



**PROJET DE DÉVELOPPEMENT DU
SYSTÈME DE SANTÉ (PDSS) /
PROJET D'URGENCE RELATIF A LA
VIOLENCE SEXUELLE ET BASEE SUR
LE GENRE ET LA SANTE DES
FEMMES DANS LA REGION DES
GRANDS LACS (PVSBG)**

**AGENCE DE CONTRE VERIFICATION EXTERNE DES
PRESTATIONS (ACVE)**

RAPPORT DEFINITIF

**8^{EME} MISSION DE CONTRE VERIFICATION DANS LES
PROVINCES DU NORD KIVU, SUD KIVU, TSHUAPA, HAUT
KATANGA, KWANGO ET KWILU**

Contrat n°264/PDSS/2017

Contrat n°26/PVSBG/2018

Novembre 2019



Banque Mondiale



République démocratique du Congo

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	2
ABREVIATIONS, ACRONYMES	6
TABLEAUX, GRAPHIQUES, FIGURES	9
RESUME	12
RAPPELS : CONTEXTE, OBJECTIFS ET METHODOLOGIE	12
DÉROULEMENT DES MISSIONS	12
PRINCIPAUX RÉSULTATS	13
RECOMMANDATIONS	21
Relatives à la performance des ECZ.....	21
Relatives à la performance des EUP.....	22
Relatives à la performance des ECP.....	22
Relatives à la Coordination du PDSS	22
1. CHAPITRE I : INTRODUCTION.....	23
1.1. Contexte	23
1.2. Justification	23
1.3. Objectifs	24
1.3.1. Général.....	24
1.3.2. Spécifiques	24
1.3.3. Tâches spécifiques de la mission.....	24
2. CHAPITRE II : GENERALITES SUR L'APPROCHE du FINANCEMENT BASE SUR IA PERFORMANCE	26
2.1. Définition du FBP	26
2.2. Principes du FBP.....	27
2.3. Montage institutionnel du FBP en RDC dans le cadre du PDSS.....	27
2.4. Prévention des fraudes et dérives : algorithme des sanctions suite à la contre vérification externe.....	29
2.5. Processus de mise en œuvre du FBP en RDC.....	30
2.6. Les étapes du cycle de paiement	32
3. CHAPITRE III : METHODOLOGIE.....	34
3.1. Champs de l'exercice de la contre vérification	34
3.2. Outils de la contre vérification.....	35
3.3. Echantillonnage.....	35
3.3.1. Sélection des DPS	36
3.3.2. Sélection des zones de santé et formations sanitaires	36
3.4. Exploitation des données.....	38
3.5. Le personnel de contre vérification	40
3.5.1. Processus de recrutement des Enquêteurs de ZS (EZS).....	40
3.5.2. Processus de recrutement des Contre Vérificateurs Communautaires (CVC).....	41

3.6. Chronologie et étape du processus de contre- vérification	41
3.6.1. Nord Kivu et Sud Kivu	41
3.6.2. Tshuapa et Haut Katanga	42
3.6.3. Kwango et Kwilu	42
3.7. Difficultés rencontrées	42
3.7.1 Moyens de déplacement	42
3.7.2 Disponibilité des acteurs de terrain et d'accès aux outils de travail	43
3.7.3 Sécurité	43
3.7.4 Temps requis et impact sur l'organisation de la mission.....	43
4. CHAPITRE IV : RESULTATS DE LA CONTRE VERIFICATION.....	44
4.1. Contrevérification au niveau national	44
4.1.1. Contre vérification du cadre de performance du PNSA	44
4.1.2. Contre vérification du cadre de performance du PNSR	45
4.1.3. Contre vérification du cadre de performance du PRONANUT	46
4.1.4. Contre vérification du cadre de performance de la CT-AS	47
4.1.5. Contre vérification du cadre de performance de la DEP	47
4.2. Contrevérification dans la DPS de la TSHUAPA	48
4.2.1. Contre vérification du cadre de performance de la DPS Tshuapa	50
4.2.2. Contre vérification du cadre de performance de l'Agence de Contractualisation et de Vérification (EUP)	50
4.2.3. Contre vérification du cadre de performance des équipes cadres de zones de santé de la Tshuapa	50
4.2.4. Résultats de la contre vérification des hôpitaux généraux de référence de la Tshuapa.....	54
4.2.4.1. Contre vérification quantitative	54
4.2.4.2. Contre vérification qualitative	56
4.2.5. Résultats de la contre vérification des centres de santé de la Tshuapa	60
4.2.5.1. Contre vérification quantitative	60
4.2.5.2. Contre vérification qualitative	65
4.2.6. Résultats de la contre vérification communautaire	76
4.2.7. Evaluation du respect des procédures	80
4.2.7.1. Appréciation du respect des procédures du FBP	80
4.2.7.2. Evaluation du contrôle administratif et financier de toutes les factures	82
4.2.7.3. Evaluation du système d'archivage et de gestion de la documentation	83
4.3. Contrevérification dans la DPS HAUT KATANGA	87
4.3.1. Contre vérification du cadre de performance de la DPS Haut Katanga	88
4.3.2. Contre vérification du cadre de performance de l'Agence de Contractualisation et de Vérification (EUP)	88
4.3.3. Contre vérification du cadre de performance des équipes cadres de zones de santé du Haut Katanga	89
4.3.4. Résultats de la contre vérification des hôpitaux généraux de référence du Haut Katanga	89
4.3.4.1. Contre vérification quantitative	89
4.3.4.2. Contre vérification qualitative	91
4.3.5. Résultats de la contre vérification des centres de santé du Haut Katanga	91
4.3.5.1. Contre vérification quantitative	91
4.3.5.2. Contre vérification qualitative	98
4.3.6. Résultats de la contre vérification communautaire	109
4.3.7. Evaluation du respect des procédures	114
4.3.7.1. Appréciation du respect des procédures du FBP	114

4.3.7.2. Evaluation du contrôle administratif et financier de toutes les factures	116
4.3.7.3. Evaluation du système d'archivage et de gestion de la documentation	117
4.4. Contrevérification dans la DPS KWANGO.....	120
4.4.1. Contre vérification du cadre de performance de la DPS Kwango	121
4.4.2. Contre vérification du cadre de performance de l'Agence de Contractualisation et de Vérification (EUP)	122
4.4.3. Contre vérification du cadre de performance des équipes cadres de zones de santé de Kwango	122
4.4.4. Résultats de la contre vérification des hôpitaux généraux de référence de Kwango.....	123
4.4.4.1. Contre vérification quantitative	123
4.4.4.2. Contre vérification qualitative	125
4.4.5. Résultats de la contre vérification des centres de santé de Kwango	125
4.4.5.1. Contre vérification quantitative	125
4.4.5.2. Contre vérification qualitative	134
4.4.6. Résultats de la contre vérification communautaire	147
4.4.6. Evaluation du respect des procédures	148
4.4.6.1. Appréciation du respect des procédures du FBP	148
4.4.6.2. Evaluation du contrôle administratif et financier de toutes les factures	149
4.4.6.1. Evaluation du système d'archivage et de gestion de la documentation	151
4.5. Contrevérification dans la DPS KWILU	154
4.5.1. Contre vérification du cadre de performance de la DPS Kwilu	155
4.5.2. Contre vérification du cadre de performance de l'Agence de Contractualisation et de Vérification (EUP)	155
4.5.3. Contre vérification du cadre de performance des équipes cadres de zones de santé du Kwilu	155
4.5.4. Résultats de la contre vérification des hôpitaux généraux de référence du Kwilu	155
4.5.4.1. Contre vérification quantitative	156
4.5.4.2. Contre vérification qualitative	157
4.5.5. Résultats de la contre vérification des centres de santé de la province du Kwilu	157
4.5.5.1. Contre vérification quantitative	157
4.5.5.2. Contre vérification qualitative	163
4.5.6. Résultats de la contre vérification communautaire	175
4.5.7. Evaluation du respect des procédures	175
4.5.7.1. Appréciation du respect des procédures du FBP	175
4.5.7.2. Evaluation du contrôle administratif et financier de toutes les factures	178
4.5.7.3. Evaluation du système d'archivage et de gestion de la documentation	179
4.5. Contrevérification dans la DPS NORD KIVU	182
4.5.1. Contre vérification du cadre de performance de la DPS Nord Kivu	184
4.5.2. Contre vérification du cadre de performance de l'Agence de contractualisation et de vérification (EUP)	184
4.5.3. Contre vérification du cadre de performance des équipes cadres de zones de santé du Nord Kivu	185
4.5.4. Résultats de la contre vérification des hôpitaux généraux de référence du Nord Kivu.....	185
4.5.4.1. Contre vérification quantitative	185
4.5.4.2. Contre vérification qualitative	186
4.5.5. Résultats de la contre vérification des centres de santé du Nord Kivu	186
4.5.5.1. Contre vérification quantitative	186
4.5.5.2. Contre vérification qualitative	189
4.5.6. Résultats de la contre vérification communautaire	191

4.5.7.	Evaluation du respect des procédures	193
4.5.7.1.	Appréciation du respect des procédures du FBP	193
4.5.7.2.	Evaluation du contrôle administratif et financier de toutes les factures	196
4.5.7.3.	Evaluation du système d'archivage et de gestion de la documentation	197
4.6.	Contrevérification dans la DPS SUD KIVU	199
4.6.1.	Contre vérification du cadre de performance de la DPS Sud Kivu.....	201
4.6.2.	Contre vérification du cadre de performance de l'Agence de contractualisation et de vérification (AAP)	202
4.6.3.	Contre vérification du cadre de performance des équipes cadres de zones de santé du Sud Kivu.....	202
4.6.4.	Résultats de la contre vérification des hôpitaux généraux de référence du Sud Kivu.....	202
	Contre vérification quantitative	202
	Contre vérification qualitative	204
4.6.5.	Résultats de la contre vérification des centres de santé du Sud Kivu.....	206
	Contre vérification quantitative	206
	Contre vérification qualitative	209
4.6.6.	Résultats de la contre vérification communautaire	211
4.6.7.	Evaluation du respect des procédures	214
4.6.7.1.	Appréciation du respect des procédures du FBP	214
4.6.7.2.	Evaluation du contrôle administratif et financier de toutes les factures	216
4.6.7.3.	Evaluation du système d'archivage et de gestion de la documentation	216
5.	CHAPITRES V : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	219
5.1.	Conclusion.....	219
5.2.	Réactions des EUP sur le rapport provisoire.....	219
5.3.	Evaluation des recommandations de la mission précédente	236
5.4.	Relatives à la performance des ECZ	248
5.5.	Relatives à la performance des EUP	248
5.6.	Relatives à la performance des ECP	249
5.7.	Relatives à la performance de la Coordination du PDSS.....	249
6.	ANNEXES.....	251
6.1.	Annexe 1 : Noms et contacts du staff ACVE RD CONGO CREDES	251
6.2.	Annexe 2 : Noms et contacts des EZS et CVC	251
6.2.1.	Enquêteurs des zones de la Province de la Tshuapa.....	251
6.2.2.	Enquêteurs des zones de la Province du Haut Katanga.....	251
6.2.3.	Enquêteurs des zones de la Province de Kwango	252
6.2.4.	Enquêteurs des zones de la Province du Kwilu.....	252
6.2.5.	Enquêteurs de Zone de Santé du Nord Kivu	252
6.2.6.	Enquêteurs de Zone de Santé du Sud Kivu	252
6.2.7.	Contre Vérificateurs Communautaires / Tshuapa.....	252
6.2.8.	Contre Vérificateurs Communautaires / Haut Katanga.....	253
6.2.9.	Contre Vérificateurs Communautaires / Nord Kivu	253
6.2.10.	Contre vérificateurs communautaires / Sud Kivu.....	254
6.3.	Annexe 3 : Listes des personnes rencontrées par structure et par DPS / ZS	254

ABREVIATIONS, ACRONYMES

AAP	Agence d'Achat des Performances
AS	Aires de Santé
ACT	Combinaison Thérapeutique à base d'artésunate
AES	Agence Externe de Suivi
ACVE	Agence de Contre Vérification Externe
AGFIN	Agence de gestion financière
ARV	Antirétroviraux
AT	Assistant Technique
ASLO	Association Locale
BCF	Bruit du Cœur Foetal
BCG	Bacille de Calmette et Guerin
BCZ	Bureau Central de Zone de santé
BESS	Bureau d'Enseignement des Science de la Santé
BIC	Bureau Inspection Contrôle
BK	Bacille de Koch
CA	Conseil d'Administration
CAGF	Cellule d'Appui à la Gestion et de Financement
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CD	Chef de division de la santé
CDV	Conseil Dépistage Volontaire
CDF	Franc congolais
CDR	Central de Distribution Régionale
CE	Cellule Epidémiologique
CIRGL	Conférence internationale sur la région des Grands Lacs
CMM	Consommation Moyenne Mensuelle
CODESA	Comité de Développement de Santé
COGE	Comité de gestion
Cordaid	Catholic Organization for Development and Aid
CODIR	Comité Directeur
CPP-SS	Comité Provincial de Pilotage du Système de Santé
CPN	Consultation Périnatale
CPS	Consultations Préscolaires
CPoN	Consultation Post Natales
CR	Compte Rendu
CREDES	Centre de Recherche et d'Etudes et de Développement en Santé
CS	Centre de Santé
CSDT	Centre de Santé de Diagnostic et de Traitement
CSE	Cellule de Suivi et Evaluation
CST	Centre de Santé de Traitement
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CT-AS	Cellule technique chargé de l'achat stratégique
CT-AS	Cellule Technique – Financement Basé sur les Résultats
CV	Curriculum Vitae
CVE	Contre-vérification externe

CVC	Contre vérificateur Communautaire
DANTIC	Direction d'Archivage et Nouvelles Techniques d'Information et Communication
DCIP	Dépistage conseil initié par le prestataire
DEP	Direction d'Etude et de Planification
DIU	Dispositif intra-utérin
DHIS2	District Health Information software
DPS	Division Provinciale de la Santé
DSNIS	Division du Système National d'Information Sanitaire
DSSP	Direction des Soins de Santé Primaire
ECP	Equipe Cadre Provinciale
ECV	Enfant Complètement Vacciné
ECZS	Equipe Cadre de la Zone de Santé
EPP	Encadreur Provincial Polyvalent
ESS	Enseignement des Sciences de la Santé
EUP	Etablissement d'Utilité Publique
EZS	Enquêteur des Zones de Santé
FASS	Fonds D'Achat des Services de Santé
FBP	Financement Basé sur la Performance
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FIFO	Premier entré, premier sorti
FEFO	Premier expiré, premier sorti
FFOM	Forces, Faiblesses, Opportunité et Menaces
FOSA	Formation Sanitaire
GRH	Gestion des Ressources Humaines
GRM	Gestion des Ressources Matérielles
GT	Groupe de travail
HCR	Haut-Commissariat des Réfugiés
HGR	Hôpital Général de Référence
IC	Inspection Contrôle
IEC	Information Education et Communication
IGS	Inspection Générale de la Santé
IPS	Inspection Provinciale de la Santé
IMT	Institut de Médecine Tropicale
ISCR	Information Sanitaire, Communication et recherche
IT	Infirmier Titulaire
MCZ	Médecin Chef de Zone
MDH	Médecin Directeur de l'Hôpital
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MSP	Ministère de la Santé Publique
NK	Nord Kivu
NR	Non Réalisée
OARC	Outil d'analyse des risques et catégorisation
SK	Sud Kivu
SNSAP	Surveillance Nutritionnelle, Sécurité Alimentaire et d'Alerte Précoce
PADP	Projet d'Appui à la Division Provinciale
PAO	Plan Annuel Opérationnel
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités

PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDSS	Projet de Développement du Système de Santé
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PND	Plan National de Développement Sanitaire
PF	Planification Familiale
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère - Enfant
PTT	Plan de Travail Trimestriel
PV	Procès-Verbal
PVVIH	Personne Vivant avec le Virus d'Immunodéficience Acquis
PVSBG	Projet d'Urgence relatif à la Violence Sexuelle basée sur le Genre et santé de la femme
RBP	Résultat Basé sur la Performances
RDC	République Démocratique du Congo
RECO	Relais communautaire
REH	Relevé Epidémiologique Hebdomadaire
SE	Suivi et Evaluation
SG	Secrétaire Général
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNAME	Système National d'Approvisionnement des Médicaments Essentiels
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SP	Sulfadoxine - Pyriméthamine
SR	Santé de la Reproduction
SRO	Sels de réhydratation orale
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SVS	Survivants de Violences Sexuelles
TBC	Tuberculose
TDR	Termes de référence
TSSI	Technicien Supérieur en Soins Infirmiers
UNTI	Unité Nutritionnelle Thérapeutique Intensive
USD	Dollar Américain
VAA	Vaccin Antiamaril
VAR	Vaccin Antirougeoleux
VAD	Visite à Domicile
VAT	Vaccin Antitétanique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Acquise
VPO	Vaccin Poliomyélite Oral
VSAT	Very Small Aperture Terminal
WC	Water Close
ZS	Zone de santé

TABLEAUX, GRAPHIQUES, FIGURES

Liste des tableaux

Tableau 1 : Synoptique de l'état d'exécution des activités de vérification, 2 ^{ème} trimestre 2019	13
Tableau 2 : Liste des zones de santé et FOSA sélectionnées pour les provinces du Nord et Sud Kivu.....	37
Tableau 3 : Liste des zones de santé et FOSA sélectionnées pour les provinces de la Tshuapa et du Haut Katanga	37
Tableau 4 : Liste des zones de santé et FOSA sélectionnées pour les provinces de Kwango et Kwilu.....	37
Tableau 5 : Indicateurs quantitatifs sélectionnés pour la contre vérification dans les FOSA PDSS.....	38
Tableau 6 : Chronogramme de la mission de contre vérification dans les provinces du Nord et Sud Kivu	41
Tableau 7 : Chronogramme de la mission de contre vérification dans les provinces de la Tshuapa et du Haut Katanga	42
Tableau 8 : Chronogramme de la mission de contre vérification dans les provinces de Kwango et Kwilu	42
Tableau 9 : Mapping général des écarts entre la vérification/évaluation et la contre vérification dans la province de la Tshuapa.....	49
Tableau 10 : Résultats de la contre vérification du cadre des performances des ECZ de la Tshuapa	51
Tableau 11 : Résultats de la contre vérification quantitative des hôpitaux généraux de référence de la Tshuapa.....	54
Tableau 12 : Résultats de la contre vérification qualitative des hôpitaux généraux de référence de la Tshuapa	56
Tableau 13 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Boende	60
Tableau 14 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé d'Ikela	61
Tableau 15 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Lingomo	63
Tableau 16 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Mondombe	64
Tableau 17 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Wema	64
Tableau 18 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Boende.....	65
Tableau 19 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Ikela	67
Tableau 20 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Lingomo.....	69
Tableau 21 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Mondombe.....	71
Tableau 22 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Wema	73
Tableau 23 : Appréciation du respect des procédures du FBP dans la province de la Tshuapa.....	80
Tableau 24 : Evaluation du contrôle administratif et financier dans la province de la Tshuapa	82
Tableau 25 : Distribution des données saisies et validées dans la province de la Tshuapa	83
Tableau 26 : Incohérences des données validées Portail Web DHIS2 DPS Tshuapa	85
Tableau 27 : Ecart des scores qualité entre les grilles, le portail et la contre vérification dans la province de la Tshuapa	86
Tableau 28 : Mapping général des écarts entre l'évaluation/vérification et la contre vérification dans le Haut Katanga	87
Tableau 29 : Résultats de la contre vérification quantitative des hôpitaux généraux de référence du Haut Katanga.....	89
Tableau 30 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Kasenga	92
Tableau 31 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Kashobwe	93
Tableau 32 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Kilwa	95
Tableau 33 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Pweto	96
Tableau 34 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Sakania	97
Tableau 35 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Kasenga.....	98
Tableau 36 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Kashobwe	100
Tableau 37 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Kilwa.....	102
Tableau 38 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Pweto.....	104
Tableau 39 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Sakania	106
Tableau 40 : Appréciation du respect des procédures du FBP dans la province du Haut Katanga.....	114
Tableau 41 : Evaluation du contrôle administratif et financier dans la province du Haut Katanga	116
Tableau 42 : Distribution des données saisies et validées dans la province du Haut Katanga	117
Tableau 43 : Incohérences des données validées Portail Web DHIS2 DPS dans la province du Haut Katanga	118
Tableau 44 : Ecart des scores qualité entre les grilles, le portail et la contre vérification dans la province du Haut Katanga.....	119
Tableau 45 : Mapping général des écarts entre l'évaluation/vérification et la contre vérification dans le Kwango.....	120
Tableau 46 : Résultats de la contre vérification quantitative des hôpitaux généraux de référence de Kwango	123
Tableau 47 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Kahemba.....	125
Tableau 48 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Kimbao.....	126
Tableau 49 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Kisandji.....	128
Tableau 50 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Panzi.....	130
Tableau 51 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Wamba Luadi	132
Tableau 52 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Kahemba	134
Tableau 53 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Kimbao	136
Tableau 54 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Kisandji	140
Tableau 55 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Panzi	144

Tableau 56 : Résultats de contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Wamba Luadi.....	145
Tableau 57 : Appréciation du respect des procédures du FBP dans la province de Kwango.....	148
Tableau 58 : Evaluation du contrôle administratif et financier dans la province de Kwango	149
Tableau 59 : Distribution des données saisies et validées dans la province de Kwango	151
Tableau 60 : Analyse de la cohérence des données dans la province de Kwango	152
Tableau 61 : Analyse comparative de la saisie des données de score qualité dans le portail dans la province de Kwango	153
Tableau 62 : Mapping général des écarts entre l'évaluation/vérification et la contre vérification dans le Kwilu	154
Tableau 63 : Résultats de la contre vérification quantitative des hôpitaux généraux de référence du Kwilu.....	156
Tableau 64 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Bandundu	158
Tableau 65 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Kingandu.....	159
Tableau 66 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Mosango.....	160
Tableau 67 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Kikwit Nord	160
Tableau 68 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Vanga.....	161
Tableau 69 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Bandundu	163
Tableau 70 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Kingandu	165
Tableau 71 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Mosango	167
Tableau 72 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Kikwit Nord.....	169
Tableau 73 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Vanga	172
Tableau 74 : Appréciation du respect des procédures du FBP dans la province du Kwilu.....	175
Tableau 75 : Evaluation du contrôle administratif et financier dans la province du Kwilu	178
Tableau 76 : Distribution des données saisies et validées dans la province du Kwilu	179
Tableau 77 : Analyse de la cohérence des données au Kwilu	180
Tableau 78 : Analyse comparative de la saisie des données de score qualité dans le portail au Kwilu.....	181
Tableau 79 : Mapping général des écarts entre la vérification/évaluation et la contre vérification dans la DPS Nord Kivu	182
Tableau 80 : Résultats de la contre vérification quantitative des hôpitaux généraux de référence du Nord Kivu	185
Tableau 81 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Nyiragongo	186
Tableau 82 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Rwanguba.....	188
Tableau 83 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Nyiragongo.....	189
Tableau 84 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Rwanguba	190
Tableau 85 : Appréciation du respect des procédures du FBP dans la province du Nord Kivu.....	193
Tableau 86 : Evaluation du contrôle administratif et financier dans la province du Nord Kivu	196
Tableau 87 : Distribution des données saisies et validées dans la province du Nord Kivu	197
Tableau 88 : Analyse de la cohérence des données à partir du log.....	198
Tableau 89 : Comparaison des scores qualité collectés sur le terrain et ceux saisis dans le portail au Nord Kivu.....	199
Tableau 90 : Mapping général des écarts entre la vérification/évaluation et la contre vérification dans la DPS Sud Kivu.....	200
Tableau 91 : Résultats de la contre vérification quantitative des hôpitaux généraux de référence du Sud Kivu.....	202
Tableau 92 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres hospitaliers du Sud Kivu.....	204
Tableau 93 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Kaniola	207
Tableau 94 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Minova	208
Tableau 95 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Kaniola.....	210
Tableau 96 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Minova	211
Tableau 97 : Appréciation du respect des procédures du FBP dans la province du Sud Kivu.....	214
Tableau 98 : Evaluation du contrôle administratif et financier dans la province du Sud Kivu	216
Tableau 99 : Distribution des données saisies et validées dans la province du Sud Kivu	216
Tableau 100 : Analyse de la cohérence des données à partir du log.....	217
Tableau 101 : Comparaison des scores qualité collectés sur le terrain et ceux saisis dans le portail au Sud Kivu.....	218
Tableau 102 : Réactions des EUP de la Tshuapa, Haut Katanga et Sud Kivu au rapport provisoire.....	219
Tableau 103 : Evaluation des recommandations de la sixième mission de contre vérification	236
Tableau 104 : Constats et recommandations relatifs à la performance des ECZ	248
Tableau 105 : Constats et recommandations relatifs à la performance des EUP	248
Tableau 106 : Constats et recommandations relatifs à la performance des ECP.....	249
Tableau 107 : Constats et recommandations relatifs à la performance de la Coordination du PDSS.....	249

Liste des figures

Figure 1 : Les principes du PBF	27
Figure 2 : Montage institutionnel du PBF en RDC	29
Figure 3 : Cycle de paiement PBF	32
Figure 4 : Processus dynamique de la mission de contre vérification	34
Figure 5 : Schéma utilisé pour l'exploitation des données	39
Figure 6 : Répartition géographique des zones de santé sélectionnées dans la province de la Tshuapa.....	48
Figure 7 : Répartition géographique des zones de santé sélectionnées dans la province du Haut Katanga.....	87
Figure 8 : Répartition géographique des zones de santé sélectionnées dans la province de Kwango	120
Figure 9 : Répartition géographique des zones de santé sélectionnées dans la province du Kwilu.....	154
Figure 10 : Répartition géographique des zones de santé sélectionnées dans la province du Nord Kivu	182
Figure 11 : Répartition géographique des zones de santé sélectionnées dans la province du Sud Kivu.....	199

Liste des graphiques

Graphique 1 : Résultats de la contre vérification du Programme National de la Santé de l'Adolescent.....	45
Graphique 2 : Résultats de la contre vérification au Programme National de la Santé de reproduction	45
Graphique 3 : Résultats de la contre vérification au Programme National de Nutrition	46
Graphique 4 : Résultats de la contre vérification à la Direction d'Etudes et Planification	47
Graphique 5 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Boende.....	76
Graphique 6 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé d'Ikela	77
Graphique 7 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Lingomo.....	78
Graphique 8 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Mondombe.....	79
Graphique 9 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Wema	79
Graphique 10 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Kasenga.....	110
Graphique 11 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Kashobwe.....	110
Graphique 12 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Kilwa	111
Graphique 13 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Pweto.....	112
Graphique 14 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Sakania	113
Graphique 15 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance de l'ECP Kwango.....	121
Graphique 16 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Nyiragongo.....	192
Graphique 17 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Rwanguba	193
Graphique 18 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance de l'ECP Sud Kivu	201
Graphique 19 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Kaniola.....	212
Graphique 20 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Minova	213

RESUME

RAPPELS : CONTEXTE, OBJECTIFS ET METHODOLOGIE

Pour contribuer aux efforts de redynamisation du système de santé entrepris par l'Etat congolais, la Banque Mondiale appuie la mise en œuvre de deux projets utilisant le financement basé sur la performance (FBP) comme modèle de financement du système de santé : le Projet d'Urgence relatif à la Violence Sexuelle et Basée sur le Genre et la Santé des Femmes des Grands Lacs (PVSBG) et le Projet de Développement du Système de Santé (PDSS).

Le CREDES a été mandaté par le Projet de Développement du Système de Santé (PDSS) de la Direction des Etudes et de la Planification (DEP) du Ministère de la santé congolais pour mettre en œuvre une Agence de Contre-Vérification Externe (ACVE) des prestations du PDSS et, par extension, du PVSBG, au terme des contrats n°264/PDSS/2017 et n°26/PVSBG/2018.

L'ACVE CREDES a pour mission de contre-vérifier les données quantitatives et qualitatives vérifiées, validées et rémunérées, ainsi que le respect des procédures, dans 169 zones de santé (ZS) de RDC, dont 156 pour le PDSS réparties dans 11 provinces (Equateur, Tshuapa, Mongala, Sud-Ubangi, Maindombe, Kwilu, Kwango, Haut-Katanga, Haut-Lomami, Lualaba, Maniema) et 13 pour le PVSBG implanté dans les 2 provinces du Kivu ; desservant ainsi 26 millions d'habitants, soit 39 % de la population de la RDC.

Une huitième mission de contre-vérification a eu lieu dans 6 Divisions provinciales de la santé, retenues conformément aux termes de référence de l'ACVE et suite à la réunion du mardi 27 août 2019 tenue dans les locaux de l'UCP Santé BM : le Nord et le Sud-Kivu pour le PVSBG et la Tshuapa, le Haut Katanga, le Kwango et le Kwilu pour le PDSS.

A noter qu'à l'issue des premières missions, un choix raisonné devait se faire parmi les provinces du PDSS non contre vérifiées lors de la précédente mission. Au sein de ces DPS, des zones de santé et des formations sanitaires ont été sélectionnées de manière aléatoire.

Cette sélection, ajustée lors des visites de terrain, a permis de retenir 4 zones de santé pour le PVSBG (2 par DPS) et 20 (5 par DPS) pour le PDSS.

Il s'agit pour le PVSBG au **Nord-Kivu**, des ZS de Nyiragongo et Rwanguba, au **Sud-Kivu** des ZS de Kaniola et Minova, et pour le PDSS des ZS de Boende, Ikela, Lingomo, Mondombe et Wema dans la **Tshuapa** ; des ZS de Kasenga, Kashobwe, Kilwa, Pweto et Sakania dans le **Haut Katanga** ; des ZS de Kahemba, Kimbao, Kisandji, Panzi et Wamba Luadi dans le **Kwango** et des ZS de Bandundu, Kingandu, Mosango, Kikwit Nord et Vanga dans le Kwilu. Dans chaque ZS, l'HGR a été retenu d'office pour la contre-vérification et cinq (5) centres de santé sous contrat de performance ont été sélectionnés.

Dans chaque FOSA, tous les indicateurs quantité de la période convenue ont été contre-vérifiés dans le cadre du PVSBG, tandis que six (6) indicateurs du paquet minimum d'activités (PMA) et six indicateurs (6) du Paquet complémentaire d'activités (PCA) ont été choisis pour le PDSS. 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 où l'exercice avait été réalisée.

DÉROULEMENT DES MISSIONS

Les missions se sont déroulées sur le terrain entre le 26 septembre et le 30 octobre 2019 et elles couvraient les prestations et vérifications réalisées au 2^{ème} trimestre 2019. L'équipe de l'ACVE a été intégralement mobilisée (experts clés, personnel d'appui). Des enquêteurs de zones de santé ont été recrutés et formés suite à la publication d'un appel à candidature posté au sein des DPS et

Etablissement d'Utilité Publique (EUP)/Agences d'Achat des Prestations (AAP) concernés (2 par ZS), de même que des contre-vérificateurs communautaires (4 par ZS).

Les missions de contre-vérification ont permis de collecter les données escomptées. Un contrôle de complétude et de cohérence de ces données a été réalisée par l'ACVE CREDES avant leur traitement. Le traitement s'est ensuite fait sur support informatique : (i) les différentes grilles de vérification des performances des ZS, DPS, EUP ont été transcrites sur des feuilles Excel appropriées pour permettre un traitement rapide ; (ii) les grilles d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs des FOSA et (iii) les questionnaires d'enquête communautaire ont également été saisis et traités sur Excel.

Les missions ont néanmoins rencontré des difficultés certaines sur le terrain, notamment : i) l'indisponibilité de certains acteurs de terrain et donc d'accès à certains outils de travail (le MCZ de Lingomo a empêché aux IT des CS de Bosenge et Yasolo de se rendre dans leurs lieux de travail au moment de la contre vérification ; d'où l'inaccessibilité des outils utiles à la contre vérification externe) ; ii) le manque d'harmonisation dans l'utilisation des outils dans une même province et pour une même activité (utilisation de l'ancienne et de la nouvelle grille d'évaluation qualité HGR dans les ZS de Rwanguba et de Nyiragongo au Nord Kivu) ; insécurité dans certaines ZS (menaces de mort dans la zone de santé de Lingomo, d'un membre de l'équipe de l'ACVE ayant refusé la corruption lui proposée ; dans la ZS de Rwanguba au Nord-Kivu, les AS Kazuba et Shinda restent insécures suite à l'activisme de plusieurs groupes armés et à leur traque par l'armée congolaise. Les enquêteurs ont pu y accéder sous escorte militaire).

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Tableau 1 : Synthétique de l'état d'exécution des activités de vérification, 2^{ème} trimestre 2019.

Type de vérification / évaluation	TSHUAPA		HAUT KATANGA		KWANGO		KWILU		SUD KIVU		NORD KIVU	
Période	T4 2018	T2 2019	T4 2018	T2 2019	T1 2018	T2 2019	T1 2019	T2 2019	T1 2019	T2 2019	T1 2019	T2 2019
ECP	16,6%	NR	NR	NR	26%	35%	20,2%	NR	1,9%	3,8%	8%	NR
EUP	NR	NR	NR	NR	NR	NR	15,5%	NR	3,7%	NR	6,3%	NR
ECZ	24,1%	28%	31,9%	NR	32%	NR	22,3%	NR	21,2%	NR	4,4%	NR
HGR Quantité	27,8%	17,1%	30,7%	30,6%	25,0%	8,6%	40,1%	5,4%	9,1%	3,8%	12,8%	6,8%
HGR Qualité	16,8%	18,6%	13,1%	NR	17,0%	NR	15,3%	NR	10,3%	NR	4,4%	NR
CS Quantité	15,6%	6,9%	16,3%	25,6%	21%	27%	-3,1%	8,2%	4,5%	6,3%	12,5%	3,1%
CS Qualité	11,8%	6,5%	15,6%	16,5%	21,0%	17,6%	12,2%	16,0%	5,0%	4,8%	1,5%	4,4%
Enquêtes communautaires (patients non existants)	19,1%	21,2%	NR	32,4%	NR	NR	25,3%	NR	12,0%	5%	5,0%	1,5%
NIVEAU CENTRAL												
Entités	PNSA		PNSR		CT-AS		PRONANUT		DEP			
Période	T1 2019	T2 2019	T1 2019	T2 2019	T1 2019	T2 2019	T1 2019	T2 2019	T1 2019	T2 2019	T1 2019	T2 2019
Ecart Evaluation - CV T4 2018	20,4%	-3,8%	13,0%	24,0%	31,4%	NR	6,0%	14,0%	NR	4,0%		

■	Rouge : Ecart supérieur à +10%
■	Vert : Ecart entre -10% et +10%
■	Jaune : Ecart inférieur à -10%
■	Noir : Activité non réalisée

Commentaires :

La majorité des provinces visitées sont déjà à plus de trois exercices de CVE (8 fois pour le Nord et le Sud Kivu, 3 fois pour la Tshuapa et le Haut Katanga, 4 fois pour le Kwilu et 2 fois pour le Kwango). Pour certaines d'entre elles, les mêmes ZS ont été à nouveau choisies, avec quelques différences pour ce qui est des centres de santé : **Tshuapa** (Lingomo 3 fois, Ikela 2 fois, Boende 2 fois, Mondombe 2 fois), **Haut Katanga** (Kasenga 3 fois, Sakania 2 fois, Pweto, Kilwa et Kashobwe pour la troisième fois), **Kwilu** (Mosango 3 fois, Bandundu ville 3 fois, Kingandu 2 fois, 3 fois Kikwit Nord), **Kwango** (2 fois pour Kahemba, Kimbao), **Nord Kivu** (Nyragongo 3 fois et Rwanguba 3 fois), **Sud Kivu** (Kaniola et Minova 4 fois).

Comme le montre ce mapping général de la mission, plusieurs activités n'ont pas été réalisées lors cette contre vérification notamment à cause du fait que les évaluations ou vérifications pour le T2 2019 n'avaient pas eu lieu dans les délais requis. Seuls 3 activités sur 8 (CVE de la quantité à l'HGR/CS et de la qualité aux CS) ont été réalisées dans presque toutes les DPS à la fois.

Il faudrait ajouter également la CVE dans les entités du niveau central notamment : le PNSR, le PNSA, PRONANUT et la DEP ; mais pas à la CT-AS. Contrairement aux deux premiers qui sont à leur troisième exercice de CVE, le PRONANUT et la DEP n'en sont qu'à leur deuxième exercice.

Les responsabilités sont partagées à tous les niveaux et les mêmes facteurs explicatifs ont été mentionnés : le financement prévu pour l'organisation des évaluations non disponible dans les délais, le déploiement tardif de la cellule de suivi et évaluation du secrétariat général à la santé, l'installation tardive des nouvelles autorités des gouvernements provinciaux devant conduire les évaluations (DPS notamment).

Pour les institutions et formations sanitaires qui ont subi la contre vérification, les éléments généraux suivants ont été retenus :

- **Contre-vérification des cadres de performances du niveau national**

Constats au niveau du Programme National de Santé de l'Adolescent

Contrairement au trimestre précédent (20 points d'écart entre les résultats de l'ACVE et de la CSE/SG), le PNSA a amélioré sa performance car la cotation est assez élevée tant du score de l'évaluation de la cellule de suivi et évaluation du SG (86,5%) que de celui de l'ACVE (90%) avec un écart de 3,75%.

Les différences de cotation n'ont été observées qu'au niveau de 2 indicateurs sur 5 :

- **Réunion trimestrielle de la TASK FORCE SSRAJ** : le rapport de réunion tenue pas été renvoyé aux parties prenantes après sa validation, et donc obligation d'appliquer la loi du tout ou rien et non pas de donner la moitié ;
- **Accompagnement trimestriel des DPS dans la mise en œuvre (Intégration du paquet Santé Adapté aux Adolescents et jeunes)** : le libellé de la prestation et les critères de validation ne font pas cas des chapitres devant faire partie du corps du rapport de mission, par conséquent tous les critères ayant été respectés, la totalité de la note doit être alloué à cet indicateur contrairement aux observations de la cellule.

Constats au niveau du Programme National de Santé de la Reproduction

Le score global alloué par la cellule de S&E présente un écart énorme (24%) par rapport à celle de la contre vérification ; alors que cet écart était de 13% lors de la précédente mission.

Les écarts de cotation observés, s'expliquent en général par la différence d'interprétation des indicateurs entre les deux évaluations ; mais de manière plus spécifique ces écarts sont présents au niveau des indicateurs suivants :

- **Niveau d'exécution trimestriel du plan d'action opérationnel du PNSR** : taux d'achèvement des activités du PTT3/2019 est en réalité de 40% et non de 82% ;
- **Réunion hebdomadaire de staff élargie du PNSR** : une réunion hebdomadaire non tenue ;

- **Réunion mensuelle de coordination avec les partenaires impliqués dans la mise en œuvre des activités du trimestre concerné** : une réunion mensuelle non tenue mais pour les réunions tenues, le quorum exigé de participation non atteint ;
- **Accompagnement des DPS (BPC/SR) dans la supervision des ZS, par le niveau central** : aucune mission de supervision réalisée (même pas la ZS de Kintambo, située en face de la direction du PNSR, lors des supervisions de la DPS Kinshasa) mais la cellule de suivi & évaluation du SG a alloué la totalité des points à cet indicateur, en considérant que les formations organisées par le PNSR dans les provinces comme des supervisions formelles.

Constats au niveau du Programme National de Nutrition

L'écart de cotation du score global entre l'évaluation et la contre vérification s'est accru au fil des trimestres. En effet de 6% au 1^{er} trimestre 2019, il passe à 14, au second trimestre.

Sur un ensemble de 8 domaines contre évalués, les scores entre les cotes données par la Cellule de S&E du SG diffèrent de celles de l'ACVE au niveau de 3 domaines, pour les raisons ci-dessous :

- **Réunion mensuelle de coordination technique avec les PTFs du secteur santé dans le domaine de la nutrition** : un rapport sur 3 n'était pas disponible et les partenaires phares (IMA, PROSANI, UNICEF, PAM, Save the children) du PRONANUT n'ont pas participé aux réunions tenues ;
- **Accompagnement trimestriel des DPS dans la mise en œuvre des interventions de nutrition** : les TDR de cet accompagnement ne montrent pas l'analyse des données sur la nutrition, issues des sources traditionnellement connues ;
- **Compilation régulière des données nutrition, issues du SNSAP** : pas d'indication de la date de parution du bulletin ni d'indication sur le respect du délai d'envoi au SG.

Constats au niveau de la Direction d'Etudes et Planification

En se référant à la précédente mission de contre vérification qui concernait le T4/2018, avec un écart de 24% entre les résultats de l'ACVE et de la CSE/SG, la DEP a amélioré sa performance au 2^{ème} trimestre 2019. En effet, le score de performance de la DEP est passé de 71% à l'évaluation à 67% à la contre vérification externe, soit un écart minime et peu significatif de 4%.

Les différences de cotation observées concernent les indicateurs suivants :

- **Coordination et pilotage** : le compte rendu de la réunion préparatoire du CNP non signé par le Président de la commission gouvernance et ne décrivant pas les thématiques à débattre ;
- **Niveau d'exécution trimestriel du plan d'action opérationnel** : 18 activités sur les 28 inscrites dans le PAO 2019 sont reprises dans le PTT2 2019 (soit 64% au lieu de 80%) : incohérence entre le PAO et le PTT. De plus, le niveau d'exécution n'est que de 67%
- **Suivi de l'exécution budgétaire** : l'état de suivi budgétaire non transmis au Secrétaire général à la santé avant la date butoir.

A noter que certains critères (accompagnement des revues semestrielles de suivi de la mise en œuvre des PAO des provinces et le rapport annuel du Secteur de la santé) n'ont pas été cotés car non applicables pour la période évaluée/contre vérifiée.

▪ Contre-vérification du cadre de performance des DPS

Sur les 6 DPS retenues, 2 d'entre elles seulement ont été contre-évaluées : celle du Kwango avec un écart de 35,0% entre l'évaluation et la contre vérification et celle du Sud Kivu avec un écart de 3,8%.

Les autres DPS, n'ont pas été évaluées à temps par le comité provincial de pilotage pour diverses raisons : problèmes d'organisation au sein du CPP, signature tardive du contrat unique (Haut – Katanga, contrat signé en juillet 2019), changement de gouvernement provincial et le temps pris pour son installation (Nord-Kivu), etc.

Le score du cadre de performance de la DPS Kwango (à sa deuxième mission de CVE) a connu une diminution notable entre l'évaluation et la contre vérification soit de 35%. Les différences remarquables

entre la vérification et la contre vérification sont dues aux insuffisances dans l'organisation de certaines activités (CA, réunions de l'ECP, Encadrement, ...), l'absence de diffusion des documents produits aux parties prenantes (PAO, PTT, plan des approvisionnements en médicaments) et le faible niveau d'exécution des résolutions ou recommandations.

Pour ce qui concerne la DPS du Sud Kivu, suite en grande partie aux problèmes de management interne, la DPS est restée contre performante depuis le 2^{ème} trimestre 2018 (le 3^{ème} et le 4^{ème} trimestres 2018 n'ayant pas été évalués), avec des scores autour de 50%. Pour le 2^{ème} trimestre, le score est passé de 50,9% à l'évaluation à 47,1% à la contre vérification externe. 2 domaines ont été à la base de ces écarts : (i) encadrement des ZS : 6 rapports étaient disponibles sur les 34 attendus alors que l'évaluation aurait trouvé 8 rapports, (ii) gestion des ressources matérielles : le plan de maintenance n'a pas de chronogramme et n'a même pas été exécuté. Pour le responsable du bureau gestion, certains engins des programmes ont bénéficié d'une maintenance sur initiative et fonds propres mais les rapports de ces maintenances n'ont pas été transmis au bureau en charge de la gestion des ressources de la DPS. Ceci traduit en réalité les difficultés qui persistent dans l'intégration effective des programmes spécialisés au sein de la DPS.

▪ **Contre vérification du cadre de performance des ECZ**

Sur les 6 DPS retenues, les cadres de performance des ECZ ont été contre vérifiés uniquement à la DPS Tshuapa avec une moyenne des écarts estimés à 28,0%.

Les raisons des écarts entre l'évaluation et la contre vérification concernent essentiellement l'incohérence entre les activités planifiées dans le PAO et celles retenues dans le PTT, la complétude dans la supervision des formations sanitaires (76 sur 108 à Boende, 65 sur 66 à Ikela et 47 sur 60 à Mondombe) ainsi que l'évaluation de la qualité des prestations des centres de santé. La gestion des données présente des différences entre l'appréciation faite par les évaluateurs et les constats de l'ACVE quant à la complétude des REH, la complétude et la promptitude du DHIS2. SOFICOM est considéré comme une banque par les évaluateurs avec un rapport fourni par les ECZS sur les fonds reçus de SOFICOM comme étant un rapprochement bancaire. Il est à noter également le mauvais archivage des certains documents administratifs, lesquels parfois manquent l'authenticité de la zone de santé en termes de signature ou encore du sceau.

Les évaluations des ECZ par les DPS n'ont pas été conduites pour diverses raisons : manque de moyens financiers rendus disponibles à temps, le non remboursement des fonds utilisés par la DPS pour les évaluations du T4 2018 et du T1 2019 (Nord Kivu), les demandes des fonds jugées caduques par IDA (Nord Kivu, Sud Kivu), etc.

Sur instruction de l'UCP Santé BM, les DPS ont reconduit les scores du trimestre précédent obtenus par les ECZ. De ce fait l'ACVE n'a pu non plus procéder à la contre vérification de la performance des ECZ de la période concernée.

▪ **Résultats de la contre vérification des Hôpitaux généraux de référence**

Constats pour la contre vérification quantitative

On observe un écart entre les résultats de la vérification quantitative et ceux de la contre vérification dans tous les HGR, hormis ceux des DPS du Kwango, du Kwilu, du Nord et du Sud Kivu. Ces écarts varient entre : 17,1% à la Tshuapa et 30,6% au Haut-Katanga.

A la Tshuapa, ces écarts s'expliquent par la non prise en compte par l'EUP du billet de contre référence avant de valider l'indicateur « consultation externe référée » ne pouvant qu'aboutir à des écarts importants entre la vérification et la contre vérification. A ceci s'ajoute des sur déclarations des consultations réalisées dépassant les effectifs inscrits dans les registres. L'archivage est à l'origine de plusieurs écarts pour les indicateurs en rapport avec l'accouchement assisté (partogrammes non disponibles), les interventions majeures (fiches des malades opérés, protocoles opératoires non disponibles), les césariennes (fiches ou protocoles opératoires) ; lesquelles prestations sont par endroit réalisées par un personnel non qualifié. Quant à la planification familiale, les tricheries sont manifestes

dans la déclaration des prestations alors que les intrants disponibles ne peuvent pas couvrir les effectifs des femmes acceptantes validées par l'EUP.

Au Haut-Katanga, ces écarts s'expliquent par : la disponibilité du billet de contre référence n'est pas courante dans l'ensemble des hôpitaux et pourtant les données sont validées par l'EUP, le protocole opératoire parfois inscrit dans un registre en dehors du dossier du malade, les partogrammes ne sont pas toujours bien renseignés surtout quand les accouchements sont dirigés par un personnel non qualifié. Aussi toutes les fiches PF ne sont pas correctement classées surtout quand il s'agit d'une acceptante devant renouveler une méthode au cours du trimestre.

Constats pour la contre vérification qualitative

L'évaluation de la qualité des HGR a été réalisée uniquement dans les HGR de la DPS de la Tshuapa. On observe un écart moyen entre les résultats de la vérification qualitative et ceux de la contre vérification de 18,6% pour ces HGR.

La qualité des prestations dans les HGR sélectionnés de la Tshuapa pour cette contre vérification ne reflète pas la réalité constatée par l'ACVE. Il en va de l'organisation générale où plusieurs outils déclarés comme existants lors de l'évaluation (compte rendus de réunions, rapports SNIS, rapports d'analyse des données SNIS,...) ne sont pas disponibles au moment de la contre vérification, de l'inexistence du comité des indigents pourtant déclaré fonctionnel, de la méconnaissance de l'outil d'indices par les prestataires, de l'hygiène défectueuse, du confort du malade en hospitalisation (la non disponibilité des matelas sur les lits, des moustiquaires, des tables de nuit), du non-respect de certains protocoles de prise en charge des maladies courantes, de la non intégration effective de certaines activités (PCIME, PF, VIH,...) jusqu'à des ruptures de stock en plusieurs médicaments traceurs.

Les évaluations qualitatives des HGR par les DPS n'ont pas été conduites pour pratiquement les raisons évoquées pour les ECZ.

▪ Résultats de la contre vérification des centres de santé

Constats pour la contre vérification quantitative

On observe aussi un écart entre les résultats de la vérification quantitative et ceux de la contre vérification dans les CS des DPS du Haut-Katanga (25,5%), du Kwango (27%). Dans toutes les autres DPS, par contre, il y a un rapprochement entre les résultats de la vérification et de la contre vérification. Dans le Haut Katanga, ces écarts sont dus aux raisons suivantes : les prestataires comptent sur l'insuffisance du temps d'analyse de toutes les fiches de consultation pour les classer de manière désordonnée poussant ainsi les vérificateurs à ne procéder qu'au simple comptage de ces fiches qui datent parfois de plus d'une année. Les billets de contre référence ne sont pas disponibles dans la structure ayant référé et certains accouchements sont encore dirigés par un personnel non qualifié avec des partogrammes mal remplis. La tenue et l'archivage des fiches CPoN sont loin d'être maîtrisés. En effet, les dates de rendez-vous entre la 2^{ème} et la 3^{ème} visite ne sont pas toujours respectées ou les prestataires les falsifient pour ramener les délais à 6 et 42 jours de l'accouchement. Ces dates ne sont pas mentionnées sur les fiches de consultation qui sont par endroit vierges. Ces fiches sont très difficiles à retrouver surtout pour les accouchés qui doivent passer leur 3^{ème} visite en dehors du trimestre ou encore celles ayant accouché avant le trimestre mais devant accomplir la 3^{ème} visite au cours du trimestre.

Au Kwango par contre, la divergence dans l'interprétation de certains indicateurs (CPON ; Dépistage des cas TBC - BK positifs) est à la base des écarts constatés.

Constats pour la contre vérification qualitative

Il sied de signaler ici que des résultats de l'évaluation sont supérieurs à ceux de la contre-évaluation pour les FOSA des DPS du Haut-Katanga avec un écart de 16,5%, du Kwango avec un écart de 17,6% et du Kivu avec un écart de 16% ; mais il y a un rapprochement entre pour les résultats des FOSA des DPS de la Tshuapa, du Nord et du Sud Kivu.

Ces écarts peuvent s'expliquer pour les raisons suivantes :

Pour le Haut Katanga, on retient ce qui suit : la disponibilité des outils en l'absence des infirmiers titulaires (en mission au BCZ ou à la DPS) ne permet pas d'apprécier une bonne partie des prestations qualitatives en rapport avec l'organisation générale, la gestion financière, le plan de management, le comité des indigents voire les programmes verticaux telle la planification familiale ou le VIH. La non disponibilité des fiches des stocks des médicaments et la non maîtrise des consommations moyennes mensuelles affectent la qualité des prestations en rapport avec la gestion des médicaments dans plusieurs FOSA. Les conditions d'hygiène et le confort des malades ne sont pas maintenus après le passage des évaluateurs tout comme le respect des différents protocoles de prise en charge des maladies courantes.

Pour le Kwango : les aspects à la base des écarts sont notamment la gestion des médicaments (les fiches de stock non disponibles, la CMM non calculée, la faible disponibilité en médicaments et intrants spécifiques), l'hygiène et la stérilisation (le non-respect des règles liées à l'emplacement de la fosse d'élimination des déchets, l'absence de registre indiquant la création de la fosse à ordures, le mauvais entretien des douches, le manque d'éclairage dans les toilettes), le mauvais archivage des rapports (CR des réunions techniques, rapports SNIS, rapports CODESA et rapports financiers).

Pour finir pour le Kwilu : dans la majorité des ZS, les scores alloués par les évaluateurs des ECZ ne présentent pas d'écarts énormes avec ceux de la contre vérification hormis dans la ZS de Vanga. Les quelques surestimations de score de la part des évaluateurs des ECZ sont dues soit à une insuffisance de maîtrise des critères d'évaluation, soit les structures sanitaires ne s'inscrivent pas dans une logique d'amélioration continue de la qualité des soins.

▪ Résultats de la contre vérification communautaire

Comme l'indique le tableau synoptique, hormis les DPS du Kwango et du Kwilu, elle a été réalisée dans toutes les provinces.

Les résultats globaux montrent qu'il y a un écart entre les résultats de la vérification communautaire et ceux de la contre vérification dans les CS des DPS de la Tshuapa (21%), du Haut-Katanga (31%) par rapport aux patients non existants. Cette situation est susceptible de confirmer une quelconque tricherie dans la déclaration des prestations.

Il y a un rapprochement entre les résultats de la vérification et de la contre vérification dans les autres DPS visitées.

Les résultats obtenus indiquent également que 86% des patients seulement sont retrouvés par la CVE contre 100% pendant les enquêtes communautaires à la Tshuapa ; avec aussi 66% de patients retrouvés par la CVE contre 91% retrouvés par l'EUP dans le Haut Katanga.

Dans le Haut Katanga, l'effectif des patients non existants est inquiétant dans toutes les 5 zones de santé atteignant jusqu'à 41% et 39% respectivement dans les zones de santé de Sakania et Kasenga. La proportion des non existants demeure donc toujours inquiétante et devrait motiver une plus grande attention.

En se référant au tableau synoptique ci-dessus, il en ressort que le pourcentage des patients non existants après les enquêtes communautaires à baisser soit de 12% à 5% au Sud Kivu, et de 5% à 1.5% au Nord Kivu.

En ce qui concerne les taux de satisfaction, il existe de grande différence pour le taux de satisfaction soit 87% pour l'EUP et 79% pour l'ACVE à la Tshuapa, mais le taux de 84% reste le même dans le Haut Katanga.

L'insatisfaction des usagers porte notamment sur : l'accueil des patients, le personnel, la dotation en équipements et médicaments de qualité, le respect de la tarification des soins, les aspects d'hygiène hospitalière.

▪ Evaluation du respect des procédures par l'EUP

Comme pour les missions précédentes et malgré les efforts fournis pour la révision du cycle de réalisation des activités selon les délais, il persiste toujours un manque de respect des délais procéduraux de mise en œuvre du régime de financement basé sur la performance, à tous les niveaux rendant ainsi chaque acteur redevable de ce retard.

En effet, on constate encore, comme pour les précédentes missions de contre vérification, un cumul des retards à différents maillons du cycle de paiement pour le respect des dates butoirs pour: la transmission de la demande de paiement et des TdRs d'évaluation de la qualité des HGR et de la performance des ECZ, la demande et l'octroi de l'ANO pour évaluation qualité HGR, la mise à disposition des fonds pour évaluation qualité HGR, l'évaluation proprement dite de la qualité des HGR et des cadres de performance des ECZ, l'émission des factures et la préparation de la validation des factures, la validation des factures par le GT Financement & CSU, l'encodage des données dans le portail, l'harmonisation entre portail et bordereau, la transmission des factures et PV de validation au niveau de la direction EUP, la vérification des factures et PV de validation par la Direction EUP, la transmission au PDSS et CT-AS, le virement de la Banque vers les comptes bénéficiaires (FOSA, ECZ, ECP), la production des rapports des enquêtes communautaires, etc.

La conséquence directe et récurrente de toute cette cascade de non-respect des délais opérationnels de mise en œuvre de l'approche FBP, liée surtout à la vérification, conduit à un énorme retard dans le paiement de différentes structures sous contrat ; d'où la démotivation des prestataires de soins. Ceci entrave aussi l'exécution des plans de management ayant pour objectif d'améliorer la qualité des prestations de soins et la mise en œuvre correcte de ce nouveau mécanisme de financement ; mais de manière plus générale, cela impacte négativement sur le processus de mise en œuvre du PDSS dans le souci de l'atteinte des objectifs assignés.

Evaluation du contrôle administratif et financier de toutes des factures, autorisations et justifications de modifications des factures.

Les termes de référence exigent la vérification de la cohérence entre les quantités déclarées et portées dans les bordereaux des FOSA et celles saisies dans le portail devant générer les montants des factures à payer.

Globalement, aucune différence significative supérieure ou inférieure à 10% se dégage entre les valeurs inscrites sur les bordereaux et celles générées par le portail PFB, pour toutes les DPS. Ce constat est lié au fait que, entre autres, l'EUP respecte scrupuleusement la catégorisation d'équité des FOSA, et cela dénote aussi de la fidélité des encodeurs à différents niveaux.

Néanmoins, nous nous permettons de commenter les différences en valeur absolue dans les structures suivantes : CS Kambuella (ZS de Kahemba/DPS Kwango) avec -138 US\$, CS Shapuka (ZS de Kisandji/DPS Kwango) avec 224 US\$, CS Wamba Luadi (ZS Wamba Luadi /DPS Kwango) avec -165 US \$; CS Kinzamba 2 avec 298,8 US\$, CS Muluma avec 256,4 US\$ et HGR Mosango avec 585 US\$ (ZS Mosango/DPS Kwilu) ; CS Bugusa (ZS Rwanguba/DPS Nord Kivu) avec -113.36 US \$.

Cela s'explique par des erreurs de calcul des montants ou de rapportage des données quantitatives entre le bordereau et le portail pour des indicateurs tels que : dépistage de TBC et cas de TBC traités et guéris, consultation externe, visites à domicile, administration de la 3ème dose de sulfadoxine-pyriméthamine, Consultation postnatale, PF (Diu et implant), etc.

Evaluation du système d'archivage, de gestion de la documentation mis en place lié au portail web et évaluation du système actuel de gestion des données

A ce niveau, trois aspects suivants ont été évalués principalement au sein des EUP et DPS : Analyse des traces d'utilisation par les utilisateurs (Logs), analyse du système d'archivage et l'analyse de la cohérence des données.

Analyse des traces d'utilisation par les utilisateurs (Logs)

En considérant la date du 20 septembre 2019 comme jour de l'extraction du fichier log, le portail web FBP a enregistré toutes les traces d'utilisation faites par les EUP ; aussi bien des actions de saisie que des actions de validation des données.

A ce propos, à la Tshuapa, le portail avait enregistré 878 données saisies avec un pourcentage maximal de validation et de verrouillage des données ; ce qui constitue une prouesse à saluer. Dans le Haut Katanga, nous avons environ 99,8%, (497 sur 498) des données saisies qui ont été validées puis verrouillées sur le portail et 87,75% (1306 données sur 1146) au Sud Kivu. Pour la DPS du Kwango, du Kwilu et du Nord Kivu on note un taux de validation nul, ce qui ne signifie qu'aucune n'a été ni validée ni verrouillée sur le portail web.

A la lecture des éléments issus des logs, le constat général est le suivant :

i) Le manque de promptitude par rapport à l'échéance de la saisie des données

Selon le manuel du PBF, la date butoir de la saisie des données sur le portail est fixée au 2^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre, soit le 2 août 2019. Ce qui n'a pas été respecté dans la majorité des DPS.

En effet, le 28 août 2019, à l'extraction du fichier de la complétude et de la promptitude des données, la Tshuapa n'était qu'à 28,9% de promptitude. Et l'analyse approfondie de ces informations, montre qu'aucune zone de santé n'a atteint la barre de 60% de promptitude. Il n'y a que les encodages des ZS d'Ikela, Bokungu, Boende et Yalifafu qui ont atteint entre 42,7 et 56,7% de promptitude. La zone de santé de Mondombe et celle de Djolu ont quant à elles réalisé respectivement, 1,1% et 0,7% de promptitude. Ceci démontre combien d'efforts doivent encore être consentis pour que la promptitude au jour de l'échéance soit à 100%.

Au Kwilu, les données ont été saisies entre le 7 août et le 20 septembre 2019 ; tandis qu'au Sud Kivu, l'encodage des données par les vérificateurs est allé jusqu'au 10 septembre 2019 et jusqu'au 16 septembre au Nord Kivu.

Tout ceci serait la conséquence du début tardif des missions de vérifications ainsi qu'à la difficulté de l'accessibilité des certaines zones qui dans certaines provinces ne sont pas couvertes par le réseau internet. Ce qui ne permet pas aux vérificateurs de saisir les données en cours de mission

ii) Le respect de l'échéance de l'encodage des données

La promptitude d'encodage des données au niveau de la province du Haut Katanga est de 80,2%. Il n'y a que les données saisies des ZS de Kenya et Kowe qui ont atteint 100% de promptitude sur le portail, tandis que ceux de Vangu et Pweto ont atteint respectivement 33,3% et 47,3%. Ainsi, l'ACVE encourage les vérificateurs de l'EUP à consentir encore des efforts pour ne pas dépasser la date butoir de saisie des données et atteindre 100% de promptitude. Pour le T2 2019, l'échéance était fixée au 2 août 2019 mais l'EUP est allé jusqu'au 15 août 2019, soit un dépassement de 13 jours.

iii) Le manque de validation et du verrouillage des données sur le portail

Rappelons que les procédures du PBF exigent la validation des données sur le portail et suivi par leur verrouillage pour éviter leur manipulation future.

Nous reconnaissons les efforts fournis par le CP de l'AAP Sud-Kivu qui a pu valider et verrouiller 87,75% de données sur le portail. Nous lui suggérons de fournir encore quelques efforts supplémentaires pour l'atteinte de 100% des données validées et verrouillées sur le portail web.

Par contre pour les autres DPS, on a constaté qu'aucune donnée saisie sur le portail n'a été validée, ni verrouillée par l'antenne de l'EUP, constituant ainsi une brèche de sécurité pouvant conduire à la manipulation future des données par la sous-commission financement et CSU

Nous recommandons ainsi au CA et au data manager de l'EUP/AAP de s'atteler sur cette tâche pour que lors des prochaines missions de vérification, toutes les données soient validées et verrouillées sur le portail web. A ce propos, nous pensons que l'ajout d'un critère d'évaluation des CA et data manager

sur la validation et le verrouillage des données sur le portail, dans le cadre de performance des EUP, constituerait une motivation supplémentaire qui les pousserait à réaliser cette activité importante.

Analyse du système d'archivage

En général, le système d'archivage des données au niveau de l'EUP est organisé de la manière suivante :

- **L'archivage des données en dur** est fait dans des classeurs sur lesquels sont inscrits le nom du document, le trimestre ou le semestre concerné ainsi que la Zone à laquelle le document appartient. Ensuite, la data manager s'assure que le rangement dans les classeurs respecte l'ordre repris sur le portail. L'EUP dispose aussi des armoires et étagères pour le rangement des documents dans les classeurs selon leur périodicité et selon leurs domaines.

A propos de ces documents notons qu'il s'agit de : contrats des FOSA, des ASLO, les documents issus des missions de vérification quantitatives des CS et HGR, les missions d'évaluations de la qualité des CS et HGR, les évaluations de la performance des ECZS, les plans des managements, les grilles de cotations, les ordres de mission, les termes de référence, les factures ou autres pièces justificatives, etc.

Toutefois, on note que quelques documents ne sont pas gardés ou sont mal archivés.

- **L'archivage électronique** : certains EUP disposent de disques durs pour le stockage des documents en électronique. Ils procèdent aussi au scannage des documents classés et les rangent dans des dossiers selon leurs périodicités et leurs domaines. D'autres EUP n'ont pas encore intégré ce système. Ceci est principalement dû au manque d'un disque dur de grande capacité pouvant contenir toutes les données de l'antenne, mais aussi d'un bon scanner destiné à la numérisation rapide de plusieurs documents.

Analyse de la cohérence des données

L'analyse de la cohérence des données validées entre le DHIS2 et le portail web permet de s'assurer de la conformité, la fiabilité des données et des informations stockées servant au paiement des subsides des prestations achetées dans les différentes bases de données (DHIS2, Open RBF), mais aussi de la continuité de la fonctionnalité du système de collecte et de transmission des données mise en place dans le cadre du projet.

Après comparaison des données du DHIS2 à celles du portail web, nous ne notons aucun écart entre les données du DHIS2 et celles du portail PBF, ce qui nous pousse à conclure que les données sont correctement exportées du Portail PBF vers celui du DHIS2. Ce constat est valable pour toutes les DPS.

Comparaison des scores qualité collectés sur le terrains et ceux saisis dans le portail

La comparaison des scores de qualité en dur et ceux qui sont sur le portail montre qu'en globalité il n'y a pas des écarts considérables entre ce qui est en dur et ce qui est sur le portail. Rien donc ne peut nous pousser à déduire qu'il y a eu manipulation des données servant à favoriser les FOSA dans l'obtention du bonus lié à la qualité.

Toutefois au Haut Katanga, les CS de Lukeka et Lupembe dans la ZS de Kashobwe ont un score de qualité nul alors que sur les fichiers en dur leurs scores sont de 73,65% pour le CS Lukeka et 77,08% pour Lupembe. L'EUP avait jugé bon d'invalider l'évaluation de ces 2 centres parce que les évaluateurs n'étaient pas encore certifiés au moment de l'évaluation de la qualité du T2 2019.

RECOMMANDATIONS

Relatives à la performance des ECZ

- S'assurer de la réalisation des évaluations de performances des ECZ au moment prévu et ne considérer que le score équivalent à la période concernée par l'évaluation ;

- Assurer un accompagnement permanent du rangement correct des documents et registre au sein des formations sanitaires ;
- Organiser des missions conjointes avec les EUP d'où la nécessité de réaliser des planifications conjointes ;
- Assurer le suivi de la transmission des fiches déclaratives des quantités au niveau des ECZ puis des EUP ;
- Mettre à la disposition des prestataires les documents normés issus de la DSNIS ;
- Assurer un meilleur encadrement des prestataires sur les protocoles et instructions de prise en charge des maladies.

Relatives à la performance des EUP

- Assurer le suivi de l'évaluation du cadre de performance conformément au calendrier fixé par le manuel des procédures PBF ;
- Organiser une séance de relecture commune des guides de vérification avant toute mission trimestrielle de vérification quantitative au sein des EUP ;
- Organiser des missions trimestrielles de contre vérification par échantillonnage raisonnée, des données initialement validées par les vérificateurs médicaux.

Relatives à la performance des ECP

- Assurer le suivi de l'évaluation du cadre de performance conformément au calendrier fixé par le manuel des procédures PBF ;
- Evaluer la qualité dans les formations sanitaires en utilisant l'unique grille recommandée par le PDSS ;
- Certifier les évaluateurs de la DPS ;
- Assurer un meilleur suivi du plan de travail trimestriel des DPS afin de pouvoir réaliser les évaluations dans les délais requis.

Relatives à la Coordination du PDSS

- Déterminer avec exactitude l'institution habilitée à évaluer la qualité dans les CH avec contrat de type HGR ;
- Financer l'activité d'évaluation de la qualité des soins dans les CH avec contrat de type HGR par l'ECP ;
- Poursuivre le processus d'assistance de proximité des DPS ;
- Assurer le suivi du cycle de mise à disposition des moyens aux DPS ;
- Assurer un meilleur suivi d'acquisition des équipements des FOSA à partir de leurs subsides et appuyer la disponibilité de médicaments de qualité en quantité suffisante ;
- Revisiter les différents cadres de performance des entités de régulation contractées avant leur validation par le SG et leur transmission officielle aux utilisateurs ;
- Ramener à une fois l'an le nombre de session ordinaire du CNP dans le cadre de performance de la DEP conformément aux prescrits de l'arrêté ministériel ayant créé le CNP.

1. CHAPITRE I : INTRODUCTION

1.1. Contexte

L'Etat congolais s'est engagé dans la couverture médicale universelle, notamment à travers la stratégie de renforcement du système de santé (SRSS, 2011-2015) et l'adoption d'un plan national de développement sanitaire (PNDS, 2016-2020) en entamant une série de réformes du secteur de la santé, particulièrement celle du financement. A cet effet la stratégie de financement basé sur la performance a été adoptée comme régime de financement du secteur.

Le choix porté sur cette approche de financement a été fait suite aux résultats encourageants des expériences menées non seulement dans différents pays (Rwanda, Burundi), mais aussi et surtout à ceux réalisés en RDC et exécutés par Cordaid (Sud Kivu) et l'Union Européenne. Dans la mise en œuvre de cette stratégie, les partenaires habituels de la RDC, notamment le groupe Banque Mondiale, ont décidé d'apporter un appui. La Banque Mondiale, via l'Association Internationale pour le Développement, a ainsi contribué à la mise en œuvre de deux projets d'envergure nationale à savoir le Projet d'Urgence relatif à la Violence Sexuelle et Basée sur le Genre et la Santé des Femmes des Grands Lacs (PVSBG) et le Projet de Développement du Système de Santé (PDSS), utilisant le FBP comme modèle de financement. Le PVSBG est un projet régional, couvrant également le Rwanda, le Burundi et la Conférence internationale sur la région des Grands Lacs (CIRGL).

Ces deux projets sont mis en œuvre dans 169 zones de santé (ZS), dont 156 pour le PDSS et 13 pour le PVSBG, desservant ainsi 26 millions d'habitants, soit 39 % de la population de la RDC et cible 13 provinces à savoir : Equateur, Maniema, Mongala, Sud-Ubangi, Kwango, Kwilu, Lualaba, Haut-Katanga, Haut-Lomami, Mai Ndombe, Maniema, ainsi que le Nord et le Sud Kivu (PVSBG).

L'objectif à terme du FBP est le renforcement de la performance du système de santé à travers le renforcement de l'accessibilité, de l'équité, de l'efficacité, de la qualité des soins et l'augmentation de la couverture sanitaire.

Dans ses principes fondamentaux, ce régime de financement exige la « séparation des fonctions ». Dans le cadre du système de santé, les fonctions principales à assurer sont celles de la « régulation », de « l'achat », du « financement » et de la « prestation ». De par les fortes incitations financières qu'il apporte, pouvant de ce fait induire des risques de fraudes, le financement basé sur la performance prévoit aussi la fonction de « vérification » ainsi que des mécanismes de « contre vérification ».

C'est dans le cadre de l'implémentation du volet FBP des deux projets sus-cités, que la DEP, point d'ancrage de ces projets, a contractualisé avec une Agence de Contre Vérification Externe qui est le bureau d'études CREDES, pour mener des contre-vérifications trimestrielles sur 24 mois, soit 8 phases. Ce présent rapport, présente les résultats de la huitième phase de contre vérification exécutée dans Divisions Provinciales de la Santé du Nord Kivu, du Sud Kivu pour le PVSBG et la Tshuapa, le Haut Katanga, le Kwango et le Kwilu pour le PDSS.

Cette mission a eu lieu du jeudi 26 septembre au mercredi 30 octobre 2019.

La période convenue par cette mission de contre vérification aussi bien dans le cadre des provinces du PVSBG que pour celles du PDSS est le 2^{ème} trimestre 2019.

1.2. Justification

La contre-vérification est le processus par lequel les résultats des données quantitatives et qualitatives vérifiées dans le cadre du FBP sont certifiés par une Agence de Contre vérification Externe (ACVE). Cette contre-vérification est importante pour renforcer la rigueur de la vérification et pour prévenir les fraudes. Les contre-vérifications sont effectuées selon le protocole (méthodologie) établi entre l'ACVE

et le PDSS. Les résultats de la contre-vérification sont discutés avec les communautés, les établissements de santé, l'administration de la santé, dans les commissions financement et les cas avérés de fraude donneront lieu à une prise de décision conséquente des pouvoirs publics.

De manière générale, l'ACVE/CREDES a pour mission d'assurer et de confirmer ou infirmer la véracité des données quantitatives et qualitatives vérifiées, validées et rémunérées, ainsi que le respect des procédures, dans le cadre du financement basé sur la performance (FBP) en cours de développement dans les provinces de la RDC sur financement de la Banque Mondiale.

L'ACVE place l'utilisation des services et la qualité des soins, leur mesure en termes de performance et les pistes pour son amélioration, au cœur de son intervention pendant toute la durée du projet. Il en est de même pour la rigueur et l'objectivité de l'évaluation des cadres de performance de l'administration de la santé ainsi que pour le respect de la conformité des procédures utilisées avec celles décrites dans le Manuel opérationnel du FBP agréé par le MSP, y compris les délais d'exécution de certaines procédures à toutes les étapes (vérification, validation, paiement) et à tous les niveaux du système de santé.

L'accomplissement correct de ces différentes tâches renforcera la surveillance des résultats du secteur de la santé et l'amélioration de la gouvernance du secteur. En effet, le fait que les établissements de santé soient en mesure de surveiller systématiquement et de déclarer correctement le financement et les paiements, d'enregistrer les données et de les utiliser à tous les échelons de la pyramide sanitaire permettra ainsi d'éclairer les décisions qui doivent être prises dans la gestion et les politiques visant à améliorer le système de santé.

1.3. Objectifs

1.3.1. Général

S'assurer de la véracité des données quantitatives et qualitatives vérifiées dans le cadre de la mise en œuvre du PDSS et du PVSBG, utilisant le mécanisme de FBP comme modèle d'implémentation.

1.3.2. Spécifiques

- Contrevérifier la véracité des données quantitatives (par la recherche des clients et/ou des prestations faussement déclarées et facturées par les unités de prestation) ; ainsi que des prestations qualitatives dans les zones de santé et FOSA sélectionnées au sein des DPS du Nord Kivu, du Sud Kivu, de la Tshuapa, du Haut Katanga, du Kwango et du Kwilu ;
- Contrevérifier par échantillonnage aléatoire au niveau de la communauté :
 - a. L'existence des usagers et la confirmation de l'effectivité des soins ;
 - b. Le degré de satisfaction de la population concernant la qualité des soins et sa prise en compte dans l'amélioration de l'offre des services.
- Identifier les éventuelles sur ou sous-évaluations des performances aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Proposer des mesures correctrices et des solutions adéquates aux problèmes identifiés.

1.3.3. Tâches spécifiques de la mission

L'agence de contre vérification travaillera sous la coordination du Comité National de Pilotage et devra s'acquitter des tâches suivantes :

- Vérifier la concordance entre les effectifs déclarés au niveau des formations sanitaires (FOSA) pour les services sélectionnés. Les données à contre vérifier devront concerner :
 - Celles des factures soumises par les FOSA, vérifiées par les équipes de vérification et remboursées aux unités de prestations ;
 - Celles contenues dans les registres des FOSA ;

- Celles saisies dans la base de données du FBP (données essentielles car contribuant à la détermination du niveau des montants de paiement aux FOSA) ;
- Vérifier la véracité des niveaux atteints des indicateurs de qualité des FOSA (ce qui contribue à la détermination du niveau du montant de paiement aux FOSA) ;
- Vérifier la véracité des niveaux atteints des indicateurs de performance des autres unités de prestation (CT-AS, PNSA, PNSR, PRONANUT et DEP) ;
- Examiner le système d'archivage et de gestion de la documentation mis en place lié au portail Web ;
- Evaluer le système de 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 ;
- S'assurer de la conformité des procédures utilisées avec celles décrites dans le Manuel de Procédures de FBP, y compris les délais d'exécution de certaines procédures (vérification, validation et paiement) ;
- S'assurer que toutes les factures, autorisations, justifications de modifications des factures pour corriger des erreurs, certificats de réception/accusés de réception, etc. sont disponibles et bien classés et que les paiements ont été effectués conformément aux termes des contrats et dans les limites convenues ;
- Fournir d'autres informations nécessaires dans le cadre du coaching des formations sanitaires.

2. CHAPITRE II : GENERALITES SUR L'APPROCHE DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE

2.1. Définition du FBP

Le FBP est un mécanisme de financement de la santé se voulant levier de restructuration des systèmes de santé ou instrument d'appui au développement de services de santé de meilleure qualité, plus inclusifs et plus accessibles.

Le principe de son fonctionnement est de lier le financement des services de santé à des résultats prédéterminés. En effet, le FBP va assujettir les paiements directs aux prestataires de soins à l'atteinte de résultats spécifiques mesurables et vérifiables. Le paiement n'est effectué qu'après vérification de l'atteinte effective des résultats en quantité et en qualité.

Ces paiements sont effectués à des entités étant entré en relation contractuelle (contrats de performance) avec les services en charge de la mise en œuvre du FBP. Ce faisant, des changements fondamentaux dans la responsabilisation, la transparence et la redevabilité du système de santé sont visés, afin de pallier les défaillances existantes (manque d'attention aux résultats, centralisation excessive, mauvais alignement des incitations sur les objectifs de santé, négligence du secteur privé...).¹

Avec le PBF les structures de santé sont considérées comme des entités autonomes qui peuvent réaliser un bénéfice au profit d'objectifs de santé publique et / ou de leur personnel, et ainsi réinvestir dans le système de santé afin d'en améliorer la qualité.

Le recours à des cadres de performance pour les acteurs de la régulation, les agences d'achat de performance et le renforcement de la voix de la communauté sont systématisés, car les résultats du système de santé sont principalement produits par les structures et par l'administration de la santé.

Ces produits ou résultats incluent la prestation de services de qualité dans les structures de santé et l'administration de la santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les subsides issus au titre du FBP sont utilisés par les structures de santé et l'administration de la santé pour se procurer les intrants nécessaires, assurer le fonctionnement et payer les primes de performance des prestataires au prorata de leur rendement².

De par ses incitations financières, le régime de FBP induit des tentatives de fraude, d'où l'importance de la mise en place d'un ensemble de mesures de vérification, visant à parer ces dérives. Selon le manuel de mise en œuvre du FBP, on entend par fraude, la falsification de la vérité. Cela peut se constater sur les supports au cours d'une activité (curative, préventive ou promotionnelle) des écritures différentes et discordantes, des ratures intempestives, la création d'utilisateurs fictifs, la mention d'actes ou de soins dont l'utilisateur n'a pas réellement bénéficié, etc.

¹ Serge Mayaka M. (2015). *Financement Basé sur la Performance dans un système de santé complexe : cas de la RDC*, Thèse de doctorat, UCLouvain/Belgique.

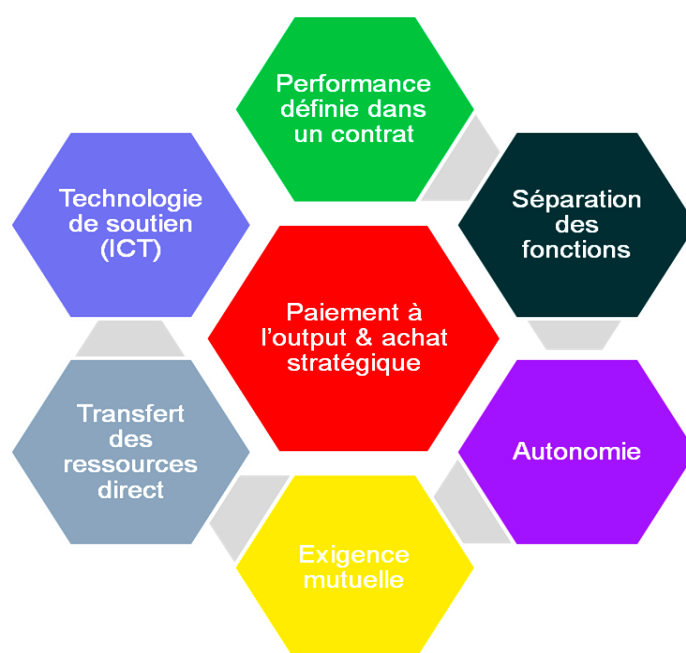
² Manuel opérationnel du Financement Basé sur la Performance, version 16 Juin 2016 ; décrit les modalités de mise en œuvre du FBP et les échéanciers à respecter dans le cadre du PDSS.

2.2. Principes du FBP

Cet instrument de financement repose sur des principes tels que : la clarification des responsabilités et obligations de chaque acteur composant le système de santé, plus d'autonomie et de pouvoir pour réaliser leur mission, plus de responsabilisation dans la bonne réalisation de ces obligations spécifiques, une allocation de ressources selon la performance mesurée, et l'incitation personnelle des prestataires.

La figure ci-dessous est plus explicite sur les grands principes qui sont associés à cette approche de financement.

Figure 1 : Les principes du PBF



Source : Bruno Meessen 2013, conférence académique IMT/Anvers

2.3. Montage institutionnel du FBP en RDC dans le cadre du PDSS

La mise en œuvre du PBF dans le cadre du PDSS implique tous les niveaux de la pyramide nationale sanitaire :

Au niveau central

Le ministre de la Santé publique (MSP) assure la coordination du projet par le biais de la direction d'étude et planification (DEP). Cette dernière bénéficie de l'appui d'une assistance technique qui est recrutée localement pour la mise en œuvre du projet et la coordination du FBP.

Au niveau provincial

A ce premier niveau décentralisé, la mise en œuvre du projet est assurée par les Divisions provinciales de la santé (DPS) et les établissements d'utilité publique ou Agences d'Achat des Performances. Les DPS, avec le soutien des EUP, sont chargées de la préparation des plans de travail et budgets annuels des provinces. La DPS a, entre autres, comme fonctions de : (i) renforcer les visites de supervision formative intégrée de qualité des ECZS, (ii) organiser et participer aux évaluations de la qualité des hôpitaux généraux de référence (HGR), et (iii) assurer le secrétariat de la sous-commission financement, contractualisation et couverture sanitaire universelle.

Au niveau périphérique

L'équipe cadre de la ZS : elle signe un contrat de performance avec l'EUP pour : (i) organiser un contrôle de la qualité des soins et de services une fois par trimestre dans les formations sanitaires, (ii) apporter un appui technique (supervision, coaching, respect des normes, etc.) aux formations sanitaires, et (iii) renforcer l'analyse et la consolidation des données SNIS, faire une rétro-information sur la quantité et la qualité des prestations aux structures de santé ainsi qu'assurer un accompagnement des prestataires dans l'organisation des services et dans l'élaboration et la mise en œuvre de leur plan de management.

Les prestataires : les structures de santé sélectionnées par le PDSS, aussi bien publiques que privées, ont pour mission de : (i) offrir un paquet minimum ou complémentaire d'activités (promotionnelles, préventives, curatives, réadaptatives et administratives), (ii) renforcer la gestion des ressources humaines, financières et matérielles, (iii) signer le contrat de performance avec l'EUP, (iv) élaborer le plan de management de la structure, (v) faire le suivi de leurs performances, (vi) élaborer les modalités internes d'attribution des primes de performance au personnel (outil indice).

Au niveau des EUP

Par leur convention avec le MSP/DEP, elles s'occupent des activités suivantes : (i) identifier en collaboration avec la DPS, les formations sanitaires à contracter, (ii) négocier des plans de management et des contrats (iii) assurer la formation des prestataires des services de santé sur le FBP en collaboration avec les ECZS, (iv) vérifier la quantité des prestations fournies, (v) assurer le coaching (en collaboration avec les ECZS) en FBP, et (vi) appuyer les ASLO pour l'organisation des enquêtes communautaires. L'EUP incite par ailleurs, les prestataires à améliorer la planification des activités, la gestion des ressources, le suivi des prestations et l'utilisation des données de la structure de santé. Elle participe au renforcement de la voix de la population à travers les enquêtes communautaires de vérification et de satisfaction. Pour assurer la transparence du processus de paiement, l'EUP s'occupe également de la saisie des données quantitatives et qualitatives dans l'application Web.

L'Agence de contre vérification Externe

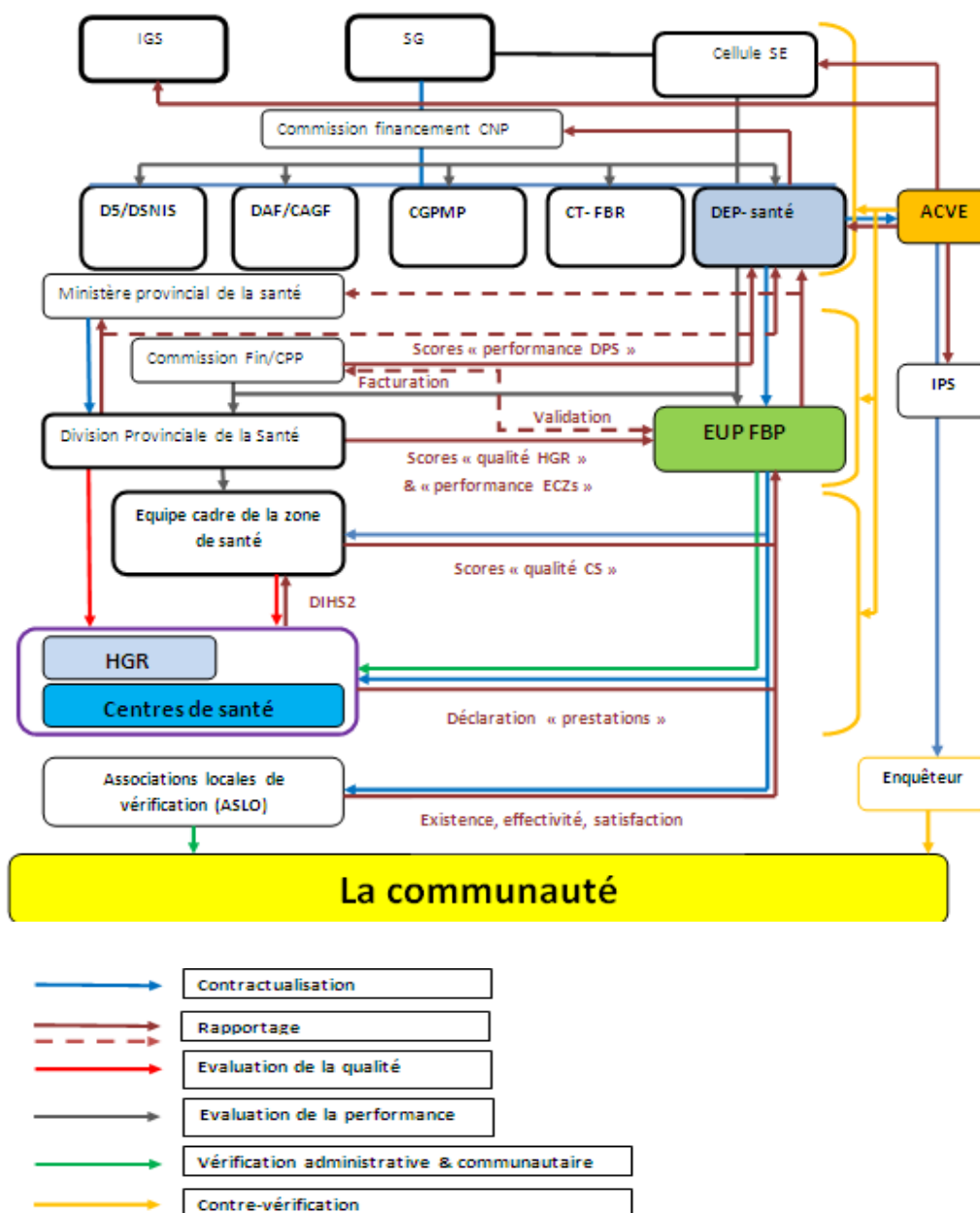
Ses tâches sont décrites ci-dessus.

La Communauté

Elle est également impliquée dans l'approche FBP par sa participation / supervision : (i) des comités de développement du secteur de la santé (CODESA) ; (ii) la co-gestion sur l'utilisation des ressources selon le plan de management; (iii) la participation aux discussions et aux négociations avec le gestionnaire sur la fixation des tarifs y compris ceux des indigents ; (iv) la participation au marketing social des activités du PMA à travers l'appui des relais communautaires (RECO) et (v) de la vérification au sein de la communauté de l'existence des utilisateurs des services de santé et l'évaluation de la satisfaction des patients (ASLO).

Les relations entre les différents acteurs ci-haut cités sont présentés dans le schéma ci-après.

Figure 2 : Montage institutionnel du PBF en RDC



Source : Manuel opérationnel du Financement basé sur la Performance, version 6 juin 2016

2.4. Prévention des fraudes et dérives : algorithme des sanctions suite à la contre vérification externe

Avec le FBP, les risques de fraude sont élevés. Les prestataires ont tendance à gonfler leurs résultats afin de bénéficier plus de subsides. Au niveau des structures de régulation (ECZS, DPS), les dérives surviennent lorsque leurs prestations ne sont pas contrôlées. Ce qui a pour conséquence la faible qualité de ces prestations et une faible performance du système. Aussi la non contractualisation et l'absence de motivation financière de ces structures peut entraîner une négligence de coordination, du suivi et de l'évaluation du fonctionnement du système local de santé. Ainsi la vérification sous toutes ses formes, permet de prévenir ces risques en mesurant les écarts entre les déclarations des structures et les données objectivement observables tant chez les prestataires de soins qu'au niveau des structures de régulation.

En cas de différence dans les cadres de performance du régulateur.

L'évaluation de la DPS sera faite trimestriellement par une équipe choisie au sein du CPP et cette évaluation sera effectuée semestriellement par le comité de suivi du Secrétariat Général lors de l'évaluation de la DPS par le CPP-SS, l'EUP y participera comme témoin.

L'ACVE va contre-vérifier les cadres de performance pour l'administration de la santé. Les DPS seront contre-vérifiées à l'aide d'un protocole défini. Le point de coupure est de 10% d'écart inexplicé.

En cas de divergence dans la grille de performance, les DPS sont pénalisées par une réduction de 25% des subsides pour le prochain trimestre, une deuxième infraction conduira à la rupture/résiliation du contrat et la demande de remplacement du chef de la DPS le cas échéant.

En cas de différence dans la qualité des services signalés

Relative à la vérification ex post de la qualité pour les structures sanitaires (contre-vérification de la qualité ou de la performance des structures sanitaires par l'ACVE). Si l'écart est supérieur à 10 % et aucune explication qualitative ne peut être donnée de cet écart (moyenne dans les services de l'échantillon selon le protocole) ; à la fois l'ECZS et la FOSA sont pénalisés comme suit :

Première infraction :

Liées aux services de l'ECZS : rétention de 30% des subsides de l'ECZ tandis que les subsides restant ne peuvent pas être dépensés sur des primes de performances individuelles En plus un avertissement par écrit est fait au MCZ par le chef de division provincial de la santé, avec copie au président de la Commission financement et couverture sanitaire universelle et l'encadreur polyvalent provincial de la ZS et l'inclusion automatique dans un prochain tour de la contre-vérification ;

Liées à la FOSA : rétention de 30% du total des subsides d'un prochain paiement, tandis que les subsides restant ne peuvent être dépensés pour les primes de performance individuelle. Enfin, un avertissement écrit sera adressé à l'IT ou MDH avec copie au CODESA ou au COGE.

Deuxième infraction :

Liées aux services de l'ECZS : rupture de contrat de performance jusqu'à ce que des mesures administratives soient prises (changement du Médecin Chef de Zone de santé.)

Liées à la FOSA : arrêt du contrat de performance jusqu'à ce que des mesures administratives soient prises (remplacement du responsable de la FOSA par un candidat dont la candidature est approuvée par la DPS).

2.5. Processus de mise en œuvre du FBP en RDC

La mise en œuvre effective du FBP sur le terrain, est le quotidien des zones de santé ou des structures de santé sous FBP. Elle s'organise essentiellement autour des points suivants :

- (i) *L'établissement de listes d'indicateurs sur la base d'une triangulation de différentes sources d'informations notamment :* les enquêtes ménages couplées à des enquêtes qualité des structures de santé (montrant le niveau d'atteinte des normes nationales / internationales de qualité), des entretiens et/ou enquêtes auprès du personnel des structures de santé qui s'expriment sur les problèmes de leur institution, des entretiens avec les autorités administratives et sanitaires, une revue de la littérature des différents documents sur la politique nationale ;
- (ii) *L'identification et la sélection des prestations à subventionner :* lors du montage d'un programme FBP, la question de la mesure de la performance est cruciale. Cela implique qu'un ensemble de services prioritaires soit défini au préalable. Dans le cadre du PDSS, 22 services d'activités du

PMA et 24 activités du PCA ont été retenues tandis qu'au niveau du PVSBG ne sont retenues 19 et 20 activités respectivement du PMA et du PCA ;

- (iii) *La signature des contrats* qui détaille des engagements réciproques et responsabilise les acteurs, l'un envers l'autre. Les contrats définissent les règles et les procédures d'allocation des ressources. L'achat des prestations est effectué après la signature de ce contrat établi entre une partie qui achète (acheteur) et une autre qui vend les services (vendeur = prestataire) ;
- (iv) *La vérification*. Avant que la structure de santé ne puisse bénéficier du paiement de sa facture ou de son bordereau de prestations réalisées, une vérification quantitative doit être réalisée par des statisticiens-vérificateurs ou superviseurs médicaux de l'EUP ou de l'AAP. Cette vérification administrative ou technique se fait à partir des supports ou registres de collecte des données de la structure de santé.

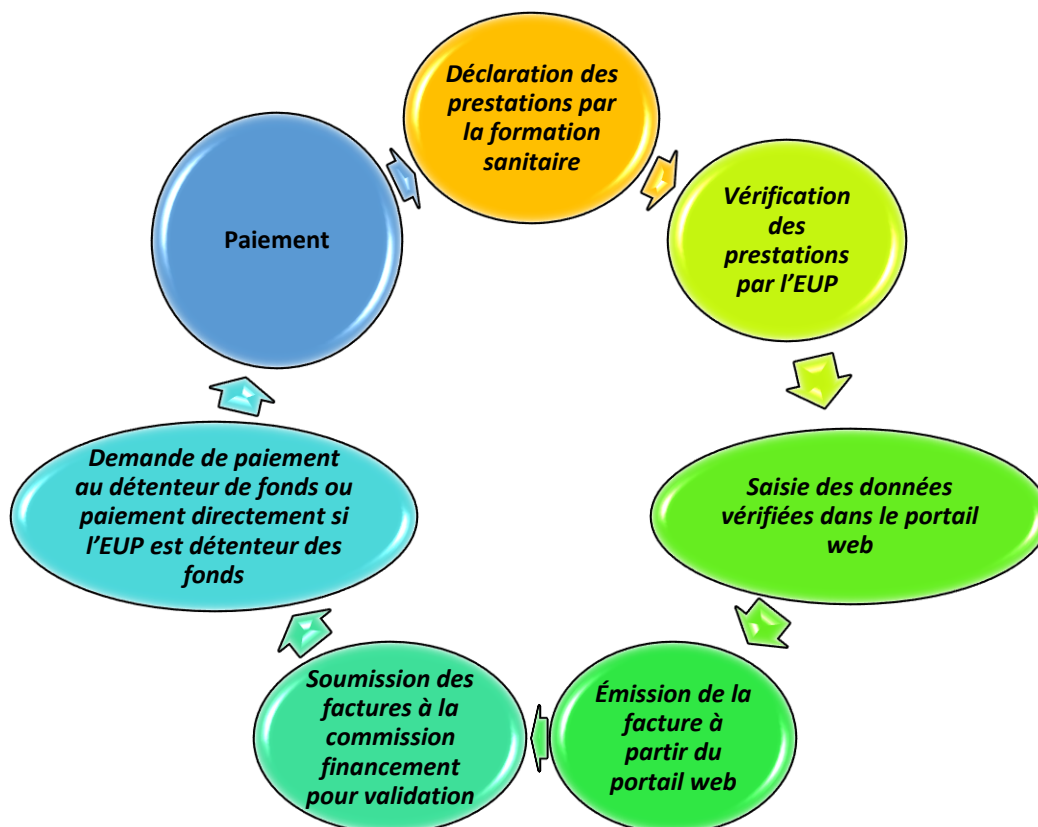
De plus, *un organisme indépendant* (association locale) envoie des enquêteurs aux domiciles des patients afin de vérifier leur existence, de s'assurer de l'effectivité des prestations déclarées par la structure et de recueillir leur satisfaction sur la qualité des services reçus tels qu'indiqués dans le registre de la structure de santé. Cette vérification communautaire se fait sur la base d'une sélection aléatoire de patients dans les registres.

- (v) *Le paiement pour la quantité et la qualité des prestations réalisées* : les structures de santé reçoivent des fonds en fonction de la quantité et de la qualité des services qu'ils produisent. Une évaluation mensuelle du volume des services produits par les formations sanitaires subventionnées, est réalisée.
- (vi) *La gestion des subventions perçues par la structure de santé* : ayant eu une meilleure appréhension du rapport entre la quantité de prestations déclarées par la structure et les prestations constatées après vérification, les fonds sont transférés sur son compte bancaire et seront utilisés en fonction de la clé de répartition préalablement décidée. Ils couvriront par exemple : les coûts opérationnels ou de fonctionnement de la structure ; les primes de performance des agents de santé, fondées sur des critères bien définis prenant en compte leur performance individuelle ; l'épargne ; les investissements, etc.
- (vii) *Le suivi par le régulateur* de la tenue régulière d'une comptabilité par la structure, même si celle-ci jouit d'une autonomie substantielle dans la gestion ou l'utilisation de ses fonds.

2.6. Les étapes du cycle de paiement

Elles se résument de manière explicite par le schéma ci-dessous.

Figure 3 : Cycle de paiement PBF



Le paiement passe par le processus suivant conformément au manuel de procédures opérationnel du FBP :

1. **Le bonus d'investissement** : paiement du bonus d'investissement dès le début des activités de FBP
2. **La vérification des prestations** : les factures trimestrielles des structures de santé sont contrôlées et approuvées par le vérificateur et saisies dans l'application web ;
3. La dernière de ces factures mensuelles arrivera à la Commission financement et couverture sanitaire universelle avant le 25 du quatrième mois (les mois un à trois représentant le trimestre). Les scores trimestriels de l'évaluation de qualité sont finalisés pour les structures de santé et l'information sera transmise à la Commission financement et couverture sanitaire universelle au plus tard le 25 du quatrième mois ;
4. **Saisie des données dans le portail Web** : la saisie des données quantité et qualité par l'EUP dans l'application web et l'impression des factures trimestrielles consolidées provisoires ;
5. **Validation des factures** : la réunion de la commission financement et couverture universelle se tient une fois par trimestre. Au cours de ces réunions les factures trimestrielles consolidées des ZS sont approuvées (ou modifiées si nécessaire). Au cours de ce processus, les factures mensuelles d'origine sont comparées avec les factures consolidées trimestrielles qui ont été imprimées à partir de la base de données. Après approbation, la facture validée et les comptes

rendus des réunions de la Commission financement et couverture sanitaire universelle sont déposées à l'EUP et une copie est envoyée à la DEP ;

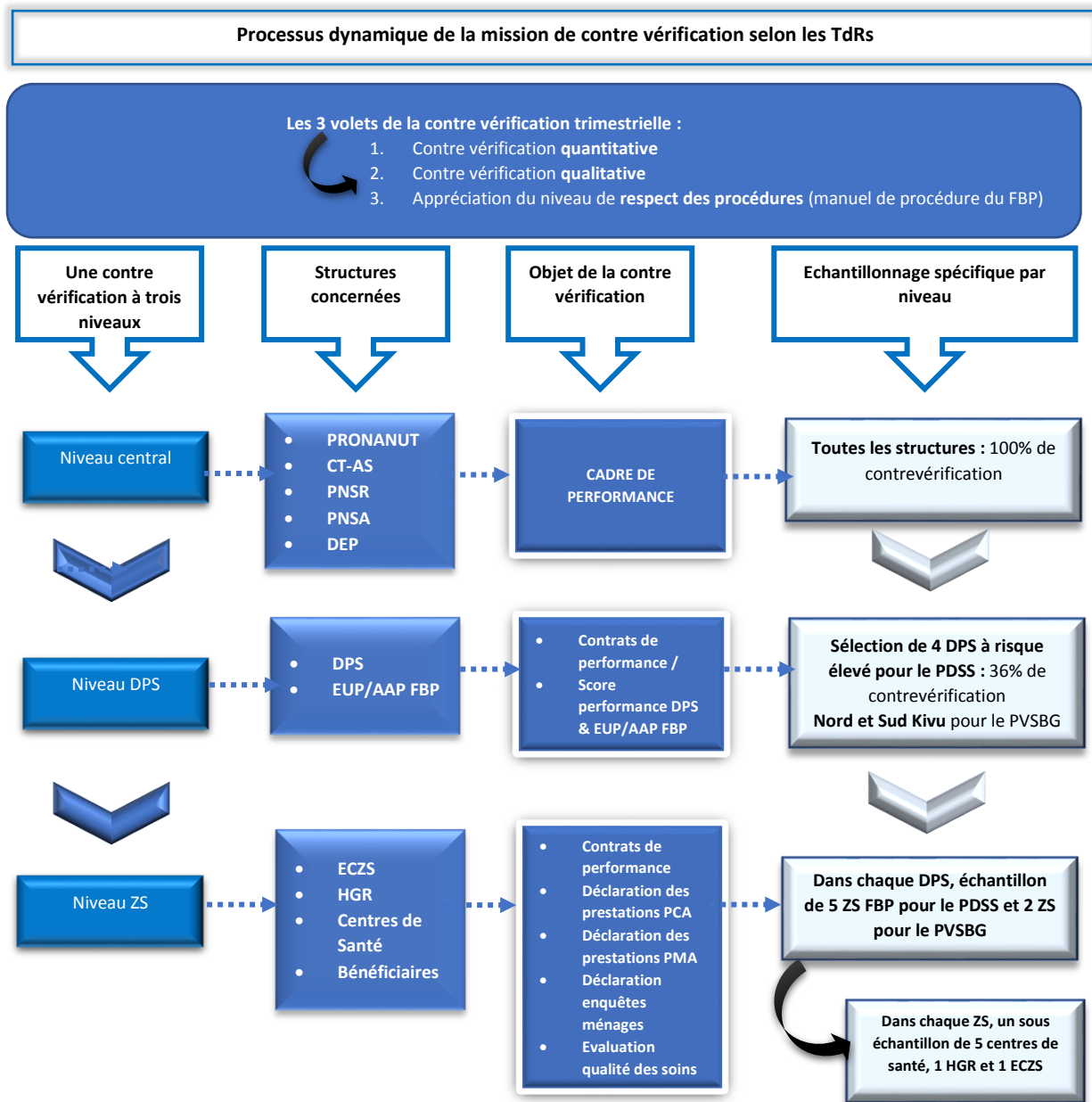
6. **Emission des factures à partir du portail** : l'EUP produit un ordre de paiement dans les 72 heures ouvrables qui suivent la tenue de la réunion de validation de la facture (l'ordre de paiement est généré par l'application web) ;
7. **Demande de paiement** : une copie scannée de l'ordre de paiement est signée par l'EUP et envoyée à la DEP ;
8. **Paiement des subsides** : l'information sur le rendement et les données de paiement seront publiés sur la page d'accueil de l'application Web. La DEP – santé devra informer les EUP de l'effectivité du paiement.

3. CHAPITRE III : METHODOLOGIE

3.1. Champs de l'exercice de la contre vérification

Comme le résume la figure ci-dessous, on voit clairement les niveaux de la pyramide sanitaire (ainsi que les structures concernées à chaque niveau) où la contre-vérification a été appliquée, ainsi que l'objet de la contre vérification.

Figure 4 : Processus dynamique de la mission de contre vérification



Source : CREDES

3.2. 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. Plus précisément, ces outils sont structurés autour d'une liste raisonnée d'indicateurs PMA et PCA tels que décrits précédemment.

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 utiliser 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 Divisions Provinciales de la santé ;
- Grille d'évaluation de la performance des Equipes cadres des zones de santé ;
- Grille d'évaluation de la performance trimestrielle de la SNIS/MSP ;
- Grille d'évaluation de la performance trimestrielle de la DEP ;
- Questionnaires d'enquêtes ;
- Fiche de compilation et d'analyse des résultats de l'enquête communautaire

3.3. Echantillonnage

Selon les exigences des TDR de la contre vérification, un échantillonnage aléatoire et raisonné sous l'autorité de la DEP en présence de l'équipe du PDSS a lieu pour sélectionner les entités à contre-vérifier.

3.3.1. Sélection des DPS

Une réunion technique entre ACVE/CREDES et le PDSS/DEP/CT-AS s'est tenue le mardi 27 août 2019 pour procéder, entre autres, à la sélection des DPS, des ZS et des FOSA devant être concernées par cette sixième mission de contre vérification. L'option levée par le PDSS et la CT-AS est celle d'opérer sur un choix raisonné basé sur les risques au niveau des DPS et des ZS, et un choix aléatoire au niveau des FOSA.

Les risques analysés sont dans différents segments du montage FBP qui sont entre autres :

- (i) Le risques à l'évaluation qualité par les régulateurs au niveau DPS et ECZS ;
- (ii) Le risque à la vérification quantitative par l'EUP ;
- (iii) Le risque de manipulation des données par les prestataires ;
- (iv) Le risque de surconsommation du budget prévu ;
- (v) Le risque de non-respect des procédures FBP et du cycle de paiement.

Pour effectuer ce choix raisonné basé sur les risques, il a été demandé à la CT-AS d'élaborer un processus de catégorisation des entités de mise en œuvre du PDSS et d'en déterminer l'index du risque.

L'outil d'analyse de la fonctionnalité et la catégorisation des entités sous achat stratégique se permet de comparer les DPS, les ZS et les FOSA avec des scores de risque bien déterminés.

Les résultats se présentent en 5 index de risque :

- (i) Index global de risque très élevé pour l'achat stratégique ;
- (ii) Index global de risque moyennement élevé pour l'achat stratégique ;
- (iii) Index global de fonctionnalité normal pour l'achat stratégique ;
- (iv) Index global de risque de moyen de faible fonctionnalité pour l'achat stratégique ;
- (v) Index global de risque élevé de faible fonctionnalité pour l'achat stratégique.

La procédure de sélection a été quantitative par la détermination des entités avec un score de risque cumulé le plus élevé. Ce résultat a été confronté aux avis des experts de mise en œuvre du FBP pour confirmation ou infirmation.

Il ressort que, dans l'ensemble, les résultats quantitatifs ont été validés par les avis des experts de mise en œuvre du FBP.

La même réunion a permis aux participants de procéder à l'évaluation des recommandations émises à la fin de la quatrième mission de contre vérification, la quelle évaluation a été incorporée dans le rapport de la cinquième mission de contre vérification en cours de finalisation.

3.3.2. Sélection des zones de santé et formations sanitaires

Les zones de santé ont été retenues par la même méthode basée sur l'analyse de risque et dans chaque zone de santé, les formations sanitaires ont été retenues sur base d'un choix aléatoire. La liste des ZS, des formations sanitaires et des indicateurs retenues est reprise dans les tableaux ci-bas.

Tableau 2 : Liste des zones de santé et FOSA sélectionnées pour les provinces du Nord et Sud Kivu

DPS Nord Kivu		DSP Sud Kivu	
ZS Nyiragongo	ZS Rwanguba	Kaniola	Minova
CS Turunga	CS Bugusa	CH Nzibira	CS Bulenga
CS Ngangi III	CS Kazuba	CS Mwirama	CS Muchibwe
CS Mudja	CS Mutabo	CS Izege	CS Cheya
CS Kiziba	CS Shinda	CS Luntukulu	CH Kalungu
CS Kibumba	CS Tshengerero	CS Cagala	CS Kiniezire

Tableau 3 : Liste des zones de santé et FOSA sélectionnées pour les provinces de la Tshuapa et du Haut Katanga

DPS Tshuapa					DSP Haut Katanga				
ZS Boende	ZS Ikela	ZS Lingomo	ZS Mondombe	ZS Wema	ZS Kasenga	ZS Kashobwe	ZS Kilwa	ZS Pweto	ZS Sakania
CS Bolemba	CS Yolombo	CS Bosenge	CS Yetsi	CS Bokutu	CS Chibambo	CS Kabambakuku	CS Mubanga	CS Santé	CS FMA Mokambo
CS CDCC	CS Boboto	CS Lingomo MC	CS Yolonga 2	CS Likete	CSR Kasomeno	CS Lukeka	CS Mukupa	CS Nzwiba	CS Bwafano
CS Ndjafa	CS Lofusoloko	CS Yalokoli	CS Yongoli 2	CS Etata	CS Mfuta	CS Nkole	CS Kapangwe	CS Kapulo	CS Rosalie
CS Imbo	CS Ikomaloki	CS Yofaka	CS Ekanga	CS Ilonge	CS Kaboka	CS Lupembe	CS Lusalala	CS Kapondo	CS Tshisenda
CS Iyaa	CS Mamba	CS Yasolo	CS Yanseka	CS Bosilia	CS Kisamamba	CS Kibimbi	CS Kasongo Mwana	CS Chalanshi	CS Niche

Tableau 4 : Liste des zones de santé et FOSA sélectionnées pour les provinces de Kwango et Kwilu

DPS Kwango					DPS Kwilu				
ZS Kahemba	ZS Kimbao	ZS Kisandji	ZS Panzi	ZS Wamba Luadi	ZS Bandundu	ZS Kingandu	ZS Mosango	ZS Kikwit Nord	ZS Vanga
CS Bangu	CS Kindi	CS Kimbulu	CS Kawama	CS Mawanga	CS Bondeko	CS Kizungu	CS Kasay	CS Sacré Coeur	CS Kilunda
CS Kamba Nguya	CS Kibwila	CS Kingonji	CS Kibunda 2	CS Mukumbi	CS IMalebo	CS Kindembe	CS Kinzamba 2	CS Silwano	CS Luniungu
CS Shakungu	CS Mabunda	CS Mukoso	CS Nzamba	CS Mwaku Yala	CS Musaba	CS Dunguloso	CS Muluma	CS Clinique Centrale	CS Mapulu
CS Kambuella	CS Mosamba	CS Shapuka	CS Tambu Tseke	CS Pelende	CS Ibole	CS Sondji	CS Tumikia	CS Lukolela	CS Mayoko
CS Kahemba	CS Mukulutu	CS Ngunda	CS Tsakala Panzi	CS Wamba Luadi	CS Ndikandika	CS Kasanza	CS Zenzi	CS Masamba 1	CS Milundu

Conformément à la proposition méthodologique de l'ACVE, approuvée par le PDSS, tous les indicateurs quantitatifs de la période convenue seront contre vérifiés dans le cadre du PVSBG (2^{ème} trimestre 2019). Par contre 6 indicateurs PMA et PCA ont été choisis en fonction des circonstances pour les 4 DPS de Tshuapa, Haut Katanga, Kwango et Kwilu pour la même période. Il s'agit :

Tableau 5 : Indicateurs quantitatives sélectionnées pour la contre vérification dans les FOSA PDSS

PMA	PCA
1. Consultation externe (nvx cas)	1. Consultation externe référée (et retro-information donnée) - médecin
2. Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	2. Chirurgie majeure (population x 0.5%)
3. Accouchement assisté	3. Accouchement assisté - eutocique
4. Consultation Postnatale	4. Césarienne (50% des accouchements dystociques)
5. PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	5. Dépistage des cas TBC - BK positifs
6. Dépistage des cas TBC - BK positifs	6. PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)

3.4. Exploitation des données

Avant leur exploitation, les données collectées ont été analysées par l'équipe d'experts de l'ACVE CREDES qui a fait différents contrôles sur leur qualité notamment un contrôle de leur complétude et de leur cohérence en tenant compte des différents indicateurs choisis.

