

REPUBLIQUE DU BURUNDI

Aout 2016

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

RAPPORT DE CONTRE VERIFICATION DES DONNEES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES POUR FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE: SECOND SEMESTRE 2015

**Second tour de Contre
Vérification FBP dans
les provinces de :**

- **Muramvya,**
- **Kayanza,**
- **Cankuzo,**
- **Gitega,**
- **Bururi,**
- **Makamba**
- **Bubanza**



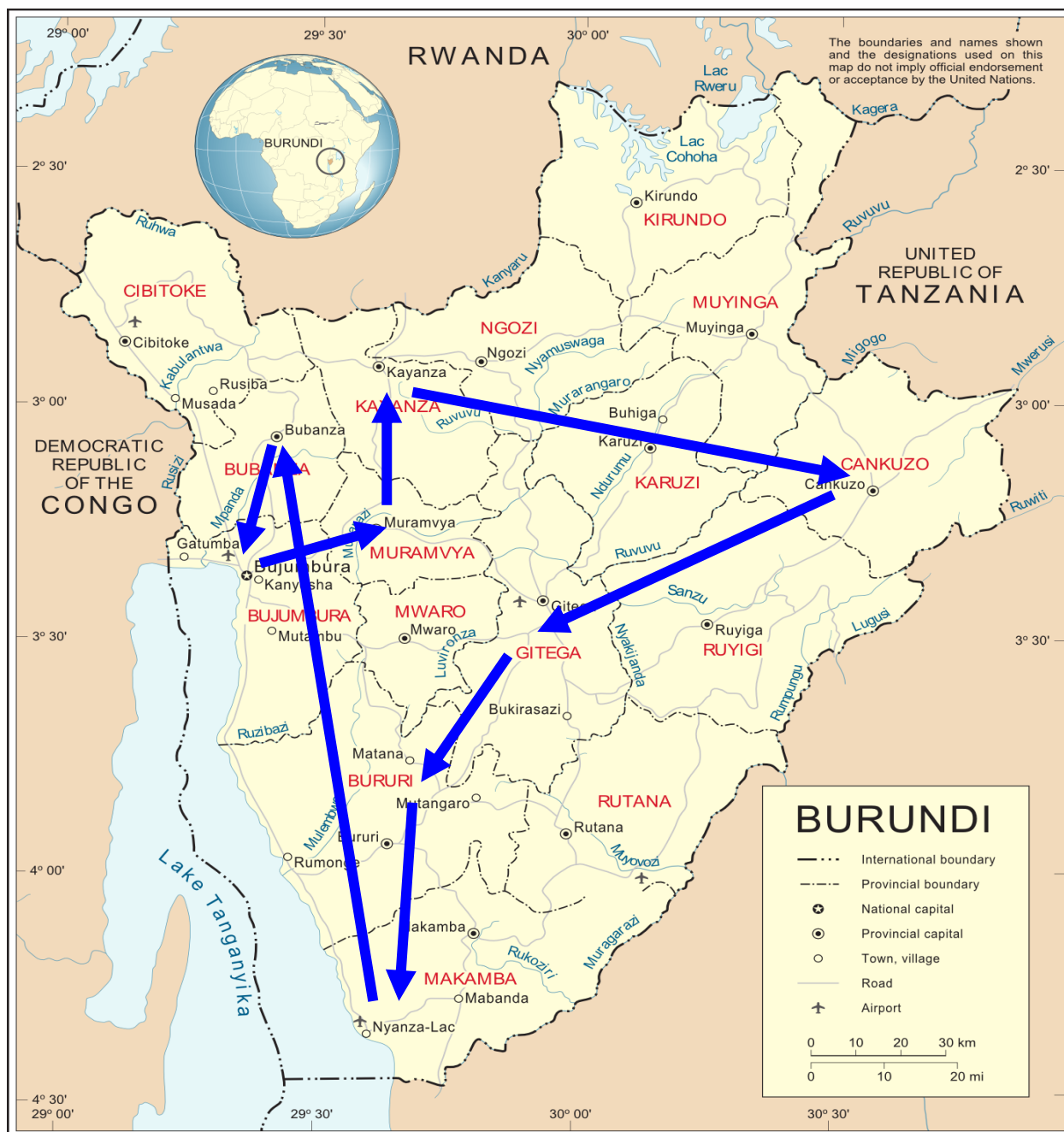
Map No. 3753 Rev. 7 UNITED NATIONS
November 2011

Department of Field Support
Cartographic Section

BREGMANS
Consulting & Research

Rapport de Contre Vérification: IIIème Semestre 2015; BREGMANS

BREGMANS
Consulting & Research
Aout 2016



Map No. 3753 Rev. 7 UNITED NATIONS
November 2011

Department of Field Support
Cartographic Section

Note de remerciements :

Ce travail de contre vérification a pu aboutir à ce point grâce aux efforts combinés des personnes compétentes qui ont su mettre à profit leurs connaissances en termes techniques, en termes d'organisation et en conseils pertinents pour le bon déroulement des activités.

Nos remerciements sont adressés aux responsables du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida au Burundi et aux membres de la Cellule Technique Nationale pour le Financement Basé sur la performance (FBP) qui ont bien pris le temps d'exprimer leurs attentes concernant le choix des structures constituant l'échantillon de notre travail de terrain. Leurs avis techniques et leurs discussions constructives nous ont permis d'harmoniser nos vues sur la finalité du travail de contre vérification.

Nos sincères remerciements vont aussi à l'endroit des acteurs de terrain dans les différentes provinces visitées. Ils nous ont facilité l'accès aux structures sanitaires et aux données malgré les temps difficiles que le pays traverse. Leur dévouement professionnel est à saluer. Toute l'équipe de BREGMANS a reconnu leur sens de bonne collaboration et la volonté de transparence manifestée dans la grande majorité des entités visitées.

TABLE DES MATIERES

Préface.....	p.13
CHAPITRE I : INTRODUCTION	p.14
1.1. Contexte et Justification	p.14
1.2. Objectifs	p.15
CHAPITRE II : RESUME EXECUTIF.....	p.17
CHAPITRE III : METHODOLOGIE.....	p.23
3.1. Champs de l'exercice de la Contre vérification	p.23
3.2. Conception des documents de collecte	p.23
3.3. Echantillonnage.....	p.25
3.4. Echantillonnage des indicateurs.....	p.25
3.5. Exploitation des donnees.....	p.26
3.6. Le personnel de Contre vérification.....	p.28
CHAPITRE IV : CONDUITE DES INVERSTIGATIONS DE LA CONTRE VERIFICATION	p.30
4.1. Outils de Contre vérification	p.30
4.2. Taches spécifiques de la Mission.....	p.31
CHAPITRE V : RESULTATS DE LA CONTRE VERIFICATION	
5.1. CONSULTATION DES RESULTATS.....	p.33
5.2. RESULTATS DE LA CONTRE VERIFICATION QUALITATIVE.....	p.34
5.2.1. CONSTATS DE LA C V EN PROVINCE MURAMVYA.....	p.34
5.2.2. CONSTATS DE LA C V EN PROVINCE KAYANZA.....	p.44
5.2.3. CONSTATS DE LA C V EN PROVINCE CANKUZO.....	p.53
5.2.4. CONSTATS DE LA C V EN PROVINCE GITEGA.....	p.58
5.2.5. CONSTATS DE LA C V EN PROVINCE BURURI.....	p.
5.2.6. CONSTATS DE LA C V EN PROVINCE MAKAMBA.....	p.74
5.2.7. CONSTATS DE LA C V EN PROVINCE BUBANZA.....	p.82

5.2.8. CONSTATS DE LA C V DES STRUCTURES DU NIVEAU CENTRAL.....	p.88
5.2.8.1. CONTRE VERIFICATION DE LA CT- FBP.....	p.88
5.2.8.2. CONTRE VERIFICATION DE LA DGR.....	p.92
5.2.9. CONSTATS DE LA C V DES STRUCTURES DE PRESTATION.....	p.94
5.2.9.1. CONTRE VERIFICATION DES HOPITAUX DE DISTRICT.....	p.94
5.2.9.2. CONTRE VERIFICATION DE LA QUALITE POUR LES CENTRES DE SANTE.....	p.114
5.2.9.2.1. PROVINCE SANITAIRE MURAMVYA/ DISTRICT MURAMVYA.....	p.114
5.2.9.2.2. PROVINCE SANITAIRE KAYANZA/ DISTRICT MUSEMA.....	p.121
5.2.9.2.3. PROVINCE SANITAIRE CANKUZO/ DISTRICT CANKUZO.....	p.126
5.2.9.2.4. PROVINCE SANITAIRE GITEGA/ DISTRICT RYANSORO.....	p.132
5.2.9.2.5. PROVINCE SANITAIRE BURURI/ DISTRICT BURURI.....	p.138
5.2.9.2.6. PROVINCE SANITAIRE MAKAMBA/ DISTRICT NYANZA LAC.....	p.143
5.2.9.2.7. PROVINCE SANITAIRE BUBANZA/ DISTRICT BUBANZA.....	p.152
5.3. RESULTATS DE LA CV DES DONNEES QUANTITATIVE.....	p.158
5.3.1. CONSTATS DE LA C V QUANTITATIVE DANS LES HOPITAUX.....	p.158
5.3.2. CONSTATS DE LA C V QUANTITATIVE DES CENTRES DE SANTE.....	p.166
CHAPITRE VI : CONTRE VERIFICATION COMMUNAUTAIRE.....	p.171
CHAPITRE VII : EVALUATION DU RESPECT DES PROCEDURES.....	p.174
7.1. RESPECT DES PROCEDURES FBP.....	p.174
7.2. RESPECT DES PROCEDURES DE GESTION FINANCIERE.....	p.199
CHAPITRE VIII : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	p. 203
ANNEXES	p.205
Annexe 1 : Liste des tableaux détaillés (produite en document séparé).....	p.205
Annexe 2 : Termes de référence de la contre vérification.....	p.205
Annexe 3 : Contrat entre BREGMANS et les ASLO.....	p.212
Annexe 4 : Questionnaire pour l'enquête communautaire en kirundi.....	p.215
Annexe 5 : Composition de l'équipe BREGMANS pour la Contre vérification.....	p.219
Annexe 6 : Causes de discordances pour la CV des quantités des CDS	p.220

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau 1: Formations sanitaires échantillonnées pour la CV du second semestre 2015.....	p.26
Tableau 2 : Score de performance du CPVV Muramvya.....	p.34
Tableau 3 : Grille détaillée de la performance du CPVV Muramvya.....	p.36
Tableau 4: Résultats de la contre vérification pour le BPS Muramvya.....	p.36
Tableau 5 : Points de discordance entre la Vérification et la CV BPS Muramvya.....	p.37
Tableau 6 : Score de performance du BDS Muramvya.....	p.40
Tableau 7 : Points de discordances entre la la Vérification et la CV BDS Muramvya.....	p.40
Tableau 8: Forces et faiblesses du BDS Muramvya.....	p.43.
Tableau 9 : Score de performance du CPVV Kayanza.....	p.44
Tableau 10: Points de discordance entre la Vérification et la CV CPVV Kayanza.....	p.45
Tableau 11 : Score de performance du BPS Kayanza.....	p.46
Tableau 12: Points de discordance entre la verification et la CV BPS Kayanza.....	p.47
Tableau 13 : Score de performance du BDS Musema.....	p.50
Tableau 14 : Points de discordance entre la verification et la contre verification BDS Musema.....	p.51
Tableau 15: Score de performance du CPVV Cankuzo.....	p.53
Tableau 16: Score de performance du BPS Cankuzo.....	p.54
Tableau 17: Points de discordance entre la vérification et la CV BPS Cankuzo.....	p.54
Tableau 18 : Score de performance du BDS Cankuzo.....	p.55
Tableau 19: Points de discordance entre la Vérification et la CV BDS Cankuzo.....	p.56
Tableau 20 : Score de performance du CPVV Gitega.....	p.59
Tableau 21 : Points de discordances entre la Vérification et la CV CPVV Gitega.....	p.59
Tableau 22: Score de performance du BPS Gitega.....	p.60
Tableau 23: Points de discordance entre la Vérification et la CV BPS Gitega.....	p.60
Tableau 24: Forces et Faiblesses du BPS GITEGA.....	p.63
Tableau 25: Score de performance du BDS Ryansoro.....	p.64
Tableau 26 : Points de discordance entre la Vérification et la CV BDS Ryansoro.....	p.65
Tableau 27 : Score de performance du CPVV Bururi.....	p. 67
Tableau 28: Score de performance du BPS Bururi	p.67
Tableau 29: Points de discordance entre la vérification et la CV BPS Bururi.....	p.68
Tableau 30: Score de performance du BDS Bururi.....	p.71

