYANTWA
CS Mutengenyi	Jean Marie NGALAMULUME	CS Cifuma	Olivier NTABUYANTWA
CS Samakuta	Omer MWENZE	CS Itara	Olivier NTABUYANTWA
CS Madia Madia		CS Kajeje	Olivier NTABUYANTWA
CS Malendji	Omer MWENZE	CS Kashusha	Olivier NTABUYANTWA

Annexe 6 : Listes des personnes rencontrées par structure et par DPS

4.1. Province du Kasai

N°	Prénoms et Nom	Structures	Fonction	Adresse mail et contact téléphonique
1.	Urbain MEKANBA	DPS Kasai	CD	urbainmekanda@gmail.com , +243970044380
2.	Laurent LUASHORO	DPS Kasai	CB ai BISCOR	luashorolaurent@gmail.com , +243825023794
3.	Michel BUANA	EUP Kasai	Chef d'antenne	Drmichelbuana7474@gmail.com et 0994527637
4.	Eddy MOLE	EUP Kasai	RAF	eupfasskasai.raf@gmail.com et 0811471222
5.	Calixte KATSHI	EUP Kasai	CP	Callixtekatshi71@gmail.com et 0814326473
6.	Adrien NGOLAMINGA	EUP Kasai	Directeur EUP	eupfasskoccdir@gmail.xcom et 0816624779
7.	René MUAMBA	EUP Kasai	Vérimed	renemuambao@gmail.com et 0991300276
8.	David KAJINAMUGABE	SANRU/PMNS-PF	Gest. Financier	david.kajinamugabe@serura.cd , +243994228528
9.	Daniel LUSAMBA	SANRU/PMNS-PF	Conseiller	Daniel.lusamba@sanru.cd , +243820002515
10.	Patrick ZONGIAZOGU	SANRU/PMNS-PF	Conseiller	Patrick.zongia@sanru.cd , +24382125570
11.	Jacques MALESHELE	BCZ Bulape	MCZ	+243817387768, drmaleshele@gmail.com
12.	Henry MAMPUYA	BCZ Bulape	IS	+243819463324, Henrimampuya75@gmail.com
13.	Pokenge PONGO	BCZ Bulape	AG	+243816225885, Célestinpokenge836@gmail.com
14.	Mbantshi BEYA	HGR Bulape	MDH	+243977154315, paulmbantshi@gmail.com
15.	André KONGO	HGR Bulape	AG	+243813556614, andremasheko@gmail.com
16.	Jean TULENGULULE	HGR Bulape	DN	+243813556614
17.	Matshingi LOKALOLA	CS Pombo	IT	+243810846044
18.	Iyolo WOTO	CS Pombo	ITA	-
19.	Alain BIANGALA	CS Kenge Domba	IT	+243818469885
20.	Pierre ETSHINDO	CS Kenge Domba	ITA	+243829029295
21.	André TSHIOLO	CS Buluku	IT	+243823247053
22.	Mebangatwa KWETE	CS Buluku	ITA	+243825624321
23.	Fortunat MUKUNA	BCZS Kalonda Ouest	AC	+243992884820
24.	Crispin NGALAMULUME	BCZS Kalonda Ouest	AG	+243993555363
25.	Danny KALUBI Nkole	HGR Kalonda Ouest	MDH	Dannycalubi04@gmail.com +243977227881
26.	Paulin BIDIQUANYI	HGR Kalonda Ouest	AG	bidiquanyipaulin@gmail.com et +243979738406
27.	Justin TSHIBANDA	CS Tshindemba	IT	stephanetshibanda@gmail.com +24399912665
28.	Mardoché KABEYA	CS Tshindemba	ITA	+243972732982
29.	Clément KAYEMBE	CS Atuba	IT	+243974501669
30.	André BUKAYAYA	CS Atuba	ITA	+243991987402
31.	Magnant NTANBWE	CS Bakilisto	IT	+243993545809
32.	Mélanie BATUAKAPA	CS Bakilisto	ITA	+243990493787
33.	Elie KAYAMBA	CS Notre Dame de LAUS	IT	+243995122656
34.	Alphonsine MULUMPU	CS Notre Dame de LAUS	ITA	+243978631663
35.	Esther Ngalula MPUUTU	CS Familial	IT	+243829063737
36.	Agnes TSHIAMANKANA	CS Familial	ITA	+243830506142
37.	Edmond ILUNGA	BCZ Mwaka	MCZ	+243810842730, ilungaedm@gmail.com
38.	M MEKANDA	BCZ Mwaka	AG	+243822991214, jonasmanenga7@gmail.com
39.	Martin SHAMAKAMA	BCZ Mwaka	IS	+243811606686, martinsha47@gmail.com
40.	Gilbert WOTO	HGR Mwaka	DN	+24381864486, gilbertwoto@gmail.com
41.	Rebecca NGALULA	HGR Mwaka	Resp. Maternité	0993904676, ngalularebecca43@gmail.com
42.	Amitié BUKIDI	HGR Mwaka	MDH	+243816650761, docamitiebukidi@gmail.com
43.	Emile PEMBI	CS Kaluamba	ITA	+243992619434
44.	Albertine MBAWOTA	CS Kaluamba	IT	+243812243249
45.	Jeanny MBOMBO	CS Makonoko	IT	+243970787758
46.	Patrick MASHEKI	CS Makonoko	ITA	+243977936733
47.	Albert BOPE	CS IFAF	IT ai	+243834775853
48.	Etienne KWETE	CS IFAF	ITA	+243816951836
49.	Bope TULA	CS Ishangatshieme	IT	+243999565633
50.	Steve MANDALA	BCZ Kasai	MCZ	
51.	Emmanuel MAKAKA	BCZ Kasai	Pharmacien	Emmanuelmakaka601@gmail.com et 0828057559
52.	Rose KALONGO	BCZ Kasai	Comptable	Rosekalongo1@gmail.com et 0997229934
53.	Stanislas KANDE	BCZ Kasai	SUPEHA	Stanislaskansebu72@gmail.com et 0823352116
54.	Adolphe MAFUTA	HGR Tshikapa	DN	Mafutaadolff2015@gmail.com et 0810068799
55.	Augustine BAHEKA	CS Dibumba Mbela	IT	+243974241996
56.	Roger MUTSHIMA	CS Dibumba Mbela	ITA	+243995768230
57.	Nestor NZENGA	CS Khenda	IT	+243991595271
58.	Junior LUMBALA	CS Khenda	INF	+243973247766
59.	Christine MBAWOTA	CS Bat Ben Bat	IT	+243992308277