En clair, ce contrôle qualité se faisait à toutes les phases de l'enquête ; aussi bien sur le terrain qu'au retour de la mission. En effet, chaque jour après collecte des données sur le terrain par les EZS, les questionnaires quantitatifs et qualitatifs étaient vérifiés par leurs superviseurs de terrain (TSSI et AT) de façon à garantir la meilleure qualité possible.

Cette vérification permet de : (i) s'assurer que les enquêteurs ont atteint leurs aires de santé d'affectation et qu'ils ont contacté les personnes adéquates ; (ii) s'assurer que les questionnaires sont complètement remplis, de manière lisible et cohérente ; (iii) détecter des incohérences et des omissions éventuelles qui obligent parfois les enquêteurs à retourner dans le CS pour corriger ou compléter les informations manquantes. (iv) et enfin s'assurer que les enquêteurs n'avaient pas de difficultés particulières dans la réalisation de leur travail.

Chaque grille est complètement vérifiée sur le terrain pour permettre sa correction à temps avant le retour à Kinshasa. Le paiement des émoluments des EZS et des CVC n'est réalisé qu'au terme de ce contrôle qualité.

De plus, à la fin de la phase de terrain, une restitution des données préliminaires de la mission est organisée en présence de l'équipe de la DPS, de l'EUP (AAP), de l'IPS, du Ministère Provincial de la Santé et de certains partenaires de la DPS et des ZS. Au cours de cette réunion, les premières analyses des données contre vérifiées qualitative et quantitative des FOSA, celles des cadres de performance des DPS, EUP, ECZ ; celles du niveau communautaire ; ainsi que celles relatives au respect des procédures ont été présentées. Les membres présents étaient invités à faire des commentaires à chaud à l'équipe de l'ACVE et à leur transmettre également des propositions de corrections dans les plus brefs délais avant la finalisation du rapport provisoire.

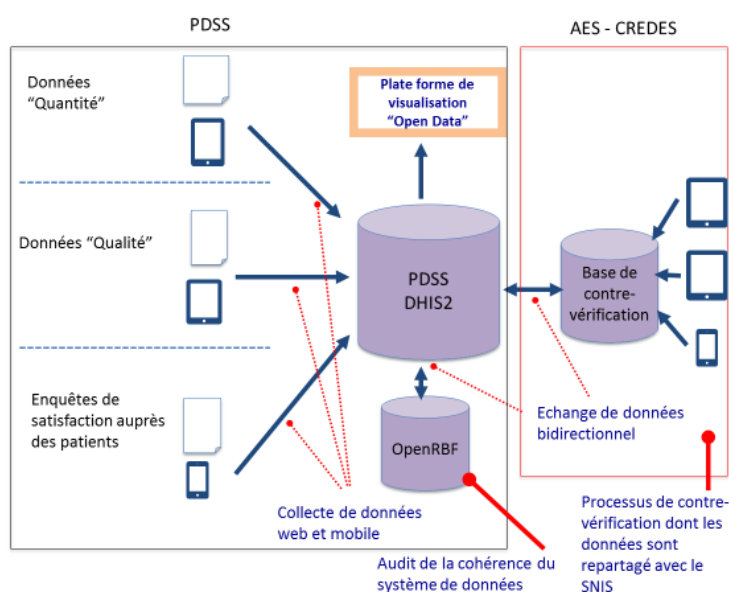
Avant la saisie des données également, lors de l'encodage, les grilles de collecte subissaient aussi un autre contrôle pour éviter des incohérences éventuelles lors du traitement de données.

Toutes ces mesures étaient prises pour minimiser un biais dans les données.

Les données ont ensuite été traitées avec un support informatique : (i) les différentes grilles de vérification des performances des ZS, DPS, EUP ont été transcrites sur des feuilles Excel appropriées pour permettre un traitement rapide ; (ii) les questionnaires d'enquête communautaire ont également été saisis et traités avec le logiciel Excel.

Cette base de données utilise une plateforme web DHIS2 connectée à la plateforme PDSS/DHIS2 (Portail Web Open RBF) pour permettre l'extraction automatique des données déclarées et vérifiées mais aussi et surtout pour permettre une **comparabilité des données déclarées, vérifiées et contre vérifiées**.

Figure 5 : Schéma utilisé pour l'exploitation des données



Les informations de la collecte de données mobiles sont stockées dans la même base de données que celles d'où proviennent les données déclarées et vérifiées, ce qui a permis une comparaison facilitée.

Cet outil technologique a effectivement permis à l'ACVE de rendre des rapports décrivant des tendances générales, mais également de zoomer sur des problèmes très particuliers.

Le CREDES continuera à collaborer étroitement avec les cadres de la direction SNIS de la DSSP du MSP afin de développer un Système d'Information FBP adapté et efficient, intégré au SNIS, et s'assurer que l'action de l'ACVE renforce les efforts de redevabilité et de transparence existants. L'objectif ultime étant que la production et la diffusion d'informations de qualité sur le FBP permette d'améliorer plus globalement le SNIS.

Les résultats vérifiés et achetés par le PDSS, notamment ceux de l'administration de la santé, sont ainsi affichés sur le site Web public, et les données brutes ont été téléchargées. L'objectif est de renforcer la surveillance des résultats du secteur de la santé et d'améliorer la gouvernance du secteur.

Le fait que les établissements de santé soient en mesure de surveiller systématiquement le financement et les paiements, d'enregistrer les données et de les utiliser à tous les échelons de la pyramide sanitaire permet d'éclairer les décisions qui doivent être prises dans la gestion et les politiques visant à améliorer le système de santé en temps utile.

3.5. Le personnel de contre vérification

Le FBP utilise des incitations puissantes à tous les niveaux. La vérification/validation des performances afférentes est liée à des financements importants. Il est donc essentiel que les contre-vérifications soient effectuées par des personnes qualifiées, intègres, recrutées à travers un processus de sélection au mérite et qui maîtrisent correctement le contexte. Il est également nécessaire que l'agent de l'ACVE demeure aussi indépendant que possible du prestataire et de ses tutelles afin de pouvoir assurer ses fonctions de contre vérification avec intégrité.

Pour cette phase de contre-vérification, l'ensemble des personnels clés et non-clés de l'ACVE a été mobilisé.

Le CREDES a déployé de manière simultanée trois équipes différentes dans les six provinces ; chacune devant s'occuper successivement de deux provinces l'une après l'autre. Chaque équipe était composée de deux experts, de deux techniciens supérieurs en soins infirmiers (TSSI) ainsi que de 2 enquêteurs de Zone de Santé (EZS) par zone et 4 Contre vérificateurs communautaires (CVC) par zone de santé. Les deux dernières catégories du personnel étaient recrutées localement pendant les trois premiers jours de la mission.

3.5.1. Processus de recrutement des Enquêteurs de ZS (EZS)

A l'entame de la mission de l'ACVE, un appel à candidature a été posté au sein des différentes DPS et des EUP/AAP inclus dans le projet.

Les candidats devaient répondre aux critères suivants :

Le niveau d'éducation :

Être au moins Infirmier A1 ou autre domaine assimilé (une licence en Santé Publique pour les infirmiers)

L'expérience professionnelle :

- Au moins 3 ans d'expérience de prestataire de soins dans une FOSA ;
- Au moins 2 années d'expérience et d'exercice dans une structure de régulation du niveau intermédiaire et/ou périphérique (DPS, ZS, ONG d'appui technique) ;
- Une expérience d'enquête est un atout majeur ;
- Avoir travaillé avec ou pour au moins un partenaire national ou international au développement ;
- Bonne connaissance de la province et des Zones de Santé concernées ;
- Solides compétences d'analyse et de rédaction ;
- Aptitudes interpersonnelles, organisationnelles et de communication avérée.

Une première sélection a été faite sur la base des Curriculum Vitae des candidats, reçus par l'ACVE. Ensuite lors des missions de terrain, les experts ont prodigué aux personnes présélectionnées une formation comprenant deux tests : un prétest ainsi qu'un test final concourant au choix définitif des agents à retenir. Ces tests faits de questions à choix multiples basées sur le contenu des modules de formation, ont eu lieu au chef-lieu de province.

La formation a permis de former un plus grand nombre de candidats qu'initialement prévu mais ce sont bien en définitive 2 ECZ par ZS qui ont été retenus. Les autres personnes formées constituent une réserve à laquelle l'ACVE pourra recourir en cas de non disponibilité d'un EZS.

Une base de données de ces agents formés a été constituée et sera utilisée, et mise à jour, chaque fois que la province concernée sera de nouveau tirée au sort dans le cadre des activités de contre vérification trimestrielle.

(Voir la liste et profil des ECZ en annexe 1)

3.5.2. Processus de recrutement des Contre Vérificateurs Communautaires (CVC)

Le CREDES a recouru aux Associations locales (ASLO) existantes dans les aires de santé à visiter pour le recrutement des CVC. Le CREDES a notamment eu recours aux associations d'enseignants, de religieux et/ou aux coopératives agricoles pour appuyer le recrutement de CVC compétents avec l'assistance des DPS, EUP/AAP ainsi que des services techniques de l'Etat en relation avec les groupes communautaires constitués.

Ces CVC devaient avoir le profil suivant :

- Avoir au moins le niveau de 6^{ème} des humanités (D6) ;
- Comprendre la langue locale, avoir une connaissance du français ;
- Être disponible pendant quinze jours par trimestre pour faire les enquêtes ;
- Être capable et avoir la volonté de se déplacer jusqu'aux ménages situés à deux heures de marche, à pied ou avec ses propres moyens de transport (par exemple bicyclette, moto etc.) ;
- Être capable d'accomplir ses tâches dans une atmosphère familiale avec fidélité, discipline, franchise et intégrité.

(Voir la liste et profil des CVC en annexe 1)

Une liste des ASLO existantes dans l'ensemble des Zones de santé sous projet, avait été préétablie sur la base de leur objet social et leurs capacités en ressources humaines et matérielles. Les ASLO ont été évaluées par l'équipe CREDES en s'assurant qu'elles n'avaient jamais été impliquées antérieurement dans des missions de vérification communautaire sous contrat des EUP/AAP, ce qui aurait pu réduire leur objectivité.

A ce propos, des déclarations d'intérêt ont été signées par les CVC retenus pour confirmer leur engagement sur l'honneur qu'ils n'avaient jamais signé de contrat avec l'AAP/EUP pour des enquêtes dans les ménages.

Les organisations les plus performantes par ZS ont été retenues et un cahier de charge leur a été remis. A l'instar des enquêteurs de ZS, les CVC ont été formés aux techniques d'enquête ménage par les techniciens SSI et les EZS au sein de chaque ZS.

3.6. Chronologie et étape du processus de contre- vérification

Comme indiqué précédemment, les missions ont été conduites simultanément par 3 équipes différentes, chacune dans deux provinces successives selon le chronogramme ci-après. La première équipe s'est rendue au Nord et au Sud Kivu, la deuxième équipe dans la Tshuapa et le Haut Katanga et la troisième équipe s'est déployée dans le Kwango et le Kwilu.

3.6.1. Nord Kivu et Sud Kivu

Tableau 6 : Chronogramme de la mission de contre vérification dans les provinces du Nord et Sud Kivu

Nord Kivu				Sud Kivu			
Jours	Date	Nb Jrs	Actions	Jours	Date	Nb Jrs	Actions
Vendredi	27-sept	1	Voyage Goma	Dimanche	13-oct	1	Contact + briefing
Samedi	28-sept	2	Formalités DPS	Lundi	14-oct	2	Briefing EZS + terrain
Dimanche	29-sept	3	Briefing EZS + terrain	Mardi	15-oct	3	Terrain
Lundi	30-sept	4	Terrain/ZS	Mercredi	16-oct	4	Terrain
Mardi	01-oct	5	Terrain/ZS	Jeudi	17-oct	5	Terrain
Mercredi	02-oct	6	Terrain/ZS	Vendredi	18-oct	6	Terrain
Jeudi	03-oct	7	Terrain/ZS	Samedi	19-oct	7	Terrain
Vendredi	04-oct	8	Terrain/ZS	Dimanche	20-oct	8	DPS
Samedi	05-oct	9	Terrain/ZS	Lundi	21-oct	9	DPS
Dimanche	06-oct	10	Terrain/ZS	Mardi	22-oct	10	AAP
Lundi	07-oct	11	DPS	Mercredi	23-oct	11	AAP
Mardi	08-oct	12	DPS	Jeudi	24-oct	12	Analyse données
Mercredi	09-oct	13	EUP	Vendredi	25-oct	13	Analyse données
Jeudi	10-oct	14	EUP	Samedi	26-oct	14	Analyse données
Vendredi	11-oct	15	Analyse des données	Dimanche	27-oct	15	Restitution
Samedi	12-oct	16	Restitution	Lundi	28-oct	16	Retour Goma
Dimanche	13-oct	17	Voyage sur Bukavu	Mardi	29-oct	17	Retour Kinshasa

3.6.2. Tshuapa et Haut Katanga

Tableau 7 : Chronogramme de la mission de contre vérification dans les provinces de la Tshuapa et du Haut Katanga

Tshuapa				Haut Katanga			
Jours	Date	Nb Jrs	Actions	Jours	Date	Nb Jrs	Actions
Jeudi	26-sept.	1	Voyage Boende	Samedi	12-oct	1	Voyage Lubumbashi
Vendredi	27-sept.	2	Briefing EZS	Dimanche	13-oct	2	Briefing EZS
Samedi	28-sept.	3	Terrain	Lundi	14-oct	3	Terrain
Dimanche	29-sept.	4	Terrain	Mardi	15-oct	4	Terrain
Lundi	30-sept.	5	Terrain	Mercredi	16-oct	5	Terrain
Mardi	1-oct.	6	Terrain	Jeudi	17-oct	6	Terrain
Mercredi	2-oct.	7	Terrain	Vendredi	18-oct	7	Terrain
Jeudi	3-oct.	8	Terrain	Samedi	19-oct	8	Terrain
Vendredi	4-oct.	9	Terrain	Dimanche	20-oct	9	Terrain
Samedi	5-oct.	10	Terrain	Lundi	21-oct	10	Terrain
Dimanche	6-oct.	11	DPS	Mardi	22-oct	11	Terrain
Lundi	7-oct.	12	DPS	Mercredi	23-oct	12	DPS
Mardi	8-oct.	13	EUP	Jeudi	24-oct	13	DPS
Mercredi	9-oct.	14	Analyse données	Vendredi	25-oct	14	EUP
Jeudi	10-oct.	15	Restitution & retour à Kin	Samedi	26-oct	15	EUP
				Dimanche	27-oct	16	Analyse données
				Lundi	28-oct	17	Restitution
				Mardi	29-oct	18	Retour à Kinshasa

3.6.3. Kwango et Kwilu

Tableau 8 : Chronogramme de la mission de contre vérification dans les provinces de Kwango et Kwilu

Kwango				Kwilu			
Jours	Date	Nb Jrs	Actions	Jours	Date	Nb Jrs	Actions
Samedi	28-sept	1	Voyage Kinshasa - Kenge	Lundi	14-oct	1	Voyage Kenge - Kikwit
Dimanche	29-sept	2	Briefing EZS	Mardi	15-oct	2	Briefing EZS
Lundi	30-sept	3	Terrain	Mercredi	16-oct	3	Terrain/DPS+EUP
Mardi	01-oct	4	Terrain	Jeudi	17-oct	4	Terrain
Mercredi	02-oct	5	Terrain	Vendredi	18-oct	5	Terrain
Jeudi	03-oct	6	Terrain	Samedi	19-oct	6	Terrain
Vendredi	04-oct	7	Terrain	Dimanche	20-oct	7	Terrain
Samedi	05-oct	8	Terrain	Lundi	21-oct	8	Terrain
Dimanche	06-oct	9	Terrain	Mardi	22-oct	9	Terrain
Lundi	07-oct	10	Terrain	Mercredi	23-oct	10	Terrain
Mardi	08-oct	11	DPS	Jeudi	24-oct	11	Terrain
Mercredi	09-oct	12	DPS	Vendredi	25-oct	12	DPS
Jeudi	10-oct	13	EUP	Samedi	26-oct	13	DPS
Vendredi	11-oct	14	EUP	Dimanche	27-oct	14	EUP
Samedi	12-oct	15	Analyse données	Lundi	28-oct	15	Analyse données
Dimanche	13-oct	16	Analyse données	Mardi	29-oct	16	Restitution
Lundi	14-oct	17	Restitution	Mercredi	30-oct	17	Retour Kinshasa

3.7. Difficultés rencontrées

3.7.1 Moyens de déplacement

La mission a eu lieu dans les provinces du Kwango et Kwilu à l'approche de la saison des grandes pluies qui n'a pas constitué une contrainte particulière. Cependant l'état des routes demeure une véritable inquiétude qui n'a pas permis d'honorer certains délais et RDV déjà pris par l'équipe. Aussi il est de bon aloi de signaler que le véhicule de l'ACVE a connu d'énormes difficultés liées à la qualité du carburant acheté dans les provinces et l'impraticabilité de certaines pistes.

Un membre de l'équipe de l'ACVE déployée dans la province de la Tshuapa, a été débarqué de l'avion alors que la réservation était faite deux semaines plus tôt. Etant donné que la compagnie d'aviation n'organise qu'un vol par semaine entre Boende et Kinshasa, l'agent a été dans l'obligation de se

déplacer vers Mbandaka à moto avec toutes les risques possibles afin d'emprunter un vol régulier pour Kinshasa, le lendemain.

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

Deux infirmiers titulaires de la zone de santé de Lingomo n'ont pas été disponibles pendant la mission de contre vérification dans la province de la Tshuapa, pourtant ces derniers avaient bel et bien pris rendez-vous avec les contre vérificateurs. De ce fait tous les outils pouvant permettre la contre vérification n'ont pas été totalement accessibles pour le centre de santé Yasolo et partiellement au centre de santé Bosenge.

Il a été observé l'utilisation d'outils différents pour une même activité dans une même province notamment dans la province du Nord-Kivu, l'ancienne grille d'évaluation qualité des HGR a été utilisée dans certaines ZS comme la ZS de Rwanguba alors que la nouvelle grille a été utilisée dans d'autres ZS (Nyiragongo). L'utilisation non harmonisée des outils de travail ne facilite pas la comparabilité des résultats.

3.7.3 Sécurité

Certaines aires de santé concernées par l'actuelle mission de contre vérification dans la ZS de Rwanguba au Nord-Kivu (AS Kazuba et Shinda) restent insécures suite à l'activisme de plusieurs groupes armés et à leur traque par l'armée congolaise. Les enquêteurs ont pu accéder ces aires de santé de Kazuba en étant accompagnés par l'autorité locale, l'infirmier titulaire de l'aire de santé voisine de Kabaya et 2 corps habillés.

Aussi, il est à signaler que la mission dans le Haut Katanga s'est déroulée dans la même période que l'incursion des groupes rebelles « Maï Maï Bakatanga » dans la ville de Lubumbashi, chef-lieu de la province.

3.7.4 Temps requis et impact sur l'organisation de la mission

Le débarquement de l'agent ACVE à Boende a occasionné deux jours de plus sur la durée de la mission avec des incidences budgétaires évidentes, de même que l'utilisation des corps habillés pour sécuriser le déplacement des agents de l'ACVE au niveau du Nord-Kivu.

Les difficultés de déplacement et la panne récurrente du véhicule de mission due à la qualité du carburant, ont occasionné l'ajout de 2 jours de plus sur la durée initiale de la mission au niveau des provinces du Kwilu et Kwango.

L'équipe affectée dans les zones de santé de Pweto, Kashobwe et Kilwa avait obligation de ne s'engager sur la route qu'après 15 heures pour retourner à Lubumbashi suite à l'insécurité qui continue de planer dans cette partie de la province du Haut Katanga, d'où l'intérêt d'un réaménagement de la durée de la mission dans ces localités.

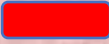


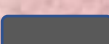
4. CHAPITRE IV : RESULTATS DE LA CONTRE VERIFICATION

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

LEGENDE

Dans ce chapitre, la présentation de la quasi-totalité des résultats se fait sous forme de tableaux, mettant en exergue les écarts entre les données validées par les différentes entités de vérification (Cellule de Suivi & Evaluation du Secrétariat Général du Ministère de la Santé, le Comité Provincial de Pilotage de l'action sanitaire (CPP), l'Equipe Cadre de Province, les Equipes cadre de Zone de Santé, les EUP/AAP, les ASLO) et celles de l'Agence de Contre Vérification Externe. Ainsi la 1^{ère} colonne renseigne les données initialement validées, la seconde est relative aux données contre vérifiées, puis dans la 3^{ème} rapporte l'écart entre les deux, dont la formule de calcul est la suivante : **(données validées – données contre vérifiées) / données validées**.

Pour une meilleure lisibilité et compréhension des tableaux, **les codes couleurs** suivants ont été adoptés par l'ACVE, afin de faire des analyses et commentaires sur les différences observées entre les données. Ils sont basés sur le seuil jugé « tolérable » de 10% figurant dans le manuel opérationnel du FBP.

	Rouge : Ecart supérieur à +10%
	Vert : Ecart entre -10% et +10%
	Jaune : Ecart inférieur à -10%
	Gris : Ecart non calculable

L'écart non calculable fait allusion aux données supérieures à zéro, collectées par l'ACVE tandis que celles correspondantes, validées préalablement par les entités de vérification, étaient égales à zéro.

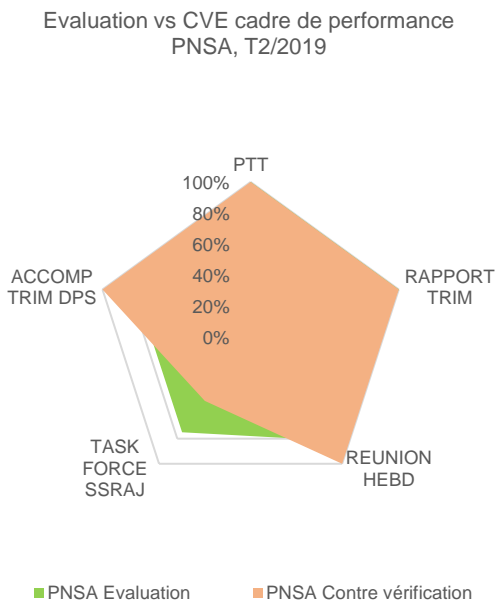
Les commentaires ne sont cependant pas faits sur tous les écarts de plus de 10% sauf sur les indicateurs qui paraissent pertinents. Toute la base de données est transmise au PDSS.

4.1. Contrevérification au niveau national

4.1.1. Contre vérification du cadre de performance du PNSA

Relativement au trimestre précédent (20 points d'écart), le PNSA a amélioré sa performance car la cotation est assez élevée tant du score de l'évaluation de la cellule de suivi et évaluation du SG que celui de l'ACVE avec cependant un écart de 3,75%. Au 2nd trimestre 2019, la cellule de S&E a alloué un score inférieur à celui de la contre vérification. La raison fondamentale de cet écart, minime soit-il, est liée à l'interprétation, parfois pas correcte, faite par les évaluateurs de la cellule notamment pour ce qui concerne la prestation 5 : « **accompagnement trimestriel des DPS dans la mise en œuvre du paquet Santé des Adolescents et jeunes** ».

Graphique 1 : Résultats de la contre vérification du Programme National de la Santé de l'Adolescent



Commentaires : le score global alloué par la CVE (90%) est supérieur à celui des évaluateurs (86,25%). Les différences de cotation n'ont été observés qu'au niveau de 2 indicateurs sur 5, faisant ainsi l'objet des commentaires ci-dessous :

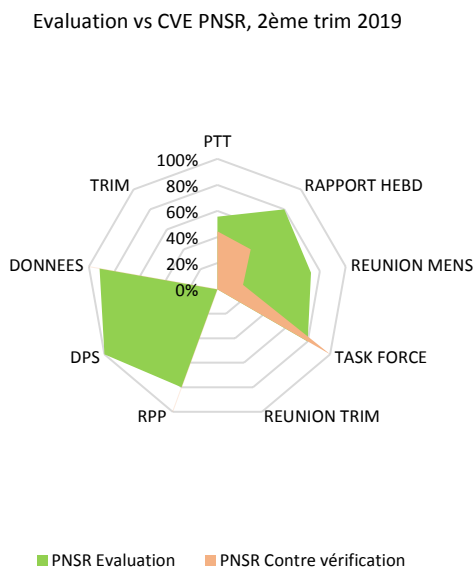
- **Réunion trimestrielle de la TASK FORCE SSRAJ :** le rapport de la précédente réunion tenue le 28/07/2019 a été approuvé lors de celle du 20/06/2019, cependant il n'a pas été renvoyé aux parties prenantes après sa validation. L'ensemble de ce critère fait l'objet de la loi du tout ou rien par conséquent c'est la note zéro qui doit être attribuée et non la moitié comme l'a fait la cellule de S&E car le rapport précédent corrigé, n'a pas été partagé ;

- **Accompagnement trimestriel des DPS dans la mise en œuvre (Intégration du paquet Santé Adapté aux Adolescents et jeunes) :** le libellé de la prestation et les critères de validation ne font pas cas des chapitres devant faire partie du corps du rapport de mission, par conséquent tous les critères ayant été respectés, la totalité de la note doit être allouée à cet indicateur contrairement aux observations de la cellule.

4.1.2. Contre vérification du cadre de performance du PNSR

Le score global alloué par la cellule de S&E présente un écart énorme (24%) par rapport à celle de la contre vérification.

Graphique 2 : Résultats de la contre vérification au Programme National de la Santé de reproduction



Commentaires :

Les écarts de cotation observés, sont présents au niveau des indicateurs qui suivent :

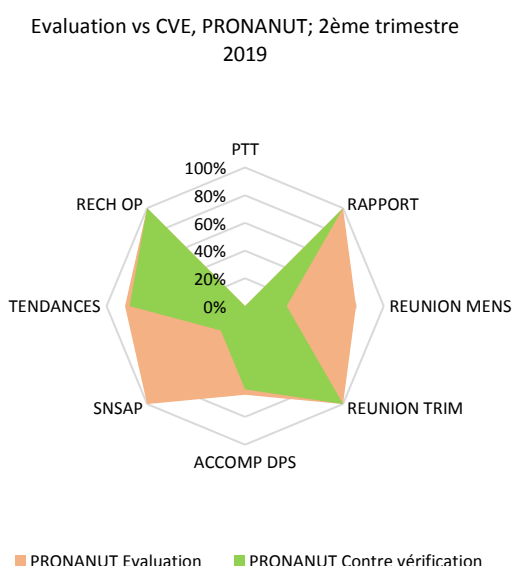
- **Niveau d'exécution trimestriel du plan d'action opérationnel du PNSR :** le rapport de suivi de la réalisation des activités du PTT3/2019 indique un taux d'exécution de 82% alors que n'ont été réalisées que 14 activités sur 35 soit un taux d'achèvement de 40% ;
- **Réunion hebdomadaire de staff élargie du PNSR :** une réunion hebdomadaire n'a pas été tenue d'où la note zéro attribuée par la CV au critère 1 qui est assujetti à la règle d'exclusivité.

- **Réunion mensuelle de coordination avec les partenaires impliqués dans la mise en œuvre des activités du trimestre concerné** : une réunion mensuelle n'a pas été tenue d'où la cote de zéro au critère 1 mais aussi pour les réunions tenues, le quorum exigé de participation des acteurs clés, n'est pas atteint ;
- **Réunion trimestrielle de task force SR** : tous les critères étant remplis, la CVE a alloué la note de 10/10 contrairement à la cellule de S&E qui n'a donné que 8/10 pour raison de n'avoir pas vu les TDR qui ne sont pourtant pas une condition préalable des critères d'évaluation selon le cadre de performance ;
- **Élaboration du rapport trimestriel du programme** : la CV a constaté que le rapport et son volet financier respectaient les critères d'évaluation édictés, ce qui est contraire à l'observation de la cellule pour ce qui est du rapport financier sans qu'un commentaire particulier ne soit fait sur le constat fait ;
- **Accompagnement des DPS (BPC/SR) dans la supervision des ZS par le niveau central** : le PNSR n'a réalisé aucune mission de supervision comme exigé dans la grille du cadre de performance, pour prétexte qu'il a manqué de moyens financiers, pourtant la cellule de suivi & évaluation du SG a alloué la totalité des points à cet indicateur, en considérant que les formations organisées par le PNSR dans les provinces peuvent être considérées comme des supervisions formelles. Il sied de signaler que la DPS Kinshasa, n'a bénéficié d'aucune supervision durant le trimestre, encore moins de formation ;
- **Assurer la collecte et l'analyse des données mensuellement y compris les indicateurs à suivre (Nombre des nouvelles acceptantes PF et Nombre d'accouchements assistés)** : bien que la mise en œuvre de cet indicateur ait respecté les normes exigées, la cellule a donné une cotation 11/12 sans raisons précises.

4.1.3. Contre vérification du cadre de performance du PRONANUT

L'écart de cotation du score global entre l'évaluation et la contre vérification s'est accru au fil des trimestres. En effet de 6% au 1^{er} trimestre 2019, il passe à 14%, au second trimestre.

Graphique 3 : Résultats de la contre vérification au Programme National de Nutrition



Commentaires :

Sur un ensemble de 8 domaines contre évalués, les scores entre les cotes données par la Cellule de S&E du SG diffèrent de celles de l'ACVE au niveau de 3 domaines, pour les raisons ci-dessous :

- **Réunion mensuelle de coordination technique avec les PTFs du secteur santé dans le domaine de la nutrition** : contrairement à la cellule de S&E, la CV a alloué une note de 0/7 pour les 2 critères exclusifs de cet indicateur car un rapport sur 3 n'était pas disponible et les partenaires phares (IMA, PROSANI, UNICEF, PAM, Save the children) du PRONANUT n'ont pas participé aux réunions tenues ;
- **Accompagnement trimestriel des DPS dans la mise en œuvre des interventions de nutrition** : comme stipulé dans les critères d'évaluation, les TDR d'accompagnement des DPS présentés lors de la CVE, ne montrent pas l'analyse des données sur la nutrition, issues des sources traditionnellement connues. Il est à signaler que la grille d'évaluation n'exige pas comme condition

sine qua non de cotation, la vérification de l'insuffisance ou non d'analyse des données alors que le rapport de la cellule de S&E ressort ce point comme préalable pour l'attribution de la totalité des points ;

- **Compilation régulière des données nutrition, issues du SNSAP** : la date de parution du bulletin n'est marquée nulle part, ne permettant ainsi pas de savoir s'il a été produit dans le temps requis. Ce bulletin a été transmis au Secrétaire Général à la santé mais il est difficile de savoir si le délai d'envoi a été respecté, ne connaissant pas la date de parution.

4.1.4. Contre vérification du cadre de performance de la CT-AS

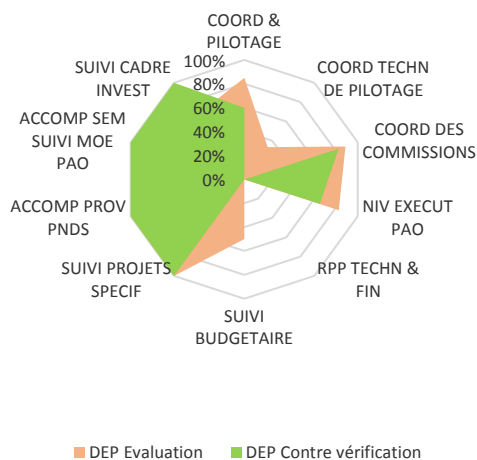


Le cadre de performance de la CT-AS n'a pu être contre évalué car l'évaluation n'a pas été faite par la cellule de suivi et évaluation du SG pour le trimestre concerné.

4.1.5. Contre vérification du cadre de performance de la DEP

La DEP est à son deuxième exercice de contre vérification externe, le premier exercice ayant couvert la période du 4^{ème} trimestre 2018. Contrairement à la première contre vérification externe où l'écart entre l'évaluation et la contre vérification externe était assez important (24% au 4^{ème} trimestre 2018), lors de l'actuelle contre vérification l'écart s'est sensiblement réduit (4%), et est peu significatif.

Graphique 4 : Résultats de la contre vérification à la Direction d'Etudes et Planification



Commentaires :

Pour le 2^{ème} trimestre 2019, le score de performance de la DEP est passé de 71,2% à l'évaluation à 67% à la contre vérification externe.

Pour les domaines suivants, les cotes obtenues lors de la contre vérification externe sont inférieures à celles obtenues lors de l'évaluation pour les raisons suivantes :

- **Coordination et pilotage** : au courant du 2^{ème} trimestre 2019, une réunion préparatoire du CNP s'est tenue en date du 28/06/2019 (réunion de la commission gouvernance). Le compte rendu de cette réunion n'est pas signé par le Président de la commission gouvernance et ne décrit pas les thématiques à débattre au CNP ;
- **Niveau d'exécution trimestriel du plan d'action opérationnel** : seules 18 activités sont reprises dans le plan de travail du 2^{ème} trimestre 2019 sur les 28 inscrites dans le PAO 2019, soit 64,3% d'activités du PAO se retrouvant dans le PTT. Ceci dénote d'une incohérence entre le PAO et le PTT, la correspondance attendue étant d'au moins 80%.

Sur un total de 21 activités reprises dans le plan de travail du 2^{ème} trimestre 2019, seules 14 activités ont été totalement réalisées, soit 66,7%. La DEP considère que les 5 activités entamées doivent également faire partie du numérateur pendant que le critère parle plutôt du taux de réalisation/exécution des activités. Le niveau d'exécution de ces activités entamées n'est même pas déterminé par la DEP ;
- **Suivi de l'exécution budgétaire** : l'état de suivi budgétaire n'a pas été transmis au Secrétaire général à la santé alors que le critère stipule qu'il doit être transmis avant le 30^{ème} jour du mois suivant le trimestre (soit avant le 30 juillet 2019 pour la période du 2^{ème} trimestre 2019).

Pour la DEP, il y a une assistance technique au Secrétariat général à la santé pour cette activité et donc cela ne relève pas de sa responsabilité.

Il n'y a non plus aucune raison que cet indicateur soit coté à moitié (2,5 points sur 5) comme l'a fait l'évaluation car ce critère est indivisible (tout ou rien).

Par contre, pour les 2 domaines repris ci-dessous, les cotes obtenues lors de la contre vérification externe sont supérieures à celles obtenues lors de l'évaluation pour les raisons suivantes :

- **Accompagnement des revues semestrielles de suivi de la mise en œuvre des plans d'action opérationnels des provinces** : ce critère ne peut pas être appliqué au 2^{ème} trimestre car les revues semestrielles sont censées se tenir plutôt au 3^{ème} trimestre et ce n'est qu'à cette période que les DPS peuvent être accompagnées dans ce processus.

Il n'y a non plus aucune raison d'accorder la moitié des points comme l'a fait l'évaluation (2,5 points sur 5).

Il sied tout de même de noter que la DEP a participé aux revues semestrielles de 4 provinces (Equateur, Bas-Uélé, Haut-Lomami, Kasai) mais ne correspondant pas à la période évaluée/contre vérifiée ;

- **Rapport annuel du Secteur de la santé** : le 3^{ème} critère de ce domaine stipule que le rapport annuel d'activités du secteur de la santé doit être partagé au cours du 3^{ème} trimestre. Ce critère ne peut donc pas être appliqué au 2^{ème} trimestre 2019 qui est la période concernée par l'actuelle évaluation/contre vérification.

4.2. Contrevérification dans la DPS de la TSHUAPA

Figure 6 : Répartition géographique des zones de santé sélectionnées dans la province de la Tshuapa

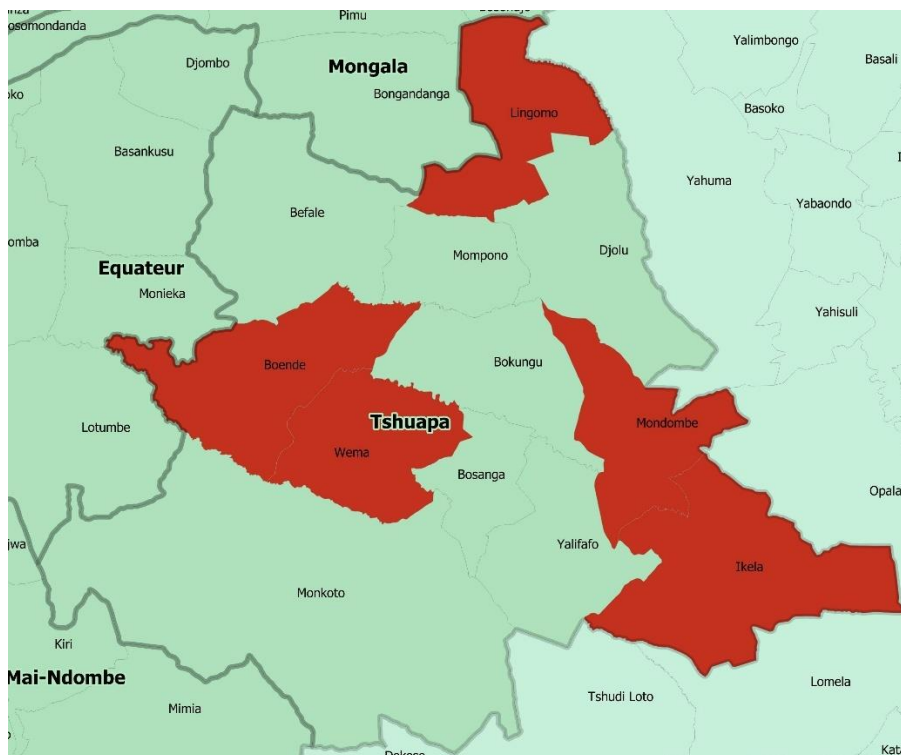


Tableau 9 : Mapping général des écarts entre la vérification/évaluation et la contre vérification dans la province de la Tshuapa

ECP	NON REALISEE					
EUP	NON REALISEE					
ECZ	16,7%	41,0%	32,3%	37,0%	13,2%	28%
HGR Quantité	12,2%	32,5%	24,3%	9,9%	6,8%	17%
HGR Qualité	14,7%	18,8%	34,7%	-0,6%	25,5%	19%
CS Quantité	8,4%	11,7%	13,7%	0,6%	0,1%	7%
CS Qualité	3,1%	4,5%	0,0%	11,1%	14,0%	7%
Enquêtes communautaires (patients non existants)	20,3%	22,4%	26,7%	16,7%	20,0%	21%
Zone de santé	Boende	Ikela	Lingomo	Mondombe	Wema	Moyenne

Commentaires :

Le Comité Provincial de Pilotage du secteur de santé de la province de la Tshuapa n'a pas évalué le cadre de performance de la Division provinciale de la santé pour le deuxième trimestre 2019. Il en est de même de la Cellule de suivi et évaluation du Secrétariat Général à la Santé qui devait procéder à l'évaluation du cadre de performance de l'EUP Tshuapa.

De ce fait l'ACVE n'a procédé qu'à la contre vérification des cadres de performance de l'ECZ et des prestations de l'EUP.

Les principaux constats faits dans les différentes entités contrevérifiées se résument en :

- **Contre vérification des cadres de performances des ECZ :** avec les anciens cadres de performances appliqués jusqu'à présent dans la province de la Tshuapa, les raisons des écarts entre l'évaluation et la contre vérification concernent essentiellement l'incohérence entre les activités planifiées dans le PAO et celles retenues dans le PTT, la complétude dans la supervision des formations sanitaires (76 sur 108 à Boende, 65 sur 66 à Ikela et 47 sur 60 à Mondombe) ainsi que l'évaluation de la qualité des prestations des centres de santé. La gestion des données présente des différences entre l'appréciation faite par les évaluateurs et les constats de l'ACVE quant à la complétude des REH, la complétude et la promptitude du DHIS2. SOFICOM est considéré comme une banque par les évaluateurs avec un rapport fourni par les ECZS sur les fonds reçus de SOFICOM comme étant un rapprochement bancaire. Il est à noter également le mauvais archivage des certains documents administratifs, lesquels parfois manquent l'authenticité de la zone de santé en termes de signature ou encore du sceau ;
- **Contre vérification quantitative des hôpitaux généraux de référence :** la non prise en compte par l'EUP du billet de contre référence avant de valider l'indicateur « consultation externe référée » ne pouvait qu'aboutir à des écarts importants entre la vérification et la contre vérification. A ceci s'ajoute des sur déclarations des consultations réalisées dépassant les effectifs inscrits dans les registres. L'archivage est à l'origine de plusieurs écarts pour les indicateurs en rapport avec l'accouchement assisté (partogrammes non disponibles), les interventions majeures (fiches des malades opérés, protocoles opératoires non disponibles), les césariennes (fiches ou protocoles opératoires) ; lesquelles prestations sont par endroit réalisées par un personnel non qualifié. Quant à la planification familiale, les tricheries sont manifestes dans la déclaration des prestations alors que les intrants disponibles ne peuvent pas couvrir les effectifs des femmes acceptantes validées par l'EUP ;
- **Contre vérification qualitative des hôpitaux généraux de référence :** la qualité des prestations dans les HGR sélectionnés pour cette contre vérification ne reflète pas la réalité constatée par l'ACVE. Il en va de l'organisation générale où plusieurs outils déclarés comme existants lors de l'évaluation (compte rendus de réunions, rapports SNIS, rapports d'analyse des données SNIS,...)

ne sont pas disponibles au moment de la contre vérification, de l'inexistence du comité des indigents pourtant déclaré fonctionnel, de la méconnaissance de l'outil d'indices par les prestataires, de l'hygiène défectueuse, du confort du malade en hospitalisation (la non disponibilité des matelas sur les lits, des moustiquaires, des tables de nuit), du non-respect de certains protocoles de prise en charge des maladies courantes, de la non intégration effective de certaines activités (PCIME, PF, VIH,...) jusqu'à des ruptures de stock en plusieurs médicaments traceurs ;

- **Contre vérification quantitative des centres de santé** : en plus du fait que certains accouchements soient dirigés par un prestataire absent du centre de santé, que certains partogrammes ne soient pas disponibles au moment de la contre vérification, la validation de la consultation externe a, par endroit, repris les cas de petite chirurgie, celle des cas référés n'a pas tenu compte de la disponibilité du billet de contre référence au centre de santé. Les fiches sont classées de manière désordonnée en mélangeant même celles qui ne font pas partie de la période sous revue. Mais aussi les cas de CPoN ont été doublement comptabilisés lors de la vérification faite par l'EUP (à la 2^{ème} et à la 3^{ème} visite) pendant que l'ACVE s'en est tenu à la définition du cas qui exige la réalisation de toutes les deux dernières visites. Au centre de santé Bolemba dans la zone de santé de Boende, le vérificateur n'aurait considéré que les nouvelles acceptantes pour les méthodes orales et injectables et aurait écarté toutes les acceptantes âgées de 42 ans et plus ;
- **Contre vérification qualitative des centres de santé** : l'état actuel des infrastructures de certains centres de santé ne peut en aucun cas justifier le score attribué au moment de l'évaluation faite par les ECZ (Exemple CS Bosilia dans la zone de santé de Wema). Pour des raisons non avouées, les responsables de certaines FOSA n'ont pas voulu être présents à la contre vérification, et ce, après avoir enfermé plusieurs outils dans leurs bureaux (CS Yasolo et CS Bosenge dans la zone de santé de Lingomo). Pour d'autres, les affiches jadis existantes au moment de l'évaluation seraient emportées par les eaux de pluie, les fosses d'élimination des déchets sont pleines et non renouvelées, le comité des indigents n'existe pas, l'outil d'indices n'est ni connu, ni d'application et les médicaments traceurs sont en rupture de stock ;
- **Contre vérification communautaire** : dans toutes les 5 zones de santé les patients non existants avoisinent les 20% avec une moyenne de 21%. Cette situation est susceptible de confirmer une quelconque tricherie dans la déclaration des prestations.

4.2.1. Contre vérification du cadre de performance de la DPS Tshuapa



Le cadre de performance de la DPS Tshuapa n'a pas été évalué au T2 / 2019 par le comité provincial de pilotage du secteur santé. Par conséquent la contre vérification n'a pas pu être réalisée à ce niveau.

4.2.2. Contre vérification du cadre de performance de l'Agence de Contractualisation et de Vérification (EUP)



Le cadre de performance de la DPS de l'EUP Tshuapa n'a pas été évalué au T2 2019 par la cellule de suivi évaluation de MSP. Par conséquent la contre vérification n'a pas pu être réalisée à ce niveau.

4.2.3. Contre vérification du cadre de performance des équipes cadres de zones de santé de la Tshuapa

Toutes les cinq zones de santé présentent des écarts très significatifs sur les scores de performances entre l'évaluation faite par l'ECP et la contre vérification, les plus frappants étant ceux des zones de santé de Ikela, Lingomo et Mondombe.

Tableau 10 : Résultats de la contre vérification du cadre des performances des ECZ de la Tshuapa

N°	SERVICES	Boende			Ikela			Lingomo			Mondombe			Wema		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	PTT	20,0	15,0	25%	25,0	20,0	20%	15,0	20,0	-33%	20,0	20,0	0%	25,0	20,0	20%
2	COGES	7,0	8,0	-14%	10,0	5,0	50%	10,0	3,0	70%	4,0	10,0	-150%	10,0	10,0	0%
3	Réunions ECZS	12,0	12,0	0%	12,0	9,0	25%	3,0	6,0	-100%	6,0	3,0	50%	12,0	12,0	0%
4	Supervision/ Encadrement	15,0	10,0	33%	20,0	15,0	25%	20,0	10,0	50%	10,0	5,0	50%	15,0	18,8	-25%
5	Revue mensuelles	8,0	8,0	0%	6,0	4,0	33%	4,0	4,0	0%	5,0	0,0	100%	8,0	0,0	100%
6	Evaluation qualité FOSA	30,0	20,0	33%	30,0	0,0	100%	30,0	0,0	100%	30,0	0,0	100%	30,0	30,0	0%
7	Cellule Epidémiologique	2,5	2,5	0%	2,5	0,0	100%	2,5	0,0	100%	2,5	0,0	100%	2,5	0,0	100%
8	Gestion Médicament	10,0	10,0	0%	10,0	0,0	100%	10,0	10,0	0%	10,0	0,0	100%	10,0	10,0	0%
9	Gestion Financière	20,0	16,0	20%	16,0	12,0	25%	14,0	8,0	43%	12,0	10,0	17%	18,0	14,0	22%
10	Gestion Matérielle	8,0	6,0	25%	4,0	4,0	0%	8,0	2,0	75%	4,0	0,0	100%	6,0	2,0	67%
TOTAL/Moyenne des écarts		132,5	107,5	12%	135,5	69,0	48%	116,5	63,0	30%	103,5	48,0	47%	136,5	116,8	28%
Ecart de score		88%	72%	17%	90%	46%	44%	78%	42%	36%	69%	32%	37%	91%	78%	13%

Commentaires :

Les raisons ci-après ont conduit à une diminution du score de performance au moment de la contre vérification dans les cinq zones de santé sélectionnées.

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

Entre l'évaluation et la contre vérification, le score de performance de l'ECZ Boende passe de 88 à 72% pour un cadre de performance qui n'est plus d'actualité (ancien cadre de performance). Les différences majeures reposent sur les prestations suivantes :

- **Élaboration et exécution du plan de travail trimestriel de la zone de santé :** les 5 points de différence entre l'évaluation et la contre vérification se justifient soit par le fait que le PTT élaboré le 30 mars 2019 avec un compte rendu contient seulement 41 activités contre 85 planifiées dans le PAO dénotant une discordance entre le PAO et le PTT soit que le rapport d'évaluation qui serait fait le 2 juillet 2019 ne comporte pas de date, signature et sceau de la zone de santé ;
- **Supervision/encadrement des formations sanitaires :** alors que l'évaluation n'a retenu que 5 points pour l'un des 4 critères constituant cette prestation, 76 supervisions seulement sont réalisées au courant du trimestre sur les 108 attendues et le plan d'appui à la résolution des problèmes liés à la qualité des soins et à l'utilisation des services n'est pas produit ;
- **Évaluation trimestrielle de la qualité des services des formations sanitaires :** la mission s'est effectuée dans le délai pour 24 CS sur 26 car les dates d'arrivée et de départ ne sont pas connues pour le centre de santé Efoku et celle de départ pour le centre de santé Ekombe pendant que l'évaluation a accordé le maximum de points pour cette prestation ;
- **Gestion financière et comptable au sein du BCZS correcte et conforme aux bonnes pratiques :** la province de la Tshuapa n'ayant pas de banque, la tenue d'un livre de banque n'est pas possible tout comme le rapprochement bancaire mensuel ;



- **Gestion des ressources matérielles** : les carnets de bord existent mais n'indiquent pas les kilométrages parcourus. Les câbles du compteur de kilométrage seraient tombés en panne. Mais, cette information n'est écrite nulle part dans les carnets de bord.

2. Equipe cadre de la zone de santé d'Ikela :

L'écart le plus important entre le score de performance accordé lors de l'évaluation et celui de la contre vérification est celui de l'ECZ Ikela, soit 44% alors que les conditions de travail sont restées les mêmes au courant de la période. Les domaines pour lesquels les différences énormes se dégagent sont :

- **Élaboration et exécution du plan de travail trimestriel de la zone de santé** : l'évaluation a accordé le maximum de points alors que le taux d'exécution des activités programmées au courant du trimestre est de 69% soit 24 activités réalisées sur les 36 programmées ;
- **Supervision/encadrement des formations sanitaires** : 65 supervisions sur 66 ont été réalisées au courant du trimestre, le centre de santé Ikomaloki n'ayant pas été supervisé au mois de juin 2019 ;
- **Évaluation trimestrielle de la qualité des services des formations sanitaires** : cette prestation a reçu tous les 30 points à l'évaluation avec un premier critère très contraignant, celui de pouvoir réaliser l'évaluation dans toutes les FOSA étant sous contrat PBF. La contre vérification n'a vu que 17 rapports d'évaluation pour les 19 FOSA, ceux du CS Watsi et Samanda n'étant pas disponibles. En plus, pour les 17 FOSA, le CS Ikomaloki a été évalué le 03/06/2019 (pour 2 mois du trimestre), les CS Bamandja, Monkoso, Yalonga et Lofusoloko ne disposent pas de grilles d'évaluation archivées, la grille d'évaluation du CS Ekuku présente de ratures et surcharges sur la date et les canevas des CS Yaloola, Yalonga1, Mamba et Lokona n'ont pas de date d'évaluation mentionnée ;
- **Suivi de la gestion des médicaments** : l'évaluation a accordé le maximum de 10 points alors que le tableau de suivi du capital médicament des FOSA n'est ni élaboré, ni affiché. En plus les éléments qui entrent en compte dans le calcul du capital médicament ne sont pas maîtrisés par le gestionnaire du dépôt pharmaceutique.

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

Même si l'ACVE a trouvé que le PTT est cohérent avec le PAO et que les performances de l'ECZ sont évaluées pendant les réunions hebdomadaires, 5 domaines sur les 10 présentent des différences des cotes importantes entre l'évaluation et la contre vérification pour des raisons suivantes :

- **Préparation et participation à la réunion du comité de gestion de la zone de santé** : l'analyse des goulots d'étranglement liés à l'offre et la demande de soins n'est pas rapporté dans le compte rendu de COGE et les recommandations évaluées au mois de mai 2019 sont en contradiction avec celles formulées le mois d'avril 2019 ;
- **Supervision/encadrement des formations sanitaires** : l'évaluation accorde le maximum de point alors que le rapport d'analyse de données SNIS, les goulots d'étranglement et les revues mensuelles pouvant orienter sur les thématiques de supervisions dans les FOSA ne sont pas disponibles au BCZ. Ceci ne permet pas la production des termes de référence objectifs avant les missions de supervision ;
- **Évaluation trimestrielle de la qualité des services des formations sanitaires** : l'ECZ ne dispose pas de rapports d'évaluation de qualité de soins de FOSA pour le T1 et T2/ 2019 encore moins les canevas de l'évaluation. La période de l'évaluation est difficile à apprécier et le rapport présenté n'a pas de score réalisé par domaine comparé au score maximum, les responsables ne sont pas identifiés pour chaque action de remédiation ;
- **Gestion financière et comptable au sein du BCZS correcte et conforme aux bonnes pratiques** : le livre de banque est non existant au BCZ, le livre de caisse n'est pas à jour, le rapprochement bancaire mensuel n'est pas fait, le classement des pièces ne suit pas l'ordre chronologique et la numérotation n'est pas en continue, le suivi mensuel de la caisse n'est pas fait et la transparence de financement de partenaire n'est pas prouvée ;

- **Gestion des ressources matérielles** : la cote maximale est accordée à l'évaluation alors que la fiche d'inventaire trimestriel ou mensuel de matériels de la ZS n'est pas produite, l'inventaire et la maintenance de matériels ne sont pas réguliers et les matériels roulants n'ont pas de carnet de bord.

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

Tous les éléments en rapport avec la tenue des réunions du COGE sont reconstitués après l'évaluation qui n'avait accordé que 4 points sur 10 pour cette prestation.

Cependant, un écart de 37% se dégage entre le score de l'évaluation et celui de la contre vérification sur base des constats suivants :

- **Tenue hebdomadaire des réunions de l'équipe-cadre de la zone de santé** : aucune évaluation des activités ni le suivi du PTT ne sont effectués. Ce qui rend impossible le calcul de la proportion d'activités exécutées ;
- **Supervision/encadrement des formations sanitaires** : 47 supervisions réalisées sur les 60 attendues au courant du trimestre dont 8 ne disposent pas d'ordre de mission, certains ordres de missions ont des dates raturées et falsifiées, d'autres supervisions du mois d'avril 2019 avec les ordres de missions de juillet 2019. Le plan d'appui à la résolution des problèmes liés à la qualité des soins et à l'utilisation des services n'existe que dans quelques rapports et d'autres ne sont que du copier-coller sans aucun lien avec les problèmes identifiés pendant la supervision ;
- **Organisation des revues mensuelles pour l'analyse des données de la zone de santé** : l'ACVE n'a accordé aucun point pour cette prestation car la complétude de la base des données DHIS2 est à 99,3% et la promptitude à 0,7%, l'analyse comparative entre aires de santé sur les évolutions temporelles n'est pas réalisée et aucun feed-back écrit n'est envoyé aux centres de santé, le tableau de bord de suivi des indicateurs phares de la zone de santé n'est pas élaboré ;
- **Évaluation trimestrielle de la qualité des services des formations sanitaires** : le rapport d'évaluation n'existe que pour certaines FOSA et aucune grille n'est disponible au niveau du BCZ pour matérialiser l'effectivité de cette mission et sa périodicité n'a pas permis à l'ACVE de confirmer les 30 points accordés à l'évaluation ;
- **Suivi de la gestion des médicaments** : le tableau de suivi du capital médicament manque les rubriques des valeurs des stocks, des commandes en cours ainsi que des dettes ;
- **Gestion des ressources matérielles** : la fiche d'inventaire ne reprend que quelques matériels du BCZ (pas de motos dans l'inventaire) et non les matériels pour toute la ZS. Le programme d'inventaire des matériels roulants et de la chaîne de froids de la ZS est inexistant et aucun rapport d'entretien n'est disponible avec un carnet de bord mal rempli pour la seule moto en état de fonctionnalité avec 61 817 km alors que le tableau de bord indique 27 822 km.

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

La contre vérification externe a abouti à un score de 78% avec un écart de 13%, comparé à celui obtenu par l'ECP. 5 prestations sur les 10 contractés présentent des différences très significatives entre l'évaluation et la contre vérification pour les raisons ci-après :

- **Élaboration et exécution du plan de travail trimestriel de la zone de santé** : 40 activités sont planifiées dans le PAO pour le T2/2019 mais 16 sont non inscrites dans le PTT. Par contre sur les 39 activités planifiées dans le PTT2, 15 ne sont pas inscrites dans le PAO. D'où une incohérence entre le PAO et le PTT justifiant la différence de 5 points entre l'évaluation et la contre vérification ;
- **Organisation des revues mensuelles pour l'analyse des données de la zone de santé** : 8 points sur 10 sont accordés par l'évaluation alors que la base de données DHIS2 n'est pas à jour depuis le T1 2019 faute de connexion internet et surtout que les identifiants étaient bloqués. Il existe un compte rendu de la réunion d'analyse des données seulement pour le mois de juin 2019 avec comme annexe des graphiques des comparaisons entre aires de santé des

indicateurs sur un semestre et non une comparaison temporelle. Rien ne prouve que les feedbacks aient été envoyés aux FOSA car il n'y a pas d'accusé de réception des prestataires, aucun tableau de bord n'a été conçu pour le suivi des indicateurs phares et la promptitude DHIS2 est à 5,9% ;

- **Tenir au moins une réunion de la cellule épidémiologique une fois par semaine** : seul le rapport du mois de juin est disponible sans aucune copie d'invitation ni liste de présence. Les REH de la 20^{ème} à la 22^{ème} semaine épidémiologique manquent ainsi que ceux de plusieurs structures ;
- **Gestion financière et comptable au sein du BCZS correcte et conforme aux bonnes pratiques** : pas de livre de banque ni possibilité d'un rapprochement bancaire parce qu'il n'y a aucune banque installée dans la Tshuapa, toutes les pièces comptables ne sont pas systématiquement classées et la chronologie ainsi que la numérotation continue ne sont pas respectées ;
- **Gestion des ressources matérielles** : l'inventaire des matériels de la ZS n'est pas à jour car ne se limite qu'au T2 2019 sous prétexte que c'est la période concernée par la contre vérification. Les fiches d'entretien ne renseignent pas le kilométrage parcouru, les autres éléments semblent être du copier-coller, en dehors de la date d'entretien. Aucun carnet de bord n'est à jour. Ils ne sont remplis que jusqu'au début du mois de septembre 2019. La moto TOYO a une panne du câble de kilométrage depuis le mois de janvier 2019. En plus de tout cela, les entretiens ne sont pas rapportés sur les carnets de bord.

Par contre, l'ECP n'a accordé aucune cote sur la préparation des **missions de supervision/encadrement des formations sanitaires** alors que l'ECZ a produit 16 TDR pour le mois d'avril 2019, 16 pour le mois de mai 2019 et 13 pour le mois de juin 2019 soit 45 sur 60 supervisions attendues.

4.2.4. Résultats de la contre vérification des hôpitaux généraux de référence de la Tshuapa

4.2.4.1. Contre vérification quantitative

Tableau 11 : Résultats de la contre vérification quantitative des hôpitaux généraux de référence de la Tshuapa

N°	Service PCA	Boende			Ikela			Lingomo			Mondombe			Wema		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe référée (et retro-information donnée) - médecin	79	79	0%	375	106	72%	281	0	100%	648	326	50%	82	0	100%
2	Chirurgie majeure (population x 0.5%)	86	91	-6%	177	146	18%	109	82	25%	116	103	11%	52	59	-13%
3	Accouchement assisté - eutocique	37	30	19%	41	27	34%	15	14	7%	93	82	12%	79	80	-1%
4	Césarienne (50% des accouchements dystociques)	39	36	8%	70	63	10%	38	36	5%	49	52	-6%	33	42	-27%
5	Dépistage des cas TBC - BK positifs	46	46	0%	14	13	7%	14	14	0%	16	17	-6%	7	8	-14%
6	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	23	27	-17%	350	159	55%	397	362	9%	588	594	-1%	204	210	-3%
MOYENNE DES ECARTS				1%			33%			24%			10%			7%

Commentaires :

Les quantités confirmées par la contre vérification sont toutes inférieures à celles de la vérification pour l'indicateur « **consultation externe référée** » dans les 5 HGR suite essentiellement à la non disponibilité des billets de contre référence.

3 HGR sur les 5 présentent des moyennes allant au-delà de 10% pour les raisons suivantes :

1. Hôpital général de référence de Boende :

L'hôpital de Boende présente des différences quantitatives constatées entre l'évaluation et la contre vérification essentiellement pour les indicateurs suivants :

- **Consultation externe référée (et retro-information donnée) – médecin** : alors que 79 cas sont validés par l'EUP, le registre des référés ne contient que 30 cas parmi lesquels 3 fiches au mois d'avril 2019, 2 au mois de mai 2019 et 1 fiche au mois de juin 2019 ne sont pas disponibles ;
- **Accouchement assisté – eutocique** : sur 32 cas enregistrés, 11 fiches ne sont pas disponibles et une autre ne précise pas le caractère eutocique de l'accouchement, 9 fiches ne disposent d'aucune donnée sur le post partum immédiat. L'EUP a validé 5 cas de plus que l'ACVE.

Cependant l'ACVE a retenu 27 cas de **PF : acceptantes et renouvellement (oral & injectable)** contre 23 de la vérification sur base des fiches disponibles pour chaque inscrit dans le registre, dont 11 au mois d'avril 2019, 9 en mai 2019 et 7 en juin 2019.

2. Hôpital général de référence d'Ikela :

Pour les 4 indicateurs suivants, les quantités à la contre vérification sont inférieures à celles de la vérification en fonction de :

- **Consultation externe référée (et retro-information donnée) – médecin** : 105 cas sur 179 sont invalidés par la contre vérification car 38 fiches non retrouvées, 12 cas d'incohérence de nom, 4 cas d'incohérence d'âge entre le registre et les fiches de consultation, 4 cas sans billet de référence et de contre référence, 40 billets de référence et de contre référence manquant de cachet, nom et signature de l'IT et/ou du MDH, un doublon, 7 cas de ratures sur la date d'élaboration du billet de référence et de contre référence ;
- **Chirurgie majeure (population x 0.5%)** : 93 sur 259 cas non validés par l'ACVE parmi lesquels 35 fiches non disponibles, 1 cas d'incohérence de nom entre le registre et la fiche, 2 cas de ratures de nom et 43 autres présentent des ratures de date 1 dossier avec protocole opératoire vierge, 8 cas de doublon, 2 fiches ne concernant pas la période concernée par la mission et 1 cas opéré avant la date d'admission (admis le 29/04/2019 et opéré le 04/04/2019) ;
- **Accouchement assisté – eutocique** : 4 cas d'incohérence de nom, 2 cas de ratures sur la date, 7 partogrammes remplis partiellement sur la partie anamnèse, examen gynécologique, dilatation et BCF, 11 cas enregistrés ne disposent pas de partogrammes ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : 52 fiches des mois d'avril et mai 2019 présentent des ratures et surcharges sur les dates aussi certaines dates sur 12 fiches ont été falsifiées sur la date par les prestataires, 5 fiches sans date de réalisation de l'activité et 6 autres non remplies (vierges).

3. Hôpital général de référence de Lingomo :

Les deux indicateurs pour lesquels des différences énormes s'observent entre la vérification et la contre vérification sont :

- **Consultation externe référée (et retro-information donnée) – médecin** : sur 323 cas référés par les FOSA avec billets de référence, 83 ont été consultés par les infirmiers, 2 fiches n'ont pas de noms de consultants et aucun billet de contre référence ni cahier de contre référence n'est disponible à l'HGR ;
- **Chirurgie majeure (population x 0.5%)** : tous les dossiers n'ont pas de fiches d'hospitalisation, le registre du bloc opératoire n'a que les données du T2/2019, celles de T1/2019 et T3/2019 n'y sont pas inscrits jusqu'au 03/10/2019, 27 cas ne pouvant être confirmés par la contre vérification suite aux ratures et surcharges sur la date dans les protocoles, les protocoles sans nom du chirurgien surtout que deux infirmiers auraient été autorisés à pratiquer des interventions chirurgicales. Les cas de petite chirurgie tels que les morsures de serpent, la carie dentaire, le

curetage hémostatique ont été écartés tout comme ceux avec contradiction de noms du malade entre le registre du bloc opératoire et les protocoles.

4. Hôpital général de référence de Wema :

Aucun billet de contre référence n'est dans les dossiers des **consultations externes référées (et retro-information donnée) – médecin**, ce document n'étant pas exigé par l'EUP lors des vérifications encore moins par les différents encadreurs qui passent à l'HGR Wema. Sur 243 cas référés au courant du trimestre, seulement 84 fiches sont disponibles dont une parturiente. Toutes les fiches trouvées disposent d'un billet de référence provenant du CS.

Par contre, l'ACVE a validé des quantités plus importantes que l'EUP pour les indicateurs suivants :

- **Chirurgie majeure (population x 0.5%)** : sur un total de 128 cas enregistrés, 70 fiches sont disponibles dont 11 ne disposent pas de protocole opératoire, il se dégage une différence de 7 cas entre les quantités validées par l'ACVE et celles de la vérification ;
- **Césarienne (50% des accouchements dystociques)** : 9 cas de plus sont validés par l'ACVE même si sur 51 cas enregistrés, 44 fiches sont disponibles dont 4 sans protocole opératoire.

4.2.4.2. Contre vérification qualitative

Tableau 12 : Résultats de la contre vérification qualitative des hôpitaux généraux de référence de la Tshuapa

N°	SERVICE PCA	Boende			Ikela			Lingomo			Mondombe			Wema		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	41,0	37,0	10%	30,0	7,0	77%	11,5	5,5	52%	17,1	10,0	42%	18,9	7,6	60%
2	Plan de management	18,0	20,0	-11%	7,0	5,0	29%	2,5	0,0	100%	5,0	0,0	100%	4,0	4,0	0%
3	Finance	23,0	24,5	-6%	43,0	36,0	16%	20,5	3,0	85%	7,0	41,5	-493%	14,5	11,5	21%
4	Comité des Indigents	20,0	15,0	25%	20,0	5,0	75%	0,0	0,0	0%	5,0	20,0	-300%	20,0	15,0	25%
5	Hygiène	31,0	23,2	25%	6,0	5,5	8%	11,5	1,0	91%	7,0	12,0	-71%	11,0	6,0	45%
6	Consultations externes	89,0	70,0	21%	82,0	72,2	12%	78,8	39,0	51%	77,3	76,5	1%	89,1	66,1	26%
7	Planning familial	27,0	8,7	68%	29,0	8,0	72%	16,0	0,0	100%	29,0	19,0	34%	20,0	13,2	34%
8	Laboratoire	20,0	16,7	17%	13,0	10,5	19%	10,5	6,5	38%	12,0	10,3	14%	11,5	6,5	43%
9	Services d'hospitalisation	104,0	48,0	54%	111,0	91,0	18%	138,5	54,0	61%	109,5	132,0	-21%	157,0	79,0	50%
10	Médicaments et consommables	13,0	13,2	-2%	18,0	13,5	25%	17,3	0,0	100%	20,0	14,5	28%	11,8	8,5	28%
11	Médicaments traceurs	17,5	3,5	80%	22,5	1,0	96%	18,0	0,0	100%	27,0	15,0	44%	15,5	0,0	100%
12	Service de Gynéco-Obstétrique	26,0	30,3	-17%	25,5	21,1	17%	24,0	21,5	10%	25,0	17,7	29%	30,5	14,1	54%
13	CPN	9,5	20,6	-117%	5,0	5,0	0%	3,5	4,0	-14%	6,5	4,0	38%	1,5	0,0	100%
14	VIH/TB	20,0	23,1	-15%	12,0	12,0	0%	2,0	0,0	100%	11,0	10,0	9%	8,0	3,5	56%
15	Chirurgie	53,0	52,5	1%	19,0	24,0	-26%	28,0	15,0	46%	46,0	26,0	43%	24,5	32,0	-31%
TOTAL/Moyenne des Ecart		512,0	406,1	9%	443,0	316,8	29%	382,6	149,5	61%	404,4	408,5	-33%	437,8	267,0	41%
Ecart des scores		71%	56%	15%	66%	47%	19%	57%	22%	34,7%	60%	61%	-1%	65%	40%	25%

Commentaires :

Seul l'hôpital général de référence de Mondombe a légèrement amélioré le score de la prestation de ses services au moment de la contre vérification avec 1% de plus. Quant aux 4 autres, les écarts de plus de 10% s'expliquent par les raisons décrites ci-dessous.

1. Hôpital général de référence de Boende

La nouvelle grille a été utilisée pour l'évaluation de la qualité des prestations de l'HGR Boende contrairement à tous les autres HGR de la province. Le total des points est de 721 alors qu'ailleurs ce

total est de 671. La contre vérification a adapté également sa cotation sur base de cette nouvelle grille pour obtenir un écart de 15% liés à la différence des cotes pour les prestations suivantes :

- **Le comité des indigents** : aucune documentation de l'effectif des indigents n'est fournie dans les réunions, sauf pour le mois de mai 2019 pendant lequel l'effectif total que l'HGR a enregistré n'est pas documenté, non plus, afin de ressortir la proportion d'indigents pris en charge ;
- **Hygiène et élimination des déchets médicaux** : une différence de 8 points se dégage entre l'évaluation et la contre vérification pour certains relâchements observés notamment l'absence de cadenas pour la fosse à placenta, et le registre indiquant la date de création de la fosse à élimination des déchets. Les poubelles n'ont pas de pédales, ne sont pas bordées de sachets, ni de couleurs distinctives, pas d'équipement de protection pour le gestionnaire des déchets médicaux ;
- **Consultations externes** : les indications sur le circuit des patients ne sont pas affichées et les jetons distribués à la réception sont de même couleur, les fenêtres de la salle de consultation sans rideaux, absence du savon ni essuie-mains. Le registre n'est pas clôturé à la fin du mois, le service n'est pas opérationnel le dimanche, 10 cas de paludisme simple sur 25 ne sont pas correctement pris en charge et 6 sur 20 pour le paludisme grave. Le protocole de prise en charge de la diarrhée n'est pas affiché, l'otoscope n'est pas disponible, la PCIME n'est pas intégrée tout comme la prise en charge nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans. Ces éléments ci-haut cités ayant été cotés lors de l'évaluation font qu'une différence de 19 points s'observe au moment de la contre vérification ;
- **Planning Familial** : le personnel serait formé mais sans certificat, le calcul des besoins en contraceptifs n'est pas maîtrisé et les signes d'intolérance de la méthode contraceptive utilisée ne sont pas recherchés sur les 5 fiches tirées au hasard ;
- **Services d'hospitalisation** : le confort des malades est bien apprécié à l'évaluation alors que les toiles cirées sur les matelas sont déchirées, la literie n'existe pas, les moustiquaires ne sont pas montées et les tables de nuit n'existent pas. Aucun service ne dispose d'un accès à l'eau potable, les hommes et les femmes sont internés indistinctement en médecine interne et chirurgie. L'heure d'arrivée et celle du premier examen ne sont pas marquées sur toutes les fiches. Le numéro de téléphone n'est pas demandé, la taille, la fréquence respiratoire non inscrites sur toutes les fiches, le protocole d'anesthésie n'est pas élaboré et le suivi médical des malades n'est pas quotidien ;
- **Médicaments traceurs** : seuls le SRO, la Sulfadoxine/Pyriméthamine 500 mg tab, le DIU et le cycle mensuel de la pilule contraceptive sont en quantité suffisante au moment de la contre vérification. Toutes les autres molécules sont soit en rupture de stock, soit disposent d'un stock inférieur au double de la consommation moyenne mensuelle requise.

2. Hôpital général de référence d'Ikela

Le score de la qualité des prestations de l'HGR Ikela n'a pas franchi le seuil de 50% à la contre vérification contre les 66% de l'évaluation suite aux évidences ci-après :

- **Organisation générale** : sur les 10 comptes rendus du CODIR disponibles, 4 ont été raturés sur la date et 2 manquent la description des problèmes par service, l'horaire de travail n'est pas affiché, pas de téléphone, aucun rapport d'analyse des données SNIS disponible, les problèmes prioritaires identifiés seraient contenus dans le PM ramené par l'EUP sans qu'aucune copie soit disponible à l'HGR, les graphiques sur le suivi de certains indicateurs phares ne sont pas élaborés ;
- **Gestion financière** : les rapports de trésorerie ne sont pas correctement élaborés et la caisse n'est pas régulièrement contrôlée par le gestionnaire (absence de PV de caisse). Le prestataire choisi ne maîtrise pas son indice de performance individuelle ni le mode de calcul de sa prime de performance ;
- **Le comité des indigents** : bien que les trois comptes rendus soient disponibles et correctement cotés par les évaluateurs, le suivi des recommandations précédentes ne se fait pas lors de ces réunions ;

- **Consultations externes** : la différence de 10 points entre l'évaluation et la contre vérification est due au fait que le tarif n'est pas en langue locale et 5 cas de paludisme simple sur les 25 derniers n'ont pas suivi le protocole de prise en charge ;
- **Planning Familial** : aucun personnel n'est formé en PF, ni pour l'utilisation des DIU et ni pour les implants, la CMM des DIU n'est pas connue et la FOSA ne dispose que de 10 implants au moment de la contre vérification. Le DN ne maîtrise pas la cible attendue et les signes d'intolérance ne sont pas recherchés systématiquement chez les acceptantes ;
- **Services d'hospitalisation** : alors que les services sont cotés à 6 points sur 8 pour le confort des hospitalisés, les draps, moustiquaires et tables de nuit manquent sur quelques lits occupés et le dispositif d'eau courante avec savon n'est pas en place dans tous les services. L'heure du premier examen par le médecin et la taille du malade ne sont pas mentionnées sur toutes les fiches choisies ;
- **Médicaments traceurs** : l'évaluation a accordé 22,5 points sur 30 alors que les CMM ne sont pas calculées pour la plupart des molécules. Pour d'autres, les ruptures de stocks sont signalées ou les quantités sont insuffisantes au moment de la contre vérification.

3. Hôpital général de référence de Lingomo

Le score le plus bas pour les 5 HGR sélectionnés est celui de l'HGR Lingomo contrastant avec les 57% accordés par les évaluateurs. Si un seul point de plus est accordé par l'ACVE pour la qualité de la personne qui réalise les CPN, tous les autres domaines sont cotés moins qu'à l'évaluation (en dehors du comité des indigents qui conserve sa cote nulle) dont les plus importants sont les suivants :

- **Organisation générale** : aucun CR du CODIR ne mentionne la discussion sur le compte d'exploitation mensuel ;
- **Gestion financière** : l'outil d'indices n'est pas disponible dans la FOSA au moment de la contre vérification alors qu'il est coté à 18 points à l'évaluation ;
- **Hygiène et élimination des déchets médicaux** : déjà défectueuses à l'évaluation, les conditions d'hygiène sont encore pires à la contre vérification surtout que les déchets de soins de santé sont éparpillés dans toute la cour, la fosse d'élimination n'existe pas et la fosse à placenta qui est un ancien trou de latrine est à l'air libre ;
- **Consultations externes** : la tarification est affichée en français et non en langue locale et la pharmacie de l'HGR est presque vide ne permettant pas d'apprécier si 50% de médicaments sont génériques. 10 cas seulement de paludisme simple sur les 25 derniers sont correctement pris en charge contre 23 à l'évaluation, 35% de malades soignés aux antibiotiques et la personne choisie parmi les prestataires ne maîtrise pas les signes de danger de la tuberculose ;
- **Planning Familial** : l'ACVE ne pouvait accorder aucun point sur cette prestation cotée à 16 à l'évaluation car aucune personne n'est formée, aucun local prévu pour l'activité, aucun intrant disponible, aucune mention faite dans le PM pour atteindre les objectifs et aucun outil tenu pour l'activité (registre ou fiches individuelles) ;
- **Services d'hospitalisation** : la différence de 84 points entre l'évaluation et la contre vérification se justifie aisément par la qualité des infrastructures et équipements couplée à une prise en charge non conforme aux protocoles pour les maladies courantes.

Déjà, le registre de garde n'est pas tenu, le confort des malades est évalué à 6 points sur 8 pour des lits sans matelas, sans draps, sans moustiquaire ni table de nuit. Les dossiers des malades ne sont pas correctement tenus et manquent certains éléments comme l'heure d'admission, l'heure du premier examen, tous les signes vitaux, les protocoles d'anesthésie, ...



- **Médicaments et consommables médicaux** : près de 90% de médicaments étant en rupture de stock, aucune fiche de stock n'est tenue (même pour les intrants de programmes verticaux,

PATI, PF, etc.). Les ordonnances sont émises par les consultants et les malades s'approvisionnent en dehors de l'hôpital, la pharmacie n'est pas propre, pleine de poussières, avec des excréments de chauves-souris ;

- **Médicaments traceurs** : il est difficile de comprendre la cote de 18 points accordés à l'évaluation alors que la préposée à la pharmacie n'a jamais tenue une fiche de stock et n'a aucune connaissance sur la consommation moyenne mensuelle d'un médicament ;
- **Chirurgie** : une intervention sur 3 sans protocole opératoire et le registre ne mentionne que les données du trimestre contre vérifié laissant planer un doute sur leur véracité.

4. Hôpital général de référence de Wema

Il s'agit d'une formation sanitaire présentant encore des infrastructures ne répondant pas à toutes les exigences d'un HGR avec 2 lits montés pour le service de médecine interne, 5 en chirurgie, 6 en Gynéco obstétrique et 5 en pédiatrie soit un total de 18 lits. De manière spécifique, l'écart de 26% entre le score de l'évaluation et la contre vérification se justifie par les constats suivants :

- **Organisation générale** : 3 comptes rendus du CODIR sur 12 ne sont pas disponibles au moment de la contre vérification (celles du 11 avril 2019, 20 et 27 juin 2019) et 5 sur les 9 disponibles ne ressortent pas la description des problèmes par service. En plus, aucune analyse des données SNIS n'est effectuée ; par conséquent aucun rapport n'est produit ;
- **Gestion financière** : le solde théorique ne pouvait être comparé à la liquidité physique car le trésorier n'est pas présent au moment de la contre vérification mais la charge du personnel dépasse 50% des revenus ;
- **Le comité des indigents** : le maximum de points est attribué à l'évaluation alors que l'effectif total des indigents soignés au cours de la période évaluée n'est pas renseigné dans les comptes rendus des réunions du comité des indigents. 4 indigents sont déclarés en avril 2019 alors qu'ils n'apparaissent nulle part, mais il est difficile de vérifier dans un quelconque autre document ;
- **Hygiène et élimination des déchets médicaux** : la différence majeure réside sur les constats faits sur la fosse d'élimination des déchets qui est cotée à 10 points sur 19 à l'évaluation contre 5 à la contre vérification par le fait que la fosse n'est pas bordée d'argile et a moins d'un 1 mètre de profondeur. Il n'y a pas non plus de drapeau lumineux pour signaler sa présence, les déchets médicaux sont visibles, l'HGR ne tient pas de registre sur sa création ni son emplacement ;
- **Consultations externes** : les indications sur le circuit des patients ne sont pas affichées, le nom du consultant n'est pas mentionné dans le registre. Ce dernier n'est ni à jour ni clôturé à la fin du mois et les copies de contre référence ne sont pas classées et la prise en charge des maladies courantes est estimée parfaite au moment de l'évaluation, 17 cas sur 25 de paludisme simple et 15 sur 20 de paludisme grave ne sont pas correctement pris en charge, 3 sur 5 pour les IRA, 4 sur 5 pour la diarrhée et 12 cas sur 20 sont soignés aux antibiotiques ;
- **Planning Familial** : bien que le personnel serait formé, il ne dispose d'aucun certificat. Aussi, les contraceptifs injectables, oraux ainsi que les DIU sont en rupture de stock au moment de la contre vérification. Le mode de calcul des besoins en contraceptifs n'est pas connu par les prestataires ;
- **Laboratoire** : les dimanches 22 et 29 septembre 2019 n'ont aucune information dans le registre, la liste des examens est visible, mais il n'y a pas de tarif, les manifestations de plasmodium vivax, plasmodium falciparum et Entamoeba ne sont pas affichées. Seuls 2 lames non recyclés sont disponibles pour le test BAAR. Aucune fiche de stock n'est tenue pour les réactifs et aucun rapport sur le contrôle de qualité n'est disponible ;
- **Services d'hospitalisation** : alors que le confort des malades est bien coté par l'évaluation, les toiles cirées sont déchirées, les tables de nuit et la literie non disponibles, les salles d'hospitalisation ne sont pas éclairées au moment de la contre vérification. Les fiches d'hospitalisation n'existent pas en dehors de partogrammes qui ne contiennent pas toutes les données personnelles de la patiente admise en gynéco obstétrique, l'heure d'arrivée et celle du premier examen fait par le médecin ne sont pas renseignées sur les fiches, tous les signes

vitaux ne sont pas pris à l'admission des malades, le protocole d'anesthésie n'est pas élaboré et le suivi médical des malades en hospitalisation n'est pas quotidien ;

- **Médicaments et consommables médicaux** : les réquisitions ne concernent que le laboratoire, plus de 50% des médicaments ne sont pas de génériques. L'HGR ayant pratiquement épuisé son stock, il ne lui reste que des spécialités. Les fiches de stock ne sont pas à jour, aucune information sur les CMM ou les stocks maximums n'y est inscrite ;
- **Médicaments traceurs** : les fiches de stock ne sont pas à jour et ne contiennent aucune information sur les CMM alors que l'évaluation a accordé 15,5 points sur 30 pour ce domaine ;
- **Gynéco - obstétrique** : le point d'eau est disponible mais sans savon liquide, paires de gants non disponibles dans la salle d'accouchement, l'éclairage n'est plus opérationnel, aucune fiche n'est ouverte pour les accouchées en dehors de partogrammes et les boîtes obstétricales prêtes à l'utilisation ne sont pas disponibles au moment de la contre vérification ;
- **VIH/TB** : les tuberculostatiques ne sont pas en quantité suffisante et le test VIH n'est pas effectué chez les malades tuberculeux.

Cependant, les 3 derniers cas de **chirurgie** sont correctement enregistrés avec des protocoles opératoires bien élaborés contrairement aux cas sélectionnés au moment de l'évaluation.

4.2.5. Résultats de la contre vérification des centres de santé de la Tshuapa

4.2.5.1. Contre vérification quantitative

Les différences significatives se dégagent pour les centres de santé des zones de santé de Ikela et Lingomo avec la particularité que l'ACVE n'a pas accédé à deux structures de la zone de santé de Lingomo suite à l'absence des responsables de ces formations sanitaires.

1. Zone de santé de Boende

Tableau 13 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Boende

No	Service PMA	Bolemba			CDCC			Ndjafa			Imbo			Iyaa		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe (nvx cas)	1096	966	12%	466	458	2%	998	968	3%	969	440	55%	491	467	5%
2	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	0	0	0%	3	3	0%	0	0	0%	21	0	100%	0	0	0%
3	Accouchement assisté	87	88	-1%	37	39	-5%	77	21	73%	76	62	18%	32	17	47%
4	Consultation Postnatale	82	87	-6%	54	60	-11%	83	70	16%	73	71	3%	47	39	17%
5	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	159	273	-72%	186	191	-3%	74	74	0%	0	0	0%	96	96	0%
6	Dépistage des cas TBC - BK positifs	19	19	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	8	8	0%
MOYENNE DES ECARTS				-11%			-3%			15%			29%			11%

Commentaires :

Les différences quantitatives les plus remarquables se dégagent pour les indicateurs **consultation externe** (Bolemba et Imbo), aucun **cas sévère référé à l'hôpital avec contre référence** disponible retenu pour le centre de santé Imbo contre 21 à la vérification, mais aussi pour les **accouchements assistés** dans les centres de santé de Ndjafa, Imbo et Iyaa.

Pour les autres centres de santé, les explications suivantes donnent les raisons sur les différences constatées entre la vérification et la contre vérification :

1.1. Centre de santé Bolemba :

Le nombre élevé de cas de **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & injectable)** validé par l'ACVE au centre de santé Bolemba s'explique par le fait que le vérificateur n'a tenu compte que de nouvelles acceptantes mais aussi a exclu toutes les acceptantes âgées de plus de 42 ans pour des raisons qui lui sont propres.

1.2. Centre de santé Ndjafa :

Les quantités de la contre vérification sont sensiblement inférieures à celles de la vérification pour les deux indicateurs ci-après :

- **Accouchement assisté** : sur un total de 95 cas du trimestre 74 comportent une incohérence entre le nom du prestataire se trouvant dans le registre et celui du partogramme ;
- **Consultation Postnatale** : 9 cas du mois d'avril 2019 comportent des ratures sur la date de la 3^{ème} visite, 23 invalidés au mois de juin 2019 sur un total de 35 cas n'ont pas réalisé la 3^{ème} visite.

1.3. Centre de santé Imbo :

Les trois indicateurs ayant présenté des différences très significatives entre la vérification et la contre vérification sont :

- **Consultation externe (nvx cas)** : sur 926 cas enregistrés au cours du trimestre concerné, 439 fiches ne sont pas disponibles et 47 fiches sont vierges ;
- **Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)** : les cas graves sont référés au centre de santé de référence de Bolemba situé à environ 30 km du CS car l'HGR se trouve à 80 Km sauf qu'aucune copie de contre référence n'est disponible au centre de santé au moment de la contre vérification ;
- **Accouchement assisté** : 17 cas invalidés pour incohérence de nom du prestataire se trouvant sur le registre et sur le partogramme.

1.4. Centre de santé Iyaa :

Les quantités de la contre vérification sont presque les mêmes que celles de la vérification pour 4 indicateurs sur les 6 sélectionnés. Toutefois, l'ACVE confirme des quantités inférieures à celles de la vérification étant donné que :

- **Accouchement assisté** : pour 31 cas, le nom du prestataire ayant dirigé l'accouchement inscrit dans le registre est différent de celui mentionné sur le partogramme ;
- **Consultation Postnatale** : 2 cas invalidés en avril 2019 car la 3^{ème} visite n'a pas été réalisée et 8 en juin 2019 car la 2^{ème} visite n'a pas été réalisée.

2. Zone de santé d'Ikela

Tableau 14 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé d'Ikela

No	Service PMA	Yolombo			Boboto			Lofusoloko			Ikomaloki			Mamba		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe (nvx cas)	639	580	9%	1213	1182	3%	798	798	0%	745	738	1%	850	870	-2%
2	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	17	13	24%	26	26	0%	22	22	0%	25	21	16%	32	36	-13%
3	Accouchement assisté	88	76	14%	130	94	28%	78	77	1%	63	47	25%	80	80	0%
4	Consultation Postnatale	165	40	76%	185	121	35%	90	90	0%	39	18	54%	168	0	100%
5	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	131	131	0%	267	245	8%	85	88	-4%	0	0	0%	85	84	1%
6	Dépistage des cas TBC - BK positifs	16	18	-13%	0	0	0%	28	28	0%	5	6	-20%	14	13	7%
MOYENNE DES ECARTS				18%			12%			0%			13%			16%

Commentaires :

Parmi les 5 CS contre vérifiés dans la ZS d'Ikela, 4 ont présenté des différences très significatives pour les indicateurs ***cas sévère référé à l'hôpital, accouchement assisté et consultation postnatale***, où les quantités vérifiées sont restées plus élevées que les quantités contre vérifiées :

2.1. Centre de santé Yolombo :

Les différences entre les quantités validées par l'EUP et celles de la contre vérification résident sur les indicateurs suivants :

- ***Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)*** : les billets de contre référence avec ratures et surcharges sur les dates et ceux portant le cachet et signature du MDH sans l'identité du malade n'ont pas été validés par l'ACVE ;
- ***Accouchement assisté*** : l'ACVE n'a pas pris en compte 18 sur 94 cas d'accouchement par manque de nom de la personne ayant dirigé l'accouchement dans le registre et sur 15 partogrammes ainsi que 3 autres partogrammes non retrouvés ;
- ***Consultation postnatale*** : 54 cas sur 94 enregistrés n'ont pas été validés pour non-respect des intervalles de 42 jours entre l'accouchement et la CPON 3 comme l'exige l'indicateur (vue entre 30 et 36 jrs).

Par contre l'ACVE a trouvé 2 cas de plus que la vérification pour l'indicateur relatif au « ***dépistage des cas TBC - BK positifs*** » car tous les 18 cas inscrits dans le registre et ont été validés suite à la disponibilité des fiches de prise en charge des malades qui n'étaient pas disponibles au passage du vérificateur de l'EUP.

2.2. Centre de santé Boboto :

Les 2 indicateurs ci-après ont montré des différences entre la vérification et la contre vérification pour les raisons suivantes :

- ***Accouchement assisté*** : 38 cas sont invalidés sur les 132 admis à la maternité vu que 2 cas étaient dirigés sans partogramme, 2 cas dont les partogrammes portent des ratures sur la date d'accouchement et d'admission. 34 cas ont été dirigés par un personnel non qualifié ;
- ***Consultation postnatale*** : sur les 55 cas enregistrés, 32 manquent de date de réalisation de CPoN 2 et 3 dans le registre et 23 n'ont pas de fiches CPoN.

2.3. Centre de santé Ikomaloki :

Les quantités contre vérifiées sont inférieures aux quantités validées pour les indicateurs ci-dessous :

- ***Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)*** : la contre vérification a rejeté 4 cas n'ayant pas de billet de référence et contre référence archivés au centre de santé ;
- ***Accouchement assisté*** : contrairement à la vérification, l'ACVE a invalidé 8 cas pour non disponibilité des partogrammes, 19 accouchements dirigés par une infirmière A3 et 4 partogrammes non remplis sur la partie dilatation et BCF ;
- ***Consultation Postnatale*** : 23 cas inscrits dans le registre ne disposent pas de fiche de CPoN et 6 autres cas ont connu un réajustement de dates sur les fiches et registre par les prestataires.

2.4. Centre de santé Mamba :

Les données de la contre vérification sont en équilibre avec celles de la vérification sur quatre indicateurs. Quant à la ***CPoN 2^{ème} et 3^{ème} visite***, l'ACVE n'a validé aucun cas sur les 90 enregistrés pour non-respect des intervalles entre l'accouchement et la CPoN3 (les femmes reviennent en CPON dans un intervalle de 30 à 39 jours après l'accouchement).

Par contre, l'ACVE a certifiés 4 cas de plus sur l'indicateur ***cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)*** comparativement à la validation de l'EUP car ayant leurs billets de référence et de contre référence disponibles au moment de la contre vérification.

3. Zone de santé de Lingomo

Tableau 15 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Lingomo

No	Service PMA	Bosenge			Lingomo MC			Yalokoli			Yofaka		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe (nvx cas)	343	402	-17%	1322	1319	0%	848	757	11%	961	961	0%
2	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	0	0	0%	32	29	9%	26	26	0%	32	44	-38%
3	Accouchement assisté	33	0	100%	51	46	10%	47	49	-4%	63	61	3%
4	Consultation Postnatale	0	0	0%	34	25	26%	40	35	13%	54	61	-13%
5	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
6	Dépistage des cas TBC - BK positifs	0	0	0%	0	0	0%	9	8	11%	0	0	0%
MOYENNE DES ECARTS				14%			8%			5%			-8%

Commentaires :

La plupart d'outils de collecte des données n'a pas été rendu disponible au centre de Bosenge et aucun outil au centre de santé Yasolo. Les deux responsables ayant été empêchés par le BCZ de retourner dans leurs formations sanitaires respectives pour recevoir la mission de contre vérification.

Là où l'ACVE a réussi à accéder aux outils, les différences entre les quantités validées par l'EUP et celles de la contre vérification s'expliquent par les éléments ci-après :

3.1. Centre de santé Bosenge :

L'ACVE a validé 59 cas de plus pour la **consultation externe** ayant remplis tous les critères exigés (noms inscrit dans le registre avec fiches de consultation complètement remplies). Il reste la question de savoir pourquoi le BCZ et l'IT n'ont pas permis à l'ACVE de consulter tous les autres documents.

3.2. Centre de santé Lingomo MC :

La différence observée entre la validation et la contre vérification sur l'indicateur **consultation postnatale** s'explique par le fait que la contre vérification n'a pas validé 11 cas qui n'avaient pas bénéficié de la 2^{ème} et la 3^{ème} visite de la CPoN mais plutôt d'une seule d'entre les deux.

3.3. Centre de santé Yalokoli :

Au CS de Yalokoli, la contre vérification a dégagé un écart significatif sur deux indicateurs pour les raisons ci-après :

- **Consultation externe (nvx cas)** : la contre vérification n'a pas validé 47 cas de 804 fiches présentées car 18 avaient des ratures et surcharges sur la date et 29 n'étaient pas inscrits dans le registre de consultation étant donné que le remplissage du registre s'arrête au 17/06/2019 ;
- **Consultation Postnatale** : l'ACVE n'a pas validé 5 de 40 cas vérifiés et validés par l'EUP pour n'avoir pas réalisé la troisième visite de la CPoN dans le délai.

3.4. Centre de santé Yofaka :

L'ACVE a validé 12 cas de plus pour les **cas sévères référés à l'hôpital (contre-référence disponible)** ayant remplis toutes les conditions requises (cas référés signalés dans le registre de consultation avec billets de référence et de contre référence en appui).

4. Zone de santé de Mondombe

Tableau 16 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Mondombe

No	Service PMA	Yetsi			Yolonga 2			Yongoli 2			Ekanga			Yansekha		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe (nvx cas)	857	855	0%	486	481	1%	998	996	0%	1308	1303	0%	1054	1045	1%
2	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	0	0	0%	22	22	0%	21	21	0%	13	12	8%	34	34	0%
3	Accouchement assisté	69	65	6%	56	56	0%	54	54	0%	37	37	0%	61	49	20%
4	Consultation Postnatale	0	0	0%	26	24	8%	16	28	-75%	47	19	60%	0	0	0%
5	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
6	Dépistage des cas TBC - BK positifs	20	17	15%	0	0	0%	0	0	0%	4	5	-25%	0	0	0%
MOYENNE DES ECARTS				4%			1%			-12%			7%			3%

Commentaires :

Les quantités contre vérifiées dans les 5 centres de santé de Mondombe présentent des différences peu significatives avec celles de la vérification surtout que l'activité de planification familiale n'est pas intégrée dans toutes les 5 structures sélectionnées.

Au **centre de santé Ekanga**, les CPoN ont été réalisés avant le 42^{ème} jour après l'accouchement dans la majorité des cas.

Toutefois, il se dégage des différences significatives au **centre de santé Yongoli 2** pour les **cas sévères référés à l'hôpital (contre-référence disponible)** car les 12 cas de plus ont été enregistrés avec billets de référence et contre référence correctement remplis. L'IT aurait retrouvé certains billets de contre référence non vus au moment de la vérification.

5. Zone de santé de Wema

Tableau 17 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Wema

N°	Service PMA	Bokutu			Likete			Etata			Ilonge			Bosilia		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe (nvx cas)	567	568	0%	514	549	-7%	494	488	1%	517	499	3%	420	398	5%
2	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	37	37	0%	16	16	0%	0	8		6	6	0%	0	0	0%
3	Accouchement assisté	35	35	0%	101	101	0%	32	46	-44%	38	38	0%	39	36	8%
4	Consultation Postnatale	0	0	0%	67	69	-3%	40	38	5%	13	11	15%	13	13	0%
5	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	0	145		130	127	2%	0	0	0%	0	120		0	0	0%
6	Dépistage des cas TBC - BK positifs	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
MOYENNE DES ECARTS				0%			-1%			-8%			4%			2%

Commentaires :

Bien que globalement, les quantités validées par l'EUP soient presque les mêmes que celles confirmées par l'ACVE, certaines différences se dégagent pour quelques indicateurs :

5.1. Centre de santé Bokutu :

L'EUP n'a validé aucun cas de **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & injectable)**, alors que, 145 acceptantes sont inscrites dans le registre, toutes disposent de leurs fiches correctement remplies. Les différents outils de gestion d'intrants démontrent également la disponibilité des méthodes au cours de ce trimestre. L'ACVE n'avait aucun autre moyen de prouver une probable tricherie constatée au moment de la vérification.

5.2. Centre de santé Etata :

14 cas **d'accouchement assisté** de plus validés par l'ACVE par le fait que tous les 46 cas inscrits disposent d'un partogramme au moment de la contre vérification. Sauf que tous ces partogrammes sont signés par l'IT pendant tous les 3 mois. L'ACVE n'a pas pu confirmer cette présence de l'IT vu l'absence de registre de présence.

5.3. Centre de santé Ikonge :

Il est possible qu'une tricherie, non signalée, ait été constatée pour l'indicateur **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** ayant entraîné l'invalidation de tous les cas par l'EUP alors qu'à la contre vérification tous les outils attestent la prise en charge de 120 acceptantes pour les méthodes orales et injectables.

4.2.5.2. Contre vérification qualitative

De façon générale, les scores de la qualité des prestations de centres de santé sont presque les mêmes entre l'évaluation et la contre vérification dans les zones de santé de Boende, Ikela et Lingomo. Cependant il faut encore signaler que le centre de santé Bosenge a été contre vérifié partiellement et celui de Yasolo n'a pas été contre vérifié suite à l'indisponibilité des responsables.

1. Zone de santé de Boende

Tableau 18 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Boende

N°		Bolemba			CDCC			Ndjafa			Imbo			Iyaa		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	28,0	25,0	11%	29,0	31,0	-7%	29,0	30,0	-3%	22,0	23,0	-5%	18,0	23,2	-29%
2	Plan de management	9,0	8,0	11%	7,0	7,0	0%	7,0	9,0	-29%	6,5	9,0	-38%	9,0	9,0	0%
3	Finance	15,0	11,0	27%	10,0	10,0	0%	15,0	10,0	33%	7,0	10,0	-43%	13,0	15,0	-15%
4	Comité des Indigents	0,0	0,0	0%	20,0	20,0	0%	20,0	20,0	0%	5,0	20,0	-300%	0,0	0,0	0%
5	Hygiène et Stérilisation	24,5	10,0	59%	7,5	3,0	60%	15,0	15,0	0%	14,5	13,0	10%	16,0	13,0	19%
6	Consultations externe	68,0	41,0	40%	74,5	68,5	8%	66,5	75,5	-14%	56,5	74,5	-32%	47,0	74,5	-59%
7	Planning familial	32,0	26,0	19%	21,0	19,0	10%	16,0	29,0	-81%	19,0	29,0	-53%	22,0	28,0	-27%
8	Laboratoire	16,0	5,0	69%	5,0	4,0	20%	5,0	2,0	60%	2,0	2,0	0%	14,5	10,0	31%
9	Services d'observation	5,8	0,5	91%	1,0	1,0	0%	0,0	0,0	0%	2,3	1,3	44%	0,0	0,8	
10	Médicaments et consommables	20,0	8,0	60%	17,0	21,0	-24%	23,0	20,0	13%	16,0	20,0	-25%	17,0	19,8	-16%
11	Médicaments traceurs	17,0	16,0	6%	12,0	4,5	63%	12,0	0,0	100%	11,0	2,5	77%	17,0	3,0	82%
12	Service de maternité	23,0	17,0	26%	20,0	14,0	30%	9,0	11,0	-22%	12,0	14,5	-21%	22,0	13,5	39%
13	PEV	16,5	15,5	6%	8,0	10,0	-25%	18,0	16,0	11%	15,0	17,0	-13%	16,0	11,0	31%
14	CPN	9,0	7,0	22%	11,0	10,0	9%	12,0	9,0	25%	11,0	9,0	18%	11,0	10,0	9%
15	VIH/TB	10,0	10,3	-3%	0,0	0,0	0%	1,0	0,0	100%	6,0	9,0	-50%	13,0	11,1	15%
TOTAL/Moyenne des Ecart		293,8	200,3	30%	243,0	223,0	10%	248,5	246,5	13%	205,8	253,8	-29%	235,5	241,8	6%
Ecart des scores		73%	50%	23%	61%	56%	5%	62%	62%	1%	51%	63%	-12%	59%	60%	-2%

Commentaires :

La qualité de la prestation des soins s'est améliorée entre l'évaluation et la contre vérification dans le centre d'Imbo de manière significative et légèrement au centre de santé Iyaa pendant qu'elle est restée presque la même au centre de santé Ndjafa.

Par contre, une différence de 23% se dégage entre le score qualité obtenu par le centre de santé Bolemba entre l'évaluation et la contre vérification.

Ainsi, les commentaires suivants concernent aussi bien la diminution du score qualité au centre de santé Bolemba et l'amélioration de ce score de manière significative au centre de santé Imbo.

1.1. Centre de santé Bolemba :

Les domaines ayant influencé négativement le score qualité entre l'évaluation et la contre vérification dans ce centre de santé sont essentiellement les suivants :

- **Gestion financière** : l'infirmière choisie ne connaît pas sa prime de performance ni le pourcentage obtenu (15% déclarés contre 75% obtenus) ;
- **Hygiène et stérilisation** : la profondeur de la fosse est inférieure à 2 mètres (les déchets sont jetés à l'air libre) et le centre de santé ne dispose pas d'un registre indiquant la date de création et l'emplacement de la fosse, le protocole de stérilisation, les bacs étiquetés en couleurs différentes ou encore le tambour contenant le désinfectant et les poubelles ne sont pas disponibles comme cela serait le cas au moment de l'évaluation ;
- **Consultation externe** : à la salle d'attente où l'évaluation a accordé la totalité de points, les indications sur le circuit des patients ne sont pas affichées et le préposé ne dispose pas de jetons de différentes couleurs pour les cas urgents et référés, l'eau courante, le savon et essuie-mains ne sont pas disponibles. La salle de consultation a une dimension inférieure à 7 m². En plus, dans ce centre où preste un médecin, les cas de paludisme grave ne sont pas référés à l'HGR et 38% des patients sont soignés aux antibiotiques ;
- **Laboratoire** : l'ACVE ne confirme pas la disponibilité de ce service 7 jours sur 7, la présence d'une liste des examens qui y sont pratiqués, la concordance des résultats dans le registre et sur les fiches, la disponibilité des manifestations des parasites ou encore la bonne fonctionnalité du microscope et de la centrifugeuse. Le bac pour la gestion des déchets n'est pas disponible et le personnel ne lave pas correctement les pipettes ;
- **Services d'observation** : ce service n'a manqué que 0,25 point à l'évaluation pour non-respect de l'espace d'au moins un mètre entre les lits, alors qu'à la contre vérification, seule la disponibilité de la lumière lui confère 0,5 point sur 6 ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : les critères de différence entre l'évaluation et la contre vérification sont l'indisponibilité de la dernière liste des médicaments achetés, la non concordance entre les quantités réquisitionnées et les quantités servies, la non utilisation des ordonnances de manière systématique ainsi que le mauvais stockage de médicaments aussi bien pour l'aération de l'endroit que le classement suivant le principe FIFO ;
- **Service de maternité** : n'eussent été les mauvaises odeurs rencontrées lors de la contre vérification, la disponibilité de l'échelle de mesure du poids, des boîtes obstétricales prêtes à l'usage ainsi que de l'absence des moustiquaires sur les lits de la salle d'observation, la cotation serait la même pour cette prestation que celle de l'évaluation.

1.2. Centre de santé Imbo :

Seuls le cotrimoxazole 480 mg cp, la sulfadoxine/pyriméthamine 500 mg cp et la doxycycline sont en quantité suffisante lors de la contre vérification alors qu'à l'évaluation 7 molécules seulement sur 19 **médicaments traceurs** étaient en rupture de stock ou en quantité insuffisante.

Les autres domaines ayant eu une augmentation du score qualité dans ce centre de santé sont essentiellement :

- **Plan de management** : le centre de santé n'ayant pas prévu un site de sous-traitance, la représentativité d'un responsable de ce site n'est pas obligatoire dans la signature du plan de management ou encore l'utilisation de ce site pour les stratégies avancées. Il va de soi que le centre de santé ne propose aucune stratégie pour faire face aux autres structures de l'aire de santé ;
- **Gestion financière** : l'outil d'indices est actuellement correctement maîtrisé par les gestionnaires du centre de santé ;
- **Comité pour indigents** : non seulement la liste des indigents pris en charge est disponible au moment de la contre vérification mais aussi tous les trois comptes rendus des réunions du comité des indigents sont fournis alors qu'un seul serait fourni au moment de l'évaluation ;
- **Consultation externe** : toutes les conditions sont actuellement remplies pour la salle d'attente, mais surtout tous les cas de paludisme grave sont référés alors que 2 seulement sur les 20 derniers étaient référés au moment de l'évaluation. La balance qui serait en panne au moment de l'évaluation est fonctionnelle ;
- **Planification familiale** : le personnel est effectivement formé avec certificat à l'appui, aussi bien pour l'utilisation des DIU que des implants ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : la contre vérification n'a pas confirmé la présence de molécule de spécialité dans ce centre car tous les médicaments prescrits sont sous forme génériques.

2. Zone de santé de Ikela

Tableau 19 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Ikela

N°		Yolombo			Boboto			Lofusoloko			Ikomaloki			Mamba		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	6,8	10,0	-48%	2,0	11,0	-450%	29,0	30,0	-3%	22,6	17,0	25%	22,6	9,0	60%
2	Plan de management	9,0	7,0	22%	3,5	9,0	-157%	9,0	9,0	0%	7,0	8,0	-14%	7,0	9,0	-29%
3	Finance	6,0	6,0	0%	4,0	8,0	-100%	10,0	8,0	20%	10,0	6,0	40%	10,0	6,0	40%
4	Comité des Indigents	0,0	0,0	0%	0,0	0,0	0%	15,0	15,0	0%	0,0	5,0		0,0	0,0	0%
5	Hygiène et Stérilisation	9,0	1,0	89%	1,0	5,0	-400%	13,5	12,0	11%	20,0	10,0	50%	20,0	6,0	70%
6	Consultations externe	55,1	49,5	10%	16,5	56,2	-241%	69,0	77,0	-12%	80,5	73,0	9%	79,1	57,5	27%
7	Planning familial	9,0	12,0	-33%	7,0	0,0	100%	5,0	21,0	-320%	21,0	3,0	86%	10,0	0,0	100%
8	Laboratoire	11,2	11,0	2%	11,0	7,0	36%	13,0	16,0	-23%	16,0	11,0	31%	6,8	4,0	41%
9	Services d'observation	0,0	0,0	0%	5,0	0,0	100%	0,0	0,0	0%	0,5	0,0	100%	0,0	0,3	
10	Médicaments et consommables	14,5	20,8	-43%	19,0	19,0	0%	25,0	24,8	1%	25,0	21,0	16%	19,5	19,0	3%
11	Médicaments traceurs	3,0	0,0	100%	5,0	0,0	100%	10,5	0,0	100%	16,0	12,5	22%	8,5	7,0	18%
12	Service de maternité	12,0	6,5	46%	9,0	10,0	-11%	15,0	17,5	-17%	16,5	9,0	45%	7,0	10,0	-43%
13	PEV	9,0	19,0	-111%	11,8	13,5	-15%	16,0	16,5	-3%	18,8	16,0	15%	14,3	13,5	5%
14	CPN	8,0	10,0	-25%	9,0	9,0	0%	9,0	11,0	-22%	11,0	8,0	27%	10,5	9,0	14%
15	VIH/TB	11,0	0,0	100%	7,8	0,0	100%	8,0	6,0	25%	9,8	11,5	-17%	4,0	0,0	100%
TOTAL/Moyenne des Ecart		163,6	152,8	7%	111,6	147,7	-62%	247,0	263,8	-16%	274,6	211,0	31%	219,2	150,3	29%
Ecart des scores		41%	38%	3%	28%	37%	-9%	62%	66%	-4%	69%	53%	16%	55%	38%	17%

Commentaires :

Bien que toujours faible, le score de la qualité des prestations du centre de santé Boboto s'est légèrement amélioré après l'évaluation passant de 28 à 37%, celui du centre de santé Lofusoloko de 62 à 66%.