Tableau 31 : Points de discordance entre la vérification et la CV BDS Bururi.....	p.72
Tableau 32: Score de performance du CPVV Makamba.....	p.74
Tableau 33: Points de discordance entre la vérification et la CV CPVV Makamba.....	p.74
Tableau 34 : Score de performance du BPS Makamba.....	p.75
Tableau 35: Points de discordance entre la Vérification et la CV BPS Makamba.....	p.76
Tableau 36 : Score de performance du BDS Nyanza – Lac.....	p.78
Tableau 37: Points de discordance entre la vérification et la CV BDS Nyanza-lac.....	p.79
Tableau 38 : Score de performance du CPVV Bubanza.....	p.82
Tableau 39: Score de performance du BPS Bubanza.....	p.82
Tableau 40: Discordances entre la vérification et la CV BPS Bubanza.....	p.83
Tableau 41: Score de performance BDS Bubanza.....	p.85
Tableau 42 : Points de discordance entre la vérification et la CV BDS Bubanza.....	p.85
Tableau 43: Score de performance Mensuelle de la CT- FBP.....	p.89
Tableau 44 : Score de performance trimestrielle de la CT- FBP.....	p.91
Tableau 45: Score de performance de la Direction Générale des Ressource.....	p.92
Tableau 46 : Scores de performance des hôpitaux de district.....	p.94
Tableau 47 : Score de performance de la qualité des centres de santé du district Muramvya.....	p.114
Tableau 48: Constats de la Contre vérification CDS du district Muramvya.....	p.115
Tableau 49: Score de performance de la qualité des centres de santé du district Musema.....	p.121
Tableau 50 : Constats de la Contre vérification CDS du district Musema.....	p.122
Tableau 51 : Score de performance de la qualité des centres de santé du district Cankuzo.....	p. 127
Tableau 52: Constats de la Contre vérification CDS du district Cankuzo.....	p.127
Tableau 53 : Score de performance de la qualité des centres de santé du district Ryansoro.....	p.132
Tableau 54 : Constats de la Contre vérification CDS du district Ryansoro.....	p.133
Tableau 55 : Score de performance de la qualité des centres de santé du district Bururi.....	p.138
Tableau 56 : Constats de la Contre vérification CDS du district Bururi.....	p.139
Tableau 57 : Score de performance de la qualité des centres de santé du district Nyanza Lac.....	p.145
Tableau 58: Constats de la Contre vérification CDS du district Nyanza Lac.....	p. 146
Tableau 59: Score de performance de la qualité des centres de santé du district Bubanza.....	p.152
Tableau 60 : Constats de la Contre vérification CDS du district Bubanza.....	p.153
Tableau 61 : Données de contre vérification et de contre validation quantitative des hôpitaux.....	p.158
Tableau 62: Données de contre vérification et de contre validation par indicateurs.....	p.161

Tableau 63 : Ecart entre les données validées et contre validées des Centres de santé.....	p.167
Tableau 64 : Ecart entre les données validées et contre validées par indicateur.....	p.167
Tableau 65 : Estimation du nombre de cas non contrevalidés.....	p.168
Tableau 66: Scores de contre vérification communautaire.....	p. 172
Tableau 67: Niveau de performance qualité des CPVV par activité attendue.....	p.176
Tableau 68: Niveau de performance qualité des BPS à chaque résultat attendu.....	p.180
Tableau 69 : Niveau de performance qualité des BDS à chaque résultat attendu.....	p.186
Tableau 70 : Performance de la qualité des HD par résultat attendu- aspects direction de l'hôpital.....	p.193
Tableau 71: Performance de la qualité des HD par résultat attendu- appui administratif et logistique.....	p.197
Tableau 72: Résultats obtenus par la DGR- contre évaluation qualité du 2 ^{ème} semestre 2015.....	p. 201

LISTE DE GRAPHIQUES

Graphique 1: Evaluation des composantes qualité pour le BPS Muramvya.....	p.37
Graphique 2: Evaluation des composantes qualité pour le BDS Muramvya.....	p.40
Graphique 3: Evolution des composantes qualité pour le BPS Kayanza.....	p.46
Graphique 4: Evolution des composantes qualité du BDS Musema.....	p.50
Graphique 5 : Evolution des composantes qualité du BPS Cankuzo.....	p.54
Graphique 6: Evolution des composantes qualité du BDS Cankuzo.....	p.56
Graphique 7: Evolution des composantes qualité pour le BPS Gitega.....	p.60
Graphique 8: Evolution des composantes qualité BPS Bururi.....	p.67
Graphique 9: Evolution des composantes qualité pour le BDS Bururi.....	p.71
Graphique 10: Evolution des composantes qualité pour le BPS Makamba.....	p.76
Graphique 11: Evolution des composantes qualité du BDS Nyanza Lac.....	p.79
Graphique 12: Evolution des composantes qualité pour le BPS Bubanza.....	p.83
Graphique 13: Composantes de la qualité technique pour le BDS Bubanza.....	p.85
Graphique 14 : Performance de la qualité des CPVV.....	p.174
Graphique 15: Nombre de CPVV avec maximum de performance par activité attendue.....	p.177
Graphique 16 : Performance qualité des BPS- 2 ^{ème} semestre 2015.....	p.178
Graphique 17 : Nombre de BPS avec maximum de performance par résultat attendu.....	p.182
Graphique 18 : Scores vérifiés T3, T4 et scores contre vérifiés 2 ^{ème} semestre 2015.....	p. 184
Graphique 19: Performances globales qualité des bureaux de districts- 2 ^{ème} semestre 2015.....	p.185

Graphique 20 : Nombre de BDS avec maximum de performance par résultat attendu.....	p.189
Graphique 21 : Comparaison entre les scores vérifiés et les scores contrevérifiés des BDS....	p.191
Graphique 22: Performance de la qualité des HD- direction d'hôpital.....	p.192
Graphique 23: Performance des HD par activité.....	p.195
Graphique 24 : Performance des HD sur l'appui administratif et logistique.....	p.195
Graphique 25 : Score de contre-évaluation qualité des BDS : gestion financière et comptable du 2iemesemestre 2015.....	p.199
Graphique 26 : Score de contre-évaluation qualité des BPS : gestion financière et comptable du 2ieme semestre 2015.....	p.200
Graphique 27: Score de contre-évaluation qualité des HD : gestion financière et comptable du 2ieme semestre 2015.....	p.201

ABREVIATIONS

ARV	Antirétroviraux
ASLO	Association Locale
BDS	Bureau de District Sanitaire
BPS	Bureau Provincial de Santé
BREGMANS	Bureau de Recherche et de Gestion Meta Analytique et Meta Scientifique
CDS	Centre de Santé
CPVV	Comité Provincial de Vérification et de Validation
CT-FBP	Cellule Technique du FBP
C-V	Contre Vérification
DGR	Direction Générale des Ressources
DGSP	Direction Générale de la Santé Publique
EEB	Etat d'exécution budgétaire
FBP	Financement Basé sur la Performance
FOSA	Formation Sanitaire
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
Hab	Habitants
MIILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide a longue durée d'action
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAA	Plan d'Action Annuel
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PF	Planning Familial
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant

SIP	Structure Intermédiaire et Périphérique
SIS	Système d'Information Sanitaire
TBC	Tuberculose
UP	Unités Primaires
US	Unités secondaires
VBG	Violence Basée sur le Genre
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome Immunodéficitaire Acquis

Préface

Le travail de contre vérification des données quantitatives et qualitatives pour le Financement Basé sur la Performance est une activité à laquelle le système de santé burundais est habitué après 6 ans de passage à échelle nationale. Sa réalisation a été le fruit de collaboration entre le Ministère de la santé Publique et de la Lutte contre le Sida, en tant que commanditaire et BREGMANS Consulting & Research en tant qu'organisation externe d'exécution.

Ce travail fait partie intégrante du montage du Financement Basé sur la Performance, avec une vérification semestrielle des données quantitatives et qualitatives par une entité externe détenant l'expertise dans le domaine. Elle s'amorce sous forme de contre expertise pour s'assurer de la véracité des informations recueillies sur le cycle de mise en œuvre et de paiement basé sur les résultats qui en sont issus.

En effet, la mise en œuvre du FBP et la production des résultats font objet d'une vérification quantitative mensuelle et d'une vérification qualitative trimestrielle. Les résultats validés par les Comité Provinciaux de Vérification et de Validation (CPVV) habilités servent de base de calcul pour le paiement des subsides aux formations sanitaires.

Après des réunions de négociations entre le MSPLS et BREGMANS Consulting & Research et la signature du contrat, ce travail a été mené sur le terrain en visitant les entités échantillonnées en vue de consulter et d'analyser la véracité des déclarations et des validations des informations et des données répondant aux directives du FBP. Cette étape nous a permis de récolter les informations utiles et à dresser un tableau synthétique de la mise en œuvre et surtout de la vérification du FBP au Burundi. La collaboration a été cordiale avec les acteurs de terrain à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Au bout de notre second tour de contre vérification, des constats ont été tirés et les recommandations émises pour d'éventuelles mesures correctrices pour l'avenir.

Ce travail est subdivisé en 8 Chapitres allant de l'Introduction jusqu'à la présentation des résultats issus des données collectées du terrain. Il est clôturé par des recommandations adressées à différents niveaux de prise de décision dans le système de santé du Burundi.

CHAPITRE I: INTRODUCTION

1.1 Contexte et Justification

Le Financement Basé sur la Performance est l'une des approches de Financement adoptée par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida au Burundi depuis 2006. Cette approche qui vise l'allocation des primes de performance liées aux résultats quantitatifs et qualitatifs produits est un axe important du Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 qui, à son tour s'inscrit dans la Politique Nationale de Santé 2005-2015.

L'approche FBP a eu une évolution dynamique avec un potentiel d'amélioration continu des prestations dans le temps et dans l'espace. Ceci a conduit aux modifications perpétuelles des outils de mise en œuvre et du Manuel des procédures pour le FBP. La version la plus actualisée de ce Manuel date de Juillet 2014 et constitue un document important pour guider les travaux de contre vérification pour l'année 2015.

Cette approche met de l'avant certains principes fondamentaux pour optimiser le succès de la mise en œuvre et les bonnes pratiques qui gravitent autour du concept de séparation des fonctions.

En effet, le FBP juge essentiel de séparer certaines fonctions clés pour assurer un certain équilibre dans la collaboration entre les différentes parties prenantes et une redevabilité mutuelle qui incite les acteurs à s'acquitter de leurs tâches respectives de manière active, prompte et exacte. Ces fonctions sont :

- la fonction **de régulation**, assurée par le niveau central du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS, via la Direction Générale des Services de Santé et de la Lutte contre le SIDA, et la Cellule Technique Nationale FBP) et ses structures décentralisées (Bureaux Provinciaux de Santé, Districts Sanitaires) ;
- la fonction **de prestation**: est assurée par les formations sanitaires publiques et privées; les organisations de la société civile offrant des services de santé ;
- la fonction **de financement**: est assurée par le Gouvernement à travers le Ministère des Finances et les Partenaires Techniques et Financiers du secteur de la santé ;
- la prise en compte de **la voix de la population**, assurée à travers les comités de santé et les associations locales
- la fonction **de vérification**, assurée au premier degré par les Comités Provinciaux de vérification et de validation, et au second degré par les associations locales chargées de vérifier l'effectivité des prestations et d'apprécier la satisfaction des bénéficiaires, ainsi qu'au troisième degré, par un organisme externe indépendant chargé de réaliser **la contre-vérification** de tout le processus.

C'est à travers cette dernière fonction que le travail de contre vérification des données quantitatives et qualitatives pour le second semestre 2015 s'inscrit. Il se mène en conformité avec les directives formulées dans le Manuel des procédures FBP actualisé en 2014. En effet, certaines modifications ont été apportées au fur et à mesure que la mise en œuvre

montrait des limites ou des incohérences à la poursuite des objectifs fixés par cette approche.

Selon les prescriptions de ce manuel, la Contre vérification est menée semestriellement. Elle vise essentiellement à s'assurer, par une entité externe au processus FBP, de la véracité des données quantitatives et qualitatives vérifiées et validées dans le cadre du financement basé sur la performance. Elle vise également à apprécier le respect des procédures FBP à tous les niveaux depuis le niveau communautaire jusqu'au niveau central afin de proposer des mesures correctrices et des solutions adéquates aux problèmes identifiés.

Le but ultime de cette fonction est de s'assurer que les abus et/ou des tricheries sont minimisés par la vérification de routine en vue de garantir un paiement juste et justifié des fonds par le Gouvernement et les bailleurs de fonds qui l'appuient. Ceci donne une occasion au Gouvernement et aux partenaires techniques et financiers de s'assurer que les fonds alloués au FBP le sont pour des raisons justes et des résultats fiables reflétant les services offerts à la satisfaction des populations bénéficiaires.

La contre vérification se fait sur un échantillon représentatif d'entités opérationnelles dans la mise en œuvre du FBP. La contre vérification porte sur des périodes antérieures mais doit porter en plus sur les prestations quantitatives et qualitatives du semestre précédent.

Le contrat qui a été signé entre le MSPLS et BREGMANS Consulting & Research est le premier entre ces deux partenaires pour effectuer cette contre vérification pour les activités menées en 2015. Il consiste en un travail en deux tours (Un par semestre) contrairement à d'autres missions antérieures qui menaient des missions trimestrielles. Les périodes couvertes par ce contrat sont les mois de Janvier à Juin 2015 pour le premier tour de contre vérification et de Juillet à Décembre 2015 pour le second.

1.2. Objectifs

La contre vérification du Financement Basé sur la Performance pour les données quantitatives et qualitatives poursuit des objectifs de fiabilité et de véracité des données produites par la nouvelle approche à travers le cycle de déclaration, de vérification, de validation et de paiement.

1.2.1. Objectif général

Le travail de contre-vérification vise à assurer et confirmer la véracité des données quantitatives et qualitatives vérifiées, validées et rémunérées, ainsi que du respect des procédures, dans le cadre du Financement Basé sur la Performance (FBP).