N°	Prénoms et Nom	Structures	Fonction	Adresse mail et contact téléphonique
60.	Augustine MUKUMBA	CS Bat Ben Bat	ITA	+243974105568
61.	Fiston MISOMBO	CS Kayanda	IT	+243814929027
62.	Emmanuel NBOMBULA	CS Kayanda	ITA	+243970261413
63.	Jacques TSUNGU	CS Kalupombe	IT	+243995144656
64.	Annisie KAHULU	CS Kalupombe	ITA	+243972800384
65.	KAZEKA	BCZS Kitangwa	MCZ ai	Menzokazeka7@gmail.com +243974071979
66.	Adrien NDAKA	BCZS Kitangwa	AGT	adriendisirendoka@gmail.com +243820055135
67.	MBUYA KINDAMBA	BCZS Kitangwa	IS SSP	+243991407771
68.	Thomas LUSAMBU	HGR Kitangwa	DN	Thomaslusambu90@gmail.com +243990751035
69.	Adrien DIAMBELA	CS Kitembo	IT	+243975302700
70.	Lumière TANGITA	CS Kitembo	ITA	+243990965099
71.	Lajoie KIESE	CS Kamatoma	IT	+2430970893809
72.	Bernard BAMBO	CS Kamatoma	ITA	+243979537940
73.	Laxis MBUYA	CS Mukala	IT	+243990967272
74.	Patrick THAMBUE	CS Mukala	ITA	+243991677577
75.	Basil MASHI	CS Kombo	IT	+243993588252
76.	Timothée KAJAMA	CS Kombo	ITA	+243997547749
77.	Modrigo MADIKA	CS Ngulungu	IT	+243998437037
78.	Claude MANGUANDA	CS Ngulungu	ITA	+243975549458