Les différences de plus de 10 % d'écarts entre le score qualité à l'évaluation et à la contre vérification sont observées dans les CS d'Ikomaloki (16%) et Mamba (17%) pour des raisons suivantes :

2.1. Centre de santé Ikomaloki :

Le score de la qualité de prestations passe de 69% à 53% dans cette FOSA après la contre vérification et s'explique par :

- **Gestion financière** : les rapports financiers de la période sous revue sont inexistantes mais le solde théorique du livre de caisse ne correspond pas aux espèces en caisse (solde théorique : 15.000 FC et montant en espèce : 72.540 FC). L'agent choisi au hasard ne connaît pas sa prime de performance du trimestre passé ni son pourcentage de performance individuelle ;
- **Comité pour indigents** : l'absence de liste de présence en annexe des comptes rendus, du suivi des décisions prises lors des réunions passées dans deux CR (avril et juin 2019) ainsi que la signature de président sur le compte rendu du mois de mai 2019 expliquent la diminution de la cote pour cette prestation au moment de la contre vérification ;
- **Hygiène et stérilisation** : les conditions d'hygiène objectivées sont contraires à celles trouvées par l'évaluateur de la zone de santé. L'ACVE n'a pas trouvé de clôture au niveau du centre de santé. Les toilettes, les douches et la fosse d'élimination des déchets ne répondent pas aux normes requises. Le gestionnaire des déchets n'a pas d'équipement de protection ;
- **Consultation externe** : l'ACVE a constaté l'absence d'otoscope, l'utilisation abusive des antibiotiques chez plus de 62% des cas et la PCIME clinique n'est pas intégrée ;
- **Planification familiale** : cette activité a vu son score réduit à 3 contre 21 attribué par l'évaluateur de l'ECZ, car n'ayant pas un local propre, le personnel n'est pas formé en PF et le CS ne dispose d'aucun autre intrant de PF en dehors des implants ;
- **Laboratoire** : le service n'est pas fonctionnel tous les jours, le personnel est non formé en la matière, la liste des examens et les manifestations des parasites ne sont pas affichées ;
- **Services d'observation** : contrairement à l'équipe d'évaluateurs du BCZ, ce service est non fonctionnel et n'a pas de registre d'observation des malades ni des fiches des malades en observation ;
- **Médicaments traceurs** : bien qu'il y ait des outils de gestion des stocks des médicaments, plusieurs molécules sont soit en rupture de stock soit en quantité non suffisante ;
- **Service de maternité** : la maternité ne dispose pas de l'eau courante, de poubelles en plastique, de plafond et de rideaux sur les fenêtres. Les conditions d'hébergement des accouchées et les équipements médicaux (matériels insuffisants et manque de boîte d'épisiotomie) ne sont pas aussi excellents qu'au moment de l'évaluation.

2.2. Centre de santé Mamba :

Les écarts importants constatés entre l'évaluation de l'ECZ et la contre vérification sont dus aux raisons suivantes :

- **Organisation générale** : le centre de santé ne dispose pas de moyen de communication (radio ou téléphone mobile) pour les urgences. L'équilibre financier n'est pas discuté dans les comptes rendus de CODESA, les problèmes prioritaires n'apparaissent pas dans le rapport d'analyse des rapports SNIS. Les fiches de VAD ne portent aucune mention sur le rendez-vous pris pour la visite de contrôle ;
- **Gestion financière** : aucun rapport financier de la structure n'est disponible et le personnel choisi au hasard méconnaît le mode de calcul de sa prime de performance individuelle ;
- **Hygiène et stérilisation** : la formation sanitaire n'est pas clôturée et n'a aucune poubelle dans la cour ni dans les services, la fosse d'élimination des déchets bien qu'existant, est située à 7 mètres du centre de santé, les latrines et douches sont en quantité insuffisante et celles qui existent sont mal entretenues. Le protocole de stérilisation de matériel n'est ni élaboré, encore moins maîtrisé. Le personnel qui gère les déchets est sans équipement de protection ;
- **Consultation externe** : le système de distribution de jetons aux malades n'est pas mis en place et les bancs sont en quantité insuffisante, les indications claires sur le circuit des patients ne

sont pas affichées et les antibiotiques sont prescrits à 34%. Les différents protocoles de prise en charge ne sont pas disponibles, l'état nutritionnel et vaccinal des enfants de moins de 5 ans ne sont pas évalués, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) ne se fait pas dans la structure alors qu'elle est correctement évaluée par l'ECZ ;

- **Planification familiale** : cette activité est non organisée car n'ayant pas un local propre, le personnel n'est pas formé en PF, les outils de collecte de données manquent ainsi que les intrants ;
- **Laboratoire** : le service de laboratoire n'est pas fonctionnel, excepté la disponibilité de test rapide de dépistage du paludisme et la présence d'un microscope sans réactifs ;
- **VIH/TB** : ce service n'est pas intégré au niveau de la structure, seuls les malades TBC BK+ sont suivis pour l'observation du traitement observé par l'IT durant leurs deux premiers mois de la phase intensive.

3. Zone de santé de Lingomo

Tableau 20 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Lingomo

N°	Service PMA	Bosenge			Lingomo MC			Yalokoli			Yofaka		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	20,0	2,0	90%	22,8	16,3	29%	21,0	6,3	70%	22,0	17,0	23%
2	Plan de management	9,0	0,0	100%	7,0	3,5	50%	9,0	4,0	56%	9,0	4,0	56%
3	Finance	10,0	0,0	100%	11,0	6,0	45%	15,0	6,0	60%	13,0	2,0	85%
4	Comité des Indigents	5,0	0,0	100%	15,0	0,0	100%	15,0	0,0	100%	15,0	0,0	100%
5	Hygiène et Stérilisation	19,0	3,0	84%	23,0	3,0	87%	15,5	3,0	81%	10,0	3,0	70%
6	Consultations externe	68,0	35,6	48%	51,5	50,0	3%	50,5	56,2	-11%	78,0	56,0	28%
7	Planning familial	0,0	0,0	0%	0,0	0,0	0%	0,0	0,0	0%	0,0	0,0	0%
8	Laboratoire	0,0	2,0		4,0	2,0	50%	17,0	6,0	65%	0,0	2,0	
9	Services d'observation	0,0	0,5		2,0	1,3	38%	0,0	0,0	0%	0,0	0,5	
10	Médicaments et consommables	11,0	16,0	-45%	24,5	8,0	67%	18,5	11,0	41%	11,0	0,0	100%
11	Médicaments traceurs	13,0	0,0	100%	13,0	4,5	65%	13,0	5,0	62%	9,5	0,0	100%
12	Service de maternité	9,0	7,0	22%	19,5	9,5	51%	17,0	9,0	47%	10,0	10,0	0%
13	PEV	8,5	12,0	-41%	9,0	4,0	56%	17,0	10,0	41%	15,0	14,0	7%
14	CPN	7,5	6,0	20%	10,0	9,0	10%	9,0	9,0	0%	12,0	8,0	33%
15	VIH/TB	0,0	0,0	0%	1,0	0,0	100%	1,0	8,0	-700%	0,0	0,0	0%
TOTAL/Moyenne des Ecart		180,0	84,1	44%	213,3	117,0	50%	218,5	133,5	-6%	204,5	116,0	46%
Ecart des scores		45%	21%	24%	53%	29%	24%	55%	33%	21%	51%	29%	22%

Commentaires :

Le score de la qualité des prestations a connu une régression entre l'évaluation et la contre vérification dans tous les quatre centres de santé où l'ACVE a pu réaliser sa mission, le centre de santé de Yasolo n'ayant pas été accessible suite à l'indisponibilité des responsables.

Les raisons fondamentales retenues par la contre vérification pour les 4 autres centres de santé sont :

3.1. Centre de santé Bosenge :

Les domaines les plus concernés par cette différence de score de 24% entre l'évaluation et la contre vérification sont essentiellement **le plan de management, la gestion financière, le comité des indigents, la planification familiale, l'hygiène et stérilisation** ainsi que **les médicaments traceurs** suite à l'indisponibilité totale ou partielle de certains outils de gestion de ces activités (renfermés dans le bureau de l'IT absent au CS) ;

Les quelques outils disponibles ont permis à l'ACVE de dégager les différences avec les scores de l'évaluation notamment pour la **consultation externe** suite aux faits ci-après : absence d'un préposé (clerc) renseignant et distribuant les jetons de couleurs différentes, d'un point de lavage des mains et des indications claires sur le circuit des patients. La tarification n'est pas affichée et le dépistage de la

malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans n'est pas fait par le consultant. Les murs de la salle de consultation, bien qu'en matériaux semi- durables couverts de rameaux avec crépissage ne sont pas peints, la serrure de la porte n'est pas fonctionnelle, les dimensions de la salle sont petites et le matelas utilisé sur le lit de consultation n'est pas lavable. En plus, le centre de santé ne réfère pas les cas de paludisme grave tel que l'exige le protocole, l'ordinogramme n'est pas vu dans la salle de consultation et la PCIME qui est évaluée par l'ECZ, n'est pas intégrée.

Tout de même la cotation attribuée par l'ACVE est supérieure à celle du vérificateur sur **PEV et la consultation préscolaire** par la maîtrise du calcul de la population cible de l'activité par le prestataire, la disponibilité des intrants PEV (SAB, réceptacle, accumulateur, fiches CPS,) et la mise en place du système de récupération des abandons par village, la balance est disponible et étalonnée.

3.2. Centre de santé Lingomo MC :

De 52 à 29% à l'issue de la contre vérification, le score de la qualité des prestations du centre de santé Lingomo MC présente des éléments contradictoires à ceux constatés par l'ECZ surtout pour les domaines ci-après :

- **Comité pour indigents** : pas de documentation sur le nombre des indigents soignés et les comptes rendus des réunions disponibles n'ont pas tous les éléments (la liste de recommandations formulées, la discussion sur l'équilibre financier et la signature du président du CODESA) ;
- **Hygiène et stérilisation** : l'établissement de santé ne tient pas de registre indiquant la date de la création et l'emplacement de la fosse d'élimination des déchets, les déchets biomédicaux ne sont pas éliminés selon les normes, la parcelle du CS n'est pas clôturée, une seule toilette pour tous les malades et les personnels et le dispositif de lavage des mains n'existe pas ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : l'incohérence entre le bon de commande, de livraison et le RUMER sur la quantité de médicaments a été observée sur les trois molécules choisies au hasard (Mebendazole, SRO et paracétamol), la FOSA n'achète pas les médicaments, du matériel et des consommables auprès d'un distributeur certifié, approuvé par le MSP.

3.3. Centre de santé Yalokoli :

Pour 9 domaines qualitatifs, le score obtenu lors de l'évaluation est inférieur à celui de la contre vérification externe dont 5 présentent des écarts très importants, exception faite pour l'indicateur « **VIH/TB** » et « **consultation externe** » qui présentent des cotes élevées à la contre vérification. Les différents écarts constatés s'expliquent par les raisons suivantes :

- **Organisation générale** : alors qu'elles sont prévues mensuellement, et contrairement à l'observation de l'évaluation, aucune réunion technique avec le personnel ne s'est tenue au 2^{ème} trimestre 2019, les réunions de comité de santé ne sont pas tenues durant le T2 2019, l'horaire de service n'est pas affiché, l'équipe de santé ne fait pas l'analyse des données SNIS du T2/2019 et la formation sanitaire ne dispose pas d'un téléphone ni de radiophonie pour les communications de service. Les visites à domicile ne sont pas documentées ;
- **Gestion financière** : les rapports financiers du trimestre ne sont pas élaborés, le livre de caisse n'est pas à jour, l'outil d'indices n'est pas élaboré et la prime de performance n'est pas calculée selon la formule donnée dans l'indicateur ;
- **Comité pour indigents** : le suivi des indigents n'est pas assuré (aucune réunion du comité des indigents tenue, bien que le registre signale les malades consultés durant le trimestre) ;
- **Hygiène et stérilisation** : globalement, l'hygiène est de mauvaise qualité. La latrine est en mauvais état et n'est pas éclairée, il n'y a pas de salle de bain, la fosse à ordure est inexistante, le CS n'est pas clôturé, les déchets biomédicaux ne sont pas éliminés selon les normes, le personnel qui gère les déchets médicaux n'a pas d'équipements de protection et la procédure de stérilisation de matériels n'est pas connue par le personnel ;

- **Laboratoire** : le laboratoire n'est pas fonctionnel, malgré le score attribué par l'évaluation. Seuls les tests de diagnostic rapide du paludisme sont disponibles.

Cependant, certains services ont amélioré leurs notes après la contre vérification. C'est le cas de :

- **Consultation externe** : la référence de cas de paludisme grave dans la structure de référence, la connaissance de signe de dépistage de cas de TBC par le consultant, l'affichage et le respect de différents protocoles de prise en charge de maladies tueuses des enfants ont été remarqués à la contre vérification ;
- **VIH/TB** : la présence de parrain à coté de chaque tuberculeux qui supervise la stratégie DOTS, de l'adresse de contact de chaque tuberculeux et des résultats de test de VIH/TB sur la fiche de chaque patient sont visibles dans les outils.

3.4. Centre de santé Yofaka :

Les domaines où les écarts entre les cotes de l'évaluation et celles de la contre vérification sont plus significatifs, les raisons ci-après justifient le faible score obtenu par cette formation sanitaire :

- **Gestion financière** : les rapports financiers ne sont pas disponibles ni le livre de caisse. Tous les agents choisis ne savent pas comment ils sont payés et l'outil d'indices n'est pas élaboré pour le deuxième trimestre 2019 ;
- **Comité pour indigents** : le comité n'est pas fonctionnel pour la période contre vérifiée et aucun indigent soigné au T2 2019 n'a été documenté par les membres car les comptes rendus n'ont pas été vus par la mission de contre vérification en l'absence de l'IT ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : pas de réquisition des médicaments parce que le CS ne dispose pas d'un dépôt mais les produits sortent chaque fois qu'un malade se présente à la pharmacie avec sa fiche de consultation sans aucune ordonnance. Le CS ne dispose pas d'un endroit propre pour stocker les médicaments et les principes de stockage des médicaments ne sont pas respectés ;
- **Médicaments traceurs** : la contre vérification n'a pas accès aux outils de gestion de médicaments ni au local de la pharmacie qui était fermé par l'IT.

3.5. Centre de santé Yasolo :

La contre vérification n'a pas évalué la qualité de soins de cette formation sanitaire par manque de répondant, l'IT étant permuté de la structure, l'infirmier adjoint faisant l'intérim qui espérait récupérer ce poste n'a pas permis à l'ACVE d'accéder au centre de santé qui était fermé.

4. Zone de santé de Mondombe

Tableau 21 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Mondombe

N°		Yetsi			Yolonga 2			Yongoli 2			Ekanga			Yanseka		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	21,4	12,0	44%	13,5	10,0	26%	20,5	21,0	-3%	15,0	14,0	7%	22,8	21,0	8%
2	Plan de management	7,0	4,0	43%	9,0	9,0	0%	7,0	9,0	-29%	9,0	0,0	100%	6,0	9,0	-50%
3	Finance	8,0	6,0	25%	10,0	6,0	40%	4,0	9,0	-125%	10,0	11,0	-10%	6,0	11,0	-83%
4	Comité des Indigents	15,0	0,0	100%	9,0	0,0	100%	10,0	15,0	-50%	20,0	0,0	100%	15,0	20,0	-33%
5	Hygiène et Stérilisation	13,5	3,0	78%	16,0	9,0	44%	10,5	8,0	24%	22,0	1,0	95%	0,0	1,0	
6	Consultations externe	92,0	45,0	51%	31,0	59,0	-90%	64,3	55,0	14%	63,0	64,0	-2%	80,3	60,5	25%
7	Planning familial	0,0	0,0	0%	0,0	0,0	0%	0,0	0,0	0%	0,0	0,0	0%	0,0	0,0	0%
8	Laboratoire	6,0	11,0	-83%	2,0	2,0	0%	17,0	2,0	88%	17,0	13,0	24%	2,0	2,0	0%
9	Services d'observation	2,3	0,0	100%	2,5	0,0	100%	0,0	0,0	0%	0,0	0,0	0%	0,0	0,0	0%
10	Médicaments et consommables	18,5	20,0	-8%	19,0	24,0	-26%	25,0	18,0	28%	25,0	22,8	9%	19,0	20,0	-5%
11	Médicaments traceurs	15,5	4,0	74%	8,5	0,0	100%	11,5	0,0	100%	11,5	0,0	100%	12,5	0,0	100%

N°		Yetsi			Yolonga 2			Yongoli 2			Ekanga			Yanseka		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
12	Service de maternité	12,0	6,0	50%	7,0	5,0	29%	0,0	11,5		4,0	8,5	-113%	14,0	8,0	43%
13	PEV	13,3	10,0	25%	14,5	13,3	9%	14,0	3,0	79%	14,0	18,5	-32%	15,0	20,0	-33%
14	CPN	9,0	3,0	67%	9,5	9,0	5%	12,0	9,0	25%	12,0	9,0	25%	8,0	10,0	-25%
15	VIH/TB	1,0	8,0	-700%	0,0	0,0	0%	0,0	0,0	0%	0,0	0,0	0%	0,0	0,0	0%
TOTAL/Moyenne des Ecart		234,4	132,0	-9%	151,5	146,3	22%	195,8	160,5	11%	222,5	161,8	20%	200,6	182,5	-4%
Ecart des scores		59%	33%	26%	38%	37%	1%	49%	40%	9%	56%	40%	15%	50%	46%	5%

Commentaires :

L'aperçu général sur les résultats de la contre vérification, montre que deux centres de santé ont des scores qualité inférieurs à ceux de l'évaluation dégageant des écarts allant de 15 à 26%.

Les raisons suivantes expliquent les différences majeures de scores qualité dans ces 2 centres de santé :

4.1. Centre de santé Yetsi :

Les 10 indicateurs qui ont été à la base des différences entre l'évaluation et la contre vérification sont les suivants :

- **Organisation générale** : lors de la contre vérification, certains outils importants étaient soit absents, soit rejetés en raison de leur non-conformité (3 comptes rendus du CODESA et 3 comptes rendus de réunions techniques du personnel du CS). Le CS n'a pas un moyen pour les communications de service. Les problèmes prioritaires ne sont ni analysés ni suivis et les normes de composition de l'équipe de VAD ne sont pas respectées ;
- **Plan de management** : le plan de management ne montre pas de stratégies pour la sous-traitance, ni les initiatives pour faire face aux autres structures de l'AS, aucune proposition pour éviter l'expansion des FOSA illicites dans l'AS ;
- **Comité pour indigents** : le nombre des indigents soignés au cours du trimestre sous revu n'est pas documenté, les différents comptes rendus des réunions n'ont pas été retrouvés, ce qui n'a pas permis de suivre la prise en charge des indigents ;
- **Hygiène et stérilisation** : le CS ne dispose pas de clôture, de latrines ni de douches. Aussi les poubelles ou bacs de couleurs différentes n'existent pas et il n'y a pas d'équipement de protection pour le personnel qui gère les déchets. La fosse d'élimination des déchets médicaux a moins d'un mètre de profondeur, pleine de déchets et est placée à moins de 10 mètres de la structure, la cour n'est pas propre et l'élimination des déchets ne se fait pas conformément aux normes de qualité ;
- **Consultation externe** : le CS n'utilise pas de jetons pour les cas urgents, les ordinogrammes de soins ne sont pas d'application et les cas de paludisme grave sont pris en charge et non référé à l'HGR. Le protocole national de prise en charge du paludisme n'est pas affiché dans les lieux indiqués. La PCIME clinique n'est pas appliquée. On constate aussi l'absence d'otoscope qui serait disponible à l'évaluation ;
- **Médicaments traceurs** : les médicaments étaient déclarés en quantité suffisante par l'ECZ, alors que la contre vérification a trouvé plusieurs molécules en ruptures de stocks et d'autres dont la quantité en stock ne répondait pas à la norme exigée qui est le double de la CMM ;
- **Service de maternité** : la contre vérification a plutôt constaté que la maternité ne dispose pas de l'eau courante ni de poubelle en plastique. Aussi il n'y a pas de rideau entre le lit et la porte de la salle d'accouchement, les murs ne sont pas en matériaux durables, l'insuffisance de boîtes d'épisiotomies et obstétricales, la table d'accouchement en mauvais état et non en deux parties ;
- **Soins prénatals** : le PM ne prévoit pas des stratégies de renforcement de capacité des prestataires. La CPN est réalisée par une matrone, certains examens de laboratoire ne sont

pas réalisés systématiquement (albuminurie et glycosurie) et les réunions du groupe des prestataires ne sont pas réalisées avant les séances.

Par contre deux domaines se sont illustrés avec des cotes à la contre vérification supérieures à celles de l'évaluation. Il s'agit de :

- **Laboratoire** : le service est actuellement disponible 7 jours sur 7, le registre bien tenu, les manifestations des parasites affichées et les réactifs pour le diagnostic de la TBC disponibles ;
- **VIH/TB** : la fonctionnalité du service de dépistage de la tuberculose a permis d'accorder les 8 points à la contre vérification alors que tout ce service n'a obtenu qu'un point pendant l'évaluation.

4.2. Centre de santé Ekanga :

5 domaines sur 15 inscrits dans la grille de qualité du centre de santé **Ekanga** ont connu une baisse sensible du score de leurs prestations au moment de la contre vérification ; ce sont les indicateurs ayant trait au **comité des indigents, hygiène et stérilisation, laboratoire, médicaments et consommables médicaux, médicaments traceurs, PEV** ainsi que **consultation préscolaire et soins prénatals**. Les raisons fondamentales constatées lors de la contre vérification qui ont conduit à la diminution des cotes pour certains domaines sont les suivantes :

- **Plan de management** : le plan de management de la structure n'était pas disponible au moment de la contre vérification, il serait parti avec le vérificateur de l'EUP pour validation à Boende confirme l'IT ;
- **Comité pour indigents** : le comité est non-fonctionnel. Aucun compte rendu de réunions tenues durant le trimestre n'est disponible au niveau de la structure pour rapporter les cas d'indigents soignés ;
- **Hygiène et stérilisation** : les conditions hygiéniques de cette formation sanitaire laissent à désirer, aucune poubelle dans la cour, ni dans les services, le CS non clôturé, il n'y a pas de fosse d'élimination des déchets, les latrines et douches en quantité insuffisante et mal entretenue. Le protocole de stérilisation de matériel n'est ni élaboré, encore moins maîtrisé. Le personnel qui gère les déchets manque d'équipement de protection ;
- **Laboratoire** : le service de laboratoire fonctionne avec un personnel de niveau 6^{ème} des humanités formé localement par manque d'un technicien qualifié, absence de centrifugeuse manuelle, et de poubelles pour la gestion des déchets ;
- **Médicaments traceurs** : aucune fiche de stock disponible pour apprécier la disponibilité des médicaments.

5. Zone de santé de Wema

Tableau 22 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Wema

N°	Service PMA	Bokutu			Likete			Etata			Ilonge			Bosilia		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	16,6	15,4	7%	23,0	25,3	-10%	28,0	20,0	29%	23,0	23,3	-1%	15,0	5,8	62%
2	Plan de management	9,0	6,0	33%	8,0	8,0	0%	9,0	8,0	11%	9,0	9,0	0%	8,0	0,0	100%
3	Finance	0,0	0,0	0%	10,0	10,0	0%	10,0	10,0	0%	10,0	6,0	40%	11,0	4,0	64%
4	Comité des Indigents	5,0	5,0	0%	0,0	0,0	0%	5,0	5,0	0%	10,0	0,0	100%	5,0	0,0	100%
5	Hygiène et Stérilisation	19,0	12,0	37%	11,5	10,0	13%	14,0	14,5	-4%	24,0	12,0	50%	13,0	2,0	85%
6	Consultations externe	70,5	55,5	21%	65,5	62,1	5%	94,5	64,5	32%	72,5	62,0	14%	87,5	59,1	32%
7	Planning familial	18,0	15,0	17%	17,0	23,0	-35%	15,0	21,0	-40%	18,0	13,0	28%	5,0	5,0	0%
8	Laboratoire	2,0	0,0	100%	9,0	10,0	-11%	9,0	8,0	11%	2,0	2,0	0%	0,0	2,0	
9	Services d'observation	1,5	1,0	33%	1,3	1,3	0%	1,0	4,3	-325%	0,5	0,0	100%	0,0	0,0	0%
10	Médicaments et consommables	23,0	23,0	0%	19,3	20,0	-4%	25,0	8,3	67%	13,8	13,8	0%	25,0	8,0	68%

N°	Service PMA	Bokutu			Likete			Etata			Ilonge			Bosilia		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
11	Médicaments traceurs	9,5	0,0	100%	10,5	13,0	-24%	16,0	0,0	100%	11,5	1,5	87%	10,5	0,0	100%
12	Service de maternité	15,0	7,0	53%	16,0	18,0	-13%	20,0	12,0	40%	15,5	8,0	48%	14,0	5,0	64%
13	PEV	18,0	16,0	11%	15,0	15,0	0%	8,0	18,0	-125%	14,0	13,5	4%	16,0	14,0	13%
14	CPN	10,0	8,0	20%	10,0	9,0	10%	10,0	10,0	0%	11,0	8,0	27%	10,5	5,0	52%
15	VIH/TB	0,0	0,0	0%	8,0	8,0	0%	4,0	4,0	0%	0,0	0,0	0%	0,0	0,0	0%
TOTAL/Moyenne des Ecart		217,1	163,9	29%	224,0	232,6	-5%	268,5	207,5	-14%	234,8	172,0	33%	220,5	109,9	53%
Ecart des scores		54%	41%	13%	56%	58%	-2%	67%	52%	15%	59%	43%	16%	55%	27%	28%

Commentaires :

La qualité de la prestation des soins au centre de santé Likete s'est légèrement améliorée entre l'évaluation et la contre vérification passant de 56 à 58%. Pour les 4 autres centres de santé, les raisons suivantes expliquent la baisse de leurs scores au moment de la contre vérification.

5.1. Centre de santé Bokutu :

5 domaines sur 15 ont connu une régression remarquable dans la cotation de la qualité de leurs prestations. Il s'agit de :

- **Plan de management** : l'analyse de ce document par l'ACVE ne ressort pas une prise en compte des autres prestataires dans l'aire de santé, de l'expansion des tradipraticiens ou encore du tarif négocié entre la FOSA, le CODESA et la communauté ;
- **Hygiène et stérilisation** : le registre indiquant la date de création et l'emplacement de la fosse d'élimination des déchets n'est pas tenu par le centre de santé, le protocole de stérilisation n'est pas disponible et le personnel qui gère les déchets n'est pas équipé d'un matériel de protection,
- **Consultation externe** : les jetons de couleurs différentes ne sont pas disponibles ni l'eau courante avec savon et essuie mains. Le tarif serait emporté par les eaux de la pluie, la salle de consultation n'a pas de plafond, la serrure de la porte n'est pas fonctionnelle, le point d'eau n'est pas disponible, les dimensions de la salle sont inférieures à 7 m² et le matelas n'existe pas sur la table de consultation. Les protocoles de prise en charge du paludisme et de la diarrhée ne sont pas affichés mais aussi plus de 30 derniers cas consultés au centre de santé ont été soumis aux antibiotiques ;
- **Médicaments traceurs** : aucun de 19 produits n'est en quantité suffisante au moment de la contre vérification alors qu'à l'évaluation le centre de santé disposait de 10 molécules en quantités suffisantes ;
- **Service de maternité** : la contre vérification n'a pas confirmé la disponibilité de la lumière de manière permanente à la maternité, l'existence de poubelle en plastique et un système de sécurité pour l'élimination des aiguilles pendant que la salle d'accouchement dégage des mauvaises odeurs. L'échelle pour mesurer le poids n'est pas fonctionnelle, aucune boîte d'épisiotomie n'est prête pour l'emploi ni certains matériels et produits pour les soins du nouveau-né.

5.2. Centre de santé Etata :

De 67 à 52%, le score de la qualité des prestations dans ce centre de santé régresse au moment de la contre vérification suite aux constats suivants :

- **Organisation générale** : l'horaire de travail n'est pas affiché et aucun compte rendu des réunions techniques ni du comité de santé n'est trouvé au centre de santé ;
- **Consultation externe** : l'évaluation a donné le maximum des points pour la salle d'attente alors qu'à la contre vérification celle-ci n'est pas en place bien qu'il existe un préposé distribuant les jetons de couleurs différentes. Le tarif n'est pas affiché, la lumière n'est pas disponible de

manière permanente, mais surtout l'évaluation a correctement coté les fiches PCIME pendant que la stratégie n'est pas intégrée au centre de santé ;

- **Médicaments et consommables médicaux** : aucun produit n'est disponible au moment de la contre vérification, les outils en place ne prouvent pas que les quantités servies correspondent aux quantités réquisitionnées, les ordonnances ne sont pas classées ;
- **Médicaments traceurs** : aucune molécule disponible et même si c'était le cas, les CMM ne sont pas calculées ;
- **Service de maternité** : la source d'eau courante n'existe pas ni un réservoir de plus de 20 litres, l'éclairage n'est pas permanent, les boîtes obstétricales prêtes à l'utilisation ne sont pas disponibles tout comme le fil à ligature et la pommade à la tétracycline.

Toutefois, les cotes plus importantes ont été attribuées par l'ACVE pour les prestations ci-après :

- **Planification familiale** : le personnel trouvé au moment de la contre vérification est formé pour l'utilisation des DIU et implants et un système de référence est en place pour les méthodes permanentes ;
- **Services d'observation** : tous les critères sont actuellement remplis en dehors de la disponibilité permanente de la lumière, de l'eau potable et d'un point d'eau pour laver les mains alors qu'à l'évaluation seule la confidentialité entre hommes et femmes était respectée ;
- **PEV et de consultation préscolaire** : le réfrigérateur fonctionne avec des accumulateurs de froid bien congelés, les fiches CPS vierges sont en quantité suffisante, le registre bien tenu et le système de récupération des abandons mis en place.

5.3. Centre de santé Ilonge :

Les cotes sont restées presque les mêmes pour six domaines pendant que des différences très significatives s'observent dans les domaines suivants :

- **Gestion financière** : l'infirmier soignant choisi ne connaît pas sa performance réalisée au cours du trimestre précédent ni le montant de sa prime de performance ;
- **Comité pour indigents** : aucun compte rendu du comité des indigents n'est disponible au moment de la contre vérification contre deux qui seraient vus à l'évaluation ;
- **Hygiène et stérilisation** : la clôture est actuellement vieillissante et laisse passer les animaux domestiques, aucune poubelle dans la cour, celles se trouvant dans les salles ne sont pas étiquetées, le personnel qui gère les déchets n'est pas protégé, les latrines sont mal entretenues et le protocole de stérilisation n'est pas disponible ;
- **Consultation externe** : les tarifs ne sont pas affichés, la salle de consultation n'a pas de porte et est de petites dimensions, le point d'eau n'est pas disponible et le matelas n'est pas placé sur le lit de consultation. La lumière n'est pas permanente, la PCIME n'étant pas intégrée, son protocole n'existe pas dans la salle de consultation ;
- **Planification familiale** : le modèle de pénis et les préservatifs ne sont pas disponibles dans la salle de démonstration et le personnel ne maîtrise pas le calcul de la cible attendue ;
- **Médicaments traceurs** : l'ocytocine et la SP sont les seuls produits se trouvant en quantités suffisantes au moment de la contre vérification alors que six produits seulement sur 19 manquaient à l'évaluation ;
- **Service de maternité** : contrairement à l'évaluation, l'éclairage n'est pas permanent, la poubelle n'est pas couverte, les rideaux n'existent pas entre le lit et la porte de la salle d'accouchement encore moins sur les fenêtres. Les boîtes stériles pour l'accouchement ou pour l'épisiotomie ne sont pas disponibles ainsi que les compresses stériles. La table d'accouchement avec un matelas déjà déchiré n'a pas les deux parties exigées.

5.4. Centre de santé Bosilia :

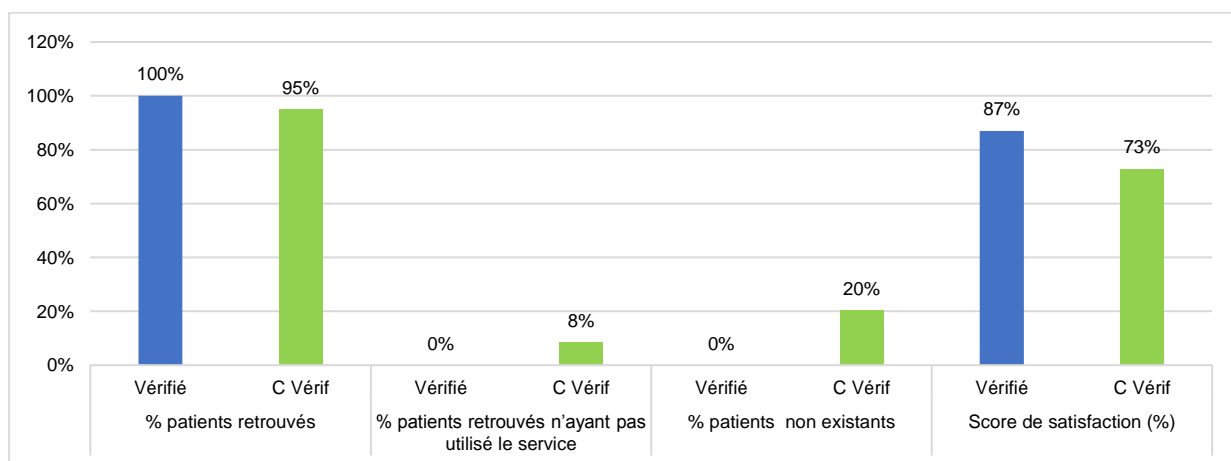
Le bâtiment du centre de santé se trouvant actuellement dans un état de délabrement très avancé avec un IT qui est à son deuxième jour de travail, le score de la qualité des prestations connaît un écart de 28% entre l'évaluation et la contre vérification essentiellement pour les domaines suivants :

- **Organisation générale** : la nouvelle équipe affectée au centre de santé ne dispose d'aucun compte rendu comme archive. L'équipe précédente serait partie avec tous les documents, un seul rapport SNIS sur les trois du trimestre est disponible ;
- **Plan de management** : le plan de management serait également emporté par l'IT prédécesseur ;
- **Gestion financière** : les rapports financiers et le livre de caisse non disponibles au moment de la contre vérification, l'outil d'indices, bien que correctement expliqué par les deux prestataires présents au centre de santé au moment de la contre vérification, a été emporté par l'ancien IT ;
- **Comité pour indigents** : l'unique compte rendu qui serait vu par l'évaluation n'a pas été rendu disponible à la contre vérification ;
- **Hygiène et stérilisation** : les toilettes sont mal entretenues, la fosse d'élimination des déchets est remplie, située à environ 10 mètres du bâtiment du centre de santé et le registre n'est pas tenu pour la date de sa création et son emplacement ;
- **Consultation externe** : le tarif n'est pas affiché au moment de la contre vérification. Il serait emporté par les eaux de pluie, les copies de contre référence ne sont pas classées, les différents protocoles de prise en charge des maladies courantes seraient également emportés par les eaux de la pluie ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : le paracétamol, le fefol et le vermax choisis ne sont pas disponibles et leurs fiches de stock n'existent pas. Le cahier de réquisition n'existe pas pour comparer les quantités servies aux quantités réquisitionnées et les ordonnances ne sont pas classées. L'endroit où les médicaments sont censés être stockés n'est pas aéré ;
- **Médicaments traceurs** : aucun produit n'est disponible en dehors de l'eau distillée et les CMM ne sont pas calculées ;
- **Service de maternité** : la poubelle n'est pas couverte, il n'y a pas de rideau entre la porte et la table d'accouchement, l'échelle pour mesurer le poids n'est pas fonctionnelle, aucun gant stérile disponible, aucune boîte obstétricale ou d'épisiotomie n'est disponible, tout comme le fil de ligature et la pommade à la tétracycline ;
- **Soins prénatals** : la balance pèse-personne n'est pas fonctionnelle, aucune fiche disponible et le groupe CCC n'est pas opérationnel.

4.2.6. Résultats de la contre vérification communautaire

1. Zone de santé de Boende :

Graphique 5 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Boende



Commentaires :

Alors que l’EUP confirme que tous les patients retrouvés ont utilisé les services et qu’ils existent, la contre vérification communautaire, relève 8% des patients n’ayant pas utilisé les services et surtout 20% non existants.

Cette situation augure d’une tricherie probable surtout que des écarts importants ont été constatés entre les quantités validées et les quantités contre vérifiées.

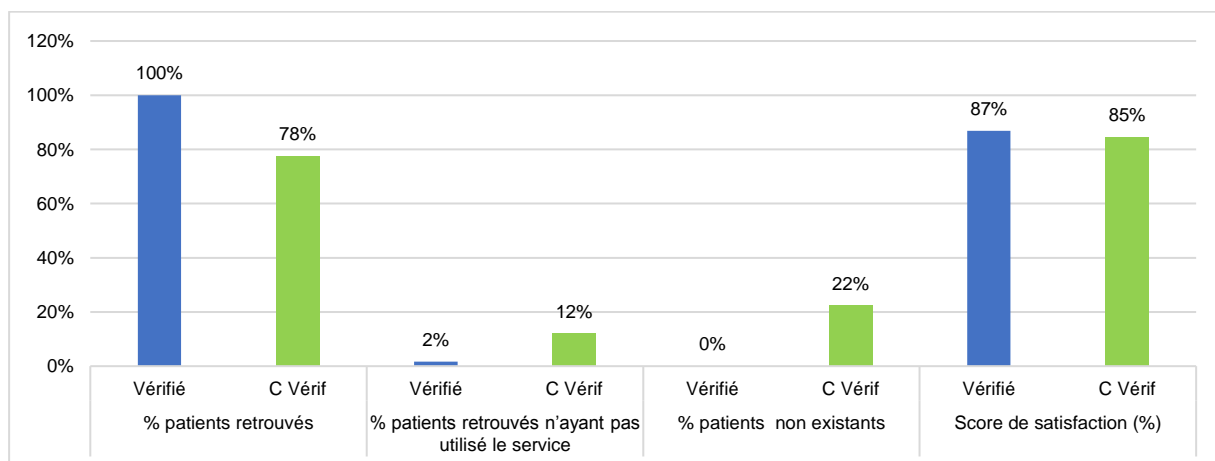
Le taux de satisfaction estimé à 87% pendant les enquêtes communautaires, est revenu à 72% pendant la contre vérification communautaire.

N’ayant pas été satisfaits pour certains domaines, les usagers ont formulé les suggestions ci-après :

- **Personnel** : affecter un personnel qualifié (IA) au centre de santé CDCC ;
- **Equipement** : équiper l’HGR et le centre de santé Bolemba ;
- **Médicaments** : approvisionner en médicament l’HGR et le centre de santé Bolemba ;
- **Tarif des soins** : respecter la tarification à l’HGR et au centre de santé Bolemba ;
- **Hygiène** : déclarée assez bonne dans presque toute les FOSA, les usagers ont suggéré que les prestataires rendent les CS propre, avec un accent mis sur les toilettes.

2. Zone de santé d’Ikela :

Graphique 6 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé d’Ikela



Commentaires :

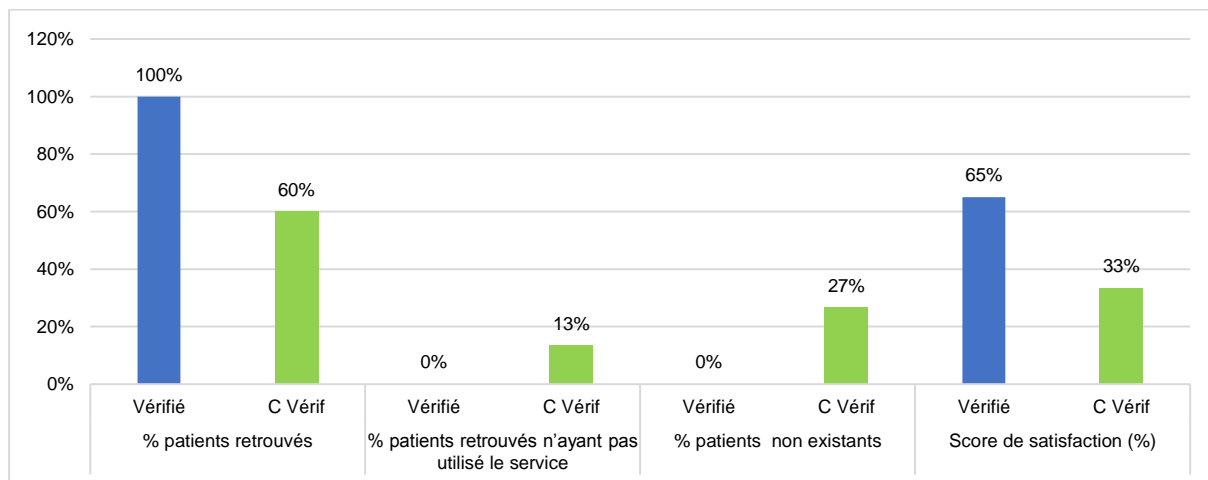
Le taux de patients retrouvés dans les ménages est passé de 100% déclaré par l’EUP à 78% à la contre vérification et 22% sont des non existants bien que la vérification ait confirmé le 100% de patients existants, ce qui explique l’écart entre la validation et la contre vérification ;

Estimé à 87% à la vérification, le taux de satisfaction des usagers est passé à 85% avec les suggestions ci-dessous faites par les usagers :

- **Accueil** : raccourcir le temps d’attente dans les CS Yolombo et Boboto en commençant le travail à temps ;
- **Personnel** : expliquer la maladie diagnostiquée aux usagers, et comment peuvent-ils se comporter en post cure à domicile ;
- **Médicaments** : approvisionner les formations sanitaires avec les quantités suffisantes de médicaments afin d’éviter les ruptures conduisant à la remise des ordonnances aux patients afin de les honorer dans les officines privées alors que la tarification forfaitaire est d’application ;
- **Tarif des soins** : réduire la tarification de soins car les soins coûtent chers ;
- **Hygiène** : maintenir les toilettes et douches propre.

3. Zone de santé de Lingomo :

Graphique 7 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Lingomo



Commentaires :

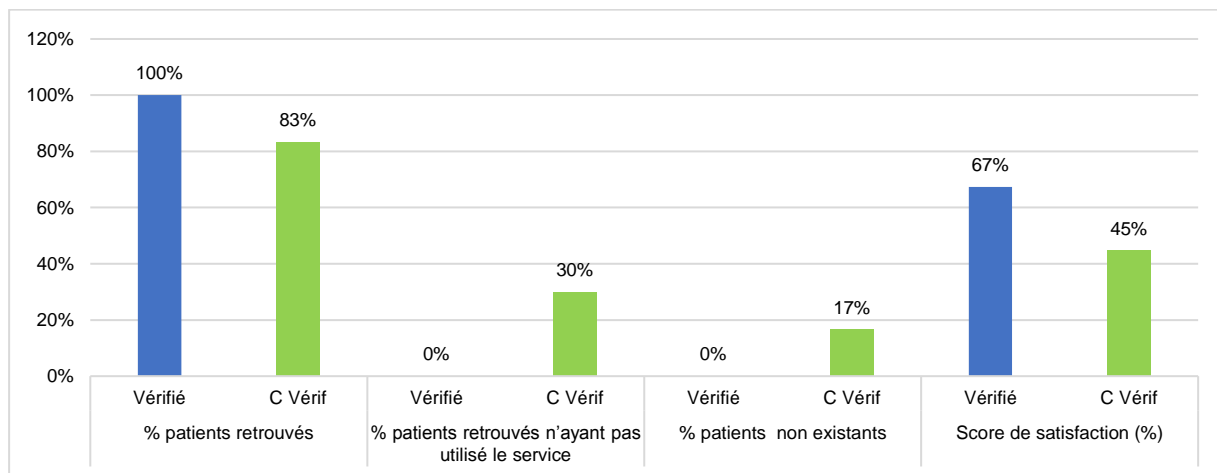
La vérification confirme avoir trouvé tous les usagers et que tous ont utilisés le service de santé, alors que les résultats de la contre vérification communautaire démontrent 40% de non retrouvés avec 13% de patients n'ayant pas utilisés le service et le taux de non existant est passé de 0 à 27% à la contre vérification.

Le taux de satisfaction estimé à 65% pendant les enquêtes communautaires, est revenu à 33% pendant la contre vérification communautaire ; avec les suggestions ci-après faites par les usagers :

- **Accueil** : améliorer l'accueil des patients et commencer le travail assez tôt pour limiter le fil d'attente des patients ;
- **Personnel** : porter la blouse blanche et expliquer aux usagers la maladie diagnostiquée et donner des conseils à titre de prévention ;
- **Equipement** : doter les structures d'équipements de qualité ;
- **Médicaments** : doter et maintenir les médicaments disponibles dans les formations sanitaire afin de minimiser la prescription des ordonnances aux patients ;
- **Tarif des soins** : revoir la tarification de soins à la baisse et la respecter ;
- **Hygiène** : rendre l'HGR et les CS propres surtout les toilettes, les douches et la salle d'hébergement

4. Zone de santé de Mondombe :

Graphique 8 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Mondombe



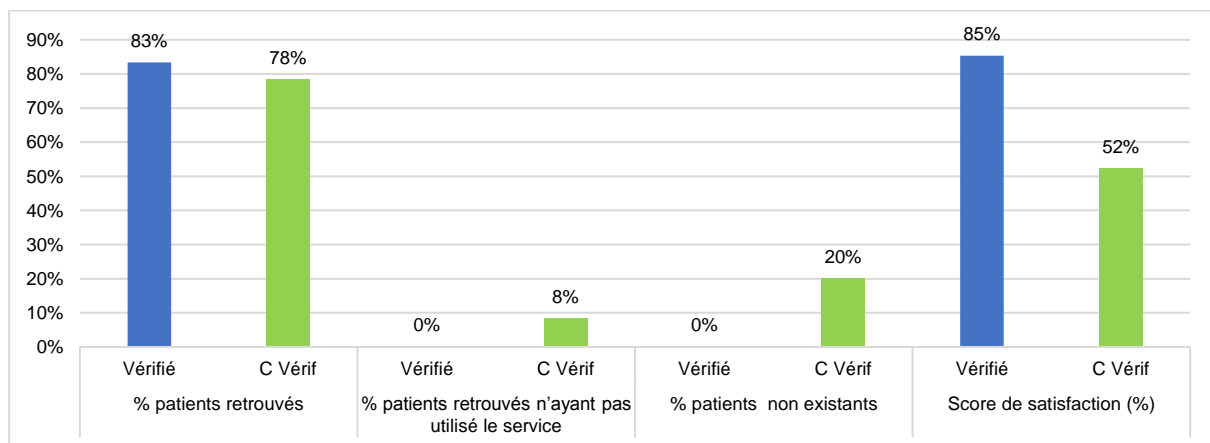
Commentaires :

La vérification a confirmé 100% de patients retrouvés ayant utilisé le service, la contre vérification communautaire a montré 83% de patients retrouvés dont 30% n'ont pas utilisé le service et 17% sont inexistant dans les ménages indiqués ; ce qui expliquerait les écarts importants constatés ; Le taux de satisfaction des usagers est passé de 67 à 45% à la contre vérification avec les suggestions suivantes faites par les usagers dans les domaines ci-dessous :

- **Accueil** : améliorer l'accueil à l'HGR et dans les CS de Yetsi, Yalonga 1 et 2 et Yangoli
- **Personnel** : le personnel doit s'habiller en blouse blanche et éviter les files d'attente en commence tôt le matin et aux heures requises ;
- **Equipement** : doter les formations médicales d'équipements de qualité et complets ;
- **Médicaments** : approvisionner les formations sanitaires avec des médicaments en quantité suffisante ;
- **Tarif des soins** : réduire la tarification de soins et la faire respecter ;
- **Hygiène** : déclarée défectueuse, les usagers ont suggéré l'amélioration des conditions hygiéniques dans les parcelles des CS et de l'HGR (toilettes et douches)

5. Zone de santé de Wema :

Graphique 9 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Wema



Commentaires :

Alors que l'EUP confirme que tous les patients retrouvés ont utilisé les services et qu'ils existent, la contre vérification communautaire, relève que 8% des patients n'ont pas utilisé les services et surtout 20% sont non existants.

Cette situation frise la tricherie expliquée par des écarts importants constatés entre les deux types de vérification.

Le taux de satisfaction estimé à 85% pendant les enquêtes communautaires, est revenu à 52% pendant la contre vérification communautaire.

Les suggestions ci-après ont été formulées par les usagers :

- **Personnel** : expliquer les causes de la maladie et les précautions à prendre au cours du traitement pour prévenir dorénavant la maladie ;
- **Equipement** : doter suffisamment les FOSA en équipements ;
- **Médicaments** : approvisionner les FOSA avec de grandes quantités de MEGs et stopper les ordonnances à payer dans les pharmacies privées ;
- **Tarif des soins** : respecter la tarification négociée ;
- **Hygiène** : maintenir les formations médicales propres surtout les toilettes et les douches.

4.2.7. Evaluation du respect des procédures

4.2.7.1. *Appréciation du respect des procédures du FBP*Tableau 23 : *Appréciation du respect des procédures du FBP dans la province de la Tshuapa*

N°	Actions Phares	Echéancier	Responsables	Buttoir (T Ou M/Dates)	Exécution		Respect Procédures	Problèmes Identifiés
					Prévue	Réalisée	OUI/NON	
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	15/01/19	13/04/2019	NON	
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	04/06/19	19/08/19	NON	
3.	Demande de Non Objection pour évaluation qualité HGR	10 ^{ème} jour du troisième mois du trimestre concerné par évaluation qualité (M0)	PDSS	T(M3) /10	10/06/19	12/09/19	NON	
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	20/06/19	01/10/19	NON	
5.	Mise à disposition des fonds pour évaluation qualité HGR	27 ^{ème} jour du troisième mois du trimestre concerné par évaluation qualité (M0)	CAGF/PDSS	T(M3) /27	27/06/19	NR	NON	Non encore payé : dossier soumis par la DPS est incomplet
6.	Evaluation de la qualité CS	Fin du troisième mois du trimestre concerné (M0)	ECZ	T+M1/15	15/07/19	3/07/19	OUI	
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	15/07/19	3/08/19	NON	Performance ECZ Mondombe : 3/08/2019
8.	Déclaration des prestations	5 jours du premier mois qui suit le trimestre (T+5 jours)	FOSA	T+M1/5	05/07/19	07/07/2019	NON	
9.	Vérification de la quantité	25 ^{ème} jour du premier mois qui suit le trimestre (T+25 jours)	Vérificateur EUP	T+M1/25	25/07/19	31/07/2019	NON	Le vérificateur de Lingomo était tombé malade sur le terrain

N°	Actions Phares	Echéancier	Responsables	Buttoir (T Ou M/Dates)	Exécution		Respect Procédures	Problèmes Identifiés
					Prévue	Réalisée	OUI/NON	
10.	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	02/08/19	6/08/2019	NON	
11.	Harmonisation entre portail et Bordereau	5 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+35 jours)	Vérificateur EUP	T+M2/5	05/08/19	6/08/2019	NON	
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/C charge de Programme	T+M2/6	06/08/19	6/08/2019	OUI	
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	08/08/19	9/08/2019	NON	
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	09/08/19	9/08/2019	OUI	
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	10/08/19	10/08/2019	OUI	
16.	Transmission au PDSS et CT-AS	11 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+41 jours)	Direction de l'EUP	T+M2/11	11/08/19	11/08/2019	OUI	
17.	Comparaison des factures avec les données du Portail	15 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+45 jours)	CT-AS	T+M2/15	15/08/19	21 au 22/08/2019	NON	
18.	Transmission factures validées CT-AS au CAGF/PDSS	16 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+46 jours)	CT-AS	T+M2/16	16/08/19	26/08/2019	NON	
19.	Transmission CAGF/PDSS vers Banque (Ordre de virement)	21 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+51 jours)	CAGF/PDSS	T+M2/21	21/08/19	NR	NON	
20.	Virement de la Banque vers les comptes bénéficiaires (FOSA, ECZ, ECP)	25 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+58 jours)	Banque	T+M2/25	25/08/19	NR	NON	
21.	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	02/09/19	NR	NON	
22.	Messages auprès des FOSA	4 ^{ème} jour du troisième mois qui suit le trimestre (T+66 jours)	EUP et Antennes	T+M3/4	04/09/19	NR	NON	
23.	Déplacement des FOSA pour retrait	25 ^{ème} jour du troisième mois qui suit le trimestre (T+87 jours)	FOSA	T+M3/25	25/09/19	NR	NON	
24.	Production des rapports des enquêtes communautaires	30 ^{ème} jour du troisième mois qui suit le trimestre (T+90 jours)	ASLO	T+M3/30	30/09/19	NR	NON	

Source des normes : Nouveau cycle de paiement PBF

Commentaires :

Cinq étapes seulement sur les 24 ont respectés les dates butoirs dans la chaîne de paiement des subsides du deuxième trimestre 2019 à la Tshuapa.

En effet, des retards se sont accumulés de la manière suivante pour les autres étapes :

- **Validation du Plan de management (semestriel) :** les plans de management des différentes entités qui couvrent les six premiers mois de l'année n'ont été validés qu'au mois d'avril 2019 soit un retard de trois mois ;

- **Transmission de la demande de paiement et des TdRs évaluation qualité HGR et performance ECZ** : le retard dans la validation des plans de management pouvait être absorbé si la transmission de la demande de paiement et des TdRs pour l'évaluation qualité des HGR et des performances ECZ était faite dans le délai. Cette demande n'est intervenue qu'au mois d'août 2019. Une note circulaire serait envoyée par le PDSS pour reconduire les cotes obtenues au T1/2019 afin de combler ce retard. A la Tshuapa, cette note serait parvenue à la DPS au moment où certaines évaluations étaient déjà en cours ;
- **Demande de Non Objection pour évaluation qualité HGR** : le PDSS a pris encore un mois de plus avant de procéder à la demande de non objection dont l'octroi a été obtenu deux semaines plus tard ;
- Le dossier soumis par la DPS ayant été jugé incomplet **la mise à disposition des fonds pour l'évaluation des HGR et ECZ** se fait toujours attendre jusqu'au moment de la contre vérification ;
- **Evaluation de la qualité HGR et performance ECZ** : avec un préfinancement de la DPS, les évaluations de la qualité des prestations des HGR et des cadres de performance des ECZ a pu se réaliser avec un retard de deux semaines ;
- **Déclaration des prestations** : certaines déclarations ont été faites dans les délais mais les toutes dernières ont connu un léger retard de deux jours ;
- **Vérification de la quantité** : le fait qu'un vérificateur de la zone de santé de Lingomo soit tombé malade en pleine mission aurait entraîné une semaine de retard dans la réalisation des différentes **vérifications quantitatives**, 4 jours de retard pour **l'encodage des données dans le portail web**, un jour de retard pour l'harmonisation entre le portail et les bordereaux.
- Par contre, ces différents retards ont été absorbés au moment de **l'émission des factures** qui s'est faite à la date prévue du 6 août 2019 ;
- **La validation des factures par le GT Financement & CSU** et la **transmission factures et PV de validation au niveau de la direction EUP** ont eu lieu le même jour suivi de la **transmission de ces factures au PDSS et la CT-AS** dans les deux jours qui ont suivi.

C'est à partir de cette étape que le retard s'est accumulé pour **la comparaison des factures avec les données du Portail, la transmission factures validées CT-AS au PDSS, la transmission CAGF/PDSS vers Banque (Ordre de virement)** ainsi que le **virement de la Banque vers les comptes bénéficiaires (FOSA, ECZ, ECP)** qui n'est toujours pas encore fait au moment de la production de ce rapport de contre vérification.

Il sied de noter les efforts fournis par la DPS et l'EUP pour organiser les missions d'évaluation des HGR et ECZ et rattraper les retards pour l'encodage des données, la production des factures, leur validation ainsi que leur transmission au PDSS et la CT-AS.

4.2.7.2. Evaluation du contrôle administratif et financier de toutes les factures

Tableau 24 : Evaluation du contrôle administratif et financier dans la province de la Tshuapa

DPS TSHUAPA	FOSA	Montant déclaré (a)	Montant du portail (b)	Ecart (a-b)	%[(a-b)/a]
ZS Boende	CS Bolemba	5197	5197	0	0,00%
	CS CDCC	1694,2	1694,2	0	0,00%
	CS Ndjafa	2678,1	2674,5	3,6	0,13%
	CS Imbo	2518,2	2518,2	0	0,00%
	CSR Iyaa	1592,95	1592,95	0	0,00%
	HGR Boende	16537,85	16537,85	0	0,00%
Synthèse ZS Boende		30218,3	30214,7	3,6	0,01%
ZS Ikela	CS Yolombo	5862,9	5862,9	0	0,00%
	CS Boboto	5068,8	5068,8	0	0,00%
	CS Lofusoloko	6244,1	6244,1	0	0,00%
	CS Ikomaloki	5071,2	5071,2	0	0,00%
	CS Mamba	3549,1	3575,3	-26,2	-0,74%

DPS TSHUAPA	FOSA	Montant déclaré (a)	Montant du portail (b)	Ecart (a-b)	%[(a-b)/a]
	HGR Ikela	25563,85	25563,85	0	0,00%
Synthèse ZS Ikela		51359,95	51386,15	-26,2	-0,05%
ZS Lingomo	CS Bosenge	517,1	517,1	0	0,00%
	CS Lingomo MC	2564,3	2564,3	0	0,00%
	CS Yalokoli	2662,1	2662,1	0	0,00%
	CS Yofaka	3119,85	3119,85	0	0,00%
	CS Yasolo	1128,2	1128,2	0	0,00%
	HGR Lingomo	15897,55	15897,95	-0,4	0,00%
Synthèse ZS Lingomo		25889,1	25889,5	-0,4	0,00%
ZS Mondombe	CS Yetsi	4248,5	4248,5	0	0,00%
	CS Yolonga 2	1493,7	1493,7	0	0,00%
	CS Yongoli 2	1699,3	1699,3	0	0,00%
	CS Ekanga	1963,8	1963,8	0	0,00%
	CS Yanseka	2838	2838	0	0,00%
	HGR Mondombe	22402,5	22402,5	0	0,00%
Synthèse ZS Mondombe		34645,8	34645,8	0	0,00%
ZS Wema	CS Bokutu	2077,7	2077,7	0	0,00%
	CS Likete	2417,8	2417,8	0	0,00%
	CS Etata	944,8	944,8	0	0,00%
	CS Ilonge	1515,6	1515,6	0	0,00%
	CS Bosilia	661,9	661,9	0	0,00%
	HGR Wema	11087,25	11087,25	0	0,00%
Synthèse ZS Wema		18705,05	18705,05	0	0,00%
Synthèse DPS TSHUAPA		160818,2	160841,2	-23	-0,01%

Commentaires

Aucune différence significative n'est constatée entre les montants déclarés sur les factures en dur et ceux inscrits dans le portail.

4.2.7.3. Evaluation du système d'archivage et de gestion de la documentation

Analyse des traces d'utilisation par les utilisateurs (Logs)

Tableau 25 : Distribution des données saisies et validées dans la province de la Tshuapa

	ZS Boende		ZS Ikela		ZS Lingomo		ZS Mondombe		ZS Wema		Autres ZS		Total	
	Saisie	Val	Saisie	Val	Saisie	Val	Saisie	Val	Saisie	Val	Saisie	Val	Saisie	Val
Avance et Budget ECZS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	9	9
Evaluation Communautaire (T - 1)	28	28	20	20	14	14	20	20	15	15	75	75	172	172
Evaluation de la performance des ECZS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	9	9
Evaluation de la Qualité des Centre de Santé	27	27	19	19	13	13	19	19	14	14	71	71	163	163
Evaluation de la Qualité des Hôpitaux	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	9	9
Quantité PCA	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	12	12	27	27
Quantité PMA	81	81	57	57	39	39	57	57	42	42	213	213	489	489
Total général	142	142	102	102	72	72	102	102	77	77	383	383	878	878

Commentaires :

Le jour de l'extraction du fichier log (20 septembre 2019), le portail avait enregistré 878 données saisies avec un pourcentage maximal de validation et de verrouillage des données. Ceci est une prouesse à saluer et l'ACVE encourage l'EUP a gardé le même standard pour les prochains trimestres.

Les domaines pour lesquelles les données ont été encodées sont l'avance budget ECZS, l'évaluation communautaire, l'évaluation de la qualité des CS et des HGR, ainsi que la quantité PCA et PMA.

De l'analyse du fichier log, nous avons souligné un seul problème :

La non promptitude quant à la saisie des données sur le portail

Le 28 août 2019, à l'extraction du fichier de la complétude et de la promptitude des données, la Tshuapa n'était qu'à 28.9% de promptitude. Et l'analyse approfondie de ces informations, montre qu'aucune zone de santé n'a atteint la barre de 60% de promptitude. Il n'y a que les encodages des ZS d'Ikela, Bokungu, Boende et Yalifafu qui ont atteint entre 42,7 et 56,7% de promptitude. La zone de santé de Mondombe et celle de Djolu ont quant à elles réalisé respectivement, 1,1% et 0,7% de promptitude. Ceci démontre combien d'efforts doivent encore être consentis pour que la promptitude au jour de l'échéance soit à 100%.

L'EUP explique ce retard par le fait qu'un vérificateur soit tombé malade au cours de sa mission de terrain, et un autre avait connu une panne de moto, ce qui a eu comme effet leur rentrée tardive par rapport aux autres collègues, et par succession des faits, une saisie tardive des données sur le portail. Toutefois, cette raison ne peut expliquer le faible taux de promptitude de toute la province car les autres vérificateurs avaient la possibilité d'encoder les données à temps, ce qui n'a pas été le cas.

Analyse du système d'archivage

Les données issues des vérifications, des évaluations, des PM, des contrats, ainsi que des bordereaux sont archivées de la manière suivante au niveau du bureau de l'EUP :

- L'archivage des données en dur : les documents en durs sont gardés dans des classeurs qui sont identifiables par leurs noms et sont placés d'une manière chronologique sur des étagères conçues à cet effet. Toutefois, on note que quelques documents ne sont pas gardés ou sont mal archivés. Ainsi, quelques grilles de qualité, PM, bordereaux, et contrats n'ont pas été retrouvés lors de la mission de contre vérification pour la période de T2/2019. L'EUP devrait consentir beaucoup d'efforts sur le classement des données qui sont une source précieuse d'information en vue d'un contrôle interne ou externe ;
- L'archivage électronique : il n'est pas encore très développé. Ceci est dû à un manque d'appareil de numérisation de bonne qualité, d'un disque dur externe mais aussi du mauvais archivage des données en dur. Le seul scanner qu'utilise l'EUP n'est pas destiné à la numérisation de plusieurs documents, d'où la nécessité de se procurer un autre appareil.

Analyse de la cohérence des données

LEGENDE

Dans cette section, la présentation des résultats se fait sous forme de tableaux, mettant en exergue les écarts de cohérence entre les données validées du DHIS2 du PDSS et du portail web saisies par les différentes entités de vérification (l'Equipe Cadre de Province, les Equipes cadre de Zone de Santé, les EUP/AAP). Ainsi la 1^{ère} colonne renseigne les données DHIS2 du PDSS, la seconde est relative aux données du portail web et la 3^{ème} rapporte l'écart entre les deux précédentes, dont la formule de calcul est la suivante : **(données DHIS2 – données portail Web)**

Pour une meilleure lisibilité et compréhension des tableaux, **les codes couleurs** suivants ont été adoptés par l'ACVE.

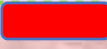

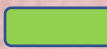
	Rouge : DHIS2 > Portail Web
	Jaune : DHIS2 < Portail Web
	Vert : DHIS2 = Portail Web

Tableau 26 : Incohérences des données validées Portail Web DHIS2 DPS Tshuapa

Organisation unit Data / Période	Boende HGR		Ecart
	Portail	DHIS2	
Accouchement assisté - eutocique - val	37	37	0
Accouchement dystocique (césarienne exclut) - val	13	13	0
Cas TBC-BK positifs traités et guéris - val	45	45	0
Césarienne (50% des accouchements dystociques) - val	39	39	0
Chirurgie majeur (population x 0.5%) - val	86	86	0
Chirurgie majeure pour patient vulnérable - plafond 10% - val	0	0	0
Consultation Externe référée (et rétro-information donnée) - médecin - val	79	79	0
Consultation Prénatale 1ère visite - val	25	25	0
Consultation Prénatale 4ème visite - val	4	4	0
Dépistage conseil du VIH initié par le prestataire - val	283	283	0
Dépistage des cas TBC - BK positifs - val	46	46	0
Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophyl - val	0	0	0
Journée d'hospitalisation - val	3273	3273	0
Journée d'hospitalisation - patient vulnérable - plafond 10% - val	0	0	0
Nombre de nouveaux cas sous ARV - val	66	66	0
Petite Chirurgie - patient vulnérable - plafond 10% - val	0	0	0
Petite Chirurgie (population x 1%) - val	51	51	0
PF : Acceptante nouvelle et renouvellement (DIU et implant) - val	13	13	0
PF : Acceptante nouvelle et renouvellement (oral & inj) - val	23	23	0
PF : Ligatures et vasectomies - val	0	0	0
Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH+ - val	0	0	0
Soins Après Avortement			0
SP3/TPI3 : Troisième dose du Sulfadoxine Pyriméthamine chez la femme enceinte - val	9	9	0
Transfusion de sang - volontaire - val	22	22	0
VIH/ SIDA : Nombre de clients ARV suivi dans le semestre - val	41	41	0

Commentaires :

Nous n'avons noté aucun écart entre les données issues du portail et celles du DHIS2, ce qui pousse à conclure que les données sont correctement importées de la première vers la deuxième plateforme de gestion des données, à l'exemple de l'hôpital général de référence de Boende représenté dans le tableau ci-haut.

Comparaison des scores qualité collectés sur le terrain et ceux saisis dans le portail

Tableau 27 : Ecart des scores qualité entre les grilles, le portail et la contre vérification dans la province de la Tshuapa

Zones de santé	FOSA	Score grille qualité en dur (a)	Score qualité portail (b)	Score qualité en dur saisie / ACVE (c)	Ecart 1 (a-b)	Ecart 2 (a-c)
Boende	CS Bolemba	73,88	73,88	73,4	0	0,48
	CS CDCC	60,68	60,38	60,8	0,3	-0,12
	CS Ndjafa	62	60,69	62,1	1,31	-0,1
	CS Imbo	52,13	52,13	54,4	0	-2,27
	CS Iyaa	54,60	58,75	58,9	-4,15	-4,3
	HGR	71	71,57		-0,57	
Ikela	CS Yolombo	41,20	41,19	40,9	0,01	0,3
	CS Boboto	32,8	32,78		0,02	
	CS Lofusoloko	61	58,83	61,8	2,17	-0,8
	CS Ikomaloki	68	65,19	68,7	2,81	-0,7
	CS Mamba	54,8	50,08	54,8	4,72	0
	HGR	65,50	65,48		0,02	
Lingomo	CS Bosenge	45,13	45,13	45	0	0,13
	CS Lingomo MC	54	54,19	53,8	-0,19	0,2
	CS Yalokoli	54,2	54,2	54,6	0	-0,4
	CS Yofaka	53	53,69	51,1	-0,69	1,9
	CS Yasolo	47,88	47,88	47,5	0	0,38
	HGR	57	57		0	

Commentaires :

Après comparaison des données entre les scores en dur et ceux saisis sur le portail, nous n'avons remarqué aucun écart significatif. Les données sont correctement transcrites sur le portail par les vérificateurs sans chercher à gonfler les scores des FOSA ayant obtenu moins de 50% afin de leur permettre d'être éligibles pour l'obtention du bonus lié à la qualité.

4.3. Contrevérification dans la DPS HAUT KATANGA

Figure 7 : Répartition géographique des zones de santé sélectionnées dans la province du Haut Katanga

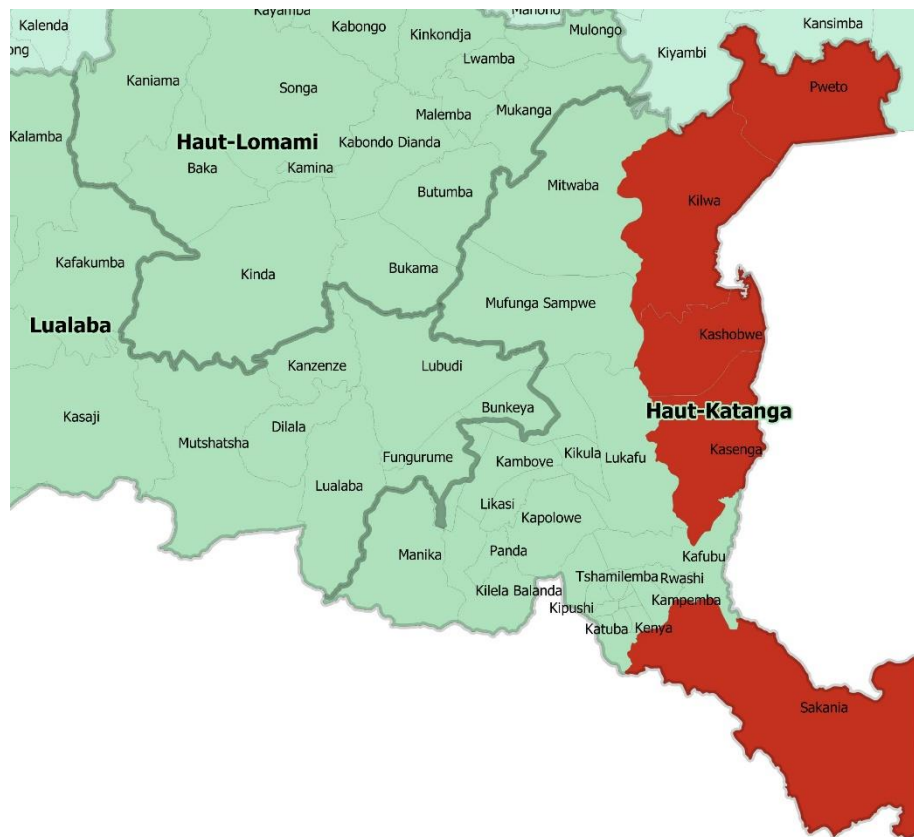


Tableau 28 : Mapping général des écarts entre l'évaluation/vérification et la contre vérification dans le Haut Katanga

ECP	NON REALISEE					
EUP	NON REALISEE					
ECZ	NON REALISEE					
HGR Quantité	0,0%	56,1%	38,2%	49,7%	9,0%	30,6%
HGR Qualité	NON REALISEE					
CS Quantité	25,4%	34,7%	28,5%	20,2%	18,6%	25,5%
CS Qualité	4,0%	19,8%	17,7%	14,3%	26,8%	16,5%
Enquêtes communautaires (patients non existants)	39,2%	23,3%	30,0%	28,3%	41,1%	32,4%
Zone de santé	Kasenga	Kashobwe	Kilwa	Pweto	Sakania	Moyenne

Commentaires :

Le contrat unique de la DPS Haut – Katanga n’a été signé qu’au mois de juillet 2019 et ne pourra être évalué qu’à la fin du troisième trimestre 2019.

L’EUP n’est pas encore été évalué pour le deuxième trimestre au moment de la contre vérification mais aussi l’ECP n’a procédé ni à l’évaluation des cadres de performances des ECZ ni à l’évaluation de la qualité des prestations des hôpitaux généraux de référence.

Par conséquent, les écarts observés à la suite de la contre vérification dans la province du Haut – Katanga pour le deuxième trimestre 2019 n’ont concerné que :

- **Contre vérification quantitative des hôpitaux généraux de référence :** la disponibilité du billet de contre référence n’est pas courante dans l’ensemble des hôpitaux et pourtant les

données sont validées par l'EUP, le protocole opératoire parfois inscrit dans un registre en dehors du dossier du malade, les partogrammes ne sont pas toujours bien renseignés surtout quand les accouchements sont dirigés par un personnel non qualifié. Aussi toutes les fiches PF ne sont pas correctement classées surtout quand il s'agit d'une acceptante devant renouveler une méthode au cours du trimestre ;

- **Contre vérification quantitative des centres de santé :** les prestataires comptent sur l'insuffisance du temps d'analyse de toutes les fiches de consultation pour les classer de manière désordonnée poussant ainsi les vérificateurs à ne procéder qu'au simple comptage de ces fiches qui datent parfois de plus d'une année. Les billets de contre référence ne sont pas disponibles dans la structure ayant référé et certains accouchements sont encore dirigés par un personnel non qualifié avec des partogrammes mal remplis. La tenue et l'archivage des fiches CPoN sont loin d'être maîtrisés. En effet, les dates de rendez-vous entre la 2^{ème} et la 3^{ème} visites ne sont pas toujours respectées ou les prestataires les falsifient pour ramener les délais à 6 et 42 jours de l'accouchement. Ces dates ne sont pas mentionnées sur les fiches de consultation qui sont par endroit vierges. Ces fiches sont très difficiles à retrouver surtout pour les accouchés qui doivent passer leur 3^{ème} visite en dehors du trimestre ou encore celles ayant accouché avant le trimestre mais devant accomplir la 3^{ème} visite au cours du trimestre ;
- **Contre vérification qualitative des centres de santé :** la disponibilité des outils en l'absence des infirmiers titulaires (en mission au BCZ ou à la DPS) ne permet pas d'apprécier une bonne partie des prestations qualitatives en rapport avec l'organisation générale, la gestion financière, le plan de management, le comité des indigents voire les programmes verticaux telle la planification familiale ou le VIH. La non disponibilité des fiches des stocks des médicaments et la non maîtrise des consommations moyennes mensuelles affectent la qualité des prestations en rapport avec la gestion des médicaments dans plusieurs FOSA. Les conditions d'hygiène et le confort des malades ne sont pas maintenus après le passage des évaluateurs tout comme le respect des différents protocoles de prise en charge des maladies courantes ;
- **Contre vérification communautaire :** la proportion des patients non existants est très inquiétante dans toutes les 5 zones de santé allant jusqu'à 41% et 39% respectivement dans les zones de santé de Sakania et Kasenga, bien que l'échantillon soit constitué de 57 ménages à Kasenga (3 non répondants), 50 ménages dans la zone de santé de Kashobwe (CS Lukeka non enquêté) et 40 ménages dans la zone de santé de Sakania (CS Tshisenda et Mokambo non enquêtés). Il est évident que les tricheries soient organisées dans les différentes formations sanitaires surtout que des écarts importants se dégagent entre les quantités validées par l'EUP et celles confirmées par la contre vérification.

4.3.1. Contre vérification du cadre de performance de la DPS Haut Katanga



Le cadre de performance de la DPS Haut - Katanga n'a pas été évalué au T2/ 2019 par le comité provincial de pilotage du secteur santé car le contrat n'a été signé qu'au mois de juillet 2019. Par conséquent la contre vérification n'a pas pu être réalisée à ce niveau.

4.3.2. Contre vérification du cadre de performance de l'Agence de Contractualisation et de Vérification (EUP)



Le cadre de performance de la DPS de l'EUP Haut - Katanga n'a pas été évalué au T2/ 2019 par la cellule de suivi évaluation de MSP. Par conséquent la contre vérification n'a pas pu être réalisée à ce niveau. La mission de la CSE était en cours pour procéder à l'évaluation du 2^{ème} et 3^{ème} trimestre 2019 alors que les vérifications du 3^{ème} trimestre étaient également en cours d'exécution.

4.3.3. Contre vérification du cadre de performance des équipes cadres de zones de santé du Haut Katanga



Les cadres de performance des ECZ du Haut – Katanga n’ont pas été évalués au T2 /2019 par l’ECP. D’où la contre vérification n’a pas pu être également réalisée.

4.3.4. Résultats de la contre vérification des hôpitaux généraux de référence du Haut Katanga

4.3.4.1. Contre vérification quantitative

Les écarts quantitatifs n’ont pas été très marquants dans les HGR de Kasenga et Sakania même si dans tous les 5 HGR les consultations externes référées présentent des chiffres contrevérifiés inférieurs à ceux de la vérification essentiellement liée à la non disponibilité du billet de contre référence.

Tableau 29 : Résultats de la contre vérification quantitative des hôpitaux généraux de référence du Haut Katanga

N°	Service PCA	Kasenga			Kashobwe			Kilwa			Pweto			Sakania		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe référée (et retro-information donnée) - médecin	240	173	28%	171	80	53%	338	81	76%	239	92	62%	41	29	29%
2	Chirurgie majeure (population x 0.5%)	37	31	16%	41	2	95%	39	47	-21%	21	14	33%	14	14	0%
3	Accouchement assisté - eutocique	87	135	-55%	122	10	92%	53	0	100%	128	64	50%	64	48	25%
4	Césarienne (50% des accouchements dystociques)	17	17	0%	37	16	57%	43	33	23%	15	7	53%	13	13	0%
5	Dépistage des cas TBC - BK positifs	25	24	4%	1	1	0%	20	17	15%	11	11	0%	35	35	0%
6	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	55	51	7%	20	12	40%	14	9	36%	32	0	100%	206	206	0%
MOYENNE DES ECARTS				0%			56%			38%			50%			9%

Commentaires :

1. Hôpital général de référence de Kasenga

Pour les deux indicateurs suivants, les quantités validées par l’EUP sont inférieures à celles confirmées à la contre vérification :

- **Consultation externe référée (et retro-information donnée) – médecin** : sur 267 cas inscrits, 97 dossiers ne sont pas disponibles (en hospitalisation), 4 dossiers n’ont pas de billet de contre référence ;
- **Chirurgie majeure (population x 0.5%)** : sur 19 cas du mois d’avril 2019, 6 dossiers non disponibles, un cas du mois de mai 2019 inscrit deux fois (appendicite et péritonite secondaire avec falsification de la date de la 2^{ème} intervention dans le registre).

Par contre, certains partogrammes auraient été, soit complétés, soit refaits après la vérification faite par l’EUP ramenant de 87 à 135 le nombre **d’accouchement assisté**. Des corrections et autres ajouts seraient faits sur les partogrammes n’ayant pas été validés par l’EUP concernant le nom de l’accoucheur responsable, la date de l’accouchement,

2. Hôpital général de référence de Kashobwe

Pour les indicateurs suivants, des quantités inférieures à celles de la vérification se justifient par :

- **Consultation externe référée (et retro-information donnée) – médecin** : 65 sur 145 cas non validés par l’ACVE pour 5 cas d’incohérence de nom entre le registre et la fiche de consultation,

16 cas avec des ratures sur les noms et dates, 37 billets de référence et contre référence non vus, 2 billets de référence manquent le nom, date et signature de l'IT et 5 cas de doublons. Il est à signaler que tous les cas référés proviennent uniquement du centre de santé Niche ;

- **Chirurgie majeure (population x 0.5%)** : le registre du bloc opératoire pour le mois d'avril 2019 et une partie du mois de mai (jusqu'au 17/05/2019) n'existent pas. Sur les 24 cas enregistrés à partir du 18/05/2019 jusqu'au 30/06/2019, 7 dossiers comportent des ratures et surcharges, le nom et signature du chirurgien ne sont pas mentionnés sur le protocole opératoire, 12 cas d'incohérence de nom entre le protocole, fiche de consultation et le registre du bloc opératoire et 5 dossiers non retrouvés ;
- **Accouchement assisté – eutocique** : 12 accouchements dirigés par les stagiaires, 3 accouchements dystociques, 39 accouchements dirigés par les matrones 5 dossiers avec ratures et surcharge sur les dates d'admission et d'accouchement ;
- **Césarienne (50% des accouchements dystociques)** : le registre du bloc opératoire n'est complété qu'à partir du 17/05/2019 pour tout le trimestre, 21 cas non-inscrits dans le registre du bloc opératoire et 1 cas sans dossier élaboré ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : l'analyse des fiches de stock ne peut prouver que la prise en charge de 12 acceptantes contre les 20 cas déclarés comme ayant adhéré aux méthodes contraceptives et mis sous COC, POP et DMPA.

3. Hôpital général de référence de Kilwa

Malgré l'absence de 3 dossiers, l'invalidation de 3 cas de petite chirurgie et l'invalidation de 5 autres cas dont deux avec contradiction de nom entre le registre et la fiche et 3 dossiers sans noms et date sur les protocoles opératoires. La contre vérification a validé 47 cas de **chirurgie majeure** remplissant tous les critères contre 39 à la vérification.

Pour les 5 autres indicateurs, les quantités contrevérifiées sont largement inférieures à celles de la vérification pour les motifs suivants :

- **Consultation externe référée (et retro-information donnée) – médecin** : 68 cas invalidés pour absence de fiches, de billets de référence, incohérence entre le nom du registre et de la fiche, ratures et surcharges sur les billets de référence et deux cas de doublons. Aucune source ne renseigne sur les 338 cas validés par l'EUP ;
- **Accouchement assisté – eutocique** : tous les 81 cas déclarés ont été invalidés car 73 sont censés être dirigés par les deux infirmières du niveau A2 durant tout le trimestre même pendant leurs repos alors que les matrones confirment avoir dirigé les accouchements pendant la même période (le roulement de service de la maternité et le registre de présence demandé par la contrevérification pour faire la part de chose n'ont pas été présenté à l'équipe). 8 partogrammes n'ont pas de nom de la personne qui a dirigé l'accouchement ni de son assistant, même dans le registre ;
- **Césarienne (50% des accouchements dystociques)** : sur 58 cas, 25 ne sont pas confirmés par l'ACVE pour ratures et surcharges sur la date, incohérence entre la date d'admission et celle de l'opération, incohérence de nom sur la fiche et dans le registre ou encore pour contradiction entre l'indication de la césarienne et l'évolution du travail. En plus 16 fiches ne sont pas retrouvées pour les césariennes inscrites dans le registre ;
- **Dépistage des cas TBC - BK positifs** : 2 fiches non vues et 1 cas de rechute repris comme nouveau cas ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : sur les 14 cas validés par l'EUP, 2 fiches ne sont pas disponibles, un cas avec ratures et surcharges sur la date et deux cas d'incohérence de nom entre le registre et la fiche.

4. Hôpital général de référence de Pweto

Le nombre des malades TBC dépistés est resté le même entre la vérification et la contre vérification. Les 5 autres indicateurs présentent des différences énormes s'expliquent par les constats ci-après :

- **Consultation externe référée (et retro-information donnée) – médecin** : 239 cas sont validés par l'EUP alors que le registre ne mentionne que 135 cas parmi lesquels 25 présentent des incohérences entre le nom inscrit dans le registre et celui de la fiche, 4 doublons, 12 cas avec ratures et surcharges sur le nom et la date de la référence et 2 billets de contre référence sans nom du médecin ;
- **Chirurgie majeure (population x 0.5%)** : sur les 25 cas inscrits dans le registre, 5 dossiers non vues, 5 cas de contradiction de nom entre le registre, fiche et protocole opératoire et un protocole vierge ;
- **Accouchement assisté – eutocique** : 75 sur 139 cas non validés pour :
 - 28 cas avec contradiction des noms et des heures d'admission, d'ouverture de cervicogramme et de naissance de l'enfant ;
 - 12 partogrammes manquent le nom de la personne ayant dirigé l'accouchement ;
 - 9 partogrammes avec ratures et surcharges des dates (admission et naissance de l'enfant) ;
 - 2 dossiers hors période sous revue ;
 - 3 cas d'accouchement à domicile ;
 - 5 cas d'accouchement dystocique confondus aux accouchements eutociques ;
 - 2 dossiers non disponibles au moment de la contre vérification ;
 - 14 cas d'accouchement dirigés par un personnel non qualifié avec des partogrammes mal remplis ;
- **Césarienne (50% des accouchements dystociques)** : 6 sur 13 cas non validés pour contradiction de nom sur la fiche, partogramme, protocole et registre ; dossier avec protocole sans identité, partogramme vierge et césarienne non indiquée, ratures et surcharges sur le nom, incohérence entre le diagnostic et l'évolution du travail ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : la contre vérification n'ayant pas eu accès aux outils de la PF (registre PF et fiche), les 32 cas validés par l'EUP ne pouvaient être confirmés.

5. Hôpital général de référence de Sakania

Les différences significatives s'observent uniquement pour deux indicateurs sur les 6 sélectionnés :

- **Consultation externe référée (et retro-information donnée) – médecin** : cinq fiches non disponibles, 5 cas sans fiche de consultation et 3 cas sans billets de référence ;
- **Accouchement assisté – eutocique** : 15 accouchements sont dirigés par un personnel non qualifié et 1 partogramme mal renseigné.

4.3.4.2. Contre vérification qualitative



La qualité des prestations des HGR du Haut – Katanga n'a pas été évaluée au T2 2019 par l'ECP. De ce fait la contre vérification n'a pas pu être faite.

4.3.5. Résultats de la contre vérification des centres de santé du Haut Katanga

4.3.5.1. Contre vérification quantitative

L'absence de billets de contre référence, les accouchements dirigés par le personnel non qualifié et surtout la mauvaise tenue des partogrammes, des fiches CPoN et des fiches PF ont conduit à des différences très significatives entre la vérification et la contre vérification dans toutes les 5 zones de santé de la province.

1. Zone de santé de Kasenga

Tableau 30 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Kasenga

No	Service PMA	Chibambo			Kasomeno			Mfuta			Mission			Kisamamba		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe (nvx cas)	1862	1872	-1%	479	475	1%	574	769	-34%	697	663	5%	1069	1154	-8%
2	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	61	43	30%	0	0	0%	28	23	18%	134	134	0%	10	10	0%
3	Accouchement assisté	115	0	100%	186	163	12%	30	1	97%	0	0	0%	140	97	31%
4	Consultation Postnatale	68	0	100%	195	49	75%	52	0	100%	0	0	0%	45	0	100%
5	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	93	91	2%	0	15		12	0	100%	116	87	25%	38	38	0%
6	Dépistage des cas TBC - BK positifs	0	0	0%	14	14	0%	15	15	0%	0	0	0%	0	0	0%
	MOYENNE DES ECARTS			39%			18%			47%			5%			20%

Commentaires :

Le centre de santé Mission n'offre que 3 prestations sur les 6 sélectionnées, les 3 autres étant offertes par l'HGR. Les fiches de consultation externe du mois de mai 2019 n'ont pu être exploitées dans ce centre de santé suite à un archivage désastreux ne permettant pas de trouver les fiches des malades inscrits dans le registre.

Pour les 4 autres centres de santé, les différences entre les quantités validées par l'EUP et celles confirmées à la contre vérification sont significatives.

1.1. Centre de santé Chibambo :

Plusieurs cas sévères référés à l'hôpital, aucun accouchement assisté et aucune consultation post natale n'ont été validés par l'ACVE pour les raisons suivantes :

- **Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)** : sur un total de 149 inscrits, 71 fiches sont disponibles dont 26 avec falsification du mois de janvier 2019 changé en mois d'avril 2019 sur le billet de référence et de contre référence, 3 avec ratures sur la date de référence et contre référence ;
- **Accouchement assisté** : dans le registre, 177 cas sont inscrits. Tous les partogrammes sont disponibles mais mal remplis (la dilatation à l'admission différente de celle inscrite sur le cervicogramme, engagement fixe jusqu'à l'accouchement, le point de départ placé à la droite de l'heure de la phase active, ...) ;
- **Consultation Postnatale** : sur un total de 353 cas, 75 fiches disponibles sont invalidées pour plusieurs raisons notamment la date de la CPoN 2 antérieure à la date d'accouchement, la date de la 3^{ème} visite avec un intervalle de plus de 2 mois selon le rendez-vous donné, l'absence de date de rendez-vous, ...

1.2. Centre de santé de référence de Kasomeno :

La vérification a invalidé tous les cas de « **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** » alors qu'au moment de la contre vérification, sur 23 cas inscrits, 15 fiches sont disponibles et correctement remplies, bien qu'une fiche contienne des ratures et surcharges. Ce registre et fiches seraient reconstitués après la vérification ?

Par contre, pour deux indicateurs ci-après, les quantités de la vérification sont significativement supérieures à celles de la contre vérification :

- **Accouchement assisté** : sur 191 cas, 28 invalidés car 6 cas de césarienne et 22 partogrammes mal remplis (ratures, surcharges sur les adresses, noms, discordance de la dilatation au moment de l'admission et celle inscrite sur le cervicogramme, ...) ;

- **Consultation Postnatale** : sur un total de 193 cas inscrits au courant du trimestre, 20 fiches seulement concernent les noms repris dans le registre, lesquelles fiches ne mentionnent pas la date de rendez-vous pour la prochaine visite. Toutes les autres fiches n'ont rien à voir avec les cas inscrits dans le registre, le prestataire espérant sur le comptage simple des fiches en comparaison avec l'effectif repris dans le registre lors de la vérification de l'EUP.

1.3. Centre de santé Mfuta :

Malgré le fait que l'IT ait accepté d'envoyer la clé de son bureau où sont gardé la quasi-totalité des outils de collecte des données, certaines informations n'ont pu être fournies par les autres prestataires. L'IT reconnaît en outre (par téléphone) que le surplus de cas de **consultation externe (nvx cas)** trouvé au moment de la contre vérification provient des fiches qui ont été complétées après le passage de l'EUP.

Pour les autres indicateurs, les quantités à la contre vérification sont inférieures à celles de la vérification pour les raisons suivantes :

- **Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)** : les 5 cas de moins manquent de billet de référence et/ou de contre référence ou encore pour la non disponibilité de la fiche de consultation ;
- **Accouchement assisté** : sur un total de 80 cas inscrits au courant du trimestre avec 71 partogrammes disponibles, un seul est correctement rempli et tous les autres invalidés pour mauvais remplissage (ratures sur la dilatation, dates, cervicogrammes mal remplis, pas de précisions sur l'engagement du fœtus, ...) ;
- **Consultation Postnatale** : 71 cas enregistrés avec 29 fiches seulement disponibles. Sur toutes les fiches les dates de rendez-vous manquent parfois ou que les intervalles ne sont pas respectés. En plus, l'EUP aurait compté séparément la 2^{ème} et la 3^{ème} visites.

1.4. Centre de santé Kisamamba :

Deux indicateurs présentent des différences quantitatives énormes entre la vérification et la contre vérification. Il s'agit de :

- **Accouchement assisté** : sur 180 inscrits, aucun partogramme disponible pour les 55 cas du mois d'avril 2019 (rupture de stock), 2 partogrammes non disponibles au mois de mai 2019 et 23 autres avec des ratures et des falsifications, discordance de la dilatation à l'admission et sur le cervicogramme. L'EUP a tout de même validé 46 cas au mois d'avril 2019 alors que le centre de santé ne disposait d'aucun partogramme en stock ;
- **Consultation Postnatale** : dans le registre, 266 cas inscrits pour les 3 mois mais aucune fiche n'est disponible suite à une rupture de stock de cet outil durant tout le trimestre.

2. Zone de santé de Kashobwe

Tableau 31 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Kashobwe

No	Service PMA	Kabambakuku			Lukeka			Nkole			Lupembe			Kibimbi		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe (nvx cas)	1528	1414	7%	506	483	5%	1510	1521	-1%	2162	2124	2%	1745	1737	0%
2	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	4	0	100%	0	0	0%	0	0	0%	2	0	100%	0	0	0%
3	Accouchement assisté	30	2	93%	45	0	100%	0	0	0%	0	0	0%	46	48	-4%
4	Consultation Postnatale	123	0	100%	48	0	100%	0	0	0%	0	0	0%	46	42	9%
5	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	62	32	48%	72	0	100%	54	47	13%	60	0	100%	91	51	44%
6	Dépistage des cas TBC - BK positifs	8	6	25%	1	0	100%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
				62%			67%			2%			34%			8%

No	Service PMA	Kabambakuku			Lukeka			Nkole			Lupembe			Kibimbi		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
MOYENNE DES ECARTS																

Commentaires :

La lecture du tableau ci-dessus nous donne l'aperçu peu critique sur l'ensemble des centres de santé de Kashobwe. Trois centres de santé ont des différences significatives sur quelques indicateurs (CS Kabambakuku, Lukeka et Lupembe).

Dans ces 3 structures où les quantités validées sont significativement supérieures aux quantités contrevérifiées, les raisons suivantes ont été avancées :

2.1. Centre de santé Kabambakuku :

Les services suivants ont vu le score de l'évaluation être supérieur à celui de la contre vérification pour les raisons ci-dessous :

- **Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible) :** la contre vérification n'a vu aucun billet de référence et contre référence dans les archives du CS ;
- **Accouchement assisté :** les 139 cas n'ont pas été validés par la contrevérification car dirigés par un personnel non qualifié avec les partogrammes mal remplis sur la partie cervicogramme (le chiffre des BCF de l'admission en contradiction de celui inscrit sur le cervicogramme à son ouverture, les heures de l'évaluation de la parturiente sont raturées soit modifiées et le nombre et la durée des contractions dans le 10 minutes ne justifient pas un travail prolongé ;
- **Consultation Postnatale :** aucune fiche n'est disponible en dehors du registre qui ne mentionne pas la date de la visite ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj) :** la contre vérification n'a pas validé 35 cas de 67 présentés par manque de fiches.

2.2. Centre de santé Lukeka :

Les indicateurs les plus affectées par la différence des quantités entre la vérification et la contrevérification sont :

- **Accouchement assisté :** l'ACVE n'a pas validé les 57 cas d'accouchement inscrits dans le registre car tous portent le nom de l'IT comme accoucheur assisté par la matrone, alors que l'ITA participé à toutes les réunions de revues mensuelles et à des réunions de validation de PM convoquées au BCZ ; le cahier de présence et roulement de service pouvant servir de triangulation de cette information n'ont pas été fournis par l'équipe ;
- **Consultation Postnatale :** des 55 cas de CPoN inscrits dans le registre, aucune fiche n'a été présentée à la contre vérification et la colonne CPoN 2 et 3 n'a pas de date de consultation pouvant faciliter l'appréciation du respect des intervalles entre 2^{ème} et 3^{ème} visite par l'ACVE ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj) :** les 73 cas inscrits dans le registre de PF n'ont pas été tous validés par l'ACVE suite à l'indisponibilité des méthodes durant tout le deuxième trimestre 2019 prouvée par les outils de gestion (fiches de stock et RUMER) ;
- **Dépistage des cas TBC - BK positifs :** les 7 cas parmi les patients dépistés au T2 2019 n'ont pas de fiches de dépistage avec résultat, ce qui a milité pour leur invalidation.

2.3. Centre de santé Lupembe :

La différence majeure repose sur l'indicateur « **cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)** » pour lequel aucun billet de référence et contre référence n'a été présenté à la contre vérification, et l'indicateur **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** pour lequel les 55 cas inscrits dans le registre ne sont pas validés suite à l'indisponibilité de méthodes durant cette période selon les outils de gestion (RUMER et les fiches de stock).

3. Zone de santé de Kilwa

Tableau 32 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Kilwa

No	Service PMA	Mubanga			Mukupa			Kapangwe			Lusalala			Kasongo Mwana		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe (nvx cas)	1292	1195	8%	933	417	55%	540	540	0%	1049	964	8%	770	760	1%
2	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	51	46	10%	927	0	100%	0	0	0%	3	1	67%	0	0	0%
3	Accouchement assisté	171	180	-5%	111	137	-23%	69	0	100%	254	250	2%	100	63	37%
4	Consultation Postnatale	188	186	1%	59	0	100%	0	0	0%	95	38	60%	0	63	
5	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	710	710	0%	347	0	100%	142	0	100%	800	810	-1%	426	0	100%
6	Dépistage des cas TBC - BK positifs	32	30	6%	29	28	3%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
MOYENNE DES ECARTS				3%			56%			33%			23%			28%

Commentaires :

Hormis le centre de santé Mubanga, 4 centres de santé présentent des quantités inférieures pour bon nombre d'indicateurs après la contre vérification comparativement à la validation de l'EUP. Les raisons ci-dessous motivent les écarts entre l'EUP et la contre vérification :

3.1. Centre de santé Mukupa :

Pour le centre de santé de Mubanga, les écarts s'expliquent par des différences significatives observées au niveau des indicateurs suivants :

- **Consultation externe (nvx cas)** : les 104 cas de mois d'avril 2019 n'ont pas été validés faute de fiches, les 178 cas de mai et juin n'ont pas non plus tous été validés car, 66 avaient des fiches avec ratures et falsifications sur la date, 7 cas étaient des doublons et 4 cas n'étaient pas enregistrés ;
- **Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)** : la contre vérification n'a validé aucune référence vers l'HGR car les billets de référence et contre référence n'ont pas été présentés et la colonne des cas référés du registre de consultation ne signale aucun cas de référence ;
- **Consultation Postnatale** : aucune femme n'a respecté l'intervalle entre la CPoN 2 et 3 et les visites sont irrégulières (soit c'est la 2^{ème} sans la 3^{ème} soit c'est le contraire) ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : la contre vérification n'a pas validé les 420 cas inscrits dans le registre pour le T2 2019 à cause de l'indisponibilité des méthodes attestées par les outils de gestion (RUMER et les fiches de stock).

Par contre, l'ACVE a validé plus de cas sur l'indicateur **accouchement assisté** suite à une bonne tenue et remplissage du registre ainsi qu'un partogramme correctement rempli pour tout accouchement inscrit dans le registre.

3.2. Centre de santé Kapangwe :

Au centre de santé de Kapangwe, les différences quantitatives entre l'EUP et l'ACVE sont dues à :

- **Accouchement assisté** : la contre vérification n'a pas validé les accouchements du T2 2019 inscrits dans le registre étant donné qu'ils ont été dirigés par un personnel non qualifié et les partogrammes sont tous mal remplis sur la partie cervicogramme ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : les 212 cas inscrits dans le registre n'ont pas été validés car les fiches de stock et le RUMER ne signalent pas la disponibilité des méthodes durant tout le 2^{ème} trimestre 2019.

3.3. Centre de santé Luslala :

Alors que l'EUP a invalidé tous les cas de consultation post natale,

- **Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)** : aucun cas de référence n'a été signalé dans le registre de consultation curative et les billets de référence et contre référence ne sont pas vus par l'ACVE ;
- **Consultation Postnatale** : l'activité n'est pas intégrée dans cette FOSA car aucune fiche ni registre n'a été présentée à la contre vérification.

3.4. Centre de santé Kasongo Mwana :

Alors que l'EUP a invalidé tous les cas de CPoN, l'ACVE a retenu 93 cas sur les 92 inscrits dans le registre, 29 n'ayant pas été validés car 21 non vues et 8 cas de non-respect des intervalles entre 2^{ème} et 3^{ème} visite. Pour les autres indicateurs, les quantités contre vérifiées sont inférieures à celles de la vérification pour les raisons suivantes :

- **Accouchement assisté** : 37 accouchements ne sont pas validés car ils ont été dirigés par un personnel non qualifié ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : bien que 374 fiches soient présentées à la contre vérification, les outils de gestion (RUMER et cahier de mouvement) ne montrent pas la disponibilité des méthodes durant cette période.

4. Zone de santé de Pweto

Tableau 33 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Pweto

No	Service PMA	Sante			Nzwiba			Kapulo			Kapondo			Chalanshi		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe (nvx cas)	1217	1245	-2%	855	883	-3%	420	383	9%	1003	509	49%	1603	1180	26%
2	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	73	73	0%	79	37	53%	8	13	-63%	0	0	0%	100	100	0%
3	Accouchement assisté	64	63	2%	8	0	100%	0	0	0%	0	0	0%	167	117	30%
4	Consultation Postnatale	62	25	60%	77	0	100%	19	18	5%	0	0	0%	180	180	0%
5	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	125	94	25%	25	7	72%	114	0	100%	279	130	53%	244	267	-9%
6	Dépistage des cas TBC - BK positifs	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	3	3	0%	0	0	0%
MOYENNE DES ECARTS				14%			54%			9%			17%			8%

Commentaires :

D'une manière générale, les résultats de la contre vérification sont très inférieurs à ceux de la vérification dans 3 centres de santé de la zone de santé de Pweto. Les raisons de ces écarts sont les suivantes :

4.1. Centre de santé Santé :

Les 2 indicateurs ci-dessous, présentent des quantités inférieures lors de la contre vérification contrairement à la vérification de l'EUP pour des raisons suivantes :

- **Consultation Postnatale** : 64 des 89 cas sont invalidés par l'ACVE, 17 manquent de dates de réalisation effective de la CPoN dans le registre et sur les fiches et 47 fiches n'étaient pas retrouvées ;

- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : sur les 125 cas validés par la vérification, la contre vérification n'a pas trouvé 21 fiches, 7 cas de confusion de méthode administrée chez les acceptantes fiches (COC) et le registre (DMPA) et 6 fiches rejetées pour ratures et falsifications sur les dates.

4.2. Centre de santé Nzwiba :

La contre vérification a confirmé moins de cas que ceux de la vérification, pour les indicateurs ci-après :

- **Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)** : sur un total de 74 cas déclarés référés par la structure, 37 ont été invalidés dont 4 doublons, 9 cas hors période d'évaluation, 6 cas de tricherie sur les noms et la date sur le billet de contre référence et 18 cas d'absence de billets de contre référence ;
- **Accouchement assisté** : les 19 accouchements ont été dirigés par une infirmière A3, non qualifiée avec tous les partogrammes signés par l'infirmier titulaire adjoint même pendant les jours d'absence ;
- **Consultation Postnatale** : l'absence du registre de CPoN au moment de la contre vérification a été à la base de l'invalidation de tous les cas déclarés par la formation sanitaire ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : tous les cas sans fiche n'ont pas été pris en compte par l'ACVE.

4.3. Centre de santé Kapondo :

Deux indicateurs présentent des différences quantitatives significatives entre la vérification et la contre vérification. Il s'agit de :

- **Consultation externe (nvx cas)** : la contre vérification n'a pas certifié 548 cas sur les 1057 déclarés par la formation sanitaire soit pour la non disponibilité des fiches (415 cas), soit pour les ratures sur le nom et la date (72 cas), 35 fiches manquent de date et 13 cas de doublons ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : sur les 204 cas enregistrés pour la période sous revue, 74 n'ont pas été validés par manque de fiches au moment de la contre vérification.

5. Zone de santé de Sakania

Tableau 34 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Sakania

N°	Service PMA	FMA Mokambo			Bwafano			Rosalie			Tshisenda			Niche		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe (nvx cas)	548	437	20%	473	522	-10%	1011	996	1%	44	43	2%	801	776	3%
2	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	12	3	75%
3	Accouchement assisté	120	76	37%	180	136	24%	212	201	5%	11	6	45%	180	176	2%
4	Consultation Postnatale	95	0	100%	0	0	0%	287	226	21%	0	0	0%	153	40	74%
5	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	329	309	6%	83	53	36%	55	47	15%	20	20	0%	274	269	2%
6	Dépistage des cas TBC - BK positifs	3	0	100%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
MOYENNE DES ECARTS				44%			8%			7%			8%			26%

Commentaires :

Les deux centres ci-après sont ceux ayant dégagé des différences importantes entre les quantités vérifiées et celles contre vérifiées pour plus d'un indicateur.

5.1. Centre de santé FMA Mokambo :

Le centre dispose des infrastructures et équipements dépassant le standard de certains HGR soutenus par le PDSS. Néanmoins, Il fait face à un effectif très réduit en personnel qualifié.

Les différences très significatives sur les indicateurs suivants se justifient par :

- **Consultation externe (nvx cas) :** l'archivage et la tenue des fiches de consultation seraient intentionnellement désorganisés. C'est ainsi qu'avec un effectif de fiches correspondant au nombre des cas inscrits dans le registre, 79 sur 241 ne sont pas du mois d'avril 2019, 94 sur 259 pour le mois de mai 2019 et 158 sur 304 en juin 2019. De ces fiches, 39 n'ont pas d'adresses, ou avec des ratures ou encore sans plaintes, diagnostic ou traitement. Les prestataires sont désagréablement surpris de voir que l'ACVE prend le temps de vérifier une fiche après l'autre en fonction des malades inscrits dans le registre ;
- **Accouchement assisté :** 76 cas seulement sont confirmés par l'ACVE contre 120 à la vérification car 6 cas sont des césariennes, 89 partogrammes sont mal remplis et 3 autres non retrouvés ;
- **Consultation Postnatale :** tous les 260 cas enregistrés durant le trimestre disposent seulement de 145 fiches correspondantes avec des ratures et falsifications sur les dates des rendez-vous ou encore sans aucune date de rendez-vous ;
- **Dépistage des cas TBC - BK positifs :** le centre de santé n'étant pas un CSDT, les 3 cas validés sont ceux provenant du CSDT CSR Mokambo, validés par le premier vérificateur puis invalidés par le second mandaté par l'EUP pour une contre vérification interne, mais tout de même maintenus sur la facture.

5.2. Centre de santé Niche :

Le centre de santé est tellement sollicité par la communauté qu'il serait impossible à un vérificateur de faire correctement son travail en l'espace d'une journée s'il s'en tient à la méthodologie proposée par le manuel opérationnel PBF pour tous les indicateurs. Le mauvais archivage des outils de collecte des données a conduit l'ACVE à mettre plus de temps pour dégager les différences entre les quantités validées à la vérification et celles obtenues à la contre vérification, dont les plus significatives sont :

- **Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible) :** sur 20 référés inscrits dans le registre, 10 fiches ne sont pas disponibles et 7 n'ont pas de billet de contre référence ;
- **Consultation Postnatale :** sur un total de 91 cas, 44 seulement ont respecté les rendez-vous de la 2^{ème} et 3^{ème} visite. Plusieurs fiches n'ont pas de date de rendez-vous et d'autres sont tout simplement vierges mais correctement classées avec les partogrammes.

4.3.5.2. Contre vérification qualitative

C'est uniquement dans la zone de santé de Kasenga où les scores de la qualité des prestations des centres de santé n'ont pas connu des différences majeures entre l'évaluation et la contre vérification bien que le centre de santé Mfuta ait enregistré 11% d'écart.

1. Zone de santé de Kasenga

Tableau 35 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Kasenga

N°		Chibambo			Kasomono			Mfuta			Mission			Kisamamba		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	20,0	10,0	50%	12,0	13,8	-15%	19,4	9,3	52%	29,8	16,8	44%	25,0	14,0	44%
2	Plan de management	8,0	8,0	0%	6,0	8,0	-33%	6,0	0,0	100%	7,0	6,0	14%	6,5	7,5	-15%
3	Finance	9,0	15,0	-67%	6,0	9,0	-50%	9,0	0,0	100%	15,0	11,0	27%	13,0	11,0	15%
4	Comité des Indigents	0,0	0,0	0%	5,0	5,0	0%	10,0	5,0	50%	15,0	15,0	0%	5,0	20,0	-300%
5	Hygiène et Stérilisation	23,5	23,0	2%	26,0	20,0	23%	14,5	14,0	3%	11,0	12,0	-9%	18,5	14,0	24%
6	Consultations externe	108,5	123,0	-13%	87,5	93,7	-7%	85,5	107,5	-26%	96,9	108,0	-11%	92,5	98,0	-6%
7	Planning familial	26,0	11,0	58%	20,0	24,0	-20%	23,4	13,0	44%	20,0	18,0	10%	26,0	23,0	12%
8	Laboratoire	4,0	2,0	50%	15,0	16,0	-7%	15,0	11,0	27%	2,0	0,0	100%	4,0	4,0	0%

N°		Chibambo			Kasomeno			Mfuta			Mission			Kisamamba		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
9	Services d'observation	3,3	1,3	62%	3,3	3,3	0%	5,7	1,3	78%	3,8	1,5	60%	5,0	2,3	54%
10	Médicaments et consommables	21,0	18,0	14%	15,8	24,0	-52%	19,8	15,0	24%	24,5	12,5	49%	19,8	14,0	29%
11	Médicaments traceurs	15,0	0,0	100%	0,0	7,5		14,0	8,5	39%	6,0	1,0	83%	8,5	0,0	100%
12	Service de maternité	13,0	17,0	-31%	23,0	24,0	-4%	20,5	17,5	15%	3,0	0,0	100%	23,5	22,5	4%
13	PEV	16,8	16,3	3%	17,0	17,0	0%	8,0	10,0	-25%	8,0	7,0	13%	9,0	8,5	6%
14	CPN	11,0	9,0	18%	10,0	10,0	0%	8,0	5,0	38%	11,0	10,0	9%	9,0	8,0	11%
15	VIH/TB	2,0	3,8	-90%	10,5	12,8	-22%	11,5	10,0	13%	4,6	3,6	22%	3,5	12,5	-257%
TOTAL/Moyenne des Ecart		281,0	257,3	10%	257,0	288,0	-13%	270,3	227,0	36%	257,5	222,4	34%	268,8	259,3	-19%
Ecart des scores		70%	64%	6%	64%	72%	-8%	68%	57%	11%	64%	56%	9%	67%	65%	2%

Commentaires :

La qualité de la prestation des soins de santé s'est améliorée au centre de santé Kasomeno entre l'évaluation et la contre vérification avec 8% de plus sur le score total. De tous les 15 domaines, seule l'hygiène n'est pas maintenue au moment de la contre vérification dans ce centre de santé, les 14 autres domaines ayant soit maintenu la même cote de l'évaluation, soit amélioré cette cote.