1.2.2. Objectifs spécifiques

De façon spécifique, le travail de contre vérification consiste à :

-  Confirmer/infirmar la véracité des données quantitatives et qualitatives, par la recherche des clients et/ou des éventuelles prestations faussement déclarées, vérifiées et facturées par les formations sanitaires et les autres unités de prestation contractées dans le cadre du FBP/Gratuité ;
-  Vérifier la conformité et l'existence des prestations remboursées par rapport aux prestations vérifiées et facturées dans le cadre du financement basé sur la performance;

✚ Vérifier au niveau de la communauté :

- l'effectivité/l'existence physique des clients déclarés, et
 - le degré de satisfaction de la population concernant la qualité des soins et des services reçus lors des prestations déjà effectuées et déclarées (existence du bénéficiaire, effectivité du service reçu, satisfaction du bénéficiaire) ;
- ✚ Analyser la performance du système de vérification et de validation des données par les entités de mise en œuvre du FBP concernées à tous les niveaux du système de santé (DGR, CT-FBP, CPVV, etc.)
- ✚ Vérifier le respect du système d'évaluation de la performance des unités de prestation et le respect du système de vérification et validation des prestations déclarées selon les procédures définies dans le manuel des procédures FBP
- ✚ Identifier les éventuelles sous évaluations ou surévaluations des différents résultats pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- ✚ Apprécier le respect des procédures du FBP à tous les niveaux ;
- ✚ Proposer des mesures correctrices et des solutions adéquates aux éventuels problèmes identifiés.

L'atteinte de ces objectifs permet d'instaurer et de maintenir un système de veille qui assure la rigueur dans le respect des principes et des bonnes pratiques du FBP. Elle permet aussi une amélioration continue du système de santé par des mesures correctrices utiles liées aux insuffisances constatées.

Le rapport de contre vérification doit être partagé avec tous les membres de CT-FBP Elargie, qui est chargée de faire des propositions au MSPLS sur l'application de certaines stratégies correctrices après approbation par des organes techniques habilités.

CHAPITRE II: RESUME EXECUTIF

2.1. Contre vérification qualitative

La qualité des prestations est contre évaluée de façon transversale en vérifiant l'existence des intrants structurels et médicamenteux. Elle vérifie aussi le respect des directives administratives et financières prédéfinies par le Manuel des procédures du FBP à différents niveaux de prestation.

Les résultats qualitatifs globaux par catégorie ont pu nous montrer ce qui suit : que :

- ✓ **Au niveau des Centres de santé**, le score global moyen de qualité été de 31,4 % alors qu'il était de 73,2% pour le troisième trimestre et de 77,9% pour le quatrième trimestre 2015, soit une moyenne de 75,6%, ce qui donne un écart de 44,2,% entre la vérification et la contre vérification.. La province qui a le score moyen le plus élevé est la province de Bubanza/ district Bubanza avec une moyenne de 45,3% suivie de Gitega/ district Ryansoro avec 40,7%et de Kayanza/ District Musema avec 36,2%. La province avec le score moyen le plus faible est Makamba/ district Nyanza Lac avec un score de 24%, suivi de Muramvya/ district Muramvya avec un score de 25,5%.
- **Au niveau des hôpitaux de districts**, le score global moyen a été de 44,0% alors qu'il était de 89,3% lors de la vérification de routine , ce qui donne un écart de 45,3,% entre les deux activités. Le score le plus élevé est l'hôpital de Cankuzo avec 56,8% et le moins élevé est l'hôpital de Nyanza Lac avec 28,4 %.
- **Au niveau des BPS**, le score moyen global a été de 62,6% pour la contre vérification alors qu'il était de 94,3% lors de la vérification, ce qui donne un écart de 31,4% entre les deux activités. Le BPS le plus coté a été celui de Cankuzo avec 75% et le moins performant a été celui de Bururi avec 50%.
- **Au niveau des BDS**, le score moyen a été de 39,57%pour la contre vérification alors qu'il était de 86,3% lors de la vérification, ce qui donne un écart de 496,7% entre les deux activités. Parmi les districts visités, le plus performant a été le district de Ryansoro avec 58% alors que le moins performant a été le district Bururi avec un score de 13%.
- **Au niveau des CPVV**, le score moyen global a été de 95% pour la contre vérification alors qu'il était de 100.00% lors de la vérification, ce qui donne un écart de - 5.% entre les deux activités. Le score de performance le plus élevé a été trouvé avec les CPVV Bubanza, Bururi et Cankuzo avec 100% alors que le moins performant a été celui de Gitega avec 85%.

La CT- FBP a montré un score de performance de 85% pour la contre vérification de la performance mensuelle. Pour la prformance semestrielle, le score a été de 95%. Ces scores sont à féliciter et montrent combien la CT- FBP travaille de façon assidue pour la planification, l'organisation et la réalisation de ses activités.

Cependant, la non disponibilité de certains documents sources de vérification dans un endroit unique de classement au moment de la mission nous a pris un temps long suite à la dispersion des rapports dans différents bureaux que se partagent les membres de la CT-FBP. Un problème de classement et d'archivage a été observé encore une fois et nécessite une réorganisation de ce service pour faciliter la consultation des documents FBP au niveau central.

Quant à la Direction Générale des ressources, le score de contre vérification a été de 60% pour le troisième et le pour le quatrième trimestre 2015. Ce score montre un écart de 14,1% entre la contre vérification et la vérification de routine.

Les détails sur les facteurs explicatifs de ces écarts seront développés plus bas dans le document.

Notons néanmoins que la grande majorité des écarts observés pour la qualité ont été dus à la rigueur dans l'application des définitions et des descriptions trouvées dans les grilles de vérification et à l'application stricte des règles de calcul des scores édictées par ces mêmes documents. Le respect strict des définitions et des descriptions de structures ou d'infrastructures combiné aux exigences liées aux indicateurs composites a fait perdre des points aux structures sanitaires visitées. Les détails qui sont présentés dans les tableaux montrent qu'un aspect qui ne répond pas à la bonne définition peut réduire sensiblement voire annuler un score d'un indicateur composite avec 5 à 6 composantes. La loi du « **tout ou rien** » est utilisée sur une bonne proportion des indicateurs, ce qui ne signifie pas forcément que rien n'est fait sur un indicateur composite bien déterminé.

En outre, certaines règles jugées élémentaires pour approuver la qualité des documents comme les procès verbaux des réunions, les rapports d'activités, les comptes rendus de rencontres ne sont pas observées, ce qui entraîne des mauvaises notes. Il s'agit notamment de :

- Manque de signatures des participants et /ou du responsable
- Manque de date ou de recommandations
- Le manque d'évaluation du niveau de mise en œuvre des recommandations issues des réunions ou rencontres précédentes,
- Les recommandations sans délais d'exécutions dans les PV
- Les indicateurs non chiffrés dans les plans d'actions
- Les dossiers médicaux ne répondant pas aux normes au niveau des hôpitaux.
- Etc.

2.2. Contre vérification quantitative

La contre vérification quantitative nous a permis d'exploiter les registres de prestation pour voir les cas déclarés, vérifiés et validés pour les différents indicateurs des paquets respectifs aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire.

Ainsi au niveau des Centre de santé, la considération des données compilées par centre de santé a pu montrer les indicateurs dont les écarts entre les quantités validées et les quantités contre validées sont importants. La moyenne des écarts au niveau des centres de santé est de 14,5%, tous indicateurs confondus.

Cet écart sur le score global est augmenté par des écarts retrouvés dans certains centres de santé au cours de ce semestre. Il s'agit des CDS Nyarurama (406,3%), Gikuzi (291,8%), Bamba (234,8%). Des erreurs retrouvées dans ces structures sanitaires montrent qu'il y a encore un besoin fort de suivi au niveau périphérique.

Les écarts ont été en grande partie engendrés par le non respect des définitions de cas par les équipes de vérification. Nous n'avons pas trouvé de volonté délibérée de tricherie au niveau des formations sanitaires. Toutefois une certaine confusion multiforme semble s'être installée sans que les organes habilités ne clarifient les lignes directrices en matière de déclaration, de vérification et de validation.

Au niveau des hôpitaux de district, les écarts entre les données quantitatives validées et celles contre validées ont aussi été variables d'une structure à une autre et d'un mois à un autre mais avec une moyenne de 20,5%. Ceci montre la nécessité de réexpliquer les consignes de vérification pour éviter une analyse superficielle des informations. Toutefois, il faut noter que cet écart est moins important que celui trouvé au cours de la contre vérification du premier semestre 2015.

Le problème **d'archivage doit être pris très au sérieux parce que les registres sont difficiles à retrouver ou ils sont en mauvais état pour être consultés.** De plus, **le manque de lien entre les résultats de la contre vérification et les paiements de subsides aux formations sanitaires semble ne pas susciter d'intérêt des prestataires lors de cette mission.** Certains prestataires collaborent difficilement et laissent planer le doute et la suspicion sur l'existence réelle des documents sources recherchés. Les détails sont présentés au chapitre traitant la contre vérification quantitative.

2.3. Respect des procédures FBP

Concernant le respect des procédures du FBP, les organes de régulation ont montré des performances plus élevées pour les CPVV avec une moyenne de 82,8%. Ils ont en général bien performé en s'acquittant de leurs tâches de manière très satisfaisante. Les BPS ont affiché une performance moyenne à 62,6% avec un score le plus élevé pour le BPS Cankuzo (75%) alors que le moins élevé est celui de Bururi (50%). Quant aux BDS, la performance moyenne est de 39,6% avec le district de Ryansoro dont le score est élevé à 58%% alors que le district de Bururi est à 13%. Au niveau de la CT- FBP et de la DGR, la Contre vérification a attribué des notes respectives de 85% et 955%. Plus détails sont donnés dans le chapitre relatif au respect des procédures.

2.4. Respect des procédures de gestion financière

Le respect des procédures financières et comptable a montré que des efforts significatifs ont besoin d'être fournis pour améliorer la performance des différentes structures de mise en œuvre du FBP. Des scores de performances respectives ont montré qu'un travail de renforcement des capacités doit être vigoureusement relancé avec un encadrement appuyé de la DGR pour assurer un bon rapportage financier. Des insuffisances dans le remplissage des pièces et documents financiers laissent un grand flou sur ce qui se passe réellement

avec l'allocation et l'utilisation effective des ressources financières à différents niveaux de mise en œuvre du FBP.

2.5. Respect des délais de paiement

L'analyse des informations au niveau de la Direction Générale des Ressources a montré des points forts et des points faibles dans le respect des délais des paiements.

Les demandes de paiements suivent les délais et les directives FBP mais elles se heurtent aux exigences des partenaires financiers concernant le décaissement des fonds. Les conventions entre le Gouvernement et certains bailleurs comme IDA constituent parfois des obstacles lorsqu'il y a des retards de paiement de la part du Gouvernement.

Notons que le Burundi traverse une période trouble sur le plan sociopolitique, ce qui a eu un impact sur les appuis que les partenaires financiers apportaient au secteur de la santé. Des retards de plus en plus importants de paiement des fonds FBP se font remarquer et leur impact négatif se fait sentir sur le fonctionnement des structures sanitaires.

2.6. Contre vérification dans la communauté

Les enquêtes communautaires ont donné des résultats intéressants. Ils ont été confirmés par les patients retrouvés dans la communauté et interviewés par les enquêteurs. La confirmation de l'existence du patient a été approuvée à 89,2 % pour les hôpitaux et 94,4% pour les CDS.

La confirmation de prestation a montré un score moyen de 90,0 % pour les centres de santé et 88,7% pour les hôpitaux. Ceci montre des écarts respectifs de 3,5% et 0,1% entre la contre vérification et la vérification de routine.

Quant à la satisfaction des patients, les scores montrent qu'elle est positive avec des taux de 95,5% pour les hôpitaux et de 95,0% pour les centres de santé. Ces scores montrent des écarts respectifs de 4,8% et de 0,8% entre la contre vérification et la vérification de routine.

2.7. Conclusion

La mission de contre vérification a pu découvrir que la mise en œuvre du FBP au Burundi est une réalité avec une répartition des tâches et des responsabilités à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Les liens entre les différentes entités de prise de décision sont bien compris. Le cycle de mise en œuvre du FBP avec la séparation des fonctions est bien maîtrisée. Les scores de performances des organes de régulation montrent une gradation descendante avec des scores plus élevés au niveau central et ceux qui sont moins élevés au niveau des districts sanitaires. Ainsi sont aussi répartis les écarts constatés entre la vérification et la contre vérification. Ceci pourrait probablement s'expliquer par des exigences plus détaillées et une charge de travail plus étoffée lorsqu'on s'approche des niveaux de prestation.

Quant aux organes de prestation, la contre vérification a montré plus d'écarts sur la qualité que sur la quantité entre la vérification et la contre vérification. Ceci interpelle les autorités du

MSPLS pour rééquilibrer l'attention accordée à ces deux composantes. Les autorités du MSPLS devraient rappeler les responsabilités des BDS en tant que structures chargées d'encadrement technique des Fosa et les CPVV en tant qu'entités de validation des standards souhaités au niveau des formations sanitaires.

2.8. Recommandations

A la DGR, de :

- Plaider plus vigoureusement pour un raccourcissement optimal des délais de paiement des subsides aux entités bénéficiaires.
- Proposer des voies de solutions pour simplifier le partage d'informations entre le Ministère de la Santé Publique et le Ministère des Finances en vue de raccourcir le temps de traitement des dossiers.
- Proposer des voies de solutions pour améliorer la gestion financière et comptable au niveau des structures de mise en œuvre du FBP (Hôpitaux et centres de santé).
- Plaider pour partager les informations financières entre le MSPLS et les partenaires techniques et financiers pour une meilleure prévisibilité des fonds alloués au FBP
- Appuyer la CT- FBP dans la mobilisation des fonds par des arguments financiers tirés de l'analyse du niveau de consommation du budget par les activités FBP.
- Plaider pour une période de transition d'au moins un an avant la cessation de financement du FBP par un PTF.