4.2. Province de Kasai Central

N°	Prénoms et Nom	Structures	Fonction	Adresse mail et contact téléphonique
1.	Sylvain LUBOYA	BCZ Bunkonde	AC ZS	sylvainluboya12@gmail.com +243997461515
2.	Billy TSHISWAKA	BCZ Bunkonde	Data	Billytshiswaka15@gmail.com +243996876832
3.	Rachel BUKUMBA	BCZ Bunkonde	Caissière	rachebukumba@gmail.com +243977520349
4.	Tshiyoyon NKASHAMA	BCZ Bunkonde	AG	tshiyoyonkashama@gmail.com +243971066506
5.	Ferdinand MBYAMBA	BCZ Bunkonde	IS	mbuyambaferdinant@gmail.com +243970228823
6.	Wiyanga KAMNGA	BCZ Mikalayi	MCZS	kamangawiyanga@gmail.com +243971044063
7.	Crispin KALALA	BCZ Mikalayi	AG	kalalacrispin@gmail.com +243821548751
8.	Francis LONGO	BCZ Mikalayi	IS	longofrancis445@gmail.com +246995150071
	François NGINDU	BCZ Mikalayi	Secrétaire	francislongindu@gmail.com +243976966375
9.	Isaac MUKENGESHAYI	BCZ Mikalayi	AC	i.mukengeshayi@gmail.com +243998591085
10.	Makabu NGALAMULUME	CS Kambulu	IT	+243990712437
11.	Jean Pierre KAKWETE	CS Mfukumba	IT	+243993753075
12.	Joseph MBOWA	CS Kapaya	IT	+243992148036
13.	Sylvain MUKENDI	CS Tshitambu	IT	+243970364178
14.	Gustave MUYAYA	CS Dinanga	IT	+243993029015
15.	Célestin IKOMBA	BCZ Luiza	IS	Celestinikomba81@gmail.com +243979369663
16.	Kadila MUALUNDAMA	BCZ Luiza	IS	Olidormundama@gmail.com +243970748994
17.	Patrice E LUMUMBA	ZS Luiza	MDH	+243990424165
18.	Pascal WEMBANGUNGA	BCZ Luiza	AG	+2430992907594
19.	Jean de Dieu LUBOTE	BCZ Luiza	AGF	+243990059283
20.	Alex NGUENJI	BCZ Masuika	MCZ	+243991548936
21.	Moise MOKILAWO	BCZ Masuika	IS	+243976211022
22.	Antoine KAKUBU	BCZ Masuika	IS	+243977326613
23.	Thérèse NAMWANDA	BCZ Masuika	Secrétaire	+243994241776
24.	Edouard SAMAVUNDA	BCZ Masuika	AC	+243977654646
25.	Albert NYAMBU	CS Kakala	IT	+243990339706
26.	Barthelemy MASONGA	CS Kakala	IT	+243994724258
27.	Lucien KABEYA	CS Kamayi	IT	+243990801154
28.	Jean KANYANDA	CS Kamayi	Inf traitant	+243995286304
29.	Jean BUANGA	CS Bambaie	IT	+243972509312
30.	Modeste MUKADI	CS Bambaie	Inf traitant	+243997167667
31.	Hussein KAPEMBA	CS Kapanga	IT	+243993815214
32.	Paul TSHIVANTU	CS Kapanga	Inf traitant	+243978198295
33.	Keta TATA	CS Tutante	IT	+243991255074
34.	Ntumba KABASU	CS Tutante	Inf traitant	+243972310663
35.	Clems MUKENGE	BCZ Katoka	AG	+243994539575
36.	Tarzan NTANDA	BCZ Katoka	IS	+243997304085
37.	Patrice MUFUTA	BCZ Katoka	IS	+2430815826089
38.	Monique MALU	BCZ Katoka	Nutritionniste	moniquemalu2@gmail.com +243990146241
39.	Freddy NTUMBA	BCZ Katoka	Réceptionniste	+2439925512900

N°	Prénoms et Nom	Structures	Fonction	Adresse mail et contact téléphonique
40.	Paulin BIKILA	CS Tshikuma	IT	+243992954646
41.	Kabuabua TSHIBANGU	CS Tshikuma	ITA	+2439719440302
42.	Noé KANUNDOWA	CS Mbumba	IT	+2439977706104
43.	Léon MBOMBO	CS Mbumba	ITA	+2439971610000
44.	Albert NGINDU	CS	IT	+243987288189
45.	Roger NGONDO	CS	ITA	+243994507693
46.	Kamana MULUMBA	CS	IT	+243994785185
47.	Kalomba KALIENDA	CS	ITA	+243977523366