Les 4 autres centres de santé ont affiché un score qualité inférieur à celui de l'évaluation, avec un écart très significatif au centre de santé Mfuta.

1.1. Centre de santé Mfuta :

Deux domaines seulement (consultation externe et le PEV) ont connu une légère amélioration entre l'évaluation et la contre vérification. Certains domaines ont été affectés par l'absence de l'IT qui détient le monopole d'informations et les autres des contreperformances ont été soulevées par l'ACVE.

De manière spécifique, les constats suivants sont retenus par la contre vérification dans les domaines où les écarts sont très significatifs :

- **Organisation générale** : aucun compte rendu de CODESA disponible au moment de la contre vérification. Les documents seraient enfermés dans les armoires du bureau de l'IT en déplacement, les VAD sont effectuées par deux personnes (RECO et CODESA) et les heures de rendez-vous ne sont pas mentionnées sur les protocoles ;
- **Plan de management** : document détenu par l'IT absent pendant la contre vérification et pourtant évalué à 6 points par l'ECZ ;
- **Gestion financière** : les 3 rapports financiers, le livre de caisse ne sont pas disponibles dans la FOSA, l'outil d'indices n'existe pas dans la FOSA. Seul l'IT en aurait connaissance ;
- **Comité pour indigents** : aucun compte rendu disponible au centre de santé au moment de la contre vérification alors que l'ECZ aurait apprécié correctement deux comptes rendus sur trois pendant l'évaluation ;
- **Planification familiale** : les intrants ne sont pas disponibles et le certificat de la personne qui serait formée n'a pas été rendu disponible ;
- **Médicaments traceurs** : plusieurs molécules actuellement en rupture de stock ou en quantités insuffisantes.

1.2. Centre de santé Mission :

Même si l'écart de score entre l'évaluation et la contre vérification n'est que de 9%, certains domaines présentent des différences importantes dans leur cotation, notamment :

- **Organisation générale** : il n'y a pas de partogramme dans le CS, le téléphone n'a pas de crédit, aucun rapport SNIS n'a le sceau du BCZ, le suivi des recommandations du mois d'avril 2019 ne correspond pas aux recommandations formulées au mois de mars et l'équilibre financier n'a pas été discuté au mois de mai 2019 dans les comptes rendus du CODESA. Les 3 protocoles des VAD n'ont pas de date du prochain RDV ni le nom du membre du CODESA ou Reco ;

- **Gestion financière** : le solde théorique trouvé dans le livre de caisse (460.500 FC) est différent du solde physique (455.000FC). Le salaire des contractuels ainsi que leurs bonus dépassent 50% du revenu total du CS. Sur un total de 6.013,505 USD, un montant global de 3.917,286 USD a été perçu comme salaire et autres avantages ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : les trois médicaments choisis sont en quantité insuffisante (ACT 2-11 mois : CMM :113, stock : 0, Fefol : CMM : 572, Stock : 2000 et cotrimoxazole 200 ml : CMM : 12, Stock : 31). Il existe un cahier nommé "cahier de réquisition", qui n'indique pas le service qui a demandé les médicaments. Il n'y a pas non plus une rubrique indiquant la quantité demandée par les différents services ;
- **Médicaments traceurs** : c'est uniquement la Métronidazole 250 mg cp qui est en quantité suffisante pendant la contre vérification.

2. Zone de santé de Kashobwe

Tableau 36 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Kashobwe

N°		Kabambakuku			Lukeka			Nkole			Lupembe			Kibimbi		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	28,0	28,0	0%	24,0	20,0	17%	20,5	13,5	34%	28,0	17,3	38%	21,0	19,5	7%
2	Plan de management	7,0	9,0	-29%	6,5	9,0	-38%	7,5	0,0	100%	7,5	9,0	-20%	7,0	0,0	100%
3	Finance	12,0	15,0	-25%	10,0	10,0	0%	13,0	0,0	100%	11,0	6,0	45%	12,0	4,0	67%
4	Comité des Indigents	20,0	20,0	0%	0,0	0,0	0%	10,0	0,0	100%	0,0	5,0		0,0	0,0	0%
5	Hygiène et Stérilisation	26,0	22,5	13%	18,5	9,5	49%	19,5	8,0	59%	20,5	8,5	59%	23,0	11,5	50%
6	Consultations externe	119,0	124,0	-4%	115,6	114,8	1%	113,0	57,0	50%	116,8	113,3	3%	95,6	97,3	-2%
7	Planning familial	16,0	12,0	25%	17,0	19,0	-12%	23,8	3,0	87%	13,0	13,0	0%	26,0	12,0	54%
8	Laboratoire	15,0	16,0	-7%	14,0	12,7	9%	12,7	8,0	37%	14,0	4,0	71%	5,0	4,0	20%
9	Services d'observation	5,0	3,0	40%	4,8	4,8	1%	6,0	1,0	83%	3,5	2,0	43%	5,0	0,8	85%
10	Médicaments et consommables	18,8	20,8	-11%	19,0	18,0	5%	25,0	0,0	100%	19,0	11,8	38%	21,0	18,5	12%
11	Médicaments traceurs	17,0	0,0	100%	14,0	0,0	100%	17,0	0,0	100%	15,0	0,0	100%	15,5	0,0	100%
12	Service de maternité	22,0	21,0	5%	20,5	20,5	0%	23,0	13,0	43%	20,6	17,0	17%	17,0	13,0	24%
13	PEV	16,0	19,0	-19%	19,0	19,0	0%	20,0	8,4	58%	19,0	18,0	5%	18,5	15,5	16%
14	CPN	12,0	10,0	17%	11,5	11,0	4%	12,0	1,0	92%	10,0	10,0	0%	9,0	6,0	33%
15	VIH/TB	12,4	11,8	5%	0,0	10,0		0,0	0,0	0%	12,0	3,0	75%	3,0	3,0	0%
TOTAL/Moyenne des Ecart		346,2	332,1	7%	294,4	278,3	10%	323,0	112,9	70%	309,9	237,8	34%	278,6	205,1	38%
Ecart des scores		87%	83%	4%	74%	70%	4%	81%	28%	53%	77%	59%	18%	70%	51%	18%

Commentaires :

Les scores globaux alloués par l'ECZ sont supérieurs à ceux de la contre vérification dans trois formations sanitaires et pour les raisons ci-après :

2.1. Centre de santé Nkole :

Les 81% octroyés par l'ECZ à l'évaluation sont difficiles à comprendre devant les constats faits par l'ACVE au moment de la contre vérification qui n'a abouti qu'à un score de 28%. Les domaines les plus en cause sont les suivants :

- **Plan de management** : la copie de classement du PM ne se trouve pas dans la formation sanitaire pour apprécier les éléments exigés dans ce domaine ;
- **Gestion financière** : les rapports financiers ne sont pas disponibles et le livre de caisse est mal rempli, la colonne de solde a servi de place de signature pour la caissière ;
- **Comité pour indigents** : le comité des indigents est bel et bien mis en place, mais aucune réunion n'a pas été tenue au courant du trimestre et la liste des indigents soignés pendant les trois mois (avril, mai et juin) n'est pas présentée, le registre de consultation ne signale pas les indigents qui sont pris en charge ;

- **Planification familiale** : le personnel affecté au sein de la structure n'est pas formellement formé à la pratique du planning familial (aucun certificat), les méthodes ne sont pas disponibles dans la FOSA et les fiches de stock n'attestent pas la disponibilité des méthodes durant le trimestre ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : la non-utilisation des fiches de stock exigées par le canevas d'évaluation n'a pas permis d'apprécier la disponibilité des médicaments et les médicaments trouvés dans la pharmacie sont achetés dans les firmes non certifiées par le MSP et ne sont pas gérés avec les fiches de stock. Dans la pharmacie, les quelques médicaments trouvés ne sont pas étiquetés et leur rangement ne respecte pas le principe FEFO ;
- **Médicaments traceurs** : les fiches de stock des médicaments n'existent pas et les CMM des médicaments ne sont pas calculées contrastant avec le maximum de 17 points obtenus à l'évaluation.

2.2. Centre de santé Lupembe :

Le faible score obtenu à la contre vérification en comparaison avec l'évaluation de l'ECZ se justifie dans les domaines suivants :

- **Hygiène et stérilisation** : aucune fosse d'élimination des déchets n'existe au centre de santé alors que l'évaluateur a accordé le maximum de 12 points, présence des seringues usées dans la cour qui n'est pas débroussaillée, la FOSA ne dispose pas d'un stérilisateur, ni du protocole de stérilisation ;
- **Laboratoire** : le centre n'a pas un technicien de laboratoire et de, registre de labo, il n'y a pas de microscope. La liste des examens et celle des manifestations de parasites ne sont pas affichées. La non disponibilité de réactifs de base, de TDR, de petits matériels tels que centrifugeuse, pipettes et lames et le dépistage confirme que ce service n'est pas organisé, alors qu'à tous ces indicateurs les points ont été accordés à l'évaluation ;
- **Médicaments traceurs** : les médicaments sont gérés sans fiches de stock et sans CMM, ce qui ne permet pas d'évaluer la disponibilité des items, alors que l'évaluation a accordé 15 sur 17 points dans les mêmes conditions ;
- **VIH/TB** : bien que l'activité de VIH soit intégrée au niveau de la structure, plusieurs paramètres souffrent pour son bon fonctionnement (pas de salle appropriée, absence de registre CDV/PTME, groupe CCC non composé, ...) et les activités de tuberculose fonctionnent aussi très difficilement.

Par contre, la contre vérification a attribué une cote élevée sur la **planification familiale** pour la présence du personnel formé à l'insertion d'implants et de DIU avec certificat à l'appui et aussi pour le suivi de signes d'intolérance des méthodes utilisées chez les acceptantes.

2.3. Centre de santé Kibimbi :

Le score accordé par l'ECZ s'est avéré très élevé par rapport à celui de la contre vérification dans cinq domaines pour les éléments suivants :

- **Plan de management** : le plan de management du T2 2019 n'a pas été retrouvé dans la structure au moment de la contre vérification externe ;
- **Gestion financière** : les trois rapports financiers du trimestre ne sont pas disponibles, l'outil d'indices n'est pas d'application et les preuves de paiement de prime aux personnels de la FOSA ne sont pas présentées à la contre vérification afin d'apprécier le respect du plafond de la prime prévue. Les prestataires ne maîtrisent pas leurs indices de performance ;
- **Hygiène et stérilisation** : l'élimination des déchets médicaux ne respecte pas les normes nationales. La structure n'a pas de stérilisateur, aucune poubelle trouvée lors de la mission de CVE, les douches mal entretenues, latrines sans couvercles ni éclairage, le personnel qui gère les déchets est sans équipements, la fosse d'élimination des déchets est située à 3 mètres de l'établissement et aucun registre n'est tenu pour sa gestion ;

- **Planification familiale** : le personnel serait formé mais sans certificat, le CS n'a pas un local approprié pour la PF pouvant assurer la confidentialité et aucune méthode n'est disponible en stock ;
- **Médicaments traceurs** : la plupart des médicaments traceurs et consommables sont, soit en quantité insuffisante soit en rupture totale et aucun médicament ne dispose de fiche de stock.

3. Zone de santé de Kilwa

Tableau 37 : Résultat de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Kilwa

N°	Service PMA	Mubanga			Mukupa			Kapangwe			Lusalala			Kasongo Mwana		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	30,0	10,0	67%	20,0	9,0	55%	23,0	5,0	78%	24,5	22,8	7%	21,0	24,0	-14%
2	Plan de management	5,0	4,0	20%	7,5	9,0	-20%	7,0	0,0	100%	6,5	4,5	31%	5,5	3,5	36%
3	Finance	11,0	15,0	-36%	15,0	6,0	60%	15,0	0,0	100%	15,0	12,0	20%	14,0	13,0	7%
4	Comité des Indigents	20,0	15,0	25%	0,0	0,0	0%	20,0	0,0	100%	20,0	0,0	100%	0,0	10,0	
5	Hygiène et Stérilisation	24,5	18,0	27%	20,5	7,0	66%	29,0	15,0	48%	27,0	23,0	15%	25,5	13,5	47%
6	Consultations externe	117,0	93,7	20%	90,6	85,5	6%	120,5	119,0	1%	124,5	104,5	16%	119,4	113,3	5%
7	Planning familial	14,0	4,0	71%	26,0	13,0	50%	21,0	3,0	86%	18,0	11,0	39%	13,0	27,0	-108%
8	Laboratoire	11,0	8,8	20%	14,7	15,0	-2%	4,0	1,0	75%	13,4	10,0	25%	0,0	5,0	
9	Services d'observation	2,3	2,5	-11%	0,0	0,0	0%	1,0	1,8	-75%	3,0	2,5	17%	3,4	6,0	-79%
10	Médicaments et consommables	25,0	16,8	33%	22,5	20,0	11%	24,0	24,8	-3%	25,0	22,5	10%	17,8	8,8	51%
11	Médicaments traceurs	10,0	0,0	100%	12,0	0,0	100%	16,5	0,0	100%	12,5	1,0	92%	9,0	0,0	100%
12	Service de maternité	17,5	19,5	-11%	18,0	19,0	-6%	22,0	14,0	36%	22,5	23,0	-2%	22,0	20,0	9%
13	PEV	17,4	15,0	14%	18,0	16,0	11%	7,0	0,0	100%	19,0	19,0	0%	12,7	19,0	-50%
14	CPN	9,0	5,0	44%	8,0	10,0	-25%	11,0	9,0	18%	11,0	7,0	36%	5,0	11,0	-120%
15	VIH/TB	12,6	12,8	-2%	12,8	13,0	-2%	0,0	0,0	0%	13,0	3,5	73%	0,0	0,0	0%
TOTAL/Moyenne des Ecart		326,3	240,1	25%	285,6	222,5	20%	321,0	192,5	51%	354,9	266,3	32%	268,2	274,1	-9%
Ecart des scores		82%	60%	22%	71%	56%	16%	80%	48%	32%	89%	67%	22%	67%	69%	-1%

Commentaires :

Sur les 5 CS contre vérifiés dans la ZS de Kilwa, 4 ont présenté des écarts significatifs (allant jusqu'à 32% au CS Kapangwe), les scores obtenus lors de l'évaluation réalisée par l'ECZ ayant été largement supérieurs à ceux obtenus lors de la contre vérification externe. Seul le CS Kasongo Mwana a légèrement amélioré la qualité de ses prestations après la contre vérification passant de 67 à 69%.

3.1. Centre de santé Mubanga :

C'est uniquement dans la **gestion financière**, le **service d'observation**, le **service de maternité** et de **VIH/TB** que des légères augmentations des cotes sont observées au niveau de la contre vérification. Pour tous les autres domaines, la cote de la contre vérification est nettement inférieure à celle de l'évaluation pour les raisons principales suivantes :

- **Organisation générale** : certes les réunions techniques avec le personnel sont tenues au cours du 2^{ème} trimestre 2019, tout comme celles du comité de santé mais les décisions prises dans les réunions précédentes ne sont pas évaluées et l'équilibre financier n'est pas discuté dans toutes ces réunions. Les visites à domicile sont réalisées par le relai communautaire seul sans la présence du prestataire de CS, ni un autre membre du CODESA, l'horaire de service n'existe pas et le téléphone du CS est non chargé ;
- **Planification familiale** : seul le technicien de laboratoire serait formé en planification familiale mais sans certificat, l'activité est suspendue par le BCZ dans cette structure suite à une plainte déposée au parquet par un militaire contre les prestataires pour avoir placé une méthode à longue durée d'action (Implant) à sa femme sans son autorisation ;

- **Médicaments et consommables médicaux** : les fiches de stock, le RUMER et le cahier de mouvements journaliers de médicaments ne sont pas tenus par les prestataires du CS, la dernière liste des médicaments est achetée auprès d'un fournisseur non certifié par le MSP et la procédure d'élimination des médicaments périmés n'est pas maîtrisée par les prestataires ;
- **Médicaments traceurs** : les fiches de stock ne sont pas utilisées et les CMM pour les items traceurs ne sont pas calculées, ce qui ne permet pas de suivre la disponibilité des médicaments ni de justifier les 10 points accordés à l'évaluation.

3.2. Centre de santé Mukupa :

En considérant les domaines où les différences des cotes entre l'évaluation et la contre vérification sont très significatives, les raisons ci-après justifient le faible score réalisé par le centre de santé Mukupa à la contre vérification :

- **Organisation générale** : la carte de l'aire de santé est affichée mais les distances entre les villages et le CS ou encore du CS et le BCZ ne sont pas déterminées, tous les trois comptes rendus des réunions techniques des prestataires ne sont pas disponibles et la discussion sur l'équilibre financier n'est pas faite, les trois comptes rendus des réunions du CODESA ne contiennent pas les discussions sur l'équilibre financier et sont confondus aux comptes rendus de la réunion d'analyse des données de l'AS, les 5 VAD tirées au hasard ont été réalisées par un seul relais communautaire et les rendez-vous ne sont pas fixés ;
- **Gestion financière** : les rapports financiers ne sont pas disponibles ni le livre de caisse et l'outil d'indices n'est pas mis en pratique ;
- **Hygiène et stérilisation** : la fosse d'élimination des déchets n'existe pas au centre de santé ni la poubelle dans la cour, la parcelle n'est pas clôturée, les latrines ne sont ni nettoyées encore moins éclairées et les salles de bain ou douches n'ont pas d'eau courante ni en réserve et le protocole de stérilisation n'existe pas pendant que l'évaluation a accordé des points pour tous ces éléments manquants ;
- **Planification familiale** : aucun intrant n'est disponible au moment de la contre vérification et le PM ne contient pas des stratégies pour atteindre les objectifs de la PF ;
- **Médicaments traceurs** : les fiches de stock ne sont pas utilisées et la CMM n'est pas calculée pour tous les médicaments et d'autres sont en rupture de stock.

3.3. Centre de santé Kapangwe :

Les domaines qui ont conduit à une diminution de score de la qualité des prestations du centre de santé Kapangwe entre l'évaluation et la contre vérification de 80% à 48% sont les suivants :

- **Organisation générale** : la carte de l'aire de santé est affichée mais la distance entre le CS et le BCZ n'est pas déterminée, les réunions techniques et celles du comité de santé ne sont pas tenues durant le trimestre, l'horaire de service est non élaboré et les visites à domicile sont faites par les relais communautaires sans être accompagnés par un personnel technique ;
- **Plan de management** : la copie du plan de management de la formation sanitaire n'est pas archivée au centre de santé rendant impossible l'appréciation les indicateurs de ce domaine impossible ;
- **Gestion financière** : les rapports financiers du T2 2019 ne sont pas présentés à la contre vérification, les preuves de paiement de la prime au personnel ne sont pas vues pour vérifier le respect de la norme de 50%, le mécanisme de paiement de la prime de performance n'est pas connu par le personnel et l'infirmier titulaire adjoint ne connaît pas son indice de performance ni le montant de sa prime du mois passé ;
- **Comité pour indigents** : le comité est bel et bien installé mais le nombre des indigents soignés durant le 2^{ème} trimestre 2019 n'est pas documenté. Aucune réunion n'est tenue durant le trimestre pendant que l'évaluation accorde le maximum des 20 points ;
- **Planification familiale** : bien que l'activité soit intégrée dans la FOSA, aucun agent n'est formé en PF, le calcul de la cible n'est pas maîtrisé et le CS ne dispose pas d'une salle appropriée

pour cette activité pouvant assurer la confidentialité et réaliser la PF dans le respect des normes requises ;

- **Médicaments traceurs** : les outils de gestion des médicaments ne sont pas utilisés (fiches de stock, RUMER, cahier de mouvements journaliers) et certaines molécules sont en rupture totale de stock ;
- **PEV et de consultation préscolaire** : la formation sanitaire n'étant pas un site de stockage, le registre de vaccination n'est pas correctement tenu (difficulté d'identifier les abandons et les enfants complètement vaccinés). Aucune réunion d'IEC/CCC tenue avant les séances de vaccination. Ce qui contraste avec les 7 points accordés lors de l'évaluation.

3.4. Centre de santé Lusalala :

Les domaines les plus concernés par cette différence de 22 points de score de la qualité des prestations entre l'évaluation et la contre vérification sont :

- **Comité pour indigents** : le nombre d'indigents n'est pas documenté dans les réunions mensuelles du deuxième trimestre 2019, le compte rendu du mois de juin 2019 n'est pas archivé, ceux du mois d'avril et mai 2019 ne sont pas signés par le président, l'équilibre financier n'est pas discuté ;
- **Médicaments traceurs** : les médicaments sont très faiblement disponibles. Tous les 19 items traceurs sont soit en quantité insuffisante, soit en rupture totale de stock et la CMM est uniquement calculée pour quelques médicaments ;
- **VIH/TB** : l'activité est faiblement intégrée dans la FOSA, le registre de DCIP n'existe pas, les préservatifs sont en rupture de stock et le système de référence et de suivi des patients tuberculeux n'existe pas.

4. Zone de santé de Pweto

Tableau 38 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Pweto

N°		Sante			Nzwiba			Kapulo			Kapondo			Chalanshi		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	31,0	19,3	38%	27,4	9,0	67%	27,2	30,0	-10%	26,0	7,5	71%	19,0	12,8	33%
2	Plan de management	7,0	6,0	14%	6,0	4,0	33%	8,5	9,0	-6%	9,0	9,0	0%	8,0	0,0	100%
3	Finance	11,0	15,0	-36%	11,0	6,0	45%	13,0	9,0	31%	8,0	0,0	100%	15,0	10,0	33%
4	Comité des Indigents	20,0	5,0	75%	15,0	0,0	100%	15,0	10,0	33%	15,0	0,0	100%	0,0	0,0	0%
5	Hygiène et Stérilisation	21,5	19,5	9%	24,0	21,5	10%	27,5	14,0	49%	14,0	22,0	-57%	29,5	8,5	71%
6	Consultations externe	127,0	123,5	3%	119,0	108,8	9%	95,8	120,2	-25%	106,4	107,0	-1%	127,2	94,2	26%
7	Planning familial	23,0	23,0	0%	29,0	10,0	66%	20,0	28,0	-40%	20,0	32,0	-60%	18,0	20,0	-11%
8	Laboratoire	0,0	2,0		11,0	2,3	79%	8,0	8,0	0%	8,0	6,0	25%	13,0	5,0	62%
9	Services d'observation	3,3	2,5	26%	3,8	0,8	79%	2,3	3,6	-58%	1,8	1,3	29%	5,0	2,6	49%
10	Médicaments et consommables	20,8	22,8	-10%	21,8	15,8	28%	20,0	21,0	-5%	15,8	21,0	-33%	19,8	22,5	-14%
11	Médicaments traceurs	17,0	10,5	38%	11,0	2,0	82%	11,0	5,0	55%	10,0	10,5	-5%	8,0	3,5	56%
12	Service de maternité	22,0	22,0	0%	22,5	16,0	29%	19,0	18,0	5%	18,0	15,5	14%	23,0	18,5	20%
13	PEV	19,0	17,0	11%	16,5	15,0	9%	18,5	16,0	14%	16,5	17,0	-3%	13,0	10,0	23%
14	CPN	12,0	7,0	42%	10,0	8,0	20%	6,5	9,0	-38%	10,0	7,0	30%	11,0	7,0	36%
15	VIH/TB	9,8	3,5	64%	12,0	4,5	63%	2,6	3,0	-15%	5,0	11,0	-120%	7,0	4,0	43%
TOTAL/Moyenne des Ecart		344,4	298,5	20%	339,9	223,7	48%	294,9	303,8	-1%	283,4	266,8	6%	316,5	218,5	35%
Ecart des scores		86%	75%	11%	85%	56%	29%	74%	76%	-2%	71%	67%	4%	79%	55%	24%

Commentaires :

La lecture du tableau ci-dessus nous donne l'aperçu critique sur l'ensemble des centres de santé de Pweto. Trois centres de santé ont des écarts de scores au-delà de 10% (CS Santé, Nzwiba et Chalanshi). Le centre de santé Kapulo et celui de Kapondo présentent des scores proches entre les deux évaluations.

Dans ces 3 structures où les écarts sont plus remarquables, les raisons suivantes ont été avancées :

4.1. Centre de santé Santé :

Les domaines suivants ont des cotes de l'évaluation supérieures à celles de la contre vérification pour les raisons ci-dessous :

- **Organisation générale** : contrairement aux constats faits par les évaluateurs, aucune réunion technique n'a été tenue avec le personnel durant le trimestre. Les réunions d'analyse des données SNIS n'ont pas été tenues encore moins celles du comité de santé ;
- **Comité pour indigents** : 3 réunions du comité des indigents ont été tenues sans faire allusion à l'équilibre financier ;
- **Services d'observation** : ce service manque de registre ainsi que les rapports de suivi des malades mis en observation. Les matelas ne sont pas couverts de matière plastique et les tables de nuit sont non existantes ;
- **Médicaments traceurs** : la plupart des médicaments traceurs et consommables sont, soit en quantité insuffisante, soit en rupture de stock ou encore ne disposent pas de fiches de stock ;
- **PEV et de consultation préscolaire** : aucune politique n'est mise en place pour la récupération des abandons au niveau de l'aire de santé. Les réunions d'IEC ne se tiennent pas avant chaque séance de vaccination ;
- **Soins prénatals** : la structure ne réalise pas les examens d'albuminurie et glycosurie. Les fiches CPN disponibles ne montrent pas l'administration de sulfate de fer/acide folique et le PM ne comprend pas de stratégies pour le renforcement des capacités du personnel de la FOSA sur la santé de la reproduction ;
- **VIH/TB** : la numérotation des CD4 n'est pas réalisée et les médicaments antituberculeux ne sont pas disponibles.

4.2. Centre de santé Nzwiba :

La contre vérification de la qualité des soins au niveau du CS Nzwiba montre un score moins élevé dans onze domaines dont les plus sensibles sont :

- **Organisation générale** : la carte de l'AS ne renseigne pas sur les points spéciaux ni la distance entre le CS et le BCZ. Bien que 3 réunions techniques soient tenues, aucune d'elles n'a fait allusion à la discussion sur l'équilibre financier. Il en est de même avec les trois réunions du comité de santé tenues. La formation sanitaire n'a pas de téléphone mobile et les VAD sont réalisées par un seul RECO ;
- **Gestion financière** : les 3 rapports financiers ne disposent pas de date de leur élaboration, la préposée à la pharmacie interrogée sur la pratique de la prime de performance n'est pas bien renseignée à ce sujet ;
- **Comité pour indigents** : le comité d'indigents serait fonctionnel lors de l'évaluation de l'ECZ, alors que l'ACVE n'a trouvé aucun cas d'indigent documenté, ni un compte rendu disponible ;
- **Planification familiale** : contrairement à la vérification de l'ECZ, la contre vérification a relevé que le personnel formé en PF ne dispose pas de certificat. Aucun local approprié pour l'activité n'est disponible et aucune stratégie de transfert de malades vers l'HGR n'est planifiée dans le PM ;
- **Laboratoire** : malgré son existence, le laboratoire n'a pas de personnel qualifié, le service n'est pas fonctionnel le dimanche, les pipettes ne sont pas disponibles et les manifestations des parasites ne sont pas affichées ;

- **Médicaments traceurs** : toutes les molécules sont soit en rupture de stock, soit en quantité insuffisante. Certains médicaments ne sont pas gérés sur base des fiches de stock ;
- **Service de maternité** : la table d'accouchement n'a pas de jambiers et les boîtes obstétricales et d'épisiotomies ne sont pas disponibles ;
- **VIH/TB** : bien que les activités de lutte contre le VIH soient intégrées au niveau de la structure, celles de tuberculose ne le sont pas, pourtant l'ECZ accordé tous les points lors de l'évaluation.

4.3. Centre de santé Chalanshi :

La contre vérification faite dans ce centre de santé a dégagé les éléments essentiels ci-après qui sont à la base du faible score obtenu :

- **Organisation générale** : les réunions techniques de l'équipe et celles du CODESA qui seraient tenues selon l'évaluation ne disposent d'aucun livrable (comptes rendus), le plan de management n'est pas archivé au centre de santé et la composition de l'équipe qui réalise les VAD n'est pas conforme à la norme ;
- **Plan de management** : côté à 8 points par l'ECZ, le PM n'est pas vu pendant la mission de contre vérification ;
- **Gestion financière** : les outils de gestion financière et les rapports de trésorerie sont inexistantes pour la période sous revue ;
- **Hygiène et stérilisation** : la formation sanitaire n'est pas clôturée, les douches et toilettes sont non entretenues, la fosse d'élimination des déchets est placée à moins de 10 mètres de la formation sanitaire, avec une profondeur d'un mètre, le registre indiquant la date de sa création et son emplacement n'est pas mis en place, les poubelles de couleurs différentes avec pédales sont inexistantes ;
- **Consultation externe** : contrairement à l'ECZ, l'ACVE a trouvé que le circuit du malade n'est pas affiché, le personnel qui consulte n'est pas identifié dans le registre de consultation et qui n'est par ailleurs pas clôturé à la fin de chaque mois. Les cas de paludisme grave ne sont pas référés à l'HGR mais plutôt pris en charge au niveau de la FOSA et les antibiotiques sont utilisés chez plus de 30% des malades ;
- **Laboratoire** : le laboratoire est tenu par un personnel non qualifié, les examens effectués ne sont pas affichés et les déchets organiques ne sont pas correctement évacués ;
- **Médicaments traceurs** : plus de 80% des molécules sont en rupture de stock ou en quantité insuffisante et aucune fiche de stock des médicaments n'est disponible lors de la contre vérification ;
- **Service de maternité** : tous les accouchements sont dirigés par l'IT sans aucune assistance, les boîtes d'épisiotomie et obstétricale ne sont pas prêtes à l'utilisation et les fils de ligature du cordon ne sont pas disponibles ;
- **Soins prénatals** : aucune formation ou renforcement des capacités des prestataires n'est planifiée pour le trimestre, les fiches CPN montrent que les femmes enceintes ne bénéficient pas de fer folate et mebendazole, les examens biologiques de routine des femmes enceintes ne sont pas faits. Les réunions d'IEC ne sont pas tenues avant de réaliser la CPN.

5. Zone de santé de Sakania

Tableau 39 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Sakania

N°	Service PMA	FMA Mokambo			Bwafano			Rosalie			Tshisenda			Niche		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	18,0	7,3	60%	24,0	28,8	-20%	28,0	16,0	43%	21,5	5,0	77%	15,0	6,3	58%
2	Plan de management	9,0	0,0	100%	9,0	9,0	0%	8,0	9,0	-13%	8,0	7,0	13%	9,0	6,0	33%
3	Finance	10,0	7,0	30%	15,0	4,0	73%	15,0	11,0	27%	13,0	6,0	54%	15,0	7,0	53%
4	Comité des Indigents	15,0	0,0	100%	15,0	0,0	100%	15,0	5,0	67%	13,0	0,0	100%	12,5	10,0	20%
5	Hygiène et Stérilisation	31,0	25,0	19%	21,0	14,5	31%	27,0	20,5	24%	24,0	12,0	50%	27,0	19,5	28%
6	Consultations externe	91,0	69,0	24%	122,0	54,5	55%	107,0	99,0	7%	102,0	37,0	64%	118,0	114,0	3%
7	Planning familial	32,0	15,0	53%	22,0	30,0	-36%	30,0	32,0	-7%	23,0	12,0	48%	32,0	16,0	50%

N°	Service PMA	FMA Mokambo			Bwafano			Rosalie			Tshisenda			Niche		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
8	Laboratoire	15,0	12,0	20%	17,0	11,0	35%	17,0	15,0	12%	14,0	5,0	64%	15,0	14,0	7%
9	Services d'observation	6,0	5,3	12%	4,5	3,8	17%	4,7	5,3	-12%	3,0	1,3	58%	6,0	4,0	33%
10	Médicaments et consommables	18,0	11,8	35%	24,0	25,0	-4%	18,0	25,0	-39%	21,8	13,8	37%	15,0	0,8	95%
11	Médicaments traceurs	17,0	0,0	100%	16,0	14,0	13%	17,0	8,0	53%	16,0	0,0	100%	17,0	3,0	82%
12	Service de maternité	24,0	22,5	6%	23,0	17,0	26%	23,0	22,5	2%	22,0	12,0	45%	24,0	19,0	21%
13	PEV	12,0	14,0	-17%	18,0	19,0	-6%	11,0	11,0	0%	19,0	16,5	13%	12,0	9,0	25%
14	CPN	12,0	7,0	42%	11,0	12,0	-9%	8,0	12,0	-50%	9,0	8,0	11%	12,0	11,0	8%
15	VIH/TB	13,0	3,5	73%	13,0	11,0	15%	5,0	5,0	0%	5,0	4,0	20%	12,0	2,5	79%
TOTAL/Moyenne des Ecart		323,0	199,3	44%	354,5	253,5	19%	333,7	296,3	8%	314,3	139,5	50%	341,5	242,0	40%
Ecart des scores		81%	50%	31%	89%	63%	25%	83%	74%	9%	79%	35%	44%	85%	61%	25%

Commentaires :

Les écarts sont très significatifs entre les scores de la qualité des prestations à l'évaluation et à la contre vérification dans 4 centres de santé sur les 5 sélectionnés dont le plus important est celui de Tshisenda où le score passe de 79 à 35%.

La coïncidence de la revue mensuelle organisée par le BCZ à Sakania et pour laquelle tous les IT ont été conviés est l'une des raisons avancées par les prestataires trouvés dans les CS, pour expliquer l'absence de la plupart d'outils de collecte des informations exigées au moment de la contre vérification. Au centre de santé Rosalie où l'IT était présent, bien que convalescent, (l'ITA faisant son intérim l'ayant représenté à la revue mensuelle), l'écart entre les deux scores est seulement de 9%.

Les raisons principales retenues pour les 4 autres structures afin d'expliquer la diminution sensible du score de la qualité de leurs prestations sont les suivantes :

5.1. Centre de santé FMA Mokambo :

C'est uniquement pour le PEV où le thermomètre du réfrigérateur fonctionne normalement après l'évaluation et la fiche de température tenue à jour que le centre de santé présente une cote légèrement supérieure à celle de l'évaluation. Pour les autres domaines, les cotes sont inférieures au moment de la contre vérification avec des différences très significatives pour les domaines suivants :

- **Organisation générale** : aucun compte rendu de réunions de CODESA ni des réunions techniques trouvé dans la structure, les 3 rapports SNIS non disponibles ainsi que le PM. Les documents seraient emportés par l'IT se trouvant à Sakania pour la revue mensuelle ;
- **Plan de management** : le PM non disponible au moment de la contre vérification ;
- **Gestion financière** : l'outil d'indices est non connu ;
- **Comité pour indigents** : aucun compte rendu disponible contre trois à l'évaluation ;
- **Hygiène et stérilisation** : le registre de gestion de la fosse d'élimination des déchets n'est pas à jour car les informations qui y sont inscrites concernent uniquement l'ancienne fosse ;
- **Consultation externe** : la détermination de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans n'est pas systématique et l'approche PCIME n'est pas correctement appliquée sur les 3 fiches sélectionnées ;
- **Planification familiale** : le plan de management n'étant pas disponible, les stratégies en faveur de la PF ne peuvent être évaluées. Aussi, les DIU ne sont pas disponibles et 18 implants seulement se trouvent dans la salle de consultation. Les signes d'intolérance aux méthodes choisies ne sont pas systématiquement recherchés chez toutes les acceptantes ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : le cahier de réquisition n'existe pas pour comparer les quantités commandées aux quantités servies alors que l'évaluation confirme que ces deux quantités sont exactement les mêmes ;
- **Médicaments traceurs** : bien que 4 médicaments seulement soient en rupture de stock sur les 19, aucune fiche de stock ne mentionne la consommation moyenne mensuelle. L'évaluation a accordé le maximum de 17 points dans ces mêmes circonstances ;

- **Soins prénatals** : l'ACVE n'a pas confirmé l'effectivité des examens d'albuminurie et glycosurie effectués chez toutes les femmes enceintes pendant la CPN. Le registre n'est pas correctement rempli sur toutes les colonnes et le groupe IEC n'est pas opérationnel ;
- **VIH/TB** : le centre n'est pas un CSDT, ces activités sont réalisées par le centre de santé de référence de Mokambo. Pourtant l'évaluation a apprécié la prise en charge correcte des tuberculeux ainsi que la recherche de la co-infection VIH/TB.

5.2. Centre de santé Bwafano :

Le score est passé de 89 à 63% suite à des contreperformances constatées dans plusieurs domaines dont les plus pertinentes sont :

- **Gestion financière** : aucun rapport financier ni le livre de caisse n'est disponible au centre de santé pour le trimestre concerné. Les documents sont gardés par l'IT qui était à la revue mensuelle au BCZ au moment de la contre vérification. Il en est de même de l'outil d'indices qui n'a pu être analysé par l'ACVE ;
- **Comité pour indigents** : les comptes rendus seraient disponibles mais détenus par le président du comité des indigents ;
- **Hygiène et stérilisation** : la profondeur de la fosse à élimination des déchets est inférieure à 2 mètres et la fosse est sans clôture. La fosse est à moins de 15 mètres de la FOSA et à moins de 50 mètres des ménages. Le centre de santé ne tient pas un registre indiquant la création ni l'emplacement de la fosse ;
- **Consultation externe** : le centre de santé ne réfère pas les cas de paludisme grave tel que l'exige le protocole national (15 points à l'évaluation) et la PCIME n'est pas intégrée ;
- **Laboratoire** : le registre de laboratoire serait emporté par des cambrioleurs, la centrifugeuse serait en réparation, la présence confirmée lors de l'évaluation du matériel et réactifs pour le diagnostic de la tuberculose ne se justifie pas car le centre n'est pas un CSDT.

Tout de même, l'ACVE confirme que l'équipe de VAD est bien composée et tous les protocoles VAD sélectionnés sont correctement remplis réhaussant ainsi la cote sur l'**organisation générale** du centre de santé. En plus, le centre a abandonné l'ancien bureau utilisé pour la **planification familiale** qui ne répondait pas aux normes au passage de l'ECZ.

5.3. Centre de santé Tshisenda :

Les éléments ci-après constatés lors de la contre vérification ont ramené le score de la qualité des prestations du centre de santé Tshisenda 79 à 35%, soit moins de la moitié du score obtenu à l'évaluation :

- **Organisation générale** : les réunions techniques ne sont pas tenues contrairement à l'affirmation faite à l'évaluation, les deux rapports SNIS trouvés n'ont pas d'accusé de réception, les visites à domicile ne sont pas effectuées ;
- **Gestion financière** : les rapports financiers et le livre de caisse sont non disponibles, les éléments de l'outil d'indices sont seulement ceux retrouvés dans le plan de management (recettes et dépenses). L'indice de performance et la prime de performance ne sont pas calculés ;
- **Comité pour indigents** : bien que le comité des indigents existe, les réunions ne se tiennent pas pendant que l'évaluation affirme avoir trouvé deux comptes rendus correctement élaborés ;
- **Hygiène et stérilisation** : la fosse d'élimination des déchets est bordée mais est à moins de 15 mètres du centre de santé et à moins de 50 mètres des ménages. Aussi, la FOSA ne tient pas un registre indiquant la date de création ni l'emplacement de la fosse, toutes les poubelles ne disposent pas de pédales ;
- **Consultation externe** : tous les cas de paludisme grave sont pris en charge au centre de santé et surtout la PCIME qui a été bien évaluée n'est pas d'application ;

- **Planification familiale** : aucune pièce de DIU disponible et 14 implants seulement sont dans la salle de démonstration. Aussi les signes d'intolérance ne sont pas recherchés chez les acceptantes ;
- **Laboratoire** : le service n'est pas organisé depuis plus de deux mois, aucun registre n'est tenu, le microscope est non fonctionnel ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : aucun document ne renseigne sur les quantités réquisitionnées et celles servies et les médicaments ne sont pas rangés selon le principe FIFO/FEFO ;
- **Médicaments traceurs** : l'évaluation a accordé 16 points sur 17 alors que les CMM ne sont pas inscrites sur toutes les fiches de stock ;
- **Service de maternité** : les trois partogrammes sélectionnés sont mal remplis au niveau du cervicogramme, aucune paire de gants stérile disponible au moment de la contre vérification, une seule boîte d'accouchement disponible, celle d'épisiotomie n'étant pas constituée ;
- **PEV et de consultation préscolaire** : la fiche de température est non à jour, les flacons d'antigène mal disposés dans le réfrigérateur et non étiquetés.

5.4. Centre de santé Niche :

Le centre de santé Niche situé en pleine cité de Sakania connaît une forte fréquentation mais avec un personnel débordé par le volume de travail. L'archivage n'est pas bon et plusieurs outils de collecte des données ne sont pas correctement tenus. La contre vérification a soulevé les constats suivants dans plusieurs domaines entraînant un écart de 25% entre le score obtenu à l'évaluation avec celui de la contre vérification :

- **Organisation générale** : le CODESA n'a tenu aucune réunion au deuxième trimestre 2019, le suivi des recommandations de toutes les réunions techniques ne correspond pas aux recommandations formulées lors des réunions précédentes ;
- **Plan de management** : le plan de management ne fait pas l'analyse des autres prestataires de santé ni celle des tradipraticiens ;
- **Gestion financière** : le livre de caisse n'est pas à jour et le chargé des finances n'est pas capable de donner ni son score de performance, ni sa prime pour le T1 2019 (mois déjà payé), la charge du personnel (salaire + bonus) dépasse 50% des revenus du centre de santé (Ex : T1 2019 = 5.200 USD, salaire et bonus = 3.400 USD) ;
- **Hygiène et stérilisation** : pas d'eau courante dans la salle de bain ni conteneur, pas de système d'étiquetage jaunes et rouges pour les déchets médicaux, aucune poubelle n'est bordée de sachet ;
- **Planification familiale** : le modèle de pénis existe mais, il n'y a pas de préservatifs, ni DIU, ni pilules, le personnel serait formé sur l'utilisation des DIU et implants mais leur certificat n'est pas encore délivré ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : les médicaments ne sont pas servis dans les services en fonction des réquisitions, ils sont dispensés aux malades sans ordonnances de médicaments du CS se font auprès de fournisseurs non certifiés ;
- **Médicaments traceurs** : seuls le paracétamol, l'ACT et la SP sont en quantités suffisantes alors qu'il a été accordé 17 sur 17 points à l'évaluation ;
- **VIH/TB** : c'est uniquement les conditions de confidentialité qui n'ont pas été appréciées à l'évaluation qui a accordé 12 points sur 13 alors qu'à la contre vérification, seule la disponibilité du modèle de pénis et du registre DCIP ont valu les 2,5 points sur 13.

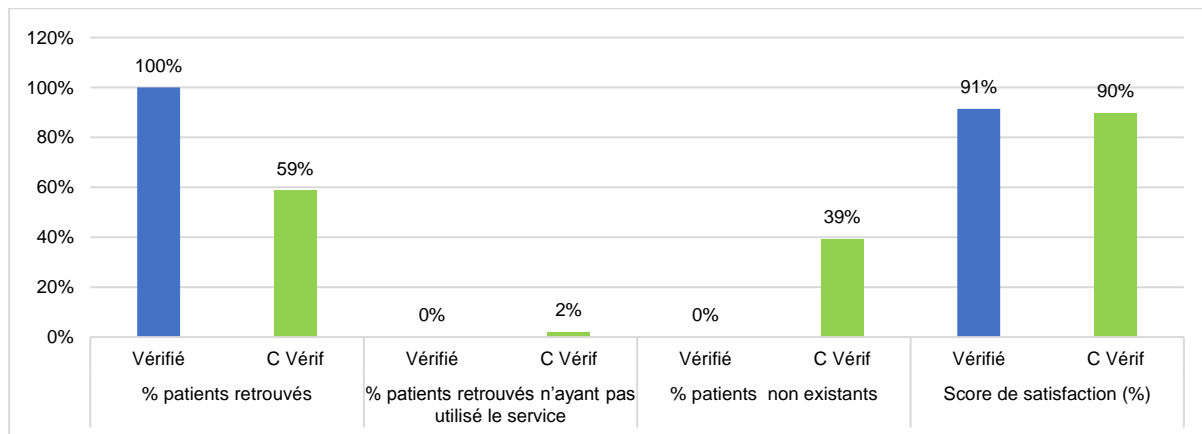
4.3.6. Résultats de la contre vérification communautaire

L'effectif des patients non existants est inquiétant dans toutes les 5 zones de santé atteignant jusqu'à 44% et 43% respectivement dans les zones de santé de Kasenga et Sakania, L'échantillon de la zone de santé de Kasenga est constitué de 57 ménages (3 n'ayant pas répondu), 50 ménages pour la zone de santé de Kashobwe étant donné que le centre de santé de Lukeka n'a pas bénéficié des enquêtes communautaires et 40 ménages pour la zone de santé de Sakania où les centres de santé Tshisenda

et Mokambo n’ont pas, non plus, connu les enquêtes communautaires pour ce trimestre. Les FOSA non enquêtées auraient manqué d’enquêteurs.

1. Zone de santé de Kasenga :

Graphique 10 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Kasenga



Commentaires :

C’est dans la zone de santé de Kasenga que la proportion des patients non existants est parmi les plus élevées de la province soit 39% contre 0% pendant les enquêtes communautaires réalisées par les ASLO. Aussi l’ACVE n’a retrouvé qu’un peu plus de la moitié des patients sur les 57 ménages ayant accepté de recevoir les enquêteurs.

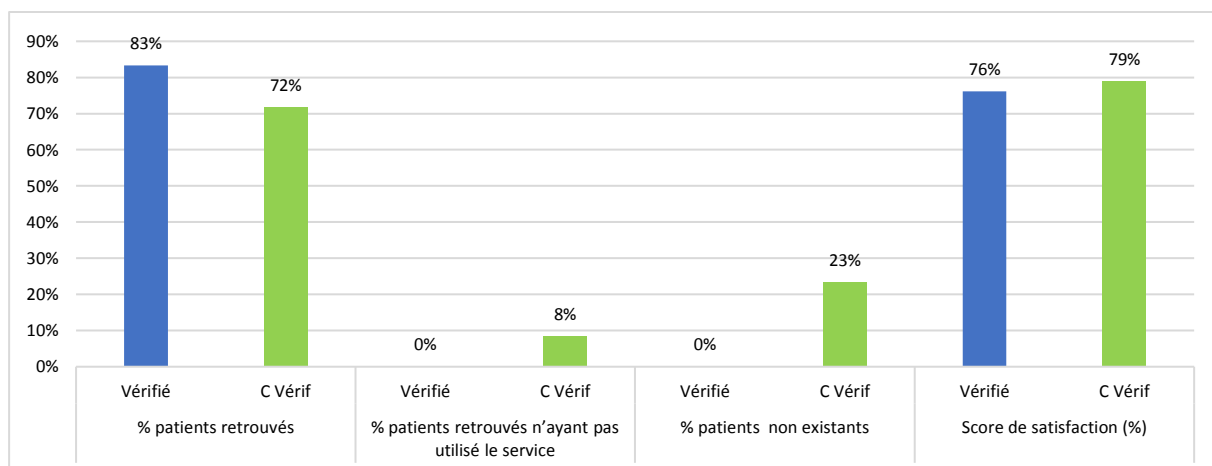
Le taux de satisfaction est resté presque le même pendant les enquêtes communautaires et la contre vérification communautaire avec environ 10% des ménages enquêtés non satisfaits des prestations offertes dans la zone de santé.

Ce qui a conduit à des suggestions devant permettre d’améliorer ce taux de satisfaction, telles que :

- **Personnel** : augmenter le nombre du personnel qualifié et jeune à l’HGR Kasenga et au centre de santé Mission ;
- **Tarif des soins** : instaurer la gratuité des soins à l’HGR ;
- **Hygiène** : clôturer l’hôpital, séparer la maternité des autres services au CS Chibambo.

2. Zone de santé de Kashobwe

Graphique 11 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Kashobwe



Commentaires :

Un malade sur 3 a été retrouvé contre 83% pendant les enquêtes, 8% des retrouvés n’ont pas utilisé les services alors que ce taux est de 0% selon l’EUP. 23% des patients contre vérifiés n’existent pas. Pour ceux qui existent, 79% contre 76% sont satisfaits des prestations offertes par cette formation sanitaire lors de la contre vérification.

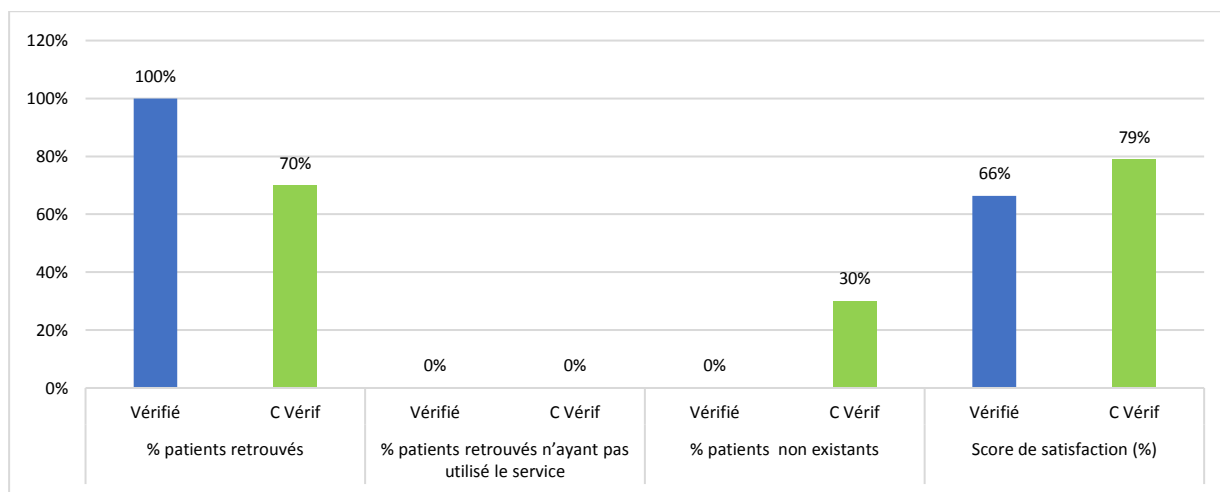
La question reste préoccupante quant à la proportion des patients n’ayant pas utilisé le service mais surtout une confirmation de la tricherie observée dans la présentation de certains outils pendant la contre vérification quantitative (fiches des malades non-inscrits dans le registre, partogrammes vierges, fiches CPoN vierges, ...).

Les patients retrouvés ont tout de même apporté les suggestions suivantes pour une amélioration de la qualité des prestations :

- **Accueil** : améliorer l'accueil à l'HGR ;
- **Personnel** : que le personnel soit courtois à l'HGR, accroître l'effectif du personnel au CS Lupembe ;
- **Équipement** : renforcer les équipements à l'HGR, au CS Nkole et au CS Lupembe ;
- **Médicaments** : renforcer les médicaments à l'HGR, au CS Nkole, Lupembe et Kibimbi ;
- **Tarif des soins** : baisser le tarif à l'HGR et au CS Kibimbi.

3. Zone de santé de Kilwa :

Graphique 12 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Kilwa



Commentaires :

La totalité des patients retrouvés pendant la contre vérification confirme avoir utilisé les services aussi bien pendant les enquêtes communautaires de l’EUP que la contre vérification communautaire. Le taux de satisfaction est plus élevé à la contre vérification (79 contre 66%) même si la proportion des patients inexistantes restant très préoccupante car représentant près d’un patient sur 3.

Il y a lieu de creuser davantage sur les possibilités de tricherie dans la déclaration des prestations surtout que des écarts très importants s’observent entre la vérification et la contre vérification quantitative.

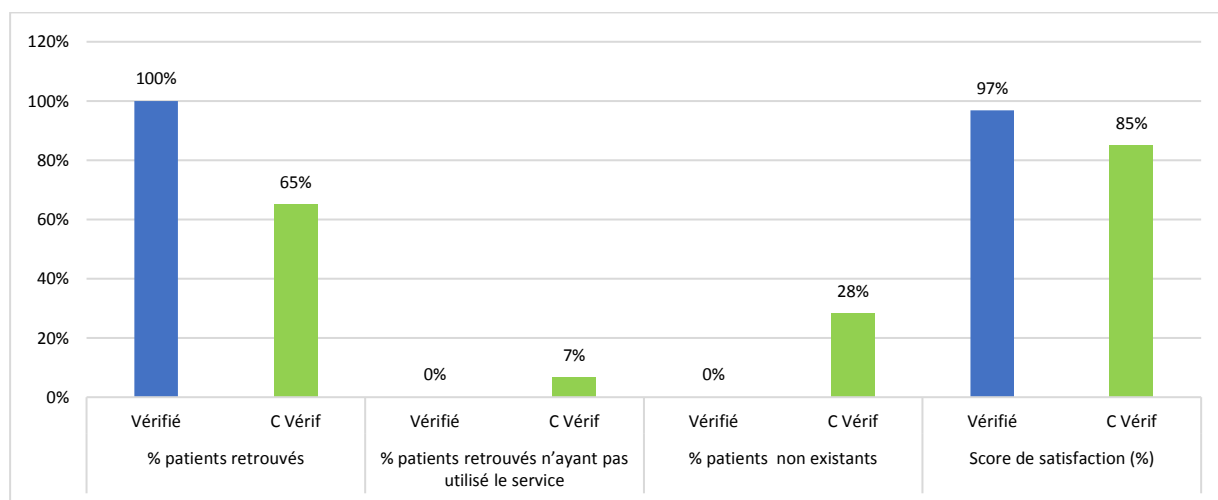
Quant à ce qui concerne les suggestions des patients, elles concernent essentiellement :

- **Accueil** : que les infirmiers respectent le temps d’arriver des malades au CS Mukupa et améliorer les conditions d’accueil au CS Lusalala ;

- **Personnel** : affecter les infirmiers qualifiés au CS Luslala ;
- **Equipement** : ajouter les bancs pour les clients au CS Mukupa et doter le CS Luslala en équipement ;
- **Médicaments** : rendre disponible tous les médicaments à l'HGR, approvisionner les CS Kapangwe et approvisionner le CS Luslala en médicaments ;
- **Tarif des soins** : réduire la tarification à l'HGR et que les infirmiers respectent la tarification au CS Luslala ;
- **Hygiène** : rendre l'HGR propre, mettre les papiers hygiéniques dans les toilettes et entretenir les toilettes à la maternité du CS Mukupa et améliorer les conditions d'hygiène de manière générale du CS Luslala.

4. Zone de santé de Pweto :

Graphique 13 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Pweto



Commentaires :

Alors que l'EUP confirme que tous les patients existent, 28% de l'échantillon tiré par l'ACVE ne sont reconnus ni par les différentes chefs d'avenue encore moins les chefs de quartiers conformément aux adresses mentionnées sur les fiches.

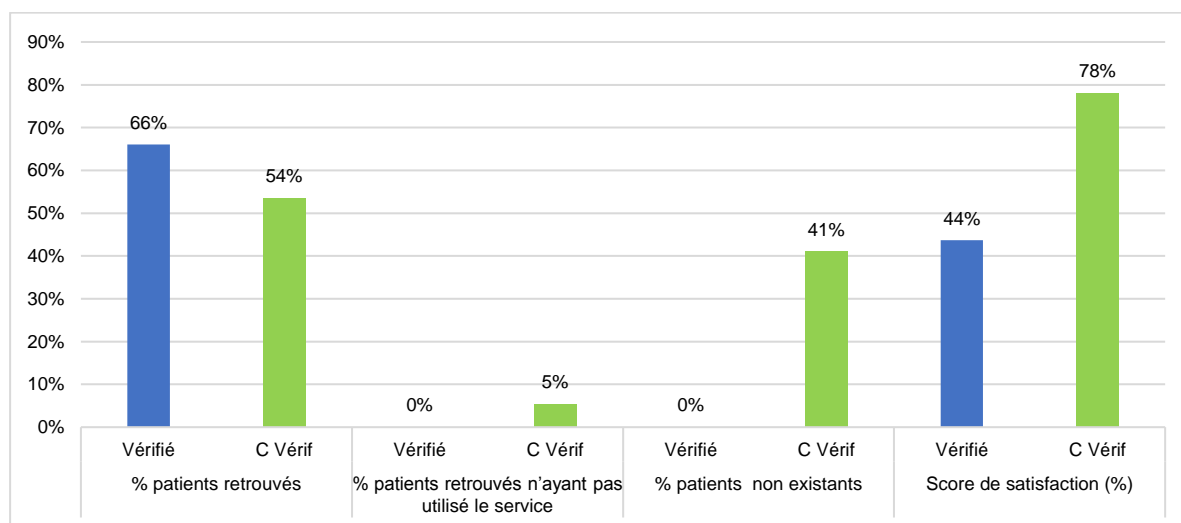
La même suspicion de tricherie persiste quand on s'en tient aux écarts constatés entre les quantités validées et celles confirmées par la contre vérification.

Les suggestions faites par les patients s'articulent autour de :

- **Personnel** : multiplier les visites quotidiennes aux malades à l'HGR ;
- **Equipement** : augmenter le nombre de lits à l'HGR et au CS Santé, rendre fonctionnel le laboratoire du CS Santé ;
- **Médicaments** : **approvisionner en médicaments l'HGR, le CS Santé et le CS Nzwiba ;**
- **Tarif des soins** : respecter la tarification à l'HGR, rendre les soins gratuits au CS Santé ;
- **Hygiène** : construire des douches à la maternité du CS Nzwiba.

5. Zone de santé de Sakania :

Graphique 14 : Résultats de la contre vérification communautaire dans la zone de santé de Sakania



Commentaires :

Alors que l'EUP confirme l'existence de tous les patients, 41% de l'échantillon tiré par l'ACVE n'existe pas pendant la contre vérification communautaire.

Seulement près de la moitié des patients sont retrouvés, 5% de ceux qui sont retrouvés ne confirment pas avoir utilisé les services avec un taux de satisfaction de 78% contre 44% au moment des enquêtes communautaires.

Une attention soutenue est à accorder quant à la conduite des vérifications après une analyse approfondie des déclarations des prestations faites par les FOSA afin de réduire les suspicions légitimes d'une tricherie.

Les usagers estiment que les points suivants doivent être pris en compte pour une amélioration de la qualité des prestations dans les différentes formations sanitaires.

- **Accueil** : améliorer l'accueil à l'HGR ;
- **Personnel** : que les personnels qualifiés s'occupent des malades au lieu des stagiaires à l'HGR, que les personnels soient disponibles, affecter d'autres agents au CS Tshisenda en remplacement de ceux ayant abandonné leur poste), que le personnel donne les conseils aux malades au CS Niche lors des consultations ;
- **Equipement** : équiper l'HGR en matériel biomédical adéquat ;
- **Médicaments** : approvisionner en médicaments l'HGR et les CS Bwafano et Tshisenda ;
- **Tarif des soins** : réduire le tarif des soins à l'HGR ;
- **Hygiène** : améliorer les conditions d'hygiène à l'HGR, au CS Bwafano et Niche.

4.3.7. Evaluation du respect des procédures

4.3.7.1. Appréciation du respect des procédures du FBP

Tableau 40 : Appréciation du respect des procédures du FBP dans la province du Haut Katanga

N°	Actions Phares	Echéancier	Responsables	Buttoir (T Ou M/Dates)	Exécution		Respect Procédures	Problèmes Identifiés
					Prévue	Réalisée	OUI/NON	
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	15/01/19	12/02/2019	NON	
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	04/06/19	5/06/019	NON	
3.	Demande de Non Objection pour évaluation qualité HGR	10 ^{ème} jour du troisième mois du trimestre concerné par évaluation qualité (M0)	PDSS	T(M3) /10	10/06/19	6/07/2019	NON	
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	20/06/19	31/07/2019	NON	
5.	Mise à disposition des fonds pour évaluation qualité HGR	27 ^{ème} jour du troisième mois du trimestre concerné par évaluation qualité (M0)	CAGF/PDSS	T(M3) /27	27/06/19	12/08/19	OUI	
6.	Evaluation de la qualité CS	Fin du troisième mois du trimestre concerné (M0)	ECZ	T+M1/15	15/07/19	12/07/2019	NON	CS Kasongo Mwana, ZS Pweto
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	15/07/19	Non réalisée	NON	
8.	Déclaration des prestations	5 jours du premier mois qui suit le trimestre (T+5 jours)	FOSA	T+M1/5	05/07/19	16/07/2019	NON	
9.	Vérification de la quantité	25 ^{ème} jour du premier mois qui suit le trimestre (T+25 jours)	Vérificateur EUP	T+M1/25	25/07/19	26/07/2019	NON	Le vérificateur de la ZS de Kashobwe avait quitté la zone le 26/07/2019
10.	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	02/08/19	15/08/2019	NON	Les données sur les évaluations qualitatives des CS et des HGR sont arrivées en retard au niveau de l'EUP parce que la DPS avait connu un retard dans leurs missions d'évaluations
11.	Harmonisation entre portail et Bordereau	5 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+35 jours)	Vérificateur EUP	T+M2/5	05/08/19	08/08/2019	NON	
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/Charge de Programme	T+M2/6	06/08/19	08/08/2019	NON	
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	08/08/19	09/08/2019	NON	
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	09/08/19		N. A	
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	10/08/19	09/08/2019	OUI	
16.	Transmission au PDSS et CT-AS	11 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+41 jours)	Direction de l'EUP	T+M2/11	11/08/19	09/08/2019	OUI	
17.	Comparaison des factures avec les données du Portail	15 ^{ème} jour du deuxième mois qui	CT-AS	T+M2/15	15/08/19	14 au 19/08/2019	NON	

N°	Actions Phares	Echéancier	Responsables	Buttoir (T Ou M/Dates)	Exécution		Respect Procédures	Problèmes Identifiés
					Prévue	Réalisée	OUI/NON	
		suit le trimestre (T+45 jours)						
18.	Transmission factures validées CT-AS au CAGF/PDSS	16 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+46 jours)	CT-AS	T+M2/16	16/08/19	21/08/2019	NON	
19.	Transmission CAGF/PDSS vers Banque (Ordre de virement)	21 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+51 jours)	CAGF/PDSS	T+M2/21	21/08/19	16/10/2019	NON	
20.	Virement de la Banque vers les comptes bénéficiaires (FOSA, ECZ, ECP)	25 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+58 jours)	Banque	T+M2/25	25/08/19	16/10/2019	NON	
21.	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	02/09/19	16/10/2019	NON	
22.	Messages auprès des FOSA	4 ^{ème} jour du troisième mois qui suit le trimestre (T+66 jours)	EUP et Antennes	T+M3/4	04/09/19	16/10/2019	NON	L'EUP ne reçoit aucune communication de la part de la banque qui vire l'argent vers les comptes des FOSA, souvent, l'information leur vient des BCZ ce qui leur permet ensuite d'informer les FOSAS sur la disponibilité des fonds dans leurs comptes
23.	Déplacement des FOSA pour retrait	25 ^{ème} jour du troisième mois qui suit le trimestre (T+87 jours)	FOSA	T+M3/25	25/09/19	16/10/2019	NON	
24.	Production des rapports des enquêtes communautaires	30 ^{ème} jour du troisième mois qui suit le trimestre (T+90 jours)	ASLO	T+M3/30	30/09/19	25/09/2019	OUI	

Source des normes : Nouveau cycle de paiement PBF, avril 2018

Commentaires :

Seules, l'évaluation de la qualité dans les centres de santé, la **validation des factures** et leur **transmission par la Direction de l'EUP au PDSS et à la CT-AS** se sont effectuées dans les délais prescrits dans le manuel opérationnel PBF auxquelles il faut ajouter la **production des enquêtes communautaires**.

L'évaluation de la qualité des prestations des HGR ainsi que celle du cadre de performance des ECZ pour le deuxième trimestre n'ont pas été réalisées suite aux nombreux retards accumulés en amont de cette activité. Le PDSS a fini par demander à la DPS de reconduire les scores obtenus au premier trimestre pour rattraper ce retard.

Les responsabilités restent ainsi partagées partant de la **validation des plans de management** avec 33 jours de retard, **la transmission de la demande de paiement et des TdR pour l'évaluation de la qualité des HGR et ECZ** avec un jour de retard suivi **d'une demande de la non objection** par le PDSS avec 28 jours de retard pour ne l'obtenir qu'après 41 jours de retard, jusqu'à la l'encodage des données dans le portail, faite avec 13 jours de plus.

L'harmonisation entre le portail et les bordereaux, l'émission des factures ainsi que leur **validation** n'ont connu que des légers retards d'un à deux jours.

Il en est de même du travail attendu de la CT-AS **dans la comparaison des factures avec les données du portail** et **la transmission des factures validées par la CT-AS au PDSS** qui n'a enregistré que 5 jours de retard.

Il faut noter ensuite que le PDSS a eu besoin de près de deux mois pour à la **transmission des ordres de virement vers la Banque**.

La préoccupation de l'EUP, selon laquelle, il n'est pas informé du virement effectué par la Banque vers les formations sanitaires persiste.

4.3.7.2. Evaluation du contrôle administratif et financier de toutes les factures

Tableau 41 : Evaluation du contrôle administratif et financier dans la province du Haut Katanga

DPS HAUT KATANGA	FOSA	Montant validé (a)	Montant du portail (b)	Ecart (a-b)	%[(a-b)/a]
ZS Kasenga	CS Chibambo	7222,2	7222,2	0	0,00%
	CS Kasomeno	4427,34	4427,75	-0,41	-0,01%
	CS Mfuta	3447,2	3447,2	0	0,00%
	CS Mission	3926,9	3926,7	0,2	0,01%
	CS Kisamamba	4136,5	4136,5	0	0,00%
	HGR Kaboka	9804,05	9804,05	0	0,00%
Synthèse ZS Kasenga		32964,19	32964,4	-0,21	0,00%
ZS Kashobwe	CS Kabambakuku	6514,2	6514,7	-0,5	-0,01%
	CS Lukeka	2015,1	2015,1	0	0,00%
	CS Nkole	1418	1418	0	0,00%
	CS Lupembe	2390,8	2390,8	0	0,00%
	CS Kibimbi	2853,2	2853,25	-0,05	0,00%
	HGR Kashobwe	10036	10039,65	-3,65	-0,04%
Synthèse ZS Kashobwe		25227,3	25231,5	-4,2	-0,02%
ZS Kilwa	CS Mubanga	12341,3	12341,3	0	0,00%
	CS Mukupa	9020,3	9020,3	0	0,00%
	CS Kapangwe	2385	2385	0	0,00%
	CS Lusalala	8752,9	8752,9	0	0,00%
	CS Kasongo Mwana	6803,8	6803,8	0	0,00%
	HGR Kilwa	18161,9	18161,9	0	0,00%
Synthèse ZS Kilwa		57465,2	57465,2	0	0,00%
ZS Pweto	CS Sante	4312,1	4312,1	0	0,00%
	CS Nzwiba	2482,95	2482,95	0	0,00%
	CS Kapulo	1492,7	1494,7	-2	-0,13%
	CS Kapondo	3956,5	3956,5	0	0,00%
	CS Chalanshi	7967,7	7967,7	0	0,00%
	HGR Pweto	12619,95	12619,95	0	0,00%
Synthèse ZS Pweto		32831,9	32833,9	-2	-0,01%
ZS Sakania	CS FMA Mokambo	5506	5506	0	0,00%
	CS Bwafano	3215,8	3215,8	0	0,00%
	CS Rosalie	6829,6	6829,6	0	0,00%
	CS Tshisenda	392,6	392,6	0	0,00%
	CS Niche	5275,25	5274,85	0,4	0,01%
	HGR Sakania	13266,1	13266,1	0	0,00%
Synthèse ZS Sakania		34485,35	34484,95	0,4	0,00%
Synthèse DPS HAUT KATANGA		182973,94	182979,95	-6,01	0,00%

Commentaires :

Aucune différence significative n'est constatée entre les montants validés et ceux transcrits dans le portail PBF dénotant de la fidélité des encodeurs à différents niveaux.

4.3.7.3. Evaluation du système d'archivage et de gestion de la documentation

Analyse des traces d'utilisation par les utilisateurs (Logs)

Tableau 42 : Distribution des données saisies et validées dans la province du Haut Katanga

	ZS Kasenga		ZS Kashobwe		ZS Kilwa		ZS Pweto		ZS Sakania		Autres ZS		Total	
	Saisie	Val	Saisie	Val	Saisie	Val	Saisie	Val	Saisie	Val	Saisie	Val	Saisie	Val
Avance et Budget ECZS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	6
Evaluation Communautaire (T - 1)	9	9	11	11	23	23	21	21	17	17	16	16	97	96
Evaluation de la performance des ECZS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	6
Evaluation de la Qualité des Centre de Santé	7	7	10	10	20	20	21	20	15	15	14	14	87	86
Evaluation de la Qualité des Hôpitaux	2	2	1	1	3	3	1	1	2	2	2	2	11	10
Quantité PCA	6	6	3	3	9	9	3	3	6	6	6	6	33	33
Quantité PMA	21	21	30	30	60	60	60	60	45	45	42	42	258	258
Total général	47	47	57	57	117	117	108	107	87	87	82	82	498	497

Commentaires :

A l'extraction du fichier log, le 20 septembre 2019, le portail avait enregistré 498 données saisies par l'EUP du Haut Katanga. Les encodages ont débuté le 13 juillet 2019 pour prendre fin le 15 août 2019. Environ 99,8%, (497 sur 498) des données saisies ont été validées puis verrouillées sur le portail. La seule donnée qui n'est pas validée est celle de l'évaluation de la qualité du CS Kikalungu dans la ZS de Pweto.

Les données enregistrées sur le portail couvrent les domaines suivants : les avances budgets ECZS, les évaluations communautaires, les évaluations de la performance des ECZS, les évaluations de la qualité des CS et des HGR, ainsi que la quantité PCA et PMA.

Le seul point sur lequel l'EUP devrait fournir des efforts pour s'améliorer quant à la saisie des données est celui-ci :

Le respect de l'échéance de l'encodage des données

La promptitude d'encodage des données au niveau de la province du Haut Katanga est de 80,2%. Il n'y a que les données saisies des ZS de Kenya et Kowe qui ont atteint 100% de promptitude sur le portail, tandis que ceux de Vangu et Pweto ont atteint respectivement 33,3% et 47,3%. Ainsi, l'ACVE encourage les vérificateurs de l'EUP à consentir encore des efforts pour ne pas dépasser la date butoir de saisie des données et atteindre 100% de promptitude. Selon le manuel, elle est fixée au 2^{ème} jour du 2^{ème} mois qui suit le trimestre vérifiée (T+M2+D2). Pour le T2 2019, l'échéance était fixée au 2 août 2019 mais l'EUP est allé jusqu'au 15 août 2019, soit un dépassement de 13 jours.

Analyse du système d'archivage

Concernant l'archivage des données, tous les documents d'administration ainsi que les différentes pièces justificatives sont très bien rangés de manière chronologique dans des classeurs qui sont identifiables par leurs noms et la période concernée. L'ordre de classement dans le portail est également suivi à la lettre par la gestionnaire des données.

Hormis le classement des documents en dur, l'EUP a aussi un système d'archivage électronique qui lui permet de scanner et de stocker les documents dans l'ordinateur du data manager mais aussi dans un

disque externe de 1 TB devant lui permettre une récupération des données en cas de perte des données en dur. Toutefois, l'achat d'un équipement adéquat pour une numérisation rapide des documents reste souhaitable.

Analyse de la cohérence des données

Tableau 43 : Incohérences des données validées Portail Web DHIS2 DPS dans la province du Haut Katanga

Organisation unit Data / Période	Bwafano CS		Ecart
	Portail	DHIS2	
Accouchement assisté - val	180	180	0
Cas sévère référés à l'hôpital (contre-référence disponible) - val	0	0	0
Cas TBC-BK positifs traités et guéris - val	0	0	0
Consultation Externe (nvx cas patient indigent) - plafond 5% - val	0	0	0
Consultation externe (nvx cas) - val	473	473	0
Consultation Postnatale - val	0	0	0
Consultation Prénatale 1ère visite - val	70	70	0
Consultation Prénatale 4ème visite - val	38	38	0
Dépistage conseil du VIH initié par le prestataire - val	216	216	0
Dépistage des cas TBC - BK positifs - val	0	0	0
Enfant complètement vacciné - val	0	0	0
Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophyl - val	0	0	0
Petite chirurgie - val	28	28	0
PF : Acceptante nouvelle et renouvellement (DIU et implant) - val	42	42	0
PF : Acceptante nouvelle et renouvellement (oral & inj) - val	83	83	0
Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH+ - val	1	1	0
Soins Après Avortement	0	0	0
SP3/TPI3 : Troisième dose du Sulfadoxine Pyriméthamine chez la femme enceinte - val	6	6	0
Surveillance de la croissance des enfants de 0 à 11 mois - val	0	0	0
Surveillance de la croissance enfants de 12 à 59 mois - val	0	0	0
VAT 2+ : Femme complètement protégée - val	52	52	0
VIH/ SIDA : Nombre de clients ARV suivi dans le semestre - val	36	36	0
Visite à domicile : (évacuation de déchets, latrine ou toilette propose, moustiquaire dispo, access à l'eau propre, utilisation PF, et vaccination) - val	0	0	0

Commentaires :

Comme nous le montre l'exemple ci haut du centre de santé Bwafano dans la ZS de Sakania, toutes les données du Haut Katanga sont correctement exportées du portail PBF vers le DHIS2.

Comparaison des scores qualité collectés sur le terrains et ceux saisis dans le portail

LEGENDE

Dans cette section, la présentation des résultats se fait sous forme de tableaux, mettant en exergue les écarts de cohérence entre les scores qualités collectés sur le terrain et ceux issus du portail web et saisis par les EUP/AAP. Ainsi la 1^{ère} colonne renseigne les données qualité en dur, la seconde est relative aux données du portail web et la 3^{ème} le score issu du contrôle arithmétique réalisé par l'ACVE à partir des grilles qualité en dur.

Tableau 44 : Ecarts des scores qualité entre les grilles, le portail et la contre vérification dans la province du Haut Katanga

Zones de santé	FOSA	Score grille qualité en dur (a)	Score qualité portail (b)	Score qualité en dur saisie / ACVE (c)	Ecart 1 (a-b)	Ecart 2 (a-c)	Observation
Kasenga	CS Chibambo	69,88	69,88	70,3	0	-0,42	
	CSR Kasomeno	64,25	64,25	64,3	0	-0,05	
	CS Mfuta	67,56	67,56	67,6	0	-0,04	
	CS Mission	64,38	64,38	64,4	0	-0,02	
	CS Kisamamba	67,20	67,24	67,2	-0,04	0	
Kashobwe	CS Kabambakuku	86,49	86,49	86,5	0	-0,01	
	CS Lukeka	73,65	0	73,6	73,65	0,05	Évaluateur non certifié
	CS Nkole	80,75	80,75	80,8	0	-0,05	
	CS Lupembe	77,08	0	77,5	77,08	-0,42	Évaluateur non certifié
	CS Kibimbi	68,4	68,4	69,7	0	-1,3	
Kilwa	CS Mubanga	81,6	81,56	81,6	0,04	0	
	CS Mukupa	71,65	71,65	71,4	0	0,25	
	CS Kapangwe	80	80	80,3	0	-0,3	
	CS Lusalala	86,23	86,23	88,7	0	-2,47	
	CS Kasongo Mwana	67,04	67,04	67	0	0,04	
Pweto	CS Sante	86,09	86,09	86,1	0	-0,01	
	CS Nzwiba	85	84,98	85	0,02	0	
	CS Kapulo	71,96	71,96	73,7	0	-1,74	
	CS Kapondo	69,85	69,85	70,9	0	-1,05	
	CS Chalanshi	78,56	78,56	79,1	0	-0,54	
Sakania	CS FMA Mokambo	80,75	80,75	80,8	0	-0,05	
	CS Bwafano	88,63	88,63	88,6	0	0,03	
	CS Rosalie	83,43	83,43	83,4	0	0,03	
	CS Tshisenda	78,3	78,31	78,6	-0,01	-0,3	
	CS Niche	85,36	85,38	85,4	-0,02	-0,04	

Commentaires :

Il n'y a pas de différences de score qualité entre les informations en dur et celles saisies sur le portail dans pratiquement toutes les ZS de la DPS du Haut Katanga, sauf pour les CS de Lukeka et Lupembe dans la ZS de Kashobwe où la différence de score est de 100%. Sur le portail ces 2 centres ont un score de qualité nul alors que sur les fichiers en dur leurs scores sont de 73,65% pour le CS Lukeka et 77,08% pour Lupembe. L'EUP avait jugé bon d'invalider l'évaluation de ces 2 centres parce que les évaluateurs n'étaient pas encore certifiés au moment de l'évaluation de la qualité du T2 2019.

4.4. Contrevérification dans la DPS KWANGO

Figure 8 : Répartition géographique des zones de santé sélectionnées dans la province de Kwango

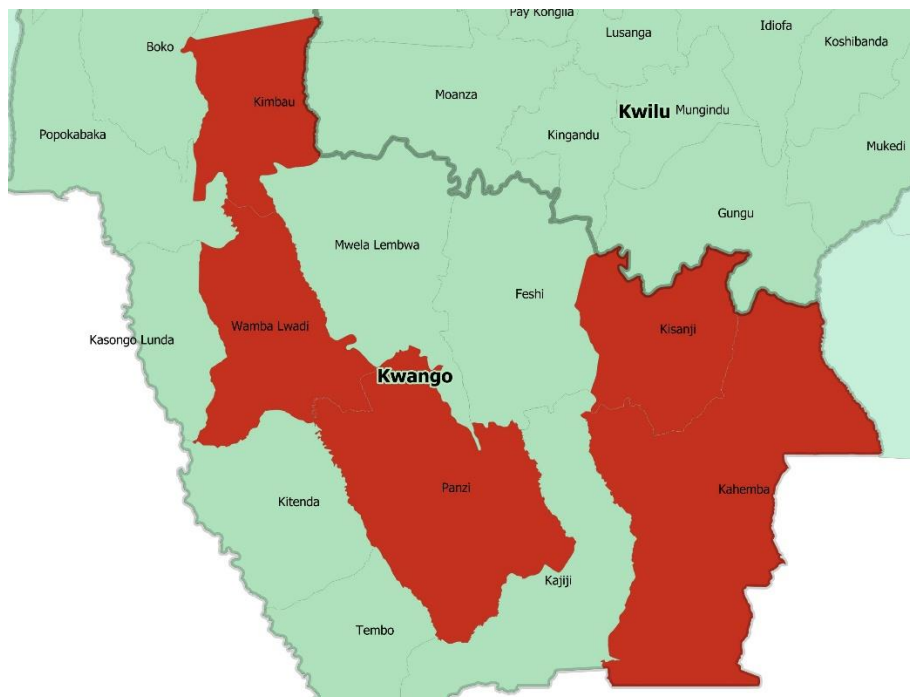


Tableau 45: Mapping général des écarts entre l'évaluation/vérification et la contre vérification dans le Kwango

ECP	35%					
EUP	NON REALISEE					
ECZ	NON REALISEE					
HGR Quantité	16%	28%	3%	-11%	7%	9%
HGR Qualité	NON REALISEE					
CS Quantité	24%	7%	52%	14%	38%	27%
CS Qualité	26%	26%	18%	11%	7%	18%
Enquêtes communautaires (patients non existants)	NON REALISEE					
Zone de santé	Kahemba	Kimbao	Kisandji	Panzi	Wamba Luadi	Moyenne

Commentaires :

Sur les 8 activités prévues dans le cadre de la contre vérification, 4 n'ont pas été réalisées suite au retard accumulé dans le cycle de vérification et de paiement. A propos des contre vérifications réalisées, les lignes qui suivent ressortent les faits saillants à la base des écarts constatés par l'ACVE :

- **Contre vérification du cadre de performance de l'ECP** : les différences remarquables entre la vérification et la contre vérification sont dûes aux insuffisances dans l'organisation de certaines activités (CA, réunions de l'ECP, Encadrement, ...), l'absence de diffusion des documents produits aux parties prenantes (PAO, PTT, plan des approvisionnements en médicaments) et le faible niveau d'exécution des résolutions ou recommandations ;
- **Contre vérification quantitative des hôpitaux généraux de référence** : la démarcation entre la vérification et la contre vérification est liée à la discordance de renseignements recueillis dans

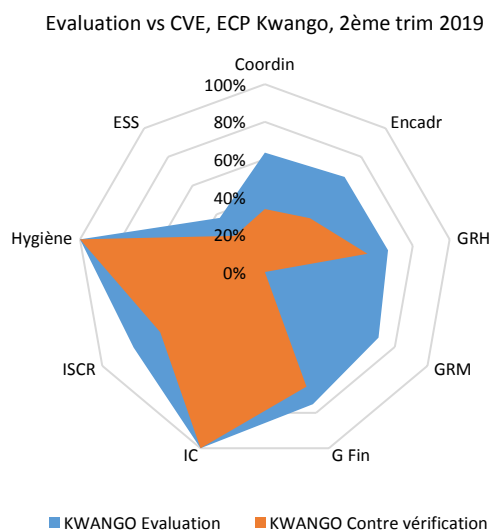
les outils, le mauvais archivage et les difficultés de remplissage de certains éléments dans les dossiers des patients ;

- **Contre vérification quantitative des centres de santé** : la divergence dans l'interprétation de certains indicateurs (CPON ; Dépistage des cas TBC - BK positifs) est à la base des écarts constatés ;
- **Contre vérification qualitative des centres de santé** : les aspects à la base des écarts sont notamment la gestion des médicaments (les fiches de stock non disponibles, la CMM non calculée, la faible disponibilité en médicaments et intrants spécifiques), l'hygiène et la stérilisation (le non-respect des règles liées à l'emplacement de la fosse d'élimination des déchets, l'absence de registre indiquant la création de la fosse à ordures, le mauvais entretien des douches, le manque d'éclairage dans les toilettes), le mauvais archivage des rapports (CR des réunions techniques, rapports SNIS, rapports CODESA et rapports financiers).

4.4.1. Contre vérification du cadre de performance de la DPS Kwango

L'équipe cadre de la DPS Kwango est à sa deuxième mission de contre vérification, dont la première remonte à février 2018. Le score du cadre de performance de la DPS a connu une diminution notable entre l'évaluation et la contre vérification soit de 35%. Seuls deux domaines ont eu des cotes superposables entre l'évaluation et la contre vérification (Inspection-contrôle, Hygiène et salubrité publique). Les raisons des écarts entre les deux types d'évaluation s'expliquent comme suit :

Graphique 15 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance de l'ECP Kwango



Commentaires :

7 domaines du cadre de performance de la DPS, ont présentés des écarts significatifs entre l'évaluation du CPP et la contre vérification. Les raisons suivantes sont à l'origine de ces écarts :

Coordination/pilotage/planification :

- Les différents GT ne disposent pas de plan de mise en œuvre des recommandations de CPP et même le contenu des CR de ces réunions ne fait pas mention de ces recommandations susmentionnées ;
- Les dossiers traités au CA n'ont pas été préalablement validés par le COGE. Certes toutes les parties prenantes ont pris part aux réunions du CA mais la DPS ne dispose pas de preuve d'émission des invitations aux membres dans le délai. Les goulots d'étranglement liés à la mise en œuvre du FBP n'ont pas été analysés pendant ces réunions. A cela s'ajoutent le faible taux de suivi des recommandations / résolutions des réunions précédentes et l'absence de PV de qualité dans 85% des cas de CA tenus ;
- Les réunions de l'ECP sont tenues de façon irrégulière (50%) et sans efficacité dans le suivi des résolutions ou recommandations (taux de suivi de 34,8%) ;
- Seuls 3 bureaux disposent de PTT. Ces plans ne sont pas diffusés à toutes les parties prenantes et ne sont pas évalués à la fin du trimestre à l'exception de celui du bureau appui technique.

Encadrement des zones de santé :

- La transmission tardive du message d'information de la mission d'encadrement aux zones de santé. La DPS n'a pas élaboré le rapport d'évaluation des progrès de l'encadrement des ZS, en fin trimestre;
- La CDR n'est pas évaluée par l'ECP et le plan des approvisionnements ne fait pas objet de suivi.

Gestion des ressources humaines :

- La DPS ne dispose pas du plan de formation et ce, malgré la recommandation y afférente du CPP ;

Ressources matérielles :

- Les inventaires des matériels sont disponibles mais peu fiables . Les rapports techniques des engins roulants ne sont pas élaborés. Le plan de maintenance n'est presque pas suivi.

Gestion financière :

- Les rapports financiers mensuels et trimestriels ne sont disponibles qu'en soft. Le classement des pièces justificatives est inapproprié.

Information sanitaire, communication et recherche :

- Le rapport trimestriel n'est pas diffusé à toutes les parties prenantes. L'analyse des bases des données est affectée par la faible complétude(REH) et la faible promptitude(REH,SNIS) ;
- Les réunions d'analyses se tiennent régulièrement mais les retro informations ne sont pas transmises aux ZS ;

Enseignement des sciences de la santé :

- Aucune mission d'inspection n'a été réalisée sous prétexte que c'est une activité dévolue à l'IPS.

4.4.2. Contre vérification du cadre de performance de l'Agence de Contractualisation et de Vérification (EUP)



Étant donné que l'EUP n'a pas été évalué par la cellule de suivi du secrétariat général de la santé, l'ACVE n'a pu non plus mener la contre vérification de l'EUP pour la période concernée.

4.4.3. Contre vérification du cadre de performance des équipes cadres de zones de santé de Kwango



Faute de disponibilité à temps de moyens financiers, l'ECP n'a pu évaluer la performance des ECZ. Ainsi sur instruction de l'UCP Santé BM, la DPS a reconduit les scores du trimestre précédent obtenus par les ECZ. De ce fait l'ACVE n'a pu non plus procéder à la contre vérification de la performance des ECZ de la période concernée.

4.4.4. Résultats de la contre vérification des hôpitaux généraux de référence de Kwango

4.4.4.1. Contre vérification quantitative

La crainte de dépassement des cibles au niveau des CSDT, pousse l'EUP à valider les cas suspects TBC orientés par les CST et dépistés positifs au compte de ces structures de provenance, contrairement à l'ACVE qui considère que le dépistage de la TBC est formellement l'apanage des CSDT. Ce qui justifie concernant l'indicateur « **Dépistage des cas TBC - BK positifs** », les valeurs supérieures trouvées à la contre vérification, excepté à l'HGR Kimbao où tous les cas ont été dépistés directement au CSDT. 4 prestations ont présenté des écarts significatifs dans la majorité des hôpitaux contre vérifiés (**Consultation externe référée (et retro-information donnée) – médecin, Accouchement assisté – eutocique, Césarienne, Dépistage des cas TBC - BK positifs**).

Tableau 46 : Résultats de la contre vérification quantitative des hôpitaux généraux de référence de Kwango

N°	Service PCA	Kahemba			Kimbao			Kisandji			Panzi			Wamba Luadi		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe référée (et retro-information donnée) - médecin	268	189	29%	201	0	100%	40	37	8%	122	30	75%	61	53	13%
2	Chirurgie majeure (population x 0.5%)	75	69	8%	31	25	19%	70	58	17%	70	73	-4%	212	203	4%
3	Accouchement assisté - eutocique	29	16	45%	37	26	30%	39	34	13%	122	104	15%	30	28	7%
4	Césarienne (50% des accouchements dystociques)	21	18	14%	13	9	31%	51	44	14%	26	26	0%	2	2	0%
5	Dépistage des cas TBC - BK positifs	32	35	-9%	3	3	0%	15	20	-33%	7	20	-186%	11	19	-73%
6	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	66	62	6%	23	26	-13%	146	145	1%	68	47	31%	32	30	6%
MOYENNE DES ECARTS				16%			28%			3%			-11%			-7%

Commentaires :

Les raisons suivantes justifient ces écarts constatés dans les hôpitaux :

1. Hôpital général de référence de Kahemba

Les indicateurs ci-dessous, ont présenté des données plus importantes à la vérification qu'à la contre vérification :

- **Consultation externe référée (et retro-information donnée) – médecin** : 73 cas invalidés suite au mauvais archivage des éléments du dossier (Fiches de consultation, billets de référence ou de contre-référence), à la consultation des cas référés à l'HGR par les infirmiers.
- **Accouchement assisté – eutocique** : 13 accouchements invalidés suite aux incohérences de renseignements et mauvais remplissage des partogrammes.
- **Césarienne (50% des accouchements dystociques)** : 3 cas écartés suite à l'absence de traçabilité de dates entre les différents éléments du dossier (registre du bloc opératoire, protocoles opératoires, partogrammes, fiches de consultation).

2. Hôpital général de référence de Kimbao

Hormis le dépistage de la tuberculose, les autres prestations ont présenté des écarts considérables entre l'évaluation et la contre vérification. Les raisons à la base de ces écarts sont les suivantes :

- **Consultation externe référée (et retro-information donnée) – médecin** : contrairement à l'EUP, l'ACVE a invalidé tous les cas déclarés faute de billet de contre-référence ; et ce malgré que les prestataires de l'HGR aient prétendu lors de la contre vérification n'être pas au courant de cette disposition ;
- **Chirurgie majeure (population x 0.5%)** : 7 cas ont été invalidés suite à la contradiction concernant le diagnostic entre le registre du bloc opératoire, les protocoles opératoires et les fiches des malades ;

- **Accouchement assisté – eutocique** : 13 cas écartés sur base des partogrammes renseignés de façon inadéquate ou raturés ;
- **Césarienne (50% des accouchements dystociques)** : contrairement à la vérification, la contre vérification a invalidé 4 cas de césarienne suite à la discordance de renseignements entre les outils de gestion et le mauvais remplissage des partogrammes.
Par contre avec la PF, l'ACVE a validé plus de cas que l'EUP :

Par ailleurs, au niveau de la **planification familiale**, parmi les 36 cas du trimestre, l'ACVE a validé plus des cas que l'EUP. Il s'agit de 26 cas valides ayant adhéré à la PF (oral & inj), disposant des fiches conformes avec la preuve d'utilisation des commodités dans les outils de gestion.

3. Hôpital général de référence de Kisandji

Certes le vérificateur de l'EUP a dénombré des quantités plus élevées pour 3 indicateurs mais les écarts restent tout de même minimes.

- **Chirurgie majeure (population x 0.5%)** : 12 cas ont été écartés dont 8 réalisés uniquement sous lidocaïne et 4 pour incohérence des renseignements dans les outils (registre et protocoles opératoires) ;
- **Accouchement assisté – eutocique** : l'ACVE a invalidé 5 dossiers dont 4 suite à l'incohérence des renseignements recueillis (ex : DDR le 28/06/2019 et accouchement le 04/04/2019) et un dossier ne disposait pas de partogramme ;
- **Césarienne (50% des accouchements dystociques)** : 7 cas écartés par faute de conformité des renseignements entre les différents éléments du dossier.

Toutefois l'ACVE a validé plus de cas concernant l'indicateur « **Dépistage des cas TBC - BK positifs** ». En effet, la contre vérification a validé 20 cas dépistés au CSDT et disposant des dossiers conformes ; y compris les cas orientés par les CST et qui à la vérification sont rétrocedés au CST.

4. Hôpital général de référence de Panzi

Les écarts observés entre la vérification de l'EUP et la contre vérification est due aux raisons suivantes :

- **Consultation externe référée (et retro-information donnée) – médecin** : contrairement à l'EUP, l'ACVE a invalidé 92 cas de consultation externe référés pour multiples raisons à savoir l'indisponibilité de certains billets de référence et contre-référence, la discordance des renseignements entre le registre et certains bulletins de référence, la consultation par les infirmiers, de certains malades référés à l'HGR ;
- **Accouchement assisté – eutocique** : sur 122 cas validés à la vérification, l'ACVE a écarté 18 cas suite au remplissage incomplet des partogrammes et certains dossiers sont non vus ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : la discordance des renseignements dans les outils de gestion, les ratures des fiches et l'absence de preuve d'utilisation des commodités, sont autant d'éléments ayant conduit à l'invalidation de 21 cas lors de la contre vérification ;

Par contre, l'ACVE a validé plus de cas concernant l'indicateur « **Dépistage des cas TBC - BK positif** ». Tous les cas orientés par les CST et dépistés positifs au CSDT, sont validés au compte du CST par l'EUP.

5. Hôpital général de référence de Wamba Luadi

Le constant est qu'à l'hôpital de Wamba Luadi, les données quantifiées par l'EUP sont presque identiques à celles de la CVE sauf pour l'indicateur **consultation externe référée (et retro-information donnée) – médecin** : 8 cas écartés par manque de billets de référence émis par les CS ou suite à l'incohérence des renseignements entre les différents éléments des dossiers des malades.

Par contre, l'ACVE a validé plus de cas concernant l'indicateur « **Dépistage des cas TBC - BK positif** ». Tous les cas orientés par les CST et dépistés positifs au CSDT, sont validés au compte du CST par l'EUP.

4.4.4.2. Contre vérification qualitative



Faute de disponibilité à temps de moyens financiers, l'ECP n'a pu évaluer la qualité dans les hôpitaux. Ainsi sur instruction de l'UCP Santé BM, la DPS a reconduit les scores de l'évaluation de la qualité dans les HGR du trimestre précédent. De ce fait l'ACVE n'a pu non plus procéder à la contre vérification de la qualité dans les hôpitaux.

4.4.5. Résultats de la contre vérification des centres de santé de Kwango

4.4.5.1. Contre vérification quantitative

Sur les 25 CS ayant bénéficié de la contre vérification, seulement 9 ont présenté des quantités proches de la vérification. La divergence dans l'interprétation du manuel FBP concernant la CPoN, est à l'origine des écarts considérables entre la vérification et la contre vérification. Aussi, l'indicateur « Dépistage des cas TBC - BK positifs » a présenté à la contre vérification du fait que l'ACVE a validé conformément aux normes, le dépistage dans le CSDT. Les causes de démarcation de scores entre la vérification et la contre vérification, sont commentées par zone de santé et par formation sanitaire.

1. Zone de santé de Kahemba

Tableau 47 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Kahemba

No	Service PMA	Bangu			Kamba Nguya			Shakungu			Kambuela			Kahemba		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe (nvx cas)	547	514	6%	452	432	4%	299	299	0%	296	268	9%	584	573	2%
2	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	9	9	0%	5	5	0%	16	16	0%	16	15	6%	37	38	-3%
3	Accouchement assisté	75	71	5%	0	81		23	0	100%	50	90	-80%	61	47	23%
4	Consultation Postnatale	149	80	46%	172	96	44%	112	112	0%	59	0	100%	131	101	23%
5	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	154	150	3%	278	279	0%	113	113	0%	73	73	0%	110	110	0%
6	Dépistage des cas TBC - BK positifs	2	0	100%	0	0	0%	2	0	100%	2	0	100%	0	0	0%
MOYENNE DES ECARTS				27%			10%			33%			23%			8%

Commentaires :

L'ACVE a trouvé moins de cas en comparaison avec la validation de l'EUP dans 3 CS (Bangui, Shakungu et Kambuela). Ces différences sont plus constatées dans les services de gynéco-obstétrique (CPoN et maternité) et tuberculose (dépistage des cas de TPM+). Les raisons ci-après élucident le constat :

1.1. Centre de santé Bangu :

Pour le CS Bangu, les écarts sont remarquables dans le service de maternité et de tuberculose :

- **Consultation Postnatale** : l'ACVE n'a trouvé que 81 cas dans le registre tandis que l'EUP en a validé 149. Un seul cas est invalidé à la contre vérification pour n'avoir pas respecté l'intervalle entre CPoN 2 et CPoN 3 ;
- **Dépistage des cas TBC - BK positifs** : la contre vérification a invalidé les deux cas validés par l'EUP vu que le CS n'organise pas le service de dépistage.

1.2. Centre de santé Kamba Nguva :

Bien que le constat ne soit pas inquiétant, d'une manière générale, deux services ont connus des modifications après la contre vérification :

- **Consultation Postnatale** : la contre vérification n'a vu que 97 cas de CPoN3 déclarés dans le registre parmi lesquels 81 sont invalidés alors que le vérificateur a validé 172. Pour les prestataires, la validation aurait considéré et validé séparément les cas de CPoN 2 et 3.

Par contre, des quantités supérieures sont constatées dans le service de maternité :

- **Accouchement assisté** : contrairement à la vérification, l'ACVE a validés 81 cas d'accouchement sur les 97 trouvés dans le registre de maternité.

1.3. Centre de santé Shakungu :

- **Accouchement assisté** : tous les 23 cas d'accouchement ; déclarés dans le registre et validés par le vérificateur de l'EUP sont invalidés à la contre vérification pour avoir été dirigés par un personnel non qualifié ;

1.4. Centre de santé Kambuella :

- **Consultation Postnatale** : contrairement à la validation, la contre vérification a invalidé tous les 80 cas de CPoN déclarés dans le registre car les fiches de consultation individuelle n'indiquent pas la 3^{ème} visite ;
- **Dépistage des cas TBC - BK positifs** : la structure n'est pas un CSDT et ne dispose pas non plus de registre alors que l'EUP a validé 2 cas.

Par ailleurs, l'ACVE a trouvé plus de cas d'**accouchement assisté** par un personnel qualifié : 90 cas sont validés à la contre vérification sur les 100 déclarés dans le registre contre 50 de l'EUP.

1.5. Centre de santé Kahemba :

Les écarts entre la vérification et la contre vérification ne sont pas très significatifs mais deux indicateurs présentent des quantités très inférieures à la contre vérification :

- **Accouchement assisté** : l'ACVE a invalidé 14 cas d'accouchement pour lesquels les partogrammes sont soit mal remplis, soit incomplètement remplis ;
- **Consultation postnatale** : l'ACVE a validé 101 cas de CPoN3 sur les 116 cas vérifiés dans le registre de CPoN 3 alors que le vérificateur en a validé 131.

2. Zone de santé de Kimbao

Tableau 48 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Kimbao

No	Service PMA	Kindi			Kibwila			Mabunda			Mosamba			Mukulutu		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe (nvx cas)	836	830	1%	234	234	0%	507	512	-1%	1232	1166	5%	904	832	8%
2	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	0	0	0%	0	0	0%	36	36	0%	38	26	32%	50	49	2%
3	Accouchement assisté	84	92	-10%	0	0	0%	60	60	0%	84	79	6%	73	71	3%
4	Consultation Postnatale	113	18	84%	0	0	0%	129	63	51%	166	83	50%	144	69	52%
5	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	62	0	100%	96	92	4%	113	120	-6%	158	138	13%	190	190	0%
6	Dépistage des cas TBC - BK positifs	2	7	-250%	0	0	0%	0	0	0%	3	5	-67%	0	0	0%
MOYENNE DES ECARTS				-12%			1%			7%			6%			11%

Commentaires :

A l'issue de la contre vérification du 2^{ème} trimestre 2019, 3 centres de santé ont obtenu des scores proches de ceux de l'évaluation. Il s'agit des centres de santé Kibwila, Mabunda, Mosambo. Spécifiquement pour le centre de santé Kibwila, l'absence d'un personnel qualifié pour les activités de la santé de la mère, justifie la conformité de scores entre la vérification et la contre vérification dans la CPoN et les accouchements ; son emplacement ne favorise pas l'aboutissement des références à l'HGR. La divergence d'interprétation du manuel FBP concernant la prestation CPoN, est à la base des écarts considérables entre la vérification et la contre vérification dans presque toutes les structures.

2.1. Centre de santé Kindi :

- **Consultation Postnatale** : l'ACVE a validé 18 cas de CPoN3 ayant respecté tous les rendez-vous antérieurs (CPoN1 et CPoN2) et disposant des dossiers conformes, contrairement à l'EUP qui a validé distinctement les cas de CPoN2 et de CPoN3. L'EUP s'appuie sur la définition de l'indicateur dans le manuel FBP ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : contrairement à la vérification, la contre vérification a invalidé 198 cas déclarés par la structure par manque des fiches des clientes ; aussi pour la simple raison que les outils de gestion ne témoignaient pas de l'utilisation des commodités PF durant la période contre vérifiée ;

Par contre, la contre vérification a validé plus de cas de **dépistage des cas TBC - BK positifs** et cela s'explique par les raisons suivantes : par crainte de dépassement de la cible, les cas orientés par les CST et qui se révèlent positifs au CSDT, sont déclarés et validés au niveau du CST par la vérification. L'ACVE en conformité avec les normes, a validé les cas dépistés positifs à la tuberculose au CSDT.

2.2. Centre de santé Mabunda :

- **Consultation postnatale** : comme mentionné plus haut, cette prestation est interprétée différemment entre la vérification et la contre vérification. Sur 129 cas validés par l'EUP, l'ACVE a invalidé 66 cas et n'a retenu que les cas de CPON 3 ayant respecté tous les rendez-vous antérieurs.

2.3. Centre de santé Mosamba :

- **Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)** : 12 cas écartés par manque de billet de référence, renseignements incomplets ou incohérents. Toutefois cette structure de référence dispose d'un médecin et réfère les cas au centre de santé de référence de Kindi pour contourner l'autoréférence, non prise en compte dans l'achat de service par l'EUP ;
- **Consultation postnatale** : écart lié à la divergence d'interprétation du manuel FBP ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : 20 dossiers invalidés par manque de précision sur la méthode choisie par la cliente, dédoublement de certains cas, absence des numéros d'enregistrement ;
- **Contrairement à l'EUP**, l'ACVE a validé plus de cas concernant le dépistage de la TBC ;
- **Dépistage des cas TBC - BK positifs** : il s'agit de tous les cas dépistés positifs à la TBC y compris ceux orientés par les CST et disposant des dossiers.

2.4. Centre de santé Mukulutu :

- **Consultation postnatale** : l'ACVE a validé 69 cas de CPoN3 ayant respecté tous les rendez-vous antérieurs (CPoN1 et CPoN2) et disposant des dossiers conformes ; contrairement à l'EUP qui a validé distinctement les cas de CPoN2 et de CPoN3. L'EUP s'appuie sur la définition de l'indicateur dans le manuel FBP.

3. Zone de santé de Kisandji

Tableau 49 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Kisandji

No	Service PMA	Kimbulu			Kigonji			Mukoso			Shapuka			Ngunda		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe (nvx cas)	1631	1864	-14%	475	597	-26%	0	1854		705	0	100%	1048	1054	-1%
2	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	0	0	0%	15	16	-7%	0	30		0	0	0%	79	79	0%
3	Accouchement assisté	86	7	92%	34	38	-12%	0	132		48	0	100%	43	15	65%
4	Consultation Postnatale	187	0	100%	40	0	100%	36	0	100%	44	0	100%	20	0	100%
5	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	156	0	100%	203	59	71%	120	120	0%	58	0	100%	63	61	3%
6	Dépistage des cas TBC - BK positifs	5	0	100%	1	0	100%	0	0	0%	2	0	100%	2	0	100%
MOYENNE DES ECARTS				63%			38%			33%			83%			45%

Commentaires :

Certaines quantités validées par la contre vérification dans les 5 centres de santé de la zone de santé de Kisandji sont inférieures à celles de la vérification de l'EUP.

3.1 Centre de santé Kimbulu :

Dans cette formation sanitaire, le nombre de cas validés par l'ACVE est inférieur à celui de la vérification de l'EUP. Les raisons suivantes expliquent les différences observées au niveau des indicateurs ci-après :

- **Accouchement assisté** : 86 accouchements validés par l'EUP sur un total 95 enregistrés, la contre vérification n'a validé que 7 accouchements parce que dirigés par l'infirmier titulaire de niveau A1 tandis que les 88 autres ont été assistés par les matrones ;
- **Consultation postnatale** : 96 cas de CPoN sont invalidés par la contre vérification parce qu'aucune fiche individuelle n'est disponible. Les 187 cas validés par l'EUP sont une sommation des CPoN 2 et CPoN 3 ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : 167 clientes PF sont observées dans le registre et ont utilisé la méthode DMPA (depo provera). L'ACVE n'a malheureusement constaté aucune sortie sur la fiche de stock de cet intrant ;
- **Dépistage des cas TBC - BK positifs** : tous les cas de la vérification de l'EUP ne sont pas validés par la contre vérification parce que le centre de santé ne fait le dépistage de la tuberculose.

Toutefois, la contre vérification a validé un nombre important de cas que la vérification à l'indicateur **consultation externe (nvx cas)** car la fiche de consultation et le registre de consultation externe montrent les mêmes informations recherchées.

3.2 Centre de santé Kigonji :

Les quantités de la contre vérification sont inférieures à celles de la vérification étant donné que :

- **Consultation postnatale** : 40 cas de CPoN validés par l'EUP sur 71 enregistrés sont invalidés par la contre vérification, car les fiches individuelles ne renseignent pas l'effectivité de la 2^{ème} et 3^{ème} consultation ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : la contre vérification a invalidé 262 cas sur 321 pour les raisons suivantes : 7 fiches individuelles ne renseignent pas la méthode choisie par la nouvelle acceptante, 21 fiches individuelles ne présentent pas l'adresse et il y a une confusion sur les 123 fiches qui renseignent la méthode orale alors qu'il est indiqué

DMPA dans le registre. La contre vérification a constaté la non disponibilité du Depo Provera sur la fiche de stock et dans le RUMER ;

- **Dépistage des cas TBC - BK positifs** : le cas validé par l'EUP n'est pas considéré par la contre vérification parce que le centre de santé ne réalise pas le dépistage de la tuberculose mais oriente plutôt les cas suspects vers le CSDT.

Cependant, les deux indicateurs ci-bas présentent un nombre élevé de cas par l'ACVE que lors de la vérification pour les raisons suivantes :

- **Consultation externe (nvx cas)** : les 122 cas validés par la contre vérification auraient été invalidés par le vérificateur de l'EUP parce qu'il a exigé l'écriture complète de la date de consultation de certains malades et semble n'avoir pas vu la preuve de paiement du ticket modérateur par l'ensemble des patients, contrairement à la contre vérification ;
- **Accouchement assisté** : les 4 partogrammes n'ayant pas été présentés lors de la vérification, sont retrouvés au moment de la contre vérification.

3.3 Centre de santé Mukoso :

Les trois indicateurs ci-dessous ont des quantités validées par la contre vérification, supérieures à celles de l'EUP pour les raisons suivantes :

- **Consultation externe (nvx cas)** : 1980 cas ont été invalidés par le vérificateur de l'EUP parce qu'il n'avait pas vu les preuves de paiement alors que la contre vérification a constaté plusieurs souches de paiement (quittance) annexées sur la fiche de consultation des malades ;
- **Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)** : contrairement à la vérification, la CVE a retrouvé 30 bulletins de contre référence à l'HGR ;
- **Accouchement assisté** : tous les accouchements disposent de partogramme bien renseignés selon le constat de l'ACVE.

Par ailleurs, l'ACVE n'a validé aucune donnée relative à « **Consultation Postnatale** » parce que les fiches CPoN ne renseignent pas l'effectivité de la troisième visite au 42^{ème} jour après l'accouchement.

3.4 Centre de santé Shapuka :

Les différences entre les quantités validées par l'EUP et celles de la contre vérification sont relatives aux indicateurs ci-après :

- **Consultation externe (nvx cas)** : le registre de consultation externe et les fiches ne sont pas disponibles au CS (ces outils seraient lors de la contre vérification dans le CS de santé MUKOSO parce que le vérificateur de l'EUP avait demandé à l'IT de les amener pour la vérification du T2/2019) ;
- **Accouchement assisté** : sur les 39 cas enregistrés, aucun n'a été validé par la contre vérification à cause de la non disponibilité des partogrammes au CS pour s'assurer de l'effectivité des accouchements ;
- **Consultation postnatale** : la contre vérification n'a validé aucun cas parce que les fiches CPoN sont absentes au CS, alors qu'elles seraient présentes lors du passage de l'EUP ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : au contraire de l'EUP, la contre vérification n'a pas validé de cas parce que les fiches PF ne sont pas disponibles et les fiches de stock des intrants ne sont pas renseignées ;
- **Dépistage des cas TBC - BK positifs** : les 2 cas observés dans le registre de laboratoire, ne sont pas validés par l'ACVE car le centre de santé ne fait pas de dépistage de la tuberculose.

3.5 Centre de santé Ngunda :

Le nombre de cas qui ont été validés à la vérification est supérieur à celui de la contre vérification pour les indicateurs ci-dessous avec les explications qui les justifient :

- **Accouchement assisté** : les accouchements sont dirigés par un personnel non qualifié (une matrone) ;

- **Consultation Postnatale** : la contre vérification n'a pas observé de cas de CPoN dans le registre. L'EUP a validé des cas de CPoN 1 et 2 sans tenir compte de la CPoN3 ;
- **Dépistage des cas TBC - BK positifs** : le registre de laboratoire ne présente aucun cas de dépistage au courant du deuxième trimestre 2019.