A la CT- FBP, de :

- Améliorer le classement et l'archivage des documents de mise en œuvre du FBP
- Améliorer l'adéquation entre les missions de supervisions et les plans d'action des structures sous leur responsabilité en vue de renforcer l'encadrement des entités de mise en œuvre du FBP dans les différentes provinces. .
- Adopter des stratégies de redevabilité verticale et horizontale entre les niveaux de prise de décision dans la pyramide sanitaire en révisant les mécanismes de motivation des différentes entités de mise en œuvre.
- Prendre une part active dans les activités de renforcement des capacités des BPS et des BDS en vue d'améliorer leurs niveaux de performance.
- Assainir le partage des données entre les BDS, BPS et la CT- FBP afin d'avoir une information harmonisée à différents niveaux.
- Assurer un suivi rigoureux et régulier des activités menées par les CPVV pour s'assurer de la fiabilité des informations recueillies des niveaux intermédiaire et périphérique.

Aux CPVV, de :

- Améliorer les liens fonctionnels avec les BDS pour accroître l'efficacité des recommandations adressées aux formations sanitaires.

Aux BPS, de :

- Renforcer l'implication effective des équipes dans le suivi et l'évaluation des activités menées par les autres structures de mise en œuvre du FBP dans les provinces
- Améliorer les dispositions de régulation au niveau des BDS pour s'assurer de la bonne conduite des activités au niveau des districts sanitaires.

Aux BDS, de :

- Redynamiser la fonction d'encadrement technique et de coaching des formations sanitaires en vue d'améliorer leur performance tant sur le plan quantitatif que qualitatif.

Aux hôpitaux, de:

- Veiller au rehaussement des niveaux de qualité des prestations dans tous les services de l'hôpital
- Améliorer le remplissage, le classement et l'archivage des documents pour une meilleure vérification.

Aux centres de santé, de :

- Améliorer la qualité des prestations en lien direct avec les standards exigés par le FBP

CHAPITRE III: METHODOLOGIE

La méthodologie utilisée pour mener à bon port le travail de contre vérification a respecté les directives établies par le Manuel des procédures FBP actualisé en janvier 2014. Les pratiques définies pour la vérification ont été appliquées pour la contre vérification pour nous assurer de la véracité des résultats produits et le respect des processus préconisés pour valider ceux qui sont achetables dans le cadre du FBP. Cependant, dans l'esprit de la contre vérification, certaines modifications techniques ont été apportées.

3.1. Champ de l'exercice de contre vérification

Le travail de contre vérification est mené en adoptant les mêmes méthodes, les mêmes techniques et les mêmes outils que ceux appliqués lors de la vérification de routine. Ces derniers ont été décrits et rendus disponibles à travers les documents cadres comme le Manuel des procédures, le livre condensé des outils actualisés de mise en œuvre du FBP au Burundi.

Cette activité porte sur toutes les composantes du fonctionnement des structures sanitaires à différents niveaux de la pyramide sanitaire à savoir le niveau central du MSPLS, le niveau déconcentré des BPS et des CPVV, le niveau décentralisé des BDS, des Centres de santé et des Hôpitaux de districts. Une contre vérification au niveau communautaire est également menée en recherchant les patients ayant fait objet de vérification pour attester de leur existence réelle, de la conformité des prestations reçues au niveau des formations sanitaires et du niveau de satisfaction tirée de la visite dans une formation sanitaire bien déterminée.

Cette contre vérification prend en compte les volets quantitatif et qualitatif dans toutes ces catégories mentionnées ci-dessus.

Dans l'esprit de la séparation des fonctions, le travail de contre vérification vient effectuer un audit pour voir le respect des rôles et des responsabilités attribuées aux acteurs respectifs du Financement Basé sur la Performance au Burundi. C'est dans cet angle que les organes de régulation au niveau central, au niveau des provinces sanitaires et au niveau des districts sanitaires ont été contre vérifiés en suivant les attributions définies par le manuel des procédures. Ces attributions sont retrouvées dans les grilles élaborées par le MSPLS et la CT- FBP et qui captent les éléments essentiels de leurs missions respectives.

Les structures de prestations ont été contre vérifiées pour des données quantitatives liées directement aux services offerts aux clients et la qualité des prestations en suivant une grille élaborée pour cette fin.

Pour ce qui est de la quantité des prestations, des documents sources précisés dans les grilles de vérification ont été exploités pour s'assurer de la véracité de l'information qui s'y trouve. Ces informations ont été analysées d'abord pour nous enquérir de l'existence en ce qui concerne les données déclarées et vérifiées. Ensuite, elles ont été scrutées pour voir leur conformité avec les définitions et exigences du FBP. Cette méthode a été dictée par une confusion créée au niveau des structures de prestation et liée aux directives différentes

provenant du Système National D'Information sanitaire (SNIS) d'une part et de la CT- FBP d'autre part.

Après concertation avec la CT- FBP, il a été convenu de faire aussi bien la Contre Vérification des données vérifiées que la contre validation des données validées pour le FBP. Ceci donne l'avantage de retracer les données vérifiées par les CPVV. Celles-ci peuvent parfois ne pas répondre aux indications du FBP bien que répondant aux définitions du SNIS.

L'exploitation des données validées par les CPVV a été menée pour s'assurer du respect des définitions de cas pour le FBP. Ceci nous a obligé de créer un nouvel espace pour l'audit des données validées par les CPVV et une nouvelle catégorie des données « contre-validées » a été créée. Cette nouvelle catégorie nous a permis de calculer les écarts réels entre les données validées et les données contre validées

3.2. Conception des documents de collecte

Deux types de documents de collecte de données ont été utilisés pour notre travail de contre vérification. Le premier était constitué de grilles de vérification trouvées dans le document des outils actualisés pour la vérification du FBP au Burundi. Il s'agit en grande partie des grilles pour la vérification de la qualité des prestations au niveau des centres de santé et des hôpitaux de districts. A cela s'ajoutent les grilles de vérification de la qualité des Bureaux de district sanitaire, des Bureaux provinciaux de santé, des CPVV, de la CT- FBP ainsi que de la DGR.

Le second type de documents est constitué de grilles de vérification de la quantité des prestations que nous avons élaborées sur base de paquets d'indicateurs au niveau primaire des centres de santé (Paquet Minimum d'Activités), au niveau secondaire des hôpitaux de districts (Paquet Complémentaire d'Activités). Ces grilles ont été inspirées des factures mensuelles du PMA et de PCA et elles ont été constituées de deux parties. La première traite des données vérifiées par le CPVV et les données contre – vérifiées par BREGMANS Consulting & Research, ce qui nous a permis de calculer les écarts sur les cas vérifiés. La seconde traite les données validées par les CPVV et celles contre validées par BREGMANS Consulting & Research. Ceci nous a permis de calculer les écarts sur les cas validés conformément aux définitions du FBP Burundi.

Cette nouvelle méthode a été décidée après concertation avec la CT- FBP en vue de lever une ambivalence/ ambiguïté trouvée dans le système de santé Burundais qui fait que les données vérifiées obéissent aux directives du Système National d'information Sanitaire alors que les données validées tiennent compte des exigences du FBP. Cette ambivalence semble créer une confusion notamment pour la vérification et la validation menée par les CPVV. Ceci a été une source importante des écarts constatés entre les données de vérification et celles de contre vérification.

Les grilles utilisées au niveau communautaire sont des questionnaires qui recherchent l'existence des patients ayant consulté les formations sanitaires, la concordance des services reçus au niveau des formations sanitaires ainsi que le degré de satisfaction quant aux services reçus dans ces structures.

3.3. Échantillonnage

Le processus d'échantillonnage pour la contre vérification a été proposé et discuté avec la CT- FBP en vue d'avoir une compréhension commune des entités représentatives des structures à contre vérifier. En tenant compte de la structure pyramidale du système de santé burundais avec différents niveaux de prise de décisions, un échantillonnage aléatoire stratifié a été privilégié. Le point d'entrée était l'échantillonnage des provinces devant faire objet de contre vérification pour le premier tour.

Après discussion sur cet aspect, la CT- FBP a exprimé le souhait de couvrir un nombre intermédiaire de provinces pour couvrir des régions et des localités diverses pouvant refléter des différences non négligeables de mise en œuvre.

Au total, 14 provinces ont été proposées pour toute l'année 2015, soit un pool de 7 provinces par tour.

A partir de 17 provinces, un échantillonnage aléatoire simple par tirage au sort et sans remise a été effectué et a déterminé 7 provinces qui feront objet de contre vérification pour le second tour. Les provinces choisies sont les suivantes : Bubanza, Bururi, Cankuzo, Gitega, Kayanza, Makamba, Muramvya. De ces provinces une liste de districts a été établie pour arriver à 19 Districts.

Pour assurer que chaque province soit visitée, un échantillonnage aléatoire simple par tirage au sort et sans remise a été effectué au niveau de chaque province pour en tirer les districts qui feront objet de Contre vérification. Dans les 7 districts sélectionnés, une liste de centres de santé a été établie et un échantillonnage systématique simple a été effectué pour déterminer les centres de santé qui seront contre vérifiés. Avec un intervalle d'échantillonnage de 3, un total de 25 Centres de santé a été retenu pour cette activité. Dans chaque district sélectionné, l'hôpital de district était automatiquement retenu pour la contre-vérification du niveau secondaire des soins. Avec cette méthodologie un total de 32 formations sanitaires a été retenu dont les 7 hôpitaux de districts.

Tableau 1: Formations sanitaires échantillonnées pour la contre vérification du second semestre 2015.

	Bubanza	Bururi	Cankuzo	Gitega	kayanza	Makamba	Muramvya
District	Bubanza	Bururi	Cankuzo	Ryansoro	Musema	Nyanza-Lac	Muramvya
Centres de sante	Bubanza 1 Bubanza 2 Musigati Kivyuka Ntamba Ciya Ngara Muyebe Buyuko Gitanga Masare Cona Rushiha	Bururi Kiremba Muzenga 1 Buta Murinda Nyantobo Gitsiro Rweza Gahago Bamba Nyavyamo Munini Ndagano Bugeni Bwatemba Buhinga Nyagatovu Kajabure Mubuga	Cankuzo Cendajuru Gitanga Humure Kigamba Minyare Murehe Muyaga Nyamugari Nyarurambi Twinkwavu	Ryansoro Nyakarambo Mahwa Nyangwa Nyabiraba Gishubi Ntita Mugaruro Nyarusange Bukoro Murambi Rurimbi Mpunge Biziya	Kabuye 2 Matongo Banga Burarana Buraniro Nyarurama Ninga Rango Karehe Gasenyi Gikomero Musema Gaheta Musagara Nyarumanga	Bukeye Canda Dunga Gatabo Gisenyi Jimbi Kayogoro 1 Kivoga Kiyange Makamba Mayange Misasa Mugeni Muhama Murenge Nyange Nyantakara	Bugarama Bukeye Busangana Muramvya Nyarucamo Rusarenda Rweza Ryarusera Shumba Shombo Teza Giko
Hopital	Bubanza	Bururi	Cankuzo	Ntita	Musema	Nyanza-Lac	Muramvya

Notons qu'au cours de notre mission, certaines séances d'échantillonnage devaient être effectuées pour des items qui comportaient beaucoup de documents à consulter. Un échantillonnage aléatoire par tirage au sort a été utilisé pour assurer la représentativité des informations qu'on voulait recueillir.

En effet, pour la vérification communautaire, un échantillon de fiches a été tiré parmi les patients qui ont fait l'objet de la vérification communautaire. Ces fiches ont permis d'effectuer des visites à domicile pour conduire des interviews aux patients sélectionnés. Au total, 30% des fiches ont été tirés.

3.4. Exploitation des données

Les données collectées du terrain ont été saisies, traitées et analysées en utilisant les logiciels Excel, SPSS. La création de la base de données a permis de saisir les données quantitatives et d'effectuer des analyses par structures sanitaires et/ou par indicateurs de

santé. A partir des données saisies sur des masque Excel, une exportation dans une base SPSS a été effectuée pour permettre des analyses plus élaborées d'abord par province et structures visitées ensuite par des analyses trans structurelles pour voir des écarts de scores de performance entre structures de même niveau de prestation.

Pour les données qualitatives, les grilles de vérification ont permis de calculer les scores de performance. Cependant une compilation dans un fichier Excel a permis de calculer les écarts entre la vérification et la contre vérification. Il a permis aussi une analyse comparée entre structures de même niveau.

3.5. Echantillonnage des indicateurs à contre vérifier

La négociation entre la CT-FBP et BREGMANS a retenu un paquet d'indicateurs au niveau des centres de sante et au niveau des hopitaux de district. En effet, pour le paquet minimum d'activités, il a été retenu les 7 indicateurs suivants :

- Accouchements eutociques
- Consultations curatives pour les enfants de moins de 5 ans
- Consultations curatives pour les plus de 5 ans
- Consultations prénatales (3x)
- Consultation post natales
- Enfants Complètement vaccinés
- Nouvelles Consultations curatives des femmes encientes.