4.2. Province du Kwilu

N°	Prénoms et Nom	Structures	Fonction	Adresse mail et contact téléphonique
1.	Jeannot LOMAMI	SANRU PATHFINDER	RESP. S&E	Jeannot.lomami@sanru.cd +243810657674
2.	Polycarpe LUBUKU	SANRU PATHFINDER	MEAL	Polycarpe.lubuku@sanru.cd +243824947481
3.	Aaron NGANDU	SANRU PATHFINDER	SECG	aaronngandu@pathfinder.org +243817590123
4.	Didier SANDUKU	SANRU PATHFINDER	PM/ai	Didier.sanduku@sanru.cd+243829763569
5.	Desy BUSOGA	SANRU PATHFINDER	SSR	Desy.busoga@sanru.cd +243813618753
6.	J. Pascal BAYLON	SANRU PATHFINDER	RH/AD	Jp.baylon@sanru.cd +243815682564
7.	Jean BWINI	CS Kiyoko	IT	+243812152183
8.	Josée SANGWA	CS Kiyoko	Accoucheuse	+243819438029
9.	Patrick KIPOY MUNDANDA	CS Kikongo Tango	IT	+243812842294
10.	Mère MATWENE	CS Kikongo Tango	Accoucheuse	+243824799884
11.	MANUNGA AKOBOTA	CS Mosia	IT	+243817087908
12.	KIBWE KINIAMA	CS Mosia	ITA	+243822064492
13.	Patrick MBOMASHI	CS Mbala	IT	+243817167855
14.	Annie KIESSE	CS Mbala	ITA	+243825430802
15.	Georges MBALANDA	BCZ Gungu	AGF	mbalandamudedi@gmail.com ; +243817185395
16.	Toussaint WAZEYA	BCZ Gungu	AGT	toussainwazeya@gmail.com ; +243823961542
17.	MBOMA KIANZA	BCZ Gungu	Comptable	+243813563324
18.	Miriam NAKUY	BCZ Gungu	Nutritionniste	miriam2nankuy@gmail.com ; +243811427374
19.	Justin NAKANOSA	HGR Gungu	AG fin	+243817367912
20.	Sukadi GAJINGA	HGR Gungu	Resp Maternité	-
21.	Didier TALAP	BCZ Gungu	IS SSP	didier1talapu@gmail.com +243 811 808 923
22.	Willy KUZIANA	BCZS Kingandu	MCZS	Willykuziana@gmail.com +243815159014
23.	Bienvenu KIHOSA	BCZS Kingandu	AG	Kihosa8@gmail.com +243810269076
24.	Toussaint KUFUKAMA	BCZS Kingandu	IS	+243827483894
25.	Félix MESO	BCZS Kingandu	AG	+243815043686
26.	Robert KUZITUKA	HGR Kingandu	DN	+243826469577
27.	Mao LUPEPE	HGR Kingandu	Resp Chirurgie	+243810532245
28.	Madidi MAKWATSHI	CS Mbanza Kikapa	IT	+243824341538
29.	Mukoso KITAMBALA	CS Mbanza Kikapa	ITA	+243998973505
30.	André MAKUNDA	CS Kabudi	IT	+243994991316
31.	Asmara MALUKANI	CS Kabudi	ITA	+243997524091
32.	Mubama NGANIAMA	CS Kingwaya	IT	+243971738219
33.	Ndasama NAWANA	CS Kingwaya	ITA	+243978652237
34.	Ines KUDIAKUSIKA	CS Kola	IA	+243822063700
35.	Moise NDONGISILA	CS Kola	ITA	+243818553689
36.	Elie ZELO	CS Kimbwalu	IA	+243979575392
37.	Divine KITADILA	CS Kimbwalu	ACCOUCHEUSE	+243999385279
38.	Frederick AKIMAKOU	BCZS Pay Kongila	MCZ ai	+243822255869
39.	Félicité NZAMA	BCZS Pay Kongila	IS	+243977034285
40.	Tangwa NZIMBU	HGR Pay Kongila	DN	+243990724331
41.	Albertine ZUNZA	HGR Pay Kongila	RESP MAT	+243097175453
42.	Michel NZAMBA	CS Kibeti	IT	+243972682416
43.	Jido LUZITO	CS Kibeti	ITA	
44.	Thimothé MUYAMBI	CS Mungulu	IT	+243971098523
45.	Herve MANGGOMBO	CS Mungulu	ITA	
46.	Enock AMBAKU	CS Peshi	IT	+243979597728
47.	Jean KILUNDU	CS Peshi	ITA	+243995212732
48.	Freddy KULEMFIKA	CS Kola	IT	+243816356172
49.	Moise SINDANI	CS Kola	ITA	+243974308064
50.	Alain DIMBALENGI	CS Kimbwalu	IT	+243974678761