4. Zone de santé de Panzi

Tableau 50 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Panzi

No	Service PMA	Kawama			Kibunda 2			Nzamba			Tambu Tseke			Tsakala Panzi		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe (nvx cas)	577	578	0%	987	987	0%	766	649	15%	1106	1094	1%	738	735	0%
2	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	4	10	-150%	28	27	4%	29	29	0%	30	30	0%	30	35	-17%
3	Accouchement assisté	35	37	-6%	50	39	22%	47	36	23%	65	72	-11%	31	44	-42%
4	Consultation Postnatale	43	0	100%	65	65	0%	48	0	100%	69	69	0%	47	0	100%
5	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	61	38	38%	120	116	3%	67	95	-42%	72	72	0%	28	28	0%
6	Dépistage des cas TBC - BK positifs	0	0	0%	3	0	100%	7	10	-43%	1	0	100%	1	0	100%
MOYENNE DES ECARTS				-3%			21%			9%			15%			24%

Commentaires :

Après la contre vérification, les écarts les plus importants sont observés dans les trois structures sanitaires (CS Kibunda2, CS Tambu Tseke et CS Tsakala Panzi) de la zone de santé de Panzi en comparaison avec la validation de l'EUP, s'expliquent comme suit :

4.1. Centre de santé Kawama :

Les quantités de la vérification sont plus élevés que celles de la contre vérification sur deux indicateurs. Les raisons suivantes justifient ces différences :

- **Consultation postnatale** : pour les 43 cas CPoN3, les fiches individuelles ne montrent pas la date de consultation pour la deuxième et troisième visite ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : certaines molécules de pilules et DMPA ne sont pas sortis du stock.

Tout de même, l'ACVE a trouvé un nombre supérieur à celui de la vérification sur l'indicateur (**Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)**) parce que 10 copies de contre référence sont observées au CS sur les 17 cas référés à l'HGR.

4.2. Centre de santé Kibunda 2 :

Au centre de santé Kibunda2, deux indicateurs sont à la base des écarts entre la vérification de l'EUP et la contre vérification de l'ACVE pour des raisons ci-après :

- **Accouchement assisté** : sur les 61 accouchements retrouvés dans le registre, l'EUP a validé 50 contre 39 à la contre vérification. Des cas ont été invalidés par l'ACVE parce que 22 partogrammes sont falsifiés avec l'encre correcteur sur l'identité complète et 20 cas ont été dirigés par l'infirmière de niveau A3 ;
- **Dépistage des cas TBC - BK positifs** : les 3 cas validés par l'EUP sont déconsidérés par la contre vérification parce que le centre de santé ne fait pas le dépistage.

4.3. Centre de santé Nzamba :

La vérification présente des quantités plus élevées que celles de la contre vérification sur trois indicateurs. Les causes sont les suivantes :

- **Consultation externe (nvx cas)** : plusieurs fiches de consultation ne sont pas retrouvées pendant la contre vérification et d'autres ne renseignent pas la date et l'adresse du malade ;
- **Accouchement assisté** : 18 partogrammes sont mal renseignés sur les colonnes « dilatation » et « temps écoulé » depuis la phase active au niveau du cervicogramme. Le suivi en post partum immédiat se fait dès la sortie de l'enfant au lieu d'attendre 15 minutes après l'accouchement ;
- **Consultation postnatale** : 42 cas de CPoN3 trouvés sont invalidés par l'ACVE parce que toutes les fiches de la CPoN ne renseignent pas le suivi de la 3^{ème} visite.

Néanmoins, les quantités de l'ACVE sont plus importantes que celles de la vérification pour les raisons ci-après :

- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : 28 cas de PF de différence entre l'EUP et l'ACVE du fait que les fiches individuelles sont bien présentes ;
- **Dépistage des cas TBC - BK positifs** : l'ACVE a observé 10 cas positifs dans le registre de laboratoire soit 1 cas en avril, 6 cas en mai et 3 cas en juin contre 7 de l'EUP.

4.4. Centre de santé Tambu Tseke :

La différence entre la quantité validée par l'EUP et celle de la contre vérification de l'ACVE se justifie de la manière suivante :

- **Dépistage des cas TBC - BK positifs** : le CS ne fait pas le dépistage de la tuberculose. L'EUP a considéré la lame envoyée au CSDT.

Cependant, le nombre de cas d'**accouchement assisté** est plus important à la contre vérification qu'à la vérification parce que les partogrammes portent le nom d'un agent qualifié et ces partogrammes sont bien remplis. La validation de l'EUP n'a considéré que la cible de 30 par mois tel qu'à déclarer l'équipe du centre de santé et a invalidé d'autres cas suite aux ratures sur les dates dans le registre d'accouchement.

4.5. Centre de santé Tsakala Panzi :

Au CS Tsakala Panzi, les différences des quantités entre la validation de l'EUP et la contre vérification de l'ACVE se justifient de la manière suivante :

- **Consultation Postnatale** : la vérification avait validé 47 cas sur 61 identifiés dans le registre. La contre vérification n'a pas validé sur ce nombre parce qu'aucune fiche individuelle disponible ;
- **Dépistage des cas TBC - BK positifs** : le dépistage de la tuberculose ne se fait pas à Tsakala Panzi, pourtant l'EUP a considéré les résultats de dépistage transmis par le CSDT au centre de santé.

En outre, la contre vérification a trouvé un nombre élevé de cas que la vérification sur les indicateurs suivants :

- **Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)** : l'ACVE a constaté que les 5 patients référés à l'HGR disposent des copies de référence et contre référence qui auraient absentes à la vérification ;
- **Accouchement assisté** : les 44 accouchements retenus par l'ACVE ont tous un partogramme bien renseigné.

5. Zone de santé de Wamba Luadi

Tableau 51 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Wamba Luadi

N°	Service PMA	Mawanga			Mukumbi			Mwaku Yala			Pelende			Wamba Luadi		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe (nvx cas)	560	554	1%	659	565	14%	1173	1043	11%	471	480	-2%	907	1093	-21%
2	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	0	0	0%	8	8	0%	0	0	0%	5	4	20%	8	6	25%
3	Accouchement assisté	39	23	41%	63	58	8%	49	27	45%	51	46	10%	44	22	50%
4	Consultation Postnatale	75	31	59%	62	0	100%	99	18	82%	102	44	57%	89	28	69%
5	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	16	11	31%	69	47	32%	89	32	64%	12	6	50%	274	0	100%
6	Dépistage des cas TBC - BK positifs	2	9	-350%	4	0	100%	5	9	-80%	3	0	100%	1	0	100%
MOYENNE DES ECARTS				-36%			42%			20%			39%			54%

Commentaires :

Au niveau de la zone de santé de Wamba Luadi, les écarts quantitatifs sont très significatifs (**20 à 54%**) dans 4 centres de santé sur les 5 contre vérifiés au deuxième trimestre 2019. Seulement dans 2 centres de santé (Mawanga, Mwaku Yala) où l'ACVE a octroyé plus de cote sur l'indicateur « **Dépistage des cas TBC - BK positifs** » que celle accordée lors de la vérification de l'EUP. Les raisons suivantes ont été avancées :

5.1. Centre de santé Mawanga :

Pour les 3 indicateurs ci-dessous, les quantités validées sont supérieures aux quantités contre vérifiées pour les raisons suivantes :

- **Accouchement assisté** : de 51 cas inscrits au niveau du registre, 28 ont été invalidés pour absence des partogrammes (12cas) au niveau de la structure lors de la CVE. 12 partogrammes non entièrement renseignés au niveau du cervicogramme et la partie réservée à la notification des BCF, 3 cas de discordance entre l'heure d'admission et l'heure de la première évaluation sur le cervicogramme et 1 cas de discordance entre l'heure d'accouchement et celle de naissance ;
- **Consultation postnatale** : contrairement à la vérification de l'EUP qui a validé distinctement la CPoN 2 et 3, l'ACVE n'a validé que 31 cas de CPoN 3 ayant respecté tous les rendez-vous antérieurs et disposant des fiches conformes ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : 9 cas rejetés pour non-respect de l'intervalle d'administration de dépo provera 1 mois au lieu de 3 mois (5 cas), 2 cas de discordance de méthode choisie entre le registre (méthode oral) et la fiche (injectable). 2 cas enregistrés mais n'ayant bénéficié pas de méthodes contraceptives.

Par ailleurs, l'ACVE a validé 7 cas de « **Dépistage des cas TBC - BK positifs** » de plus que l'EUP ayant réuni tous les critères exigés pour la période sous revue. Ces cas ont été refusés par l'EUP pour la simple raison qu'ils sont hors zone.

5.2. Centre de santé Mukumbi :

L'ACVE a validé des quantités inférieures à celles de la vérification pour les 4 indicateurs sélectionnés ci-après. Les raisons de ces différences sont les suivantes :

- **Consultation externe (nvx cas)** : 75 fiches de consultations rejetées par manque de signes vitaux (3 fiches). Certaines n'ont ni le nom, ni la signature du consultant ;
- **Consultation Postnatale** : de 83 cas déclarés par la structure, tous invalidés par manque de fiches des clientes, contrairement à ce que la vérification a pu trouver ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : sur les 90 cas déclarés par le centre de santé, 43 ont été invalidés suite au manque de précision sur les statuts (35 cas), 4

cas dont l'intervalle d'administration de méthode n'était pas respecté (1 mois au lieu de 3 mois) et 4 fiches présentent des ratures sur les dates d'administration de la méthode ;

- **Dépistage des cas TBC - BK positifs** : contrairement à la vérification, l'ACVE ne pouvait pas valider le dépistage de la TBC au niveau du CST.

5.3. Centre de santé Mwaku Yala :

Les indicateurs ci-après sont à la base des différences quantitatives entre la vérification de l'EUP et la contre vérification de l'ACVE, pour les motifs ci-dessous :

- **Accouchement assisté** : 33 cas rejetés pour les raisons suivantes : 15 partogrammes dont la dilatation à l'admission est inférieure à 10 cm mais avec mention « dilatation complète » au niveau du tableau de la surveillance en phase de latence. 10 partogrammes dont la dilatation à l'admission est supérieure à 4 cm mais renseignés à la phase de latence et 8 partogrammes où les contractions n'ont pas été prélevées à l'admission ;
- **Consultation postnatale** : contrairement à la vérification de l'EUP qui a validé distinctement la CPoN 2 et 3, la contre vérification n'a validé que la CPoN 3 ayant respecté tous les rendez-vous antérieurs et disposant des fiches conformes ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : sur 93 cas inscrits dans le registre par la structure, 61 fiches ne sont pas retrouvées lors de la mission de contre vérification.

Par contre, pour l'indicateur « **Dépistage des cas TBC - BK positifs** », les quantités obtenues par l'EUP sont inférieures à celles de la contre vérification externe. Cette amélioration s'explique du fait que 4 cas de plus ont répondu à tous les critères exigés.

5.4. Centre de santé Pelende :

Les différences entre les quantités validées par l'EUP et celles contre vérifiées par l'ACVE concernent les indicateurs suivants :

- **Consultation Postnatale** : comme cela été signalé dans les pages précédentes, la vérification de l'EUP a pris en compte, distinctement, la CPoN2 et 3, tandis que l'ACVE n'a considéré que la CPoN 3 tout en se rassurant que tous les rendez-vous antérieurs ont été respectés et il y a eu disponibilité des fiches ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : 6 cas invalidés, faute de preuve d'utilisation des commodités dans les outils de gestion ;
- **Dépistage des cas TBC - BK positifs** : la structure est un CST et non un CSDT pour valider les cas de dépistage de la TBC-BK positifs.

5.5. Centre de santé Wamba Luadi :

Pour les 5 indicateurs ci-dessous, les quantités validées par la vérification sont supérieures à celles de la contre vérification. Les raisons suivantes expliquent les écarts observés :

- **Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)** : 3 cas invalidés par manque de billets de référence (2 cas) et de contre référence (1 cas) ;
- **Accouchement assisté** : les raisons qui ont été à la base du rejet de 40 cas d'accouchement sont : 8 cas dont le monitoring du BCF n'est pas réalisé durant tout le travail d'accouchement. La partie cervicogramme n'est pas remplie dans 3 partogrammes. Dans 6 partogrammes, la dilatation est prélevée à l'admission mais sans être utilisée pour apprécier le stade du travail. L'enregistrement des BCF est fait au rythme de l'évaluation de la dilatation toutes les 2 heures sur 23 partogrammes ;
- **Consultation postnatale** : la validation de l'EUP reste la même en ce qui concerne la planification familiale. Au lieu de prendre les cas de CPoN 3, la vérification a continué comme d'habitude de considérer les cas de CPoN 2 et 3 d'une façon distincte ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : de 276 cas déclarés par le CS, tous invalidés par manque de traçabilité des commodités dans les outils de gestion en vue

d'administration chez les clientes, en plus aucun prestataire n'est formé au niveau de la structure ;

- **Dépistage des cas TBC - BK positifs** : le seul cas validé par l'EUP n'a pas été prouvé lors de la contre vérification étant donné que la structure est un CST et non un CSDT.

Cependant, pour l'indicateur « **Consultation externe (nvx cas)** », plus de 100 cas ont été validés par la contre vérification, étant donné qu'ils ont répondu parfaitement aux critères exigés. La structure s'est organisée après le passage de la vérification à rechercher les fiches manquantes, bien archivées.

4.4.5.2. Contre vérification qualitative

La moyenne des écarts des CS de 5 ZS est de 18% avec des extrêmes de 3% à Mawanga (ZS Wamba Luadi) et 48% à Shakungu (ZS Kahemba). Sur les 25 CS ayant bénéficié de la contre vérification de la qualité, 15 ont présenté des écarts significatifs entre l'évaluation des ECZ et la contre vérification. Cette mission a coïncidé avec la vérification des prestations de 3^{ème} trimestre 2019. **Les prestations du centre de santé Shakungu de la ZS Kisandji ont été vérifiées à partir de la structure voisine (CS Mukoso) où se trouvait l'équipe de vérification de l'EUP.** Ainsi certains éléments nécessaires à l'appréciation de la qualité lors de la contre vérification n'étaient pas disponibles dans la structure. Un PV de constat a été établi à cet effet par l'ACVE et contre signé par l'équipe du centre de santé. Voici les explications à la base des écarts dans les différentes structures des ZS contre vérifiées :

1. Zone de santé de Kahemba

Tableau 52 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Kahemba

N°		Bangu			Kamba Nguya			Shakungu			Kambuela			Kahemba		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	30,0	11,0	63%	28,0	10,0	64%	30,0	19,5	35%	23,4	9,8	58%	28,0	27,0	4%
2	Plan de management	9,0	8,0	11%	9,0	9,0	0%	9,0	8,0	11%	7,0	7,0	0%	8,0	9,0	-13%
3	Finance	15,0	13,0	13%	15,0	15,0	0%	9,0	9,0	0%	9,0	9,0	0%	15,0	15,0	0%
4	Comité des Indigents	20,0	5,0	75%	15,0	15,0	0%	10,0	0,0	100%	0,0	0,0	0%	10,0	10,0	0%
5	Hygiène et Stérilisation	27,0	7,0	74%	25,5	18,5	27%	12,5	7,5	40%	7,5	7,5	0%	30,0	23,0	23%
6	Consultations externe	97,4	114,4	-17%	91,5	66,7	27%	50,5	50,5	0%	55,0	39,2	29%	77,5	79,5	-3%
7	Planning familial	26,0	20,0	23%	29,0	18,0	38%	17,0	16,0	6%	15,0	15,0	0%	29,6	29,0	2%
8	Laboratoire	10,0	6,0	40%	9,8	5,0	49%	4,0	3,0	25%	6,0	6,0	0%	13,2	8,0	39%
9	Services d'observation	5,5	1,0	82%	4,5	4,5	0%	0,5	0,5	0%	1,0	0,5	50%	6,0	4,5	25%
10	Médicaments et consommables	25,0	22,8	9%	23,8	15,8	34%	13,5	13,5	0%	19,5	18,5	5%	24,5	21,0	14%
11	Médicaments traceurs	17,0	7,5	56%	16,0	0,0	100%	13,0	0,0	100%	13,5	0,0	100%	14,5	0,0	100%
12	Service de maternité	22,0	14,5	34%	22,0	22,0	0%	10,0	5,0	50%	11,5	10,5	9%	22,5	23,0	-2%
13	PEV	15,0	14,0	7%	16,5	15,8	5%	5,0	5,0	0%	15,0	14,0	7%	9,0	9,0	0%
14	CPN	11,0	9,0	18%	10,0	10,0	0%	8,0	8,0	0%	10,0	9,0	10%	11,0	10,0	9%
15	VIH/TB	4,0	3,0	25%	3,0	0,0	100%	0,5	0,0	100%	2,0	2,2	-10%	4,0	3,0	25%
TOTAL/Moyenne des Ecart		333,9	256,2	34%	318,6	225,2	30%	192,5	145,5	31%	195,4	148,2	17%	302,8	271,0	15%
Ecart des scores		83%	64%	19%	80%	56%	23%	48%	36%	12%	49%	37%	12%	76%	68%	8%

Commentaires :

4 CS de la ZS de Kahemba ont des scores inférieurs à ceux obtenus lors de l'évaluation de l'ECZ. Les explications ci-après sur certains indicateurs justifient ces différences de scores :

1.1. Centre de santé Bangu :

Les raisons suivantes évoquées pour certains domaines, clarifient la baisse du score de 83 % à 60% entre l'évaluation et la contre vérification :

- **Organisation générale** : la contre vérification n'a pas trouvé certains outils (2 PV des réunions techniques, 3 PV des réunions de CODESA et le rapport SNIS du mois d'avril 2019) ; ce qui

n'était pas le cas avec l'évaluation. Certains PV ne respectent pas les normes de leurs élaborations (le CR de la réunion technique du mois de juin 2019 manque la liste des recommandations, la signature du président de la séance et les discussions sur l'équilibre financier, le rapport SNIS du mois de juin n'a pas d'accusé de réception du BCZ sur les 2 trouvés au CS), les VAD ne sont pas réalisées conformément aux normes (non-respect de la composition des équipes, les dates de rendez-vous, l'heure et la synthèse des problèmes ne sont pas inscrits sur les rapports des VAD) ;

- **Comité pour indigents** : l'ACVE n'a vu aucun compte rendu des réunions tenues par les membres du comité des indigents ;
- **Hygiène et stérilisation** : les conditions ne sont pas respectées aux toilettes (pas de lumière et présence des mouches) au moment de la contre vérification. Les normes de l'emplacement du trou à ordures ne sont pas respectées (trou rempli à 10 cm et situé à 12 mètres d'un ménage), le registre indiquant la date de sa création n'existe pas ;
- **Planification familiale** : toutes les commodités et le modèle de pénis sont placés à la pharmacie. Les 5 fiches individuelles tirées aléatoirement par le contre vérificateur n'indiquent pas la recherche des signes d'intolérance aux méthodes de PF ;
- **Laboratoire** : la contre vérification n'a pas vu de registre de laboratoire. Cependant, une cote a été accordée à cet indicateur par l'évaluateur ;
- **Services d'observation** : contrairement à l'évaluation, la contre vérification n'a pas vu le registre et les fiches d'observation, la table de nuit et les draps sur les lits, le dispositif pour le lavage des mains ni l'eau potable. La confidentialité n'est pas respectée lors de l'hébergement des malades et les espaces entre les lits ne sont pas respectés ;
- **Médicaments traceurs** : 9 items sont disponibles à la contre vérification alors que cette disponibilité a été de 100% lors de l'évaluation ;
- **Service de maternité** : la maternité n'est pas propre (salle non nettoyée, aucune poubelle trouvée, plafond endommagé), absence de certains matériels et intrants (2 paires de gants disponibles, pas de boîte d'épisiotomie).

1.2. Centre de santé Kamba Nguva :

Au CS Kamba Nguva :

- **Organisation générale** : la contre vérification n'a pas considéré tous les CR des réunions techniques des prestataires pour n'avoir pas précisé la période de la tenue des réunions et également ceux des réunions tenues par les membres de CODESA parce que ces derniers sont du T1 2019, falsifiés et considérés comme avoir été tenues au T2/2019. Les VAD ne sont pas réalisées selon les normes (non-respect de la composition des équipes la date de rendez-vous de la prochaine visite et l'heure ne sont pas inscrites, et le plan de résolution des problèmes identifiés n'est pas inscrit sur tous les protocoles) ;
- **Hygiène et stérilisation** : les conditions d'hygiène ne sont pas respectées pour les toilettes (toilettes mal propres et non éclairées avec un trou sans couvercle). La fosse d'élimination des déchets à une profondeur de moins d'un mètre ;
- **Consultation externe** : le centre de santé n'a pas intégré l'activité de PCIME alors qu'une cote a été accordée aux indicateurs en rapport avec ce service. La contre vérification a attribué la cote de zéro. Ceci explique cette diminution de 91,5 à 66,7 entre la vérification et la contre vérification ;
- **Planification familiale** : manque de certains commodités (pilules, méthode injectables, implants, DIU et le modèle de pénis) dans la zone de démonstration à la contre vérification, l'IT ne maîtrise pas la cible et ne détient pas de certificat de formation ;
- **Laboratoire** : l'ACVE n'a pas vu le registre de laboratoire ni la poubelle pour la gestion des matériels tranchants ;
- **Médicaments traceurs** : les consommations mensuelles ne sont pas calculées pour tous les items, rien ne justifie la cote de 16/17 accordée lors de l'évaluation de l'ECZ ;
- **VIH/TB** : cette activité n'est pas intégrée. La cote accordée par l'évaluateur n'est pas justifiée.

1.3. Centre de santé Shakungu :

Pour le centre de santé Shakungu :

- **Organisation générale** : contrairement à l'évaluation, l'ACVE n'a vu qu'un seul PV (de réunion de CODESA) sur les 6 (3 réunions techniques des prestataires et 3 de CODESA) prévues au T2 2019. Ce PV n'a pas été considéré à la contre vérification par manque de discussion sur l'équilibre financier et la liste de recommandations ;
- **Comité pour indigents** : la contre vérification n'a vu aucun compte rendu des réunions tenues par le comité des indigents ;
- **Hygiène et stérilisation** : la fosse d'élimination des déchets est presque pleine et le registre indiquant sa création n'existe pas au centre de santé ;
- **Médicaments traceurs** : comme pour les autres structures, une cote de 0/17 a été accordée au CS Shakungu pour n'avoir pas calculé les consommations moyennes mensuelles ;
- **Service de maternité** : absence de certains matériels (fils pour cordon ombilical, pommade à la tétracycline et gants stériles) et tous les 3 partogrammes tirés au hasard prouvent que les accouchements sont dirigés par un personnel non qualifié.

1.4. Centre de santé Kambuella :

Le score inférieur à la contre vérification obtenu par le CS Kambuella en comparaison avec l'évaluation est dû, en général, au manque d'outils et à une cotation complaisante de l'évaluateur de l'ECZ :

- **Organisation générale** : la cote liée à ce domaine a baissé de 58 % car les PV des réunions tenues par les prestataires, celles tenues par les membres du comité de santé et le rapport SNIS du mois de juin 2019 ne sont pas retrouvés le jour de la contre vérification. En plus, la date et l'heure des RDV ne sont pas mentionnées sur la fiche de visites à domicile, ni dans le cahier synthèse des rapports des VAD ;
- **Consultation externe** : le protocole de prise en charge des cas de diarrhée n'est pas affiché et la prise en charge des maladies de l'enfant n'est pas intégrée alors que des cotes sont accordées. ;
- **Médicaments traceurs** : il n'est pas objectif d'accorder la cote de 13,5/17 comme à l'évaluation car aucune consommation moyenne mensuelle n'est calculée.

1.5. Centre de santé Kahemba :

Les scores entre l'évaluation de l'ECZ et la contre vérification se rapprochent. Cependant, certains domaines présentent des cotes très inférieures à la contre vérification. C'est le cas des médicaments traceurs et du laboratoire :

- **Laboratoire** : le laboratoire n'est pas géré par un technicien et certains outils tels que registre de laboratoire et les affiches manquent ;
- **Médicaments traceurs** : tous les items ne sont pas disponibles par manque des consommations moyennes mensuelles.

2. Zone de santé de Kimbao

Tableau 53 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Kimbao

N°		Kindi			Kibwila			Mabunda			Mosamba			Mukulutu		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	26,0	8,0	69%	20,8	15,3	27%	25,0	18,0	28%	30,0	27,4	9%	28,0	19,0	32%
2	Plan de management	6,5	7,0	-8%	7,0	5,0	29%	7,0	7,5	-7%	7,0	5,0	29%	7,5	6,5	13%
3	Finance	13,0	11,0	15%	4,0	6,0	-50%	15,0	13,0	13%	15,0	15,0	0%	12,0	8,0	33%
4	Comité des Indigents	20,0	5,0	75%	0,0	0,0	0%	15,0	5,0	67%	20,0	5,0	75%	20,0	5,0	75%
5	Hygiène et Stérilisation	18,0	5,5	69%	22,5	11,0	51%	23,0	17,5	24%	26,0	16,5	37%	20,0	16,0	20%
6	Consultations externe	102,0	42,8	58%	46,5	47,6	-2%	92,5	52,2	44%	118,5	63,2	47%	81,5	27,8	66%
7	Planning familial	20,0	17,0	15%	17,0	5,0	71%	7,0	5,0	29%	5,0	3,0	40%	9,0	6,0	33%

N°		Kindi			Kibwila			Mabunda			Mosamba			Mukulutu		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
8	Laboratoire	12,0	14,6	-22%	4,0	3,0	25%	11,0	8,7	21%	12,0	10,3	14%	2,0	2,0	0%
9	Services d'observation	3,5	1,3	64%	3,1	1,0	68%	4,3	0,8	82%	1,8	0,5	71%	2,3	1,8	22%
10	Médicaments et consommables	19,8	13,0	34%	20,0	13,5	33%	20,0	19,3	4%	24,0	11,5	52%	19,0	19,0	0%
11	Médicaments traceurs	16,0	0,0	100%	0,0	0,0	0%	15,0	0,0	100%	11,5	0,0	100%	13,5	0,0	100%
12	Service de maternité	22,0	14,0	36%	14,0	8,5	39%	14,0	10,5	25%	17,5	13,5	23%	18,0	6,0	67%
13	PEV	18,0	16,0	11%	3,0	12,5	-317%	9,0	5,0	44%	14,5	15,0	-3%	8,0	6,0	25%
14	CPN	9,0	6,0	33%	12,0	10,0	17%	11,0	7,0	36%	11,0	10,0	9%	9,0	9,0	0%
15	VIH/TB	11,0	3,6	67%	4,5	3,0	33%	1,0	1,2	-20%	11,0	11,0	0%	6,0	2,0	67%
TOTAL/Moyenne des Ecart		316,8	164,8	41%	178,4	141,4	1%	269,8	170,6	33%	324,8	206,9	33%	255,8	134,1	37%
Ecart des scores		79%	41%	38%	45%	35%	9%	67%	43%	25%	81%	52%	29%	64%	34%	30%

Commentaires :

Les écarts de scores entre l'évaluation et la contre vérification dans la zone de santé de Kimbao varient entre 25% et 38%. Seul le centre de santé **Kibwila** a réalisé un écart en dessous de 10% (9%). Les 4 autres centres de santé de la zone présentent des services avec les cotes plus élevées à l'évaluation qu'à la contre vérification dont les plus concernés sont les suivants :

2.1. Centre de santé Kindi :

Sur les 15 indicateurs contre vérifiés au niveau du centre de santé Kindi, 7 ont connu des écarts importants entre l'évaluation et la contre vérification pour des raisons ci-après :

- **Organisation générale** : la cartographie de l'AS ne présente pas de distances entre le CS et les différents villages qui la composent. Aucun CR des réunions techniques tenues avec le personnel du CS n'est disponible. Les visites, bien que réalisées, ne respectent ni le protocole, ni la composition (un seul RECO) de l'équipe qui doit les réaliser ;
- **Comité pour indigents** : présence de 3 CR qui ne respectent pas les critères exigés (pas de suivi des recommandations, équilibre financier et signature du président) ;
- **Hygiène et stérilisation** : contrairement à l'évaluation, la contre vérification a trouvé que les douches existantes n'ont ni porte, ni étagère. La fosse d'élimination de déchets est de moins de 2 mètres (1,10m) de profondeur et se situe à 10 mètres de l'établissement des soins. Une seule poubelle dans laquelle on place tous les déchets (contaminés ou non contaminés) ;
- **Consultation externe** : contrairement à la cotation de l'ECZS sur la PCIME, aucune fiche n'a été disponible lors de passage de l'ACVE au niveau du centre de santé ;
- **Services d'observation** : les prestataires ne tiennent pas de registre pour les malades observés. Les matelas n'ont pas de draps de lits, certains sont déchirés et les lits n'ont pas des moustiquaires ;
- **Médicaments traceurs** : la contre vérification a constaté que la structure n'a pas de quantités suffisantes des molécules. Certaines fiches de stocks n'ont pas de consommations mensuelles moyennes et d'autres ne sont pas retrouvées ;
- **VIH/TB** : le registre CDV/PTME et celui du laboratoire ne sont pas disponibles lors de la contre vérification, contrairement à ce que l'évaluation a pu trouver.

Par contre, le service de « **Laboratoire** » a obtenu plus de cote lors de la contre vérification suite à une bonne concordance des résultats entre le registre de laboratoire et les dossiers des malades conformément à l'échantillon aléatoire de 5 fiches.

2.2. Centre de santé Kibwila :

Au centre de santé Kibwila, bien que les écarts de score soient peu significatifs (9%), certains indicateurs ont été à la base de différences importantes entre l'évaluation et la contre vérification pour les raisons suivantes :

- **Organisation générale** : la structure ne dispose pas d'un ordinogramme, il serait parti avec l'IT précédent et aucune réunion tenue par le CODESA au 2^{ème} trimestre 2019. L'horaire du travail non affiché pour le mois d'octobre 2019 sauf celui du mois de septembre 2019, pas d'accusé de réception sur le rapport SNIS du mois de Mai par le BCZS et non-respect de la composition de l'équipe (une personne au lieu de deux) qui réalise les VAD au niveau du centre de santé ;
- **Hygiène et stérilisation** : le niveau d'hygiène au centre de santé Kibwila est très précaire (aucune poubelle disponible au niveau de la structure, pas de registre indiquant la date de la création et l'emplacement de la fosse d'élimination des déchets, la cour n'est pas débroussaillée et aucune différenciation des bacs existants) ;
- **Planification familiale** : la cote de 17/32 attribuée par l'évaluation n'a pas été justifiée lors du passage de la contre vérification. Aucune personne formée, la salle de consultation n'a ni porte, ni rideau et absence de DIU et implants au niveau de la structure ;
- **Services d'observation** : le service d'observation n'est que de nom. Aucun rapport n'est fait sur les malades en observation et pas de registre d'observation pour ledit service ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : il est difficile de concilier l'entrée des médicaments dans le registre et l'offre physique suite à la non disponibilité des fiches de stock des médicaments ;
- **Service de maternité** : le lit d'accouchement est en très mauvais état, présence d'un aspirateur mais non plongé dans un désinfectant et absence d'eau dans la salle d'accouchement.

Cependant, les raisons ci-dessous expliquent des cotes plus élevées accordées par la contre vérification pour les deux indicateurs :

- **Gestion financière** : présence de l'outil indice, respectant les différentes clés de répartition ;
- **PEV et de consultation préscolaire** : la structure a bénéficié d'un réfrigérateur neuf après le passage de l'équipe de l'évaluation. Les différents critères liés au réfrigérateur ont été à jour.

2.3. Centre de santé Mabunda :

La différence de 25% entre le score de l'évaluation et celui de la contre vérification s'explique essentiellement par les faits ci-dessous :

- **Organisation générale** : les comptes rendus des réunions techniques du personnel ne respectent pas les normes édictées (l'équilibre financier et le suivi des recommandations ne sont pas discutés). L'horaire de service du mois d'octobre 2019 n'est pas affiché, sauf celui de septembre 2019 et le rapport SNIS du mois de juin 2019 n'a pas d'accusé de réception du BCZS ;
- **Comité des indigents** : le comité des indigents n'est plus fonctionnel depuis le début de l'année 2019, suite au départ de son président à Kinshasa, selon les affirmations de l'infirmier titulaire du centre de santé ;
- **Consultation externe** : aucune poubelle n'a été trouvée lors de la contre vérification. Les douches existantes n'ont ni portes, ni toit. La fosse d'élimination des déchets est de moins de 2 mètres de profondeur avec des déchets visibles, bien que clôturée ;
- **Planification familiale** : aucune stratégie disponible au niveau du PM pour le transfert des personnes à l'HGR à la recherche de méthodes PF permanents ;
- **Services d'observation** : le service d'observation est presque inexistant au niveau du centre de santé. Hormis, le respect de l'espace normatif entre les lits et la disponibilité de la lumière dans la salle, aucun autre critère en rapport avec ledit service n'est respecté ;
- **Médicaments traceurs** : la consommation moyenne mensuelle n'est pas mentionnée dans plusieurs fiches de stocks (79%) et 21 % des fiches ne sont pas retrouvées lors de la contre vérification externe. De plus les fiches existantes ne sont pas à jour depuis le début du mois d'octobre 2019 ce qui a ramené la cote de 15 à 0 point ;
- **PEV et de consultation préscolaire** : la contre vérification n'a constaté que 2 cartons de réceptacles au lieu de 5 comme l'exige le critère. La vaccination se fait en dessous de l'arbre sans aucune protection, pas de jetons numérotés selon l'ordre d'arrivée et aucun système de récupération des abandons n'est mis en place ;

- **Soins prénataux** : le PM n'a pas développé de stratégie de renforcement des capacités des prestataires en PF, le test d'albuminurie et glycosurie ne se réalise pas au niveau de la structure. Les fiches CPN utilisées ne donnent aucune information sur les risques détectés.

2.4. Centre de santé Mosamba :

Le score de la qualité des prestations au centre de santé Mosamba est passé de 81 à 52% soit 29% de différence entre l'évaluation et la contre vérification suite aux contre-performances constatées dans les domaines ci-après :

- **Comité des indigents** : présence de 3 CR du comité des indigents dont le contenu ne fait aucune allusion aux indigents. Les comptes rendus parlent de la construction du nouveau bâtiment du centre de santé ; ce qui est contradictoire avec la cote de 100% accordée par l'ECZS ;
- **Hygiène et stérilisation** : la fosse d'élimination des déchets au niveau du CS est presque pleine. Aucune différenciation des bacs existants et aucune poubelle avec pédale au niveau de la structure ;
- **Consultation externe** : la structure n'a pas de salle d'attente, les malades se mettent en dessous d'un arbre. La salle de consultation est en mauvais état (pavement fissuré, pas de rideaux au niveau des fenêtres et la solution hydroalcoolique n'est pas disponible). Les fiches PCIME, bien que disponibles, ne font pas ressortir l'évaluation des signes de danger ;
- **Planification familiale** : le service de planification n'existe que de nom. Le personnel n'est pas formé. Excepté la salle de consultation qui assure la confidentialité, aucun autre indicateur n'est à jour ;
- **Services d'observation** : hormis la lumière dans la salle d'observation, la quasi-totalité des indicateurs liés à ce domaine n'était pas disponible ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : bien que la CAMEBASU soit fonctionnelle, certaines molécules sont achetées au niveau des structures non certifiées (Lemon Pharma, Sky pharma), les différentes fiches de stocks ne sont pas à jour pour concilier l'entrée dans le registre et l'offre physique ;
- **Médicaments traceurs** : lors de la mission de contre vérification externe, il a été constaté que les médicaments, au niveau du centre de santé Mosamba, sont soit en rupture, soit en quantité insuffisante au regard de la disponibilité. La plupart des fiches trouvées n'avaient pas d'en-tête ni de consommation moyenne mensuelle mentionnée.

2.5. Centre de santé Mukulutu :

On observe des scores beaucoup plus élevés pour l'évaluation que la contre vérification en ce qui concerne les 8 domaines ci-après :

- **Organisation générale** : la cartographie de l'AS, bien qu'existant, ne précise pas la distance entre le CS et le BCZS. Présence de 3 CR attendus, qui malheureusement, n'ont pas répondu à l'ensemble des critères exigés (l'équilibre financier non discuté, pas de suivi des recommandations et aucune recommandation formulée) ;
- **Gestion financière** : l'indicateur qui a été à la base de différence entre l'évaluation et la contre vérification est la non maîtrise de la pratique du paiement de prime de performance par le personnel du centre de santé ;
- **Comité pour indigents** : les 15 points accordés par l'évaluation de l'ECZS n'étaient pas justifiés lors de la contre vérification. Aucune réunion n'a été tenue pour les indigents durant la période sous revue ;
- **Consultation externe** : le tarif élaboré depuis janvier 2018, non visible au public (affiché dans la salle de consultation) et non traduit en langue locale. Le service de consultation n'est pas fonctionnel 7 jours sur 7. La PCIME, bien que cotée lors de l'évaluation, n'a aucune fiche disponible pendant la contre vérification externe ;

- **Planification familiale** : le personnel n'est pas formé, sauf un briefing réalisé par l'ECZS. Existence d'une salle pour la planification familiale mais qui n'a pas de confidentialité, sans porte ;
- **Médicaments traceurs** : contrairement à la cote de 13,5/17 accordée par l'évaluation qui ne serait que basée que sur la disponibilité des médicaments, sans aucune référence à la CMM, la contre vérification a attribué que zéro point à chaque indicateur, pour la simple raison que toutes les fiches de stock des médicaments n'ont pas mentionné la consommation moyenne mensuelle ;
- **Service de maternité** : la structure manque de petits matériels d'équipements pour son bon fonctionnement (pas de balance pour mesurer le poids, aucune boîte obstétricale ni celle épisiotomie et absence de pommade à la tétracycline 1%. Les lits sont sans draps, sans moustiquaire et aucune table de nuit). La table d'accouchement est une fabrication locale, en très mauvais état.
- **VIH/TB** : le registre PTME qui était disponible lors de l'évaluation, n'était pas trouvé lors de la CVE. La numération du CD4 n'est pas réalisée au niveau de la structure.

3. Zone de santé de Kisandji

Tableau 54 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Kisandji

N°	Service PMA	Kimbulu			Kigonji			Mukoso			Shapuka			Ngunda		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	31,0	31,0	0%	28,0	18,0	36%	31,0	30,0	3%	21,8	5,8	74%	28,0	28,0	0%
2	Plan de management	9,0	9,0	0%	8,0	8,0	0%	9,0	9,0	0%	5,5	7,5	-36%	6,5	7,0	-8%
3	Finance	7,0	0,0	100%	15,0	6,0	60%	12,0	12,0	0%	14,0	6,0	57%	6,0	10,0	-67%
4	Comité des Indigents	10,0	5,0	50%	20,0	5,0	75%	12,0	15,0	-25%	0,0	0,0	0%	0,0	0,0	0%
5	Hygiène et Stérilisation	21,5	14,0	35%	25,0	12,0	52%	29,0	23,5	19%	22,5	5,0	78%	7,5	3,0	60%
6	Consultations externe	65,5	29,3	55%	73,6	70,7	4%	72,5	71,0	2%	64,0	13,5	79%	53,0	60,0	-13%
7	Planning familial	11,0	15,0	-36%	11,0	15,0	-36%	25,0	23,0	8%	13,0	0,0	100%	23,0	21,0	9%
8	Laboratoire	9,0	6,0	33%	5,0	4,0	20%	9,6	7,0	27%	3,6	2,0	44%	3,0	2,0	33%
9	Services d'observation	6,0	1,3	79%	4,5	0,5	89%	5,0	4,0	20%	3,3	0,3	92%	3,0	1,5	50%
10	Médicaments et consommables	18,5	12,8	31%	19,8	14,8	25%	25,0	19,0	24%	23,8	15,5	35%	22,5	18,0	20%
11	Médicaments traceurs	12,0	0,0	100%	15,5	0,0	100%	9,5	0,0	100%	0,0	0,0	0%	17,0	0,0	100%
12	Service de maternité	22,5	10,0	56%	18,0	13,5	25%	23,0	23,5	-2%	13,0	3,5	73%	13,5	9,0	33%
13	PEV	9,0	10,0	-11%	16,5	17,5	-6%	17,0	19,0	-12%	10,0	5,0	50%	5,6	6,0	-7%
14	CPN	11,0	8,0	27%	10,0	8,0	20%	10,0	10,0	0%	6,0	4,0	33%	7,0	10,0	-43%
15	VIH/TB	10,6	2,3	78%	12,0	3,8	68%	9,0	5,0	44%	1,8	0,0	100%	4,2	5,0	-19%
TOTAL/Moyenne des Ecart		253,6	153,6	40%	281,9	196,8	35%	298,6	271,0	14%	202,2	68,0	52%	199,8	180,5	10%
Ecart des scores		63%	38%	25%	70%	49%	21%	75%	68%	7%	51%	17%	34%	50%	45%	5%

Commentaires :

Sur l'ensemble des centres de santé contre vérifiés dans la zone de santé de Kisandji, trois (Kimbulu, Kigonji et Shapuka) ont un score qualité élevé à celui de l'évaluation de l'équipe cadre de la zone de santé. Cette zone de santé est à sa deuxième contre vérification.

Il est important d'épingler les quelques différences constatées dans certains domaines au niveau de ces 3 centres de santé cités.

3.1. Centre de santé Kimbulu :

Les domaines suivants ont obtenu des cotes inférieures à la contre vérification qu'à l'évaluation pour les raisons suivantes :

- **Gestion financière** : les 3 rapports financiers n'ont pas été retrouvés. Le livre de caisse n'est pas à jour depuis juin 2019 ne pouvant pas permettre à la contre vérification de comparer le solde théorique de la trésorerie aux espèces présentes en caisse. L'outil d'indices n'est pas appliqué au centre de santé, la fiche d'épargne n'est pas disponible. L'agent choisi ne connaît pas sa prime de performance et le score performance individuelle du mois passé ;
- **Comité des indigents** : les comptes rendus des réunions du comité des indigents non retrouvés au passage de l'ACVE ;
- **Hygiène et stérilisation** : la toilette est type traditionnel très mal entretenue et certaines conditions ne sont pas réunies (trou de la toilette sans couvercle, pas de porte et sans éclairage), la seule douche ne contient pas d'étagère, le sol n'est pas cimenté, la porte ne se ferme pas l'intérieur et sans toit. Les conditions d'hygiène ne sont pas assurées pendant le pansement (bacs non étiquetés en jaune et rouges pour les déchets médicaux, pas de pédale, absence de couvercle et non bordée de sac) ;
- **Consultation externe** : la salle de consultation n'offre pas de bonnes conditions parce que le plafond est en mauvais état, absence d'un point d'eau, du savon liquide et essuie main pour le consultant. La dimension de la salle de consultation est de 6m², la table de consultation n'est pas couverte d'un tissu imperméable. Le registre de consultation externe n'est pas à jour depuis le 30 septembre 2019 et certains matériels ne sont pas disponibles (otoscope) ;
- **Services d'observation** : le service n'est pas fonctionnel parce qu'aucun rapport d'observation pendant la contre vérification, le lit manque avec matelas non couvert en matière plastique, absence de moustiquaire, draps propres, table de nuit. Le registre et fiches d'observation ne sont pas disponibles ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : pour certains médicaments (amoxicilline, ACT et ocytocine), la CMM n'est pas calculée. La liste des centres de distribution pharmaceutiques certifiés par le MSP et la liste des achats montrant le distributeur certifié qui a vendu les médicaments ne sont pas disponibles dans la structure. Le lieu de stockage des médicaments n'est pas propre (mauvaise odeur suite aux excréments des chauves-souris, certains cartons servent pour le stockage des médicaments) ;
- **Médicaments traceurs** : la contre vérification a trouvé certaines quantités physiques mais les fiches de stock pour tous les médicaments ne montrent pas le calcul de la CMM ;
- **Service de maternité** : certaines conditions ne sont pas observées dans la salle d'accouchement (absence d'au moins 20l d'eau, lumière la nuit, poubelle sans couvercle, boîte sécurité pour les aiguilles, manque de rideau entre le lit et la porte de la salle et les fenêtres sans rideaux ni porte fonctionnelle) ;
- **VIH/TB** : le paquet VIH/TB ne se réalise pas au CS car certains outils primaires manquent (registre de CDV / PTME et registre de dépistage de la tuberculose, les fiches individuelles pour la planification pour la numération des CD4).

Néanmoins, deux domaines présentent des cotes de la contre vérification, supérieures à celles obtenues à l'évaluation de l'ECZ :

- **Planification familiale** : contrairement à l'évaluation, la contre vérification a constaté qu'au moins un agent est formé en planification familiale ;
- **PEV et de consultation préscolaire** : le système de récupération des abandons est fait sur base d'une liste reprenant le nom des enfants n'ayant pas été vaccinés.

3.2. Centre de santé Kingonji :

Dans cette formation sanitaire, les cotes à l'évaluation sont supérieures à celles de la contre vérification pour les 9 domaines ci-dessous et s'expliquent essentiellement par les faits ci-après :

- **Organisation générale** : la contre vérification a observé la carte sanitaire de l'aire de santé affiché. Cependant, elle ne renseigne pas les points spéciaux. Le centre de santé ne dispose pas d'un horaire de service en dehors du roulement des services. Les comptes rendus des réunions techniques et de CODESA n'ont pas fait mention du suivi des décisions prises lors

des réunions précédentes et l'équilibre financier n'est pas discuté. Le téléphone du centre de santé existe mais le rayon d'action n'est pas couvert par le réseau ;

- **Gestion financière** : les 3 rapports financiers sont mal élaborés ne renseignent pas les soldes de fin du mois, le livre de caisse n'est pas à jour pour comparer les espèces en caisse. L'agent choisi ne maîtrise pas son score de performance et sa prime touchée le mois passé ;
- **Comité des indigents** : les 3 comptes rendus des réunions de comité des indigents ne parlent pas du suivi des décisions prises lors des réunions précédentes, ni discussion d'équilibre financier ;
- **Hygiène et stérilisation** : la fosse d'élimination des déchets est placée à 10m de l'établissement de santé. La cour du CS est non balayée (présence des débris médicaux : ouate usé, seringues usées, tests TDR utilisés) et non débroussaillée. L'hygiène n'est pas assurée pendant le pansement parce que tous les déchets médicaux sont mal gérés (absence de boîte de sécurité, bacs avec couvercle contenant un désinfectant) ;
- **Services d'observation** : le service d'observation n'est pas fonctionnel (pas de rapports d'observation, ni registre, ni fiches d'observation) ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : les quantités de médicaments trouvés ne correspondent pas aux stocks théoriques sur les fiches de stock (amoxicilline 500cés de 250 mg au lieu de 20 cés sur fiche de stock, SRO 9 sachets au lieu de 11 et ocytocine 11 ampoules au lieu de 31). Les médicaments ne sont pas classés selon l'ordre alphabétique ;
- **Médicaments traceurs** : la CMM n'est pas calculée pour la majorité de molécules trouvés ;
- **Service de maternité** : le service n'a pas un dispositif d'eau, poubelle avec couvercle pour l'élimination des aiguilles usées. La salle d'accouchement n'est pas nettoyée pendant la journée dégageant d'odeur. Une seule boîte obstétricale et d'épisiotomie mais les matériels ne sont pas stériles pendant la contre vérification ;
- **VIH/TB** : la salle de conseil VIH n'est pas équipée et n'assure pas la confidentialité Les activités de la tuberculose ne sont pas intégrées au centre de santé.

Cependant, les 5 cartes individuelles de (**planification familiale**) tirées ont fait voir la recherche de certains signes d'intolérance contrairement à l'évaluation de l'ECZ.

3.3. Centre de santé Mukoso :

Bien que le score global entre l'évaluation et la contre vérification soit non significatif, la contre vérification a observé certaines cotes élevées à l'évaluation :

- **Hygiène et stérilisation** : la cour du CS n'est pas balayée, absence de la salle de bain et les poubelles n'ont pas de pédale pour l'élimination des déchets non contaminés ;
- **Services d'observation** : le service de laboratoire n'est pas fonctionnel ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : la quantité réquisitionnée par les services n'est pas égale aux quantités servies (commande de 10 ampoules d'ocytocine contre 7 servies) ;
- **Médicaments traceurs** : pour plusieurs items, les quantités observées ne sont pas le double de leurs CMM ;
- **VIH/TB** : les activités liées à la tuberculose ne sont pas intégrées.

Néanmoins, les cotes de la contre vérification sont supérieures à l'évaluation pour les raisons suivantes :

- **Comité pour indigents** : le nombre des indigents soignés durant la période est documenté lors de la réunion du comité. La cote de l'évaluation n'était pas justifiée ;
- **PEV et de consultation préscolaire** : l'ACVE a trouvé la liste des abandons concernant la vaccination.

3.4. Centre de santé Shapuka :

Les cotations de l'évaluation de l'ECZ, dans cette structure sont importantes dans les dix domaines qui suivent :

- **Organisation générale** : l'ACVE n'a pas vu dans le placard le rapport SNIS du mois de juin 2019. Absence des comptes rendus des réunions de CODESA, des réunions techniques et des

fiches de planification familiale. Aucun protocole VAD rempli pour s'assurer si toutes les visites sont faites dans les normes ;

- **Gestion financière** : les rapports financiers du trimestre ne sont pas élaborés. Le livre de caisse ne renseigne pas les recettes et les dépenses effectuées. L'ITA ne connaît pas le montant de sa prime et son score de performance ;
- **Hygiène et stérilisation** : les conditions d'hygiène sont déplorables dans cette structure (la cour n'est pas balayée et les différents services n'ont pas de poubelles ou bacs pour les déchets, le trou des toilettes n'a pas de couvercle. Les matières fécales sont visibles. La fosse d'élimination des déchets est à 10 mètres de la maison de l'IT. Il n'y a pas de stérilisateur ;
- **Consultation externe** : les indications sur le circuit des malades ne sont pas affichées. Il n'existe pas un préposé pour distribuer les jetons aux malades. La salle de consultation n'a ni point d'eau, savon, essuies mains pour la personne qui consulte. Les tarifs non affichés dans la salle d'attente, dans la salle de consultation. Les fenêtres de la salle des consultations n'ont pas de rideaux, porte à une serrure non fonctionnelle. Les malades sont consultés sur un grabat. Plusieurs outils de collecte de données n'étaient pas disponibles pendant la contre vérification et les fiches de consultation seraient en dehors du CS précisément dans l'aire de santé Mukoso après l'évaluation ;
- **Planification familiale** : le personnel du CS n'est pas formé à l'utilisation des différentes méthodes et sur la table de démonstration l'ACVE n'a observé aucun matériel didactique ni intrants PF ;
- **Services d'observation** : le service d'observation des malades n'est pas opérationnel ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : la contre vérification a constaté que les différents achats se font auprès de distributeurs non certifiés par le MSP. Le CS ne livre pas les médicaments aux différents services sur base d'une réquisition. Le stockage des médicaments se fait dans une salle très étroite et ne sont pas arrangés par ordre alphabétique. Les quantités de médicaments choisis ne sont pas en quantité suffisante (amoxicilline sirop dont 4 flacons en physique alors que la CMM est de 5, SRO 9 sachets mais la CMM montre 26, Ocytocine 6 ampoules au lieu de 15 ampoules ,40 seringues 5ml en physique mais la CMM n'est pas calculée, 16 pièces de Gant chirurgicale stérile mais la CMM est de 30 pièces) ;
- **Service de maternité** : la maternité est sous équipée en matériel d'accouchement et intrants nécessaires ;
- **PEV et de consultation préscolaire** : le carton de réceptacles était disponible lors de l'évaluation mais pendant la contre vérification aucun carton observé. Insuffisance des bancs ou des chaises par rapport aux nombres d'enfants attendus par séance. La salle de la séance CPS n'est pas protégée contre le soleil et la pluie. Absence des jetons d'attente numérotés en fonction de l'arrivée des enfants. Le système récupération des abandons n'est pas effectif ;
- **VIH/TB** : les activités liées au VIH et tuberculose ne sont pas intégrées. La cote accordée par l'évaluation est mauvaise parce que la contre vérification constate que le personnel n'est pas formé sur le VIT/TB.

Toutefois, la cote de l'évaluation est inférieure à celle de la contre vérification au niveau de l'indicateur en lien avec le « **Plan de management** ». En effet, la contre vérification a observé dans le PM la stratégie pour faire face aux autres prestataires dans l'aire de santé.

3.5. Centre de santé Ngunda :

La structure avait obtenu des cotes assez élevées à l'évaluation :

- **Hygiène et stérilisation** : les conditions d'hygiène dans l'ensemble du centre de santé ne sont pas respectées (absence de clôture, de toilettes, de poubelles...) ;
- **Laboratoire** : le service de laboratoire ne fonctionne pas ;
- **Services d'observation** : le service d'observation de malade n'est pas opérationnel ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : certains médicaments ne sont pas distribués sur la base de réquisition ;

- **Médicaments traceurs** : la CMM n'est pas calculée pour tous les items ;
- **Service de maternité** : le service n'offre pas les conditions adéquates pour les parturientes.

Par contre l'ACVE a noté de cotes plus élevées qu'à l'évaluation pour les raisons ci-après :

- **Gestion financière** : l'agent interrogé maîtrise son score de performance et sa prime obtenue le mois antérieur ;
- **Consultation externe** : le stérilisateur était présent lors de la contre vérification ;
- **Soins prénatals** : la stratégie est élaborée dans le PM pour une session de renforcement des capacités du personnel de la FOSA sur la SR/PF, les fiche de CPN pour FOSA sont disponibles et la réunion du groupe est tenue ;
- **VIH/TB** : la contre vérification a trouvé le registre CDV et PTME et le personnel chargé du VIH est formé pour le conseil.

4. Zone de santé de Panzi

Tableau 55 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Panzi

N°		Kawama			Kibunda 2			Nzamba			Tambu Tseke			Tsakala Panzi		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	22,2	17,8	20%	17,8	16,0	10%	29,0	19,3	34%	29,0	29,8	-3%	5,5	19,8	-259%
2	Plan de management	5,5	6,0	-9%	9,0	9,0	0%	9,0	9,0	0%	9,0	9,0	0%	9,0	9,0	0%
3	Finance	13,0	10,0	23%	15,0	10,0	33%	10,0	9,0	10%	15,0	13,0	13%	10,0	10,0	0%
4	Comité des Indigents	0,0	0,0	0%	20,0	20,0	0%	20,0	0,0	100%	20,0	20,0	0%	0,0	0,0	0%
5	Hygiène et Stérilisation	8,0	8,5	-6%	22,0	21,0	5%	13,5	10,0	26%	12,5	13,0	-4%	8,0	8,0	0%
6	Consultations externe	82,6	63,2	23%	120,1	72,7	39%	40,2	66,2	-65%	90,9	76,2	16%	100,0	60,0	40%
7	Planning familial	18,5	14,0	24%	17,0	12,0	29%	15,0	15,0	0%	26,0	24,0	8%	16,0	18,0	-13%
8	Laboratoire	0,0	2,0		3,0	3,0	0%	15,0	8,0	47%	10,0	2,0	80%	4,0	2,0	50%
9	Services d'observation	0,0	0,6		3,1	3,1	0%	0,0	1,5		0,0	1,0		0,0	1,5	
10	Médicaments et consommables	6,5	6,8	-4%	19,5	19,5	0%	19,5	15,5	21%	24,5	24,5	0%	11,0	10,5	5%
11	Médicaments traceurs	5,0	0,0	100%	16,0	3,0	81%	14,5	0,0	100%	16,5	0,0	100%	12,0	0,0	100%
12	Service de maternité	7,0	9,0	-29%	15,5	15,5	0%	15,0	13,0	13%	18,0	22,0	-22%	14,0	12,5	11%
13	PEV	17,3	16,0	7%	17,0	17,0	0%	16,0	14,0	13%	7,0	15,0	-114%	7,0	7,0	0%
14	CPN	7,0	10,0	-43%	8,0	8,0	0%	9,0	9,0	0%	10,0	9,0	10%	10,0	10,0	0%
15	VIH/TB	2,5	2,7	-8%	1,5	1,5	0%	11,0	10,9	1%	3,0	3,0	0%	3,5	3,0	14%
TOTAL/Moyenne des Ecart		195,1	166,5	8%	304,4	231,3	13%	236,7	200,4	21%	291,4	261,5	6%	210,0	171,3	-4%
Ecart des scores		49%	42%	7%	76%	58%	18%	59%	50%	9%	73%	65%	7%	53%	43%	10%

Commentaires :

Seul le CS de Kibunda a un score inférieur significatif à la contre vérification en comparaison avec l'évaluation de l'ECZ. Les raisons évoquées sont les suivantes :

4.1. Centre de santé Kawama :

Le CS Kawama est l'une des structures qui ont des scores moyens proches entre l'évaluation et la contre vérification. Les modifications constatées dans les services de laboratoire et de CPN se justifient comme suit :

- **Laboratoire** : la différence de 2 points est liée à la disponibilité des TDR. L'ACVE a trouvé 30 pièces de TDR, pourtant absentes à l'évaluation ;
- **Soins prénatals** : les outils (registre et fiches) et matériels (balance) qui manquaient à l'évaluation, étaient présents à la contre vérification.

4.2. Centre de santé Kibunda 2 :

Quatre domaines ont des scores inférieurs très remarquables après la contre vérification en comparaison avec l'évaluation de l'équipe cadre de la zone de santé. Les raisons ci-après expliquent le fait :

- **Gestion financière** : tous les rapports financiers sont discordants avec les informations du livres de caisse. Le solde théorique du livre de caisse est différent des espèces en caisse (20 000 FC au lieu de 157 000 FC en juin 2019 et de 7800 FC au lieu de 148 000 FC au mois de mai 2019) ;
- **Consultation externe** : l'ACVE n'a pas accordé de point pour la prise en charge des maladies de l'enfant vu que l'activité n'est pas intégrée ;
- **Planification familiale** : la baisse de la cote de 17 à 11 sur 32 est due au fait que le jour de la contre vérification, le DIU est en quantité insuffisante et que le personnel n'a pas présenté le certificat de participation à la formation sur le PF ;
- **Médicaments traceurs** : contrairement à la contre vérification, les médicaments traceurs ne sont disponibles qu'à 17,6% contre 94,1% à l'évaluation de l'ECZ.

4.3. Centre de santé Nzamba :

Au centre de santé Nzamba, l'écart entre les résultats de l'évaluation et ceux de la contre vérification n'est pas significatif mais des différences significatives constatées sur certains domaines se justifient de la manière ci-après :

- **Comité pour indigents** : les comptes rendus des réunions tenues par le comité des indigents ne sont pas élaborés conformément aux normes exigées. Les indigents soignés au cours de la période ne sont pas documentés ni discutés au cours des réunions.

Par ailleurs, au niveau de la **Consultation externe**, les cas de paludisme grave sont traités conformément à la politique nationale du MSP.

4.4. Centre de santé Tambu Tseke :

Bien que l'écart soit inférieur à 10%, le PEV a une cote supérieure tandis que le domaine médicaments traceurs à une cote très faible. Voici les raisons :

- **Médicaments traceurs** : les médicaments sont gérés sans outils (fiche de stock, RUMER et cahier de consommation journalière) et les consommations moyennes mensuelles ne sont pas calculées ;
- **PEV et de consultation préscolaire** : un réfrigérateur solaire a été récemment installé.

4.5. Centre de santé Tsakala Panzi :

Comme pour le CS Ntambu Seke, le score de la contre vérification est supérieur pour le domaine « organisation générale » alors qu'il est inférieur pour le domaine « médicaments traceurs » :

- **Organisation générale** : tous les outils qui seraient absents à l'évaluation, ont été retrouvés et les 5 protocoles des visites à domicile tirés aléatoirement sont élaborés en bonne et due forme ;
- **Médicaments traceurs** : les consommations moyennes ne sont pas calculées pour évaluer la disponibilité des médicaments et consommables.

5. Zone de santé de Wamba Luadi

Tableau 56 : Résultats de contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Wamba Luadi

N°	Service PMA	Mawanga			Mukumbi			Mwaku Yala			Pelende			Wamba Luadi		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	27,0	27,0	0%	22,4	27,0	-21%	26,0	21,5	17%	25,2	23,8	6%	20,0	19,0	5%
2	Plan de management	7,0	6,0	14%	7,0	7,0	0%	7,5	7,0	7%	7,0	6,0	14%	7,0	6,0	14%
3	Finance	15,0	15,0	0%	11,0	15,0	-36%	10,0	6,0	40%	15,0	15,0	0%	11,0	9,0	18%

N°	Service PMA	Mawanga			Mukumbi			Mwaku Yala			Pelende			Wamba Luadi		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
4	Comité des Indigents	0,0	0,0	0%	15,0	15,0	0%	5,0	5,0	0%	10,0	10,0	0%	0,0	0,0	0%
5	Hygiène et Stérilisation	25,5	22,5	12%	23,5	11,5	51%	28,0	20,5	27%	24,5	19,0	22%	21,0	19,5	7%
6	Consultations externe	102,3	117,6	-15%	99,0	96,0	3%	102,0	100,0	2%	97,3	106,0	-9%	83,0	101,2	-22%
7	Planning familial	4,0	4,0	0%	9,0	9,0	0%	13,0	11,0	15%	16,0	16,0	0%	4,0	0,0	100%
8	Laboratoire	15,0	15,0	0%	10,8	11,1	-3%	17,0	16,0	6%	12,6	14,0	-11%	15,0	12,0	20%
9	Services d'observation	5,5	2,8	50%	2,5	2,0	20%	1,5	0,5	67%	5,0	3,5	30%	0,0	0,5	
10	Médicaments et consommables	19,3	18,8	3%	20,0	18,8	6%	23,0	14,3	38%	20,0	15,3	24%	23,5	14,3	39%
11	Médicaments traceurs	17,0	4,5	74%	13,0	9,0	31%	16,0	0,0	100%	16,0	7,5	53%	15,5	1,5	90%
12	Service de maternité	20,5	19,0	7%	13,0	13,5	-4%	16,0	10,5	34%	20,0	19,5	3%	13,5	7,5	44%
13	PEV	16,0	15,3	5%	15,0	15,0	0%	15,0	12,5	17%	11,0	10,0	9%	7,0	6,0	14%
14	CPN	8,0	9,0	-13%	10,0	10,0	0%	10,0	4,0	60%	9,5	9,0	5%	8,0	7,0	13%
15	VIH/TB	11,0	5,0	55%	6,0	5,4	10%	11,0	10,0	9%	12,0	4,0	67%	11,0	10,3	6%
TOTAL/Moyenne des Ecart		293,1	281,4	13%	277,2	265,3	4%	301,0	238,8	29%	301,1	278,6	14%	239,5	213,8	25%
Ecart des scores		73%	70%	3%	69%	66%	3%	75%	60%	16%	75%	70%	6%	60%	53%	6%

Commentaires :

L'écart de score de 4 centres de santé (Mawanga, Mukumbi, Pelende et Wamba Luadi) n'était pas considérable car ne dépassant pas 10% (**3 à 6%**), excepté le centre de santé *Mwaku Yala* où l'écart de score est supérieur à l'évaluation qu'à la contre vérification avec un écart de 16%.

Les raisons suivantes ont été retenues :

5.1. Centre de santé Mawanga :

Pour les 3 services suivants au niveau du centre de santé Mawanga, le score attribué par l'évaluation est supérieur à celui de la contre vérification, pour les raisons ci-dessous :

- **Services d'observation** : sur les 9 lits existants, 3 n'ont pas de draps, ni table de nuit. La salle n'a pas d'eau ni essuies mains ;
- **Médicaments traceurs** : la quasi-totalité des médicaments traceurs au niveau de la pharmacie de Mawanga sont en rupture ;
- **VIH/TB** : sur les 9 malades du trimestre sous revue, 2 n'ont pas subi le test VIH.

5.2. Centre de santé Mwaku Yala :

Le centre de santé Mwaku Yala présente des indicateurs avec des cotes élevées lors l'évaluation contrairement à celles de la contre vérification. Les raisons suivantes justifient ces écarts :

- **Organisation générale** : présence de 2 CR des réunions de CODESA mais aucun d'eux ne fait allusion à l'équilibre financier. Les visites à domiciles sont réalisées sans aucun respect des normes (une personne au lieu de deux) ;
- **Gestion financière** : la personne interrogée n'a pas pu répondre sur ce qu'a été sa prime de performance et son pourcentage de performance du mois passé ;
- **Hygiène et stérilisation** : la clôture mal entretenue, car il y a des trous qui font passer les bêtes. Le registre indiquant la date de création de la fosse et son emplacement n'est pas disponible et la cour du centre était assez propre ;
- **Services d'observation** : aucune fiche pour le service d'observation, le rapport ne se fait même pas pour ledit service ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : absence d'ordonnances archivées, les ruptures et insuffisance des molécules et le protocole de destruction des médicaments ne sont pas maîtrisés par le préposé de la pharmacie ;
- **Médicaments traceurs** : l'écart de 94% entre l'évaluation et la contre vérification est dû, soit par l'absence des fiches de stocks pour concilier la consommation moyenne mensuelle et la

disponibilité, soit par des ruptures criantes, soit encore par des quantités insuffisantes des molécules trouvées au regard de leur CMM ;

- **Service de maternité** : l'absence de petits matériels d'équipements (boîtes obstétricales et d'épisiotomie, balance, aspirateur, draps et tables de nuit) est à la base des écarts de score entre l'évaluation et la contre vérification au niveau de la structure ;
- **Soins prénataux** : bien que coté à 100% par l'évaluation, les examens d'albuminurie et glycosurie ne se font pas au niveau du CS. Les fiches CPN ne font aucune allusion à l'administration de sulfate de fer et le registre existant ne mentionne rien dans la colonne de risque détecté.

5.3. Centre de santé Pelende :

Malgré son écart de score acceptable (6%), le centre de santé Pelende a connu certains services où les cotes de l'évaluation ont été supérieures à celles de la contre vérification pour des raisons ci-après :

- **Services d'observation** : les lits existants n'ont pas de moustiquaires, ni draps, ni tables de nuit et aucune fiche vierge pour l'observation ;
- **Médicaments traceurs** : 60 % des médicaments sont en rupture de stock au niveau de la pharmacie du centre de santé ;
- **VIH/TB** : les fiches individuelles VIH pour la planification de la numération de CD4 ne sont pas disponibles et le test VIH chez les tuberculeux n'est pas réalisé, la structure est un CST.

5.4. Centre de santé Wamba Luadi :

Les services suivants ont vu les scores de l'évaluation être supérieurs à ceux de la contre vérification pour les raisons suivantes :

- **Planification familiale** : le service n'existe que de nom. Aucun intrant disponible en rapport avec la planification familiale et personnel non formé. Le bâtiment qui abrite le service est en pisé, avec une porte et fenêtres en bambous ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : pas de concordance entre l'entrée dans le registre et l'offre physique, car, la plupart des médicaments sont en rupture ;
- **Médicaments traceurs** : sur les 19 Items traceurs, 42% sont gérés sans fiches de stock et 58% de fiches existantes, les médicaments sont, soit en rupture de stock, soit en quantité insuffisante par rapport à la consommation moyenne mensuelle ;
- **Service de maternité** : lors du passage de l'ACVE, la salle ne disposait pas d'eau. Sur les 3 partogrammes choisis, aucun d'eux n'a le résultat de laboratoire, absence de fil à ligature du cordon et tétracycline au niveau de service.

4.4.6. Résultats de la contre vérification communautaire



Les enquêtes communautaires ont été réalisées au mois de juin 2019, mais au moment de la contre vérification, les analyses étaient encore en cours.

4.4.6. Evaluation du respect des procédures

4.4.6.1. Appréciation du respect des procédures du FBP

Tableau 57 : Appréciation du respect des procédures du FBP dans la province de Kwango

N°	Actions Phares	Echéancier	Responsables	Buttoir (T Ou M/Dates)	Exécution		Respect Procédures OUI/NON	Problèmes Identifiés
					Prévue	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	15/01/19	4/01-16/03/19	NON	Conflit d'agenda
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	04/06/19	05/10/19	NON	
3.	Demande de Non Objection pour évaluation qualité HGR	10 ^{ème} jour du troisième mois du trimestre concerné par évaluation qualité (M0)	PDSS	T(M3) /10	10/06/19	15/07/19	NON	Au vu des retards administratifs, l'UCP Santé BM a jugé utile de demander aux DPS de reconduire les scores qualité des HGR et ECZ du T1/2019 au T2/2019
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	20/06/19	31/07/19	NON	Idem
5.	Mise à disposition des fonds pour évaluation qualité HGR	27 ^{ème} jour du troisième mois du trimestre concerné par évaluation qualité (M0)	CAGF/PDSS	T(M3) /27	27/06/19	09/08/19	NON	Idem
6.	Evaluation de la qualité CS	Fin du troisième mois du trimestre concerné (M0)	ECZ	T+M1/15	15/07/19	2-13/07/19	OUI	
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	15/07/19	NR	NON	Pour cause de retard administratif, le score du T1/2019 a été reconduit au T2/2019
8.	Déclaration des prestations	5 jours du premier mois qui suit le trimestre (T+5 jours)	FOSA/EUP	T+M1/5	05/07/19	Retard de dépôt des fiches des ZS rurales après réunion de monitoring	NON	Les 2 1 ^{er} mois, les fiches sont transmises à l'EUP sauf le dernier mois qui est récupéré par le VM
9.	Vérification de la quantité	25 ^{ème} jour du premier mois qui suit le trimestre (T+25 jours)	Vérificateur EUP	T+M1/25	25/07/19	13-20/08/19	NON	Retard de signature de contrat avec retard financement : 10/08/2019
10.	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	02/08/19	15/09/19	NON	Début tardif de la vérification quantitative
11.	Harmonisation entre portail et Bordereau	5 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+35 jours)	Vérificateur EUP	T+M2/5	05/08/19	BDD : 10/10/19	NON	Retard à BDD bien que a à Kenge ait réalisé l'activité le 03/10/2019, MND non réalisé
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/C harge de Programme	T+M2/6	06/08/19	Retard	NON	Retard antérieur
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	08/08/19	11/10/19	NON	Il y a des difficultés de transmission des données « vignettes » des CS dans le portail (qualité connaissance) à MND et Kwilu sauf Kwango
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	09/08/19	NR	NON	Factures non transmises par l'EUP Kikwit
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	10/08/19	NR	NON	Retard
16.	Transmission au PDSS et CT-FBR	11 ^{ème} jour du deuxième mois qui	Direction de l'EUP	T+M2/11	11/08/19	NR	NON	Demande de paiement faite pour Kenge

N°	Actions Phares	Echéancier	Responsables	Buttoir (T Ou M/Dates)	Exécution		Respect Procédures OUI/NON	Problèmes Identifiés
					Prévue	Réalisée		
		suit le trimestre (T+41 jours)						
17.	Comparaison des factures avec les données du Portail	15 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+45 jours)	CT-FBR	T+M2/15	15/08/19	NR	NON	
18.	Transmission factures validées CT-FBR au CAGF/PDSS	16 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+46 jours)	CT-FBR	T+M2/16	16/08/19	NR	NON	Retard de transmission de l'EUP vers la CT-AS
19.	Transmission CAGF/PDSS vers Banque (Ordre de virement)	21 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+51 jours)	CAGF/PDSS	T+M2/21	21/08/19	NR	NON	Retard de transmission de l'EUP vers la CT-AS
20.	Virement de la Banque vers les comptes bénéficiaires (FOSA, ECZ, ECP)	25 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+58 jours)	Banque	T+M2/25	25/08/19	NR	NON	Retard en amont de la chaîne
21.	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	02/09/19	NR	NON	
22.	Messages auprès des FOSA	4 ^{ème} jour du troisième mois qui suit le trimestre (T+66 jours)	EUP et Antennes	T+M3/4	04/09/19	NR	NON	
23.	Déplacement des FOSA pour retrait	25 ^{ème} jour du troisième mois qui suit le trimestre (T+87 jours)	FOSA	T+M3/25	25/09/19	NR	NON	
24.	Production des rapports des enquêtes communautaires	30 ^{ème} jour du troisième mois qui suit le trimestre (T+90 jours)	ASLO	T+M3/30	30/09/19	NR	NON	Enquête en cours de réalisation en date du 09/10/2019

Source des normes : Nouveau cycle de paiement PBF, avril 2018.

Commentaires :

Les commentaires relatifs à l'application des procédures sont similaires à ceux du Kwilu, un peu plus bas. En effet le cycle de vérification et la ligne des temps relatives au paiement ne sont pas respectées. Il sied de faire remarquer le bureau EUP de Kenge est une antenne de la direction de l'EUP de Bandundu.

4.4.6.2. Evaluation du contrôle administratif et financier de toutes les factures

Tableau 58 : Evaluation du contrôle administratif et financier dans la province de Kwango

DPS KWANGO	FOSA	Montant déclaré (a)	Montant du portail (b)	Ecart (a-b)	%[(a-b)/a]
ZS Kahemba	CS Bangu	4211,65	4212,25	-0,6	-0,01%
	CS Kamba Nguya	2959,8	2953	6,8	0,23%
	CS Shakungu	2598,35	2598,35	0	0,00%
	CS Kambuella	2920,7	3058,7	-138	-4,72%
	CS Kahemba	2918,9	2911,7	7,2	0,25%
	HGR Kahemba	18956,85	18902,85	54	0,28%
Synthèse ZS Kahemba		34566,25	34636,85	-70,6	-0,20%
ZS Kimbao	CS Kindi	4723	4791	-68	-1,44%
	CS Kibwila	1289,37	1289,7	-0,33	-0,03%
	CS Mabunda	4460,2	4407,55	52,65	1,18%
	CS Mosamba	7309,6	7309,6	0	0,00%
	CS Mukulutu	4635,9	4554,1	81,8	1,76%
	HGR Kimbao	8948,85	8948,85	0	0,00%
Synthèse ZS Kimbao		31366,92	31300,8	66,12	0,21%
ZS Kisandji	CS Kimbulu	6209,45	6209,15	0,3	0,00%

DPS KWANGO	FOSA	Montant déclaré (a)	Montant du portail (b)	Ecart (a-b)	%[(a-b)/a]
	CS Kingonji	1985,2	1985,2	0	0,00%
	CS Mukoso	4555,8	4555,8	0	0,00%
	CS Shapuka	2158,1	1934,1	224	10,38%
	CS Ngunda	2246,9	2246,9	0	0,00%
	HGR Kisandji	14786,45	14787,15	-0,7	0,00%
Synthèse ZS Kisandji		31941,9	31718,3	223,6	0,70%
ZS Panzi	CS Kawama	1817,35	1817,35	0	0,00%
	CS Kibunda 2	2925,9	2925,9	0	0,00%
	CS Nzamba	3773,2	3777,1	-3,9	-0,10%
	CS Tambu Tseke	3103,7	3202,7	-99	-3,19%
	CS Tsakala Panzi	2088,7	2123,7	-35	-1,68%
	HGR Panzi	11432	11432	0	0,00%
Synthèse ZS Panzi		25140,85	25278,75	-137,9	-0,55%
ZS Wamba Luadi	CS Mawanga	2926,3	2926,3	0	0,00%
	CS Mukumbi	3321	3315,15	5,85	0,18%
	CS Mwaku Yala	5098,4	5093	5,4	0,11%
	CS Pelende	2900,1	2935,15	-35,05	-1,21%
	CS Wamba Luadi	3821,1	3826,65	-5,55	-0,15%
	HGR Wamba Luadi	11814,05	11979,05	-165	-1,40%
Synthèse ZS Wamba Luadi		29880,95	30075,3	-194,35	-0,65%
Synthèse DPS KWANGO		152896,87	153010	-113,13	-0,07%

Commentaires

Pour chaque indicateur, les quantités et les montants issus des PV de validation des données collectées sur le terrain ont été comparés à ceux repris dans les factures générées à partir du portail.

D'une manière générale, les écarts ont été pour la plupart en deçà de 10%. Cela traduit une certaine amélioration dans le travail de saisie de bordereaux en quantité et en valeur.

Néanmoins, nous nous permettons de commenter les écarts suivants :

ZS de Kahemba CS Kambuela :

Ici la différence en valeur absolue est -138 us\$. Elle est due aux éléments suivants :

Dans le bordereau, les quantités des indicateurs ; dépistage de TBC et cas de TBC traités et guéris, sont nuls alors que d'autres chiffres sont portés sur la facture du portail.

INDICATEURS	BORDEREAU			PORTAIL			ECART
	QTE	Barème	Coût Total	QTE	C. Unitaire	Coût Total	
Dépistage de TBC	0	35	0	2	35	70	-70
Cas TBC traités et guéris	0	68	0	1	68	68	-68
TOTAL ECART							-138

ZS de Kisandji CS Shapuka :

La différence en valeur absolue est 224 US\$. Elle est due aux éléments suivants, au niveau des indicateurs ci-dessous :

- **Consultation externe** : l'erreur matérielle est due au mauvais calcul dans le bordereau qui donne 325 US\$ au lieu de 352,5 US\$ dans le portail ;
- **Visites à domicile** : le bordereau enregistre une quantité de 117 contre 20 pour le portail ;
- **Administration de la 3^{ème} dose de sulfadoxine-pyriméthamine** : l'écart vient de la différence du barème qui est de 1,9 US\$ dans le bordereau et de 1,4\$US au niveau du portail.

INDICATEURS	BORDEREAU			PORTAIL			ECART
	QTE	Barème	Coût Total	QTE	C. Unitaire	Coût Total	
Consultation externe	705	0,5	325	705	0,5	352,5	27,5
Visite à domicile	117	2,5	293	20	2,5	50	-243
SP3	18	1,9	34,2	18	1,4	25,2	-9
TOTAL ECART							-224,5

ZS Wamba Luadi CS Wamba Luadi

Dans le tableau, la différence est en valeur absolue de -165 us \$. Ceci est dû aux faits suivants :

Ici, il y a eu une erreur de calcul du montant total des cas de dépistage TBC au niveau du bordereau. Par contre au niveau de la planification familiale, les quantités divergent, avec 26 pour le bordereau contre 23 dans le portail.

INDICATEURS	BORDEREAU			PORTAIL			ECART
	QTE	Barème	Coût Total	QTE	C. Unitaire	Coût Total	
Dépistage TBC	11	53	385	11	53	583	198
PF (Dieu et Implant)	26	11	286	23	11	253	-33
TOTAL ECART							165

4.4.6.1. Evaluation du système d'archivage et de gestion de la documentation

Analyse des traces d'utilisation par les utilisateurs (Logs)

Tableau 59 : Distribution des données saisies et validées dans la province de Kwango

	ZS Kahemba		ZS Kimbao		ZS Kisandji		ZS Panzi		ZS Wamba Luadi		Autres ZS		Total	
	Saisie	Val	Saisie	Val	Saisie	Val	Saisie	Val	Saisie	Val	Saisie	Val	Saisie	Val
Evaluation Communautaire (T - 1)	29	0	20	0	8	0	18	0	18	0	53	0	146	0
Evaluation de la performance des ECZS	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3	0
Evaluation de la Qualité des Centre de Santé	29	0	19	0	16	0	25	0	17	0	51	0	157	0
Quantité PCA	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	6	0	21	0
Quantité PMA	87	0	57	0	48	0	75	0	51	0	153	0	471	0
Vignette CS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0
Total général	148	0	99	0	76	0	122	0	89	0	266	0	800	0

Commentaires :

Le fichier log qui a été extrait le 20 septembre 2019 montre qu'il y a 800 données encodées sur le portail pour la DPS de Kwango avec un taux de validation nul. La première donnée était encodée le 5 août 2019, et la dernière le 20 septembre 2019.

Les évaluations communautaires, les évaluations de la performance des ECZS, les évaluations de la qualité des CS et HGR, la quantité PCA et PMA sont les domaines qui ont été saisis sur le portail web. En plus de ces domaines, les vignettes des CS de la ZS de Kenge ont aussi été encodées par les vérificateurs de l'EUP. Les avances budgets des ECZS n'ont pas été enregistrées sur le portail probablement parce que les ECZS n'étaient pas encore payées au jour de l'extraction du fichier log.

Après notre analyse du fichier log, nous avons noté les problèmes ci-après :

Le manque de validation et du verrouillage des données sur le portail

Aucune de 800 données saisies sur le portail n'a été validée, ni verrouillée par l'antenne de l'EUP du Kwango. Cette tâche est de la responsabilité du CA ainsi que le data manager qui est chargé de l'épauler dans cet exercice. Rappelons que les procédures du PBF exigent la validation des données sur le portail et suivi par leur verrouillage pour éviter leur manipulation future.

Nous recommandons ainsi au CA et au data manager de l'antenne du Kwango de s'atteler sur cette tâche pour que lors des prochaines missions de vérification, toutes les données soient validées et verrouillées sur le portail web.

Analyse du système d'archivage

L'archivage s'organise de la manière suivante au niveau de l'antenne du Kwango

- L'archivage des données en dur : tous les documents en dur tels que les contrats, les factures, les PM, les fiches des vérifications quantitatives, les différentes grilles d'évaluations, les pièces justificatives sont placés dans des classeurs, bien identifiés par leurs noms ainsi que la période concernée, et rangés sur des étagères conçues à cet effet.
- L'archivage électronique : l'antenne n'a pas encore intégré ce système qui aide à assurer de la continuité des services en cas de perte des documents en dur. Ceci est principalement dû au manque d'un disque dur de grande capacité pouvant contenir toutes les données de l'antenne, mais aussi d'un bon appareil de numérisation pouvant faciliter la tâche du scannage de chaque document en dur. Il serait aussi mieux que chaque vérificateur puisse assurer la numérisation de chaque document de la ZS en sa charge pour alléger la tâche du gestionnaire des données.

Analyse de la cohérence des données

Tableau 60 : Analyse de la cohérence des données dans la province de Kwango

Organisation unit	Bangu Centre de Santé		Ecart
	Portail	DHIS2	
Data / Période			
Accouchement assisté - val	75	75	0
Cas sévère référés à l'hôpital (contre-référence disponible) - val	9	9	0
Cas TBC-BK positifs traités et guéris - val	0	0	0
Consultation Externe (nvx cas patient indigent) - plafond 5% - val	29	29	0
Consultation externe (nvx cas) - val	547	547	0
Consultation Postnatale - val	149	149	0
Consultation Prénatale 1ère visite - val	88	88	0
Consultation Prénatale 4ème visite - val	48	48	0
Dépistage conseil du VIH initié par le prestataire - val	68	68	0
Dépistage des cas TBC - BK positifs - val	2	2	0
Enfant complètement vacciné - val	56	56	0
Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophyl - val	0	0	0
Petite chirurgie - val	83	83	0
PF : Acceptante nouvelle et renouvellement (DIU et implant) - val	8	8	0
PF : Acceptante nouvelle et renouvellement (oral & inj) - val	154	154	0
Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH+ - val	0	0	0
Soins Après Avortement	0	0	0
SP3/TPI3 : Troisième dose du Sulfadoxine Pyriméthamine chez la femme enceinte - val	65	65	0
Surveillance de la croissance des enfants de 0 à 11 mois - val	239	239	0
Surveillance de la croissance enfants de 12 à 59 mois - val	146	146	0
VAT 2+ : Femme complètement protégée - val	86	86	0
VIH/ SIDA : Nombre de clients ARV suivi dans le semestre - val	15	15	0
Visite à domicile : (évacuation de déchets, latrine ou toile propose, moustiquaire dispo, access à l'eau propre, utilisation PF, et vaccination) - val	204	204	0

Commentaires :

Toutes les données sont correctement importées du portail web vers le DHIS2 comme nous montre le cas des données de la ZS de Kahemba.

Comparaison entre les scores qualité collectés sur le terrain et ceux saisis dans le portail**LEGENDE**

Dans cette section, la présentation des résultats se fait sous forme de tableaux, mettant en exergue les écarts de cohérence entre les scores qualités collectés sur le terrain et ceux issus du portail web et saisis par les EUP/AAP. Ainsi la 1^{ère} colonne renseigne les données qualité en dur, la seconde est relative aux données du portail web et la 3^{ème} le score issu du contrôle arithmétique réalisé par l'ACVE à partir des grilles qualité en dur.

Tableau 61 : Analyse comparative de la saisie des données de score qualité dans le portail dans la province de Kwango

Zones de santé	FOSA	Score grille qualité en dur (a)	Score qualité portail (b)	Score qualité en dur saisie / ACVE (c)	Ecart 1 (a-b)	Ecart 2 (a-c)
Kahemba	CS Bangu	81,8	83,23	83,5	-1,43	-1,7
	CS Kamba Nguya	79,63	79,64	79,6	-0,01	0,03
	CS Shakungu	48	48,13	48,1	-0,13	-0,1
	CS Kambuella	48,85	48,6	48,9	0,25	-0,05
	CS Kahemba	75,70	75,70	75,7	0	0
Kimbao	CS Kindi	78,91	78,91	79,2	0	-0,29
	CS Kibwila	44,79	44,59	44,6	0,2	0,19
	CS Mabunda	68,69	68,69	67,4	0	1,29
	CS Mosamba	81,13	81,13	81,2	0	-0,07
	CS Mukulutu	63,44	63,44	63,9	0	-0,46
Kisandji	CS Kimbulu	63,4	62,46	63,4	0,94	0
	CS Kingonji	70	70,44	70,5	-0,44	-0,5
	CS Mukoso	75	74,03	74,7	0,97	0,3
	CS Shapuka	51	50,16	50,5	0,84	0,5
	CS Ngunda	50	47,95	50	2,05	0
Panzi	CS Kawama	49	46,95	48,8	2,05	0,2
	CS Kibunda 2	76	75,98	76,1	0,02	-0,1
	CS Nzamba	59	59,58	59,2	-0,58	-0,2
	CS Tambu Tseke	73	74,63	72,9	-1,63	0,1
	CS Tsakala Panzi	53	51,88	52,3	1,12	0,7
Wamba Luadi	CS Mawanga	73	75,39	73,3	-2,39	-0,3
	CS Mukumbi	70,79	68,05	69,3	2,74	1,49
	CS Mwaku Yala	74,75	75	75,3	-0,25	-0,55
	CS Pelende	75	75,03	75,3	-0,03	-0,3
	CS Wamba Luadi	60,1	60,38	59,9	-0,28	0,2

Commentaires :

Il n'y a pas d'écart significatif entre les scores se trouvant sur les grilles qualités en dur et ceux qui sont reportés sur le portail. Ceci montre que l'antenne ne favorise aucune structure quant à l'obtention des bonus liés à la qualité.

4.5. Contrevérification dans la DPS KWILU

Figure 9 : Répartition géographique des zones de santé sélectionnées dans la province du Kwilu

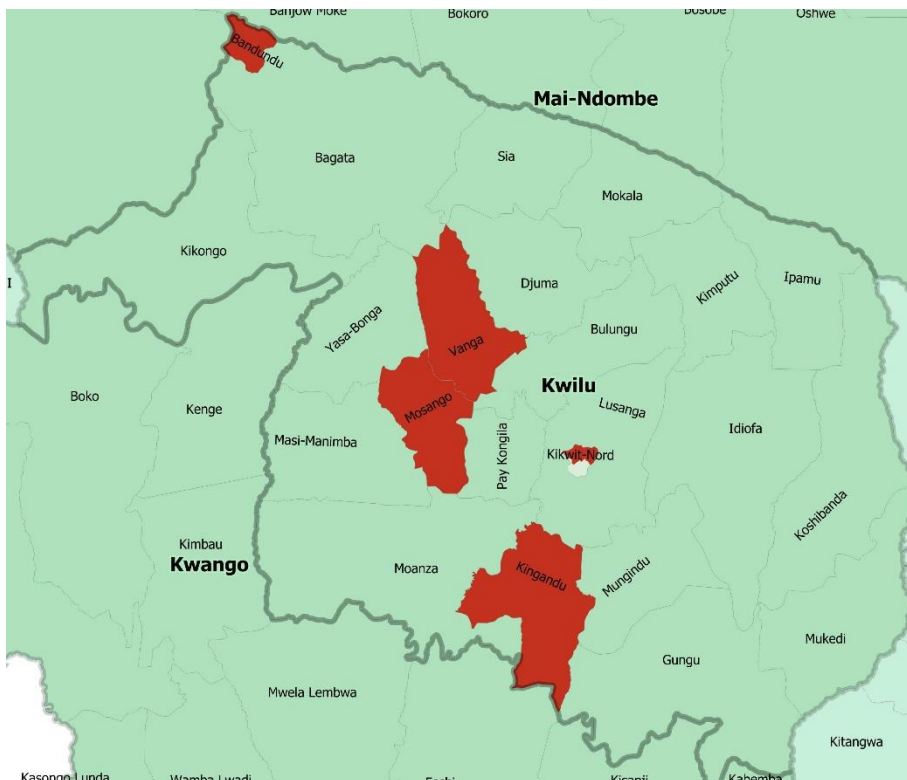


Tableau 62 : Mapping général des écarts entre l'évaluation/vérification et la contre vérification dans le Kwilu

ECP	NON REALISEE					
EUP	NON REALISEE					
ECZ	NON REALISEE					
HGR Quantité	8%	3%	3%	2%	11%	5%
HGR Qualité	NON REALISEE					
CS Quantité	5%	23%	5%	-4%	12%	8%
CS Qualité	16%	17%	9,8%	12%	25%	16%
Enquêtes communautaires (patients non existants)	NON REALISEE					
Zone de santé	Bandundu	Kingandu	Mosango	Kikwit Nord	Vanga	Moyenne

Commentaires :

Le mapping de la province du Kwilu ne donne pas un aspect assez reluisant de la réalisation des activités relatives à l'approche FBP. En effet, force est de constater que la contre vérification n'a pu se réaliser selon les objectifs assignés. Sur un total de 8 activités sujettes à la contre vérification, 5 (63%) n'ont pas été exécutées par conséquent elles n'ont pu subir l'exercice de la contre vérification. Il sied de noter que **100% des activités étaient initialement exécutées lors de la dernière mission de l'ACVE** dans cette province. N'ont pu être contre vérifiées que la quantité et la qualité des soins dans les centres de santé et la quantité dans les HGR. Les constats observés se résument comme suit :

- **Contre vérification quantitative des hôpitaux généraux de référence** : dans la quasi-totalité des hôpitaux (80%), les données quantifiées par les vérificateurs sont presque identiques à

celles de la CVE hormis au niveau de l'HGR de Vanga. La différence observée est imputable en grande partie à des difficultés d'archivage ;

- **Contre vérification quantitative des centres de santé** : l'on peut accorder un satisfecit aux vérificateurs de l'EUP qui dans la grande majorité des cas, avaient des données similaires à celles de la contre vérification. Les écarts constatés sont dus à une mauvaise interprétation des critères de validation notamment pour ce qui est des CPoN pour non-respect des intervalles requis entre les consultations. Concernant les accouchements ; les partogrammes sont mal remplis. Les centres de santé ne disposent pas de la totalité des bulletins de contre référence délivrés par les hôpitaux ayant reçus les malades référés par la structure ;
- **Contre vérification qualitative des centres de santé** : dans la majorité des ZS, les scores alloués par les évaluateurs des ECZ ne présentent pas d'écarts énormes avec ceux de la contre vérification hormis dans la ZS de Vanga. Les quelques surestimations de score de la part des évaluateurs des ECZ sont dues soit à une insuffisance de maîtrise des critères d'évaluation, soit les structures sanitaires ne s'inscrivent pas dans une logique d'amélioration continue de la qualité des soins.

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



La performance de la DPS pour le compte du 2^{ème} trimestre 2019 n'a pu être évaluée par le CPP, l'ACVE n'a donc pas pu à son tour contre évalué cette performance pour la période sous revue.

4.5.2. Contre vérification du cadre de performance de l'Agence de Contractualisation et de Vérification (EUP)



L'agence de contractualisation et de vérification (EUP) n'a pas subi d'évaluation de son cadre de performance du 2nd trimestre 2019, par conséquent elle n'a pu se prêter à l'exercice de la contre vérification.

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



Par faute de disponibilité à temps de moyens financiers, l'ECP n'a pu évaluer la performance des ECZ. Ainsi sur instruction de l'UCP Santé BM, la DPS a été instruite de reconduire les scores du trimestre précédent, obtenus par les ECZ. De ce fait l'ACVE n'a pu non plus procéder à la contre vérification de la performance des ECZ de la période concernée.

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

Il est à signaler une pléthore criante de personnel dans les hôpitaux sauf celui de Mosango, sous la gérance de l'église catholique (BDOM). A titre d'exemple, l'HGR de Bandundu compte 80 médecins et 326 infirmiers alors que l'hôpital ne comptabilise moins d'une centaine de lits montés.

4.5.4.1. Contre vérification quantitative

Tableau 63 : Résultats de la contre vérification quantitative des hôpitaux généraux de référence du Kwilu

N°	Service PCA	Bandundu			Kingandu			Mosango			Kikwit Nord			Vanga		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe référée (et retro-information donnée) - médecin	97	72	26%	204	165	19%	197	195	1%	139	134	4%	143	85	41%
2	Chirurgie majeure (population x 0.5%)	42	42	0%	32	30	6%	98	88	10%	129	123	5%	236	189	20%
3	Accouchement assisté - eutocique	57	49	14%	9	8	11%	8	6	25%	127	129	-2%	59	58	2%
4	Césarienne (50% des accouchements dystociques)	52	49	6%	23	18	22%	50	49	2%	36	35	3%	48	48	0%
5	Dépistage des cas TBC - BK positifs	32	31	3%	11	13	-18%	10	10	0%	15	15	0%	18	19	-6%
6	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	24	24	0%	14	17	-21%	5	6	-20%	0	1		53	49	8%
MOYENNE DES ECARTS				8%			3%			3%			2%			11%

Commentaires :

Globalement les écarts signalés entre la vérification et la contre vérification sont assez minimes, voire insignifiants notamment à l'HGR de Kikwit Nord. Néanmoins il est relevé des écarts au-delà de 10% de plus entre la vérification et la CV au niveau des indicateurs relatifs à la consultation externe des patients référés et l'accouchement eutocique.

1. Hôpital général de référence de Bandundu

Sur l'ensemble des 6 indicateurs objets de la CV, seuls ceux relatifs à la consultation externe référée et l'accouchement eutocique ont eu des quantités plus élevées à la vérification de l'EUP que celles de la CV, pour les raisons suivantes :

- **Consultation externe référée (et retro-information donnée) – médecin** : plusieurs bulletins de référence sont en manuscrit sur des feuilles volantes parfois sans cachet du centre ayant référé le patient, certaines fiches de référence sont incomplètement remplies, sans motif de transfert, ni de prise en charge initiale du malade. Un bon nombre de dossiers des malades n'ont pu être retrouvés ;
- **Accouchement assisté – eutocique** : sur l'ensemble des cas d'accouchement enregistrés (52), 3 cas n'ont pas été pris en compte par la CV car les dossiers des accouchées n'ont pu être présentés lors de la CV. Aussi il est à signaler que la vérification de l'EUP a notifié 59 cas d'accouchements eutociques alors que le registre ne présente que 52.

2. Hôpital général de référence de Kingandu

Les agents de l'EUP ont comptabilisé un nombre plus élevé de données que la CV pour ce qui concerne la consultation externe référée, les accouchements eutociques et la césarienne. Les cas invalidés par la CV sont dus à :

- **Consultation externe référée (et retro-information donnée) – médecin** : des bulletins de référence incomplètement renseignés ; parfois les dates de référence sont en discordance avec la date de la contre référence. Pour exemple : certains patients ont des contre références antérieures à la référence. Il n'y a pas de preuve de transmission des billets de contre référence aux structures ayant réalisé la référence. Plusieurs cas de malades référés sont reçus par des infirmiers quand d'autres ne sont que des malades souffrant de paludisme simple. Des billets de référence n'ont pu être retrouvés bien que les malades aient été enregistrés comme référés ;
- **Accouchement assisté – eutocique** : 3 cas d'accouchement eutocique n'ont pas été pris en compte par la CV car le partogramme était soit mal renseigné, soit les informations ne correspondent pas à l'état de santé de la mère et de l'enfant ;

- **Césarienne (50% des accouchements dystociques)** : plusieurs diagnostics de césarienne pour des parturientes référées n'ont pas été posés par des médecins mais plutôt par des infirmiers et ces cas ne portent pas d'indications suffisamment claires nécessitant une césarienne.

Par contre, en ce qui concerne les cas de **dépistage positif des tuberculeux et de planification familiale**, la contre vérification a validé un nombre plus élevé que l'EUP parce que les dossiers étaient disponibles et portaient toutes les informations nécessaires. Ces cas auraient pu être corrigés sur la base du coaching du vérificateur de l'EUP après le départ de ce dernier.

3. Hôpital général de référence de Mosango

Les écarts observés dans cet hôpital sont assez réduits sauf pour les indicateurs ci-après :

- **Chirurgie majeure (population x 0.5%)** : sur un total de 105 cas d'interventions chirurgicales enregistrées, 98 dossiers des malades étaient disponibles dont 10 ont été invalidés suite à : l'absence de protocoles opératoires voire des protocoles vierges, des cas de patients avec plusieurs dossiers (doublons), incohérences de date entre les dossiers de certains patients et le registre du bloc opératoire. L'EUP a pourtant validé tous les 98 cas dont les dossiers sont disponibles ;
- **Accouchement assisté – eutocique** : sur un ensemble de 8 accouchements enregistrés, 2 n'ont pas été retenus par la CV pour un cas avec deux dossiers et un autre sans partogramme.

4. Hôpital général de référence de Kikwit Nord

Les dossiers et registres sont tous correctement rangés. Les données de la CV et celles du vérificateur sont presque similaires.

5. Hôpital général de référence de Vanga

Des 5 hôpitaux sélectionnés, c'est celui de Vanga dont les écarts sont assez importants et ce pour les 2 indicateurs ci-dessous :

- **Consultation externe référée (et retro-information donnée) – médecin** : sur l'ensemble des cas enregistrés comme malades référés, l'ACVE a invalidé bon nombre dans les situations suivantes : dossiers sans date de consultation, absence de fiche de consultation, bulletin de contre référence sans date, absence de preuve de transmission des documents de contre référence aux formations sanitaires ayant initié le transfert du patient, plusieurs billets de contre référence signés par le directeur de nursing de l'hôpital ;
- **Chirurgie majeure (population x 0.5%)** : plusieurs dossiers n'ont pas été retrouvés, des contradictions de date entre le protocole et le dossier du malade, des cas de doublons.

4.5.4.2. Contre vérification qualitative



Les évaluations de la qualité des soins de tous les hôpitaux n'ont pu être réalisées de la part de la DPS, par manque de moyens financiers. De ce fait l'ACVE n'a pu procéder à la contre évaluation de la qualité des soins de ces structures.

4.5.5. Résultats de la contre vérification des centres de santé de la province du Kwilu

4.5.5.1. Contre vérification quantitative

Un constat majeur satisfaisant se dégage à l'issue de cette contre vérification quantitative dans les centres de santé. En effet les écarts entre les données comptabilisées par l'EUP et celles de la contre vérification sont assez réduits au cours de cette mission. Ceci dénote des efforts faits par les vérificateurs de l'EUP à assurer la vérification selon les prescrits du manuel opérationnel et l'appropriation de l'approche par certains prestataires. Cependant des efforts restent à faire par les

vérificateurs ayant travaillé dans les zones de santé de Kingandu et Vanga et particulièrement dans les centres de santé de Dunguloso et Kasanza pour ce qui est de l'encadrement et de l'archivage correct des documents.

1. Zone de santé de Bandundu

Tableau 64 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Bandundu

No	Service PMA	Bondeko			Malebo			Musaba			Ibole			Ndikandika		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe (nvx cas)	466	469	-1%	335	332	1%	703	709	-1%	305	303	1%	357	356	0%
2	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	11	11	0%	7	9	-29%	2	1	50%	14	17	-21%	9	10	-11%
3	Accouchement assisté	73	71	3%	51	46	10%	111	109	2%	105	110	-5%	52	36	31%
4	Consultation Postnatale	74	63	15%	49	42	14%	93	95	-2%	83	87	-5%	68	34	50%
5	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	218	215	1%	34	36	-6%	9	9	0%	41	39	5%	19	10	47%
6	Dépistage des cas TBC - BK positifs	0	0	0%	0	0	0%	11	11	0%	0	0	0%	2	2	0%
	MOYENNE DES ECARTS			3%			-2%			8%			-4%			20%

Commentaires :

Dans la majorité des cas, les données quantitatives des vérificateurs de l'EUP sont identiques à quelques différences près à celles des contre vérificateurs sauf au centre de santé de Ndikandika.

1.1. Centre de santé Bondeko :

L'écart observé, dû au nombre élevé de données collectées par le vérificateur ne concerne que l'indicateur **consultation postnatale** et ce pour le non-respect des délais requis pour la réalisation des visites du post-partum.

1.2. Centre de santé Malebo :

Ici aussi, le vérificateur a validé un nombre plus élevé de cas de **consultation post-natale** alors que les intervalles de date entre les séances de consultation ne sont pas respectées par le prestataire.

1.3. Centre de santé Musaba :

Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible) : très peu de cas de référence aboutissent. Sur 2 cas, les dossiers d'un seul n'ont pu être retrouvés contrairement aux constats de la vérification.

1.4. Centre de santé Ndikandika :

Sur l'ensemble des 6 indicateurs objets de la contre vérification, le vérificateur a validé des chiffres plus importants pour la moitié des indicateurs :

- **Accouchement assisté :** plusieurs accouchements (12) ont été réalisés par un personnel non qualifié (infirmière de niveau A3), des partogrammes mal remplis et des partogrammes non présentés à la CV ;
- **Consultation postnatale :** 15 cas ont été rejetés pour non-respect des intervalles de délai entre les différents rendez-vous de la CPoN ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj) :** plusieurs fiches de consultation en planning familial n'ont pu être retrouvées par les prestataires lors de la CV.

2. Zone de santé de Kingandu

Tableau 65 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Kingandu

No	Service PMA	Kizungu			Kindembe			Dunguloso			Sondji			Kasanza		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe (nvx cas)	399	401	-1%	331	412	-24%	357	362	-1%	669	725	-8%	302	261	14%
2	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	13	9	31%	7	0	100%	10	6	40%	17	20	-18%	0	0	0%
3	Accouchement assisté	23	23	0%	9	12	-33%	14	0	100%	26	8	69%	33	16	52%
4	Consultation Postnatale	19	18	5%	23	21	9%	18	0	100%	29	26	10%	29	0	100%
5	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	0	0	0%	0	12		0	0	0%	0	0	0%	8	7	13%
6	Dépistage des cas TBC - BK positifs	0	0	0%	0	0	0%	6	0	100%	0	0	0%	0	2	
MOYENNE DES ECARTS				6%			10%			56%			9%			36%

Commentaires :

Les écarts entre les données validées par l'EUP et celles de l'ACVE sont bas, environ 10% hormis dans 2 centres où les écarts sont assez énormes notamment à Dunguloso et Kasanza.

2.1. Centre de santé Dunguloso :

- **Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible) :** l'écart entre l'EUP et l'ACVE vient de l'invalidation de 4 cas suite aux copies de contre référence non retrouvées au niveau du centre de santé ;
- **Accouchement assisté :** 14 cas validés par l'EUP, sont invalidés par la contre vérification parce que tous les partogrammes ne renseignent pas l'anamnèse à l'admission, le bruit du cœur fœtal est notifié 1 fois par heure au niveau du cervicogramme au lieu de chaque 30 minutes ;
- **Consultation postnatale :** tous les 18 cas sont invalidés parce que l'évaluation des accouchées se fait plus d'une heure après l'accouchement selon les informations rapportées sur les partogrammes. Aussi l'ACVE n'a constaté aucune fiche CPoN établie durant le trimestre sous revue. Il se pose la question de savoir comment est-ce que l'EUP a pu valider des CPoN sans fiches remplies ;
- **Dépistage des cas TBC - BK positifs :** les 6 cas de TBC dépistés, validés par l'EUP ne sont notifiés dans aucun document au sein du centre lors de la CV. L'infirmier titulaire du centre de santé affirme ne pas disposer de registre de dépistage car sa structure n'est qu'un CST et son CSDT est le centre de santé de Ngalula.

2.2. Centre de santé Kasanza :

- **Consultation externe (nvx cas) :** la contre vérification a retrouvé 328 nouveaux cas dans le registre des consultations externes, dont 67 cas invalidés pour deux causes majeures : 63 fiches de consultation n'ont pas été retrouvées et pour 4 autres, le diagnostic et le traitement instaurés sont différents entre le registre et la fiche de consultation ;
- **Accouchement assisté :** l'écart entre la quantité validée par l'EUP et celle de l'ACVE est dû à plusieurs raisons. 11 accouchements dirigés par une infirmière non qualifiée, 4 partogrammes ne mentionnent pas le nom de l'accoucheur et 4 autres n'ont pu être retrouvés. 15 partogrammes sont incomplètement remplis : absence de date du début de travail et de DDR, état de poche des eaux non spécifié, le degré d'effacement non signalé, la dilatation de col et la partie de surveillance de la phase latence non cochées. Le vérificateur a saisi dans le portail, un nombre de cas plus important que ce qui est inscrit sur le PV de vérification conjointement cosigné par lui-même et le prestataire ;

- **Consultation postnatale** : la contre vérification n'a validé aucun cas pour les causes suivantes : les échéances entre les CPoN ne sont pas respectées (réalisation de plusieurs CPoN3 au 48^{ème} jour). Ici aussi, le vérificateur a rapporté une quantité plus élevée que celle qui est renseignée sur le PV de validation des quantités.

Par contre, la contre vérification a validé 2 cas enregistrés de « **Dépistage des cas TBC - BK positifs** » pour avoir été dépisté dans la structure qui est un CSDT avec des résultats microscopiques positifs et présence des fiches de traitement.

3. Zone de santé de Mosango

Tableau 66 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Mosango

No	Service PMA	Kasay			Kinzamba 2			Muluma			Tumikia			Yenzi		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe (nvx cas)	329	332	-1%	461	357	23%	868	783	10%	608	615	-1%	300	295	2%
2	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	14	17	-21%	0	0	0%	21	20	5%	38	39	-3%	14	15	-7%
3	Accouchement assisté	38	38	0%	0	20		50	52	-4%	67	69	-3%	31	35	-13%
4	Consultation Postnatale	42	40	5%	0	13		34	36	-6%	64	64	0%	16	15	6%
5	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	27	29	-7%	1	0	100%	0	0	0%	13	13	0%	34	36	-6%
6	Dépistage des cas TBC - BK positifs	2	2	0%	11	11	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
MOYENNE DES ECARTS				-4%			31%			1%			-1%			-3%

Commentaires :

Un centre de santé sur 5, a présenté des écarts assez significatifs. Les raisons qui suivent, justifient ces écarts :

3.1. Centre de santé Kinzamba 2 :

- **Consultation externe (nvx cas)** : 104 fiches non retrouvées lors de la contre vérification. Ecart tributaire à l'archivage de moindre qualité ;
- **PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : contrairement à l'EUP, l'ACVE a invalidé les 29 cas trouvés dans le registre par manque de preuve de la disponibilité et l'utilisation des intrants dans les outils de gestion ;
- **Accouchement assisté** : la contre vérification a validé 20 cas répondant aux critères. Les partogrammes invalidés à la vérification, ont été corrigés par les prestataires avant le passage de l'ACVE ;
- **Consultation postnatale** : la CV a tenu compte de 13 cas ayant régulièrement suivi la CPoN et dont les dossiers étaient bien tenus.

4. Zone de santé de Kikwit Nord

Tableau 67 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Kikwit Nord

No	Service PMA	Sacré Coeur			Silwano			Clinique centrale			Lukolela			Masamba 1		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe (nvx cas)	691	780	-13%	463	477	-3%	741	680	8%	919	934	-2%	993	1004	-1%
2	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	17	20	-18%	14	16	-14%
3	Accouchement assisté	94	97	-3%	64	64	0%	45	45	0%	16	16	0%	99	104	-5%
4	Consultation Postnatale	39	37	5%	40	43	-8%	15	17	-13%	5	5	0%	48	47	2%

No	Service PMA	Sacré Cœur			Silwano			Clinique centrale			Lukolela			Masamba 1		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
5	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	0	0	0%	45	46	-2%	10	10	0%	29	32	-10%	2	3	-50%
6	Dépistage des cas TBC - BK positifs	14	14	0%	0	0	0%	0	0	0%	21	22	-5%	0	0	0%
MOYENNE DES ECARTS				-2%			-2%			-1%			-6%			-11%

Commentaires :

Les données collectées par la vérification et la contre vérification sont presque identiques dans les 5 centres de santé de Kikwit-Nord. De manière spécifique, les raisons ci-après expliquent les chiffres élevés, obtenus par la contre vérification par rapport à la vérification de l'EUP :

4.1. Centre de santé Sacré Cœur :

La « **Consultation externe (nouveaux cas)** » est le seul indicateur où les quantités contre vérifiées ont été supérieures à celles de la vérification suite au passage de l'EUP qui a recommandé à l'équipe du centre de bien arranger les différents outils de gestion. Ainsi les prestataires ont corrigé les données qui ne répondaient pas aux normes.