Pur le paquet complementaire d'activite, il a été retenu 9 indicateurs suivants :

- Accouchements dystociques
- Accouchements eutociques
- Consultations curatives pour les enfants de moins de 5 ans
- Consultations curatives pour les plus de 5 ans
- Cesariennes
- Chirurgies majeures
- Journées d'hospitalisation pour les enfants de moins de 5 ans
- Journées d'hospitalisation pour les plus de 5 ans.
- Nouvelles consultations curatives des femmes enceintes chez le médecin..

Cependant, la contre vérification au niveau communautaire a exclu les indicateurs de Planification familiale et ceux liés a l'infection VIH/SIDA pour des raisons de confidentialité. De plus les indicateurs échantillonnés par choix raisonné pour la contre vérification communautaire sont les suivants :

Pour les hôpitaux :

- ✓ Consultations curatives pour les moins de 5 ans
- ✓ Consultations curatives pour les plus de 5 ans
- ✓ Césariennes
- ✓ Chirurgies majeures
- ✓ Hospitalisations pour les moins de 5 ans
- ✓ Hospitalisations pour les plus de 5 ans.

Pour les Centres de santé :

- ✓ Consultations curatives pour les moins de 5 ans
- ✓ Consultations curatives pour les plus de 5 ans
- ✓ Consultations externes pour les femmes enceintes
- ✓ Accouchements
- ✓ Consultation Prénatales
- ✓ Consultations post natales
- ✓ Enfants Complètement vaccinés

Ces indicateurs ont été sélectionnés en suivant les critères du nombre de cas enregistrés au cours de la période couverte par la contre vérification, de la sensibilité sur le plan de la qualité des prestations.

Les fiches de vérification communautaire complétées pour la période allant de Juillet à Décembre 2015 ont été utilisées pour un échantillonnage des cas à contre vérifier. Un échantillon de 25% des fiches était tiré avec une répartition des cas sur les indicateurs respectifs. Ces cas ont été distribués aux ASLO pour une visite à domicile en vue de mener des interviews auprès des patients concernés. Les questionnaires pour la vérification communautaire sont en annexe.

3.6 Le personnel de contre vérification

Les experts de BREGMANS mobilisés pour ce travail de contre vérification étaient réparties de trois groupes :

- Le premier s'occupait essentiellement de la vérification de la qualité au niveau des hôpitaux, des BPS, BDS et CPVV. Cette équipe s'occupait également de la vérification quantitative pour le paquet complémentaire d'activités ainsi que pour le paquet d'activités de l'Hôpital tertiaire. Ce groupe d'experts était constitué d'un Médecin Spécialiste en Santé Publique, un Médecin Clinicien avec une longue expérience de prestations hospitalières, un expert comptable des procédures administratives et financières et un expert statisticien.
- Le second s'occupait de la vérification de la qualité et de la quantité au niveau des centres de santé. L'équipe était constituée de deux Experts avec une licence en soins infirmiers et d'une infirmière de niveau A2. Ces experts restaient sous la supervision d'un Médecin de l'équipe.
- Le troisième groupe était à cheval sur les deux premiers groupes et s'occupait du tirage de l'échantillon pour identifier les cas ayant fait objet de vérification communautaire afin de conduire une contre vérification après des mêmes patients. L'équipe était constituée d'un Expert avec une licence en santé publique, un expert en santé communautaire d'un Expert statisticien et d'un assistant de l'expert statisticien.

Ce troisième groupe devait tirer un échantillon de patients qui feront objet de contre vérification communautaire, identifier une Association locale (ASLO) qui va rejoindre les patients échantillonnés pour des interviews afin de vérifier la véracité des informations tirées des fiches de vérification par les CPVV.

Les ASLO contractées devaient être connues par l'administration locale mais sans avoir été impliquées dans la vérification des données du FBP. Des équipes affiliées à la Croix Rouge du Burundi ont été mobilisées dans les provinces respectives pour effectuer des visites de contre vérification aux domiciles des patients ayant utilisé les services dans les formations sanitaires au cours de la période sous évaluation.

Les collaborateurs de terrain étaient les responsables et employés des structures visitées. Les responsables étaient consultés pour expliquer le but et les contours de notre travail de contre vérification. Une liste des documents utiles était dressée et remise aux responsables de structures sanitaires pour collecte des documents physiques utiles. Des visites de sites physiques pour la contre vérification des aspects de qualité.

CHAPITRE IV: CONDUITE DES INVESTIGATIONS DE LA C-V

4.1. Outils de contre vérification

Les principaux outils qui ont guidé notre travail de contre vérification sont le Manuel des procédures de Financement Basé sur la Performance mis à jour en janvier 2014. Ce manuel contient les dernières modifications et ajustements sur la mise en œuvre du FBP depuis le consensus de mise à échelle nationale en 2010.

Un recueil des outils de mise en œuvre du FBP a été exploité pour tirer les grilles de vérification de la qualité des prestations pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire.

- *La grille de vérification de la qualité technique au niveau des centres de santé*
- *La grille de vérification de la qualité technique au niveau des Hôpitaux de district*
- *La grille de vérification de la qualité technique au niveau des Bureaux de District sanitaire*
- *La grille de vérification de la qualité technique au niveau des Bureaux provinciaux de santé*
- *La grille de vérification de la qualité technique mensuelle au niveau du Comité Provincial de Vérification et de Validation*
- *La grille de vérification de la qualité technique mensuelle au niveau de la Cellule Technique Nationale pour le FBP*
- *La grille de vérification de la qualité technique trimestrielle au niveau de la Cellule Technique Nationale pour le FBP*
- *La grille de vérification de la qualité technique trimestrielle au niveau de la Direction Générale des Ressources*

En plus des grilles préétablies citées précédemment, nous avons élaboré des grilles pour recueillir les données quantitatives au niveau des centres de santé et au niveau des hôpitaux. Ces grilles prenaient en compte les données vérifiées par les CPVV pour les comparer aux données contre vérifiées et les données contre validées pour chaque indicateur de santé. Ces données recueillies par des entités différentes nous ont permis de calculer les écarts existants entre les données recueillies par l'équipe de vérificateurs des CPVV d'une part et les contre vérificateurs de BREGMANS d'autre part.

Des documents classiques comme les registres de prestation ont été exploités pour le comptage des cas répondant aux critères de validation par indicateur de santé recherché. Des pièces comptables et autres pièces de gestion financière ont également été exploitées pour bien vérifier l'utilisation conforme aux prescriptions du FBP.

Une base de données a par après été confectionnée pour effectuer des analyses par structure ou entité visitée mais aussi pour conduire des analyses transversales sur plusieurs entités ou structures de même niveau.

4.2 Tâches spécifiques de la mission/organisation

La mission de contre vérification était organisée en trois équipes distinctes pour permettre une progression rapide de cette activité. Pour chaque équipe des activités spécifiques étaient définies sans toutefois occulter la logique de travail d'équipe pour appuyer un groupe qui a eu une charge de travail plus élevée.

La première équipe de la mission avait pour taches d'assurer d'abord des contacts avec les autorités administratives et sanitaires pour leur faire le point de l'activité de contre vérification. Sur le plan technique, cette équipe était en charge de la contre vérification de la qualité au niveau des hôpitaux de districts, les Bureaux de Districts Sanitaires (BDS), les Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) et les comités Provinciaux de vérification et de validation (CPVV). Elle était aussi en charge de la contre vérification des données quantitatives des hôpitaux de districts.

Pour assurer une bonne contre vérification qualitative, l'équipe faisait usage des grilles de qualité conçue pour cette fin dans les structures respectives. Chaque point était vérifié et les points attribués à chaque sous point selon la disponibilité ou non des items concernés. Pour chaque composante une formule de calcul des points obtenus devait être appliquée. Ce sont les scores individualisés à chaque composante qui ont été additionnés pour avoir le score global de performance pour la qualité d'une structure donnée.

Les structures visitées étaient demandées de signer les grilles apres contre vérification et attribution des scores pour attester de la bonne collaboration avec les équipes de contre vérification et l'approbation des notes octroyées et des observations faites dessus.

Pour la contre vérification quantitative, les points d'entrée étaient les définitions des indicateurs définis par le Manuel des procédures. Dans chaque registre concerné, les contre vérificateurs devaient parcourir les indicateurs en analysant la complétude des informations requises pour attribuer les points conformément aux directives FBP. Des éléments comme le numéro patient, le numéro de dossier, l'adresse, le diagnostic, les examens complémentaires, le traitement, devraient être retrouvés pour la contre validation. Certains cas ont été contre- vérifiés mais pas contre-validés suite au manque de certaines informations clés. Le numéro patient et l'adresse furent mis en évidence comme des éléments qui ont entraîné souvent l'absence de validation des cas.

Les résultats obtenus devraient être marqués sur les fiches conçues pour cette fin et des grilles pour la quantité devaient être complétées pour les indicateurs du PCA.

La seconde équipe de la mission avait pour taches de mener la contre vérification des données quantitatives et qualitatives des centres de santé. Avec une moyenne de 4 centres de santé par district échantillonné, cette équipe devait bouger d'un centre de santé a un autre pour conduire ces activités avec une unité chargée de la contre vérification de la qualité et deux unités pour la quantité.

Les résultats obtenus devraient être marqués sur les fiches conçues pour cette fin en suivant les méthodes de calcul de scores définies par la CT- FBP. Les grilles pour les données quantitatives devaient être complétées pour les indicateurs du PMA avant d'être saisies sur un fichier Excel. Ces grilles comportaient les colonnes pour les données contre vérifiées et

les données contre validées. Lors de la saisie sur fichier Excel, ces données étaient comparées aux données collectées par les CPVV afin de dégager des éventuels écarts entre ces données des deux sources différentes.

La troisième équipe était chargée de rassembler toutes les fiches qui ont été produites lors de la vérification communautaire au cours de la période concernée par la contre vérification. Pour notre travail, il s'agissait des fiches récoltées de la vérification communautaire pour le troisième trimestre et le quatrième trimestre 2015. L'équipe a effectué un échantillonnage aléatoire par type d'indicateurs retenu pour la contre vérification. Le nombre total des fiches échantillonnées était répertorié et des informations utiles étaient données aux Associations locales (ASLO) pour effectuer des visites à domicile et interviewer les patients ayant utilisés les services de santé au cours de la période concernée. Certaines informations sensibles pouvant servir de vérification étaient retenues par l'équipe de contre vérification. La vérification de ces dernières permettait de voir si réellement les membres des ASLO ont retrouvé le patient et récolté correctement les informations nécessaires.

Les résultats ramenés par les enquêteurs des ASLO étaient alors analysés pour rechercher l'existence du patient, la conformité des services reçus au niveau des formations sanitaires et le niveau de satisfaction relatif à ces services. Pour tous ces paramètres, des scores ont été calculés et comparés à ceux de la vérification pour apprécier d'éventuels écarts entre les deux missions.

CHAPITRE V : RESULTATS DE LA CONTRE VERIFICATION

5.1. CONSULTATION DES RESULTATS

5.1.1. Consultation des résultats de la CV Qualitative

Les résultats de la contre vérification qualitative englobent ceux des structures :

- ✓ De vérification et de validation représentées par les Comites provinciaux de vérification et de validation (CPVV). Ces derniers ont été contre vérifiés pour leur travail effectué auprès des formations sanitaires (centres de santé) et auprès des communautés à travers les associations locales.
- ✓ De régulation représentées par les Bureaux Provinciaux de Santé et des Bureaux de District sanitaires
- ✓ De prestation à savoir les hôpitaux de district et les centres de sante qui ont été contre vérifiés pour la qualité des soins et services offerts à la population
- ✓ D'achat des performances et de paiement qui ont été contre vérifiées au niveau central du MSPLS à savoir la Direction Générale des Ressources (DGR) et la CT- FBP.

Les scores obtenus nous ont permis d'identifier les points forts et les points faibles des structures sanitaires. Il s'avère important de mettre en évidence ces forces et ces faiblesses en vue d'attirer l'attention des prestataires sur les aspects positifs à maintenir et à renforcer d'une part et les aspects négatifs à corriger ou redresser de l'autre.

Les écarts entre la Contre vérification et la vérification ont été obtenus en confrontant les scores de contre vérification aux scores moyens de la vérification portant sur le troisième et le quatrième trimestre 2015.

En effet, Les points positifs de chaque structure sont retrouvés dans les grilles détaillées en annexe. Ils sont souvent notés avec des scores maximum en face du critère considéré. Les aspects négatifs ont fait objet d'observations pour élucider les mécanismes conduisant à l'échec. Ceci a pour but de donner des recommandations pointues et précises pour chaque structure sanitaire visitée. Cependant, des aspects ayant été retrouvés dans différentes structures sanitaires de même niveau ont conduit aux recommandations générales que vous retrouverez plus bas. **Pour des raisons de facilité de lecture de ce rapport, seulement des tableaux synthèse qui montrent uniquement les points de discordance sont retrouvés dans le texte à différents niveaux de mise en œuvre qui ont été contre vérifiés.** Ils seront succédés par des observations pertinentes et des recommandations qui en découlent.

Les tableaux détaillés seront mis en annexes pour permettre une consultation minutieuse par les responsables du MSPLS et de la CT- FBP en cas de nécessité.

5.1.2. Consultation des résultats de la CV Quantitative

La contre vérification quantitative vise surtout à rechercher la véracité des données de prestation transmises par les Formations sanitaires. Elle consiste à compter le nombre de cas enregistrés dans les registres de prestation en vérifiant la conformité des diagnostics avec les définitions de cas édictées par la CT- FBP. Le volume de prestation pour chaque indicateur doit être confronté avec celui des données transmises mensuellement par les formations sanitaires pour voir des éventuels écarts entre la vérification et la contre vérification.