N°	Prénoms et Nom	Structures	Fonction	Adresse mail et contact téléphonique
51.	Michel KABOBI	CS Kimbwalu	ITA	
52.	Mumbungu MANDALA	BCZS Vanga	MCZS	mumbungublaise@gmail.com +243817077644
53.	Luzingu BULABULA	BCZS Vanga	AGP	+243820256682
54.	Timothée MASAYA	HGR Vanga	DN	timotheemasaya@gmail.com +243813950578
55.	Didi MBAYANA	HGR Vanga	MDH ai	+243811466691
56.	Matondo MANLANI	HGR Vanga	AG	+243813971339
57.	Monique MAPIDI	HGR Vanga	Resp. Maternité	+243813294523
58.	Dieudonné NDAKA	CS Bangi	IT	0992083552
59.	Kaunga KUMANDA	CS Bangi	ITA	-
60.	Matungulu KATANYA	CS Kakoy	IT	+243999495716
61.	Paul KASONGO	CS Kakoy	ITA	+24389720697
62.	Pengele MALADI	CS Mbondo Kibale	IT	+243808955814
63.	Calvin NZAMBA	CS Kwilu	IT	
64.	Kiba Makila	CS Gungu3	IT	0976258270

4.3. Province du Sud Kivu

N°	Prénoms et Nom	Structures	Fonction	Adresse mail et contact téléphonique
1.	Albert MAHANGAIKO	BCZ Fizi	MCZ	+243810811468
2.	Frez ACHCAHA	HGR Fizi	Médecin	+243819352741
3.	Michel ASSUMANI	HGR Fizi	MCS	+243813734585
4.	David MTABI	HGR Fizi	DN	+243821840802
5.	Furaha ZAWADI	HGR Fizi	Resp. Maternité	+243814868565
6.	Pique MKUKU	HGR Fizi	AG	+243811764039
7.	Marx LWABANYA	ZS Nundu	MDH	+243812480648
8.	Lucien ELONGO	ZS Nundu	AG	+243822399483
9.	Espoir BASUNGA	ZS Nundu	Resp Pédiatrie	+243810619554
10.	Erick RUMATIRA	ZS Nundu	Resp chirurgie	+243811807216
11.	Madison ALOMBWE	ZS Nundu	Comptable	+243814923050
12.	J Coq SHAMABA	CS Culwe	IT	+243907205601
13.	Fortunat MAOMBI	CS Culwe	Accoucheuse	+243820223591
14.	Michel BAHATI	ZS Kaniola	IS	bahatimichel@gmail.com +243970927678
15.	Emery BACISHOGA	ZS Kaniola	Nutritionniste	Emerybacishoga35@gmail.com +243995081458
16.	Jean-Marie LUTWAMUZIRE	ZS Kaniola	AG	nyundajeanmarie@mail.com +243977836733
17.	Egide ZIRIMWABAGABO	ZS Kaniola	IS	zirimwabagaboegide@gmail.com +243993420762
18.	Emmanuel BARHANYWANWA	ZS Kaniola	Secrétaire	ebarhanywanwa@gmail.com +2439993092060
19.	Julien MATANDIKO	HGR Kaniola	MDH	matandikojulien@gmail.com +243990396439
20.	Judicieux CIZA	HGR Kaniola	MCS	judiciza@gmail.com +243999103703
21.	Brice CIMANUKA	HGR Kaniola	AG	cimanukairagi@gmail.com +243994067611
22.	Mulegwa MATABARO	HGR Kaniola	DN	+243990658657
23.	Ferdinand MSOSHI	CS Dine	IT	+243822329969
24.	Modeste SHABANI	CS Dine	ITA	+243819602612
25.	Marie SARAH	CS Mshimbakye	IT	+243815692600
26.	Oscar BINTI	CS Mshimbakye	ITA	+243818337221
27.	Gérant BULALA BULA	CS Mwayenga	IT	+243817462004
28.	Mateso SIKIBOMBE	CS Mwayenga	ITA	+243856362153
29.	Wimas WIMELECHA	CS Simbi	IT	+243823496678
30.	Oscar DUNIA	CS Simbi	ITA	+243828918898
31.	Smatt FURAHA	CS Talama	IT	+243827945536
32.	Prosper DUNIA	CS Talama	ITA	+243824410179
33.	Aline BARHASIMA	CS Kaniola	IT	+243993865478
34.	Mafundisho KALYOKAHIRE	CS Kaniola	ITA	+243970928291
35.	Gentil MUDOSA	CS Mudirhi	IT	+243997796203
36.	Mushagalusa CERUBALA	CS Mudirhi	ITA	+243996862477
37.	Lullien MABIKANE	CS Nindja	IT	+243994935437
38.	Divine RIZIKI	CS Nindja	ITA	+243991820221
39.	Mwilo MILENGE	CS Nzibira	IT	+243821864768
40.	Arsène NSHOKANO	CS Nzibira	ITA	+243973401943