4.2. Centre de santé Clinique centrale :

Les chiffres avancés par l'ACVE sont supérieurs à ceux de l'EUP au niveau de l'indicateur « **Consultation Postnatale** » où il y a eu deux cas de plus répondant aux critères qui seraient le fruit du passage de l'équipe de vérification.

4.3. Centre de santé Lukolela :

L'ACVE a trouvé des quantités supérieures à celles de la vérification pour les deux indicateurs « **Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)** » et « **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** ».

4.4. Centre de santé Masamba 1 :

Deux billets de contre référence « **Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)** » et un cas « **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** » de plus ont été validés par la CV, car répondant parfaitement aux critères exigés.

5. Zone de santé de Vanga

Tableau 68 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Vanga

N°	Service PMA	Kilunda			Luniungu			Mapulu			Mayoko			Milundu		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe (nvx cas)	770	799	-4%	592	683	-15%	373	371	1%	680	675	1%	500	494	1%
2	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	3	3	0%	2	0	100%	0	0	0%	20	15	25%	26	33	-27%
3	Accouchement assisté	55	55	0%	74	62	16%	18	0	100%	84	81	4%	61	53	13%
4	Consultation Postnatale	19	19	0%	30	18	40%	11	0	100%	41	41	0%	17	16	6%
5	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	7	7	0%	59	59	0%	11	11	0%	48	48	0%	23	0	100%
6	Dépistage des cas TBC - BK positifs	14	26	-86%	3	3	0%	9	9	0%	13	15	-15%	0	0	0%
MOYENNE DES ECARTS				-15%			23%			33%			2%			16%

Commentaires :

La ZS de Vanga est l'une des ZS de la DPS Kwilu qui n'ont jamais connu de contre vérification. La zone est à sa première contre vérification. D'une manière générale, l'ACVE a trouvé moins de cas que l'EUP dans les centres de santé de Luniungu, Mapulu et Milundu et ce pour la plupart d'indicateurs relatifs à l'accouchement assisté et à la CPoN. Néanmoins, les contre vérificateurs ont quantifié certaines données dont les chiffres sont plus importants que ceux de la vérification dans presque les mêmes centres. Les explications ci-après justifient les résultats de la contre vérification.

5.1. Centre de santé Kilunda :

Seul le centre de santé de Kilungu fait exception sur les 5 CS contre vérifiés pour les prestations quantités du deuxième trimestre 2019. Les quantités obtenues par l'EUP, presque sur tous les indicateurs, se rapprochent de celles de la contre vérification. Cependant, le nombre des cas de dépistages trouvés par l'ACVE est supérieur pour des raisons ci-après : **Dépistage des cas TBC - BK positifs** : l'ACVE a trouvé 26 cas dans le registre et les a validés vu que tous ces derniers sont répertoriés dans le registre de laboratoire et présentent au moins une lame positive.

5.2. Centre de santé Luniungu :

L'ACVE a trouvé moins de cas à la contre vérification. Ces écarts s'expliquent au niveau des trois indicateurs ci-après où ils sont de plus de 10% :

- **Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)** : le registre ne retrace pas les cas sévères référés à l'hôpital et les copies de référence et de contre référence ne sont pas disponibles dans les archives du CS pour la période contre vérifiée ;
- **Accouchement assisté** : sur 84 cas d'accouchements assistés enregistrés, la contre vérification n'a pas retenu 22 pour les raisons suivantes : 15 partogrammes sans identité de la personne ayant dirigé l'accouchement ; le service étant constitué d'agents non qualifiés, il est difficile de certifier la qualité de l'accouchement. Certains partogrammes ne renseignent pas la dilation du col et les BCF ;
- **Consultation postnatale** : 12 cas dont les CPoN 3 ont été réalisés très tardivement au-delà de la 42^{ème} semaine sur les 86 cas enregistrés au 2^{ème} trimestre 2019, n'ont pas été retenus par l'ACVE.

5.3. Centre de santé Mupulu :

Deux indicateurs ont moins de cas de plus de 10 % à la contre vérification pour les prestations quantités du T2 2019 au CS Mupulu pour les raisons ci-après :

- **Accouchement assisté** : tous les 20 accouchements enregistrés sont invalidés vu que 2 partogrammes ne sont pas trouvés et que les 18 disponibles sont partiellement ou incorrectement remplis ;
- **Consultation postnatale** : aucune fiche n'a été vue pour les 36 cas de CPoN déclarés et trouvés dans le registre.

5.4. Centre de santé Milundu :

Ce sont les indicateurs « accouchement assisté » et « PF » qui ont fait que le nombre de cas trouvés à la contre vérification soit, en moyenne, inférieur à 16%. Les justifications suivantes expliquent le fait :

- **Accouchement assisté** : 8 cas sont invalidés sur les 61 cas validés par l'EUP vu que, la partie de suivi des phases sur 6 partogrammes ne renseigne rien, 1 cas ne renseigne rien sur la délivrance et 1 cas avec partogrammes dont toutes les phases (active, latence et complète) sont cochées. Il est difficile, pour ce dernier cas, de savoir réellement à quelle phase la parturiente est reçue ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj) : la contre vérification a invalidé tous les** 48 cas déclarés comme avoir utilisés les méthodes orale et injectable vu qu'aucune source ne montre la disponibilité de ces intrants dans la structure.

Par ailleurs, 8 cas sévères référés à l'HGR de plus sont validés par l'ACVE en croisant avec les cas validés par l'EUP. Voici la raison :

- **Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible) :** les 33 cas graves référés à l'HGR ont chacun un billet de contre référence et de contre référence. Par conséquent, ils sont tous validés à la contre vérification.

4.5.5.2. Contre vérification qualitative

Dans la majorité des ZS, les scores donnés par les évaluateurs des ECZ ne présentent pas d'écarts énormes avec ceux de la contre vérification hormis dans la ZS de Vanga où deux centres de santé ont des écarts au-delà de 30 points dus aux cotations élevées allouées par les membres de l'ECZ.

1. Zone de santé de Bandundu

Tableau 69 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Bandundu

N°		Bondeko			Malebo			Musaba			Ibole			Ndikandika		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	29,8	20,0	33%	28,0	20,8	26%	23,0	11,3	51%	29,0	18,2	37%	20,0	8,6	57%
2	Plan de management	0,0	0,0	0%	8,0	8,0	0%	0,0	7,0		5,5	0,0	100%	9,0	8,0	11%
3	Finance	15,0	11,0	27%	15,0	13,0	13%	14,0	15,0	-7%	13,0	13,0	0%	11,0	13,0	-18%
4	Comité des Indigents	20,0	0,0	100%	5,0	0,0	100%	0,0	0,0	0%	15,0	15,0	0%	10,0	5,0	50%
5	Hygiène et Stérilisation	29,5	15,0	49%	29,5	15,5	47%	26,0	20,5	21%	23,0	9,5	59%	25,0	15,5	38%
6	Consultations externe	83,0	81,0	2%	108,0	74,5	31%	102,0	68,7	33%	99,3	72,0	27%	93,7	65,5	30%
7	Planning familial	32,0	31,0	3%	32,0	32,0	0%	27,0	24,0	11%	26,0	19,0	27%	22,0	23,0	-5%
8	Laboratoire	13,0	13,0	0%	11,0	14,0	-27%	17,0	15,0	12%	12,0	8,7	28%	12,0	13,0	-8%
9	Services d'observation	1,8	2,0	-14%	4,0	2,8	31%	3,3	1,5	54%	0,0	1,0		4,3	6,8	-59%
10	Médicaments et consommables	23,3	17,5	25%	25,0	17,0	32%	15,8	24,0	-52%	22,0	24,0	-9%	23,0	11,8	49%
11	Médicaments traceurs	15,0	6,5	57%	15,5	12,0	23%	0,0	4,0		8,0	9,5	-19%	5,0	0,0	100%
12	Service de maternité	18,5	15,0	19%	23,0	21,5	7%	21,0	23,5	-12%	17,0	17,0	0%	19,5	13,5	31%
13	PEV	11,0	9,0	18%	19,0	18,0	5%	11,5	11,0	4%	11,0	7,0	36%	16,0	17,0	-6%
14	CPN	9,0	11,0	-22%	11,0	9,0	18%	10,0	9,0	10%	11,0	9,5	14%	10,0	9,0	10%
15	VIH/TB	10,8	10,8	0%	8,0	4,0	50%	7,0	6,6	6%	7,0	11,5	-64%	2,0	6,5	-225%
TOTAL/Moyenne des Ecart		311,6	242,8	20%	342,0	262,0	24%	277,5	241,1	10%	298,8	234,9	17%	282,5	216,1	4%
Ecart des scores		78%	61%	17%	86%	66%	20%	69%	60%	9%	75%	59%	16%	71%	54%	17%

Commentaires :

Certes les scores finaux de la qualité des soins, attribués par les agents de l'ECZ sont assez élevés que ceux des contre vérificateurs et significatifs pour 4 centres de santé mais il faut reconnaître qu'ils ne sont pas assez énormes.

1.1 Centre de santé Bondeko :

Le score alloué par l'ECZ est au-delà de celui de la CV de 17 points et ce pour les explications ci-après :

- **Organisation générale :** les réunions ordinaires de l'équipe du centre et celles du CODESA sont organisées mais les rapports ne respectent pas les consignes des canevas de rapportage ou certains points ne sont pas mis à l'ordre du jour entre autres le suivi des recettes en relation avec les dépenses, le suivi des recommandations des précédentes réunions, la signature des rapports, etc. ;

- **Comité pour indigents** : le comité des indigents tient régulièrement ses réunions régaliennes mais les PV de réunions ne respectent pas les canevas de rapportage ;
- **Hygiène et stérilisation** : le système d'élimination des déchets médicaux ne respecte pas les consignes notamment l'utilisation des poubelles matérialisés par des couleurs selon le type d'ordure et les fosses d'élimination ne respectent pas les normes ;
- **Médicaments traceurs** : plusieurs médicaments traceurs étaient en rupture de stock ou en quantité insuffisante lors de la contre vérification.

1.2 Centre de santé Malebo :

L'ECZ a octroyé un score qualité plus important que celui de l'ACVE, de 20 points.

- **Organisation générale** : tous les rapports des réunions mensuelles de l'équipe technique de la formation sanitaire ne sont pas archivés et ceux disponibles ne répondent pas aux critères d'un bon rapport, de même que pour les réunions du comité de santé. Le téléphone du CS ne dispose pas de crédit d'appel d'urgence ;
- **Comité pour indigents** : le comité a l'air peu fonctionnel car aucun rapport de réunion n'est retrouvé contrairement à la cotation de l'ECZ ;
- **Consultation externe** : l'utilisation de jetons de présence pour l'accueil des patients par ordre d'arrivée n'est pas d'actualité dans le centre. Le protocole de traitement du paludisme grave ne respecte pas les directives nationales et le partogramme : usage de maladox « sulfadoxine » pour tous les cas graves de paludisme. La PCIME n'est pas intégrée dans le CS alors que l'ECZ a accordé des points à cette rubrique ;
- **Services d'observation** : la salle d'observation n'offre pas les commodités nécessaires (absence de lits en bon état, absence d'eau...)

1.3 Centre de santé Musaba :

Le score global attribué par l'ECZ est presque similaire à celui de la CV avec un écart minime de 9 points.

- **Consultation externe** : les tarifs affichés sont uniquement en français et pas aussi en langue locale. Bien que les fiches PCIME existent dans le centre de santé, la pratique de la PCIME n'est pas de mise dans la structure ;
- **Services d'observation** : les lits ne sont pas couverts de draps, les malades hospitalisés, ne disposent pas d'eau potable pour leur besoin quotidien.

1.4 Centre de santé Ibole :

Les domaines pour lesquels les évaluateurs de l'ECZ ont alloué des cotations plus importantes que les contre vérificateurs sont les suivants :

- **Plan de management** : Contrairement à l'ECZ, l'ACVE n'a pas trouvé archivé le plan de management de la formation sanitaire au sein de la structure car il serait conservé au niveau du BCZ ;
- **Hygiène et stérilisation** : les fosses d'élimination des déchets ne respectent pas les normes prescrites. Les poubelles ne sont pas correctement utilisées ;

1.5 Centre de santé Ndikandika :

Très peu d'indicateurs présentent des écarts importants entre les notations de l'ECZ et celles de la CV :

- **Organisation générale** : la composition des équipes de visite à domicile ne respecte les prescrits car une seule personne (RECO) est commise à la tâche ;
- **Comité pour indigents** : la rédaction des PV des réunions du comité ne tient pas compte des chapitres prévus ;
- **Service de maternité** : la salle d'accouchement ne dispose pas d'eau et les instruments de travail (boîte obstétricale et d'épisiotomie) sont insuffisants.

2. Zone de santé de Kingandu

Tableau 70 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Kingandu

N°		Kizungu			Kindembe			Dunguloso			Sondji			Kasanza		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	29,0	23,2	20%	20,0	7,0	65%	19,0	19,0	0%	25,2	26,2	-4%	30,0	15,5	48%
2	Plan de management	9,0	9,0	0%	7,0	7,0	0%	8,0	6,5	19%	9,0	9,0	0%	9,0	5,5	39%
3	Finance	15,0	15,0	0%	15,0	10,0	33%	11,0	10,0	9%	12,0	11,0	8%	15,0	11,0	27%
4	Comité des Indigents	20,0	0,0	100%	20,0	15,0	25%	20,0	20,0	0%	18,2	20,0	-10%	20,0	5,0	75%
5	Hygiène et Stérilisation	24,0	15,0	38%	23,5	8,5	64%	25,0	14,0	44%	23,5	21,0	11%	31,0	22,0	29%
6	Consultations externe	120,5	125,0	-4%	110,0	92,0	16%	85,5	86,8	-2%	110,5	85,4	23%	125,5	110,4	12%
7	Planning familial	25,0	19,0	24%	30,0	8,0	73%	24,0	21,0	13%	19,0	27,0	-42%	28,0	21,0	25%
8	Laboratoire	10,0	6,0	40%	2,0	2,0	0%	4,0	2,0	50%	6,0	2,0	67%	17,0	15,7	8%
9	Services d'observation	4,5	4,0	11%	3,0	1,3	58%	1,5	0,8	50%	0,0	0,0	0%	5,8	3,3	43%
10	Médicaments et consommables	23,8	20,8	13%	8,8	14,8	-69%	14,0	16,8	-20%	24,5	25,0	-2%	19,0	20,8	-9%
11	Médicaments traceurs	16,0	7,5	53%	17,0	11,0	35%	17,0	4,5	74%	15,5	9,5	39%	17,0	13,0	24%
12	Service de maternité	19,5	17,5	10%	22,0	9,0	59%	18,5	8,5	54%	23,0	18,5	20%	20,0	15,5	23%
13	PEV	10,0	10,0	0%	3,5	7,0	-100%	4,0	10,0	-150%	8,0	9,0	-13%	17,0	18,0	-6%
14	CPN	9,0	10,0	-11%	10,0	8,0	20%	10,5	7,0	33%	9,0	10,0	-11%	11,0	10,0	9%
15	VIH/TB	11,6	7,0	40%	9,0	9,0	0%	2,0	3,6	-80%	12,0	0,0	100%	0,0	10,5	0%
TOTAL/Moyenne des Ecart		346,9	289,0	22%	300,8	209,5	19%	264,0	230,4	6%	315,4	273,6	12%	365,3	297,1	28%
Ecart des scores		87%	72%	14%	75%	52%	23%	66%	58%	8%	79%	68%	10%	91%	74%	23%

Commentaires :

La photographie du tableau reprenant les résultats de la zone de santé de Kingandu présente deux centres de santé (Dunguloso et Sondji) avec des scores de la contre vérification proches de l'évaluation. Néanmoins, certains services montrent des résultats de la contre vérification supérieurs à ceux d'évaluation (**Planning familial, Médicaments et consommables, PEV et CPN**). De manière singulière, les raisons suivantes expliquent les scores obtenus dans chacune des FOSA.

2.1 Centre de santé Kizungu :

Le centre de santé Kizungu présente des indicateurs avec des côtes supérieures lors de l'évaluation par rapport à celles relevées à la contre vérification. Les raisons qui expliquent ces différences sont les suivantes :

- **Organisation générale** : le compte rendu de la réunion technique du personnel du mois de mai 2019 n'a pas de recommandations et décisions prises, le rapport SNIS du mois de juin 2019 transmis au BCZS n'a ni date d'accusé de réception, ni signature du membre de l'ECZ ayant réceptionné. Certaines fiches de visite à domicile ne renseignent pas la date de rendez-vous pour la prochaine séance ;
- **Comité pour indigents** : le comité des indigents de l'aire de santé Kizungu n'est apparemment pas fonctionnel malgré l'existence des trois comptes rendus mensuels du trimestre. La contre vérification a constaté que 20 participants sont sans fonction au sein du comité et les PV de réunions ne rapportent pas la prise en charge financière des indigents ;
- **Hygiène et stérilisation** : la cour du centre de santé n'a ni poubelle pour la gestion adéquate des déchets, ni salle de bain avec de l'eau courante ou un conteneur avec au moins 20L d'eau. La salle de dispensation des soins ne dispose pas de poubelles étiquetées, avec pédales et bordées de sac ;
- **Planification familiale** : la contre vérification n'a trouvé que 5 pièces de préservatifs sur la table de démonstration au lieu d'une boîte entière. Aussi le modèle de pénis n'existe pas. Le

prestataire chargé des activités PF ne donne pas de preuve du renforcement de ses compétences en la matière. Les fiches individuelles PF renseignées ne sont pas disponibles dans le centre de santé ;

- **Laboratoire** : le laboratoire n'est pas fonctionnel tous les jours parce que les résultats des examens réalisés ne sont pas enregistrés les dimanches et jours fériés. Certains réactifs sont en rupture lors de la contre vérification. Il n'y pas de boîtes de sécurité pour l'élimination des déchets des objets pointus ;
- **VIH/TB** : La prise en charge des malades du VIH n'est pas assurée dans le centre.

2.2 Centre de santé Kindembe :

Le score qualité attribué par les évaluateurs de l'ECZ est de 75% alors que celui de l'ACVE est de 52%, soit un écart de 23 points. Pour les 11 indicateurs ci-dessous, le score de l'évaluation était supérieur à celui de la contre vérification :

- **Organisation générale** : la carte de l'aire de santé est affichée mais ne montre pas la distance entre le centre de santé et les villages de l'aire de santé. Les trois comptes rendus de la période existent mais ne présentent pas le suivi des recommandations retenues au cours des réunions passées ;
- **Gestion financière** : le rapport mensuel de la période ne présente pas les vrais soldes, le livre de caisse est non tenu pour le mois de septembre 2019, difficile de confronter le montant en espèce se trouvant en caisse ;
- **Comité pour indigents** : le PV de la réunion du mois d'avril 2019 n'était pas signé par le président et avec absence de liste des participants ;
- **Hygiène et stérilisation** : les conditions d'hygiène dans cette structure ne sont respectées (non nettoyage des toilettes, impossible de verrouiller la porte des toilettes de l'intérieur, la fosse d'élimination des déchets est d'1 mètre de profondeur, non bordée d'argile et non clôturée ;
- **Consultation externe** : le service de consultation externe n'a pas un préposé pour distribuer les jetons, non mise en place d'un dispositif d'eau dans la salle de consultation, 8/20 cas de paludisme grave n'étaient pas bien soignés et n'ont pas été référés. Le traitement des cas d'IRA et diarrhée ne suit pas le protocole de prise en charge ;
- **Planification familiale** : la salle où s'effectue l'activité n'est pas appropriée et aucun matériel de démonstration n'y est retrouvé. La chargée serait formée, mais elle n'a pu présenter son certificat de formation. Elle ne maîtrise pas parfaitement le mode de calcul des cibles selon la formule indiquée. Le DIU est en quantité insuffisante et l'implant est en rupture ;
- **Services d'observation** : le service n'est pas fonctionnel (aucun registre ni fiche de malade retrouvés) ;
- **Médicaments traceurs** : certaines fiches de stock ne reprennent pas les CMM (difficile d'apprécier la disponibilité des médicaments) et certaines molécules disponibles ne sont pas suffisantes ;
- **Service de maternité** : la salle n'est pas éclairée. Certains intrants et équipements ne sont pas disponibles (poubelle, partogramme vierge). Les partogrammes sont mal remplis avec absence de l'heure de début de travail, la phase de travail non déterminée, les examens de laboratoire non réalisés, sans gants stériles, boîte d'épisiotomie, pommade tétracycline, table d'accouchement...) et tous les accouchements sont dirigés par l'infirmière de niveau A3 ;
- **Soins prénatals** : le PM ne prévoit pas les stratégies de renforcement des capacités du personnel. La CPN est réalisée par l'infirmière A3. Les examens d'albuminurie et de glycosurie ne sont pas réalisés chez les femmes enceintes.

Par contre, le score qualité attribué par la contre vérification était supérieur à celui de l'évaluation pour les indicateurs suivants :

- **Médicaments et consommables médicaux** : les médicaments sont distribués aux clients, uniquement sur base des prescriptions. Les ordonnances sont stockées et accessibles, ils sont sous forme générique tel que recommandé ;

- **PEV et de consultation préscolaire** : les seringues étaient absentes lors de l'évaluation mais plus de 30 étaient disponibles pendant la CV et au moins 10 seringues pour dilution sont présentes, les abandons et les enfants complètement vaccinés sont identifiables dans le registre.

2.3. Centre de santé Kasanza :

Au centre de santé de Kasanza, plusieurs indicateurs ont vu leur score surestimé, lors de l'évaluation de l'ECZ :

- **Organisation générale** : la contre vérification n'a pu trouver le rapport SNIS du mois d'avril 2019 et des copies de bons de référence. Contrairement à l'évaluation, la structure n'a pas de moyen de communication pour les appels d'urgence. Le compte rendu du mois de mai 2019 de la réunion de CODESA ne fait pas allusion au compte d'exploitation et n'a pas de recommandations. L'heure n'était pas mentionnée pour le rendez-vous pris avec les ménages sur les fiches VAD sélectionnées ;
- **Plan de management** : le PM ne porte pas la signature du responsable de l'EUP, il ne propose ni stratégies pour la sous-traitance, ni pour stimuler les autres structures de l'aire de santé à l'amélioration de la qualité des soins, encore moins des mesures pour limiter l'expansion des praticiens informels dans l'aire de santé ;
- **Gestion financière** : la gestion financière est centralisée au niveau de l'infirmier titulaire, raison pour laquelle le personnel interviewé, ne connaît pas le mode de calcul de la prime de performance ;
- **Comité pour indigents** : bien que les comptes rendus mensuels soient disponibles, les décisions prises lors des réunions précédentes ne sont pas suivies, il n'existe pas de recommandations développées au cours des réunions ;
- **Hygiène et stérilisation** : contrairement à l'évaluation de la qualité des soins, la contre vérification a constaté que la cour du centre de santé n'est pas débroussaillée, certains déchets médicaux sont observés par endroit, les conditions d'hygiène ne sont pas respectées pendant les injections et les pansements (bacs non distincts par des couleurs différentes, absence de boîte de sécurité pour les aiguilles, absence de centenaire pour y mettre les instruments souillés ;
- **Planification familiale** : le personnel ne maîtrise pas le mode de calcul des cibles attendues mensuellement, la formation reçue par le prestataire en charge de la planification familiale, n'a pas été sanctionnée d'un certificat ;
- **Médicaments traceurs** : plusieurs molécules étaient en rupture de stock (ACT 2-11 mois, Mebendazole 100 mg et Cotrimoxazole 480 mg) lors de la contre vérification ;
- **Service de maternité** : tous les partogrammes tirés au sort, sont mal remplis aussi la pommade tétracycline n'était pas appliqué chez les enfants à la naissance parce que la disponibilité n'est pas assurée.

3. Zone de santé de Mosango

Tableau 71 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Mosango

N°	Service PMA	Kasay			Kinzamba 2			Muluma			Tumikia			Yenzi		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	29,0	21,0	28%	19,3	7,3	62%	26,0	26,5	-2%	19,0	17,4	8%	23,0	18,4	20%
2	Plan de management	9,0	7,0	22%	2,0	1,0	50%	9,0	7,0	22%	9,0	9,0	0%	9,0	0,0	100%
3	Finance	10,0	10,0	0%	9,0	9,0	0%	15,0	8,0	47%	10,0	13,0	-30%	10,0	8,0	20%
4	Comité des Indigents	20,0	10,0	50%	10,0	0,0	100%	20,0	5,0	75%	10,0	10,0	0%	15,0	20,0	-33%
5	Hygiène et Stérilisation	16,0	14,5	9%	13,0	5,0	62%	29,0	21,5	26%	18,5	17,5	5%	24,5	19,0	22%
6	Consultations externe	108	107	1%	43,0	44,2	-3%	54,5	53,9	1%	90,0	95,3	-6%	66,0	55,5	16%
7	Planning familial	29,0	29,0	0%	23,0	22,0	4%	32,0	26,0	19%	21,0	26,0	-24%	32,0	29,0	9%

N°	Service PMA	Kasay			Kinzamba 2			Muluma			Tumikia			Yenzi		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
8	Laboratoire	17,0	15,8	7%	17,0	9,6	44%	15,0	11,0	27%	14,0	11,0	21%	17,0	12,0	29%
9	Services d'observation	3,8	4,5	-20%	4,5	1,3	72%	4,5	1,3	72%	4,0	5,5	-38%	4,5	1,5	67%
10	Médicaments et consommables	24,8	21,0	15%	15,8	16,5	-5%	25,0	19,8	21%	11,0	19,0	-73%	25,0	6,0	76%
11	Médicaments traceurs	15,0	11,5	23%	15,5	0,0	100%	17,0	6,5	62%	12,0	9,5	21%	14,5	3,5	76%
12	Service de maternité	19,5	21,3	-9%	12,0	10,5	13%	24,0	14,0	42%	19,0	23,0	-21%	22,5	15,5	31%
13	PEV	14,0	14,5	-4%	8,5	15,0	-76%	11,0	6,0	45%	16,0	18,5	-16%	15,0	16,8	-12%
14	CPN	9,0	12,0	-33%	8,0	9,0	-13%	12,0	11,0	8%	10,0	10,0	0%	11,0	8,0	27%
15	VIH/TB	12,0	8,3	31%	4,5	10,3	-129%	11,0	10,0	9%	9,0	10,5	-17%	0,0	8,5	
TOTAL/Moyenne des Ecart		336	308	8%	205	160	19%	305	227	32%	272,5	295,2	-11%	289,0	221,7	32%
Ecart des scores		84%	77%	7%	51%	40%	11%	76%	57%	19%	68%	74%	-6%	72%	55%	17%

Commentaires :

A l'issue de la contre vérification de la qualité des soins dans les 5 centres de santé, 3 ont présenté des écarts significatifs (Kinzamba 2, Muluma et Yenzi). Le domaine « médicaments traceurs » a présenté des écarts importants dans tous les 5 centres de santé. Les raisons suivantes justifient ces écarts constatés par centre de santé :

3.1 Centre de santé Kinzamba 2 :

- **Organisation générale** : contrairement à l'évaluation, aucun protocole VAD n'a été présenté lors de la contre vérification. Les rapports d'analyse SNIS ne retracent pas le suivi et la mise à jour des problèmes prioritaires ;
- **Plan de management** : la copie du plan de management n'a pas été retrouvée. Ce qui n'a pas permis d'apprécier la planification des soins des indigents ;
- **Comité pour indigents** : le comité des indigents est non fonctionnel ;
- **Hygiène et stérilisation** : l'emplacement de la fosse d'élimination des déchets est à 9 cm de l'établissement, la cour est sans poubelle et on y trouve les déchets éparpillés un peu partout (seringues, emballages en plastique, aiguilles, etc.), le registre d'indication de la date de création de la fosse n'a pas été présenté ;
- **Services d'observation** : la confidentialité n'est pas garantie et le confort des patients est non assuré par manque de savon et des essuies mains, le registre ainsi que les fiches d'observation sont inexistantes ;
- **Médicaments traceurs** : aucune fiche de stock avec notification de la CMM n'a été présentée à la contre vérification, rendant ainsi difficile l'appréciation de la disponibilité en médicaments traceurs.

Toutefois, certains domaines tels le PEV et le VIH/TB ont une cote élevée à la contre vérification :

- **PEV et consultation préscolaire** : le monitoring de la température du réfrigérateur, la disponibilité des vaccins et leur classement dans le réfrigérateur, ont été améliorés après le passage de l'équipe d'évaluation ;
- **VIH/TB** : le suivi des patients coinfectés VIH/TB a été bien assuré après l'évaluation de l'équipe cadre de la zone.

3.2 Centre de santé Muluma :

- **Gestion financière** : aucun rapport financier de la période concernée n'a été présenté lors de la contre vérification. L'agent du CS choisi au hasard, ne maîtrisait pas le système de paiement de la prime de performance ;
- **Comité pour indigents** : absence de la liste des indigents et le comité des indigents est inexistant ;

- **Services d’observation** : absence de draps et de moustiquaires, les fiches et les registres de la salle d’observation ne sont pas disponibles. Il n’y a pas d’accès à l’eau potable au sein du centre ;
- **Médicaments traceurs** : toutes les fiches de stock sont disponibles et les CMM sont calculées pour toutes les molécules. Cependant, plusieurs médicaments n’étaient pas en stock suffisant lors de la contre vérification ;
- **Service de maternité** : l’ACVE a constaté l’insuffisance en boîtes obstétricales et d’épisiotomies stérilisées, le manque de certains intrants (fil de cordon, gants stériles le ruban), l’absence de rideaux aux fenêtres et l’aspirateur n’est pas plongé dans un désinfectant ;
- **PEV et consultation préscolaire** : les réunions du groupe d’IEC/CCC ne se tiennent pas avant les séances de vaccination, le système de récupération des abandons est non opérationnel, il y a une insuffisance en fiches CPS et il n’y a pas de zone d’attente pour la vaccination.

3.3 Centre de santé Yenzi :

- **Plan de management** : le plan de management n’est pas disponible au centre de santé lors de la contre vérification ;
- **Laboratoire** : contrairement à l’évaluation, l’ACVE a inventorié 5 tests rapides du paludisme, n’a pas vu les affiches de manifestations des parasites. Etant un CST, le CS ne dispose pas de matériel de dépistage de la TBC pulmonaire ;
- **Services d’observation** : l’observation de tous les malades se fait dans une salle commune sans distinction du genre. L’absence de registre, l’insuffisance d’espace entre les lits, l’absence d’eau potable, le manque de savon et d’essuies mains, sont autant d’éléments constatés lors de la contre vérification et ce contrairement à l’évaluation de l’équipe cadre de la zone ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : la distribution des médicaments se fait sans recours aux ordonnances, certains médicaments non génériques sont trouvés dans le centre de santé ;
- **Médicaments traceurs** : la CMM n’est pas marquée pour la doxycycline et les seringues de 10 ml, plusieurs molécules sont en rupture ou en quantité insuffisante au moment de la contre vérification ;
- **Service de maternité** : insuffisance d’eau dans la salle d’accouchement, absence de rideau entre le lit et la porte de la salle d’accouchement, insuffisance en gants stériles, retard de la stérilisation des boîtes obstétricales et d’épisiotomies.

Néanmoins, le score élevé concernant **le comité pour indigent**, à la contre vérification, se justifie par l’existence d’un comité des indigents fonctionnel et la preuve de la documentation des listes des indigents.

4. Zone de santé de Kikwit Nord

Tableau 72 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Kikwit Nord

N°		Sacré Coeur			Silwano			Clinique centrale			Lukolela			Masamba 1		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	16,0	21,0	-31%	28,0	23,0	18%	26,5	23,0	13%	22,0	21,0	5%	19,0	10,0	47%
2	Plan de management	9,0	9,0	0%	9,0	7,0	22%	4,0	5,0	-25%	9,0	6,0	33%	9,0	6,0	33%
3	Finance	12,0	11,0	8%	6,0	10,0	-67%	15,0	15,0	0%	11,0	10,0	9%	15,0	11,0	27%
4	Comités des Indigents	5,0	5,0	0%	5,0	10,0	-100%	5,0	0,0	100%	5,0	5,0	0%	5,0	0,0	100%
5	Hygiène et Stérilisation	27,0	22,5	17%	19,5	5,5	72%	30,0	18,5	38%	18,0	14,5	19%	19,0	7,5	61%
6	Consultations externe	77,0	82,1	-7%	104,0	67,0	36%	60,8	65,8	-8%	74,5	75,5	-1%	73,5	99,7	-36%
7	Planning familial	28,0	25,0	11%	25,0	25,0	0%	28,5	6,0	79%	30,0	21,0	30%	22,0	17,0	23%
8	Laboratoire	16,0	15,0	6%	14,0	8,7	38%	17,0	12,0	29%	16,0	15,0	6%	14,3	11,8	17%
9	Services d’observation	5,8	1,3	78%	4,8	1,0	79%	5,5	4,8	14%	5,3	5,5	-4%	3,8	4,3	-13%

N°		Sacré Coeur			Silwano			Clinique centrale			Lukolela			Masamba 1		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
10	Médicaments et consommables	20,0	16,0	20%	20,0	23,0	-15%	19,0	18,0	5%	25,0	18,8	25%	19,8	19,0	4%
11	Médicaments traceurs	15,5	2,0	87%	13,5	4,0	70%	15,0	12,0	20%	13,5	6,5	52%	8,0	1,5	81%
12	Service de maternité	24,0	21,5	10%	23,0	15,5	33%	24,0	23,0	4%	24,0	18,0	25%	19,5	20,5	-5%
13	PEV	19,0	18,0	5%	10,0	7,0	30%	2,0	0,0	100%	9,0	10,5	-17%	19,0	17,0	11%
14	CPN	11,0	11,0	0%	11,0	11,0	0%	11,0	11,0	0%	11,0	10,5	5%	12,0	4,0	67%
15	VIH/TB	12,0	11,0	8%	6,0	1,4	77%	11,0	2,5	77%	12,0	10,5	13%	12,0	8,0	33%
TOTAL/Moyenne des Ecart		297,3	271,4	14%	298,8	219,1	19%	274,3	216,6	30%	285,3	248,2	13%	270,8	237,3	30%
Ecart des scores		74%	68%	6%	75%	55%	20%	69%	54%	14%	71%	62%	9%	68%	59%	8%

Commentaires :

Sur l'ensemble des 5 centres de santé de la zone de santé de Kikwit-Nord, les scores d'évaluation sont supérieurs à ceux de la contre vérification. Les écarts de scores allant de 14 à 20 % sont observés particulièrement dans les 2 centres de santé de Silwano et Clinique centrale. Les informations ci-dessous expliquent les écarts observés pour les domaines les plus affectés.

4.2. Centre de santé Silwano :

Le score de la qualité des prestations au centre de santé Silwano est passé de 75% à 55% soit 20 points d'écarts entre l'évaluation et la contre vérification. C'est l'écart le plus important de tous les centres de santé de Kikwit-Nord. Les raisons de ces différences sont les suivantes :

- **Hygiène et stérilisation** : les conditions d'hygiène au niveau de la structure sont encore précaires : la plupart des indicateurs n'ont pas respecté les différents critères en rapport avec l'hygiène. Aucune poubelle avec pédale n'a été trouvée dans la structure. Le bac qui remplace la fosse d'élimination des déchets est un morceau de fut de 30cm de profondeur ;
- **Consultation externe** : la non intégration de la PCIME au niveau de la structure est le facteur qui a sensiblement affecté l'écart entre l'évaluation et la contre vérification ;
- **Laboratoire** : la structure ne dispose pas de réactifs, il n'existe pas de centrifugeuse et le laboratoire n'est pas fonctionnel le dimanche ;
- **Services d'observation** : le service d'observation est presque inexistant au niveau du centre de santé, car plusieurs indicateurs ne répondent pas aux critères exigés ;
- **Médicaments traceurs** : bien que les fiches de stocks des médicaments soient disponibles, certaines n'ont pas de consommations moyennes mensuelles. La disponibilité des médicaments est très faible, soit 23,5% contre 79% lors de l'évaluation ;
- **Service de maternité** : le service de maternité est sous équipé en matériels d'accouchement et intrants nécessaires pour son bon fonctionnement ;
- **VIH/TB** : le service n'a pas des matériels d'IEC/CCC en matière de VIH. Le centre n'est ni un CDV, ni un CSDT.

Par contre, les 2 indicateurs ci-dessous, ont connu des cotations supérieures lors de la contre vérification pour les raisons ci-après :

- **Comité pour indigents** : présence d'un compte rendu répondant aux normes, ce qui ne serait pas présenté lors de l'évaluation de l'ECZS ;
- **Gestion financière** : une bonne connaissance de la pratique du système de prime de performance par le personnel de la structure.

4.3. Centre de santé clinique centrale :

La clinique centrale est le deuxième centre de santé de Kikwit-nord, qui a connu des écarts de score au-delà de 10% (soit 14 points) entre l'évaluation et la contre vérification. Les domaines les plus touchés sont :

- **Comité pour indigents** : le comité pour indigents est non fonctionnel au niveau de la structure. Aucune réunion tenue durant la période sous revue, le nombre des cas soignés n'est pas documenté, ce qui est de loin différent de ce que l'évaluation a pu trouver lors de son passage ;
- **Hygiène et stérilisation** : l'absence des poubelles avec pédales, registre indiquant la date de création de la fosse d'élimination des déchets et présence des déchets dans la cour du centre de santé sont des éléments qui ont été à la base de la différence entre l'évaluation et la contre vérification ;
- **Planification familiale** : les activités relatives à la planification familiale sont presque inexistantes : aucune preuve de formation du personnel au niveau de la structure, aucun intrant disponible et aucune fiche n'a été présentée pour prouver la réalisation de ladite activité ;
- **Laboratoire** : le laboratoire bien que fonctionnel, a connu des différences de cotations avec l'évaluation du fait du mauvais état de la centrifugeuse et la non intégration de l'activité de tuberculose au niveau du centre de santé ;
- **PEV et de consultation préscolaire** : l'activité n'est pas intégrée au niveau de la structure ;
- **VIH/TB** : la structure n'a pas prouvé la présence de matériel d'IEC/CCC en matière de VIH. La numérotation de CD4 ne se fait pas et les activités de lutte contre la tuberculose ne sont pas intégrées.

Tout de même, l'ACVE a attribué des cotes plus élevées que celles de l'évaluation pour le « **Plan de management** » où le tarif forfaitaire est bel et bien à jour et la planification des soins des indigents est prise en compte.

4.4. Centre de santé Lukolela :

Au centre de santé Lukolela, les 5 domaines ci-dessous, ont connu des différences importantes entre l'évaluation et la contre vérification pour des raisons suivantes :

- **Plan de management** : le PM existant ne fait aucune mention sur les autres prestataires de l'aire de santé. Il n'y a pas de proposition concrète sur les praticiens informels et la planification des soins des indigents est non prise en compte ;
- **Planification familiale** : l'agent qui réalise l'activité n'a pas brandi la preuve de sa formation (brevet) et aucun intrant n'a été disponible lors de la mission de CVE ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : les médicaments sont livrés sur la base des fiches de malades et non par ordonnance. Environ 80% des médicaments au niveau du centre de santé ne sont pas étiquetés ;
- **Médicaments traceurs** : 38% de disponibilité des molécules trouvées lors de la contre vérification contrairement au 79,41% lors de l'évaluation de l'ECZS ;
- **Service de maternité** : la maternité dispose d'un aspirateur mais non plongé dans un désinfectant. Il y a une insuffisance de matériels : une seule boîte obstétricale et d'épisiotomie, les lits d'observation n'ont pas de toiles cirées, de draps et de tables de nuit.

4.5. Centre de santé Masamba 1 :

Les domaines présentant des écarts entre l'évaluation et la contre vérification au centre de santé Masamba sont les suivants :

- **Organisation générale** : les réunions techniques mensuelles du personnel du centre de santé, bien que tenues, ne font aucune allusion aux ressources financières, idem avec les rapports du CODESA ;
- **Comité pour indigents** : le comité pour indigents ne se réunit pas et aucun cas de prise en charge des indigents n'est documenté ;
- **Hygiène et stérilisation** : le centre de santé a une clôture en mauvais état. Il n'y a pas de poubelles et les équipements de protection pour le gestionnaire des déchets sont non disponibles avec une insuffisance de latrines et de douches ;

- **Médicaments traceurs** : la quasi-totalité des médicaments sont soit en rupture, soit en quantité insuffisante (8,82% lors de la contre vérification contre 47% de l'évaluation) ;
- **Soins prénatals** : la structure ne dispose d'aucune fiche CPN, ce qui ne permet pas toute appréciation sur les différents examens exigés, l'administration de sulfate de fer folique, du mebendazole et SP. Selon l'infirmier titulaire, les fiches sont remises aux femmes enceintes.

Par contre, l'indicateur relatif à la « **Consultation externe et Services d'observation** » a été coté à la hausse par l'ACVE pour avoir amélioré tant soit peu quelques aspects de cet indicateur.

5. Zone de santé de Vanga

Tableau 73 : Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Vanga

N°	Service PMA	Kilunda			Luniungu			Mapulu			Mayoko			Milundu		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	27,0	11,6	57%	19,0	11,0	42%	27,0	5,0	81%	25,0	9,3	63%	30,0	29,0	3%
2	Plan de management	8,0	9,0	-13%	9,0	8,0	11%	5,0	8,0	-60%	8,0	7,0	13%	9,0	8,5	6%
3	Finance	5,0	0,0	100%	15,0	8,0	47%	5,0	5,0	0%	8,0	6,0	25%	15,0	15,0	0%
4	Comité des Indigents	15,0	0,0	100%	5,0	0,0	100%	15,0	0,0	100%	20,0	0,0	100%	5,0	5,0	0%
5	Hygiène et Stérilisation	17,5	15,0	14%	21,5	13,0	40%	17,5	1,0	94%	26,5	9,0	66%	27,5	20,5	25%
6	Consultations externe	98,0	47,0	52%	82,5	58,3	29%	99,0	32,8	67%	88,7	56,0	37%	81,0	44,5	45%
7	Planning familial	21,0	21,0	0%	20,0	17,0	15%	22,0	22,0	0%	30,0	17,0	43%	27,0	28,0	-4%
8	Laboratoire	15,0	16,0	-7%	11,0	11,0	0%	15,0	12,0	20%	13,0	14,0	-8%	16,0	15,0	6%
9	Services d'observation	3,0	1,3	58%	4,5	2,8	39%	3,0	0,8	75%	3,0	1,0	67%	4,3	3,3	23%
10	Médicaments et consommables	12,5	11,8	6%	24,0	16,5	31%	12,5	11,8	6%	17,5	12,0	31%	25,0	15,8	37%
11	Médicaments traceurs	0,0	1,0		15,5	0,0	100%	0,0	0,0	0%	10,0	0,0	100%	15,5	0,0	100%
12	Service de maternité	17,0	14,0	18%	17,0	17,5	-3%	17,0	14,0	18%	15,0	13,0	13%	16,0	17,0	-6%
13	PEV	14,0	15,0	-7%	16,0	16,0	0%	14,0	13,5	4%	13,5	15,0	-11%	13,0	14,0	-8%
14	CPN	11,0	11,0	0%	8,0	9,0	-13%	11,0	9,0	18%	11,0	10,0	9%	9,0	10,0	-11%
15	VIH/TB	8,0	5,0	38%	11,0	5,5	50%	8,0	9,6	-20%	10,0	10,0	0%	0,0	0,0	0%
TOTAL/Moyenne des Ecart		272,0	178,6	30%	279,0	193,6	33%	271,0	144,4	27%	299,2	179,3	37%	293,3	225,5	14%
Ecart des scores		68%	45%	23%	70%	48%	21%	68%	36%	32%	75%	45%	30%	73%	56%	17%

Commentaires :

Les écarts de score de qualité entre l'évaluation et la contre vérification sont au-delà de 10% pour l'ensemble des centres de santé. Les raisons ci-après peuvent éclaircir ces écarts par structure sur certains indicateurs où les scores attribués par l'évaluation sont assez élevés :

5.1. Centre de santé Kilunda :

- **Organisation générale** : la carte de l'aire de santé est disponible mais les distances entre le CS et les villages ne sont pas renseignées. Les réunions techniques ne sont pas tenues par les prestataires, tous les trois rapports SNIS de la période contre vérifiée n'ont pas d'accusé de réception du BCZ, 2 VAD seulement sur les 5 élections aléatoirement correspondent aux normes ;
- **Gestion financière** : les outils de gestion des finances (livre de caisse, bon d'entrée et de sortie) sont disponibles mais seul le livre de caisse est utilisé. Aucun rapport financier de la période contre vérifiée n'est trouvé contrairement à l'évaluation de l'ECZ. Le solde théorique du livre de caisse ne concorde pas avec les espèces ;

- **Comité pour indigents** : les 15 points sur 20 accordés par l'évaluateur ne se justifient pas vu qu'aucune réunion n'est tenue par le comité au T2/2019. La liste actualisée des indigents et celle des indigents soignés au cours de la période contre vérifiée sont disponibles, cependant, aucune réunion tenue par le comité pour discuter de la prise en charge des indigents ;
- **Consultation externe** : la contre vérification n'a pas vu le lit de consultation des malades ; ce qui était le cas à l'évaluation (une table à manger en bois est utilisée comme lit de consultation), les cas de paludisme grave sont soignés sans respect du protocole national de prise en charge. La PCIME n'est pas intégrée dans la structure alors qu'une cote a été attribuée par l'évaluateur et l'IT déclare avoir été formé en PCIME. Il n'y a pas d'intrants tels que les fiches normées, la minuterie, etc. ;
- **Service de maternité** : les commodités de la maternité ne sont pas suffisantes. Une seule paire de gants, absence de la boîte d'épisiotomie, absence de fil de ligature et de la pommade à la tétracycline.

5.2. Centre de santé Luniungu :

La majorité des indicateurs au niveau de ce centre de santé ont eu des scores plus importants à l'évaluation de l'ECZ qu'à la contre vérification pour les raisons suivantes :

- **Organisation générale** : le seul rapport de réunion technique tenue en juin 2019 qui existe, ne contient pas de recommandations et ne fait pas allusion aux échanges sur l'état financier du centre. Les réunions de CODESA non plus, ne font pas mention des discussions sur les finances ;
- **Gestion financière** : le rapport financier du mois d'avril 2019 n'est pas vu lors de la contre vérification, ni le livre de caisse. L'infirmier choisi ne connaît pas sa prime du mois précédent, ni son score de performance individuelle ;
- **Comité pour indigents** : les indigents soignés au cours de la période contre vérifiée ne sont pas documentés, les deux rapports (avril et mai 2019) disponibles, ne mentionnent pas le suivi des décisions prises lors des réunions passées ;
- **Hygiène et stérilisation** : la poubelle trouvée sur la cour n'a pas de couvercle, les toilettes ne sont pas nettoyées et le sol est fissuré, les eaux des douches ne sont pas canalisées, la fosse d'élimination des déchets répond aux normes d'emplacement mais est remplie et n'est pas clôturée, les bacs de récolte des déchets n'ont pas d'étiquettes ni pédale, pas de boîte de sécurité pour les objets pointus ;
- **Médicaments traceurs** : les CMM ne sont pas calculées, les dernières listes des achats prouvent que les médicaments utilisés ne sont pas certifiés par le MSP (achats effectués au dépôt Promed /Kikwit non certifié), les médicaments sont stockés dans un endroit non aéré et sans respect des principes de rangement ;
- **VIH/TB** : les malades tuberculeux ne subissent pas systématiquement de test VIH car aucune fiche de traitement n'en fait mention.

5.3. Centre de santé Mupulu :

- **Organisation générale** : la cote de 5/31 est accordée à cet indicateur lors de la contre vérification contre 27/31 accordée par l'ECZ. En effet, la carte sanitaire existe et est affichée mais ne renseigne pas la distance entre le CS et le BCZ, les villages desservis ainsi que les points spéciaux. L'ordinogramme existe mais est gardé dans la salle de pansement. Les comptes rendus des réunions de CODESA pour la période de contre vérification (avril, mai, juin 2019) sont absents. Il n'y a pas de bons de référence pour la période d'évaluation, les rapports SNIS existent mais n'ont pas d'accusé de réception du BCZ, la composition de l'équipe de VAD n'est pas respectée (une seule personne par équipe), les fiches de visite à domicile réalisées sont disponibles mais ne renseignent pas sur le RDV pris et les dates des prochaines visites, ni le plan de redressement des problèmes rencontrés ;
- **Comité pour indigents** : la liste des indigents est élaborée mais non signée par les responsables, aucune réunion des indigents n'a été tenue durant la période d'évaluation. Le

comité de suivi des indigents est mis en place mais n'a pas encore siégé, aucune réunion tenue ;

- **Hygiène et stérilisation** : le centre de santé ne dispose pas de clôture. Deux toilettes trouvées en bambous avec la toiture en paille non balayées, sans porte et avec des fissures au sol. Une douche construite en bambous et sans toiture, ni porte. La fosse à élimination des déchets n'est pas clôturée avec une profondeur de moins d'un mètre. Elle est placée à moins de 10 m de l'établissement de soins. Le CS ne dispose pas de registre indiquant la date de la création de la fosse. La cour du centre de santé est mal propre, non débroussaillée avec la présence de déchets médicaux (seringue et coton). Les conditions d'hygiène ne sont pas assurées dans la salle de dispensation des soins car la salle ne dispose pas de poubelles et de boîtes de sécurité pour la gestion des aiguilles, de tambours avec couvercle, contenant des infectants pour le matériel souillé ;
- **Consultation externe** : la salle d'attente existe mais n'est pas organisée (pas de chaise pour les clients, absence de circuit d'orientation des malades). La salle de consultation a un plafond en mauvais état, la table de consultation n'a pas le matelas (la table est fabriquée en bois). Les blouses du personnel ne sont pas étiquetées. Le centre de santé est considéré comme un CSR alors qu'aucun médecin n'y est affecté. Toutefois, tous les cas de paludisme grave sont soignés au centre de santé ; sur les 20 cas tirés, 9 n'ont pas été soignés selon le protocole national. Les activités de PCIMA sont non intégrées au centre de santé ;
- **Services d'observation** : l'ACVE n'a pas vu le registre d'observation. Les femmes et les hommes sont hospitalisés dans une même salle ;
- **Service de maternité** : les salles de travail et d'accouchement ne disposent ni de poubelles, ni de boîtes de sécurité pour la gestion des aiguilles. Les 3 partogrammes vérifiés prouvent que la surveillance de la femme en post partum n'est pas suivie correctement, (la CPoN à la 6^{ème} heure d'accouchement est non effective). Il n'y a pas de boîtes d'épisiotomie et de fil de suture.

5.4. Centre de santé Mayoko :

Les éclaircissements ci-dessous expliquent écarts observés dans les domaines où les cotes de l'évaluation sont inférieures à celles de la contre vérification :

- **Organisation générale** : l'ACVE n'a trouvé aucun PV des réunions techniques et du comité de santé de la période contre vérifiée. Le rayon du centre de santé de Mayoko n'a pas de couverture en réseau téléphonique et aucune stratégie n'est montée pour communiquer avec l'HGR. En ce qui concerne les VAD, la composition des équipes de 5 protocoles choisis aléatoirement, n'est pas respectée et les informations nécessaires ne figurent pas sur les protocoles (rendez-vous, date et heure de la visite et le plan de management) ;
- **Comité pour indigents** : aucune réunion du comité n'est tenue et les indigents soignés au cours de la période ne sont pas documentés ;
- **Hygiène et stérilisation** : une latrine sur deux est fonctionnelle, la fosse d'élimination des déchets a une profondeur de moins d'un mètre et le registre indiquant sa création n'est pas mis en place. La cour présente des déchets médicaux (flacon vide, boîte vide de mectizan) avec une absence de poubelles. La seule poubelle trouvée dans la cour n'a pas de pédale et est hors usage, l'équipement de protection appropriée n'est pas mis en place pour le personnel qui manipule les déchets médicaux ;
- **Consultation externe** : le centre de santé a obtenu 56/128 à la contre vérification contre 88,7 de l'évaluation. Les tarifs sont affichés en langue locale dans la salle de consultation et non dans la salle d'attente, l'otoscope n'est pas disponible, le service de PCIME n'est pas fonctionnel par manque de fiches appropriées ;
- **Planification familiale** : il n'y pas de table de consultation disposant des méthodes. La consultation en PF se déroule à la maternité. Le stock de DIU est insuffisant pour la cible ;
- **Médicaments traceurs** : absence de fiches de stock, pour apprécier la disponibilité des médicaments.

Néanmoins, le service de **PEV et consultation préscolaire** a été amélioré après le passage de l'évaluateur de l'ECZ car une liste a été adaptée pour retracer les enfants qui manquent à la séance de vaccination, ce qui ne serait pas le cas lors de l'évaluation de l'ECZ. En plus, le système d'accueil des clients a été amélioré en mettant en place le système de jetons.

5.5. Centre de santé Milundu :

Le centre de santé de Milundu a présenté le plus petit écart entre les deux types d'évaluation et ce pour les raisons ci-après :

- **Hygiène et stérilisation** : la fosse d'élimination des déchets n'est pas clôturée, le personnel qui gère les déchets n'est pas protégé ;
- **Consultation externe** : le registre de consultation externe n'est pas clôturé à la fin de chaque mois, 20 patients avec paludisme grave trouvés dans le registre des consultations externe mais les fiches de consultation ne renseignent pas les premiers soins prodigués avant la référence du malade à l'HGR. Il y a absence de quelques directives de PEC de certaines maladies. L'ordinogramme n'est pas dans la salle de consultation, la gestion intégrée des maladies de l'enfance n'est pas appliquée au CS par manque de protocole PCIME et de fiches type PCIME ;
- **Médicaments traceurs** : les CMM ne sont pas notées pour tous les Items.

4.5.6. Résultats de la contre vérification communautaire



Les enquêtes communautaires ont été réalisées au mois de juin 2019, sauf qu'au moment de la contre vérification les analyses étaient en cours.

4.5.7. Evaluation du respect des procédures

4.5.7.1. Appréciation du respect des procédures du FBP

Tableau 74 : Appréciation du respect des procédures du FBP dans la province du Kwilu

N°	Actions Phares	Echéancier	Responsables	Buttoir (T Ou M/Dates)	Exécution		Respect Procédure s OUI/NON	Problèmes Identifiés
					Prévue	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	15/01/19	4/01-16/03/19	NON	Conflit d'agenda
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	04/06/19	01/07/19	NON	
3.	Demande de Non Objection pour évaluation qualité HGR	10 ^{ème} jour du troisième mois du trimestre concerné par évaluation qualité (M0)	PDSS	T(M3) /10	10/06/19	15/07/19	NON	Au vu des retards administratifs, l'UCP Santé BM a jugé utile de demander aux DPS de reconduire les scores qualité des HGR et ECZ du T1/2019 au T2/2019
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	20/06/19	31/07/19	NON	Idem
5.	Mise à disposition des fonds pour évaluation qualité HGR	27 ^{ème} jour du troisième mois du trimestre concerné par évaluation qualité (M0)	CAGF/PDSS	T (M 3/27)	27/06/19	09/08/19	NON	Idem
6.	Evaluation de la qualité CS	Fin du troisième mois du trimestre concerné (M0)	ECZ	T+M1/15	15/07/19	14/07/19	OUI	
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	15/07/19	NR	NON	Pour cause de retard administratif, le score du T1/2019 a été reconduit au T2/2019

N°	Actions Phares	Echéancier	Responsables	Buttoir (T Ou M/Dates)	Exécution		Respect Procédure OUI/NON	Problèmes Identifiés
					Prévue	Réalisée		
8.	Déclaration des prestations	5 jours du premier mois qui suit le trimestre (T+5 jours)	FOSA/EUP	T+M1/5	05/07/19	Retard de dépôt des fiches des ZS rurales après réunion de monitoring	NON	Les 2 1 ^{er} mois, les fiches sont transmises à l'EUP sauf le dernier mois qui est récupéré par le VM
9.	Vérification de la quantité	25 ^{ème} jour du premier mois qui suit le trimestre (T+25 jours)	Vérificateur EUP	T+M1/25	25/07/19	13-20/08/19	NON	Retard de signature de contrat avec retard financement : 10/08/2019
10.	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	02/08/19	15/09/19	NON	Début tardif de la vérification quantitative
11.	Harmonisation entre portail et Bordereau	5 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+35 jours)	Vérificateur EUP	T+M2/5	05/08/19	BDD : 10/10/19	NON	Retard à BDD bien que a Kenge ait réalisé l'activité le 03/10/2019, MND non réalisé
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/C charge de Programme	T+M2/6	06/08/19	Retard	NON	Retard antérieur
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	08/08/19	11/10/19	NON	Il y a des difficultés de transmission des données « vignettes » des CS dans le portail (qualité connaissance) à MND et Kwilu sauf Kwango
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	09/08/19	NR	NON	Factures non transmises par l'EUP Kikwit
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	10/08/19	NR	NON	Retard
16.	Transmission au PDSS et CT-FBR	11 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+41 jours)	Direction de l'EUP	T+M2/11	11/08/19	NR	NON	Demande de paiement fait pour Kenge
17.	Comparaison des factures avec les données du Portail	15 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+45 jours)	CT-FBR	T+M2/15	15/08/19	NR	NON	
18.	Transmission factures validées CT-FBR au CAGF/PDSS	16 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+46 jours)	CT-FBR	T+M2/16	16/08/19	NR	NON	Retard de transmission de l'EUP vers la CT-AS
19.	Transmission CAGF/PDSS vers Banque (Ordre de virement)	21 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+51 jours)	CAGF/PDSS	T+M2/21	21/08/19	NR	NON	Retard de transmission de l'EUP vers la CT-AS
20.	Virement de la Banque vers les comptes bénéficiaires (FOSA, ECZ, ECP)	25 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+58 jours)	Banque	T+M2/25	25/08/19	NR	NON	Retard en amont de la chaîne
21.	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	02/09/19	NR	NON	
22.	Messages auprès des FOSA	4 ^{ème} jour du troisième mois qui suit le trimestre (T+66 jours)	EUP et Antennes	T+M3/4	04/09/19	NR	NON	
23.	Déplacement des FOSA pour retrait	25 ^{ème} jour du troisième mois qui suit le trimestre (T+87 jours)	FOSA	T+M3/25	25/09/19	NR	NON	
24.	Production des rapports des enquêtes communautaires	30 ^{ème} jour du troisième mois qui suit le trimestre (T+90 jours)	ASLO	T+M3/30	30/09/19	NR	NON	Enquête en cours de réalisation en date du 09/10/2019

Source des normes : Nouveau cycle de paiement PBF, avril 2018.

Commentaires :

Dans le cadre de l'application des procédures FBP, plusieurs maillons de la ligne des temps ont connu des retards. Cette situation a eu pour conséquence la non réalisation de bon nombre d'activités au 2nd trimestre 2019 au niveau de la DPS du Kwilu, notamment l'évaluation de la qualité des soins dans les hôpitaux, l'évaluation des ECZ. Par ailleurs plusieurs autres activités n'ont pu être exécutées comme l'évaluation de la DPS, de l'EUP et la vérification communautaire, pour diverses raisons :

- **Validation du Plan de management (semestriel)** : les validations des PM sont faites en deçà des délais requis, imputable au retard de financement de l'EUP et du conflit d'agenda des ECZ ;
- **Transmission de la demande de paiement et des TdRs évaluation qualité HGR et performance ECZ** : certes les TDR ont été transmis avec un mois de retard mais aussi ne pouvant mettre à disposition les fonds à temps, l'UCPS BM a décidé à ce que les cotations du 1^{er} trimestre 2019 soient reconduites au 2^{ème} trimestre 2019 ;
- **Demande de Non Objection pour évaluation qualité HGR** : cette tâche n'a pu être réalisée car tributaire de l'activité précédente ;
- **Octroi de la Non Objection pour Evaluation de la qualité** : retard lié à l'activité en amont ;
- **Mise à disposition des fonds pour évaluation qualité HGR** : retard en amont ;
- **Evaluation de la qualité HGR et performance ECZ** : activités non réalisées pour indisponibilité des ressources financières ;
- **Déclaration des prestations** : les déclarations des prestations quantitatives ne sont en général par faite pour les derniers mois du trimestre. Le vérificateur médical les récupère une fois dans les formations sanitaires, à telle enseigne que les données déclarées sont très souvent identiques aux données validées ;
- **Vérification de la quantité** : le retard observé est imputable au financement tardif des activités de l'EUP par le PDSS ;
- **Encodage des données dans le Portail web** : le retard à ce niveau est aussi lié au retard du début de la collecte des données ;
- **Harmonisation entre portail et Bordereau** : le retard serait lié au début tardif des vérifications quantitatives sur le terrain ;
- **Emission des factures et préparation de la validation des factures** : le retard d'émission des factures est aussi lié au début des vérifications de la quantité des prestations ;
- **Validation des factures par le GT Financement & CSU** : lié au retard antérieur ;
- **Transmission factures et PV de validation au niveau de la direction EUP** : lié aux retards antérieurs ;
- **Vérification factures et PV de validation par la Direction EUP** : liée aux retards antérieurs ;
- **Transmission au PDSS et CT-FBR** : liée aux retards antérieurs ;
- **Comparaison des factures avec les données du Portail** : liée aux retards antérieurs ;
- **Transmission factures validées CT-FBR au PDSS** : liée aux retards antérieurs ;
- **Transmission CAGF/PDSS vers Banque (Ordre de virement)** : liée aux retards antérieurs ;
- **Virement de la Banque vers les comptes bénéficiaires (FOSA, ECZ, ECP)** : liée aux retards antérieurs ;
- **Suivi et vérification des paiements** : liée aux retards antérieurs ;
- **Messages auprès des FOSA** : liée aux retards antérieurs ;
- **Déplacement des FOSA pour retrait** : liée aux retards antérieurs ;
- **Production des rapports des enquêtes communautaires** : retard lié au début tardif de la vérification quantitative.

Le non-respect des délais procéduraux dans la mise en œuvre de l'achat stratégique au niveau de la province du Kwilu est à la base de la non-réalisation de plusieurs activités, impactant négativement sur l'atteinte des objectifs du PDSS.

4.5.7.2. Evaluation du contrôle administratif et financier de toutes les factures

Tableau 75 : Evaluation du contrôle administratif et financier dans la province du Kwilu

DPS KWILU	FOSA	Montant validé (a)	Montant du portail (b)	Ecart (a-b)	%[(a-b)/a]
ZS Bandundu Ville	CS Bondeko	2534,2	2534,2	0	0,00%
	CS Malebo	2440,35	2440,35	0	0,00%
	CS Musaba	4095,45	4095,45	0	0,00%
	CS Ibole	3313,45	3313,45	0	0,00%
	CS Ndikandika	1918,95	1918,95	0	0,00%
	HGR Bandundu Ville	11118,15	11118,15	0	0,00%
Synthèse ZS Bandundu Ville		25420,55	25420,55	0	0,00%
ZS Kingandu	CS Kizungu	1645,3	1734,5	-89,2	-5,42%
	CS Kindembe	1379,45	1394,25	-14,8	-1,07%
	CS Ndunguloso	2111,8	2181	-69,2	-3,28%
	CS Sondji	1911	1922,3	-11,3	-0,59%
	CS Kasanza	2116,5	2118,9	-2,4	-0,11%
	HGR Kingandu	9943,7	9943,7	0	0,00%
Synthèse ZS Kingandu		19107,75	19294,65	-186,9	-0,98%
ZS Mosango	CS Kasay	2071,1	2080,7	-9,6	-0,46%
	CS Kinzamba2	1579,1	1280,3	298,8	18,92%
	CS Muluma	2036,7	1780,3	256,4	12,59%
	CS Tumikia	2002,4	2084,5	-82,1	-4,10%
	CS Yenzi	1387,5	1386,1	1,4	0,10%
	HGR Mosango	11868,91	12454,95	-586,04	-4,94%
Synthèse ZS MOSANGO		20945,71	21066,85	-121,14	-0,58%
ZS Kikwit Nord	CS Sacre Cœur	3489,4	3489,4	0	0,00%
	CS Silwano	2580,1	2575,9	4,2	0,16%
	CS Clinique Centrale	1542,9	1566,9	-24	-1,56%
	CS Lukolela	4432	4432	0	0,00%
	CS Masamba	3242,1	3242,1	0	0,00%
	HGR Kikwit Nord	21999,25	21999,25	0	0,00%
Synthèse ZS Kikwit Nord		37285,75	37305,55	-19,8	-0,05%
	CS Kilunda	4603,3	4603,3	0	0,00%
	CS Luniungu	3620,5	3658,3	-37,8	-1,04%
	CS Mupulu	2157,8	2159,1	-1,3	-0,06%
	CS Mayoko	4748,2	4748,2	0	0,00%
	CS Milundu	3645,6	3645,6	0	0,00%
	HGR Vanga	19810,25	19810,25	0	0,00%
Synthèse ZS Vanga		38585,65	38624,75	-39,1	-0,10%
Synthèse DPS KWILU		141345,41	141712,35	-366,94	-0,26%

Commentaires

Pour chaque indicateur, les quantités et les montants issus des PV de validation des données collectées sur le terrain ont été comparés à ceux repris dans les factures générées à partir du portail.

D'une manière générale, les écarts ont été pour la plupart en deçà de 10%. Cela traduit une certaine amélioration dans le travail de saisie des bordereaux en quantité et en valeur.

ZS Mosango CS Kizamba2 :

Dans le tableau ci-dessus, la différence observée est de 298,8 US\$. Après vérification de la totalisation des données du bordereau, la somme aurait dû être de 1655,7 US\$ au lieu de 1579,1 USD. Pour la consultation postnatale et la dépistage TBC, la différence est liée aux erreurs de rapportage des données quantitatives entre le bordereau et le portail tandis qu'au niveau de la SP3, la différence découle d'un mauvais calcul arithmétique.

INDICATEURS	BORDEREAU			PORTAIL			ECART
	QTE	Barème	Coût Total	QTE	C. Unitaire	Coût Total	
Consultation postnatale	25	1,7	175	0	1,7	0	-175
SP3	102	1,3	109	102	1,3	132,6	23,6
Dépistage TBC	11	32	352	4	32	128	-224
TOTAL ECART							-375,4

ZS Mosango CS Muluma

L'écart de 256,4 US\$, s'explique par le fait que les quantités divergentes entre le bordereau et le portail pour les 4 indicateurs ci-dessous.

Indicateurs	BORDEREAU			PORTAIL			ECART
	QTE	Barème	Coût Total	QTE	C. Unitaire	Coût Total	
Cas sévère référé	31	5,5	170,5	21	5,5	115,5	-55
Consultation postnatale	57	1,4	79,8	34	1,4	47,6	-32,2
PF (Diu et implant)	24	7,2	172,8	3	7,2	21,6	-151,2
Dépistage TBC	1	7	7	0	7	0	-7
TOTAL ECART							-245,4

ZS Mosango HGR Mosango

L'écart négatif de 585 US\$ est imputable à la différence du montant du coût unitaire entre le bordereau (0,33 US\$) et celui du portail (3,3 US\$) pour l'indicateur relatif aux « cas sévères référés ».

Indicateurs	BORDEREAU			PORTAIL			ECART
	QTE	Barème	Coût Total	QTE	C. Unitaire	Coût Total	
Cas sévère référé	197	0,33	65,01	197	3,3	650,1	585,09
TOTAL ECART							585,09

4.5.7.3. Evaluation du système d'archivage et de gestion de la documentation

Analyse des traces d'utilisation par les utilisateurs (Logs)

Tableau 76 : Distribution des données saisies et validées dans la province du Kwilu

	ZS Bandundu		ZS Kingandu		ZS Kikwit Nord		ZS Mosango		ZS Vanga		Autres ZS		Total	
	Saisie	Val	Saisie	Val	Saisie	Val	Saisie	Val	Saisie	Val	Saisie	Val	Saisie	Val
Avance et Budget ECZS	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	8	0	13	0
Evaluation Communautaire (T - 1)	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	8	0	24	0
Evaluation de la performance des ECZS	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	20	0	25	0
Evaluation de la Qualité des Centre de Santé	0	0	0	0	19	0	0	0	0	0	8	0	27	0
Evaluation de la Qualité des Hôpitaux	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	9	0	14	0
Quantité PCA	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	180	0	183	0
Quantité PMA	0	0	0	0	0	0	63	0	63	0	0	0	126	0
Total général	3	0	3	0	22	0	69	0	82	0	233	0	412	0

Commentaires :

Au jour de l'extraction du fichier log, le 20 septembre 2019, le portail web avait enregistré 412 traces d'encodage des données avec un taux de 0% par rapport de validation et de verrouillage. La 1^{ère} donnée était saisie le 7 août 2019 et la dernière, le 20 septembre 2019.

Les données saisies sont les avances budgets ECZS, les évaluations communautaires, les évaluations ECZS, les évaluations de la qualité des HGR et des CS ainsi que les vérifications quantitatives PCA et PMA.

De l'analyse du fichier log, nous avons retenu les problèmes suivants :

1. Le manque de promptitude par rapport à la saisie des données

L'antenne EUP du Kwilu a connu un grand retard par rapport à l'échéance fixée par le manuel de procédure PBF. Les données ont été saisies entre le 7 août et le 20 septembre 2019 alors que la date butoir était le 2 août 2019. Ce constat est le même pour toutes les antennes du grand Bandundu, ce qui nous pousse à conclure que ce serait la conséquence du début tardif des missions de vérifications car l'antenne de Kwilu dépend de la direction EUP de Bandundu.

2. Le manque de validation et du verrouillage des données sur le portail web

Aucune des données saisies n'a été validée, ni verrouillée sur le portail par le CA ou le data manager. Il est important que ces derniers s'acquittent de cette tâche sur le portail. Nous pensons que l'ajout d'un critère d'évaluation des CA et data manager sur la validation et le verrouillage des données sur le portail, dans le cadre de performance des EUP, constituerait une motivation supplémentaire qui les pousserait à réaliser cette activité importante.

Analyse du système d'archivage

Le système d'archivage de l'antenne du Kwilu est organisé en 2 parties : l'archivage des documents en dur et en électronique :

- L'archivage des données en dur est constitué de tous les documents en dur de la gestion de l'antenne ainsi que celles des contrats, des PM, des factures des FOSA, des données des vérifications des données, des évaluations des différentes performances, etc. Ces documents sont dans des classeurs identifiables par leurs noms ainsi que le trimestre ou le mois de l'année qui les concernent, et ils sont placés sur des étagères ;
- L'archivage électronique qui concerne la numérisation de tous les documents en dur et leur stockage dans des disques durs externes n'est pas encore mis au point. En effet, toutes les données en dur ne sont pas stockées électroniquement. Ceci a déjà été relevé dans les analyses précédentes de la contre vérification, pour cette antenne. Il est ainsi important pour l'antenne de se procurer d'un scanner performant pour une numérisation de qualité, ainsi que des disques durs externes de grande capacité pouvant contenir toutes les données de l'antenne depuis sa création.

Analyse de la cohérence des données

Tableau 77 : Analyse de la cohérence des données au Kwilu

Organisation unit	Kasay Centre de Santé		Ecart
	Portail	DHIS2	
Accouchement assisté - val	38	38	0
Cas sévère référés à l'hôpital (contre-référence disponible) - val	14	14	0
Cas TBC-BK positifs traités et guéris - val	4	4	0
Consultation Externe (nvx cas patient indigent) - plafond 5% - val	46	46	0
Consultation externe (nvx cas) - val	329	329	0
Consultation Postnatale - val	42	42	0
Consultation Périnatale 1ère visite - val	40	40	0

Organisation unit	Kasay Centre de Santé		Ecart
Data / Période	Portail	DHIS2	
Consultation Prénatale 4ème visite - val	6	6	0
Dépistage conseil du VIH initié par le prestataire - val	0	0	0
Dépistage des cas TBC - BK positifs - val	2	2	0
Enfant complètement vacciné - val	27	27	0
Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophyl - val	0	0	0
Petite chirurgie - val	46	46	0
PF : Acceptante nouvelle et renouvellement (DIU et implant) - val	4	4	0
PF : Acceptante nouvelle et renouvellement (oral & inj) - val	27	27	0
Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH+ - val	0	0	0
Soins Après Avortement	0	0	0
SP3/TPI3 : Troisième dose du Sulfadoxine Pyriméthamine chez la femme enceinte - val	9	9	0
Surveillance de la croissance des enfants de 0 à 11 mois - val	0	0	0
Surveillance de la croissance enfants de 12 à 59 mois - val	0	0	0
VAT 2+ : Femme complètement protégée - val	0	0	0
VIH/ SIDA : Nombre de clients ARV suivi dans le semestre - val	0	0	0
Visite à domicile : (évacuation de déchets, latrine ou toilette propose, moustiquaire dispo, Access à l'eau propre, utilisation PF, et vaccination) - val	362	362	0

Commentaires :

Le tableau ci-dessus nous montre que les données sont correctement importées du portail web ORBF vers le DHIS2.

Comparaison des scores qualité collectés sur le terrain et ceux saisis dans le portail

Tableau 78 : Analyse comparative de la saisie des données de score qualité dans le portail au Kwilu

Zones de santé	FOSA	Score grille qualité en dur (a)	Score qualité portail (b)	Score qualité en dur saisi / ACVE (c)	Ecart 1 (a-b)	Ecart 2 (a-c)
Bandundu	CS Bondeko	78,38	78,1	77,9	0,28	0,48
	CS Malebo	85,5	85,17	85,5	0,33	0
	CS Musaba	70	70,49	69,4	-0,49	0,6
	CS Ibole	74,75	74,41	74,7	0,34	0,05
	CS Ndikandika	71,00	70,87	70,6	0,13	0,4
Kingandu	CS Kizungu	86,00	86,09	86,7	-0,09	-0,7
	CS Kindembe	75,1	75,25	75,2	-0,15	-0,1
	CS Dunguloso	67,25	67,55	66	-0,3	1,25
	CS Sondji	79,1	80,37	78,9	-1,27	0,2
Mosango	CS Kasanza	94	90,77	91,3	3,23	2,7
	CS Kasay	83,1	84,49	84,1	-1,39	-1
	CS Kinzamba 2	51,53	51,53	51,3	0	0,23
	CS Muluma	74,66	74,66	76,3	0	-1,64
	CS Tumikia	66,91	66,91	68,1	0	-1,19
Kikwit Nord	CS Yenzi	73,16	73,16	72,3	0	0,86
	CS Sacré Coeur	74,31	74,31	74,3	0	0,01
	CS Silwano	74,69	74,69	74,7	0	-0,01
	CS Clinique centrale	68,58	69,23	68,6	-0,65	-0,02
	CS Lukolela	71,31	71,31	71,3	0	0,01
Vanga	CS Masamba 1	68,73	67,7	67,7	1,03	1,03
	CS Kilunda	68,50	68,53	68	-0,03	0,5
	CS Luniungu	71,54	71,54	69,8	0	1,74
	CS Mapulu	68,50	68,74	66,5	-0,24	2
	CS Mayoko	75,04	75,04	74,8	0	0,24
	CS Milundu	69,00	71,97	73,3	-2,97	-4,3

Commentaires :

Les scores qualités sont encodés sur le portail sans qu'ils ne soient manipulés par les vérificateurs de l'antenne de l'EUP ainsi la comparaison des données qui sont sur les fichiers en dur et ceux qui sont sur le portail sont identiques.

4.5. Contrevérification dans la DPS NORD KIVU

Figure 10 : Répartition géographique des zones de santé sélectionnées dans la province du Nord Kivu



Tableau 79 : Mapping général des écarts entre la vérification/évaluation et la contre vérification dans la DPS Nord Kivu

ECP	NON REALISEE		
EUP	NON REALISEE		
ECZ	NON REALISEE		
HGR Quantité	6,3%	7,3%	6,8%
HGR Qualité	NON REALISEE		
CS Quantité	2,6%	3,6%	3,1%
CS Qualité	3,4%	5,4%	4,4%
Enquêtes communautaires (patients non existants)	3,0%	0,0%	1,5%
Zone de santé	Nyiragongo	Rwanguba	Moyenne

Commentaire :

Le 2^{ème} trimestre 2019 a été particulièrement caractérisé par une faible réalisation des activités au Nord-Kivu. Sur un total de 8 activités prévues, 4 seulement ont été réalisées (soit 50%). Parmi les activités non réalisées, 3 dépendent de la responsabilité directe ou indirecte de la DPS (évaluation du cadre de performance des ECZ, de la qualité des soins dans les HGR et du cadre de performance de l'ECP). Une activité dépend du niveau central : il s'agit de l'évaluation du cadre de performance de l'EUP par la cellule de suivi-évaluation du secrétariat général à la Santé publique qui ne s'est pas déployée à temps en province. Pour les activités dépendant de la DPS, la non disponibilité des fonds était très souvent évoquée. Néanmoins, l'analyse causale profonde montre que les animateurs de la DPS sont plus focalisés sur les activités liées à la riposte contre la maladie à virus Ebola, au détriment d'autres activités régaliennes de l'ECP. Par conséquent, les TDR, les demandes des fonds, les livrables attendus... sont soit non produits, soit produits tardivement par rapport aux échéances, et quand ils sont transmis, aucun suivi n'est assuré. Au finish, le processus devant aboutir à la disponibilité des fonds à la DPS se ralentit, ou s'arrête carrément, et les activités ne sont pas réalisées.

Pour les 4 activités réalisées au courant du 2^{ème} trimestre 2019 et pour lesquelles la contre vérification a pu se réaliser, les constats majeurs sont les suivants :

- **Contre vérification quantitative des hôpitaux généraux de référence** : bien que les écarts entre la vérification quantitative et la contre vérification soient restés peu significatifs (6,3% à l'HGR Nyiragongo et 7,3% à l'HGR Rwanguba), certains indicateurs continuent à poser problème, particulièrement ceux liés au **VIH/SIDA**. Certains patients n'ont pas de fiches de suivi, ce qui ne permet pas de confirmer aisément que le malade a été suivi régulièrement dans le semestre tel que recommandé. Pour la **PTME**, la problématique de la codification persiste, ce qui ne permet pas d'établir un lien entre le nom de la femme tel que transcrit dans le registre et sa fiche, avec possibilité de confusion entre les clientes. De plus, certains dossiers ne mentionnent même pas la date de consultation ou de réalisation du test VIH ;
- **Contre vérification quantitative des centres de santé** : aucun des 10 CS contre vérifiés n'a présenté un écart significatif, les résultats de la vérification quantitative ayant été très proches de ceux de la contre vérification externe. Aucun écart n'est noté au CS Mudja. Pour les 3 indicateurs ci-dessous dans les 3 CS suivants, la contre vérification a constaté des anomalies qui constituent pratiquement des cas de fraude intentionnelle. Il s'agit de :
 1. **La consultation externe** au CS Turunga : chaque fin du mois, les consultations externes sont multipliées pratiquement par dix. Le 30 avril 2019 (90 cas consultés), le 31 mai 2019 (169 cas consultés) et le 30 juin 2019 (48 cas consultés). Certaines personnes interrogées affirment que la fin annoncée du projet a favorisé cette pratique ;
 2. **Le dépistage du VIH/SIDA** au CS Buhumba : 662 cas dépistés le mois d'avril 2019 dont 600 cas de DCIP et 62 cas de PTME. L'analyse croisée de la consommation des tests VIH (fiche de stock, cahier de réquisition, cahier de consommation, RUMER) montre que seulement 100 tests VIH ont été utilisés au courant de ce mois. La contre vérification est convaincue sur base de ces preuves que ces chiffres ont été intentionnellement gonflés ;
 3. **Les accouchements eutociques** au CS Ngangi III : sur 218 accouchements réalisés les mois de mai et de juin 2019, l'analyse des recettes montre que seules 172 femmes ont payé (différence de 46 accouchements). Les autres femmes ne sont retrouvées ni dans le cahier des dettes, ni dans celui des indigents et aucun cas de désertion parmi les accouchées de cette période n'est signalé.
- **Contre vérification qualitative des centres de santé** : le CS Bugusa dans la ZS de Rwanguba se démarque des autres avec un écart significatif de 16% entre l'évaluation et la contre vérification. Les 9 CS restants n'ont pas présenté d'écart significatif. Au CS Bugusa, ¾ de domaines contre vérifiés ont présenté des écarts significatifs (12 sur les 16 domaines), ce qui pose des questions sur le mode opératoire même de l'évaluation réalisée dans cette structure sanitaire. Les domaines ayant présenté des écarts dans plusieurs CS sont les suivants :

- ✓ **Plan de management** : certains plans ne sont ni signés par l'ECZ, ni endossés par l'EUP. Parfois la liste des prestataires informels n'est pas reprise dans le plan de management ;
- ✓ **Hygiène et stérilisation** : certaines toilettes et certaines douches ne sont pas hygiéniques et sont peu ou pas du tout éclairées. Certaines poubelles n'ont ni couvercle ni pédale. Des fosses à ordures sont quasi pleines et ne sont pas bordées dans plusieurs CS, et quelque fois sont proches des ménages ;
- ✓ **Planning familial** : la confidentialité n'est pas assurée dans certaines salles de consultation PF. Les preuves de formation en PF ne sont souvent pas exhibées (brevet de formation et/ou modules de formation). La stratégie de référence à l'HGR pour la recherche des méthodes permanentes n'est pas élaborée. Le calcul des cibles PF n'est pas maîtrisé par certains prestataires. Certains intrants sont souvent en rupture de stock (implants et DIU) ;
- ✓ **Médicaments-consommables/médicaments traceurs** : la faible disponibilité des médicaments est notée dans plusieurs CS. Plusieurs items traceurs sont soit en sous stockage, soit en rupture de stock. Des achats en dehors du SNAME continuent à être effectués par les prestataires ;
- ✓ **Prise en charge des SVS** : le personnel de certains CS n'est pas formé dans la prise en charge médicale et psycho sociale des SVS (surtout dans la ZS de Rwanguba). Des kits et certains intrants/équipements ne sont pas disponibles dans certains CS (kit viol, kit de prise en charge neuro psychiatrique). Certaines fiches manquent des renseignements importants (collecte des preuves médico-légales, évaluation des risques...).
- **Contre vérification communautaire** : dans la ZS de Rwanguba, tous les patients ont été retrouvés et ont confirmé avoir utilisé les services. Par contre, dans la ZS de Nyiragongo, 3% de patients n'ont pas été retrouvés (contre 2% lors des enquêtes communautaires pilotées par l'EUP). Certaines personnes viennent habiter momentanément à Nyiragongo puis retournent soit à Goma, soit au Rwanda voisin qui est tout proche, avec des pistes-frontières très poreuses et non contrôlées à ce niveau. Ces personnes sont donc souvent non retrouvées après et sont déclarées inexistantes.

4.5.1. Contre vérification du cadre de performance de la DPS Nord Kivu



La DPS n'ayant pas été évaluée à temps par le CPP, la contre vérification n'a pas pu se réaliser à ce niveau. Le changement de gouvernement provincial et le temps pris pour son installation ont été les deux raisons majeures qui ont retardé l'évaluation de la DPS.

4.5.2. Contre vérification du cadre de performance de l'Agence de contractualisation et de vérification (EUP)



Au moment de la contre vérification externe, l'équipe de la Cellule de S-E du secrétariat général à la Santé ne s'était pas encore déployée en province pour procéder à l'évaluation des EUP. Par conséquent, la contre vérification n'a pas eu lieu à ce niveau pour le 2^{ème} trimestre 2019.

4.5.3. Contre vérification du cadre de performance des équipes cadres de zones de santé du Nord Kivu



L'ECP Nord-Kivu n'a pas évalué le cadre de performance des ECZ au 2^{ème} trimestre 2019. Deux raisons sont évoquées :

(i) le non remboursement des fonds utilisés par la DPS pour les évaluations du 4^{ème} trimestre 2018 et du 1^{er} trimestre 2019 ;

(ii) la demande des fonds pour le T2 2019 a été jugée caduque par IDA suite au délai largement dépassé, ce qui a entraîné la reconduction des scores ECZ de T1 au T2 2019.

4.5.4. Résultats de la contre vérification des hôpitaux généraux de référence du Nord Kivu

4.5.4.1. Contre vérification quantitative

Tableau 80: Résultats de la contre vérification quantitative des hôpitaux généraux de référence du Nord Kivu

No	Service PCA	Nyiragongo			Rwanguba		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Nouveaux cas référés vus par médecin	112	149	-33%	609	609	0%
2	Contre référence /retro-information donnée	0	0	0%	0	0	0%
3	Cas d'hospitalisation au de-là de 72 h	98	94	4%	838	924	-10%
4	Chirurgie majeure (population x 0,5%)	16	15	6%	323	314	3%
5	Petite chirurgie (population x 1%)	0	0	0%	260	254	2%
6	Transfusion de sang – volontaire	3	2	33%	52	52	0%
7	Accouchement eutocique référé	30	30	0%	69	69	0%
8	Césarienne (30% des accouchements dystociques)	55	55	0%	111	111	0%
9	Accouchement dystocique (césarienne exclue)	23	23	0%	102	102	0%
10	VIH/SIDA Dépistage volontaire	100	94	6%	1035	426	59%
11	PTME – Femme informée du résultat du test	0	0	0%	56	5	91%
12	VIH/SIDA Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylaxie	0	0	0%	0	0	0%
13	VIH/SIDA Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH +	0	0	0%	0	0	0%
14	VIH/SIDA Nombre de nouveaux cas sous ARV	0	0	0%	0	0	0%
15	VIH/SIDA Nombre de clients ARV suivis pdt 6 mois	4	0	100%	6	6	0%
16	Dépistage des cas TBC – BK positifs	10	10	0%	11	11	0%
17	Nombre de cas TBC – BK positifs traités et guéris	11	11	0%	6	6	0%
18	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	12	11	8%	44	44	0%
19	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (DIU et implant)	111	109	2%	223	221	1%
20	PF : Ligatures et vasectomies	1	1	0%	27	27	0%
TOTAL				6,3%			7,3%

Commentaires :

Les écarts quantitatifs entre la vérification et la contre vérification restent peu significatifs dans les deux HGR (6,3 % à l'HGR Nyiragongo contre 7,3% à l'HGR Rwanguba).

A l'HGR Nyiragongo, 2 prestations subsidiées ont présenté des écarts importants, les quantités vérifiées étant supérieures aux quantités contre vérifiées : il s'agit de la « **transfusion sanguine** » (la fiche de surveillance de la transfusion d'un patient n'ayant pas été retrouvée) et du « **VIH/SIDA nombre de clients ARV suivis pdt 6 mois** » (registre et fiches des patients non disponibles).

Par contre, à l'HGR Rwanguba, les indicateurs avec écarts importants sont ceux liés au VIH : il s'agit de « **VIH dépistage volontaire** » (plusieurs dossiers des patients non retrouvés) et de « **PTME femme informée du résultat du test** » (suite à une mauvaise codification, il est difficile de relier certains dossiers aux transcriptions dans le registre PTME).

Les quantités vérifiées sont inférieures aux quantités contre vérifiées pour l'indicateur « **nouveaux cas référés vus par le médecin** » à l'HGR Nyiragongo (les patients consultés puis hospitalisés ne sont pas

validés par la vérification), et pour l'indicateur « **cas d'hospitalisation au de-là de 72 h** » à l'HGR Rwanguba (la vérification a omis les patients hospitalisés dans le service de gynéco-obstétrique).

4.5.4.2. Contre vérification qualitative



L'ECP Nord-Kivu n'a pas évalué la qualité des soins dans les HGR au 2^{ème} trimestre 2019. Deux raisons sont évoquées :

- (i) le non remboursement des fonds utilisés par la DPS pour les évaluations de T4/2018 et T1/2019 ;
- (ii) la demande des fonds pour le T2/2019 a été jugée caduque par IDA suite au délai largement dépassé, ce qui a entraîné la reconduction des scores qualité de T1 au T2/ 2019.

4.5.5. Résultats de la contre vérification des centres de santé du Nord Kivu

4.5.5.1. Contre vérification quantitative

Les résultats de la contre vérification quantitative dans les zones de santé de Nyiragongo et de Rwanguba sont proches de ceux de la vérification réalisée par l'EUP. Les écarts moyens par centre de santé varient entre 1% et 8% avec une moyenne globale de 2% dans la ZS de Nyiragongo et de 3,6% dans la ZS de Rwanguba. Un commentaire global est présenté pour les indicateurs qui ont présenté des écarts importants entre les quantités contre vérifiées et celles validées par la vérification.

1. Zone de santé de Nyiragongo

Tableau 81: Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Nyiragongo

No	Service PMA	Turunga			Ngangi III			Mudja			Kiziba			Buhumba		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe (nvx cas)	846	546	35%	1170	1170	0%	338	343	-1%	1361	1361	0%	1173	1167	1%
2	Cas sévère référé à l'hôpital (avec contre-référence)	7	7	0%	0	0	0%	0	0	0%	15	17	-13%	105	96	9%
3	Enfant complètement vacciné	481	481	0%	507	507	0%	187	187	0%	667	665	0%	169	149	12%
4	VAT 2+ : Femme complètement protégée	23	23	0%	169	169	0%	8	8	0%	102	102	0%	16	16	0%
5	Consultation prénatale (nouvelle inscrite au 4 ^e mois)	104	104	0%	305	305	0%	128	129	-1%	115	114	1%	131	131	0%
6	Consultation prénatale (CPN 4)	73	73	0%	78	78	0%	69	70	-1%	85	85	0%	110	111	-1%
7	Grossesse à risque orientée vers l'hôpital avec retro information	10	10	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	51	38	25%
8	Accouchement assisté	213	213	0%	319	273	14%	134	134	0%	608	602	1%	158	158	0%
9	Soins postnataux à 6 semaines (Consultation postnatale)	301	295	2%	319	319	0%	75	75	0%	220	220	0%	113	113	0%
10	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	930	930	0%	374	374	0%	54	53	2%	497	500	-1%	24	24	0%
11	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (DIU et implant)	930	930	0%	939	939	0%	329	327	1%	619	613	1%	191	191	0%
12	Surveillance de la croissance enfants de 6 à 59 mois	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
13	Visite à domicile	421	421	0%	283	283	0%	52	52	0%	72	72	0%	206	214	-4%
14	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	809	809	0%	939	939	0%	234	234	0%	329	329	0%	1177	677	42%
15	PTME- Femme informée du résultat du test	410	410	0%	281	281	0%	137	137	0%	684	684	0%	180	118	34%
16	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylaxie	0	0	0%	7	7	0%	0	0	0%	0	0	0%	7	7	0%
17	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH+	0	0	0%	10	10	0%	0	0	0%	2	1	50%	3	3	0%

No	Service PMA	Turunga			Ngangi III			Mudja			Kiziba			Buhumba		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
18	Dépistage des cas TBC - BK positifs	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	37	37	0%	0	0	0%
19	Nombre de cas TBC- BK positif soignés et guéris	0	0	0%	9	9	0%	0	0	0%	7	5	29%	10	10	0%
MOYENNE DES ECARTS				2%			1%			0%			4%			6%

Commentaires :

Les quantités contre vérifiées sont proches de celles de la vérification pour la plupart des indicateurs. Les écarts moyens pour tous les centres de santé contre vérifiés varient entre 0% et 6%. Toutefois, à l'intérieur du tableau, il s'observe quelques indicateurs « **consultation externe** », « **accouchement assistés** », « **dépistage volontaire du VIH/SIDA** », « **PTME- Femme informée du résultat du test** », « **prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH+** » et « **nombre de cas TBC- BK positif soignés et guéris** » avec des quantités contrevérifiées inférieures à celles validées par la vérification qui nécessitent des explications :

- **Consultation externe** au CS Turunga : la contre vérification n'a pas validé 300 cas pour l'indicateur suite à l'enregistrement d'un nombre important des patients le dernier jour de chaque mois du trimestre contre vérifié (90 cas au 30 avril, 169 cas au 31 mai et 48 cas au 30 juin 2019). Pour la majorité de cas, il n'existe pas de dossiers classés au centre de santé. Les prestataires ont justifié cette situation par un enregistrement tardif des cas lié à la surcharge de travail. Ils ont aussi estimé qu'à la fin du projet ils devaient faire profiter à un grand nombre de personnes l'accès aux soins à moindre coût ;
- **Accouchements assistés** au centre de santé Ngangi III : les recettes rapportées ne correspondent pas aux accouchements validés par la vérification. Sur 218 accouchements réalisés les mois de mai et de juin 2019, les recettes montrent que seules 172 femmes ont payé (différence de 46 accouchements). Les autres ne sont retrouvées ni dans le cahier des dettes, ni dans celui des indigents. Le coût par accouchement est de 8\$, les recettes déclarées au mois de mai 2019 sont de $729,6\$/8\$ = 91$ accouchements contre 117 validés et en juin $646\$/8\$ = 81$ accouchements contre 101 validés. Les prestataires ont accusé les multiples évasions dont ils sont victimes et ne font pas de recouvrement car les agents recouvreurs sont parfois agressés sur le terrain ;
- **Dépistage volontaire du VIH/SIDA** au CS Buhumba : la contre vérification a observé 662 cas dépistés au VIH pour le mois d'avril 2019, dont 600 cas de DCIP et 62 cas de PTME, alors que les fiches de consommation ne mentionnent que 100 tests VIH consommés au cours de ce mois. D'où, 562 cas (500 cas de DCIP et 62 cas de PTME) n'ont pas été validés par la contre vérification et pourtant validés par la vérification ;
- **Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH+** au CS Kiziba : un nouveau-né d'une mère séropositive mis sous traitement en janvier 2019 a été de nouveau enregistré au mois de juin 2019. La vérification l'a validé comme nouveau cas pour la simple raison qu'il a répondu au rendez-vous de traitement après un semestre. La contre vérification ne l'a pas validé car ne répondant plus à la définition de cas ;
- **Nombre de cas TBC- BK positif soignés et guéris** au CS Kiziba : 2 cas de tuberculose guéris sur les 5 cas validés par la vérification n'ont pas réalisé le contrôle bactériologique au 6^{ème} mois de traitement pour confirmer la guérison.

2. Zone de santé de Rwanguba :

Tableau 82 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Rwanguba

No	Service PMA	Bugusa			Kazuba			Mutabo			Shinda			Tshengerero		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe (nvx cas)	1340	1243	7%	901	855	5%	958	953	1%	1097	1063	3%	1611	1240	23%
2	Cas sévère référé à l'hôpital (avec contre-référence)	111	109	2%	0	0	0%	4	3	25%	1	1	0%	372	279	25%
3	Enfant complètement vacciné	113	103	9%	67	67	0%	44	44	0%	186	188	-1%	99	99	0%
4	VAT 2+ : Femme complètement protégée	268	189	29%	88	85	3%	25	25	0%	117	117	0%	399	389	3%
5	Consultation prénatale (nouvelle inscrite au 4 ^è mois)	163	146	10%	83	69	17%	55	55	0%	343	323	6%	196	179	9%
6	Consultation prénatale (CPN 4)	60	27	55%	88	80	9%	53	53	0%	315	280	11%	179	196	-9%
7	Grossesse à risque orientée vers l'hôpital avec retro information	47	47	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	91	76	16%
8	Accouchement assisté	227	219	4%	82	80	2%	45	41	9%	326	326	0%	176	168	5%
9	Soins postnataux à 6 semaines (Consultation postnatale)	215	215	0%	86	79	8%	40	40	0%	264	264	0%	167	166	1%
10	PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	0	0	0%	0	0	0%	5	5	0%	15	15	0%	139	119	14%
11	PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (DIU et implant)	0	0	0%	0	0	0%	143	143	0%	529	528	0%	710	691	3%
12	Surveillance de la croissance enfants de 6 à 59 mois	375	280	25%	440	440	0%	110	110	0%	514	514	0%	562	562	0%
13	Visite à domicile	110	114	-4%	125	125	0%	169	168	1%	452	459	-2%	107	107	0%
14	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	238	238	0%	461	461	0%	529	529	0%	1332	1332	0%	1640	1610	2%
15	PTME- Femme informée du résultat du test	163	158	3%	83	86	-4%	54	53	2%	346	346	0%	196	196	0%
16	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylaxie	2	2	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
17	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH+	0	1		0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
18	Dépistage des cas TBC - BK positifs	8	8	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
19	Nombre de cas TBC- BK positif soignés et guéris	38	38	0%	1	1	0%	6	6	0%	5	5	0%	0	0	0%
MOYENNE DES ECARTS				8%			2%			2%			1%			5%

Commentaires :

La contre vérification a observé des écarts moyens inférieurs à 10% dans tous les cinq centres de santé de la zone de santé de Rwanguba.

Les quantités validées par la vérification sont différentes de celles obtenues par la contre vérification externe pour certains indicateurs à savoir :

- Le « **VAT2+ femme complètement protégée** », la « **consultation prénatale nouvelle inscrite au 4^è mois** » et la « **consultation prénatale 4** » : ces différences s'expliquent essentiellement par le non-respect du calendrier des visites pour les CPN, mais aussi par la

présence de plusieurs surcharges sur les fiches des gestantes au niveau de la date de dernières règles. Ceci concerne principalement les centres de santé Bugusa, Kazuba et Shinda ;

- Les « **cas référés vu par le médecin** » et la « **grossesse à haut risque** » : la contre vérification a noté l'absence des documents de contre référence dans le classement des centres de santé de Mutabo et Tshengerero ;
- Les « **nouveaux cas des consultations externe** » : certains dossiers n'ont pas été retrouvés au CS Tshengerero ;
- La « **planification familiale acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** » : 20 cas de plus retenus par la vérification n'étaient pas enregistrés au CS Tshengerero (l'EUP a validé 35 cas, alors que seuls 15 cas se retrouvent dans le registre) ;
- La « **surveillance de la croissance des enfants de 6 à 59 mois** » : certains dossiers des enfants validés par l'EUP au CS Bugusa n'ont pas été retrouvés lors de la contre vérification.

4.5.5.2. Contre vérification qualitative

La qualité contre vérifiée dans les zones de santé de Nyiragongo et de Rwanguba montre des résultats proches de l'évaluation dans toutes les structures à l'exception du CS Bugusa dans la ZS de Rwanguba qui a réalisé un écart de score de 16% pour lequel un commentaire est effectué. Pour la qualité de la zone de santé de Nyiragongo, un commentaire global des domaines avec écarts entre les cotes est effectué.

1. Zone de santé de Nyiragongo

Tableau 83: Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Nyiragongo

N°		Turunga			Ngangi III			Mudja			Kiziba			Kibumba		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	31	29	7%	22	23	-5%	26	28	-7%	31	17	46%	29	30	-5%
2	Plan de management	21	20	5%	22	21	5%	20	15	25%	20	17	15%	19	16	16%
3	Finance	13	13	0%	11	11	0%	10	11	-10%	13	11	15%	11	11	0%
4	Comité des indigents	13	13	0%	6	6	0%	15	15	0%	15	15	0%	15	15	0%
5	Hygiène et stérilisation	21	14	33%	24	11	54%	11	11	0%	17	12	29%	24	20	17%
6	Consultations externe	64	75	-16%	63	66	-4%	51	50	1%	76	75	1%	62	61	1%
7	Planning familial	27	22	19%	21	23	-10%	24	24	0%	24	24	0%	24	24	0%
8	Laboratoire	16	17	-6%	18	17	3%	14	17	-22%	18	17	8%	20	18	13%
9	Services d'observation	13	12	8%	13	13	0%	11	12	-9%	9	5	41%	13	13	0%
10	Médicaments et consommables	20	13	35%	21	17	19%	14	14	0%	20	15	25%	20	18	10%
11	Médicaments traceurs	10	7	28%	11	10	7%	4	5	-33%	9	10	-8%	10	10	0%
12	Service de maternité	39	31	21%	40	40	0%	37	37	0%	44	42	5%	40	39	3%
13	PEV	23	24	-4%	25	25	-2%	20	20	0%	21	21	0%	24	27	-15%
14	CPN	12	13	-8%	13	12	8%	10	10	0%	12	13	-8%	10	12	-20%
15	VIH/TB	15	12	23%	19	19	0%	17	19	-12%	19	21	-11%	19	19	0%
16	Prévention et riposte MVE (Max 30 points)	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
17	Prise en charge des survivants des violences sexuelles	21	20	2%	25	27	-8%	16	16	0%	27	26	4%	22	24	-7%
TOTAL/Moyenne des Ecart		357	333	9%	352	339	5%	297	302	-4%	374	340	8%	360	355	2%
Ecart des scores		82%	76%	6%	81%	78%	3%	68%	69%	-1%	86%	78%	8%	83%	81%	1%

Commentaires :

Pour tous les centres de santé contre vérifiés dans la zone de santé de Nyiragongo, l'écart entre les scores de l'évaluation et de la contre vérification est inférieur à 10%, et varie entre -1 et 8%. Cependant pour certains domaines, la contre vérification a obtenu moins de cotes que l'évaluation et pour d'autres, les cotes se sont améliorées.

Concernant les domaines ci-dessous, les cotes de la contre vérification étaient inférieures à celles obtenues lors de l'évaluation pour les raisons suivantes :

- **Organisation générale** : la contre vérification n'a pas retrouvé au centre de sante Kiziba les comptes rendus des réunions techniques des mois de mai et de juin 2019. De plus, les fiches des visites à domicile classées n'ont pas de dates de rendez-vous ;
- **Plan de management** : les plans de managements du 2^{ème} trimestre 2019 mis en œuvre aux centres de santé Mudja et Kiziba ne sont pas signés par le BCZ, ni endossés par l'EUP. La liste des prestataires informels des aires de santé de Mudja et de Kibumba n'est pas annexée aux plans de management de ces deux CS. Aussi, ces plans ne contiennent pas d'actions pour améliorer la prise en charge des indigents ;
- **Hygiène et stérilisation** : les toilettes des centres de santé Turunga, Kibumba et Kiziba sont sales et sans couvercles. Les poubelles du CS Kiziba ne sont pas bordées. Les douches du centre de santé de Turunga n'ont pas de porte-manteaux et la fosse d'élimination des déchets est d'environ 1 mètre ;
- **Laboratoire** : la liste des examens de laboratoire affichée au centre santé de Kibumba n'est pas exprimée en langue locale. Le protocole de nettoyage de matériel n'est pas affiché et le matériel utilisé n'est pas trempé dans le désinfectant ;
- **Services d'observation** : le centre de santé de Kiziba n'a pas présenté à la contre vérification les rapports des gardes. Les malades sont observés dans une seule salle, hommes et femmes confondus, et les fiches d'observation ne montrent pas le suivi journalier des malades ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : les médicaments ne sont pas prescrits sur ordonnances au CS Turunga. Les fiches de stock de certains produits comme l'amoxicilline, l'ocytocine et l'ACT adulte ne sont pas à jour au centre de santé de Kiziba.

Par contre, pour le domaine « **VIH/TB** », les fiches de suivi des tuberculeux présentées à la contre vérification aux CS Kiziba et Mudja étaient bien remplies avec adresse de contact et numéro de téléphone à la fois dans le registre/fiche et la carte individuelle, nom d'une personne attachée au patient comme parrain et qui supervise le DOTS (nom, adresse, numéro téléphone du parrain sur la fiche du malade). Ces informations seraient complétées après l'évaluation.

2. Zone de santé de Rwanguba

Tableau 84: Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Rwanguba

N°		Bugusa			Kazuba			Mutabo			Shinda			Tshengerero		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	30	25	17%	29	30	-3%	27	30	-11%	29	28	3%	29	29	0%
2	Plan de management	9	8	17%	4	4	13%	6	6	-9%	9	6	33%	9	8	11%
3	Finance	9	9	0%	13	15	-15%	15	13	13%	15	15	0%	14	13	7%
4	Comité des indigents	15	15	0%	20	20	0%	20	20	0%	15	5	67%	20	20	0%
5	Hygiène et stérilisation	31	22	29%	24	25	-4%	27	24	9%	23	19	17%	25	24	4%
6	Consultations externe	110	122	-11%	120	116	3%	100	124	-24%	120	121	-1%	110	120	-9%
7	Planning familial	8	3	63%	16	4	75%	24	17	29%	32	29	9%	32	32	0%
8	Laboratoire	17	15	14%	13	10	23%	15	13	15%	15	15	0%	15	11	29%
9	Services d'observation	6	2	71%	5	5	5%	5	6	-5%	5	5	0%	4	4	6%
10	Médicaments et consommables	25	13	49%	25	25	-1%	24	16	34%	22	25	-13%	20	20	1%
11	Médicaments traceurs	15	10	37%	9	12	-35%	15	9	43%	9	11	-17%	17	4	79%
12	Service de maternité	23	20	15%	23	23	0%	24	22	8%	23	23	2%	23	24	-4%
13	PEV	20	19	3%	18	18	0%	19	20	-3%	19	20	-5%	19	19	0%
14	CPN	12	7	38%	9	9	0%	10	10	0%	10	11	-10%	11	11	0%
15	VIH/TB	12	10	17%	6	4	27%	11	12	-9%	12	12	0%	11	12	-9%
16	PEC SVS	31	3	90%	5	2	60%	10	8	21%	22	22	0%	22	18	17%
TOTAL/Ecart des moyennes		372	300	29%	337	320	10%	351	348	8%	380	365	6%	381	368	9%
Ecart des scores		85%	69%	16%	77%	73%	4%	81%	80%	1%	87%	84%	3%	87%	84%	3%

Commentaires :

Seul le **centre de santé Bugusa** présente un écart significatif soit 16%, les autres centres de santé n'ont pas enregistré des écarts considérables entre l'évaluation et la contre vérification.

16 sur 19 domaines de qualité de soins présentent des écarts significatifs entre l'évaluation et la contre vérification. Les raisons suivantes expliquent ces écarts par domaine d'évaluation :

- **Organisation générale** : contrairement aux observations de l'évaluation, l'horaire de travail n'est pas affiché, le téléphone de la structure n'a pas dans son répertoire le numéro de téléphone du Médecin chef de zone. De plus, les accusés de réception sur les canevas SNIS n'ont pas de sceau du BCZ et aucun problème prioritaire n'est suivi ni affiché au niveau du centre de santé ;
- **Plan de management** : le plan de management manque la signature de l'EUP et n'a pas défini la stratégie mobile pour la planification familiale qui, du reste, n'est pas intégrée au CS ;
- **Hygiène et stérilisation** : les eaux usées de la douche ne sont pas évacuées dans une fosse d'assainissement. La baignoire est bouchée. La fosse d'élimination des déchets n'a que 50 cm de profondeur. Tous les bacs vus ne sont pas bordés et n'ont pas de pédales ;
- **Planification familiale** : l'évaluation a attribué une cote maximum alors que l'activité n'est pas intégrée dans la formation sanitaire ;
- **Laboratoire** : aucun cas n'a été enregistré le dimanche, ce qui met un doute sur le fonctionnement permanent du laboratoire 7 jours sur 7. Les manifestations des parasites sont en noir et blanc, ce qui ne facilite pas leur identification au microscope. Le rapport d'évaluation de la qualité des lames de la TBC pour le 2^{ème} trimestre 2019 n'est pas disponible au centre de santé ;
- **Services d'observation** : bien qu'ayant été coté à 6 points lors de l'évaluation, le service d'observation est caractérisé par l'absence de tables de nuits, de draps de lit, de l'eau potable, de points de lavage des mains et du registre d'observation ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : certains achats se font en dehors du circuit recommandé par la ZS, l'ACVE a trouvé une facture des MEG de la pharmacie « LA VIE » de Kitshanga. Certaines molécules sont en rupture de stock et d'autres sont en quantités insuffisantes. Les réquisitions faites ne sont pas totalement servies et les MEG sont servies sans ordonnance ;
- **Médicaments traceurs** : cinq molécules sont en quantité insuffisante ;
- **Service de maternité** : les partogrammes ne renseignent pas les résultats d'examens de laboratoire réalisés. Dans la boîte obstétricale disponible, la contre vérification observe une paire de ciseaux au lieu de deux prévues et la salle d'observation ne dispose pas de tables de nuit ;
- **Soins prénataux** : une fiche sur les trois vues manque la parité et une autre manque la preuve d'administration de SP et Fer folate. Concernant les grossesses à haut risque, le registre CPN ne mentionne pas les problèmes détectés, encore moins les actions adressées à ces problèmes. Aucune réunion CCC/IEC n'a été tenue ;
- **VIH/TB** : la contre vérification n'a pas vu le modèle de pénis, ni les boîtes de préservatifs. Les coordonnées du superviseur DOTS ne sont reprises ni dans le registre de TBC ni sur les fiches de traitement ;
- **PEC SVS** : aucun cas n'a été enregistré au courant du 2^{ème} trimestre 2019.