Les résultats obtenus ont été regroupés par mois de prestation et cela pour la période de juillet à décembre 2015 concernée par la contre vérification. Des observations et recommandations spécifiques ont été émises directement en dessous de chaque tableau. Ceci permet de préparer un feedback ciblé à la structure visitée mais aussi des commentaires généraux pour les aspects qui reviennent dans de nombreuses formations sanitaires.

Toutefois, pour la facilité de lecture, seulement des résultats compilés ont été mentionnés dans le texte principal avec des commentaires et des recommandations. Quant aux résultats détaillés par indicateur de santé, ils ont été mis dans une base de données qui sera rendue à la CT-FBP pour une éventuelle exploitation et une consultation minutieuse.

5.2. RESULTATS DE LA CONTRE VERIFICATION QUALITATIVE

5.2. 1. CONSTATS DE LA CONTRE VERIFICATION EN PROVINCE DE MURAMVYA

5.2.1.1. CONTRE VERIFICATION DU CPVV MURAMVYA

La mission de contre vérification au niveau du CPVV Muramvya a été effectuée en date du 31 Mai 2016 où toute l'équipe nous a réservé un accueil chaleureux et bien préparé. Notre travail a parcouru la grille de vérification en questionnant le CPVV sur les différents points qui la compose. Les scores qui en sont issus sont les suivants :

Tableau 2 : Score de performance du CPVV Muramvya

Activités évaluées	Points disponibles	Vérification (V)	Points CV	Ecart
Total des points	200	200	185	15
Performance Globale (%)	100	100	92,5	7,5

Ce tableau compare les points et les scores obtenus lors du troisième et du quatrième trimestre de 2015 à celui de la contre vérification pour le second semestre 2015.

Le constat majeur est que le CPVV Muramvya a démontré une bonne compréhension de sa mission. Ceci s'est traduit par l'organisation de leur travail et les plans d'action qu'il a produits pour les deux trimestres T3 et T4, 2015. Les activités inscrites dans leur cahier de charge ont été bien exécutées avec un respect appréciable des délais prescrits. Ceci lui a

permis d'obtenir un score de performance de 92,5% sur tous les items contenus dans la grille de vérification.

L'aspect qui a fait défaut est contenu dans la composante de l'Organisation et suivi des activités de vérifications communautaires. Il s'agit de l'absence du rapport de suivi de la mise en œuvre des recommandations de la réunion d'analyse des résultats de la vérification communautaire précédente. Ce rapport est confondu avec le rapport de restitution de l'enquête communautaire.

Toutefois, bien que les autres critères soient bien remplis selon les définitions requises, le CPVV ne tient pas une bonne séance d'analyse et de validation des données. Certains documents transmis par les BDS ne sont pas analysés pour s'assurer du respect des directives données aux structures sanitaires lors des séances de vérification. Les Business plans ne sont analysés par une personne ressource du CPVV pour s'assurer de l'intégration des stratégies allant dans le sens des recommandations émises au cours des périodes antérieures.

Les documents divers transmis à la CT- FBP sont sanctionnés par une seule signature, ce qui porte confusion sur l'approbation de ces documents pris individuellement. Il a été suggéré de dater et de mettre une signature sur chaque document au lieu de signer sur le lot.

Nous recommandons à :

➤ **la CT- FBP de :**

- Former l'équipe du CPVV sur l'élaboration des rapports de suivi de la mise en œuvre en général et de ceux de suivi de la mise en œuvre des recommandations. C'est ce genre de rapport qui va permettre de bien suivre l'intégration progressive dans les Business Plans des stratégies visant à améliorer la performance des structures sanitaires de la province et d'améliorer la conduite de la vérification communautaire.

➤ **Le CPVV de :**

- Bien suivre scrupuleusement les directives données par la CT- FBP en assurant une analyse minutieuse des Business Plans transmis par les BDS. Le renouvellement de signature de contrats ne devrait plus se faire sans avoir produit un procès verbal écrit de la réunion de délibération des Business Plans qui intègrent les recommandations formulées au cours des périodes précédentes.
- Joindre au PV de délibération des Business Plans la liste des participants et leur fonction au sein du CPVV.
- Produire les rapports de suivi de la mise en œuvre montrant le niveau de réalisation des recommandations formulées au cours des périodes antérieures.

Tableau 3 : Grille détaillée de la performance du CPVV Muramvya

ACTIVITES EVALUEES	POINTS DISPONIBLES	POINTS OBTENUS	POINTS OBTENUS CV	Observations
Négociation et signature des contrats avec les Fosa	15	15	15	
Assurer la vérification des données quantitatives des Fosa dans le cadre du FBP	30	30	30	
Assurer la validation des données vérifiées par l'équipe technique du CPVV	45	45	45	
Assurer le suivi de l'effectivité de paiement des Fosa de la province	25	25	25	
Organisation et suivi des activités de vérifications communautaires	35	35	20	Pas de rapport de suivi de la mise en œuvre des recommandations de la réunion précédente d'analyse des résultats de la vérification communautaire
Assurer le suivi de la mise en œuvre du FBP au niveau provincial	50	50	50	
TOTAL	200	200	185	
Score de performance (%)		100	92,5	

5.2.1.2. BUREAU PROVINCIAL DE SANTE DE MURAMVYA

La mission de contre vérification a effectué une descente au niveau du BPS Muramvya en date du 31/05/2016. L'analyse des informations requises pour évaluer la qualité de travail de cette structure a montré un score moyen de performance de 63% comparé à 94% obtenu lors de la vérification. Ceci fait un écart de 31% entre la CV et le second trimestre.

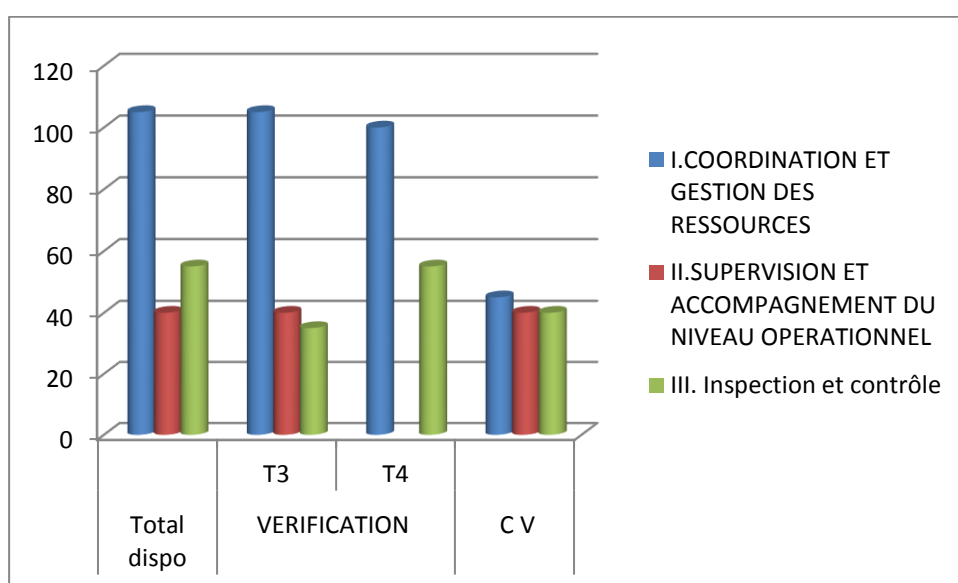
Tableau 4: Résultats de la contre vérification pour le BPS Muramvya

Services évalués	Points disponibles	Vérification	Points obtenus CV	Ecart

Total des points	200	188	125	70
Performance Globale (%)	100	94	63	31

Cet écart est élevé et nécessite des mesures correctrices sur la manière de conduire la vérification par les pairs évaluateurs. En effet, nous remarquons une perte de plus de la moitié des points pour la coordination et gestion des ressources ainsi qu'une perte de 15 points sur l'inspection et contrôle comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique 1: Evaluation des composantes qualité pour le BPS Muramvya



Les points de discordance détaillés sont montrés dans le tableau suivant :

Tableau 5 : Points de discordance entre la Vérification et la CV BPS Muramvya

SERVICES EVALUES	POINTS DISPONIBLES	POINTS OBTENUS VERIFICATION		POINTS OBTENUS C V	JUSTIFICATION DE L'ÉCART
		T3	T4		
1. Le BPS encadre les ECD dans l'élaboration et le suivi de leurs plans d'actions annuels	15	15	15	0	-T3,4 : Le BPS a transmis aux BDS des feedback sur les rapports d'activités trimestrielles, mais les feedback se ressemblent pour tous les rapports - T3,4 : le BPS n'a pas fourni les rapports trimestriels

					d'activités
2. Une réunion du CPSD provincial a été tenue pendant le trimestre évalué	10	10	10	0	T3,4 : invitations, agenda et documents de travail n'ont pas été fournis - T3 : Le CPSD provincial a évalué l'exécution du calendrier d'activités du trimestre précédent et constaté qu'au moins 70% des résultats n'ont pas été atteints par les BDS
3. La gestion financière et comptable du Bureau Provincial de la Santé respecte les bonnes pratiques	15	15	15	0	T3,4 : Problème de fiabilité de l'état d'exécution du budget
7. La maintenance des infrastructures et équipement est assurée	10	10	10	0	-T3,4 : Il n'y a pas de fiches de suivi de la maintenance pour chaque matériel et équipement (véhicule, informatique, autres matériels) - T3,4 : Les documents qui indiquent les dates de maintenance préventives sont inexploitable - Les antivirus ne sont pas à jour
8. La gestion des ressources humaine du BPS respecte les bonnes pratiques	10	10	5	0	-T3,4 : Pas d'emplois du temps -T3,4 : Le calendrier de congés existe, mais le respect des mécanismes d'intérim sont difficiles à vérifier car pas de lettre de nomination de ceux qui assurent l'intérim - T4 : Les cotations des agents du BPS n'ont pas été fournies - T3 : les PV d'entretien de fonction du MDPS et des cadres du BPS n'ont pas été fournis
12. Le contrôle de la gestion des ressources est effectif	15	15	15	0	Il n'y a pas de document synthèse de besoin en RH et équipement

Les insuffisances constatées nous conduisent émettre des recommandations suivantes:

Au MSPLS de :

- Rappeler aux BPS leur rôle directeur dans toute la guidances des activités de sante publique dans la province sanitaire de Muramvya.
- Rappeler les directives par un écrit pour rétablir de l'ordre en termes de collaboration entre les différents niveaux hiérarchiques en sante. Ceci passe par une affirmation du leadership technique du BPS et par un respect des prérogatives attribuées à chaque entité impliquée dans la mise en œuvre du FBP notamment les BDS, les CPVV, les hôpitaux de district et les centres de santé.

A la CT- FBP de :

- Revoir les mécanismes de motivation des BPS et des BDS. Les subsides FBP versés au BPS devraient être liées aux performances des entités sous leur responsabilité avec une proportion plus élevée des fonds conditionnes aux performances des DS les moins productifs.
- Appliquer la stratégie du *Dilemme du paresseux* au niveau des Bureaux provinciaux de sante pour les inciter à prendre plus d'initiatives en faveur d'une meilleure performance des structures sanitaires de leur aire de responsabilité.
- Former l'Equipe du BPS sur la gestion financière et comptable
- Revoir a la hausse la cotation pour les activités liées au renforcement des liens fonctionnels entre le BPS, le BDS et le CPVV en vue de le redynamiser la collaboration au niveau opérationnel tout en respectant la séparation des fonctions.

Au BPS de :

- Améliorer l'encadrement des districts sanitaires en les appuyant pour la production du rapport trimestriels et les feedback aux structures évaluées.
- Améliorer le partage d'information et la communication sur le FBP avec les autres acteurs de mise en œuvre du FBP dans la province.
- Rehausser le niveau de maintenance du matériel et des équipements ainsi que la mise a jour des antivirus pour les outils informatiques.
- Améliorer la gestion des ressources humaines en adoptant les bonnes pratiques édictées par la grille qualité du FBP
- Prendre part dans des réunions des BDS et des CPVV pour appréhender les manquements qui nécessitent l'intervention du BPS pour des corrections rapides dans la mise en œuvre.
- S'assurer de la bonne application des pratiques de gestion financière et comptable ainsi que de la gestion des ressources humaines.

5.2.1.3. CONTRE VERIFICATION DU BDS MURAMVYA

Notre mission de contre vérification a effectué une descente dans le BDS Muramvya le 30 Mai 2016. Le gestionnaire et le responsable du SIS nous ont accordé du temps suffisant pour l'activité.