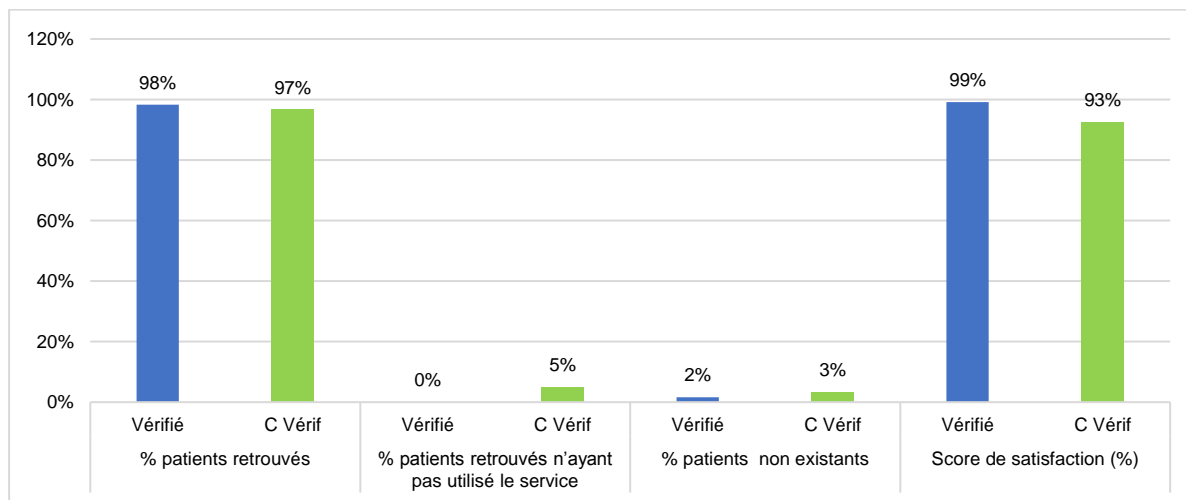
Cependant, le service de « **consultation externe** » a vu son score s'améliorer par la présence des fiches PCIME correctement remplies et évaluant bien tous les paramètres de la PCIME.

4.5.6. Résultats de la contre vérification communautaire

La contre vérification communautaire effectuée dans les zones de santé de Nyiragongo et de Rwanguba présente un écart très peu significatif tant pour les patients non retrouvés que pour les patients non existants et pour la satisfaction des usagers. Un commentaire est effectué en dessous de chaque graphique par zone de santé contre vérifiée.

1. Zone de santé de Nyiragongo :

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



Commentaires :

Le résultat de la contre vérification communautaire réalisée dans la zone de santé de Nyiragongo est proche de celui de la vérification. La proportion des clients retrouvés par la CVE est de 97% contre 98% lors de l'enquête communautaire réalisée par l'EUP.

La contre vérification n'a pas retrouvé 2 usagers soit 3% de l'échantillon des CS Kiziba et Turunga. L'utilisateur de Turunga n'était pas retrouvé et par la vérification et par la contre vérification. Ces 2 usagers ne sont pas reconnus par la communauté, encore moins par les chefs des quartiers contactés. Ces derniers ont expliqué que certains visiteurs ne sont pas souvent présentés aux chefs des quartiers. En ce qui concerne l'utilisation des services, 3 usagers représentant 5% de l'échantillon, n'ont pas confirmé la prestation pour la période contre vérifiée (1 à l'HGR, 1 à Turunga et 1 à Mudja).

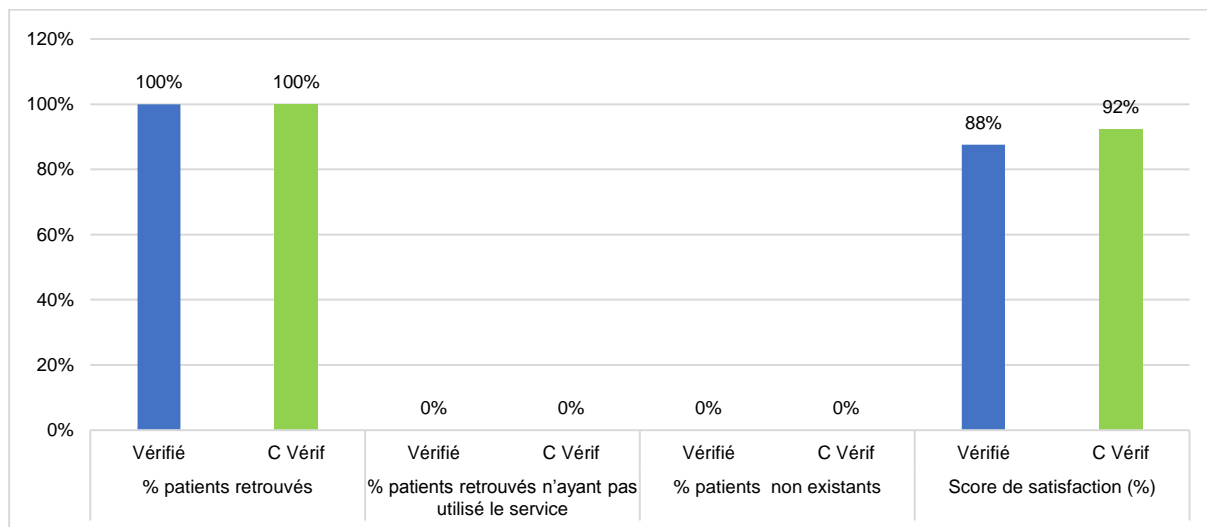
Concernant la satisfaction des patients, la contre vérification a observé que 93% des usagers étaient satisfaits des prestations contre 99% lors de l'enquête réalisée par l'EUP.

Les raisons suivantes expliquent la non satisfaction des bénéficiaires :

- Certains infirmiers des centres de santé Kiziba et Kibumba n'expliquent pas aux malades ce dont ils souffrent exactement. A l'hôpital de Nyiragongo, les infirmiers ne lavent pas les malades grabataires et ne réfectionnent pas leurs lits. De fois, les infirmiers du centre de santé de Kibumba abandonnent les malades pendant la garde de nuit ;
- Il s'observe souvent une rupture en certains médicaments au CS Kiziba ;
- Le tarif des soins n'est pas accessible à certains malades (Hôpital de Nyiragongo et CS Kibumba) ;
- Les toilettes du centre de santé de Kiziba ne sont pas régulièrement nettoyées.

2. Zone de santé de Rwanguba :

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



Commentaires :

Les résultats de l'enquête communautaire et de la contre vérification communautaire pour l'identification des personnes enquêtées dans la communauté sont les mêmes. Bien qu'on observe une petite différence dans l'appréciation de la qualité de soins par la communauté lors de la contre vérification communautaire, l'écart reste peu significatif (4%).

Les avis suivants ont été émis par les personnes enquêtées lors de la contre vérification communautaire :

- **Equipement** : renforcer les équipements à l'HGR Rwanguba et au centre de santé Bugusa surtout l'éclairage ;
- **Médicaments** : éviter les ruptures en MEG dans tous les centres de santé et à l'HGR Rwanguba ;
- **Tarif des soins** : revoir les tarifs des soins avec la communauté pour permettre à celle-ci d'accéder facilement aux soins ;
- **Hygiène** : améliorer l'hygiène aux centres de santé Bugusa, Mutabo, Tshengerero, Shinda et Kazuba.

4.5.7. Evaluation du respect des procédures

4.5.7.1. Appréciation du respect des procédures de la FBP

Tableau 85 : Appréciation du respect des procédures de la FBP dans la province du Nord Kivu

N°	Actions Phares	Echéancier	Responsables	Buttoir (T Ou M/Dates)	Exécution		Respect Procédures	Problèmes Identifiés
					Prévue	Réalisée	OUI/NON	
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	15/01/19	24/03/19	NON	Retard de validation dans la ZS de Kayna : CS Vuhoyo (07/02/19), CSR Kanyabayonga (15/02/19) et dans la ZS d'Alimbongo : CSR Luseke (24/03/19).
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	04/06/19	22/05/2019	OUI	
3.	Demande de Non Objection pour	10 ^{ème} jour du troisième mois	PDSS	T(M3) /10	10/06/19	Pas encore	NON	Dossier transmis jugé insuffisant par le PDSS,

N°	Actions Phares	Echéancier	Responsables	Buttoir (T Ou M/Dates)	Exécution		Respect Procédures	Problèmes Identifiés
					Prévue	Réalisée	OUI/NON	
	évaluation qualité HGR	du trimestre concerné par évaluation qualité (M0)						certaines livrables sont manquants, et la voie de transmission non appropriée (par le canal de l'EUP) ce qui a retardé le traitement du dossier
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	20/06/19	Pas encore	NON	
5.	Mise à disposition des fonds pour évaluation qualité HGR	27 ^{ème} jour du troisième mois du trimestre concerné par évaluation qualité (M0)	CAGF/PDSS	T(M3) /27	27/06/19	Pas encore	NON	
6.	Evaluation de la qualité CS	Fin du troisième mois du trimestre concerné (M0)	ECZ	T+M1/15	15/07/19	16 au 28/06/19	OUI	
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	15/07/19	Non encore réalisée	NON	Fonds non encore rendus disponibles
8.	Déclaration des prestations	5 jours du premier mois qui suit le trimestre (T+5 jours)	FOSA	T+M1/5	05/07/19	20/07/19	NON	Certains bordereaux n'ont pas de date (CS Bweremana, CS Kabase, CS Matanda), les 3 bordereaux du CS Shasha ont la même date (20/07/19). Bordereau d'Alimbongo reçu le 11/07/19. CS Luseke : des bordereaux du même mois en 2 exemplaires à des dates différentes et signées par les mêmes personnes. CS Ngenkeni : bordereau d'avril non retrouvé.
9.	Vérification de la quantité	25 ^{ème} jour du premier mois qui suit le trimestre (T+25 jours)	Vérificateur EUP	T+M1/25	25/07/19	22/07/19	OUI	
10.	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	02/08/19	25/07/19	OUI	
11.	Harmonisation entre portail et Bordereau	5 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+35 jours)	Vérificateur EUP	T+M2/5	05/08/19	31/07/19	OUI	
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/Charge de Programme	T+M2/6	06/08/19	08/08/19	NON	Certaines factures imprimées le 31/07/19 et quelques autres imprimées le 08/08/19 (Kirotshe), d'autres factures devenues brouillon sont introuvables. Sur 108 factures attendues, 6 sont disponibles.
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	08/08/19	08/08/19	OUI	
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	09/08/19	09/08/19	OUI	
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	10/08/19			Il n'existe pas de feed-back approuvant le travail réalisé par le GT fin

N°	Actions Phares	Echéancier	Responsables	Buttoir (T Ou M/Dates)	Exécution		Respect Procédures	Problèmes Identifiés
					Prévue	Réalisée	OUI/NON	
16.	Transmission au PDSS et CT-AS	11 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+41 jours)	Direction de l'EUP	T+M2/11	11/08/19	02/09/19	NON	Une sanction financière de la DPS venant du Secrétaire général à la santé a bloqué le processus en attendant de tenir compte du contenu des sanctions pour corriger le PV de validation (lettre de sanction le 06/08/19 et reçue entre le 09/08/19).
17.	Comparaison des factures avec les données du Portail	15 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+45 jours)	CT-AS	T+M2/15	15/08/19	11 au 12/09/19	NON	Transmission tardive des factures au PDSS/CT-AS
18.	Transmission factures validées CT-AS au CAGF/PDSS	16 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+46 jours)	CT-AS	T+M2/16	16/08/19	16/09/19	NON	Voir CT-AS (transmission 4 jours après validation)
19.	Transmission CAGF/PDSS vers Banque (Ordre de virement)	21 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+51 jours)	CAGF/PDSS	T+M2/21	21/08/19			Information non disponible
20.	Virement de la Banque vers les comptes bénéficiaires (FOSA, ECZ, ECP)	25 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+58 jours)	Banque	T+M2/25	25/08/19			Information non disponible
21.	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	02/09/19	23/09/19	NON	Suivi des paiements par mail du comptable de l'EUP FASS
22.	Messages auprès des FOSA	4 ^{ème} jour du troisième mois qui suit le trimestre (T+66 jours)	EUP et Antennes	T+M3/4	04/09/19	04/10/19	NON	Le même jour de la CVE, le comptable a informé l'antenne du paiement et les messages ont été adressés aux FOSA
23.	Déplacement des FOSA pour retrait	25 ^{ème} jour du troisième mois qui suit le trimestre (T+87 jours)	FOSA	T+M3/25	25/09/19		NON	Pas encore
24.	Production des rapports des enquêtes communautaires	30 ^{ème} jour du troisième mois qui suit le trimestre (T+90 jours)	ASLO	T+M3/30	30/09/19	30/08/19	OUI	

Source des normes : Nouveau cycle de paiement PBF

Commentaires :

Comme déjà évoqué plus haut, au courant du 2^{ème} trimestre 2019, sur 8 activités attendues, seulement 4 ont pu se réaliser (soit 50%). L'analyse du respect des procédures permet donc de dégager les goulots d'étranglement aux différents maillots de la chaîne ayant conduit in fine à ce faible taux d'exécution des activités prévues. Sur 24 actions phares reprises sur la chaîne, seules 8 ont pu se réaliser dans les délais requis (soit 33%).

Les raisons suivantes sont évoquées pour les activités qui ont connu des retards dans leur exécution :

- **Validation du plan de management (semestriel) :** alors que la date butoir est fixée au 15/01/2019, certains plans de management ont été validés après cette date. Il s'agit du plan de management du CS Vuvoyo (ZS de Kayna) validé le 07/02/2019, celui du CSR de référence Kanyabayonga (ZS de Kayna) validé le 15/02/2019 et celui du CSR Luseke (ZS d'Alimbongo) validé le 24/03/2019. Ces retards s'expliquent essentiellement par un accompagnement tardif de ces 3 formations sanitaires dans l'élaboration de leurs plans de management du 1^{er} semestre 2019 ;
- **Transmission de la demande de paiement et des TdRs évaluation qualité HGR et performance ECZ, demande de non objection pour évaluation qualité HGR, octroi de la**

non objection pour évaluation de la qualité : le dossier transmis par la DPS Nord-Kivu au PDSS ayant été jugé incomplet (certains livrables sont manquants), et la voie de transmission non appropriée (par le canal de l'EUP), sa transmission pour la demande de l'avis de non objection n'a pas pu être faite. Plusieurs échanges entre le PDSS et la DPS Nord-Kivu ont eu lieu sans que le dossier ne soit complété. Après la contre vérification, une mission du PDSS est même arrivée au Nord-Kivu pour, entre autres, appuyer la DPS à finaliser ce dossier. ;

- **Mise à disposition des fonds pour évaluation qualité HGR** : le dossier de demande des fonds n'ayant pas encore été transmis pour avis de non objection, les fonds ne sont pas encore rendus disponibles ;
- **Evaluation de la qualité HGR et performance ECZ** : suite à la non mise à disposition des fonds, cette évaluation ne s'est pas réalisée. De plus, la DPS s'est carrément abstenue de mener cette activité par ses propres moyens car les fonds engagés pour les deux dernières évaluations ne lui sont même pas encore remboursés ;
- **Déclaration des prestations** : faute d'avoir mis en place un système efficace permettant d'obtenir les bordereaux à temps (surtout pour le dernier mois du trimestre), les vérifications sont réalisées sans l'analyse complète de toutes les données du trimestre. Certains bordereaux, comme celui du CS Shasha, sont arrivés à l'EUP le 20/07/2019, pratiquement à 5 jours de la fin des vérification quantitatives ;
- **Emission des factures et préparation de la validation des factures** : suite à une inattention de la part de l'EUP, les factures de la ZS de Kirotshe ont été émises 2 jours après l'échéance. Elles ont été imprimées en pleine séance de validation des factures par le GT financement et CSU, soit le 08/08/2019 ;
- **Transmission au PDSS et CT-AS** : les factures déjà validées par le GT financement et CSU ont été transmises au PDSS trois semaines après. En effet, cette situation s'explique par la nécessité d'intégrer les sanctions financières infligées à la DPS par le secrétariat général à la Santé. Une deuxième validation des factures a été nécessaire et cela a pris du temps ;
- **Comparaison des factures avec les données du Portail, transmission factures validées CT-AS au PDSS** : le retard observé à ce niveau est dû au retard accumulé dans la réalisation des actions en amont du cycle. Néanmoins, la CT-AS a pris 4 jours pour transmettre les factures au PDSS/CAGF après les avoir validées à son niveau, sans qu'aucune explication ne soit fournie ;
- **Déplacement des FOSA pour retrait** : au moment de l'évaluation des procédures au niveau de l'EUP, aucune FOSA ne s'était déjà déplacée pour retirer ses subsides à la banque.

4.5.7.2. Evaluation du contrôle administratif et financier de toutes les factures

Tableau 86 : Evaluation du contrôle administratif et financier dans la province du Nord Kivu

DPS NORD KIVU	FOSA	Montant validé (a)	Montant du portail (b)	Ecart (a-b)	%[(a-b) /a]
ZS Nyiragongo	CS Kibumba	3531,1	3620,7	-89,6	-2,54%
	CS Kiziba	11575,3	11575,3	0	0,00%
	CS Mudja	3796,49	3821,97	-25,48	-0,67%
	CS Ngangi III	10303,05	10303,45	-0,4	0,00%
	CS Turunga	9311,5	9310,39	1,11	0,01%
	HGR Nyiragongo	5284,03	5284,03	0	0,00%
Synthèse ZS Nyiragongo		43801,47	43915,84	-114,37	-0,26%
ZS Rwanguba	CS Bugusa	4711,93	4619,99	91,94	1,95%
	CS Kazuba	1774,7	1774,7	0	0,00%
	CS Mutabo	1935,9	1935,9	0	0,00%
	CS Shinda	7885,9	7877,82	8,08	0,10%
	CS Tshengerero	6267,49	6267,49	0	0,00%
	HGR Rwanguba	29254,36	29254,36	0	0,00%
Synthèse ZS Rwanguba		51830,28	51730,26	100,02	0,19%
Synthèse DPS Nord Kivu		95631,75	95646,1	-14,35	-0,02%

Commentaires

Toutes les quantités et les valeurs ont été comparées à celles reprises dans les factures obtenues du portail et ont été trouvées identiques.

Pour chaque indicateur, les quantités et les montants issus des PV de validation des données collectées sur le terrain ont été comparés à ceux repris dans les factures générées à partir du portail.

D'une manière générale, les écarts ont été pour la plupart en deçà de 10%. Cela traduit une certaine amélioration dans le travail de saisie de bordereaux en quantité et en valeur.

ZS Rwanguba CS Bugusa :

Dans le tableau, la différence est en valeur absolue de -113.36 us \$. En fait, dans le portail, il y a eu survenance d'une erreur de saisie, en quantité, qui a consisté à intervertir au mois de mai 2019 les données entre la consultation prénatale 4^{ème} visite et l'accouchement assisté.

Indicateurs	BORDEREAU			PORTAIL			ECART
	QTE	Barème	Coût Total	QTE	C. Unitaire	Coût Total	
Consultation prénatale 4è	60	1,49	89,4	96	1,49	143,04	53,64
Accouchement assisté	226	4,64	1048,6	190	4,64	881,6	-167
Femme enceinte VIH	2	10,73	21,46	2	10,73	21,46	0
TOTAL ECART							-113,36

4.5.7.3. Evaluation du système d'archivage et de gestion de la documentation**Analyse des traces d'utilisation par les utilisateurs (Logs)****Tableau 87 : Distribution des données saisies et validées dans la province du Nord Kivu**

	ZS Nyiragongo		ZS Rwanguba		Autres ZS		Total	
	Saisie	Val	Saisie	Val	Saisie	Val	Saisie	Val
Evaluation communautaire (T - 1)	0	0	0	0	0	0	0	0
Evaluation de la performance des ECZS	1	0	1	0	4	0	6	0
Evaluation de la qualité des Centres de santé	9	0	19	0	79	0	107	0
Evaluation de la qualité des Hôpitaux	1	0	1	0	4	0	6	0
Fonds d'équité PCA - PVSBG Nord-Kivu	0	0	3	0	1	0	4	0
Fonds d'équité PMA - PVSBG Nord-Kivu	8	0	51	0	53	0	112	0
Quantité PCA	3	0	3	0	12	0	18	0
Quantité PMA	27	0	57	0	237	0	321	0
Total général	49	0	135	0	390	0	574	0

Commentaires :

574 traces des données ont été enregistrées sur le fichier log extrait le 20 septembre 2019. Aucune de ces données n'a été ni validée ni verrouillée sur le portail web. L'encodage, tel que vu sur le fichier, a couvert la période allant du 11 juillet au 16 septembre 2019.

Ces données sont constituées des évaluations communautaires, des évaluations des ECZS, des évaluations de la qualité des CS et HGR, des fonds d'équité PCA et PMA, ainsi que des quantités PCA et PMA.

Les problèmes majeurs relevés par rapport à l'antenne du Nord-Kivu sont les suivants :

1. Le manque de promptitude sur la saisie des données sur le portail

La date butoir de la saisie des données n'a pas été respectée lors de la saisie des données. En effet, les vérificateurs ont encodé les données jusqu'au 16 septembre avec un dépassement de près de 45

jours. Nous recommandons à l'équipe de l'antenne du Nord Kivu de consentir encore beaucoup d'efforts sur ce point afin que l'échéance prévue par les procédures PBF soit respectée.

2. Le manque de validation et de verrouillage des données sur le portail

Ce problème est récurrent dans cette antenne qui ne valide ni ne verrouille les données sur le portail. Il est temps pour la CT-AS de prendre des mesures pour que ces actions soient réalisées. Le CA et le data manager de l'antenne sont au courant, depuis plusieurs missions de contre vérification, qu'ils ne s'acquittent par de leur tâche par rapport à la validation des données sur le portail.

Analyse du système d'archivage

- L'archivage des données en dur s'améliore progressivement bien que des efforts doivent être consentis pour améliorer l'arrangement dans les classeurs car jusqu'à ce jour il y a des documents qui se retrouvent dans des classeurs non appropriés ;
- L'archivage électronique n'est toujours pas au point faute des numériseurs de qualité et des disques durs pour stocker les données scannées.

Analyse de la cohérence des données

Tableau 88 : Analyse de la cohérence des données à partir du log

Organisation unit	Nyiragongo Hôpital Général de Référence		Ecart	Rwanguba Hôpital Général de Référence		Ecart
	Portail	DHIS2		Portail	DHIS2	
Data / Période						
Accouchement assisté - eutocique - FE	30	30	0	69	69	0
Accouchement assisté - eutocique	0		0	13	13	0
Accouchement dystocique (césarienne exclue)	23	23	0	102	102	0
Cas d'hospitalisation au-delà de 72 h	98	98	0	838	838	0
Cas d'hospitalisation au-delà de 72 h - FE	0		0	53	53	0
Cas TBC-BK positifs traités et guéris	11	11	0	6	6	0
Césarienne (50% des accouchements dystociques)	55	55	0	111	111	0
Chirurgie majeure (population x 0.5%)	16	16	0	323	323	0
Consultation externe référée (et rétro-information donnée) - médecin	112	112	0	609	609	0
Dépistage conseil du VIH initié par le prestataire	100	100	0	1035	1035	0
Dépistage des cas TBC - BK positifs	10	10	0	11	11	0
Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylaxie	0	0	0	0	0	0
Nombre de nouveaux cas sous ARV	0	0	0	0	0	0
Petite chirurgie	0		0	0	0	0
Petite chirurgie (population x 1%)	0	0	0	260	260	0
PF : Acceptante nouvelle et renouvellement (oral & inj)	111	111	0	223	223	0
PF : Acceptante nouvelle et renouvellement (DIU et implant)	12	12	0	44	44	0
PF : Ligatures et vasectomies	1	1	0	27	27	0
Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH+	0	0	0	0	0	0
PTME – Femme informée du résultat du test	0	0	0	56	56	0
Transfusion de sang - volontaire	3	3	0	52	52	0
VIH/ SIDA : Nombre de clients ARV suivi dans le semestre	4	4	0	6	6	0

Commentaires :

La comparaison des données issues du portail et celles issues du DSHI2 montre qu'il n'y a pas d'écart, ce qui prouve que l'importation des données se fait sans problème.

Comparaison des scores qualité collectés sur le terrain et ceux saisis dans le portail

LEGENDE

Dans cette section, la présentation des résultats se fait sous forme de tableaux, mettant en exergue les écarts de cohérence entre les scores qualités collectés sur le terrain et ceux qui sont sur le portail web saisis par les différentes entités de vérification (l'équipe cadre de province, les équipes cadre de Zone de santé, les EUP/AAP) et pour lesquelles une facture a été soumise. Ainsi la 1^{ère} colonne renseigne les données qualité en dur, la seconde est relative aux données du portail web et la 3^{ème} le score issu du contrôle arithmétique réalisé par l'ACVE à partir des grilles qualité en dur.

Tableau 89 : Comparaison des scores qualité collectés sur le terrain et ceux saisis dans le portail au Nord Kivu

Zones de santé	FOSA	Score grille qualité en dur (a)	Score qualité portail (b)	Score qualité en dur saisi / ACVE (c)	Ecart 1 (a-b)	Ecart 2 (a-c)
Nyragongo	CS Turunga	80,4	80,38	81,8	0,02	-1,4
	CS Ngangi III	80,8	80,64	80,7	0,16	0,1
	CS Mudja	66,5	67,96	68,2	-1,46	-1,7
	CS Kiziba	86,4	87,1	85,8	-0,7	0,6
	CS Kibumba	81,30	81,42	82,6	-0,12	-1,3
Rwanguba	CS Bugusa	85,00	85,44	85	-0,44	0
	CS Kazuba	77	77,2	72	-0,2	5
	CS Mutabo	80	80,05	81	-0,05	-1
	CS Shinda	87	87,04	87	-0,04	0
	CS Tshengerero	87	87,41	87	-0,41	0

Commentaires :

La comparaison des scores qualités montre qu'il n'y a aucun écart entre les données en dur et celles saisies sur le portail et qu'il n'y a pas tentative de forçage sur le résultat afin de favoriser telle ou telle autre structure en vue de l'obtention du bon score.

4.6. Contrevérification dans la DPS SUD KIVU

Figure 11 : Répartition géographique des zones de santé sélectionnées dans la province du Sud Kivu

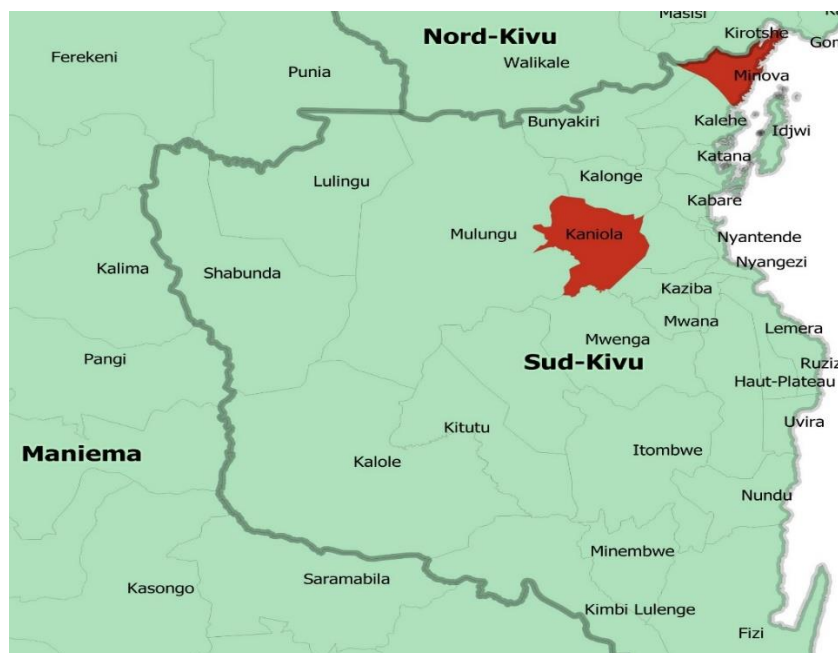


Tableau 90 : Mapping général des écarts entre la vérification/évaluation et la contre vérification dans la DPS Sud Kivu

ECP	3,8%		
AAP	NON REALISEE		
ECZ	NON REALISEE		
HGR Quantité	5,0%	2,5%	3,8%
HGR Qualité	NON REALISEE		
CS Quantité	6,0%	6,6%	6,3%
CS Qualité	5,8%	3,8%	4,8%
Enquêtes communautaires (patients non existants)	0,0%	10,0%	5,0%
Zone de santé	Kaniola	Minova	Moyenne

Commentaire :

Sur les 8 activités prévues, 5 ont été réalisées (soit 62,5%) et ont donc bénéficié de la contre vérification. La cellule de suivi-évaluation du secrétariat général à la Santé publique ne s'est déployée qu'à la fin de la mission de contre vérification au Sud-Kivu. Le cadre de performance des ECZ et la qualité des soins dans les HGR n'ont pas été évalués par l'ECP Sud-Kivu car les TDR et les documents ont pris du temps pour être jugés conformes. Le délai imparti ayant été jugé largement dépassé, la non objection n'a pas pu être accordée par IDA, et donc les fonds n'ont pas été rendus disponibles pour mener ces deux activités. Pour ne pas pénaliser les formations sanitaires, le PDSS a autorisé que les scores du 1^{er} trimestre 2019 soient reportés au 2^{ème} trimestre 2019.

Pour les 5 activités réalisées au courant du 2^{ème} trimestre 2019 et pour lesquelles la contre vérification a pu se réaliser, les constats majeurs sont les suivants :

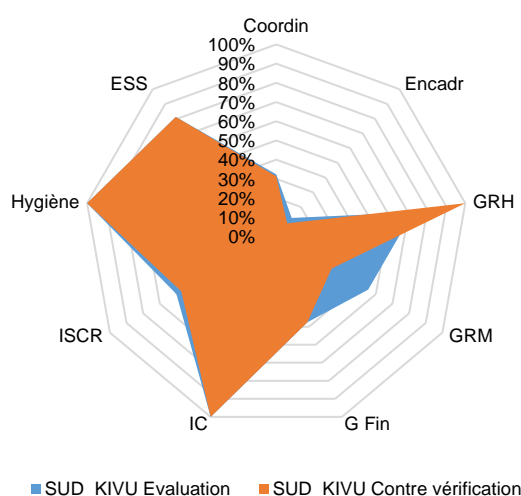
- **Contre vérification du cadre de performance de l'ECP** : suite en grande partie aux problèmes de management interne, la DPS est restée contre performante depuis le 2^{ème} trimestre 2018 (le 3^{ème} et le 4^{ème} trimestres 2018 n'ayant pas été évalués), avec des scores autour de 50%. Pour le 2^{ème} trimestre le score est passé de 50,9% à l'évaluation à 47,1% à la contre vérification externe. 2 domaines ont été à la base de ces écarts : (i) *encadrement des ZS* : 6 rapports étaient disponibles sur les 34 attendus alors que l'évaluation aurait trouvé 8 rapports, (ii) *gestion des ressources matérielles* : le plan de maintenance n'a pas de chronogramme et n'a même pas été exécuté. Pour le responsable du bureau gestion, certains engins des programmes ont bénéficié d'une maintenance sur initiative et fonds propres mais les rapports de ces maintenances n'ont pas été transmis au bureau en charge de la gestion des ressources de la DPS. Ceci traduit en réalité les difficultés qui persistent dans l'intégration effective des programmes spécialisés au sein de la DPS ;
- **Contre vérification quantitative des hôpitaux généraux de référence** : les écarts entre les quantités validées par l'AAP et les quantités contre vérifiées sont restés très peu significatifs avec une moyenne de 3,8% pour les 4 structures hospitalières contre vérifiées. Néanmoins, quand certaines prestations sont prises individuellement, quelques écarts apparaissent dus essentiellement à la non disponibilité de certains documents requis pour valider la prestation (dossiers des patients, billets de référence et/ou de contre référence, partogrammes incomplètement remplis ou incomplets parce que tracés à la main...). Les prestations concernées sont les suivantes : « *consultation externe référée* », « *chirurgie majeure* », « *chirurgie mineure* », « *césarienne* » et « *planification familiale* » ;
- **Contre vérification quantitative des centres de santé** : parmi tous les CS ayant bénéficié de la contre vérification quantitative au Sud-Kivu, seul le CS Muchibwe présente un écart significatif de 16% entre les quantités validées par l'AAP et les quantités contre vérifiées. La raison principale reste un problème interne de personnel du CS et qui a encore été soulevée par l'ACVE lors de la 6^{ème} mission de CVE. En effet, les documents sont intentionnellement portés disparus pour ternir l'image du CS ou pour nuire à certains responsables du CS. Ce

constat est aussi fait et par l'ECZ et par l'AAP lorsqu'elles se rendent au CS Muchibwe, mais à l'heure actuelle aucune mesure n'a été prise pour résoudre définitivement ce problème ;

- **Contre vérification qualitative des centres de santé :** pour les CS, aucun écart significatif entre l'évaluation et la contre vérification n'est noté. Par contre, une mention particulière est faite pour les 2 centres hospitaliers (CH Kalungu et CH Nzibira) qui ont été évalués par l'ECZ, mais avec une grille de l'HGR. Les écarts ont été énormes et ont concerné pratiquement tous les indicateurs. Le laxisme et le clientélisme constatés dans le chef de ceux qui ont évalué ces deux centres hospitaliers a amené l'ACVE à se poser plusieurs questions : **(i)** est-ce que l'ECZ est habilitée à évaluer la qualité des soins dans les centres hospitaliers qui ont un contrat type HGR ? **(ii)** si oui, est-ce que les membres de l'ECZ ont été briefés sur l'utilisation de la grille qualité HGR ? **(iii)** si non, est-ce que l'ECP a délégué cette mission aux ECZ avec toutes les mesures d'accompagnement nécessaires ?
- **Contre vérification communautaire :** les résultats de la contre vérification communautaire sont quasi similaires à ceux des enquêtes communautaires pilotées par l'AAP dans la ZS de Kaniola. Tous les patients existent bel et bien et ont utilisé les services. Les quelques minimes patients non retrouvés par l'ACVE sont ceux qui ont déménagé mais qui existent effectivement. Par contre, dans la ZS de Minova, 10% de patients sont déclarés non existants (car non connus par les chefs des dix ménages et les chefs des villages concernés). Ces cas ont été rapportés à l'AAP pour qu'elle fasse un contrôle interne et questionne le travail fourni par les ASLO concernées.

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

Graphique 18 : Résultats de la contre vérification du cadre de performance de l'ECP Sud Kivu



Commentaires :

Même si l'écart entre l'évaluation et la contre vérification reste non significatif (3,8%), il y a lieu de mentionner la faible performance de la DPS Sud-Kivu (50,9% au T2 2019 et 50,4% au T1 2019). Cette contre-performance est notée déjà depuis le 2^{ème} trimestre 2018 (la DPS est passée de 72% au 1^{er} trimestre 2018 à 56% au 2^{ème} trimestre 2018). Pour le 3^{ème} et le 4^{ème} trimestres 2018, la DPS Sud-Kivu n'a pas pu être évaluée par le CPP.

Sur les 9 domaines contre vérifiés au 2^{ème} trimestre 2019, 3 ont présenté des écarts significatifs.

Pour les 2 domaines ci-dessous, le score de l'évaluation était supérieur à celui de la contre vérification :

Encadrement des zones de santé :

- Sur les 34 ZS de la DPS Sud-Kivu, seules 6 ZS ont bénéficié d'un encadrement polyvalent (rapports des missions faisant foi), alors que l'évaluation aurait retrouvé 8 rapports missions ;
- Pour les 6 ZS, un seul TDR générique a été élaboré et il ne fait pas ressortir les problèmes spécifiques de chaque ZS ;
- Les missions d'accompagnement des ZS étant très irrégulières, il est difficile d'assurer le suivi des progrès réalisés dans l'encadrement des ZS. La DPS est actuellement dans le processus de mise en place des encadreurs provinciaux polyvalents par ZS. Au total, 15 encadreurs viennent d'être briefés sur le processus de coaching des ZS et viennent de se déployer dans

leurs ZS de responsabilité pour y réaliser un état des lieux qui constituera le point de départ pour les prochains encadrements ;

- Le GT prestation n'ayant tenu aucune réunion au courant du 2^{ème} trimestre 2019, la restitution des missions d'encadrement des ZS n'a pas pu se réaliser.

Ressources matérielles :

- Contrairement aux trimestres précédents, le plan d'entretien élaboré pour ce trimestre ne fait pas ressortir le chronogramme d'entretien ;
- Le rapport technique des engins roulants montre qu'aucun entretien ne s'est réalisé au courant du 2^{ème} trimestre 2019. Il semble que, pour certains véhicules des programmes spécialisés, des entretiens sporadiques soient réalisés mais ne sont pas rapportés. Cette situation cacherait en réalité la faible intégration des programmes spécialisés au sein de la DPS.

Par contre, pour le domaine lié à la « **gestion des ressources humaines** », le score de l'évaluation était inférieur à celui de la contre vérification externe. En effet, la base des données des ressources humaines a effectivement été mise à jour, mais l'évaluation a estimé qu'il fallait produire un rapport qui puisse ressortir les modifications intervenues pendant le trimestre en comparaison avec les listes des zones de santé (c'est une bonne recommandation mais ce n'est pas un critère requis pour l'attribution de la cote concernant ce domaine).

4.6.2. Contre vérification du cadre de performance de l'Agence de contractualisation et de vérification (AAP)



Au moment de la contre vérification externe, l'équipe de la Cellule de suivi-évaluation du secrétariat général à la Santé publique ne s'était pas encore déployée au Sud-Kivu pour procéder à l'évaluation de l'AAP. Par conséquent, la contre vérification n'a pas eu lieu à ce niveau pour le 2^{ème} trimestre 2019. En effet, la fin de la mission de CVE a coïncidé avec le début de l'évaluation de l'AAP Sud-Kivu (évaluation qui a combiné le 2^{ème} et le 3^{ème} trimestres 2019).

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



L'ECP Sud-Kivu n'a pas évalué le cadre de performance des ECZ au 2^{ème} trimestre 2019. La seule raison évoquée est que la demande des fonds pour le 2^{ème} trimestre 2019, transmise en retard et non conforme, a été jugée caduque par IDA suite au large dépassement du délai requis, ce qui a entraîné la reconduction des scores des ECZ du 1^{er} trimestre au 2^{ème} trimestre 2019.

4.6.4. Résultats de la contre vérification des hôpitaux généraux de référence du Sud Kivu

Contre vérification quantitative

Tableau 91: Résultats de la contre vérification quantitative des hôpitaux généraux de référence du Sud Kivu

No	Service PCA	Kaniola			Nzibira			Minova			Kalungu		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Nouveaux cas référés vus par médecin	275	281	-2%	369	365	1%	337	246	27%	270	268	1%
2	Contre référence /retro-information donnée	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
3	Cas d'hospitalisation au de-là de 72 h	274	280	-2%	518	382	26%	392	456	-16%	196	220	-12%
4	Chirurgie majeure (population x 0,5%)	63	63	0%	35	19	46%	8	7	13%	27	21	22%
5	Petite Chirurgie (population x 1%)	15	13	13%	38	6	84%	12	11	8%	16	9	44%

No	Service PCA	Kaniola			Nzibira			Minova			Kalungu		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
6	Transfusion de sang – volontaire	139	139	0%	193	194	-1%	83	83	0%	63	63	0%
7	Accouchement eutocique référé	151	141	7%	184	184	0%	48	48	0%	63	66	-5%
8	Césarienne (30% des accouchements dystociques)	95	95	0%	54	42	22%	82	100	-22%	68	69	-1%
9	Accouchement dystocique (césarienne exclue)	103	83	19%	56	54	4%	50	50	0%	39	40	-3%
10	VIH/SIDA Dépistage volontaire	173	173	0%	264	267	-1%	126	126	0%	206	124	40%
11	PTME – Femme informée du résultat du test	205	154	25%	247	247	0%	132	134	-2%	169	141	17%
12	VIH/SIDA Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylaxie	0	0	0%	2	2	0%	1	1	0%	0	0	0%
13	VIH/SIDA Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH +	0	0	0%	2	2	0%	1	1	0%	0	0	0%
14	VIH/SIDA Nombre de nouveaux cas sous ARV	3	3	0%	2	4	-100%	8	9	-13%	7	7	0%
15	VIH/SIDA Nombre de clients ARV suivi pdt 6 mois	0	0	0%	5	2	60%	0	0	0%	4	4	0%
16	Dépistage des cas TBC – BK positifs	2	2	0%	1	1	0%	33	34	-3%	24	24	0%
17	Nombre de cas TBC – BK positifs traités et guéris	1	1	0%	2	2	0%	25	23	8%	27	27	0%
18	PF : nouvelles acceptantes et renouvellement (oral & inj)	25	20	20%	13	13	0%	0	0	0%	85	85	0%
19	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (DIU et implant)	25	23	8%	14	13	7%	0	0	0%	22	22	0%
20	PF : Ligatures et vasectomies	14	12	14%	2	3	-50%	6	6	0%	4	4	0%
TOTAL				5,1%			4,9%			0,0%			5,1%

Commentaires :

Globalement, pour les 4 hôpitaux (2 HGR et 2 CH), aucun écart significatif n'est observé entre la vérification et la contre vérification quantitatives, avec une concordance parfaite entre les quantités validées par l'AAP et celles obtenues par l'ACVE à l'HGR Minova.

Néanmoins, pour certains services pris individuellement dans plus d'un hôpital, les quantités validées sont significativement supérieures aux quantités contre vérifiées pour les raisons suivantes :

- **Nouveaux cas référés vus par médecin** : certains dossiers sans billet de référence à l'HGR Minova n'ont pas été retenus par la contre vérification externe ;
- **Chirurgie majeure** : pour certains patients opérés, le dossier médical n'a pas été retrouvé lors de la contre vérification externe ;
- **Petite chirurgie** : comme pour la chirurgie majeure, certains dossiers ne sont pas retrouvés. Cette situation est beaucoup plus observée au CH Nzibira où tous les patients ambulatoires ayant été pris en charge pour une chirurgie mineure n'ont pas de dossiers classés à l'hôpital ;
- **Césarienne (30% des accouchements dystociques)** : plusieurs partogrammes sont tracés à la main au CH Nzibira et manquent donc certaines rubriques (comme la partie « cervicogramme », la partie « suivi post partum » ...) ;
- **PTME – Femme informée du résultat du test** : la date de communication des résultats du test VIH n'est pas mentionnée sur plusieurs fiches à l'HGR Kaniola et au CH Kalungu. Il est donc difficile d'affirmer que la femme a été informée du résultat de son test VIH tel que le prévoit le libellé de la prestation. Pour certains cas au CH Kalungu, les dates de remise des résultats sont antérieures aux dates de visite ;
- **PF : nouvelles acceptantes et renouvellement (oral & inj)** : certaines fiches de suivi des clientes sous méthodes à courte durée d'action à l'HGR Kaniola n'ont pas été retrouvées lors de la contre vérification ;
- **PF : ligatures et vasectomies** : une patiente a été ligaturée sans lettre de consentement à l'HGR Kaniola, et pour une autre patiente, le protocole opératoire ne mentionne pas l'acte réalisé.

Par contre, pour d'autres services, c'est plutôt les quantités contre vérifiées qui sont supérieures aux quantités validées par l'AAP pour les raisons suivantes :

- **Cas d'hospitalisation au de-là de 72 h** : certains cas ayant totalisé 4 jours à partir de la date d'entrée n'ont pas été validés par l'AAP à l'HGR Minova et à l'HGR Kalungu dans la ZS de Minova ;
- **Césarienne (30% des accouchements dystociques)** : certains cas de césarienne ont été invalidés par l'AAP suite à l'absence du billet de référence et au mauvais remplissage du cervicogramme alors qu'en réalité cela n'est pas exigé pour valider cette prestation ;
- **VIH/SIDA Nombre de nouveaux cas sous ARV** : après comptage des cas dans le registre et confrontation avec les fiches des patients, le nombre de cas retrouvés par la contre vérification était supérieur à celui validé par l'AAP au CH Nzibira et à l'HGR Minova ;

Contre vérification qualitative



L'ECP Sud-Kivu n'a pas évalué la qualité des soins dans les HGR au 2^{ème} trimestre 2019. Comme pour l'évaluation du cadre de performance des ECZ, la seule raison évoquée est que la demande des fonds pour le T2 2019, transmise en retard et non conforme, a été jugée caduque par IDA suite au large dépassement du délai requis, ce qui a entraîné la reconduction des scores ECZ de T1 au T2 2019.

Néanmoins, il y a lieu de noter que 2 centres hospitaliers (un à Kaniola et un à Minova) ont été sélectionnés pour cette période. Ces 2 formations sanitaires ont bénéficié d'une évaluation de la qualité réalisée par leurs ECZ respectives comme des structures à PCA (application de la grille qualité de l'HGR). Ces deux formations sanitaires ont donc bénéficié d'une contre vérification qualitative.

Tableau 92: Résultats de la contre vérification qualitative des centres hospitaliers du Sud Kivu

N°	SERVICE PCA	Nzibira			Kalungu		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	40	18	55%	36	9	75%
2	Plan de management	7	5	29%	7	5	36%
3	Finance	35	36	-3%	39	34	13%
4	Comité des indigents	20	15	25%	0	5	
5	Hygiène	29	15	50%	42	27	37%
6	Consultations externes	91	91	0%	80	71	11%
7	Planning familial	21	19	10%	30	17	43%
8	Laboratoire	13	9	35%	13	8	38%
9	Services d'hospitalisation	174	132	24%	181	134	26%
10	Médicaments et consommables	19	17	11%	20	12	40%
11	Médicaments traceurs	27	13	51%	28	24	15%
12	Service de Gynéco-Obstétrique	32	32	0%	32	32	2%
13	CPN	7	4	37%	5	2	70%
14	VIH/TB	11	8	27%	12	9	27%
15	Chirurgie	80	69	14%	64	51	21%
16	PEC SVS	32	22	30%	27	17	38%
TOTAL/Moyenne des Ecart		637	504	25%	615	453	33%
Ecart des scores		85,47%	67,66%	17,8%	82,55%	60,83%	21,7%

Commentaires :

Les énormes écarts qui se dégagent dans les 2 centres hospitaliers, pratiquement sur toutes les prestations posent beaucoup de questions : (i) est-ce que l'évaluation a été laxiste et sentimentale ? (ii)

est-ce que c'est à l'ECZ que revient la responsabilité d'évaluer les centres hospitaliers (PCA) ? Si oui, est-ce que l'ECZ a été briefée sur la grille qualité HGR (donc avec PCA) ?

1. Centre hospitalier Nzibira (ZS Kaniola) :

Sur les 16 domaines/services contre vérifiés, 12 ont présenté des écarts significatifs (allant jusqu'à plus de 50%) entre le score obtenu lors de l'évaluation réalisée par l'ECZ et celui obtenu lors de la contre vérification externe. Aucun domaine n'a vu son score s'améliorer lors de la contre vérification. Les écarts constatés s'expliquent par les raisons suivantes :

- **Organisation générale** : aucun compte rendu des réunions du CODIR ne fait ressortir la description des problèmes identifiés par service. Le téléphone de l'hôpital n'a pas de crédit. La chambre mortuaire, dont la construction vient à peine de s'achever, n'est pas encore opérationnelle ;
- **Plan de management** : le tarif négocié avec la communauté n'est ni renseigné dans le plan de management, ni annexé à ce plan de management. Le PM ne montre pas la source de financement des soins dispensés aux indigents ;
- **Le comité des indigents** : la réunion du comité des indigents du mois de juin 2019 ne formule aucune recommandation, alors qu'il y a certains problèmes évoqués dans le compte rendu ;
- **Hygiène et élimination des déchets médicaux** : certaines portes des latrines ne sont pas verrouillables de l'intérieur. La fosse à ordures est déjà pleine. La fosse à placenta n'est pas clôturée. La zone des déchets n'est pas signalée par un drapeau lumineux ;
- **Laboratoire** : les images montrant les manifestations des parasites sont en noir et blanc. Le bac à déchet n'a pas de couvercle et le protocole de destruction des déchets n'est pas affiché. L'absence d'alcool-acide rend difficile la réalisation de la coloration de Ziehl pour le diagnostic de la TBC pulmonaire ;
- **Services d'hospitalisation** : l'exiguïté des salles fait que les lits sont serrés, surtout en pédiatrie et en médecine interne, et certains n'ont même pas de table de nuit. En gynéco-obstétrique, certains partogrammes tracés à la main ne présentent pas la partie « cervicogramme », encore moins la partie « suivi du post-partum ». Sur les 5 dossiers tirés au hasard au service de chirurgie, la CVE note l'absence systématique de prise de deux mesures anthropométriques (le poids et de la taille des patients) ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : il est difficile d'identifier les distributeurs certifiés par le ministère de la Santé publique car leur liste n'est pas affichée à l'hôpital ;
- **Médicaments traceurs** : sur les 40 items traceurs, 22 sont en rupture de stock au moment de la contre vérification (soit 55%), alors que l'ECZ a mentionné que seuls 4 items étaient en rupture de stock ou en sous stockage au moment de l'évaluation (soit 10%) ;
- **Consultation prénatale** : les examens de laboratoire de routine (albuminurie, glycosurie, glycémie, hémoglobine) ne sont pas systématiquement réalisés chez les gestantes venues en CPN. L'analyse de cinq dernières fiches montre que l'administration de sulfate de fer n'est pas systématique, et ces fiches ne sont pas signées par l'examineur ;
- **VIH/TB** : les coordonnées des personnes qui supervisent la stratégie DOTS ne sont pas reprises dans le registre (noms, numéro de téléphone) ;
- **Chirurgie** : le registre de stérilisation n'est pas à jour au moment de la CVE. La table d'opération ne peut plus adopter la position latérale ;
- **Prise en charge SVS** : le registre et les fiches des SVS ne sont pas sécurisés car ils sont gardés sur la table (et non sous clé). Le kit « violences sexuelles » est incomplet car ne comprenant ni pommade de massage, ni sérum antitétanique. Les fiches des SVS analysées ne décrivent pas les lésions constatées sur la victime et ne collectent pas les preuves médico-légales.

2. Centre hospitalier Kalungu (ZS Minova) :

Avec un écart de 21,7% entre l'évaluation et la contre vérification externe, seul le service de « gynéco-obstétrique » n'a pas présenté un écart significatif, et pour le « **comité des indigents** », une

amélioration a été observée lors de la contre vérification (la proportion des indigents soignés est de 1,68%, de loin inférieur au plafond fixé à 10%).

Pour tous les autres domaines, les cotes de l'évaluation étaient supérieures à celles de la contre vérification externe pour les raisons suivantes :

- **Organisation générale** : alors que l'évaluation a attribué le maximum de la cote, la CVE n'a retrouvé que 6 comptes rendus des réunions du CODIR sur les 12 attendus. Le téléphone de l'hôpital n'a pas de crédit et son répertoire ne reprend pas les coordonnées de l'hôpital provincial. Les rapports d'analyse SNIS et SIMR ne sont pas transmis au BCZ. Le tableau de bord de suivi des problèmes prioritaires de l'hôpital n'est pas affiché ;
- **Plan de management** : le plan de management de l'hôpital n'est pas endossé par l'AAP et le tarif négocié n'y est pas renseigné ;
- **Gestion financière** : la prime est calculée selon une formule différente de celle reprise dans l'outil d'indices et la charge du personnel dépasse 50% du revenu de l'hôpital (52% au 2^{ème} trimestre 2019) ;
- **Hygiène et élimination des déchets médicaux** : les poubelles ne sont pas couvertes, la fosse d'élimination des déchets n'est pas bordée. Le registre indiquant la date de création de la fosse à ordures n'est pas disponible ;
- **Consultations externes** : le triage n'est pas organisé. Le tarif affiché n'est pas bien compris par plusieurs malades car écrit en français et non en langue locale. La salle de consultations ne dispose pas d'horloge. Le protocole de prise en charge des IRA n'est pas disponible ;
- **Planning familial** : la confidentialité n'est pas assurée dans la salle PF car les vitres ne sont pas couvertes de rideaux alors qu'elles sont bien transparentes ;
- **Laboratoire** : les déchets organiques sont mélangés avec les autres types des déchets. La gestion des réactifs n'est pas rationnelle car leurs fiches de stock sont très mal tenues ;
- **Services d'hospitalisation** : les rapports de garde ne mentionnent pas le numéro de téléphone du superviseur. Le service d'hospitalisation en chirurgie n'est pas organisé (les malades opérés sont hospitalisés en médecine interne). Aucun service ne dispose d'un accès à l'eau potable ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : la liste des fournisseurs agréés est affichée, mais certains achats se font en dehors de ces officines certifiées par le ministère de la Santé publique. Le local est plus ou moins propre, peu aéré la nuit quand les fenêtres sont fermées (par manque de claustres). Plusieurs médicaments essentiels gardés dans l'armoire ne sont pas étiquetés et ne sont pas classés selon l'ordre alphabétique ;
- **Médicaments traceurs** : sur les 40 items traceurs, 9 étaient en rupture de stock lors de la CVE, contre 4 seulement lors de l'évaluation ;
- **Consultation prénatale** : les fiches CPN ne sont pas signées par le prestataire ayant mené cette activité et ne mentionnent pas l'administration de sulfate de fer ;
- **VIH/TB** : le plafond de la salle de consultation est endommagé. Les coordonnées du superviseur DOTS ne sont pas reprises dans le registre. Les tuberculostatiques sont en rupture de stock au moment de la CVE ;
- **Chirurgie** : le registre de stérilisation n'est pas disponible. Les 2 derniers malades opérés ne sont pas enregistrés. La check-list préopératoire n'est pas disponible ;
- **Prise en charge SVS** : contrairement aux observations de l'évaluation, le service de prise en charge des SVS est très peu opérationnel (prise en charge psychologique non assurée, service de physiothérapie non disponible, fiches de référence non disponibles).

4.6.5. Résultats de la contre vérification des centres de santé du Sud Kivu

Contre vérification quantitative

Les quantités contre vérifiées dans les zones de santé de Kaniola sont proches des celles obtenues par l'AAP, les écarts varient entre -1% et 6%. Par contre pour la zone de santé de Minova, les écarts varient largement et vont de -14% à 16%. Un commentaire global expliquant les écarts est effectué pour les structures de la zone de santé de Kaniola et un commentaire par indicateur pour le centre de santé de Muchibwe dans la ZS de Minova.

1. Zone de santé de Kaniola

Tableau 93: Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Kaniola

No	Service PMA	Mwirama			Izege			Luntukulu			Cagala		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe (nvx cas)	1537	1525	1%	2322	2317	0%	1760	1755	0%	1430	1434	0%
2	Cas sévère référé à l'hôpital (avec contre-référence)	47	47	0%	57	52	9%	193	193	0%	20	23	-15%
3	Enfant complètement vacciné	16	12	25%	12	6	50%	0	0	0%	8	8	0%
4	VAT 2+ : Femme complètement protégée	33	34	-3%	20	20	0%	20	19	5%	38	38	0%
5	Consultation prénatale (nouvelle inscrite au 4 ^e mois)	107	102	5%	121	119	2%	42	40	5%	97	97	0%
6	Consultation prénatale (CPN 4)	5	5	0%	44	42	5%	38	38	0%	25	25	0%
7	Grossesse à risque orientée vers l'hôpital avec retro information	39	40	-3%	79	47	41%	22	22	0%	11	15	-36%
8	Accouchement assisté	60	63	-5%	142	138	3%	102	100	2%	70	70	0%
9	Soins postnataux à 6 semaines (Consultation Postnatale)	34	39	-15%	71	71	0%	60	57	5%	0	0	0%
10	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	90	90	0%	71	70	1%	69	69	0%	29	28	3%
11	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (DIU et implant)	39	40	-3%	13	13	0%	26	25	4%	1	1	0%
12	Surveillance de la croissance enfants de 6 à 59 mois	79	0	100%	291	283	3%	167	167	0%	132	115	13%
13	Visite à domicile	110	110	0%	140	141	-1%	158	151	4%	36	36	0%
14	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	199	205	-3%	65	63	3%	194	182	6%	117	116	1%
15	PTME- Femme informée du résultat du test	123	129	-5%	97	97	0%	100	99	1%	61	50	18%
16	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylaxie	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
17	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH+	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
18	Dépistage des cas TBC - BK positifs	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
19	Nombre de cas TBC- BK positif soignés et guéris	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
MOYENNE DES ECARTS				5%			6%			2%			-1%

Commentaires :

Les quantités contre vérifiées dans la zone de santé de Kaniola sont proches de celles de la vérification. Toutes les structures contre vérifiées ont obtenu un écart inférieur à 10%, variant entre -1% et 6%. Quelques indicateurs comme « **enfant complètement vacciné** », « **surveillance de la croissance enfants de 6 à 59 mois** », « **PTME- Femme informée du résultat du test** » ont présenté des quantités inférieures à celles de la CVE suite au non-respect du calendrier vaccinal chez les enfants de moins de 12 mois (aux CS Mwirama et Izege), l'absence des fiches de suivi de croissance pour les enfants de 12 à 59 mois (aux CS Mwirama et Cagala) et à l'absence des dates de communication des résultats pour certaines femmes en PTME (au CS Cagala). Par contre, pour les indicateurs « **cas sévères référés à l'hôpital (avec contre référence)** », « **grossesse à risque orientée vers l'hôpital avec retro information** » et « **soins postnataux à 6 semaines (consultation postnatale)** », la CVE a obtenu des quantités supérieures à celles de la vérification grâce à la disponibilité dans le classement des bons de rétro informations des malades et des femmes enceintes référées et de fiches de suivi CPoN. Ces documents n'étaient pas disponibles lors de la vérification.

2. Zone de santé de Minova

Tableau 94 : Résultats de la contre vérification quantitative des centres de santé de la zone de santé de Minova

No	Service PMA	Bulenga			Muchibwe			Cheya			Kiniezire		
		Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart	Qté Val	Qté CV	Ecart
1	Consultation externe (nvx cas)	2872	1156	60%	1987	1447	27%	1638	1616	1%	2444	2140	12%
2	Cas sévère référé à l'hôpital (avec contre-référence)	177	178	-1%	58	58	0%	26	26	0%	129	129	0%
3	Enfant complètement vacciné	11	9	18%	13	0	100%	23	31	-35%	46	44	4%
4	VAT 2+ : Femme complètement protégée	36	35	3%	10	10	0%	19	28	-47%	31	16	48%
5	Consultation prénatale (nouvelle inscrite au 4 ^è mois)	63	37	41%	49	49	0%	80	78	3%	28	15	46%
6	Consultation prénatale (CPN 4)	18	17	6%	0	0	0%	19	36	-89%	7	5	29%
7	Grossesse à risque orientée vers l'hôpital avec retro information	19	27	-42%	3	0	100%	33	33	0%	55	54	2%
8	Accouchement assisté	141	161	-14%	68	88	-29%	95	95	0%	86	84	2%
9	Soins postnataux à 6 semaines (Consultation Postnatale)	116	72	38%	42	42	0%	68	87	-28%	86	84	2%
10	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	85	74	13%	95	95	0%	74	122	-65%	78	146	-87%
11	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (DIU et implant)	5	5	0%	13	13	0%	13	13	0%	78	73	6%
12	Surveillance de la croissance enfants de 6 à 59 mois	984	725	26%	168	0	100%	61	59	3%	811	750	8%
13	Visite à domicile	45	82	-82%	56	56	0%	78	78	0%	27	27	0%
14	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	128	129	-1%	219	225	-3%	82	82	0%	115	112	3%
15	PTME- Femme informée du résultat du test	96	92	4%	100	100	0%	116	126	-9%	148	101	32%
16	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylaxie	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
17	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH+	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
18	Dépistage des cas TBC - BK positifs	0	3		0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
19	Nombre de Cas TBC- BK positif soignés et guéris	0	7		0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%
MOYENNE DES ECARTS				4%			16%			-14%			6%

Commentaires :

Deux CS sur quatre dans la ZS de Minova présentent des écarts significatifs (supérieurs à 10% à Muchibwe et inférieurs à -10% à Cheya). Pour le CS Muchibwe, les quantités de la vérification sont

supérieures aux quantités de la contre vérification par le simple fait que le centre connaît un problème de manque de collaboration entre le personnel. Certains documents vus lors de la vérification ne se sont plus vus lors de la contre vérification car, suite au manque de collaboration entre agents, certains se permettent de volatiliser les outils. L'IT du centre de santé a souhaité, suite au mauvais climat de travail qui règne au sein de sa structure, être remplacé ; chose qui sera faite d'ici peu par l'ECZ.

Au centre de santé Cheya, l'absence du responsable de service de CPN et CPS lors de la vérification n'a pas permis au vérificateur de voir certaines fiches. Celles-ci ont été rendues disponibles lors de la contre vérification, c'est cela qui entraîne que les quantités de la contre vérification soient supérieures aux quantités de la vérification.

2.1. Centre de santé Muchibwe :

Trois indicateurs sur 19 présentent des écarts significatifs entre les quantités de la vérification et celles de la contre vérification. Ci-dessous les raisons qui expliquent ces écarts :

- **Enfant complètement vacciné** : contrairement à la vérification, la contre vérification n'a pas vu le registre vaccination. Bien que les efforts aient été consentis par la contre vérification, même le jour de la restitution à la zone de santé, l'IT n'a pas présenté le document et a même fermé son téléphone ;
- **Surveillance de la croissance enfants de 6 à 59 mois** : la contre vérification n'a pas retrouvé le registre CPS.

Par ailleurs, les quantités de la vérification pour l'indicateur « **accouchement assisté** » sont inférieures aux quantités de la contre vérification suite à la présence des partogrammes non rendus disponibles lors de la vérification. La contre vérification a aussi constaté que la vérification a tenu compte de la qualité dans le remplissage de partogramme (remplissage correcte du cervicogramme).

2.2. Centre de santé Cheya :

Six indicateurs sur 19 présentent des quantités supérieures à la contre vérification contrairement à ce qui a été observé à la vérification et ont présenté des écarts significatifs pour les raisons suivantes :

- **Enfant complètement vacciné** : l'absence du responsable de la vaccination le jour de la vérification n'a pas permis de voir toutes les fiches contrairement à la contre vérification qui a vu les fiches qui retracent les doses avec respect du calendrier vaccinal ;
- **VAT 2+ : femme complètement protégée** : certaines fiches non vues lors de la vérification suite à l'absence du responsable de CPN ont été rendues lors la contre vérification ;
- **Consultation prénatale (CPN 4)** : certaines fiches non vues lors de la vérification suite à l'absence du responsable de CPN ont été vues à la contre vérification ;
- **Soins postnataux à 6 semaines (consultation postnatale)** : contrairement à la vérification qui a trouvé le registre non à jour pour le mois de juin 2019, la CV a vu le registre déjà complété ;
- **PF : acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)** : toutes les fiches pour les cas déclarés ont été vues lors de la contre vérification contrairement à ce que la vérification avait observé.

Contre vérification qualitative

La qualité contre vérifiée dans les zones de santé de Kaniola et de Minova montre que seul le centre de santé de Luntukulu de la zone de santé de Kaniola a réalisé un écart significatif de 10,4%. Pour les deux zones, les écarts des scores varient entre 1% et 10,4% avec une moyenne des scores de 6,2% à Kaniola et de 3% à Minova. Un commentaire global est fait pour la zone de santé de Minova et détaillé par domaine avec écart significatif pour le centre de santé Luntukulu.

1. Zone de santé de Kaniola

Tableau 95: Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Kaniola

N°		Mwirama			Izege			Luntukulu			Cagala		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	21	26	-21%	22	29	-32%	19	26	-39%	22	27	-24%
2	Plan de management	9	6	33%	9	9	0%	9	9	0%	7	8	-14%
3	Finance	13	14	-8%	13	11	15%	14	13	7%	14	12	14%
4	Comité des indigents	17	15	12%	0	15		15	10	33%	20	20	0%
5	Hygiène et stérilisation	13	15	-16%	24	21	11%	28	20	27%	21	24	-15%
6	Consultations externes	103	92	10%	117	75	36%	110	74	32%	93	79	15%
7	Planning familial	27	17	36%	24	18	25%	23	23	0%	21	24	-14%
8	Laboratoire	7	6	14%	9	9	0%	10	11	-8%	11	11	0%
9	Services d'observation	4	5	-12%	3	3	-18%	4	4	-6%	3	3	17%
10	Médicaments et consommables	10	15	-51%	25	20	20%	20	16	20%	19	20	-5%
11	Médicaments traceurs	6	10	-67%	3	4	-33%	16	6	65%	6	3	55%
12	Service de maternité	22	17	23%	21	24	-12%	24	23	4%	20	21	-5%
13	PEV	18	16	13%	16	19	-20%	17	18	-7%	17	17	-3%
14	CPN	9	10	-11%	9	9	0%	9	11	-22%	10	9	10%
15	VIH/TB	3	4	-40%	5	3	40%	4	4	0%	4	3	29%
16	PEC SVS	6	2	67%	8	7	13%	14	21	-50%	5	4	20%
TOTAL/Moyenne des Ecart		287	269	0%	306	275	5%	334	289	6%	290	282	7%
Ecart des scores		65,8%	61,7%	4%	70,2%	63,1%	7%	76,6%	66,2%	10%	66,5%	64,7%	2%

Commentaires :

Seul le **centre de santé Luntukulu** présente un écart des scores significatif (10,4%).

Sur les 16 domaines contre vérifiés pour la qualité dans cette structure, 8 présentent une différence des cotes significative entre l'évaluation et la contre vérification. Pour les domaines suivants, les cotes de l'évaluation étaient supérieures à celles de la contre vérification pour les raisons suivantes :

- **Comité pour indigents** : le compte rendu de la réunion du comité d'indigents tenu au mois de juin 2019 n'est pas retrouvé ;
- **Hygiène et stérilisation** : la salle de bain n'a pas de réservoir d'eau et ne dispose pas de fosse d'assainissement pour l'évacuation des eaux usées. Les poubelles utilisées ne sont pas de couleurs distinctes, n'ont pas de pédales et ne sont pas bordées. Le protocole de destruction des déchets n'est pas affiché et le trou à placenta n'a pas de clôture ;
- **Consultation externe** : le tarif des soins n'est pas exprimé en langue locale, les protocoles de prise en charge de la diarrhée et de la PCIME ne sont pas correctement appliqués. Les matelas utilisés ont des housses déchirées ;
- **Médicaments et consommables médicaux** : les prestataires réalisent les prescriptions dans les carnets, n'utilisent pas les ordonnances ;
- **Médicaments traceurs** : sur 17 Items contre vérifiés, 11 soit 65% sont en rupture de stock.

Par ailleurs, d'autres domaines ont vu leurs cotes s'améliorer pour les raisons suivantes :

- **Organisation générale** : les protocoles de VAD échantillonnés montrent que les visites étaient effectuées par 3 personnes ;
- **Soins prénataux** : le registre de la CPN était disponible, bien rempli ainsi que les cartes CPN ;
- **PEC SVS** : les fiches de suivi des SVS sont disponibles et bien remplies. Celles-ci n'étaient pas présentées lors de l'évaluation.

2. Zone de santé de Minova

Tableau 96: Résultats de la contre vérification qualitative des centres de santé de la zone de santé de Minova

N°		Bulenga			Muchibwe			Cheya			Kiniezire		
		Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart	Eval	CV	Ecart
1	Organisation générale	28	26	8%	29	25	14%	31	31	0%	31	31	0%
2	Plan de management	9	9	0%	7	7	-8%	8	7	7%	9	6	39%
3	Finance	13	12	8%	11	11	0%	15	15	0%	11	15	-36%
4	Comité des indigents	20	15	25%	20	20	0%	20	20	0%	20	20	0%
5	Hygiène et stérilisation	26	26	-2%	27	14	48%	26	21	19%	30	24	22%
6	Consultations externe	121	120	0%	116	128	-10%	116	123	-6%	124	128	-3%
7	Planning familial	29	24	17%	29	17	41%	25	18	27%	24	25	-4%
8	Laboratoire	16	17	-6%	4	8	110%	16	17	-6%	4	4	0%
9	Services d'observation	4	6	-52%	5	5	-5%	5	6	-23%	5	5	10%
10	Médicaments et consommables	25	25	1%	25	20	21%	25	20	21%	25	19	25%
11	Médicaments traceurs	14	11	25%	13	11	12%	14	16	-14%	13	8	40%
12	Service de maternité	24	24	-2%	23	24	-7%	23	24	-4%	23	23	2%
13	PEV	18	11	42%	16	20	-25%	20	19	5%	19	19	0%
14	CPN	11	11	0%	9	10	-11%	11	10	9%	10	9	10%
15	VIH/TB	12	12	4%	3	7	117%	11	12	-5%	12	7	42%
16	PEC SVS	10	7	35%	8	12	-44%	8	4	50%	10	8	23%
TOTAL/Ecart des moyennes		378	353	6%	344	338	-14%	373	362	5%	370	348	11%
Ecart des scores		87%	81%	6%	79%	78%	1%	86%	83%	3%	85%	80%	5%

Commentaires :

Toutes les formations sanitaires contre vérifiées n'ont pas présenté des écarts significatifs entre le score de l'évaluation et celui de la contre vérification.

Néanmoins, certains domaines présentent des écarts significatifs entre les cotes d'évaluation et celles de la contre vérification. Il s'agit de :

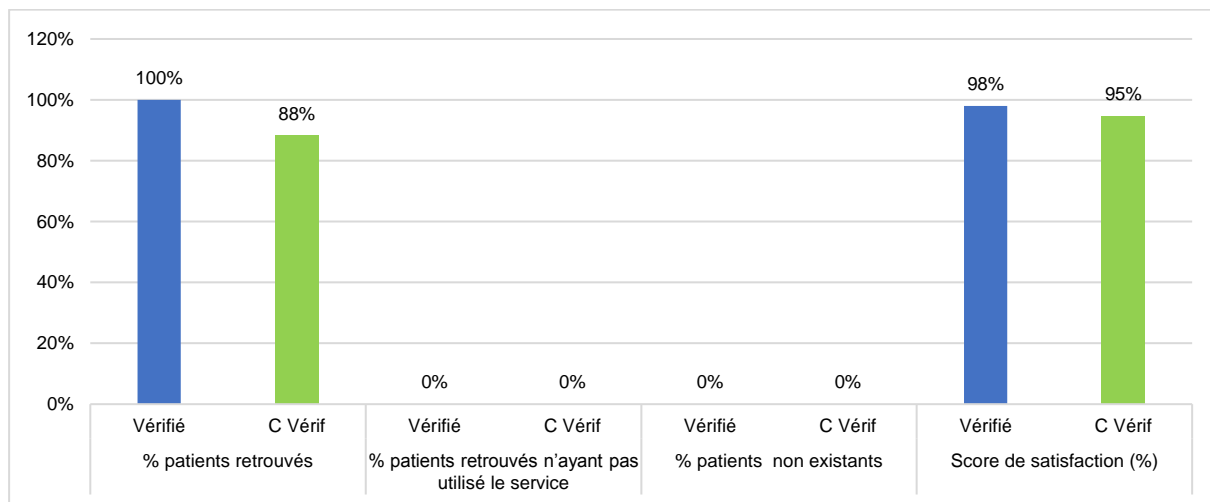
- **Hygiène et stérilisation** : les bacs à déchets n'ont pas de pédales. La fosse à ordures est proche des ménages et le protocole de destruction de déchets n'est pas affiché dans les centres de santé Muchibwe, Cheya et Kiniezire ;
- **Planification familiale** : le DIU est en rupture de stock et les brevets de formation ne sont pas disponibles dans les centres de santé Bulungu, Muchibwe et Cheya ;
- **Médicament et consommables/Médicaments traceurs** : la contre vérification a noté une faible disponibilité des médicaments dans les FOSA. Les prescriptions ne sont pas faites sur ordonnances. Plusieurs achats sont réalisés en dehors du circuit agréé par le MSP dans les CS Bulungu, Muchibwe et Kiniezire ;
- **PEC SVS** : dans trois formations sanitaires (Bulenga, Cheya et Kiniezire), la contre vérification externe a noté l'absence d'intrants, l'absence d'outils et d'équipements appropriés pour une bonne prise en charge des SVS.

4.6.6. Résultats de la contre vérification communautaire

Les résultats de la contre vérification communautaire réalisée dans les zones de santé de Kaniola et de Minova montrent que l'AAP a trouvé tous les usagers échantillonnés dans les deux zones. Pour 6% des usagers contre vérifiés dans la zone de santé de Minova, l'existence n'est pas prouvée dans la communauté. En moyenne 99% des usagers étaient satisfaits des services contre 84% pour la contre vérification. 12% des usagers enquêtés n'étaient pas retrouvés dans la zone de santé de Kaniola et 10% des usagers enquêtés n'existent pas dans la zone de santé de Minova. Un commentaire elucidant cette situation est fait en dessous de chaque diagramme par zone de santé.

1. Zone de santé de Kaniola :

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



Commentaires :

La vérification et la contre vérification communautaires avaient retrouvé tous les usagers enquêtés dans les 6 structures de la zone de santé de Kaniola.

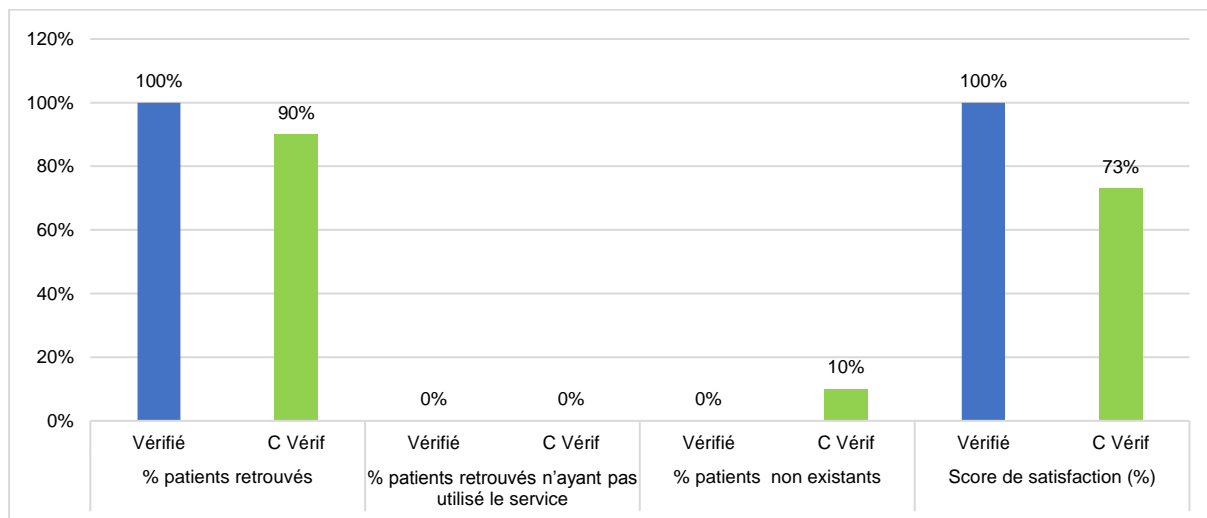
Toutefois, 7 usagers contre vérifiés soit 12% n'étaient pas retrouvés, dont 2 usagers (1 du CH Nzibira et 1 autre du CS Izege) ont démangé et 5 usagers du CS Luntukulu se sont déplacés vers les carrées miniers.

Concernant la satisfaction des personnes enquêtées, 98% d'usagers se sont déclarés satisfaits des services lors de la vérification contre 95% lors de la contre vérification. Les raisons suivantes ont conduit à la non satisfaction des usagers par rapport aux soins reçus :

- Les infirmiers ne lavent pas les malades grabataires et ne leur prodiguent pas des conseils à la sortie de l'hôpital (**HGR Kaniola et CH Nzibira**). Les infirmiers sont en nombre insuffisant (**CH Nzibira, CS Mwirama et CS Izege**) et ceux du **CS Izege** ne respectent pas les heures des services ;
- Les locaux sont insuffisants au **CS Mwirama** ;
- Le tarif reste inaccessible pour certains malades (**HGR Kaniola, CS Mwirama, Izege, Luntukulu et Cagala**) ;
- Une rupture en médicament est régulièrement observée au **CS Izege** et de **Luntukulu** ;
- Un manque en eau potable était observé aux CS **Mwirama et Luntukulu**.

2. Zone de santé de Minova :

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



Commentaires :

La proportion des clients retrouvés dans la communauté est de 90% pour la contre vérification et de 100% pour l'enquête communautaire. La contre vérification n'a pas retrouvé 6 clients soit 10% de l'échantillon. Les personnes non retrouvées sont celles soignées dans trois formations sanitaires à savoir le CS Cheya (3 personnes), le CH Kalungu (2 personnes) et l'HGR Minova (1 personne). Ces personnes ont été confirmées non existantes par les chefs de dix ménages dans les quartiers/villages renseignés comme adresse de résidence.

Tous les clients retrouvés ont confirmé avoir bénéficié des services dans les FOSA concernées. La contre vérification communautaire note que 73% de clients étaient satisfaits des services dont ils ont été bénéficiaires alors que l'enquête communautaire en a noté 100%. Les raisons suivantes ont conduit à la non satisfaction de patients par rapport aux soins reçus :

- Eviter le langage déplacé vis-à-vis des patients à l'accueil au **CS Cheya** ;
- Renouveler les équipements vétustes à l'**HGR Minova**, rendre disponibles les seaux, les draps et les matelas aux **CS Bulenga, Cheya, Muchibwe** et au **CH Kalungu**. Remplacer les lits en bois par des lits métalliques au **CS Kiniezire** ;
- Eviter la rupture des médicaments dans toutes les six formations sanitaires et éviter la remise des ordonnances au **CS Cheya** ;
- Réduire le tarif au niveau de toutes les formations sanitaires ;
- Désinfecter les lits pour éviter les punaises au **CS Kiniezire**.

4.6.7. Evaluation du respect des procédures

4.6.7.1. Appréciation du respect des procédures du FBP

Tableau 97 : Appréciation du respect des procédures du FBP dans la province du Sud Kivu

N°	Actions Phares	Echéancier	Responsables	Buttoir (T Ou M/Dates)	Exécution		Respect Procédures	Problèmes Identifiés
					Prévue	Réalisée	OUI/NON	
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	15/01/19	15 au 24/01/19	NON	Les missions de vérification/validation des PM étaient retardées suite à l'incertitude de la période post-électorale
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	04/06/19	26/07/19	NON	
3.	Demande de Non Objection pour évaluation qualité HGR	10 ^{ème} jour du troisième mois du trimestre concerné par évaluation qualité (M0)	PDSS	T(M3) /10	10/06/19	Non réalisée	NON	Demande jugée caduque par IDA suite au délai largement dépassé et à la reconduction des scores qualité du T1 auT2 2019
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	20/06/19	Non réalisée	NON	Demande jugée caduque par IDA suite au délai largement dépassé et à la reconduction des scores qualité du T1 auT2 2019
5.	Mise à disposition des fonds pour évaluation qualité HGR	27 ^{ème} jour du troisième mois du trimestre concerné par évaluation qualité (M0)	CAGF/PDSS	T(M3) /27	27/06/19	Non réalisée	NON	Fonds non rendus disponibles
6.	Evaluation de la qualité CS	Fin du troisième mois du trimestre concerné (M0)	ECZ	T+M1/15	15/07/19	03/07/19	OUI	
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	15/07/19	Non réalisée	NON	Fonds non rendus disponibles et report de score de T1 au T2 2019
8.	Déclaration des prestations	5 jours du premier mois qui suit le trimestre (T+5 jours)	FOSA	T+M1/5	05/07/19	05/07/19	OUI	
9.	Vérification de la quantité	25 ^{ème} jour du premier mois qui suit le trimestre (T+25 jours)	Vérificateur EUP	T+M1/25	25/07/19	05 au 22/07/19	OUI	
10.	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	02/08/19	20 au 25/07/19	OUI	
11.	Harmonisation entre portail et Bordereau	5 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+35 jours)	Vérificateur EUP	T+M2/5	05/08/19	05/08/19	OUI	
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/C charge de Programme	T+M2/6	06/08/19	05/08/19	OUI	
13.	Validation des factures par le GT Financement & CSU	8 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+38 jours)	Antenne/Sou s- Commission	T+M2/8	08/08/19	14/08/19	NON	Retard d'une semaine car période ayant coïncidé avec la préparation de la campagne MIILD
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	09/08/19	NA		
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	10/08/19	15/08/19	NON	Factures validées en retard par le GT Financement et CSU
16.	Transmission au PDSS et CT-AS	11 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+41 jours)	Direction de l'EUP	T+M2/11	11/08/19	19/08/19	NON	

N°	Actions Phares	Echéancier	Responsables	Buttoir (T Ou M/Dates)	Exécution		Respect Procédures	Problèmes Identifiés
					Prévue	Réalisée	OUI/NON	
17.	Comparaison des factures avec les données du Portail	15 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+45 jours)	CT-AS	T+M2/15	15/08/19	22 au 23/08/19	NON	Factures transmises en retard par l'AAP
18.	Transmission factures validées CT-AS au CAGF/PDSS	16 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+46 jours)	CT-AS	T+M2/16	16/08/19	26/08/19	NON	
19.	Transmission CAGF/PDSS vers Banque (Ordre de virement)	21 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+51 jours)	CAGF/PDSS	T+M2/21	21/08/19	08/09/19	NON	
20.	Virement de la Banque vers les comptes bénéficiaires (FOSA, ECZ, ECP)	25 ^{ème} jour du deuxième mois qui suit le trimestre (T+58 jours)	Banque	T+M2/25	25/08/19	10/09/19	NON	
21.	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	02/09/19	30/08/19	OUI	
22.	Messages auprès des FOSA	4 ^{ème} jour du troisième mois qui suit le trimestre (T+66 jours)	EUP et Antennes	T+M3/4	04/09/19	11/09/19	NON	
23.	Déplacement des FOSA pour retrait	25 ^{ème} jour du troisième mois qui suit le trimestre (T+87 jours)	FOSA	T+M3/25	25/09/19	A partir du 12/09/19	OUI	
24.	Production des rapports des enquêtes communautaires	30 ^{ème} jour du troisième mois qui suit le trimestre (T+90 jours)	ASLO	T+M3/30	30/09/19	25/09/19	OUI	

Source des normes : Nouveau cycle de paiement PBF

Commentaires :

Contrairement aux trimestres passés, pour le 2^{ème} trimestre 2019, les formations sanitaires du Sud-Kivu ont pu retirer leurs subsides dans les délais. Les retards enregistrés dans certains maillons n'ont pas été énormes (autour de 7 jours) et ont été dus pour la plupart au retard qu'a enregistré le GT financement et CSU pour valider les factures. Les raisons suivantes expliquent certains retards observés :

- **Validation du plan de management (semestriel) :** le plan étant semestriel, sa validation devait se faire au plus tard le 15/01/2019. L'incertitude de la période post-électorale n'a pas permis d'accompagner la validation des plans de management dans les délais, toutes les missions sur le terrain ayant été remises à plus tard ;
- **Transmission de la demande de paiement et des TdRs évaluation qualité HGR et performance ECZ, demande de non objection pour évaluation qualité HGR, Octroi de la non objection pour évaluation de la qualité, mise à disposition des fonds pour évaluation qualité HGR :** ces 4 actions sont séquentielles et constituent les préalables à l'évaluation du cadre de performance des ECZ et de la qualité des soins dans les HGR. La transmission des TDR par la DPS a connu un retard car l'évaluation du 1^{er} trimestre 2019 venait à peine de se réaliser. Ensuite, les échanges entre la DPS et le PDSS pour rendre les TDR et les livrables recevables se sont allongés. Au finish, le large dépassement de délai a amené IDA à juger cette demande non recevable et donc la non objection n'a pas été octroyée. L'évaluation ne pouvant plus se réaliser, le PDSS a proposé la reconduction des scores qualité du 1^{er} trimestre 2019 au 2^{ème} trimestre 2019, ce qui a été fait ;
- **Evaluation de la qualité HGR et performance ECZ :** pour les raisons déjà évoquées plus haut, les fonds pour cette activité n'ont pas été rendus disponibles ;
- **Validation des factures par le GT Financement & CSU :** les factures ont été validées avec 7 jours de retard. Ce retard s'est répercuté sur plusieurs maillons du cycle PBF en aval, néanmoins les formations sanitaires ont pu retirer leurs subsides à temps ;

4.6.7.2. Evaluation du contrôle administratif et financier de toutes les factures

Tableau 98 : Evaluation du contrôle administratif et financier dans la province du Sud Kivu

DPS SUD KIVU	FOSA	Montant validé (a)	Montant du portail (b)	Ecart (a-b)	%[(a-b) / a]
ZS Kaniola	CS Nzibira	6754,64	6754,64	0	0,00%
	CS Mwirama	1984,03	1984,03	0	0,00%
	CS Izege	2944,55	2944,55	0	0,00%
	CS Luntukulu	3322,08	3322,08	0	0,00%
	CS Cagala	1284,32	1284,32	0	0,00%
	HGR Kaniola	7983,68	7983,68	0	0,00%
Synthèse ZS Kaniola		24273,3	24273,3	0	0,00%
ZS Minova	CS Bulenga	2809,25	2791,91	17,34	0,62%
	CS Muchibwe	1912,01	1912,01	0	0,00%
	CS Cheya	1970,54	1970,54	0	0,00%
	CS Kalungu	7210,21	7145,51	64,7	0,90%
	CS Kiniezire	3791,26	3791,26	0	0,00%
	HGR Minova	7569,18	7511,45	57,73	0,76%
Synthèse ZS Minova		25262,45	25122,68	139,77	0,55%
Synthèse DPS Sud Kivu		49535,75	49395,98	139,77	0,28%

Commentaires

Toutes les quantités et les valeurs ont été comparées à celles reprises dans les factures obtenues du portail et ont été trouvées identiques.

4.6.7.3. Evaluation du système d'archivage et de gestion de la documentation

Analyse des traces d'utilisation par les utilisateurs (Logs)

Tableau 99 : Distribution des données saisies et validées dans la province du Sud Kivu

	ZS Kaniola		ZS Minova		Autres ZS		Total	
	Saisie	Val	Saisie	Val	Saisie	Val	Saisie	Val
Avance et Budget ECZS	1	0	1	0	114	110	116	110
Evaluation communautaire (T - 1)	18	15	22	18	12	0	52	33
Evaluation de la qualité des Centre de Santé	15	15	18	18	116	111	149	144
Evaluation de la qualité des Hôpitaux	2	1	3	0	0	0	5	1
Fonds d'équité PCA - PVSBG Sud-Kivu	9	0	12	0	12	0	33	0
Fonds d'équité PMA - PVSBG Sud-Kivu	45	45	54	54	366	330	465	429
Quantité PCA	9	0	12	0	0	0	21	0
Quantité PMA	45	45	54	54	366	330	465	429
Total général	144	121	176	144	986	881	1306	1146

Commentaires :

Selon le fichier le log qui a été extrait le 20 septembre 2019, le Sud Kivu a enregistré 1306 données sur le portail parmi lesquelles 1146, soit 87,75%, ont été validées et verrouillées sur le portail web. La saisie des données avait débuté le 4 juillet pour prendre fin le 10 septembre 2019.

Les avances budgets ECZS, les évaluations communautaires, les évaluations de la qualité des CS et des HGR, les fonds d'équités PCA et PMA ainsi que les quantités PMA et PCA sont les domaines qui ont été encodés sur le portail.

Après analyse du fichier, nous avons relevé les problèmes suivants :

1. Le manque de promptitude sur la saisie des données sur le portail

L'encodage des données par les vérificateurs de l'AAP Sud-Kivu est allé jusqu'au 10 septembre 2019 en dépassement par rapport à la date limite qui était fixée au 2 août 2019. Nous encourageons les vérificateurs à consentir encore beaucoup plus d'efforts et de sacrifices pour le respect des procédures quant à la saisie des données sur le portail.

2. Le manque de complétude sur la validation et le verrouillage des données sur le portail

Nous reconnaissons les efforts fournis par le CP de l'AAP Sud-Kivu qui a pu valider et verrouiller 87,75% de données sur le portail. Nous lui suggérons de fournir encore quelques efforts supplémentaires pour l'atteinte de 100% des données validées et verrouillées sur le portail web.

Analyse du système d'archivage

- Les données en dur telles que les plans de management, les contrats, les bordereaux quantité, les grilles qualité, ainsi que les documents de gestion de l'AAP sont stockées dans des classeurs appropriés, bien étiquetés et sont placés dans une étagère au bureau du CP. Chaque classeur est identifiable par son nom ainsi que sa période (mois, année, trimestre...).
- En ce qui concerne l'archivage électronique, la sauvegarde est faite sur un serveur dédié. Outre ce serveur, l'AAP SK a ouvert une boîte mail où elle stocke toutes ses données. De plus, l'AAP a souscrit à un provider "cloud" où elle loge encore ses données pour plus de sécurité.

Analyse de la cohérence des données

Tableau 100 : Analyse de la cohérence des données à partir du log

Organisation unit	CS Cagala		Ecart
	Portail	DHIS2	
Data / Période			
Accouchement assisté	70	70	0
Accouchement assisté - FE	3	3	0
Cas sévère référés à l'hôpital (contre-référence disponible)	20	20	0
Cas TBC-BK positifs traités et guéris	0	0	0
Consultation externe (nvx cas)	1430	1430	0
Consultation externe (nvx cas) - FE	0	0	0
Consultation postnatale	0	0	0
Consultation prénatale 1ère visite	97	97	0
Consultation prénatale 4ème visite	25	25	0
Dépistage conseil du VIH initié par le prestataire	117	117	0
Dépistage des cas TBC - BK positifs	0	0	0
Enfant complètement vacciné	8	8	0
Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophyl	0	0	0
Grossesse à risque orientée vers l'hôpital avec rétro-information	11	11	0
Petite chirurgie (population x 1%) - FE	0	0	0
PF : Acceptante nouvelle et renouvellement (DIU et implant)	1	1	0
PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (DIU et implant) - FE		0	0

Organisation unit	CS Cagala		Ecart
	Portail	DHIS2	
PF : Acceptante nouvelle et renouvellement (oral & inj)	29	29	0
PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj) - FE	0	0	0
Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH+	0	0	0
PTME – Femme informée du résultat du test	61	61	0
Surveillance de la croissance enfants de 12 à 59 mois	120	120	0
VAT 2+ : Femme complètement protégée	38	38	0
Visite à domicile : (évacuation de déchets, latrine ou toilette dispo, moustiquaire dispo, accès à l'eau propre, utilisation PF, et vaccination)	36	36	0

Commentaire :

Les données ont été correctement importées du portail web vers le DHIS2 tel que nous le montre le cas du centre de santé Cagala dans la ZS de Kaniola ci-haut repris.

Comparaison des scores qualité collectés sur le terrain et ceux saisis dans le portail

LEGENDE

Dans cette section, la présentation des résultats se fait sous forme de tableaux, mettant en exergue les écarts de cohérence entre les scores qualités collectés sur le terrain et ceux qui sont sur le portail web saisis par les différentes entités de vérification (l'équipe cadre de province, les équipes cadre de Zone de santé, les EUP/AAP) et pour lesquelles une facture a été soumise. Ainsi la 1^{ère} colonne renseigne les données qualité en dur, la seconde est relative aux données du portail web et la 3^{ème} le score issu du contrôle arithmétique réalisé par l'ACVE à partir des grilles qualité en dur.

Tableau 101 : Comparaison des scores qualité collectés sur le terrain et ceux saisis dans le portail au Sud Kivu

Zone de santé	FOSA	Score grille qualité en dur (a)	Score qualité portail (b)	Score qualité en dur saisie / ACVE (c)	Ecart 1 (a-b)	Ecart 2 (a-c)
ZS Kaniola	CH Nzibira	85,6	85,66	85	-0,06	0,6
	CS Mwirama	68,1	66,24	68,5	1,86	-0,4
	CS Izege	70,2	70,01	68,5	0,19	1,7
	CS Luntukulu	75,2	75,72	75,5	-0,52	-0,3
	CS Cagala	66,50	67,08	66,5	-0,58	0
ZS Minova	CS Bulenga	86,00	86,8	87	-0,8	-1
	CS Muchibwe	78,8	79,6	79	-0,8	-0,2
	CS Cheya	87	87,41	86	-0,41	1
	CH Kalungu	82,3	83,45	83	-1,15	-0,7
	CS Kiniezire	87,7	86,24	85	1,46	2,7

Commentaires :

La comparaison des données du portail et celles en dur n'a pas donné un écart significatif qui nous aurait poussé à conclure qu'il y a eu tentative de gonflement de score sur une structure pour l'aider à avoir le bonus qualité. Rappelons que les FOSA sont éligibles au bonus s'ils obtiennent au moins 50 % de pourcentage sur la grille qualité.

5. CHAPITRES V : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

5.1. Conclusion

En comparaison aux 7 missions antérieures de contre vérification, c'est à la 8^{ème} que la majorité d'activités d'évaluation, n'ont pas préalablement été réalisées particulièrement par les entités de la régulation notamment :

- L'évaluation des DPS par les CPP dans les provinces du Kwilu, Tshuapa, Haut – Katanga et Nord Kivu ;
- L'évaluation des ACV du Kwilu, Kwango, Haut – Katanga, Tshuapa, Nord Kivu et Sud Kivu ;
- L'évaluation des équipes cadre de zone de santé dans les provinces du Kwilu, Kwango, Haut – Katanga, Nord Kivu et Sud Kivu ;
- L'évaluation de la qualité des soins des hôpitaux dans les provinces du Kwilu, Kwango, Haut – Katanga, Nord Kivu et Sud Kivu ;
- Les enquêtes communautaires dans les provinces du Kwilu et Kwango ;
- L'évaluation de la Cellule technique en charge de l'achat des services.

Dans la plupart des provinces, seules ont été entièrement réalisées les activités relatives à la vérification quantitative. A ce niveau, il a été constaté une réduction significative des écarts entre la vérification et la contre vérification. Ce qui augure de l'amélioration de l'interprétation des indicateurs de la part des vérificateurs médicaux notamment au Kwilu, à la Tshuapa, au Nord et Sud Kivu.

5.2. Réactions des EUP sur le rapport provisoire

Seuls les EUP/AAP de la Tshuapa, du Haut Katanga et du Sud Kivu ont réagi au rapport provisoire envoyé par le PDSS à toutes les provinces contre vérifiées.

Tableau 102 : Réactions des EUP de la Tshuapa, Haut Katanga et Sud Kivu au rapport provisoire

FOSA	PRESTATION	Ecart	COMMENTAIRES DE L'EUP	ECLAIRCISSEMENTS SUPPLEMENTAIRES DE L'ACVE
EUP TSHUAPA				
HGR BOENDE	Consultation externe référée (et retro information donnée) - médecin	70%	L'HGR Boende étant à côté de l'EUP, nous avons revu le registre des référés. Celui-ci contient effectivement 100 cas comptés par le vérificateur. Sur les 100 cas comptés ; 79 cas disposant des dossiers complets étaient validés : 22 cas au mois d'avril, 30 cas au mois de mai et 27 cas au mois de juin, Donc, la différence réside sur les 6 cas qui manquent les fiches. Reste 73 sur au lieu de 79 validés et 30 contre vérifiés par l'ACVE	
HGR IKELA	Consultation externe référée (et retro information donnée) - médecin	72%	L'HGR IKELA a perdu les fiches après le passage du vérificateur du fait de déménagement (changement du local pour archivage des documents). Cette faute est imputable à l'HGR.	

FOSA	PRESTATION	Ecart	COMMENTAIRES DE L'EUP	ECLAIRCISSEMENTS SUPPLEMENTAIRES DE L'ACVE
	information donnée) - médecin			
	Chirurgie majeure (population x 0.5%)	18%	L'HGR IKELA a perdu les fiches après le passage du vérificateur du fait de déménagement (changement du local pour archivage des documents). Cette faute est imputable à l'HGR.	
	Accouchement assisté - eutocique	34%	L'HGR IKELA a perdu les fiches après le passage du vérificateur du fait de déménagement (changement du local pour archivage des documents). Cette faute est imputable à l'HGR.	
	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	55%	L'HGR IKELA a perdu les fiches après le passage du vérificateur du fait de déménagement (changement du local pour archivage des documents). Cette faute est imputable à l'HGR.	
HGR LINGOMO	Consultation externe référée (et retro information donnée) - médecin	15%	Les billets de référence ont probablement été perdus après le passage du vérificateur	
EUP HAUT KATANGA				
	Consultation externe référée (et retro-information donnée) médecin	28%	240 cas étaient validés sur les 253 cas consultations vérifiées, après analyse de chaque dossier, d'autres dossiers n'étaient pas considérés par manque des billets de référence et contre référence et incohérences des dates. Nous supposons que tous les dossiers des malades n'étaient pas présentés à l'ACVE.	
HGR KASENGA	Chirurgie majeure (population x 50%)	16%	Sur les 19 cas vérifiés, 18 ont été validés avec tous les dossiers de 19 cas déclarés par la structure au mois d'avril donc si 6 dossiers n'ont pas été disponibles le jour de la contre vérification ; il se pose un problème d'archivage au niveau de l'hôpital	
	Accouchement assisté eutocique	-55%	Les cas validés par la contre vérification sont supérieurs à ceux validés par l'EUP, c'est sûr que les prestataires aient complété les restes des partogrammes après notre passage	
	Accouchement assisté	31%	Sur les 55 cas vérifiés au mois d'avril les 46 ont été validés sur base de partogrammes disponibles et bien tenus. Un problème d'archivage explique la non disponibilité de ces partogrammes lors du passage de l'ACVE.	
CS KISAMAMBA	Consultation post natale	100%	45 cas ont été validés sur base des fiches bien tenue pour le mois d'Avril 2019. Aucun cas n'a été validé pour le mois de Mai 2019 par manque des fiches et le registre n'était pas à jour pour le mois de Juin 2019. Donc la rupture de stock en fiche CPON n'a pas concerné tous les mois du T2 2019 tel que déclaré par l'ACVE.	Si l'EUP a trouvé 45 fiches au moment de la vérification, aucune fiche n'était disponible pendant la contre vérification. L'explication fournie par l'IT est la rupture de stock en fiches CPoN au courant de tout le trimestre

FOSA	PRESTATION	Ecart	COMMENTAIRES DE L'EUP	ECLAIRCISSEMENTS SUPPLEMENTAIRES DE L'ACVE
	Consultation externe (Nx cas)	-16%	Sur les 1141 cas vérifiés, 1069 cas ont été validés sur base des fiches à notre possession mais le rapport de l'ACVE ressort 999 cas validés par l'EUP. Quelle est sa source des données.	Erreur de saisie liée à la qualité des copies scannées. Correction apportée dans la version finale du rapport
CS MFUTA	Consultation externe (Nx cas)	-34%	Le surplus des cas validés par l'ACVE s'explique par le fait que les prestataires ont complété les fiches après notre passage.	
	Cas sévère référé à l'hôpital (contre référence disponible)	18%	Il s'agit d'un problème d'archivage, les cas validés avaient tous les billets de référence et contre référence attaché aux fiches de consultation	
	Accouchement assisté	97%	Sur 87 cas vérifiés, 30 ont été validés sur base des partogrammes renseignés.	Les partogrammes sont disponibles mais la partie cervicogramme est mal remplie. Un seul partogramme sur les 71 disponibles est correctement renseigné
	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral et inj)	100%	L'ACVE n'a pas donné aucune explication sur l'invalidation de 12 cas validé par l'EUP.	Le registre mis à la disposition de l'ACVE contient les données à partir de juillet 2019
CS MISSION	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral et inj)	25%	La raison d'un archivage désastreux a été évoquée par l'ACVE lui-même, donc aucun commentaire à ajouter.	
CS CHIBAMBO	Cas sévère référé à l'hôpital (contre référence disponible)	30%	Sur le 149 cas vérifiés 61 cas ont été validés par l'EUP sur base des billets de référence et contre référence attachés à leurs fiches et les cas avaient été tirés au mois correspondant et comparés aux fiches de la même période et le reste avait été rejeté également pour rature et la non disponibilité des billets	
	Accouchement assisté	100%	Sur les 177 cas vérifiés 115 ont été validés sur base des partogrammes renseignés et d'autres partogrammes ont été rejetés pour mauvais remplissage.	
	Consultation post natale	100%	Les cas ont été validés sur base de registre et fiches	

FOSA	PRESTATION	Ecart	COMMENTAIRES DE L'EUP	ECLAIRCISSEMENTS SUPPLEMENTAIRES DE L'ACVE
HGR KASHOBWE	Consultation externe référée (et retro-information donnée) - médecin	53%	<p>Sur 196 cas vérifiés, 171 cas ont été validés sur base des billets de référence, de contre référence et les fiches de consultation. Et 25 cas ont été invalidés à cause de l'absence des billets de contre-références.</p> <p>Lors de son passage, l'ACVE n'a pas retrouvé dans la formation sanitaire 37 cas, il se poserait alors un problème d'archivage.</p> <p>S'agissant de la conformité des noms entre le registre et la fiche, signalons ici que le temps matériel ne nous permet pas de passer en revue fiche par fiche pour identifier cet aspect de chose, nous tirons par contre un échantillon et vérifions si le nom, l'âge, le sexe, la date de visite et le motif sont conformes.</p> <p>Concernant l'origine des malades, l'ACVE affirme dans son rapport que tous les cas proviennent du CS Niche, nous ne sommes pas à mesure de confirmer cela par la simple raison qu'au cours de la même mission, les cas ayant les billets de contre-référence de l'HGR KASHOBWE ont été validés : 13 cas au CS Kaindu, 2 cas au CS Lupembe, 11 cas au poste de santé Maungano...</p>	<p>La méthode d'échantillonnage utilisée dans le cadre des enquêtes ne peut pas être utilisée dans la vérification et validation de données des prestations des formations sanitaires dans le FBR, car la vérification doit être exhaustive</p> <p>Tous les bulletins de référence présentés à l'ACVE proviennent du centre de santé Niche (100%). Le Médecin Directeur l'a confirmé en arguant que l'HGR est excentrique.</p>
	Chirurgie majeure (population x 0.5%)	95%	<p>La grande raison évoquée ici par l'ACVE est la non disponibilité du registre du bloc opératoire pour les mois d'avril et mai 2019. Notons que 41 cas ont été validés sur base du registre du bloc opératoire, protocole opératoire et fiche de consultation.</p> <p>S'agissant de la cohérence des noms entre le registre, le protocole et la fiche, vu la pondération de la prestation, tous ces éléments sont vérifiés avant toute validation.</p>	Le registre du bloc opératoire étant une source viable de vérification de données, l'ACVE a insisté jusqu'au dernier jour de la mission pour voir cet outil afin de contre vérifier les cas du mois d'avril et ceux du 1 ^{er} au 16 mai 2019 sans succès.
	Accouchement assisté - eutocique	92%	La grande raison évoquée ici par l'ACVE c'est la personne qui a dirigé l'accouchement, mais le concepteur du Partogramme a prévu sur ce document une place où il faut mettre le nom de la personne qui a dirigé et de celui qui a assisté l'accouchement. 122 cas ont été validés sur base de partogrammes renseignés.	Sur l'ensemble des accouchements présentés (122) déclarés, tous validés par l'EUP au T2, l'ACVE a trouvé sur les partogrammes les noms de stagiaires, et matrones
	Césarienne (50% des accouchements dystociques)	57%	37 cas ont été validés sur base de registre du bloc opératoire, protocole opératoire, registre de la maternité et les partogrammes	Le registre de bloc opératoire étant une source viable de vérification de données, l'ACVE a insistée jusqu'au dernier jour de la mission pour voir cet outil afin de contre vérifier les cas de de mois d'avril et ceux du 1 ^{er} au 16 mai 2019 sans succès. En plus les 21 cas du 17 mai au 30 juin n'ont pas été validés par l'ACVE par le fait qu'ils n'ont pas été enregistrés dans le registre du bloc opératoire bien que les dossiers soient disponibles

FOSA	PRESTATION	Ecart	COMMENTAIRES DE L'EUP	ECLAIRCISSEMENTS SUPPLEMENTAIRES DE L'ACVE
	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	40%	20 cas ont été validés. Signalons que c'est une prestation qui avait l'objet de la triangulation, les fiches de stock avaient renseigné la disponibilité des intrants à cette période.	S'il vous était demandé d'analyser les données de ces trois fiches de stock (COC, DMPA et Pilule combiné) quel pourrait être votre dernière décision ?!
CS KABAMBAKUKU	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	100%	Sur 4 cas vérifiés, 4 cas ont été validés sur base de billet de référence, de contre-référence et fiche de consultation bien tenus. IL se poserait peut-être un problème d'archivage des outils dans la FOSA.	Les cas ayant les billets de contre-référence de l'HGR KASHOBWE reconnus par l'EUP se présentent comme suit : 13 cas au CS Kaindu, 2 cas au CS Lupembe, 11 cas au poste de santé Maungano..., Dans la répartition de cas référé et contre référés par l'HGR le CS Kabambakuku ne fait pas parti de la liste, d'où viendrait les contres référés de Kabambakuku ?
	Accouchement assisté	93%	Le rapport de l'ACVE affirme que l'EUP a validé 30 cas alors que le rapport de mission et le portail qui sont nos sources d'informations attestent que l'EUP a validé 102 cas sur base de partogrammes renseignés sur les 148 vérifiés. Quelle est la source d'information de l'ACVE ?	Les données validées sur les factures mal scannées par l'EUP dont la première colonne des indicateurs n'était pas visible nous avait conduit à cette erreur corrigée dans la version finale du rapport.
	Consultation Postnatale	100%	123 cas ont été validés par l'EUP sur base du registre et des fiches bien tenus. Mais parmi les causes d'invalidation évoquées par l'ACVE, il parle de l'absence des fiches et l'absence des dates dans les colonnes de visite CPON pour lui faciliter l'appréciation du respect des intervalles. A ce sujet, le manuel de remplissage du SNIS harmonisé stipule ce qui suit : N° DE VISITE CPON 1 (6° H) CPON 2 (6° J) CPON 3 (6° SEM.) Cocher la case correspondante	Aucune fiche disponible en dehors du registre comme source d'information. Comment les vérificateurs apprécient-ils la période de la visite au cas où fiches ne sont pas disponibles et que le registre ne mentionne pas les dates.
	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	48%	62 cas ont été validés. Signalons que c'est une prestation qui avait l'objet de la triangulation, les fiches de stock avaient renseigné la disponibilité des intrants à cette période.	L'ACVE n'a pas trouvé 35 fiches PF lors de la contre vérification de cet indicateur, ce qui explique l'invalidation de 35 cas.
	Dépistage des cas TBC - BK positifs	25%	Aucun commentaire donné par l'ACVE sur cet écart	L'ACVE n'a vu que 6 malades inscrits dans le registre de laboratoire avec les fiches.