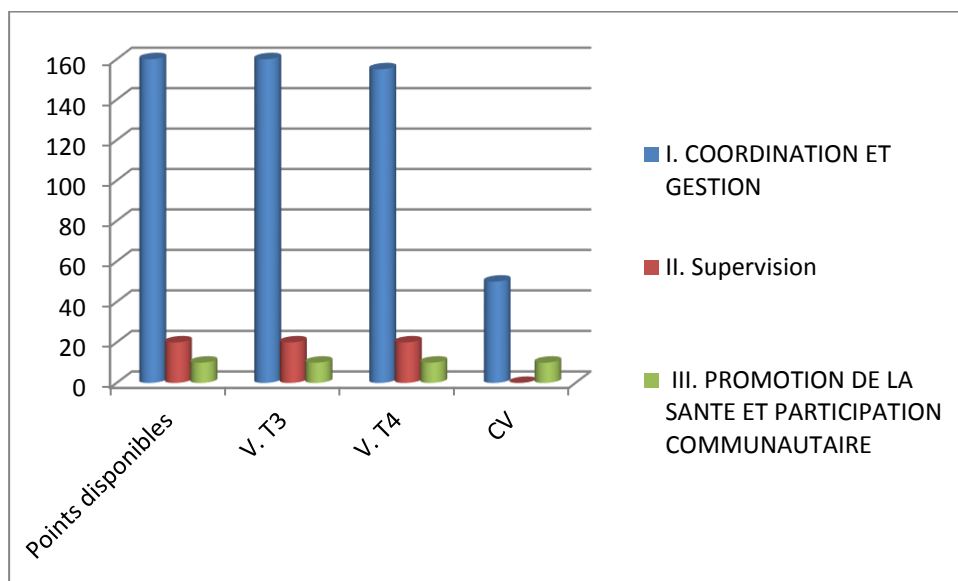
Au bout de notre travail, le score global de performance a été de 32 % alors qu'il a été de 97% pour le quatrième trimestre 2015. Ceci donne un écart de 65% avec ce dernier.

Tableau 6 : Score de performance du BDS Muramvya

Services évalués	Points disponibles	Vérification	Points obtenus CV	Ecart
Total des points	190	187	60	126,3
Performance Globale (%)	100	98,5	32	66,5

L'analyse des trois grandes composantes de la qualité au niveau du BDS montre de fortes discordances sur la Coordination et la gestion des ressources au niveau du BDS et des faiblesses marquées sur la supervision comme le montre le graphique suivant.

Graphique 2: Evaluation des composantes qualité pour le BDS Muramvya



Les écarts observés sont issus des points de discordance des notes attribuées entre la vérification et la contre vérification sur les résultats attendus mentionnés dans le tableau suivant :

Tableau 7 : Points de discordances entre la la Vérification et la CV BDS Muramvya

Résultat attendu	Points disponib	Vérification	Score Contrevéri	Justification de l'écart
------------------	-----------------	--------------	------------------	--------------------------

	les			fié	
		T3	T4		
2. Au moins 80% des activités planifiées ont été totalement exécutées pour le trimestre évalué	10	10	10	0	-Problème de cohérence entre PAA et PAT : des activités du PAA ne sont pas prévus dans les PAT3 et 4. -Pour le T3, pas de tableau de suivi des indicateur du PAA. Pour T4, le rapport trimestriel parle uniquement des activités non réalisées alors qu'on devrait avoir une vue d'ensemble du suivi des indicateurs des activités du PAA
3. Un rapport trimestriel d'activités est produit par l'ECD, présenté à la réunion trimestrielle de suivi, validé par le Conseil de Gestion du District : 0/10points	10	10	10	0	Le rapport parle uniquement des activités non réalisées et non planifiées
4. L'ECD encadre les formations sanitaires dans la planification, l'exécution et le suivi de leurs activités : 0/15 points	15	15	15	0	-Le Médecin Chef de District et le gestionnaire affirment participer à chacune des réunions mensuelles de monitoring de l'hôpital de district mais aucun PV ne le montre. - Les PV de participation d'un membre de l'ECD dans les réunions mensuelles des CDS existent mais sur les listes de présences, les représentants du BDS sont toujours à la fin de chaque liste, ce qui fait douter de leur participation à ces réunions - T3,4 : La gestion des ressources financières n'a pas été étudiée dans les réunions trimestrielles de coordination
5. Le suivi de la gestion des ressources humaine et	10	10	10	0	- T3,4 : pas de fiches de suivi des paiements CAM - Les copies de l'outil Indice de l'hôpital et des CDS des 3 derniers

financière des fosas du DS est effectif : 0/10 points					mois sont disponibles : T3 : pas de d'outil d'indice de l'HD T4 : les copies de l'outil d'indice n'ont pas été retrouvées
6. La gestion financière et comptable du bureau de district respecte les bonnes pratiques : 0/15 points	15	15	15	0	T3,4 : Problème de fiabilité des données de l'état d'exécution du budget. En effet si on triangule les données de ces rapports avec celles des fiches de suivi des dépenses et des recettes, on trouve des montants différents
8. La gestion des ressources humaines du BDS respecte les bonnes pratiques : 5/10 points	10	10	10	5	Le calendrier des congés existe mais n'est pas respecté (les cadres ne prennent pas leurs congés)
11. La pharmacie du BDS approvisionne régulièrement et correctement les CDS et l'HD en ME et consommables : 0/30 points	30	30	30	0	- Les fiches de suivi des dettes et des créances ne sont pas fiables pour le calcul du FRD. - Le taux de satisfaction totale des produits traceurs est souvent inférieur de 100%
13. Les cadres du BDS participent aux audits cliniques et audits des décès effectués à l'Hôpital de District : 0/15 points	15	15	15	0	-T3 : Le Médecin Chef de District et au moins 3 autres cadres du BDS ne participent pas à au moins l'une des séances d'audit clinique et/ou d'audit des décès maternels par mois. -T3,4 : Le suivi des recommandations de tous les audits cliniques et audits de décès ne sont pas systématiquement inscrits à l'ordre du jour des réunions de l'ECD pour suivi
14. Les supervisions effectuées par l'ECD permettent d'assurer une offre du PMA et du PCA de qualité : 0/20 points	20	20	20	0	-T3,4 : les calendriers trimestriels de supervisions n'existent : à la place il y a des calendriers mensuels -Pas de feed-back immédiat cosignés (supervisés et superviseurs) : on a seulement des lettres de transmissions non signées par le MCD - Certains éléments du canevas

					de rapport de supervision manquent dans les rapports produits par l'ECD - Certaines recommandations formulées non en rapport avec les problèmes identifiés
--	--	--	--	--	--

Les détails sur les scores sont retrouvés dans le tableau détaillé dans le fichier fourni avec ce rapport à la CT- FBP.

A partir du tableau détaillé nous avons pu identifier les points positifs à maintenir et à renforcer davantage et des points négatifs à corriger le plus rapidement possible.

Tableau 8: Forces et faiblesses du BDS Muramvya

Forces	Faiblesses
L'équipe cadre assure le leadership du district (25/25points)	Au moins 80% des activités planifiées n'ont pas été totalement exécutées pour le trimestre évalué (0/10 points)
La maintenance des infrastructures et équipements est assurée (10/10 points)	Un rapport trimestriel d'activités n'a pas été produit par l'ECD, n'a pas été présenté à la réunion trimestrielle de suivi pour être validé par le Conseil de Gestion du District (0/10 points)
La formation en cours d'emploi du personnel des CDS, de l'HD et du BDS est assurée (5/5 points)	L'ECD n'encadre pas les formations sanitaires dans la planification, l'exécution et le suivi de leurs activités (0/15 points)
Le cadre de travail est propre et les règles d'hygiène respectées (5/5 points)	Le suivi de la gestion des ressources humaine et financière des fosas du DS n'est pas effectif (0/10 points)
Les membres de la communauté participent à l'animation et à la coordination du district sanitaire (10/10 points)	La gestion des ressources humaines du BDS ne respecte pas les bonnes pratiques (5/10 points)
	La gestion financière et comptable du bureau de district ne respecte pas les bonnes pratiques (0/15)
	La pharmacie du BDS n'approvisionne pas régulièrement et correctement les CDS et l'HD en ME et consommables (0/30 points)
	Les BDS ne participent pas aux audits cliniques et audits des décès effectués à l'hôpital de district (0/15)
	Les supervisions ne sont pas bien effectuées par

	l'ECD, ce qui ne permet pas d'assurer une offre du PMA et du PCA de qualité (0/20 points)
--	--

Recommandations :

- **au BPS de :**
 - Renforcer son action régaliennne par des supervisions formatives auprès des BDS en vue de clarifier les attentes en termes de suivi et évaluation des Fosa pour les aider améliorer continuellement leurs performances.
- **Aux BDS de :**
 - Prendre une part active dans l'encadrement technique et le coaching des Fosa sous sa responsabilité.
- **A la CT- FBP, de :**
 - revoir les mécanismes de motivation des BPS et des BDS. Les subsides versés devraient être liées aux performances des entités sous leur responsabilité avec une proportion plus élevée des fonds conditionnes aux performances des centres de santés et des Hôpitaux de district.
 - Appliquer la stratégie du *Dilemme du paresseux* au niveau des districts sanitaires pour les inciter à prendre plus d'initiatives en faveur d'une meilleure performance des structures sanitaires de leur aire de responsabilité.

En triangulant les informations, il s'avère important de renforcer les liens fonctionnels entre le BPS, le CPVV et les BDS pour optimiser la performance des Fosa de la province de Muramvya. La CT- FBP devrait consacrer du temps utile pour apporter un appui technique afin de contrer un certain relâchement qui se fait remarquer.

5.2.2. CONSTATS DE LA CONTRE VERIFICATION EN PROVINCE DE KAYANZA

5.2.2.1. CONTRE VERIFICATION DU CPVV KAYANZA

Notre mission de contre vérification auprès du CPVV Kayanza a eu lieu le 03 juin 2016. L'équipe prévenue était préparée pour cette activité et la collaboration a été parfaite.

Le score de performance du CPVV obtenu à la fin de notre séance de travail a été de 97,5%, montrant un écart de 2,5% avec ceux de la vérification. Cet écart est du au Plan d'Action annuel qui ne montre pas les ressources nécessaires pour mener des activités prévues. Ceci rend le plan incomplet. Il est cependant important de remarquer que le CPVV Kayanza mène ses activités de manière efficace et en suivant correctement les directives FBP.

Tableau 9 : Score de performance du CPVV Kayanza

Services évalués	Points disponibles	Points obtenus Vérification	Points obtenus CV	Ecart

Total des points	200	200	195	5
Performance Globale (%)	100	100	97,2	2,5

Tableau 10: Points de discordance entre la Vérification et la CV CPVV Kayanza

N°	Produits/Résultats Attendus	Points de la vérification	Points de la contre vérification	Observations
1	Négociation et signature des contrats avec les formations sanitaires	T3= 15 T4=1	T3= 15 T4=15	
2	Assurer la vérification des données quantitatives dans le cadre du FBP des FOSA	T3=30 T4= 30	T3=30 T4= 30	
3	Assurer la validation des données vérifiées par l'équipe technique du CPVV	T3= 45 T4= 45	T3= 45 T4= 45	
4	Assurer le suivi de l'effectivité de paiement des FOSA de la province	T3= 25 T4= 25	T3= 25 T4= 25	
5	Organisation et suivi des activités de vérifications communautaires	T3= 35 T4= 35	T3= 30 T4= 30	Le PAA ne mentionne pas les ressources nécessaires à la réalisation des activités
6	La gestion financière et comptable de l'hôpital respecte les bonnes pratiques	T3= 50 T4= 50	T3= 50 T4= 50	
Total		200/200	195/200	97,5 %

Nous recommandons à la CT- FBP de :

- Renforcer les capacités des CPVV par des formations sur l'élaboration des plans d'action annuels ainsi que de leur conjonction avec des plans d'action trimestriels ou mensuels. Ceci aidera cette structure à bien mener le suivi et l'évaluation des réalisations.

5.2.2.2. CONTRE VERIFICATION DU BPS KAYANZA

La visite de contre vérification au niveau du BPS Kayanza a eu lieu le 03 juin 2016. Le travail avec l'équipe nous a aidés à relever les atouts et les points nécessitant de l'amélioration.

Le score obtenu à la fin de la contre vérification a été de 56%. Comparé au score du quatrième trimestre qui était de 93%, nous dégageons un écart de 37% entre la vérification et la contre vérification.

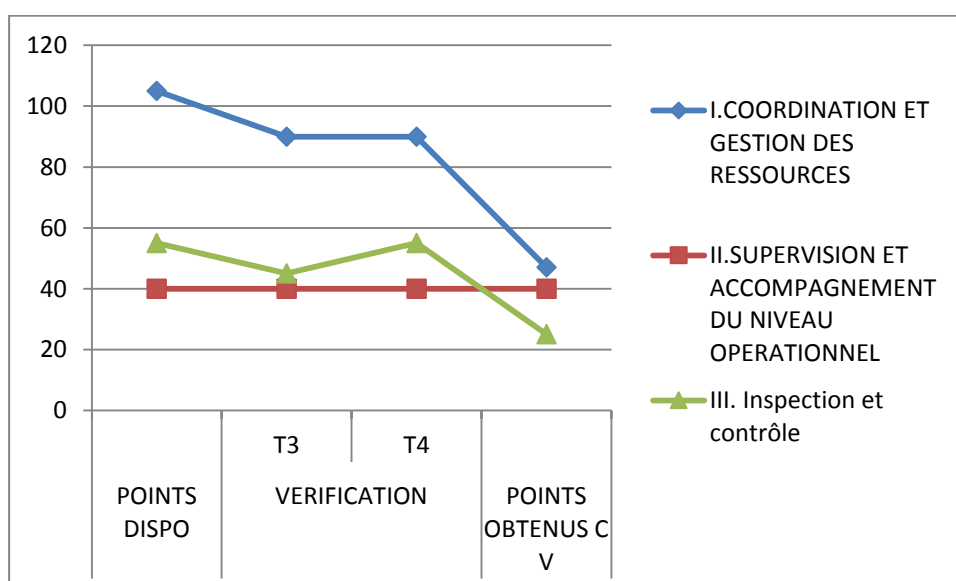
Tableau 11 : Score de performance du BPS Kayanza

Services évalués	Points disponibles	Vérification	Points obtenus CV	Ecart
Total des points	200	181	112	69
Performance globale (%)	100	90,5	56	33,5

L'analyse des composantes nous montre que les points perdus l'ont été sur la coordination et la gestion des ressources du BPS et sur l'inspection et contrôle. Ces composantes ont perdu plus de la moitié des points avec la contre vérification. Ceci remet en question les méthodes utilisées par les équipes de vérification qui semblent ne pas appliquer toute la rigueur requise pour inciter les BPS à plus de qualité.