FOSA	PRESTATION	Ecart	COMMENTAIRES DE L'EUP	ECLAIRCISSEMENTS SUPPLEMENTAIRES DE L'ACVE
CS LUKEKA	Accouchement assisté	100%	<p>Nous constatons une certaine subjectivité dans le chef de l'ACVE, tous les ayant le nom de l'IT sur les partogrammes ont été invalidés sous prétexte que l'IT que l'IT était allé participer aux revues mensuelles, mais sans preuve à l'appui.</p> <p>Sur 57 cas vérifiés, 45 cas ont été validés, sur base des partogrammes renseignés. 12 cas ont été invalidés à cause du mauvais remplissage des partogrammes.</p>	Les documents de triangulation des informations étant caché par les prestataires pour différencier les accouchements dirigés par la matrone Chola et ceux de l'IT, l'ACVE estime qu'il s'agirait d'une tricherie de prestations de la part de prestataire passée inaperçue au contrôle de l'EUP
	Consultation Postnatale	100%	<p>48 cas ont été validés par l'EUP sur base du registre et des fiches bien tenus. Mais parmi les causes d'invalidation évoquées par l'ACVE, il parle de l'absence des fiches et l'absence des dates dans les colonnes de visite CPON pour lui faciliter l'appréciation du respect des intervalles.</p> <p>A ce sujet, le manuel de remplissage du SNIS harmonisé stipule ce qui suit : N° DE VISITE CPON 1 (6° H) CPON 2 (6° J) CPON 3 (6° SEM.) Cocher la case correspondante</p>	Voir supra
	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	100%	<p>72 cas ont été validés par l'EUP.</p> <p>Signalons que c'est une prestation qui avait fait l'objet de triangulation avant toute validation et les fiches de stock avaient renseigné la disponibilité d'intrants à cette période.</p>	L'ACVE confirme les 73 cas inscrits dans le registre, mais la disponibilité des intrants durant la période n'est pas prouvée dans les outils de gestion et aucune méthode n'était disponible lors de la mission
	Dépistage des cas TBC - BK positifs	100%	<p>Sur 4 cas vérifiés et 1 seul était validé. 3 cas ont été invalidés à cause de l'absence de fiche de traitement)</p> <p>7 cas évoqué dans le commentaire de l'ACVE alors que dans le tableau, il y a un cas (contradiction des données).</p> <p>Pour l'ACVE, la cause d'invalidation était l'absence des fiches de dépistage avec résultats. Cet outil existe-t-il au niveau de la coordination L-TBC ?</p> <p>Peut-être c'est la nouvelle approche à laquelle l'EUP n'a pas d'information.</p>	A notre humble savoir, la fiche de traitement de tuberculose dans sa troisième partie intitulée « Résultats des examens de laboratoire » avec 4 colonnes (Examens réalisés, date, n° labo et résultats), les résultats de F0 est celui qu'on appelle « résultat de dépistage » que l'ACVE n'a pas vue sur toutes les fiches présentées.
CS NKOLE	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	13%	Aucun commentaire donné par l'ACVE sur cet écart	Parmi les 176 cas inscrits dans le registre de PF, 129 fiches n'ont pas été vues par l'ACVE

FOSA	PRESTATION	Ecart	COMMENTAIRES DE L'EUP	ECLAIRCISSEMENTS SUPPLEMENTAIRES DE L'ACVE
CS LUPEMBE	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	100%	4 cas étaient vérifiés et 2 étaient validés avec billet de référence et contre-référence disponible ainsi que la fiche de consultation. Il se poserait peut-être un problème d'archivage des outils.	
	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	100%	60 cas ont été validés par l'EUP. Signalons que c'est une prestation qui avait fait l'objet de triangulation avant toute validation et les fiches de stock avaient renseigné la disponibilité d'intrants à cette période.	Les 55 cas inscrits dans le registre de PF n'ont pas été validé car aucun outil de gestion de médicaments et consommable n'a affirmé la disponibilité de méthode dans la FOSA durant le trimestre
CS KABIMBI	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	44%	Aucun commentaire donné par l'ACVE sur cet écart	Les 106 cas déclarés par la FOSA n'ont pas été tous validés par l'ACVE par suite à l'absence de fiches pour 55 cas.
HGR KILWA	Consultation externe référée (et retro-information donnée) - médecin	76%	Sur 385 cas vérifiés, 338 cas ont été validés sur base de billet de référence, contre référence bien tenus et 47 cas ont été invalidés à cause de l'absence des billets de contre-références et l'adresse incomplète. Lors de son passage, l'ACVE n'a pas retrouvé dans la formation sanitaire 68 cas, il se poserait alors un problème d'archivage. S'agissant de la conformité des noms entre le registre et la fiche, nous signalons que le temps matériel ne nous permet pas de passer en revue fiche par fiche pour identifier cet aspect de chose, nous tirons par contre un échantillon et vérifions si le nom, l'âge, le sexe, la date de visite et le motif sont conformes. Nous signalons ici que l'HGR Kilwa a deux registres curatifs, l'un utilisé le matin, soit de 7h30 à 15h et l'autre utilisé pour les urgences, soit de 15h à 7h, lors de la vérification, les deux registres étaient utilisés et tous les cas répondant aux normes étaient validés.	Les thématiques de deux registres évoqués par les prestataires n'étaient pas confirmés par le vérificateur rencontré par l'équipe de l'ACVE à Kilwa
	Accouchement assisté - eutocique	100%	Sur 74 cas vérifiés, 53 ont été validés sur base de partogrammes renseignés et 21 cas ont été invalidés à cause de l'absence ou du mauvais remplissage des partogrammes.	
	Césarienne (50% des accouchements dystociques)	23%	43 cas ont été validés sur base de partogrammes renseignés, registre de maternité, registre du bloc opératoire et le protocole opératoire bien tenus. Cette prestation avait fait l'objet d'une triangulation avant la validation des cas, mais l'ACVE n'a pas retrouvé 16 dossiers, c'est lié à l'archivage. Quant à la conformité des noms dans les différents outils, le temps matériels ne nous permet pas de passer en revue toutes les fiches et nous tirons un échantillon.	Voir supra

FOSA	PRESTATION	Ecart	COMMENTAIRES DE L'EUP	ECLAIRCISSEMENTS SUPPLEMENTAIRES DE L'ACVE
	Dépistage des cas TBC - BK positifs	15%	20 cas ont été validés par l'EUP sur base du registre de laboratoire, registre de la tuberculose et fiche de traitement bien tenus. Cette prestation avait fait l'objet d'une triangulation avant la validation des cas	L'ACVE n'a pas vue les fiches pour deux cas, et un cas de rechute considéré comme nouveau cas validé par l'EUP n'avait pas été validé par la contre vérification.
	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	36%	14 cas ont été validés par l'EUP. Signalons que c'est une prestation qui avait fait l'objet de triangulation avant toute validation et les fiches de stock avaient renseigné la disponibilité d'intrants à cette période.	L'ACVE vous invite à consulter sa base Excel pour plus de détails sur les raisons de validation et /ou d'invalidation de cas.
CS MUKUPA	Consultation externe (nvx cas)	55%	933 cas ont été validés. Il se pose un problème d'archivage dans la FOSA. Quant à la conformité des noms dans les différents outils, le temps matériels ne nous permet pas de passer en revue toutes les fiches et nous tirons un échantillon.	Voir supra
	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	100%	Contrairement au rapport de l'ACVE qui affirme que l'EUP avait validé 927 mais le rapport de mission et le portail attestent que l'EUP a validé 3 cas sur base de billet de référence, contre référence et fiche de consultation. Quelle est la source d'information de l'ACVE ?	Corrigé dans la version finale du rapport après réception des copies des factures correctement scannées
	Accouchement assisté	-23%	L'ACVE affirme avoir validé plus de cas suite à la bonne tenue du registre et des partogrammes. Mais lors du passage de l'EUP, 55 cas ont été invalidés à cause de la mauvaise tenue des partogrammes. Ce surplus de l'ACVE s'expliquerait par le fait que les prestataires ont continué à remplir les partogrammes après le passage de l'EUP.	
	Consultation Postnatale	100%	59 cas ont été validés sur base de fiches bien tenues et dans le respect du calendrier	L'ACVE a constaté qu'aucune femme n'a pas respecté l'intervalle entre la CPoN 2 et 3 et les visites sont irrégulières (soit c'est la 2ème sans la troisième soit c'est le contraire)
	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	100%	347 cas ont été validés par l'EUP sur base des fiches renseignées. Signalons que c'est une prestation qui avait fait l'objet de triangulation avant toute validation et les fiches de stock avaient renseigné la disponibilité d'intrants à cette période.	Les fiches de stock et le RUMER consultés par l'ACVE pour certifier la présence des intrants ayant servis à la prise en charge de 420 cas inscrits dans le registre n'ont pas montrés la disponibilité des intrants pendant cette période
CS KAMPANGWE	Accouchement assisté	100%	69 cas ont été validés par l'EUP sur base de partogrammes renseignés	La contre vérification a constaté que les accouchements déclarés étaient dirigés par un personnel non qualifié, et n'a validée aucun cas ; les partogrammes sont mal remplis sur la partie cervicogramme.

FOSA	PRESTATION	Ecart	COMMENTAIRES DE L'EUP	ECLAIRCISSEMENTS SUPPLEMENTAIRES DE L'ACVE
	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	100%	142 cas ont été validés sur base des fiches renseignées et 76 cas ont été invalidés à cause de la mauvaise tenue des fiches PF	Les 212 cas inscrits dans le registre n'ont pas été tous validés car les fiches de stocks et le RUMER ne signalent pas la disponibilité des méthodes durant le T2 2019
CS LUSALALA	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	67%	Le rapport de l'ACVE affirme que l'EUP avait validé 3 cas alors que le rapport de mission et le portail qui sont nos sources d'informations attestent que 1 cas a été validé sur les 9 vérifiés. Quelle est la source d'information de l'ACVE ?	Corrigé dans le rapport définitif après pris en compte des copies correctement scannées
	Consultation Postnatale	60%	Contrairement à l'affirmation de l'ACVE que l'activité n'est pas intégrée dans la FOSA car aucune fiche ni registre n'a été présentée à la contre vérification, l'activité est bien intégrée dans la FOSA et l'EUP avait validé 95 sur base de fiches et registre renseigné. L'archivage des outils serait à la base de cet écart	
CS KASONGO MWANA	Accouchement assisté	37%	Aucun commentaire donné par l'ACVE sur cet écart	Accouchements dirigés par un personnel non qualifié
	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	-11%	Aucun commentaire donné par l'ACVE sur cet écart	Après vérification de la base, bien que 374 fiches soient présentées à la contre vérification, les outils de gestion (RUMER et cahier de mouvement) ne montrent pas la disponibilité des méthodes durant cette période. L'écart est donc de 100% dans la version finale du rapport
HGR KATABE	Consultation externe référée (et retro-information donnée) - médecin	62%	239 cas ont été validés sur base du registre de consultation externe, les billets de référence et contre-référence, la fiche de consultation bien tenus. Signalons que lors de la vérification, il y avait plus de dossier des malades que ceux enregistrés dans le registre de consultation externe. Nous pensons qu'il a été présenté aux contre vérificateurs un autre registre que celui exploité lors de la vérification car il y avait aussi un registre uniquement pour les contre références que l'EUP n'a pas utilisé.	L'ACVE dans la mission lui assignée utilise les mêmes outils que ceux utilisés par l'EUP, l'ECZ et la DPS. Le registre de cette activité a été bien trouvé mais la triangulation des outils (billets de références, contre références et le registre) montre que certains cas ont été contre référés avant d'être référés par les CS.
	Chirurgie majeure (population x 0.5%)	33%	Sur 24 cas vérifiés, 21 cas ont été validés sur base du registre de bloc opératoire, protocole opératoire, fiche d'hospitalisation renseignés. 3 cas ont été invalidés par manque de protocole ou de fiche d'hospitalisation L'archivage peut être à la base de cette grande différence avec la contre vérification	

FOSA	PRESTATION	Ecart	COMMENTAIRES DE L'EUP	ECLAIRCISSEMENTS SUPPLEMENTAIRES DE L'ACVE
	Accouchement assisté - eutocique	50%	128 cas ont été validés sur base de partogrammes renseignés après avoir écarté ceux dont la DDR était récente par rapport à la date d'admission de la parturiente, Accouchement à domicile, discordance date d'admission et date de sortie Nous pensons qu'il a été présenté aussi aux contre vérificateurs des partogrammes qui n'ont pas été exploités lors de la vérification car l'archivage pose problème à l'HGR KATABE	Les partogrammes non exploités par l'EUP et exploités par l'ACVE donneraient un écart sur les données validées par l'ACVE. Par contre l'ACVE a invalidé les accouchements dirigés par le personnel non qualifié couvert par l'infirmière qui, pendant ce temps, était en congé de maternité.
	Césarienne (50% des accouchements dystociques)	53%	Sur 15 cas vérifiés, 15 ont été validés sur base de partogrammes, protocole opératoire, registre du bloc opératoire renseignés. Encore une fois d'autres dossiers auraient été présentés à la contre vérification que ceux exploités lors de la vérification	Y a-t-il un système de doublement de fiches (dossiers) de malades dans les hôpitaux ?!!!
	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	100%	Contrairement à ce que le rapport de l'ACVE affirme que l'EUP a validé 32 cas, le rapport de mission de l'EUP et le portail attestent que l'EUP a validé 74 cas. Quelle est la source des données de l'ACVE ? En plus l'ACVE devrait préciser pourquoi les contre vérificateurs n'ont pas eu accès aux outils de PF au lieu de se limiter au constat.	La correction a été portée sur la version finale. S'agit-il vraiment de la non accessibilité aux outils ou de l'inexistence de ces outils. La question serait alors de savoir comment les données ont été validées sans les sources d'information.
CS SANTE	Consultation Postnatale	94%	Sur 122 cas vérifiés, 62 cas ont été validés sur base de fiches CPON renseignées. Mais parmi les causes d'invalidation évoquées par l'ACVE, il parle de l'absence des fiches et l'absence des dates dans les colonnes de visite CPON pour lui faciliter l'appréciation du respect des intervalles. A ce sujet, le manuel de remplissage du SNIS harmonisé stipule ce qui suit : N° DE VISITE CPON 1 (6° H) CPON 2 (6° J) CPON 3 (6° SEM.) Cocher la case correspondante	En effet, il ne s'agit pas de l'inscription des dates dans le registre mais plutôt sur les fiches. Une correction a été portée dans la version finale. En effet les raisons retenues sont : 17 cas n'ont pas de date de la réalisation effective de la CPON sur les fiches et 47 fiches non retrouvées
	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	25%	125 cas étaient validés par l'EUP sur base des fiches renseignées.	L'ACVE a trouvée 7 cas de confusion de méthodes adhérees par les clientes, les 7 fiches PF signalent COC pour les cas le registre confirme DMPA.
CS NZWIBA	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	53%	Sur 115 cas vérifiés, 79 cas ont été validés sur base des billets de référence, contre référence et fiches de consultations bien tenus. 36 cas ont été invalidés à cause de la mauvaise tenue de billet de contre référence	

FOSA	PRESTATION	Ecart	COMMENTAIRES DE L'EUP	ECLAIRCISSEMENTS SUPPLEMENTAIRES DE L'ACVE
	Accouchement assisté	100%	Sur 95 cas vérifiés, 8 cas ont été validés sur base de partogrammes renseignés. Et 87 cas ont été invalidés car ayant été dirigés par le personnel non qualifié	La maternité de CS est tenue par trois matrones qui dirigent les accouchements jours et nuits, mais seul le nom de l'infirmier titulaire apparait sur tous les partogrammes. Interviewé à ce sujet, la responsable de la maternité confirme avoir reçue de l'EUP l'autorisation de diriger les accouchements et de laisser les partogrammes à la signature de l'infirmier qualifié.
	Consultation Postnatale	100%	77 cas ont été validés sur base du registre et fiches CPON bien tenus. Mais l'ACVE n'a pas eu accès au registre c'est ainsi que tous les cas étaient invalidés.	
	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	72%	Sur 298 cas vérifiés, 25 cas ont été validés sur base de fiches renseignés et 273 cas ont été invalidés par manque de traçabilité des données (pas de fiche)	
CS KAPULO	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	-63%	Sur 28 cas vérifiés, 8 cas ont été validés sur base de fiches de consultation, billet de référence et contre référence. 20 cas ont été validés à cause de l'incohérence de date entre le billet de référence et celui de contre référence. Il est possible que les prestataires aient complété les fiches après le passage de l'EUP c'est ainsi que l'ACVE a validé plus de cas que l'EUP	
	Consultation Postnatale	100%	Sur 26 cas vérifiés, 19 cas ont été validés sur base de fiches CPON renseignées. Mais parmi les causes d'invalidation évoquées par l'ACVE, il parle de l'absence des dates dans les colonnes de visite CPON pour lui faciliter l'appréciation du respect des intervalles. A ce sujet, le manuel de remplissage du SNIS harmonisé stipule ce qui suit : N° DE VISITE CPON 1 (6° H) CPON 2 (6° J) CPON 3 (6° SEM.) Cocher la case correspondante	Correction prise en compte dans la version finale du rapport en fonction des dates inscrites sur les fiches.
	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	72%	Sur 137 cas vérifiés, 114 cas ont été validés sur base de fiches et RUMER renseignés. L'ACVE a travaillé avec un nouvel IT qui n'a pas participer à la vérification du T2 2019.	Bien que tous les cas enregistrés aient des fiches attestant leurs adhésions aux différentes méthodes, l'ACVE ne les a pas validés tous car au moment de la triangulation malgré l'absence de fiche de stock, le RUMER n'a pas montré la disponibilité des intrants ni leur administration aux acceptantes durant le T2 2019.
CS KAPONDO	Consultation externe (nvx cas)	49%	Sur 1467 cas vérifiés, 1003 ont été validés sur base des fiches de consultation renseignées.	Voir supra

FOSA	PRESTATION	Ecart	COMMENTAIRES DE L'EUP	ECLAIRCISSEMENTS SUPPLEMENTAIRES DE L'ACVE
			<p>Lors de son passage, l'ACVE n'a pas retrouvé dans la formation sanitaire les fiches de 415 cas, il se poserait alors un problème d'archivage.</p> <p>S'agissant de la conformité des noms entre le registre et la fiche, signalons ici que le temps matériel ne nous permet pas de passer en revue fiche par fiche pour identifier cet aspect de chose, nous tirons par contre un échantillon et vérifions si le nom, l'âge, le sexe, la date de visite et le motif sont conformes.</p>	
	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	53%	Sur 45 cas vérifiés, 37 cas ont été validés par l'EUP sur base des fiches renseignées. Et 8 cas ont été invalidés par manque de fiches.	
CS CHALANSHI	Consultation externe (nvx cas)	26%	Aucun commentaire donné par l'ACVE sur cet écart	L'ACVE n'a pas vue 336 fiches au moment de la contre vérification
	Accouchement assisté	30%	Aucun commentaire donné par l'ACVE sur cet écart	L'ACVE n'a pas trouvé 3 partogrammes et les 92 autres partogrammes présentés étaient mal remplis sur la partie cervicogramme (évaluation faite avant l'admission de la parturiente à la maternité)
HGR SAKANIA	Consultation externe référée (et retro-information donnée) - médecin	29%	Sur 44 cas vérifiés, 41 cas ont été validés sur base des fiches de consultation, billet de référence et contre référence. 3 cas ont été invalidés par manque de fiche de consultation. Il se pose un problème d'archivage dans la FOSA qui a fait que l'ACVE n'a pas trouvé certaines fiches de consultation et billets de contre référence	
	Accouchement assisté - eutocique	25%	<p>Sur 64 cas vérifiés, 61 cas ont été validés sur base de partogrammes renseignés.</p> <p>L'ACVE a invalidé les accouchements dirigés par un personnel du niveau A3. A notre connaissance, la formation des infirmiers A3 n'est plus d'actualité mais les diplômes de ceux-là qui étaient formés en son temps restent valables et sont même inscrits à l'ordre des infirmiers.</p>	L'Etat congolais ne reconnait pas les infirmiers de niveau A3 comme faisant partie des personnels de santé dits qualifiés
CS FMA MOKAMBO	Consultation externe (nvx cas)	20%	<p>Sur 619 cas vérifiés, 548 cas ont été validés sur base des fiches bien tenues.</p> <p>Il se pose un problème d'archivage dans la FOSA qui a fait que l'ACVE n'a pas trouvé certaines fiches de consultation</p>	Voir supra

FOSA	PRESTATION	Ecart	COMMENTAIRES DE L'EUP	ECLAIRCISSEMENTS SUPPLEMENTAIRES DE L'ACVE
			S'agissant de la conformité des noms entre le registre et la fiche, signalons ici que le temps matériel ne nous permet pas de passer en revue fiche par fiche pour identifier cet aspect de chose, nous tirons par contre un échantillon et vérifions si le nom, l'âge, le sexe, la date de visite et le motif sont conformes.	
	Accouchement assisté	37%	Sur 188 cas vérifiés, 120 cas ont été validés sur base de partogrammes renseignés et 68 cas ont été invalidés à cause de la mauvaise tenue de partogrammes.	
	Consultation Postnatale	100%	Sur 178 cas vérifiés, 95 ont été validés sur base de fiches renseignées et 83 cas ont été invalidés à cause du non-respect des intervalles entre les visites et de la mauvaise tenue de fiche.	
	Dépistage des cas TBC - BK positifs	100%	Contrairement à ce que le rapport de l'ACVE affirme que l'EUP a validé 3 cas, le rapport de mission de l'EUP et le portail attestent que l'EUP a validé 2 cas. Quelle est la source des données de l'ACVE ? Certes les 2 cas ont été validés à cause l'inattention du vérificateur car la structure n'est pas un CSDT mais c'est un CST	La source d'information est la facture scannée par l'EUP.
CS BWAFAO	Accouchement assisté	24%	Aucun commentaire donné par l'ACVE sur cet écart	Tous les commentaires ne peuvent être inscrits dans le rapport narratif mais plutôt dans la base de données transmise à l'UCP Santé BM, selon les clauses contractuelles
	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	36%	Aucun commentaire donné par l'ACVE sur cet écart	
CS ROSALIE	Consultation Postnatale	21%	Aucun commentaire donné par l'ACVE sur cet écart	
	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	15%	Aucun commentaire donné par l'ACVE sur cet écart	
CS TSHINSEDA	Accouchement assisté	45%	Aucun commentaire donné par l'ACVE sur cet écart	
CS NICHE	Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible)	75%	Sur 22 cas vérifiés, 12 ont été validés sur base de fiche de consultation, billet de référence et contre référence et 10 cas ont été invalidés à cause de l'absence de billet de référence et contre référence. Il se pose un problème d'archivage dans la FOSA qui a fait que l'ACVE n'a pas trouvé certaines fiches de consultation et les billets de contre référence	

FOSA	PRESTATION	Ecart	COMMENTAIRES DE L'EUP	ECLAIRCISSEMENTS SUPPLEMENTAIRES DE L'ACVE
	Consultation Postnatale	74%	Sur 303 cas vérifiés, 153 cas ont été validés sur base des fiches renseignées et 150 cas ont été invalidés à cause du non-respect des intervalles entre les visites et de l'absence de fiches CPON	
AAP SUD KIVU				
HGR KANIOLA	Petite Chirurgie (population x 1%)	13%	Nous pensons que cela serait dû au mauvais archivage que nous déplorons toujours dans les structures	
	Accouchements dystociques	19%	La raison d'archivage serait possible comme cela reste une monnaie courante malgré les efforts fournis.	
	PTME	25%	Nous avons validé en fonction du registre, les fiches de counseling, registre de labo et la consommation des tests sur les fiches de stock et RUMER ; si la contre vérification avait remarqué l'absence de la date sur les fiches, ça peut être possible mais en ce que l'on sache la date de communication n'est pas un critère majeur de validation de l'Examen PTME.	L'absence de la date de communication du résultat du test ne nous permet pas de confirmer que cela a été réalisée d'autant plus que toutes les autres fiches renseignent les deux dates.
	PF orale et injectable.	20%	Nous pensons que cela est dû au mauvais archivage au sein de l'HGR car tous les cas validés les fiches étaient disponibles.	
	PF : ligatures et vasectomies	25%	A notre passage c'est sûr que chaque cas avait une lettre de consentement à moins que ça soit perdu après notre passage car il s'agit d'un document sur lequel nous avons insisté lors de nos missions de vérifications.	
CH NZIBIRA	Petite Chirurgie (population x 1%)	84%	Nous pensons que cela serait dû au mauvais archivage dans les structures comme tous les dossiers étaient disponibles après notre passage.	
	Chirurgie Majeure	46%	Le mauvais archivage serait la cause de ces écarts.	
	Hospitalisation	26%	Certes qu'il y a d'autres éléments qui ont conduit à l'invalidation de ces cas lors des vérifications comme l'incomplétude du Cardex etc.	
	Césarienne	22%	Nous avons validé en fonctions du registre, protocole opératoire, documents de référence et le dossier du malade, c'est vrai que quelques cas de césarienne étaient suivis sur les partogrammes tracés à la main. Chose que nous avons reproché aux responsables du CH lors des vérifications.	
	VIH/SIDA Nombre de nouveaux cas sous ARV	25%	Les cas dont les fiches étaient disponibles ont été finalement enregistrés dans le registre.	
CS MWIRAMA	CPS2	100%	Le mauvais archivage serait la cause de ces écarts observé pour cet indicateur	
	CPON3	-15%	Possibilité des améliorations après notre passage	

FOSA	PRESTATION	Ecart	COMMENTAIRES DE L'EUP	ECLAIRCISSEMENTS SUPPLEMENTAIRES DE L'ACVE
CS CAGALA	Cas sévère référé à l'hôpital (Avec contre-référence)	-15%	Certaines fiches peuvent avoir été retrouvés à l'HGR après notre passage.	
	Grossesse à risque orienté vers l'hôpital avec retro information	-15%	Certaines fiches peuvent avoir été retrouvés à l'HGR après notre passage.	
	Surveillance de la croissance enfants de 12 à 59 mois.	13%	Le mauvais archivage serait la cause	
CS IZEGE	ECV	50%	Nous ne savons pas si la contre vérification a tenu compte des données du poste de santé de Musengezi. Si pas, ça serait ça la cause des écarts.	
	Grossesse à risque orienté vers l'hôpital avec retro information	41%	Probablement certaines fiches ont été retrouvés après notre passage	
CS BULENGA	Consultation externe (nvx cas)	60%	Mauvais archivage des dossiers des malades (carnets de consultation) surtout ceux des 2 postes de santé, les 2 PS (dont TCHONDO et MUHANGA) qui fonctionnent en stratégie fixe avancée pour les C. Ext n'ont pas présenté les registres lors de la contre vérification.	
	Enfant complètement vacciné	18%	Certes, problème d'archivage, car la validation des 11 cas pour le trimestre tenait compte du respect intégral du calendrier vaccinal (donc les enfants complètement et correctement vaccinés)	
	Consultation prénatale (nouvelle inscrite au 4 ^{ème} mois)	41%	Certes, problème d'archivage des fiches de suivi car la validation des cas tenait compte du début exact de la CPN au 4 ^{ème} mois (soit à la 16 ^{ème} Semaine d'aménorrhée) et triangulation avec la DDR était systématique pour chaque fiche vérifiée. L'absence de l'accoucheuse lors de la contre vérification qui était malade pouvait aussi expliquer cet écart étant donné que la personne disponible ne savait pas se retrouver dans leur classement.	
	Grossesse à risque orientée vers l'hôpital avec retro information	-42%	Certes, d'autres bons de retro information ont été recouvré à l'hôpital après notre passage pour la vérification.	
	Accouchement assisté	-14%	La validation des cas avait tenu compte non seulement du comptage des partogrammes disponibles mais aussi la systématisation et la cor-rectitude dans leur remplissage. Certes des améliorations ont été intégrés après notre passage	
	Soins postnataux à 6 semaines (Consultation Postnatale)	38%	Problème d'archivage des outils et absence de l'accoucheuse lors de la contre vérification. La personne disponible lors des vérifications se retrouvait difficilement dans leur classement	

FOSA	PRESTATION	Ecart	COMMENTAIRES DE L'EUP	ECLAIRCISSEMENTS SUPPLEMENTAIRES DE L'ACVE
	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	13%	Idem	
	Surveillance de la croissance enfants de 6 à 59 mois	26%	Certes, problème d'archivage des fiches de suivi.	
	Visite à domicile	-82%	Certains protocoles manquaient dans le classement lors de la vérification, probablement ils les ont rendus disponibles après notre passage.	
	Dépistage des cas TBC - BK positifs		Absence du registre lors de la vérification, le registre sera amené par les superviseurs du BCZ, ce qui ne nous a pas permis de vérifier par manque de sources	
	Nombre de Cas TBC- BK positif soignés et guéris		Idem	
CS MUCHBWE	Consultation externe (nvx cas)	27%	Absence du registre et dossiers des malades du PS lors de la contre vérification. Le PS a rendu disponible son registre pendant que le contre vérificateur avait déjà fini l'évaluation.	
	Enfant complètement vacciné	100%	Problème d'archivage (perte du registre lors de la contre vérification) car la validation des 13 cas du trimestre tenait du respect intégral du calendrier vaccinal Cad respect des intervalles entre les doses. Il se pose un problème de conflit entre les agents dans ce CS qui cache parfois les Outils et le MCZ est informé depuis pour prendre les décisions qui entraînent à notre avis.	
	Grossesse à risque orientée vers l'hôpital avec retro information	100%	Problème d'archivage car CS désorganisé	
	Accouchement assisté	-29%	Certains partogramme n'ont pas été rendu disponible et d'autres insuffisamment remplis surtout sur la partie cervicogramme à notre passage. Certes qu'il y a eu des améliorations après.	
	Surveillance de la croissance enfants de 6 à 59 mois	-100%	Perte régulière au CS des outils comme l'indique le commentaire de la contre vérification.	
CS CHEYA	Enfant complètement vacciné	-35%	Problème d'archivage car la validation des 23 cas du trimestre tenait compte du respect intégral du calendrier vaccinal Cad respect des intervalles entre les doses. Donc certaines fiches n'étaient pas dans le classement lors de notre passage.	
	VAT 2+ : Femme complètement protégée	-47%	Non-respect du calendrier, absence d'un registre servant des preuves pour les doses prises antérieurement pour certains cas, la	

FOSA	PRESTATION	Ecart	COMMENTAIRES DE L'EUP	ECLAIRCISSEMENTS SUPPLEMENTAIRES DE L'ACVE
			vérification a tenu compte des cas qui ont reçu VAT2 un mois après VAT1 car facilement vérifiable dans les outils disponibles.	
	Consultation prénatale (CPN 4)	-89%	Non-respect des intervalles pour certains cas, absence des certaines fiches de suivi dans le classement pendant notre mission de vérification.	
	Soins postnataux à 6 semaines (Consultation Postnatale)	-28%	Certaines fiches de suivi CPON étaient absentes dans le classement lors de notre passage	
	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	-65%	Ecart constaté entre cas vérifiés dans le registre, fiches de suivi) et intrants réellement consommés sur les fiches de stock. La vérification a donc validé les cas en fonction des intrants consommés vus la susceptibilité de cette prestation.	
CS KINIEZIRE	Consultation externe (nvx cas)	12%	Le PS Kiniezire n'a pas présenté le registre et les dossiers des malades lors de la contre vérification externe.	
	VAT 2+ : Femme complètement protégée	48%	Certes problème d'archivage car la validation de ces 31 cas a tenu compte du respect du calendrier VAT.	
	Consultation prénatale (nouvelle inscrite au 4 ^{ème} mois)	46%	Certes, problème d'archivage des fiches de suivi car la validation des cas tenait compte du début exact de la CPN au 4 ^{ème} mois et triangulation avec la DDR était systématique pour chaque fiche vérifiée. L'absence de l'accoucheuse lors de la contre vérification qui était malade pouvait aussi expliquer cet écart étant donné que celui qui gère les outils de la maternité ainsi que les fiches de suivi CPN.	
	Consultation prénatale (CPN 4)	29%	Certes, le CS a égaré les 2 fiches de différence car la validation de ces 7 cas pour le trimestre a tenu compte du respect entre les intervalles normés pour la CPN.	
	PF : Acceptantes nouvelles et renouvellement (oral & inj)	-87%	La validation des cas a tenu compte non seulement avec les données vérifiées dans le registre et la complétude des fiches de suivi mais aussi sur la consommation réelle des intrants PF sur les fiches de stock.	
	PTME- Femme informée du résultat du test	32%	Nous avons validé les cas sur base d'une triangulation entre le registre PTME, fiches de counseling ainsi que la consommation intrants, certes, mauvais archivage mais l'accoucheuse responsable de l'activité était en congé de maternité lors de la contre vérification.	
HGR MINOVA	Nouveaux cas référés vus par médecin	27%	La vérification a veillé sur les dossiers avec billet de référence et la validation des cas tenu compte de ça. Certes, problème d'archivage.	

FOSA	PRESTATION	Ecart	COMMENTAIRES DE L'EUP	ECLAIRCISSEMENTS SUPPLEMENTAIRES DE L'ACVE
	Cas d'hospitalisation au de-là de 72 h	-16%	La vérification n'a pas tenu compte des cas de séjour pour le cas de césarienne et de chirurgie pour éviter la double subvention pour ces indicateurs. Pendant que la contre vérification a considéré ce séjour dans la validation des cas. Les cas d'hospitalisation au-delà de 72 heures ont été bien comptabilisé pour le reste de service et la validation en a tenu compte	
	Chirurgie majeure (population x 0,5%)	13%	Certes, problème d'archivage pour le seul dossier n'ont retrouvé par la contre vérification.	
	VIH/SIDA Nombre de nouveaux cas sous ARV	-13%	Le cas invalidé par AAP n'avait la fiche de suivi.	
CH KALUNGU	Cas d'hospitalisation au de-là de 72 h	-12%	Les cas d'hospitalisation au-delà de 72 heures ont été bien comptabilisé pour le reste de service et la validation a tenu compte de ça. L'écart provient plutôt des cas de séjour en chirurgie et Césariennes qui n'ont pas été pris en compte comme explicité ci-haut pour le HGR Minova.	
	Chirurgie majeure (population x 0,5%)	22%	Certes, problème d'archivage car tous les dossiers validés étaient retrouvés lors de notre passage.	
	Petite Chirurgie (population x 1%)	44%	Problème d'archivage car les 16 cas validés étaient tous dans le registre et avaient tous le protocole et fiches d'anesthésie sur leurs dossiers.	
	PTME – Femme informée du résultat du test	17%	La vérification a tenu compte des fiches de counseling disponibles en les confrontant avec les données du registre et les intrants consommés avant validation car toutes les rubriques étaient systématiquement complétées que sur les fiches de counseling. Cette observation peut donc être passé inaperçue et nous en tiendrons compte prochainement.	

5.3. Evaluation des recommandations de la mission précédente

Après une évaluation des recommandations faites lors de la 7^{ème} mission de contre vérification, les contraintes et difficultés rencontrées au cours de cette présente mission ont conduit à la formulation des recommandations ci-dessous :

Tableau 103 : Evaluation des recommandations de la sixième mission de contre vérification

N°	Problèmes constatés	Recommandations	Etat d'exécution	Niveau d'exécution	IOV	Responsable de MOE	Responsable de suivi
1.	Les registres de tuberculose ne sont pas retrouvés dans les FOSA (CSDT) du Sud-Kivu et au Kwilu car ramenés au chef-lieu de la province pour la validation des données par la coordination du programme	Garder les registres en permanence dans les FOSA et photocopier les pages contenant les données à valider par le programme	<ul style="list-style-type: none"> Tous les registres sont gardés en permanence dans les FOSA à l'Equateur Au Bandundu, les encadreurs des ZS n'ont pas encore donné l'effectivité de cette information 	En cours	Proportion des FOSA pour lesquelles les registres de TBC sont retrouvés lors des différentes missions	ECZ/FOSA	DPS
2.	Certaines ECZ ne sont pas informées de la mission de contre vérification externe dans leurs zones de responsabilité car les TDR desdites missions ne leur sont pas partagés alors que l'UCP Santé BM envoie les TDR des missions de contre vérification à tous les chefs de division provinciale de la DPS au début de chaque mission.	Partager systématiquement les TDR des missions de contre vérification externe aux zones de santé concernées	<ul style="list-style-type: none"> Le personnel de la DPS Equateur ne reçoit pas les TDR de la contre vérification externe bien que partagés par le PDSS ; Bien que le TDR ne soit pas systématiquement partagé mais l'information circule à temps utile sous forme de messages adressés aux structures concernées ; Les TDR de la 8^{ème} mission non partagés par la DPS Nord Kivu. L'information (par téléphone) sur la mission est partagée aux ZS par l'EUP FASSNK 	En cours	Proportions d'ECZ informées de la réalisation de la CVE dans leurs ZS	DPS	PDSS, ACVE
3.	Certains documents pour des activités réalisées restent conservés dans l'ordinateur ne pouvant être pris en compte lors de la contre vérification, ni de l'évaluation	Produire tous les documents en soft et les archiver	<ul style="list-style-type: none"> Tous les documents ont été déjà produits et archivés pour la DPS Equateur ; Les documents sont en train d'être imprimés et archivés dans les formations sanitaires de la province de Bandundu ; Tous les documents faisant objet de la contre-vérification sont imprimés et archivés au Nord Kivu. 	Réalisée	Nombre des documents correctement archivés sur le total	ECZ	DPS/EUP
4.	Aucun effort n'est fourni pour améliorer les prestations après le passage des évaluateurs	Elaborer et exécuter un plan de mise en œuvre des recommandations issues des évaluations afin d'améliorer la qualité des prestations	<ul style="list-style-type: none"> Un plan de mise en œuvre des recommandations est élaboré pour le suivi au Lualaba ; Un plan est déjà élaboré et exécuté pour évaluer les recommandations issues des évaluations à l'Equateur ; Au Bandundu, le plan de mise en œuvre des recommandations se fait au niveau de l'ECZ dans les différents rapports des 	Réalisée	Taux d'exécution des recommandations issues des évaluations	ECZ	DPS/EUP

N°	Problèmes constatés	Recommandations	Etat d'exécution	Niveau d'exécution	IOV	Responsable de MOE	Responsable de suivi
			<p>missions de supervision sur terrain ;</p> <ul style="list-style-type: none"> Il existe dans les ZS du Nord Kivu des plans d'encadrement intégrant les activités issues des recommandations des évaluateurs (Plan de résolution des problèmes). 66/79 recommandations soit 81,2% ont été réalisées. 				
5.	Les prestataires ne visent pas les ordres de mission des membres de l'ECZ pendant les supervisions ou évaluations ne permettant pas de prouver l'exécution effective de l'activité	S'assurer que les supervisés ont apposé le sceau de la structure, la signature du responsable ainsi que les dates d'arrivée et de départ lors des supervisions ou évaluations	<ul style="list-style-type: none"> Au Lualaba, cette recommandation est réalisée car chaque superviseur dispose d'un ordre de mission qui est visé par le supervisé à l'arrivée comme au départ ; A l'Equateur un rappel a été fait aux prestataires pour viser les ordres de mission à chaque passage des évaluateurs et des superviseurs ; Au Bandundu, étant donné que cet aspect compte parmi les sous critères de l'évaluation des ECZ, une amélioration pour résoudre ce problème a déjà été amorcée et la situation tend à s'améliorer dans bien des zones de santé ; Au Nord Kivu, les ordres de mission ont été visés par les structures qui ont bénéficié de la supervision des ECZS. 	Réalisée	Nombre d'ordres de missions portant un visa de la structure visitée sur le total des FOSA	ECZ	DPS/EUP
6.	Les documents et données ne sont pas sécurisés (protection contre le vol, incendies, intempéries...)	Appliquer les procédures de classement/archivage décrites dans les manuels des procédures en vigueur (classement/archivage en dur, en électronique et en virtuel)	<ul style="list-style-type: none"> En cours d'exécution mais il y a encore beaucoup de défis pour la province de Lualaba L'archivage des outils en dur est en cours de réalisation, néanmoins il est recommandé aux FOSAs d'acheter des ordinateurs pour l'archivage des données en soft, à l'Equateur Non exécutée au Bandundu ; Au Sud Kivu, jusque-là l'archivage reste en dur 	En cours	Nombre de BCZ ayant mis en place et appliquant un système de sécurisation de leurs documents/données	ECZ	DPS/EUP

N°	Problèmes constatés	Recommandations	Etat d'exécution	Niveau d'exécution	IOV	Responsable de MOE	Responsable de suivi
			<p>seulement, pas encore fait en électronique et en virtuel ;</p> <ul style="list-style-type: none"> Au Nord Kivu, 4 zones de santé sur 6 appliquent les procédures de classement/archivage décrites dans les manuels des procédures en vigueur. 				
7.	Les carnets de bord ne sont pas remplis complètement et régulièrement, certains remplissent le kilométrage à parcourir dès le départ	Tenir à jour les carnets de bord	<ul style="list-style-type: none"> En cours d'exécution, un rappel a été fait à tous les responsables des FOSA. Pour les engins en état, un effort est en train d'être réalisé. Les carnets de bord sont tenus à jour pour tous les engins fonctionnels au Nord Kivu. 	En cours	Carnet de bord à jour sur le nombre d'engins fonctionnels	ECZ	DPS/EUP
8.	L'analyse des goulots au niveau des FOSA pour la mise en œuvre des PM est superficielle	Utiliser la règle de cinq pourquoi pour analyser les causes profondes de faible performance dans la mise en œuvre des PM	<ul style="list-style-type: none"> Au Lualaba : exécuté au cours de chaque mission de coaching à travers les termes de référence de ladite mission ainsi que le rapport de mission, à l'Equateur les FOSA ont bénéficié de l'accompagnement pour mieux cerner les goulots pour la mise en œuvre des PM ; Au Nord Kivu, 67 sur 113 FOSA accusent encore des insuffisances d'analyse causale des faiblesses dans la mise en œuvre des PM bien que le plan de redressement reprenne toutes les FOSA. 	En cours	Nombre de plan de redressement comprenant des FOSA.	ECZ	DPS/EUP
9.	Les TDR des missions sont rangés dans un autre classeur et il est difficile de rattacher les TDR à un rapport de mission	Classer les TDR attaché au rapport et les ordres de missions visés	<ul style="list-style-type: none"> Non exécuté systématiquement par les ECZS au Lualaba mais à l'Equateur un briefing a été réalisé et tous les documents sont maintenant dans un même classeur ; Les TDR et les ordres de missions visés sont attachés aux rapports dans le Nord Kivu. 	En cours	Nombre d'ECZ évaluées ayant mis en semble les TDR, rapports y relatifs et ordre de mission.	ECZ	DPS/EUP
10.	Plusieurs FOSA ne font pas preuve d'être appuyées par le PDSS au plan structurel car malgré les fonds reçus, rien	Accompagner les prestataires à respecter la clé de répartition des subsides afin d'améliorer leurs infrastructures.	<ul style="list-style-type: none"> Au Lualaba, en cours d'exécution à travers la clé de répartition des proportions des dépenses lors de l'évaluation à 	En cours	Nombre de FOSA ayant des infrastructures respectant les normes de construction	ECZ	DPS/EUP

N°	Problèmes constatés	Recommandations	Etat d'exécution	Niveau d'exécution	IOV	Responsable de MOE	Responsable de suivi
	n'est utilisé pour améliorer les conditions de travail		<ul style="list-style-type: none"> mi-parcours ainsi qu'au moment de l'élaboration des PM A l'Equateur les prestataires ont été accompagné sur le respect des clés de répartition des subsides. Signalons plusieurs réalisations pour le moment en termes de construction et réhabilitation des infrastructures au niveau des FOSA, Au Bandundu, beaucoup de FOSA se sont plus lancé dans la réhabilitation des bâtiments que dans la construction pour l'amélioration de la qualité de soins ; Prise en compte lors des missions de validation des plans de management du 2^{ème} semestre 2019 mais aussi lors des missions accompagnement stratégies exit PVSBG ; Les missions de coaching sont réalisées dans les 6 ZS du Nord Kivu chaque trimestre. 				
Sous total Equipes cadres des zones de santé : 3 recommandations sur 10 réalisées soit 30%							
11.	Des différences de compréhension et d'interprétation des critères de vérification quantitative sont observées au sein des équipes de vérificateurs dans la majorité des EUP	Organiser des séances de lecture commune, d'explication et d'échange sur l'entièreté des indicateurs avant toute mission de vérification quantitative chaque trimestre	<ul style="list-style-type: none"> L'Antenne de Kolwezi organise une réunion de restitution au bureau au retour des vérificateurs ou avant qu'ils n'aillent en mission de vérification mais l'interprétation porte sur les indicateurs ayant posé des problèmes. Un effort sera fait pour parcourir l'entièreté des indicateurs ; A l'Equateur, au démarrage de chaque mission de vérification quantitative, il est prévu des séances d'échange pour la bonne compréhension des critères de validation des indicateurs. Cet exercice a été élargi jusqu'au niveau des 	En cours	Nombre d'EUP ayant organisé une séance de briefing sur la compréhension des indicateurs chaque trimestre assorti d'un rapport	Chargé de Programme	Directeur

N°	Problèmes constatés	Recommandations	Etat d'exécution	Niveau d'exécution	IOV	Responsable de MOE	Responsable de suivi
			<p>prestataires de la ville de Mbandaka (3 ZS) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> L'EUP Bandundu envoi dans les antennes, la liste des différentes prestations subsidiées et leur définition. Passage en revue de différentes prestations avant la descente des vérificateurs dans les zones de santé de responsabilité ; L'AAP Sud Kivu a tenu compte de cette recommandation lors de la préparation de la vérification T2 2019 et dans la réunion technique programme Santé du mois d'août 2019 ; Au Nord Kivu, les séances sont réalisées par pool en faveur des vérificateurs de la partie Nord comme sud de la province. Question souvent débattue avec l'équipe de l'ACVE pendant leurs missions. 				
12.	Concernant les patients inexistant, les écarts entre les résultats des enquêtes communautaires et ceux de la contre vérification communautaire restent très élevés	<p>Dégager dans le rapport d'enquêtes communautaires la proportion des fantômes retrouvés par association au niveau de chaque aire de santé</p> <p>Sanctionner les ASLO qui identifient les fantômes</p> <p>Réaliser un contrôle interne des résultats d'enquête communautaire avant la diffusion du rapport</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les rapports d'enquêtes communautaires ont bel et bien dégagé tous les cas fantômes retrouvés par ASLO. Les ASLO fautives ont été sanctionnées (6 ASLO sanctionnées sur les 14 ASLO) Le contrôle des résultats de l'enquête communautaire a été réalisé avant la diffusion du rapport ; Au Sud Kivu il y a eu une prise en compte dans la production des rapports d'analyse des données communautaires et les vérifications techniques. Certaines ASLO ont été sanctionnées dans les ZS de Fizi et Kimbi Lulenge pour collaboration dans la tricherie avec les CS ; Les résultats de la 8^{ème} mission de contre vérification externe n'a 	Réalisée	<p>Nombre de fantômes retrouvés par l'association</p> <p>Proportion d'ASLO sanctionnées car ayant retrouvé les fantômes</p> <p>Proportion d'aires de santé ayant bénéficié d'un contrôle interne</p>	<p>Vérificateurs/CP</p> <p>Directeur EUP</p> <p>Chargé des programmes</p>	<p>Directeur</p> <p>CT-AS/PDSS</p> <p>Directeur</p>

N°	Problèmes constatés	Recommandations	Etat d'exécution	Niveau d'exécution	IOV	Responsable de MOE	Responsable de suivi
			pas relevé des écarts significatifs au Nord Kivu.				
13.	Les enquêtes communautaires ne sont pas effectuées dans le délai	Respecter le délai dans la réalisation des enquêtes communautaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 6/11 ASLO soit 54,55% ont transmis à temps leurs rapports d'enquête communautaire, il s'agit de ADAS pour la ZS de Bunkeya, CIDECO pour les ZS de Dilala et Kanzenze, Unshindi pour Dilala, AFDR pour Fungurume et CDF pour la ZS de Kanzenze, ▪ Suite à la suspension des activités de vérification et de coaching par le PDSS au T3/2019 dans la province de l'Equateur, il n'a pas été possible de réaliser la vérification communautaire du T2/2019. Mais la mission de vérification communautaire du T3/2019 a commencé depuis le 1^{er} novembre 2019 pour une durée de 20 jours et le rapport sera diffusé dans le délai contractuel (avant le 30 décembre 2019) ; ▪ Non exécutée au Bandundu suite au retard observé dans les vérifications administratives des prestations ; ▪ Les vérifications communautaires ont été réalisées dans le délai dans toutes les ZS sous PVSBG au Sud Kivu ; ▪ Au Nord Kivu, les enquêtes communautaires ont été réalisées dans le délai pour les 3 derniers trimestres dans toutes les 6 zones de santé. 	En cours	Nombre d'enquêtes communautaires réalisées dans le délai sur les prévues	EUP	PDSS / CT AS / CSE SG
14.	Les numéros de références portés dans le registre des courriers ne sont pas repris systématiquement sur les classeurs de manière à faciliter la recherche en cas de	Etiqueter et numéroté les classeurs en indiquant la période couverte par les pièces qu'il inclut, mois /année/numéros de référence (pièces classées de façon chronologique), indiquer le type de document contenu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Au Lualaba, la numérotation se fait dans le registre au secrétariat néanmoins il n'était pas tenu régulièrement à jour malgré plusieurs feed back et le plan de redressement visant 	En cours	100% de classeurs sont correctement étiquetés et numérotés	EUP	PDSS / CT AS / CSE SG

N°	Problèmes constatés	Recommandations	Etat d'exécution	Niveau d'exécution	IOV	Responsable de MOE	Responsable de suivi
	besoin. Les classeurs ne sont pas étiquetés et numérotés de manière à faciliter la recherche des documents	dans le classeur : Ex : lettres reçues-janvier à mars 2019, de 0001 à 0205.	l'ancienne secrétaire, ce qui a conduit au recrutement d'un nouveau consultant secrétaire qui est encore sous période d'essai ; <ul style="list-style-type: none"> La Secrétaire de l'EUP Equateur étiquette les classeurs reprenant les références des courriers indiqués dans les registres, cela de manière systématique ; Prise en compte de l'étiquetage et numérotation des classeurs par l'EUP Bandundu ; En cours de réalisation au Sud Kivu ; 75% des classeurs sont étiquetés, datés et numérotés à l'EUP Nord Kivu. 				
15.	En général les enquêtes communautaires sont réalisées mais les rapports restent sous format Excel et donc il n'est pas véritablement partagé avec les acteurs de terrain et partagé aux décideurs pour la conduite à tenir	Elaborer un rapport de vérification communautaire trimestriel en Word et le diffuser à temps aux parties prenantes y compris les formations sanitaires et les ECZ	<ul style="list-style-type: none"> Le rapport de vérification communautaire élaboré à l'antenne de Kolwezi est diffusé aux parties prenantes notamment à l'ASLO à travers le rapport d'analyse des fiches d'enquêtes ainsi que les feedbacks adressés à l'ECZS et aux FOSA ; Le rapport de la vérification communautaire T2/2019 de l'EUP Equateur n'a pas été réalisé suite à la suspension des activités de coaching et vérification par le PDSS ; Pour l'EUP Bandundu un effort est fait pour mettre les rapports sous format Word et les feedback sont partagés avec les acteurs de terrain et aussi les sanctions sont prises ; Le rapport est élaboré en Word et transmis aux ECZS et FOSA avec preuve d'accusé de réception par les BCZS et les FOSA au Sud Kivu ; Au Nord Kivu, la synthèse du rapport de la vérification 	En cours	Nombre de EUP dont le rapport de vérification communautaire trimestriel est partagé	GT Financement	PDSS / CT AS / CSE SG

N°	Problèmes constatés	Recommandations	Etat d'exécution	Niveau d'exécution	IOV	Responsable de MOE	Responsable de suivi
			communautaire est faite. Le feed back partagé avec les FOSA à travers l'ECZS. Il se pose cependant un problème de remontée tardive des accusées de réception des FOSA.				
16.	Outil d'indices n'est pas compris et appliqué dans les FOSA	Organiser les missions d'accompagnement des prestataires dans la compréhension et l'application de l'outil d'indices	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les TDRS et les rapports des missions d'accompagnement des prestataires sont élaborés en vue de pallier à ce défi de non application de l'outil d'indices, au Lualaba ; ▪ Les missions de coaching ont été organisées au mois de juin 2019 par l'EUP Equateur et les prestataires ont été accompagnés pour la bonne compréhension de l'utilisation de l'outil d'indices ; ▪ Une mission de coaching est prévue par rapport à cette activité pour le mois de novembre 2019 par l'EUP Bandundu ; ▪ Au Sud Kivu, cet aspect a été pris en compte encore une fois dans les TDR des missions de suivi et coaching organisées au T3/ 2019 ; ▪ Jusqu'au T2/ 2019, les TDRs des missions de coaching ont intégré le point sur l'application de l'outil d'indices dans les FOSA comme dans les ECZS du Nord Kivu. 	Réalisée	100% d'EUP disposant de rapports de mission faisant allusion au coaching sur l'outil d'indices.	EUP	PDSS / CT AS / CSE SG
17.	La saisie des données ne respecte pas la date butoir fixée par les procédures PBF	Respecter la date butoir de la vérification quantitative (T+25) en s'assurant que les vérificateurs quittent les EUP au début du mois qui suit le trimestre à vérifier pour leur permettre de rentrer tôt et commencer la saisie des données sur le portail	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les dispositions pratiques ont été mises en œuvre pour respecter l'échéance du déroulement de la vérification au de T3/2019 qui s'est déroulée du 1^{er} au 25 octobre 2019 dans la province du Lualaba ; 	En cours	100% d'EUP ayant saisie la totalité des données dans le portail avant la date butoir (T+32)	EUP	PDSS/CT-AS

N°	Problèmes constatés	Recommandations	Etat d'exécution	Niveau d'exécution	IOV	Responsable de MOE	Responsable de suivi
			<ul style="list-style-type: none"> Le retard est plus causé par la transmission tardive des grilles d'évaluation qualité des CS et HGR ainsi que les cadres de performance des ECZ par la régulation ; Non exécutée au Bandundu car très souvent le remboursement des fonds prend beaucoup de temps dans le circuit financier du PDSS et cela a un impact sur le respect de l'échéancier ; Au Sud Kivu, les missions de vérification sont réalisées dans le délai ainsi que la saisie des données sur le portail voire la mission de contre vérification réalisée au T4/2019 ; Dernière date de saisie le 24 juillet 2019 pour le T2/2019 au Nord Kivu. 				
18.	La validation des données sur le portail n'est pas réalisée à 100%	Ajouter un critère sur la validation des données sur le portail dans le cadre de performance des EUP	<ul style="list-style-type: none"> Les données du T2/2019 ont été validées à 100% sur le portail. Au cours de ce trimestre l'AAP Sud Kivu a réussi à valider toutes les données au portail dans le temps comme les évaluations des HGR et ECZ avait trainer le temps d'avoir les orientations de la CT-AS et PDSS. Toutefois la validation de ces données a déjà été faite ; Données validées jusqu'au dernier trimestre (T2/2019) au Nord Kivu. 	Réalisée	100% des données validées sur le portail	EUP (CP ou CA et Data Manager)	CT-AS
19.	Le verrouillage des données n'est pas réalisé	Ajouter un critère sur le verrouillage des données sur le portail dans le cadre de performance des EUP	<ul style="list-style-type: none"> La Gestionnaire des bases des données de l'EUP Equateur est instruite et le verrouillage sera fait après chaque encodage ; L'AAP Sud Kivu a validé toutes les données au portail dans le temps comme les évaluations des HGR et ECZ avait trainer le 	Réalisée	100% des données verrouillées sur le portail	EUP (CP ou CA et Data Manager)	CT-AS/ACVE

N°	Problèmes constatés	Recommandations	Etat d'exécution	Niveau d'exécution	IOV	Responsable de MOE	Responsable de suivi
			temps d'avoir les orientations de la CT-AS et PDSS ; <ul style="list-style-type: none"> Données T2 2019 déjà verrouillées pour le Nord Kivu. 				
Sous total EUP/AAP : 4 recommandations sur 9 réalisées soit 44,4%							
20.	La grille utilisée par le CPP Mai Ndombe pour l'évaluation de la DPS est différente de celle qui est dans le manuel opérationnel PBF	Utiliser la même grille dans toutes les provinces pour l'évaluation des ECP			Nombre d'ECP ayant été évaluées par la grille se trouvant dans le manuel opérationnel PBF sur le total	CPP	PDSS/ ACVE
Sous total ECP : 1 recommandation non évaluée							
21.	Les cadres de performance des entités du niveau central sont parfois nos adaptés aux attributions de la structure	Réviser les cadres de performances en les adaptant aux activités régaliennes des entités du niveau central sous contrat			Nombre de cadre de performance révisés	Chargé de suivi et évaluation	Coordinateur Adjoint PDSS
22.	Les retards persistent dans le paiement des subsides	Liquider les soldes pour les subsides du T/ 2019, la totalité des subsides du T2/2019 et payer les avances pour le T3 2019			Nombre structures ayant été payées	PDSS	EUP/AAP
23.	Malgré le prolongement du cycle de paiement qui est passé de 38 à 91 jours, des retards bien que parfois minimes sont observés dans toutes les provinces	Le mécanisme de suivi et évaluation de tout le processus mis en place par l'UCP-Santé BM devra être plus dynamique et exécuté au quotidien avec un rapprochement auprès des entités d'exécution du projet au niveau provincial.			Nombre de provinces n'ayant pas observé de retard dans l'exécution du paiement des subsides	PDSS	CT AS
Sous total Coordination PDSS : 3 recommandations non évaluées							
24.	35% des prestations contractées par la DEP ne dépendent pas directement d'elle	Revoir le cadre de performance de la DEP conformément à ses responsabilités directes			Existence d'un nouveau cadre	DEP	PDSS, CSE
Sous total DEP : 1 recommandation non évaluée							
25.	Les livrables des activités réalisées ne sont pas éligibles	Attacher à chaque livrable les différents éléments constitutifs prouvant la réalisation effective de l'activité : termes de référence, ordre de mission, billets d'avions, liste des participants, rapports de mission, ...			Nombre d'activités réalisées disposant de tous les livrables sur le total d'activités réalisées	PNSR	CSE, ACVE

N°	Problèmes constatés	Recommandations	Etat d'exécution	Niveau d'exécution	IOV	Responsable de MOE	Responsable de suivi
26.	Certains livrables pour les activités réalisées sont fournis uniquement en format électronique et ne sont pas signés.	Disposer des signatures électroniques pouvant faciliter la signature de certains livrables			Nombre de livrables disposant d'une signature électronique sur le total	PNSR	CSE, ACVE
27.	Les activités prévues dans le PAO se retrouvent seulement à 18% dans le PTT	Procéder par une revue semestrielle du PAO en éliminant les activités non réalisables au cours de l'année et introduire de nouvelles activités ayant des garanties pour leur réalisation.			Pourcentage d'activités inscrites dans le PAO et se trouvant dans le PTT	PNSR	CSE, ACVE
Sous total PNSR : 3 recommandations non évaluées							

Commentaires

Sur un total de 27 recommandations formulées lors de la 7^{ème} mission de contre vérification, 19 ont été suivies parmi lesquelles 7 ont été réalisées (soit 25,9%).

Les taux de réalisation des recommandations selon chaque institution concernée sont de :

- 30% pour les ECZ, 3 recommandations sur 10 formulées ;
- 44,4% pour l'EUP/AAP, 4 sur 9 recommandations.

Les recommandations du niveau des ECP et celles adressées au PDSS/DEP n'ont pas été évaluées jusqu'au moment de la production du présent rapport.

5.4. Relatives à la performance des ECZ

Tableau 104 : Constats et recommandations relatifs à la performance des ECZ

N°	Problèmes constatés	Recommandations	IOV	Responsable MOE	Responsable suivi
1.	Le score de performance de l'ECZ Wema inscrit dans le portail est différent aussi bien de celui du T1/2019 (au cas où celui – ci devrait être reconduit) que celui se trouvant sur le PV de l'évaluation du T2/2019 (qui serait transmis en retard)	S'assurer de la réalisation des évaluations de performances des ECZ au moment prévu et ne considérer que le score équivalent à la période concernée par l'évaluation	Nombre d'ECZ évaluées à temps	ECP	PDSS/ CT-AS
2.	Le problème d'archivage des documents continue à se poser avec acuité après la vérification quantitative de l'EUP	Assurer un accompagnement permanent du rangement correct des documents et registre au sein des formations sanitaires	Nombre de formations sanitaires évaluées ne présentant pas de difficultés importantes d'archivage	Superviseurs ECZ	MCZ/EPP
3.	Les cotations attribuées par les ECZ lors des évaluations de la qualité des soins dans la plupart des cas sont surestimées	Organiser des missions conjointes avec les EUP d'où la nécessité de réaliser des planifications conjointes	Nombre d'EUP ayant participé aux évaluations de la qualité des soins par trimestre	MCZ	CP EUP
4.	Les fiches de déclaration des données quantitatives n'accompagnent pas systématiquement le dépôt des rapports mensuels auprès des ECZ puis les EUP	Assurer le suivi de la transmission des fiches déclaratives des quantités au niveau des ECZ puis des EUP	Nombre d'EUP n'ayant pas déclaré d'absence de dépôt des fiches déclaratives par trimestre	MCZ	CP EUP
5.	Plusieurs FOSA d'une même ZS n'utilisent pas les mêmes documents normés de travail notamment le partogramme	Mettre à la disposition des prestataires les documents normés issus de la DSNIS	Nombre de DPS dont les prestataires n'utilisent pas différents documents de travail, observé lors de la CVE	MCZ	EPP
6.	Il est observé une méconnaissance de l'application des protocoles de prise en charge des pathologies par plusieurs prestataires	Assurer un meilleur encadrement des prestataires sur les protocoles et instructions de prise en charge des maladies	Nombre de FOSA respectant les protocoles thérapeutiques	MCZ	EPP

5.5. Relatives à la performance des EUP

Tableau 105 : Constats et recommandations relatifs à la performance des EUP

N°	Problèmes constatés	Recommandations	IOV	Responsable MOE	Responsable suivi
7.	Les cadres de performance des EUP n'ont pas été évalués pour le deuxième trimestre 2019 dans certaines provinces	Assurer le suivi de l'évaluation du cadre de performance conformément au calendrier fixé par le manuel des procédures PBF	Nombre d'EUP évalués conformément au calendrier fixé par le manuel des procédures PBF	CSE	PDSS/ CT-AS
8.	Il y a des écarts de compréhension de certains indicateurs par certains	Organiser une séance de relecture commune des guides de vérification avant toute mission trimestrielle de	Nombre de rapport de séance de travail sur la compréhension des définitions de cas des	CP EUP	Directeur EUP

N°	Problèmes constatés	Recommandations	IOV	Responsable MOE	Responsable suivi
	vérificateurs médicaux au sein des EUP	vérification quantitative au sein des EUP	indicateurs quantitatifs		
9.	Malgré des améliorations observées dans le cadre de la vérification quantité sur le terrain, certains vérificateurs ne respectent pas scrupuleusement les critères de validation des données	Organiser des missions trimestrielles de contre vérification par échantillonnage raisonnée, des données initialement validées par les vérificateurs médicaux	Nombre de missions réalisées par trimestre	CP	Directeur EUP

5.6. Relatives à la performance des ECP

Tableau 106 : Constats et recommandations relatifs à la performance des ECP

N°	Problèmes constatés	Recommandations	IOV	Responsable MOE	Responsable suivi
10.	Les cadres de performance des ECP n'ont pas été évalués pour le deuxième trimestre 2019 dans certaines provinces	Assurer le suivi de l'évaluation du cadre de performance conformément au calendrier fixé par le manuel des procédures PBF	Nombre d'ECP évalués conformément au calendrier fixé par le manuel des procédures PBF	CPP	PDSS/ CT-AS
11.	Au sein d'une même DPS (Nord-Kivu), des outils différents sont utilisés pour évaluer la qualité dans les CS (l'ancienne grille et la nouvelle grille)	Evaluer la qualité dans les formations sanitaires en utilisant l'unique grille recommandée par le PDSS	100% des formations sanitaires utilisent la seule grille en vigueur proposée par le PDSS	ECP-ECZ	CT-AS
12.	Certains évaluateurs de la qualité des soins des hôpitaux et des ECZ présentent des insuffisances de cotation inhérentes à la compréhension des critères d'évaluation	Certifier les évaluateurs de la DPS	Nombre de DPS ayant certifié ses évaluateurs	Chef de bureau ATZS	CD
13.	Les évaluations de la qualité des soins des hôpitaux et l'évaluation des ECZ sont réalisées en retard même lorsque les ressources sont disponibles	Assurer un meilleur suivi du plan de travail trimestriel des DPS afin de pouvoir réaliser les évaluations dans les délais requis	Nombre de DPS ayant réalisé les évaluations du cadre de performance des ECZ et de la qualité des soins des hôpitaux dans les délais	CB ATZS	CD

5.7. Relatives à la performance de la Coordination du PDSS

Tableau 107 : Constats et recommandations relatifs à la performance de la Coordination du PDSS

N°	Problèmes constatés	Recommandations	IOV	Responsable MOE	Responsable suivi
14.	Les évaluations qualité des centres hospitaliers du Sud-Kivu ayant signé les contrats de type HGR sont réalisées par les ECZ	<ul style="list-style-type: none"> Déterminer avec exactitude l'institution habilitée à évaluer la qualité dans les CH avec contrat de type HGR 	Proportion de CH hospitaliers évalués par l'ECP	PDSS / CT-AS	

N°	Problèmes constatés	Recommandations	IOV	Responsable MOE	Responsable suivi
		<ul style="list-style-type: none"> Financer l'activité d'évaluation de la qualité des soins dans les CH avec contrat de type HGR par l'ECP 			
15.	Il existe un déficit de connaissance des procédures PDSS pour l'acquisition des ressources nécessaires à la réalisation des activités au niveau des DPS. Il en est de même pour les outils de travail révisés, pour lesquels les DPS n'ont reçu aucune formation, encore moins un briefing	<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre le processus d'assistance de proximité des DPS Assurer le suivi du cycle de mise à disposition des moyens aux DPS 	Nombre de DPS ayant respecté les délais procéduraux dans la mise en œuvre de leurs activités régaliennes en lien avec l'approche FBP par trimestre	AT chargé de S&E	Coordinateur adjoint
16.	Les formations sanitaires manquent d'équipements nécessaires à la réalisation de leurs activités dans les conditions idéales. Par ailleurs elles sont enclines à des ruptures récurrentes de médicaments	Assurer un meilleur suivi d'acquisition des équipements des FOSA à partir de leurs subsides et appuyer la disponibilité de médicaments de qualité en quantité suffisante	Nombre de FOSA sans rupture de stock en médicaments lors de la CVE trimestrielle	Pharmacien UCP PDSS	Coordinateur adjoint
17.	Les cadres de performance des entités de régulation sous contrat, bien qu'ayant été révisés, contiennent encore des incohérences, ne sont pas encore validés par le SG ni transmis aux utilisateurs	Revisiter les différents cadres de performance des entités de régulation contractées avant leur validation par le SG et leur transmission officielle aux utilisateurs	Nombre de structures d'évaluation ayant reçu les documents officiels	Coordonnateur Adjoint	Coordinateur
18.	Le cadre de performance de la DEP prévoit 2 sessions du CNP par an alors que l'arrêté ministériel créant le CNP n'en prévoit qu'une seule	Ramener à une fois l'an le nombre de session ordinaire du CNP dans le cadre de performance de la DEP conformément aux prescrits de l'arrêté ministériel ayant créé le CNP	Nombre de session du CNP à tenir par an	Coordonnateur Adjoint	Coordinateur

6. ANNEXES

6.1. Annexe 1 : Noms et contacts du staff ACVE RD CONGO CREDES

N°	Nom et Prénoms	Fonction	Adresse mail	Contact téléphonique
1.	Robert YAO	Chef de mission, Expert, Médecin santé publique	yao.acverdc@gmail.com	+243822355134
2.	Serge MAYAKA	Expert, Professeur, Economiste de la santé	mayaka.acverdc@gmail.com	+243998522088
3.	Michel ZABITI	Expert, Médecin santé publique	zabiti.acverdc@gmail.com	+243811452641
4.	Désiré KIMUHA	Expert, Médecin santé publique	kimuha.acverdc@gmail.com	+243813247910
5.	Felix TSHIOSHA	Expert, Médecin santé publique	tshiosha.acverdc@gmail.com	+243816174623
6.	Théophile NDANGI	Expert en Gestion Financière (EGF)	ndanqi.acverdc@gmail.com	+243818680056
7.	Billy MPIANGA	Expert en Système des données de santé	mpianga.acverdc@gmail.com	+243820241558
8.	Crispin MBOMA	Technicien Supérieur en Soins Infirmiers	crispimboma.acverdc@gmail.com	+243823228088
9.	Emmanuel LUENDU	Technicien Supérieur en Soins Infirmiers	luendu.acverdc@gmail.com	+243810983093
10.	Albert TSHIANJI	Technicien Supérieur en Soins Infirmiers	alberttshianji.acverdc@gmail.com	+243815194236
11.	Samson LUSUASU	Technicien Supérieur en Soins Infirmiers	wevi.acverdc@gmail.com	+243824578985
12.	Désiré MUPENDA	Technicien Supérieur en Soins Infirmiers	mupenda.acverdc@gmail.com	+243820459109
13.	Gabriel UNEGA	Technicien Supérieur en Soins Infirmiers	unega.acverdc@gmail.com	+243819444476
14.	Fernand BEYA	Technicien Supérieur en Soins Infirmiers	beya.acverdc@gmail.com	+243810680642
15.	Bibiche KASONGO	Assistante Administrative et Financière	kasongo.acve@gmail.com	+243810684845

6.2. Annexe 2 : Noms et contacts des EZS et CVC

6.2.1. Enquêteurs des zones de la Province de la Tshuapa

N°	Nom et Prénoms	Qualification	Adresse mail	Contact téléphonique
1.	Jeremy IFASO	A1 Sciences Infirmières		+243813535263
2.	Emmanuel BAFINDA	L2 en Santé Publique	emmabafinda@gmail.com	+243818251293
3.	Jean Claude MAWELI	A1 Sciences Infirmières		+243817222532
4.	Patrick BAMANGO	A1 Sciences Infirmières	patrickbamango@gmail.com	+243810270734
5.	Alexis MOLONGA	A1 Sciences Infirmières		+243815610576
6.	Rubin ILONGA	A1 Sciences Infirmières		+243822968490
7.	Antoinette LIEMA	A1 Sciences Infirmières		+243819272664
8.	Lucien NKOY	Médecin généraliste	luciennkoy@gmail.com	+243810125369
9.	Sandrine MPIA	A1 Sciences Infirmières		+243827461144
10.	Nestor LOLA	A1 Sciences Infirmières	nestorlukwa@gmail.com	+243810754420

6.2.2. Enquêteurs des zones de la Province du Haut Katanga

N°	Nom et Prénoms	Qualification	Adresse mail	Contact téléphonique
1.	Giresse KALONG KABUND	A1 soins infirmiers	kakajuresse@gmail.com	+243977169262
2.	Gino TSHIELA LWEMBE	A1 soins infirmiers		+243825393585
3.	Justin MPOYO KYENGA	A1 soins infirmiers	Justinmpoyo1@gmail.com	+243842563959
4.	Adonis KAZADI KABANGE	A1 soins infirmiers	adaniskazadi@gmail.com	+243814118714
5.	Aimée YAV MUFUKA	A1 soins infirmiers	comushindi@gmail.com	+243992643751
6.	Jean Marie NGOYI WA ILUNGA	A1 SI/L2 Santé Publique		+243977766058
7.	Mamie ALBA MBUYI	A1 soins infirmiers		+243990376397
8.	Michael LUSHIMBA	A1 SI/L2 Santé Publique	mikelushimba@gmail.com	+243976358 818
9.	Vandicien KIMUNDU	A1 soins infirmiers		+243990282287
10.	Evariste KANDE MUKANYA	L2 médecine humaine	kandemukaya@gmail.com	+243 817551903

6.2.3. Enquêteurs des zones de la Province de Kwango

N°	Nom et Prénoms	Qualification	Adresse mail	Contact téléphonique
1.	Cristian KUZANGAMANA	A1 soins infirmiers, hospitalière	chriskuzangamana@gmail.com	+243813748340
2.	Olivier SANGANGA NSANDJI	L2 en SP	sylvanosanganga@gmail.com	+243990800868
3.	Jeanny ODIA JIBIKILAYI	A1 soins infirmiers, hospitalière	Jeannyodia01@gmail.com	+243976584558
4.	Franck BUTANDU	L2 SACO	franckbutandu@gmail.com	+243812740003
5.	Union MWANZA TSONGA	L2 SCO	umwanzaepi47@gmail.com	+243814236655
6.	Nadine MWAMBU NSUNDA	L2 SACO	-	+243811354040
7.	Robert BIZAU	Médecin généraliste	bizaurobert@gmail.com	+243818104778
8.	Mike MAYAKA WATUZOLA	L2 SACO	Mayakamiki2019@gmail.com	+243825178868
9.	Albert KAMPIKA OLWAR	A1 soins infirmiers, hospitalière	olwaralbert@gmail.com	+243828178594
10.	Robert BIZAU	Médecin généraliste	bizaurobert@gmail.com	+243818104778

6.2.4. Enquêteurs des zones de la Province du Kwilu

N°	Nom et Prénoms	Qualification	Adresse mail	Contact téléphonique
1.	Remy KASELA KILEKA	A1 soins infirmiers, L1 EASI	kaselakilema@gmail.com	+243813748340
2.	Olivier SANGANGA NSANDJI	L2 en SP	sylvanosanganga@gmail.com	+243990800868
3.	Jeanny ODIA JIBIKILAYI	A1 soins infirmiers, hospitalière	Jeannyodia01@gmail.com	+243976584558
4.	Franck BUTANDU	L2 SACO	franckbutandu@gmail.com	+243812740003
5.	Godefroid BANKANDA	A1 soins infirmiers, hospitalière	godebak@gmail.com	+243817708320
6.	Bluette TOMATALA NITU	Médecin généraliste	tomatalaesther@gmail.com	+243827212998
7.	Robert BIZAU	Médecin généraliste	bizaurobert@gmail.com	+243818104778
8.	Mike MAYAKA WATUZOLA	L2 SACO	Mayakamiki2019@gmail.com	+243825178868
9.	Albert KAMPIKA OLWAR	A1 soins infirmiers, hospitalière	olwaralbert@gmail.com	+243828178594
10.	André SODIAKONGA OKITOMBO	A1 soins infirmiers, hospitalière	andresodiakonga@gmail.com	+243823711745

6.2.5. Enquêteurs de Zone de Santé du Nord Kivu

N°	Nom et Prénoms	Qualification	Adresse mail	Contact téléphonique
1.	Charles KALWIRA	Infirmier A1 et L1 SP	charleskalwira@gmail.com	+243979690070
2.	Désiré KANYAMUKENKE	Infirmier A1	désirékanyamukenge70@gmail.com	+243997775506
3.	Dimael KABUYAYA	Infirmier A1	dimaekabuyaya@gmail.com	+243998884433
4.	Prince KASOLE	Infirmier A1 et L1 SP	princejeanclaudekasole@gmail.com	+243997560507

6.2.6. Enquêteurs de Zone de Santé du Sud Kivu

N°	Nom et Prénoms	Profession	Adresse mail	Contact téléphonique
1.	Dimael KABUYAYA	Infirmier A1	dimaekabuyaya@gmail.com	+243998884433
2.	Prince KASOLE	Infirmier A1 et L2 SP	Princekasole@gmail.com	+243997560507
3.	Désiré KANYAMUKENKE	Infirmier A1	desirekanyamukenge@gmail.com	+243997775506
4.	Cyprien MBULA	Infirmier A1		+243997795314

6.2.7. Contre Vérificateurs Communautaires / Tshuapa

N°	Nom et Prénoms	Profession	ASLO	Contact téléphonique
ZONE DE SANTE DE BOENDE				
1.	Fleming NYANGELA	Enseignant		+243
2.	Jean Louis NGOY BOKANGA	Enseignant		+243
3.	Befela ILONGO	Enseignant		+243
4.	Botulu MANGAYA	Enseignant		+243
ZONE DE SANTE D'IKELA				
5.	Chimène ETENI BAKILA	Enseignante		+243
6.	Bondale H. DEBALZAE	Enseignant		+243
7.	Matela BOLONDO	Enseignant		+243
8.	Boendo BOMPENA	Enseignant		+243

ZONE DE SANTE DE LINGOMO				
9.	Simon MPETE BOTOKO	Enseignant		+243
10.	Winston BOMENA LIKOMBE	Enseignant		+243
11.	Gerda BOSOMBO ENYANGA	Enseignant		+243
12.	Gédéon LOSALA	Enseignante		+243
ZONE DE SANTE DE MONDOMBE				
13.	Jean Paul BOTILI	Enseignant		+243
14.	José ELANGA NTANDO	Enseignant		+243
15.	Donatien MBONDJO	Enseignante		+243
16.	Wivine NSONGO BOOTO	Enseignante		+243
ZONE DE SANTE DE WEMA				
17.	Neville BOONGO BOKUNGU	Enseignant		+243
18.	Bonyenga BOFOLI	Enseignant		+243
19.	Jean LOMANGA BOSAKO	Enseignant		+243
20.	Batuku YELE	Enseignant		+243

6.2.8. Contre Vérificateurs Communautaires / Haut Katanga

N°	Nom et Prénoms	Profession	ASLO	Contact téléphonique
ZONE DE SANTE DE KASENGA				
1.	Djimmy MUPALU MUZEZE	Enseignant		-
2.	Kalembo Wa KALEMBO	Enseignant		-
3.	Ngoy LUSA	Enseignant		+243813126557
4.	Alphonsine MANYONGA	Enseignant		-
ZONE DE SANTE DE KASHOBWE				
5.	Raphaël KABUNDA KAMATO	Enseignant		+243824853505
6.	Enoch MOHAMMED RAHAMAT	Enseignant		+260763289826
7.	Jean KINYANTA MUSONDA	Enseignant		+260966237052
8.	MUTOMBO KAFUTWA	Enseignant		-
ZONE DE SANTE DE KILWA				
9.	Alain KUNDA KYAMAMWA	Enseignant		+243825782944
10.	André KALUMBA LWENDE	Enseignant		+243817622818
11.	Vincent MBUYU	Enseignant		-
12.	KYALA WA MBWISHA	Enseignant		-
ZONE DE SANTE DE PWETO				
13.	Esther KIBAMBO MWANTO	Enseignante	EP Kibwe kia mikeba	+243896774974
14.	Emmanuel NKUBA KAWEME	Enseignant	EP Kibwe kia mikeba	+243899298847
15.	Jean MANDE KABOTA	Enseignant	EP Kibwe kia mikeba	+243821680057
16.	Shindano KIMPINDE	Enseignant	EP Kibwe kia mikeba	+243824508208
ZONE DE SANTE DE SAKANIA				
17.	Ismaël MUJINGA BANYA	Enseignant		+243813129405
18.	Bernard NTSHVOIDI	Enseignant		-
19.	Nancy LOGWA MWASA	Enseignant		+243971869786
20.	Florence MUJINGA KAMENA	Enseignant		+243813129892

6.2.9. Contre Vérificateurs Communautaires / Nord Kivu

N°	Nom et Prénoms	Profession	ASLO	Contact téléphonique
ZONE DE SANTE DE NYIRAGONGO				
1.	Jackson AKILI	Coordonnateur	PPRNH	+243994003485
2.	Jean Claude TWIYIMENJE	Membre ASLO	PPRNH	+243991705064
3.	Olivier MUNIHIRE	Etudiant	PPRNH	+243974647332
4.	Leya MUSHENGEZI	Ambulante	PPRNH	+243993686202
ZONE DE SANTE DE RWANGUBA				
5.	Célestin SADIKI	Libéral	ICOD	+243990626578
6.	Rosette TUYISHIME	Ménagère	ICOD	+243975162035
7.	Patrick UWIMANA	Cultivateur	ICOD	+243993419469
8.	Gédéon KWIZERA	Cultivateur	ICOD	+243997097131

6.2.10. Contre vérificateurs communautaires / Sud Kivu

N°	Nom et Prénoms	Profession	ASLO	Contact téléphonique
ZONE DE SANTE DE KANIOLA				
1.	Emmanuel BACIYUNJUZE	Ambulant	APA	+243991764706
2.	Richard NACINDA	Enseignant	APA	+243974317203
3.	Maxim OLINABANJI	Enseignant	APA	+243973689796
4.	Justine NEEMA	Ambulante	APA	+243970928007
ZONE DE SANTE DE MINOVA				
5.	Janvier BAMULEKE	Cultivateur	ASODI	+243992991838
6.	Eric AMANI	Libérale	ASODI	+243977555956
7.	Nicolas BALOMBE	Libérale	ASODI	+243971188543
8.	Jeanne KAHINDO	Ménagère	ASODI	+243850370296

6.3. Annexe 3 : Listes des personnes rencontrées par structure et par DPS / ZS

Niveau national

N°	Nom et Prénoms	Fonction	Adresse mail	Contact téléphonique
PROGRAMME NATIONAL DE SANTE DE L'ADOLESCENT				
1.	Mvanda MBADU	Directeur	mbadu_m@hotmail.com	+243898940247
2.	Liévin LUEKI	CD a.i. IEC/PF	lievainlueki@gmail.com	+243815196313
3.	Delphin ANTWISI	AT PNSA	antwisidelphi@pdss.cd	+243817100339
4.	José KALOME	CB Ressources humaines	josekambo@gmail.com	+243823381191
PROGRAMME NATIONAL DE SANTE DE LA REPRODUCTION				
1.	Lis LOMBEYA	Directrice	dr.lis.lombeya@gmail.com	+243810632049
2.	Jeannot LOMAMI MBAKA	CS/SF	dlomamimbakaJL@gmail.com	+243810657674
3.	Rovi BIKIRI	CDAF	rovibikiri@yahoo.fr	+243816625906
4.	Thomas KALOMBO	SE	Thomaskalombo2016@outlook.com	+243843044200
5.	Vianney NZANZU	CS/SE	jmv.nzanzu@gmail.com	+243815270564
6.	Dr Jonathan MATALA	AT	drjomatala@gmail.com	+243814225360
7.	Dr Christophe KITSITA	CD/SE	christophe.kitsita@yahoo.fr	+243998188615
PROGRAMME NATIONAL DE NUTRITION				
1.	Ernest MBO ILENGA	Directeur	directeur.pronanut@sante.gouv.cd	+243815433023
2.	Lumingu APACHAT	CS/SE	luminquapachat@gmail.com	+243812523574
3.	Clémence NAMA	CC/SE	Clemencenamp2018@gmail.com	+243810110445
DIRECTION D'ETUDES ET PLANIFICATION				
1.	Alain IYETI	Directeur	alainiyeti@yahoo.fr	+243812679583
2.	Robin MITEO	Expert Santé publique	bobmiteo@gmail.com	+243813558055
3.	Clémentine MANZANGA	Secrétaire administrative	mmamieclémentine@yahoo.fr	+243854559882

Province de la Tshuapa

N°	Nom et Prénoms	Structures	Fonction	Adresse mail et contact téléphonique
1.	Jean Paul MATELA	DPS	CD	matelar3@gmail.com +243814004642
2.	Johnny IKWA	EUP	Directeur	ikwajohnn@gmail.com +243 825218385
3.	Callixte KATSHI	EUP	CP	callixtekatshi@yahoo.fr +243 814326473
4.	Nathalie NGALULA	EUP	Secrétaire	Natnga2017@gmail.com +243813788841
5.	Glagy PHOMBO	EUP	AF	+243822417223
6.	Giresse NGOMBWA	EUP	Data	giresseingombwa@gmail.com +243827389107
7.	Maguy LOONGA BOFAMBU	EUP	Vérificateur	maquyloonga@gmail.com +243 823897977
8.	Pierre LOKWA	EUP	Vérificateur	lokwapierre@gmail.com +243810489717
9.	Henri EKABA	EUP	Vérificateur	ekabamakila@gmail.com +243817097922
10.	Virginie NYANGBA	EUP	Vérificatrice	v.nyangba@gmail.com +243820676790
11.	Boleki MAKWANI	EUP	Vérificateur	+243810475255
12.	Papy IKWALA	EUP	Vérificateur	papykwala@gmail.com +243813121172
13.	Maguy LOONGA	EUP	Vérificateur	maquyloonga@gmail.com +243823897977
14.	Eric BAISSE	EUP	Vérificateur	ericbaisse@gmail.com +243810070282
15.	Elvis BOKETSU	EUP	Vérificateur	Boketsuelvis2@gmail.com +243822836354

N°	Nom et Prénoms	Structures	Fonction	Adresse mail et contact téléphonique
16.	Wetshikomba KASENDE	EUP	Vérificateur	jwetshikomba@gmail.com +243816152561
17.	Raymond BOSOLO	EUP	Vérificateur	Raymondbosolo2019@gmail.com +243821034511
18.	Paton KOMPER	EUP	Vérificateur	kompermpia@gmail.com +243815051065
19.	Prosper LOLEKO	EUP	Vérificateur	lolekoprosper@gmail.com +243819362926
20.	Henri LIKABO	EUP	Vérificateur	henrilikabombeka@gmail.com +243823487704
21.	Itongo BASINGO	EUP	Vérificateur	Itongotimothee@gmail.com +243815727839
22.	Kasenge OLAMBA	EUP	Vérificateur	Ruffinkasende2019@gmail.com +243813444369
23.	Jean Piaget EIPEA	EUP	Vérificateur	jpeipeaaigle@gmail.com +243810016525
24.	Bienvenu BOTULI	EUP	Vérificateur	botulibakombo@gmail.com +243824736694
25.	Olivier NKOO	EUP	Vérificateur	okitoolivier@gmail.com +243819503291
26.	Bolitros BONTEKE	CS Yaa	IT	+243818245788
27.	Gaston BALIMO	CS Yaa	ITA	
28.	Ndelea BONGO	CS Etata	IT	+243827784326
29.	Antoine BOBAE	CS Etata	ITA	
30.	Wabi IKONGANDOMBO	CS Bolemba	IT	
31.	Bakata MPONGO	CS Bolemba	ITA	
32.	Daniel MBOYO	CS Bosilia	IT	
33.	Jimmy LOMPUMO	CS Bosilia	ITA	
34.	Felix EONGA	ZS Wema	MCZ	felixeonga@gmail.com +243813267144
35.	Omega IYOLA	ZS Wema	AG	omegaiyola@gmail.com +243817194174
36.	Boston WASSIA	HGR Wema	MDH	bostonwassia@gmail.com +243827161944
37.	Belinda MPASANY	CS Imbo	IT	
38.	Bolili BONTAKUMBAKA	CS Imbo	ITA	
39.	Francis NSASE	CS Likete	IT	+243810418995
40.	Sylvain IKALI	CS Likete	ITA	
41.	Bembombo BEGANGA	ZS Mondombe	MDH	+243825900831
42.	Yves BAKOKELA	ZS Mondombe	MCZ	+243812801759
43.	Joseph BELOMBE	ZS Ikela	MDH	josephbolombe@gmail.com +243819633166
44.	Junior BONONGA	ZS Ikela	MCZ	juniorbongona@gmail.com +243818371188
45.	Alain ELANGA	ZS Ikela	MT	alainelanga@gmail.com +243818041561
46.	Augustin BASANGA	CS Lofusoloko	IT	+243824336340
47.	Victor BAFINDA	CS Lofusoloko	ITA	+243823411712
48.	Jean Robert LOKWA	CS Boboto	IT	
49.	Ruth BOKETSU	CS Boboto	ITA	
50.	Lisoma LOSALE	CS Yanseka	IT	+243818461063
51.	Nsala BOLONGO	CS Yanseka	ITA	
52.	Brigitte BOLUMBU	CS Yongoli 2	IT	+243823234679
53.	Celestin IYAFE	CS Yongoli 2	ITA	
54.	Papy BOTHALE	CS Mamba	IT	+243828166333
55.	Louto BOTULI	CS Mamba	ITA	
56.	Roger MUNGA	CS Ekanga	IT	+243828424732
57.	Walongo NSOMBO	CS Ekanga	ITA	
58.	Isombaka LINGOMO	CS Yetsi	IT	+243825635425
59.	José ELANGA	CS Yetsi	ITA	
60.	Jérôme ETSHIKO	CS Ikomaloki	IT	+243824340210
61.	Benoît ENKAMA	CS Ikomaloki	ITA	
62.	Jérôme LONYANGO	CS Yolombo	IT	+243815521747
63.	Dominique BONONGA	CS Yolombo	ITA	
64.	Bernard IYAFE	CS Yolonga 2	IT	+243823905859
65.	Jean EINDA	CS Yolonga 2	ITA	

Province du Haut Katanga

N°	Nom et Prénoms	Structures	Fonction	Adresse mail et contact téléphonique
1.	Jean Marie KAFWEMBE	DPS/HT-K	CD	kajuisjn@gmail.com +243810528159
2.	Agnès MUZAMA	EUP	Directrice	agnesmuzama1@gmail.com +243814036073
3.	Doudou TUBAYA	EUP	CP	+243970007768 doutubaya@gmail.com
4.	Jacques KYUNGU	ZS Pweto	MCZ	wanumbi@gmail.com +243814069175
5.	Benoît NGOYI Y	ZS Pweto	AG	yampianibenoit@gmail.com +243811613861
6.	Lubondo NKONDE	ZS Kasenga	MCZ	+243821581551 Lucienkonde2000@gmail.com
7.	Mwankani SOKE	ZS Kasenga	AG	+243814713704 jeromemusinkoni@gmail.com
8.	Jacques KAPAYA	ZS Kasenga	Secrétaire	+243852551244 jacqueskambobe@yahoo.fr
9.	Alexandre MUTALANGA	ZS Kilwa	MCZ	+243810382072 Alexmutalanga63@gmail.com

N°	Nom et Prénoms	Structures	Fonction	Adresse mail et contact téléphonique
10.	Hubert MWANKE	ZS Kilwa	ISSSP	+243823065852
11.	Hilaire MONGA	ZS Kilwa	AG	+243812990589 hilaireyengo@gmail.com
12.	Josué KASONGO	HGR Kilwa	MDH	+243999156950 josuekasongo@gmail.com
13.	Charles OMADJELA SHUNGU	HGR Kilwa	AG	+243813715507
14.	Hilaire YENGO	HGR Kilwa	DN	+243858451373
15.	Pierre NYOKA	HGR Kilwa	Médecin traitant	+243993083070
16.	Pierre NYOKA	HGR Kilwa	Médecin traitant	+243993083070
17.	Adélar BAZA KALUMBA	CS Kisamamba	ITA	+243812544597
18.	Jean AMISI AMSINI	CS St jean	IT	+243828952597
19.	Daniel LYASHI KAMANYA	CS Mfuta	IT	+243892738232
20.	Victor MUBAMBA CHENGE	CS Chibambo	IT	+243823078205
21.	Monique NGOYA WA MWANZA	CS Bwafano	ITA	Monicangoya722@gmail.com +243978326356
22.	Jean MUBENGA KAMUENA	CS Rosalie	ITA	Jeanmubenga12@gmail.com +243999439995
23.	Moïse DIADIA ITUTU	CS Tshisenda	IT	+243990914135
24.	Betty MWANGE VUMOLIA	CS Mokambo	ITA	+243994108999
25.	Michel NTUMBWE	CS Santé	IT	tumbwemichel@gmail.com +243997788941
26.	Alphonse TSHIKALA	CS Lusulala	IT	+243812104289
27.	Grégoire KALENDA MPEMBA	CS Chalanshi	IT	+243822179223
28.	Esther ZUGU SABITI	CS Mubanga	ITA	+243813593770
29.	Jean pierre MATENDE KALENGA	CS Nkole	ITA	+243815656068
30.	Awezay LUVIVIA	CS Kibimbi	ITA	+260964276437
31.	Martin KABULO MWEMA	HGR Sakania	MDH	martinkabulo@gmail.com +243995288705
32.	John BEZA NSONGA	HGR Sakania	DN	diodjobeza2@gmail.com +243976438311
33.	Mathias MUTENJI MAKAMBO	CS Niche	IT	+243990291203
34.	Martin KABULO MWEMA	HGR Sakania	MDH	martinkabulo@gmail.com +243995288705

Province de Kwango

N°	Nom et Prénoms	Structures	Fonction	Adresse mail et contact téléphonique
1.	Dr Lamama NDANDU	MINISANTE/PROV.	Ministre	lamamandandu@gmail.com +243812149639
2.	Evariste NLANDU NKOSI	MINISANTE/PROV	DIRCAB	nlanduevariste@gmail.com +243810140388
3.	Dr Jean Bosco MANIMA	DPS	CD ai	manimajeanbosco@gmail.com +243816737349
4.	Ph. Roderic LUTAKO	DPS	CBIC	rlutako@gmail.com +243829681801
5.	Dr NZIBALANDA Fidèle	DPS	CBAT	+243821422817
6.	Alphonse MATSUKAKO	DPS	Analyste	alphonsematsukako@gmail.com +243810652214
7.	Mandefo ILENDAMANA	DPS	Analyste	lsmandefo2015@gmail.com +2423810189879
8.	Christian KUZANGAMANA	DPS	Analyste	chriskuzangamana@gmail.com +2438228001774
9.	Nteti BIFWENG	DPS	Analyste	ntetibifweng@gmail.com +243819481592
10.	Ngwey KUMAKINGA	EUP	Vérificateur	ngweymedard@gmail.com +243814562747
11.	Manza MUHETI	CS Kindi	IT	+243811428936
12.	Tsimbu TSANGU	CS Kindi	ITA	+243828633973
13.	Mukanza MUSAKA	CS Kindi	NUT	+243811245062
14.	Christophe N'SINDU	CS Mwakuyala	IT	+243812555501
15.	Bernisse MEMBO	CS Mwakuyala	TL	+243892944956
16.	Dr Marcel MBIYA	CSR Mawanga	MDH	marcelmbiya@gmail.com +243820802743
17.	Reagan MBEMBA	CSR Mawanga	TL	+243814539858
18.	Sabine KAYIBA	CSR Mawanga	INF TRAIT	+243827836515
19.	Fortunat GATA	CS Pelende	IT	+243851579400
20.	Jean NDONGA	CS Pelende	ITA	+243851101181
21.	Vouly MAVUNZA	CS Mukumbi	IT	+243892075373
22.	Reddy KABAMBA	CS Mukumbi	ITA	+243898830796
23.	Bayabako KAYOS	CS Mabunda	IT	+243823474335
24.	Mabanzila BASEYA	CS Mabunda	ITA	+243813804619
25.	Dr Jolivie KAZUNDU	HGR Kimbao	MDH	joliviek@gmail.com +243814786568
26.	Dr Benjamin PATA	HGR Kimbao	MCS	benjaminpata@gmail.com +243826091050
27.	Davin MAHENGAMANA	HGR Kimbao	DN	Davinmuhenga2018@gmail.com +243824814951
28.	Blaise MBAYA	CS Mukulutu	IT	+243821428064
29.	Biesi KATINI	CS Mukulutu	ITA	+243828887927
30.	Yamfu MOKOMAKU	CS Kibwila	IT	+243815683798
31.	Ilenda MAKANDA	CS Kibwila	ITA	+243822536274
32.	Mukanu MFUTILA	CSR Mosamba	IT	+243818466890
33.	Manzambi MUK	CSR Mosamba	AG	+243816636768

Province du Kwilu

N°	Nom et Prénoms	Structures	Fonction	Adresse mail et contact téléphonique
1.	Jean Pierre BASAKE	DPS	CD	jbasake1@gmail.com +243814858641
2.	Aimérance NIOKA	DPS	CB BIC	demaimango@gmail.com +243815316479
3.	Kinsanga KAMUSEL	DPS	CB MSP	doctorsanga@gmail.com +243816943633
4.	Gilly NZANEU	DOS	Analyste DPS	+243822558577
5.	Paulin MAYINA	DPS	CB ai/BAT	paulinmayinas@gmail.com +243813250499
6.	Liévin MWAMBA	DPS	CB ai/BIC	lievinmwamba@gmail.com +243814034874
7.	Christian MUSSAKA	DPS	CBGR ai	christainmusaka@gmail.com +243810385844
8.	Luc KIZITO LUKOLE	DPS	CB ai/BESS	luekizito@gmail.com +243818668191
9.	Florence ILUNGA	DPS	CB ai/Infosan	lungoflorence1@gmail.com +243815167318
10.	Jean LONGRI	EUP	Directeur	jongri@gmail.com +243858113662
11.	Dieudonné ZANGAMOYO	EUP	CP	dieudozangamoyo@gmail.com +243810575906
12.	Didier MUNETU	EUP/Antenne de Kikwit	Vérificateur	didimunetu@gmail.com +243823675519
13.	Leon LUSHIMBA	EUP/Antenne de Kikwit	Vérificateur	lushimbaleon@gmail.com +243817428236
14.	Dominique LUSAMBA	EUP/Antenne de Kikwit	Vérificateur	dominiquelusamba@gmail.com +243815006007
15.	Jacques MUANAMAY	EUP/Antenne de Kikwit	Vérificateur	jaquesmuanamay@gmail.com +
16.	Pascal NGUNZA	CS Kindembe	IT	+243971114489
17.	KIBWADI MWANGELE	CS Kindembe	ITA	+243972727481
18.	Bechoux BILO KUKOLELA	CS Kasanza/	IT	+243846802938
19.	Norberthine BILATSWA	CS Kasanza	Responsable	+243895265271
20.	Pierre MAYAKA	CS Kasanza	Gestionnaire	+243898832110
21.	Blaise MUMBUNGU MANDALA	BCZ Vanga	MCZ	blaisemumbungu@gmail.com +243817077644
22.	John KINIANGI KABWENGE	BCZ Vanga	MCZ ai	Johnkiniangi2016@gmail.com +243817283660
23.	Kalenga NDOMBE	BCZ Vanga	AG	Kalengafience2015@gmail.com +243822627542
24.	Joseph MUPUNGU	BCZ Vanga	AG	josephkasela@gmail.com +243817183653
25.	Timothy RIACE	HGR Vanga	MDH	ricetd@gmail.com +243821872631
26.	Kinwa MUNGANGA	HGR Vanga	AG	aghcvanga@gmail.com +243821389526
27.	Lunkwikini SWAH	HGR Vanga	DN	+243811641204
28.	Bikari MAMBOSHI	CSR Luniungu	MDH	pitshoubikare@gmail.com +243821894710
29.	Kiko NGUNGU	CSR Luniungu	IT	+243818820992
30.	NGWANZA	CSR Luniungu	MCS	+243820195574
31.	Faka MULEY	CSR Luniungu	AG/MAT	+243814102733
32.	Gode MAPOKO MUPEPE	CS Mayoko / ZS Vanga	IT	+243810830697
33.	Junior MAVOKA TIBI	CS Mayoko / ZS Vanga	ITA	+243812403493
34.	Le Sage LUBALA UNDUNGI	CS Milundu / ZS Vanga	IT	+243829643312
35.	Blaise MIMUALA KALESA	CS Milundu / ZS Vanga	ITA	+243810166301
36.	Bedel MULUMBA	HGR Bandundu	MDH	+243811708320
37.	Yolande MWEJI	HGR Bandundu	AG STAT	+243815048584
38.	Alain MFOA	HGR Bandundu	DN	+243810787365
39.	Marie Louise NKUNKO	HGR Bandundu	Resp. Adj chirurgie	+243815020441
40.	José EKIRA	HGR Bandundu	DNA	+243813903871

Province du Nord Kivu

N°	Nom et Prénoms	Structures	Fonction	Adresse mail et contact téléphonique
1.	Dr Janvier KUBUYA	DPS-NK	CD ai	janvierkubuya1@gmail.com +24399909668
2.	Amisi YANGO	DPS-NK	CB ESS	ispamisi@gmail.com +243998493425
3.	Dr Léopold PALUKU	DPS-NK	Inspecteur / BIC	drleopalu@gmail.com +243812395353
4.	Kavugho KAYENGA	DPS-NK	CB IC	kavughoaminata@gmail.com +243998385886
5.	Dr Monique KAPAMBA	DPS-NK	AT PNSR	kapambamonique@gmail.com 0993895935
6.	Furaha NYAMUNNGO	DPS-NK	Analyste BAT	furahanyamunongo@gmail.com +243994336287
7.	Eliise KAVIRA	DPS-NK	EPP	elisekavira@gmail.com +243998659686
8.	Léon SALIBAYA	DPS-NK	Analyste	Leonsalibaya1967@gmail.com +243993683340
9.	Deka KABUNGA	DPS-NK	Analyste BHSP	Dekakabunga1@gmail.com +243997744179
10.	François MBUNDU	EUP NK	Chef d'antenne	francoismbundu@gmail.com +243997774775
11.	Steve MUPENDA	EUP NK	Vérificateur	mupendasteve2015@gmail.com +243976559422
12.	Jeje KANDA	EUP NK	Vérificateur	kandajeje@gmail.com +243998384776
13.	Dan KAPUKU	BCZ Nyiragongo	MCZ	dankapuku@gmail.com +243992981418
14.	Germain KABALI	BCZ Nyiragongo	Secrétaire	+243995482440
15.	Losaka OLELA	BCZ Nyiragongo	Comptable	+2439015220566
16.	Bernard BIROLI	BCZ Nyiragongo	AGIS	birolibernard@gmail.com +243997284070
17.	Soleil MUHINDO	BCZ Nyiragongo	Pharmacien	+243859062779

N°	Nom et Prénoms	Structures	Fonction	Adresse mail et contact téléphonique
18.	Allain DJUMA	BCZ Nyiragongo	TDR	+243992757664
19.	Josué BADIAMBILA	HGR Nyiragongo	MDH	josuebadiambila@gmail.com +243997739967
20.	André IRAMUREMYE	HGR Nyiragongo	AGIS	iramuremyeandre@gmail.com +243898803774
21.	Augustin HAKIZIMVURA	HGR Nyiragongo	DN	+243993107324
22.	Angélique SAFARI	CS Kibumba	IT	+243973316128
23.	Jean SAFARI	CS Kibumba	ITA	+243995237855
24.	Jean BIKULONGABO	CS Ngangi III	ITA	+243999205520
25.	Josué OMBENI	CS Ngangi III	IT	+243975931372
26.	Mathieu ZABONA	CS Kiziba	IT	+243997719612
27.	Marc MUTEMUKA	CS Kiziba	ITA	+243097091007
28.	Joel KAMBALE	CS Turunga	IT	+243995436379
29.	Fiston MWAMI	CS Turunga	ITA	+243997041618
30.	Kabera BAVUKIRAHE	CS Mudja	IT	+243978939242
31.	Théophile MUHAWE	CS Mudja	Infirmier traitant	+243995691843
32.	Nizeyim NDABEYERE	HGR Rwanguba	MC STAFF	pichoundebe@gmail.com +243975512193
33.	Daddy NSENGIYUMVA	HGR Rwanguba	MDH	+24399421717, batidaddy1983@gmail.com
34.	Jean de Dieu AYIJOMBA	HGR Rwanguba	DN	divijomba@gmail.com +243972468506
35.	Nsabimana NTAMUGAB	HGR Rwanguba	DN Adjoint	Nsabimanaj385@gmail.com +243974163899
36.	Isaac ISHIMWE	HGR Rwanguba	MT	+243992975997
37.	Murphy BUTATI	HGR Rwanguba	Kinésithérapeute	Bgato2017@gmail.com +243997740267
38.	Msengiyumva DARAGEMEKA	HGR Rwanguba	Infirmier MI	+243994905774
39.	Hakizumwami SENTUTU	HGR Rwanguba	AG	+243974169743
40.	Gilbert LUSAMBA	OMS	Consultant	Lusambyaikando72@gmail.com +243991048391
41.	Albert MBONEGA	ECZ	AG	albertsebakara@gmail.com +243993455773
42.	Félicien NTAHONKIRIYE	ECZ	IS	+243977771241
43.	Jacques SAFARI	CS Tshengerero	IT	safaribarakagira@gmail.com +243975864735
44.	Françoise MANIRIHO	CS Tshengerero	ITA	+243970309470
45.	Benjamin BARIGEREKA	CS Kazuba	IT	+243979045291
46.	Jacques NTIZIMANA	CS Kazuba	ITA	+243993691567
47.	Nzeyimana NTAMAHERE	CS Mutabo	IT	+243973604076
48.	Godefroid BARIGEREKA	CS Mutabo	Comptable	+243973538259
49.	Jean Pierre MANIRIHO	CS Shinda	IT	+243971096033
50.	Amani SERUSHAGO	CS Shinda	ITA	+243977146640
51.	Innocent BIGWATE	CS Bugusa	IT	+243995491711
52.	Nestor BIZIMANA	CS Bugusa	ITA	+243979630819

Province du Sud Kivu

N°	Nom et Prénoms	Structures	Fonction	Adresse mail et contact téléphonique
1.	Gaston LUBAMBO	DPS SK	CD ai	lbbgaston@yahoo.fr +243994133000
2.	Liévin BENGANA	DPS-SK	CB IC	bblievin2003@gmail.com +243810064480
3.	Zozo MUSAFIRI	DPS-SK	CB AT	somcibarama@gmail.com +243810173225
4.	Claude WILONDJJA	DPS SK	CB GR	Claudewil2005@gmail.com +243997733205
5.	Apollinaire BAHIZIRE	DPS SK	Analyste BGR	drapobahizire@gmail.com +243990342048
6.	Patrick HANGI	DPS SK	Analyste ASS. BAT	makwanohangi@gmail.com +243992332669
7.	Éric MUSHAGALUSA	DPS SK	Analyste / BGR	cirimurhabazi@gmail.com +243811826023
8.	Kasago BITIHINDA	DPS SK	Analyste BISCR	robertkasago@gmail.com +243997494916
9.	Gilbert MUNGUNGU	DPS SK	Analyste BAT	gilbmungu@gmail.com +243990864279
10.	Francis CHIMANUKA	DPS SK	Analyste ASS. BGR	fchimanuka@gmail.com +243970698758
11.	Maurice MABECE	DPS SK	Analyste BESS	josemacece@gmail.com +243994003322
12.	Janvier KULIMUSHI	DPS SK	Inspecteur BIC	janvierkuli@gmail.com +243995745995
13.	Peter KANKU	DPS SK	Analyste BHSP	kankupeter@gmail.com +243991246423
14.	Lilly CISHAGALA	DPS SK	AT CPTS	mariemulema@gmail.com +243998668982
15.	Jean Claude YEMBA	DPS SK	Ass logistique BGR	jeanclaude.yemba@yahoo.com +243992059691
16.	Jean Paul MAHESHE	DPS SK	Analyste ASS BHSP	jeanpaulmaheshe@gmail.com +243993452792
17.	Aristote MUDEKEREZA	AAP SK	Directeur	mudekereza@aap-rdcongo.org +243997746211
18.	Jackson BYAMUNGU	AAP SK	CP Santé	byamungu@aap-rdcongo.org +243811511675
19.	Nestor ASENDE	AAP SK	Vérificateur	asende@aap-rdcongo.org +243995680028
20.	Jean BAGULA	AAP SK	Vérificateur	bagula@aap-rdcongo.org +243810278433
21.	Jean-Claude BULUMBA	AAP SK	Vérificateur	rwatangabo@aap-rdcongo.org +243993894070
22.	Aloys KAPAMA	BCZ Kaniola	MCZ	Aloos.kapama@hotmail.com +243998085992
23.	Michel BAHATI	BCZ Kaniola	IS	bahatimichel@gmail.com 0970927678
24.	Trésor KISHUGI	BCZ Kaniola	TDR	tresormung@gmail.com +243991929897

N°	Nom et Prénoms	Structures	Fonction	Adresse mail et contact téléphonique
25.	Dr Elvis KAZOZO	HGR Kaniola	MDH	kazozomonga@gmail.com +24397721264
26.	Matabaro MULEGWA	HGR Kaniola	DN	+243990658657
27.	Justin CIZA	HGR Kaniola	Médecin traitant	badesireciza@gmail.com +243992958939
28.	Esperance CIBALINDA	HGR Kaniola	Responsable MI	+243977870730
29.	Dr Etienne OMBENI	CH Nzibira	MDH	Etienneomb@gmail.com +243815285060
30.	Dr Kabambi IZUBA	CH Nzibira	MCS	+243819309590
31.	Kika KILOSHO	CH Nzibira	DN	+243812640111
32.	Likuta KIZIMBI	CH Nzibira	AG	+243820838910
33.	Neema BYAMUNGU	CH Nzibira	Accoucheuse	+243820327053
34.	Manga NJAMILA	CH Nzibira	TL	Mangadjamila67@gmail.com +2430828346312
35.	Dr Vicky KIPIMO	CS Luntukulu	Médecin traitant	+243823108879
36.	Isaac OMBENI	CS Luntukulu	IT	+243826112680
37.	Birindwa NTAKOBAJIRA	CS Luntukulu	ITA	+243826765014
38.	SHUKURU MAHESHE	CS Mwirama	ITA	+243975359978
39.	Manegabe MUNYAMPARA	CS Mwirama	Infirmier traitant	+243972316359
40.	Babwine NTABALA	CS Cagala	IT	+243997397728
41.	Furaha MWIKIZA	CS Cagala	Réceptionniste	+243972439636
42.	Ntakwinja RWABISHUGI	Cs Izege	IT	+243973668499
43.	Munganga BAGAYA	Cs Izege	ITA	+243975278343
44.	Marie Paul FIKIRI	BCZ Minova	MCZ	mariepaulchirimwami@yahoo.fr +243995487226
45.	Djibril KITIMBALA	HGR Minova	MCS	+243993072842
46.	Zacharie MWEBERA	HGR Minova	MT	+234991522060
47.	Daniel BUUNDA	HGR Minova	DN	+243853244399
48.	Fabrice USHINDI	HGR Minova	Radiologue	+243975758275
49.	Jean Bosco NSHOKANO	HGR Minova	Anesthésiste	+243974506086
50.	Emmanuel MIRINDI	HGR Minova	Technicien de labo	+243970067440
51.	Louis BUSHENYULA	HGR Minova	Infirmier	+243853586064
52.	Turpin AMANI	HGR Minova	Psychologue	+243859404396
53.	Anne Marie BORA	HGR Minova	Infirmière	+243975318052
54.	Isabelle BUSHASHIRE	HGR Minova	Infirmière	+243970161061
55.	Jean de Dieu KAMABALI	CH Kalungu	AG	+243851691350
56.	Xavier CIKUTA	CH Kalungu	MDH	+243859516649
57.	Nzigire MBULA	CH Kalungu	DN	+243842377038
58.	Augustin HERI	CH Kalungu	MCS	+243859093255
59.	Siméon BUBAYA	CS Kiniezire	IT	+243850711522
60.	Jean MUHINDI	CS Kiniezire	ITA	+243853667788
61.	Matthieu BAGWARIZA	CS Cheya	IT	+243853305530
62.	Laguerre NCHIKO	CS Cheya	ITA	+243894156700
63.	Aimé BULEMBE	CS Bulenga	IT	+243978237192
64.	Muziko BWAMI	CS Bulenga	ITA	+243892200571
65.	Michel MAGAMBO	CS Mutshibwe	IT	+243859106563
66.	Déo BUCHAKUZI	CS Mutshibwe	ITA	+243853307124