La supervision et l'accompagnement du niveau opérationnel sont restes inchangés comme le montre le graphique suivant.

Graphique 3: Evolution des composantes qualité pour le BPS Kayanza



Cette forte discordance nous a permis d'identifier les résultats attendus qui ont fait objet d'appréciation différente entre la vérification et la contre vérification. Le tableau suivant montre les points sur lesquels des analyses approfondies seront nécessaires lors des missions de vérification.

Tableau 12: Points de discordance entre la vérification et la CV BPS Kayanza

SERVICES EVALUES	POINTS DISPONIBLES	VERIFICATION		POINTS OBTENUS C V	JUSTIFICATION DE L'ÉCART
		T3	T4		
1. Le BPS encadre les ECD dans l'élaboration et le suivi de leurs plans d'actions annuels	15	15	15	7	-T3,4 : L'analyse de la cohérence des calendriers d'activités des BDS avec leurs plans d'action annuels est faite mais pas de preuve de transmission des plans d'actions au DGP -T3,4 : Les feedback du BPS sur les rapports d'activités des BDS existent mais sont à améliorer - T3,4 : Les rapports trimestriel d'activités de la province n'ont pas été fournis
2. Une réunion du CPSD provincial a été tenue pendant le trimestre évalué	10	10	10	0	T3,4 : Les feedback sur les rapports d'activités des BDS ont été présentés au CPSD, mais pas de transmission à la DGSSLS
3. La gestion financière et comptable du Bureau Provincial de la Santé respecte les bonnes pratiques	15	15	0	0	Le livre de caisse n'est pas à jour car au mois de juin il y a eu achat de cinq rames de papier alors que le solde de clôture du mois de mai n'apparaît pas comme solde d'ouverture de juin 2016.
5. La formation en cours d'emploi du personnel de la province sanitaire est assurée	10	0	10	0	T3 : Le calendrier de formation de chaque DS n'est pas exécuté à au moins 80% (DS MUSEMA : exécution à 33%)
7. La maintenance des infrastructures et équipement est assurée	10	5	10	5	-T3,4 : Pas de fiches de suivi de la maintenance pour les équipements et véhicules. -T3,4 : Dates de maintenances

					préventives non cohérentes avec le calendrier
8. La gestion des ressources humaine du BPS respecte les bonnes pratiques	10	10	10	0	-T3,4 : pas d'emplois du temps -T3,4 : Calendrier de congés non respecté
11. Le fonctionnement des pharmacies privées, l'hygiène et l'assainissement des lieux publics (Prisons, églises, écoles, marchés, bars et restaurants, hôtels,...) et industriels, est conforme à la réglementation en vigueur	20	20	20	0	T3,4 : pas de calendriers trimestriels d'inspection
13. La qualité des services et des activités de chaque CDS de la province est évaluée au moins une fois pendant le trimestre suivant un calendrier annexé au calendrier trimestriel d'activité du BPS	20	10	20	10	T3 : calendrier d'évaluation de la qualité des services dans chaque CDS non disponible

Le tableau suivant donne un récapitulatif des pratiques positives à maintenir ou renforcer ainsi que les insuffisances à remédier ou corriger. Les détails sur scores par composantes ainsi que les observations émises peuvent être consultés dans l'annexe sur les tableaux détaillés.

Nos recommandations s'adressent :

Au BPS de :

- Améliorer les activités de partage d'information et de communication avec les autres acteurs de mise en œuvre du FBP aussi bien en amont qu'en aval notamment le niveau central du MSPLS.
- Améliorer le classement et l'archivage des documents pour assurer une traçabilité de l'information recherchée lors de la vérification des activités FBP.
- Assurer l'élaboration et la transmission des rapports d'activités à qui de droit et plus spécifiquement à la Direction Générale des services de Santé et de la Lutte contre le Sida.
- Organiser et piloter la formation en cours d'emploi du personnel des BDS
- Rehausser le niveau de maintenance des équipements, véhicules et autres matériaux en élaborant et en exécutant de bons plans de maintenance.

- Améliorer la gestion des ressources humaines en rationalisant l'emploi du temps et en respectant le calendrier des congés.
- Améliorer les pratiques d'inspection et de contrôle en établissant et en respectant les calendriers des visites des formations sanitaires.

A la DGR de :

- Renforcer les capacités du BPS sur la gestion des ressources en général et des ressources financières en particulier en assurant la formation de son personnel

A la CT- FBP de :

- Revoir les mécanismes de motivation des BPS et des BDS. Les subsides FBP versés au BPS devraient être liées aux performances des entités sous leur responsabilité avec une proportion plus élevée des fonds conditionnés aux performances des DS les moins productifs.
- Appliquer la stratégie du *Dilemme du paresseux* au niveau des Bureaux provinciaux de sante pour les inciter à prendre plus d'initiatives en faveur d'une meilleure performance des structures sanitaires de leur aire de responsabilité.
- Former l'Equipe du BPS sur la gestion financière et comptable
- Revoir a la hausse la cotation pour les activités liées au renforcement des liens fonctionnels entre le BPS, le BDS et le CPVV en vue de le redynamiser la collaboration au niveau opérationnel tout en respectant la séparation des fonctions.

5.2.2.3. CONTRE VERIFICATION DU BDS MUSEMA

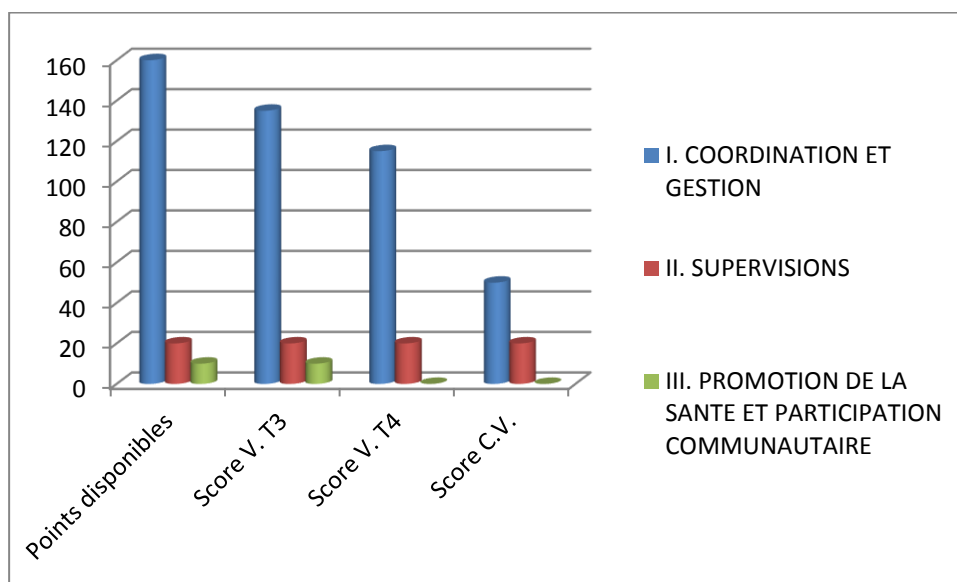
La contre vérification des données qualitatives au niveau du BDS Musema a eu lieu le 04 Juin 2016. Notre équipe a collaboré avec l'équipe du BDS conduite par le Gestionnaire. Le score de performance obtenu a été de 37% alors qu'il a été de 71% pour la vérification du quatrième trimestre 2015. Ceci marque un écart de 34% entre la CV et la vérification du quatrième trimestre.

Tableau 13 : Score de performance du BDS Musema

Services évalués	Points disponibles	Vérification	CV	Ecart
Total des points	190	150,1	70	80,1
Performance globale (%)	100	79	37	42

La coordination et la gestion des ressources du BDS a montré moins de performance que ce que lui a attribué la vérification au cours du troisième et du quatrième trimestre 2015. Il en est de même pour la promotion de la santé et la participation communautaire qui ont marqué un recul au cours du quatrième trimestre et cela est confirmé par la contre vérification. Il est cependant nécessaire de remarquer que les supervisions sont restées à un niveau constant de performance.

Graphique 4: Evolution des composantes qualité du BDS Musema



Cet écart est justifié par certaines discordances observées notamment sur les points répertoriés dans le tableau suivant :

Tableau 14 : Points de discordance entre la vérification et la CV BDS Musema

Résultat attendu	Points disponibles	Score vérifié		Score Contre-vérifié	Justification de l'écart
		T3	T4		
4. L'ECD encadre les formations sanitaires dans la planification, l'exécution et le suivi de leurs activités : 0/15 points	15	15	0	0	- T3,4 : les feedback sur la cohérence des plans d'action semestriels sont noyés dans le feedback sur les rapports d'activités, et il n y a pas d'analyse de la cohérence. -T3 : Le Médecin Chef de District et le gestionnaire ne participent pas à chacune des réunions mensuelles de monitoring de l'hôpital de district . - T3,4 : L'ECD n'a élaboré et transmis au BPS une synthèse des rapports mensuels d'activités des FOSA
5. Le suivi de la gestion des ressources humaine et financière des fosas du DS est effectif : 0/10 points.	10	10	10	0	En 2015 : il n y a pas de fiches de suivi des paiements des FOSA dans le cadre de la CAM sont
6. La gestion financière et comptable du bureau de district respecte les bonnes pratiques : 0/15 points	15	15	0	0	-T3,4 : Il y a des surcharges dans les livres de banques et de caisses - T3,4 : Exécution budgétaire et preuve de transmission non fournis - T3 : Discordance entre la prime payée et le montant de l'outil d'indice
7. La maintenance des infrastructures et équipement est assurée : 0/10 points	10	10	10	0	T3 : pas de fiche de suivi de la maintenance pour le matériel informatique
8. La gestion des ressources humaines du BDS respecte les bonnes pratiques : 0/10 points	10	5	10	0	T3,4 : calendriers de congés non respectés T3,4 : PV d'entretien de fonction non fournis
9. La formation en cours d'emploi du personnel des CDS, de l'HD et du BDS est assurée :	5	0	0	0	T3,4 : les formations prévues n'ont pas été faites

0/5points					
11. La pharmacie du BDS approvisionne régulièrement et correctement les CDS et l'HD en ME et consommables : 0/30 points	30	30	30	0	-T3,4 : Il y a eu des ruptures de stock -Taux de satisfaction des commandes <80 % Ex : Ibuprofène : taux de satisfaction de 77,8%
13. Les cadres du BDS participent aux audits cliniques et audits des décès effectués à l'Hôpital de District : 0/15 points	15	15	15	0	T3,4 : pas de participation aux audits cliniques et de décès maternels
15. Les membres de la communauté participent à l'animation et à la coordination du district sanitaire : 0/10 points	10	10	0	0	La synthèse des recommandations des enquêtes communautaires n'est pas présentée au moins une fois par semestre à l'Équipe Cadre de District/Comité de Pilotage du District ; -Les membres du réseau des acteurs communautaires œuvrant dans le district ne se sont pas réunis au moins une fois pendant le trimestre évalué ou le trimestre précédent

Recommandations :

- **Au MSPLS**, nous recommandons de rendre disponible les ressources nécessaires au niveau des districts sanitaires pour que les derniers puissent répondre aux besoins des entités sous leur responsabilité.
- **A la CT- FBP**, de :
 - Renforcer les capacités des BDS en matière de gestion des ressources humaines et financière à différents niveaux de soins . Avec l'appui de la Direction Générale des ressources, des formations recyclages devraient être dispensés pour outiller les ECD en matière de gestion des ressources humaines et financières.
- Réviser la stratégie de motivation des ECD en appliquant le *dilemme du paresseux* qui stimule la compétition et renforce la norme professionnelle. Ces deux formes de motivation créer une synergie avec la motivation financière déjà en place. **Au BDS, de :**

- Encadrer correctement les formations sanitaires dans la planification, l'exécution et le suivi de leurs activités. Ceci passera par l'intégration des séances courtes de travail conjoint de suivi des réalisations lors des supervisions formatives dans les centres de santé
- Renforcer le suivi de la gestion des ressources humaines et financières des foyers du DS. Ceci commence par le respect des bonnes pratiques au sein de l'ECD.
- Assurer la maintenance des infrastructures et équipements n'est pas bien assurée
- Assurer la formation en cours d'emploi du personnel des CDS, de l'HD et du BDS.
- Assurer l'approvisionnement régulier et prompt des CDS et HD en ME et consommables.
- Participer activement aux audits cliniques et aux audits des décès effectués à l'hôpital de district
- Renforcer la participation des membres de la communauté à l'animation et à la coordination du district sanitaire.

5.2.3. CONSTATS DE LA CONTRE VERIFICATION EN PROVINCE DE CANKUZO

5.2.3.1. CONTRE VERIFICATION DU CPVV CANKUZO

La descente de contre vérification FBP au niveau du CPVV Cankuzo a eu lieu le 07 juin 2016. Nous avons travaillé avec le coordonnateur du CPVV avec son équipe. Le score de performance qui a été obtenu par le CPVV a été de 100%, ce qui est en parfaite concordance avec le score moyen de vérification pour le second semestre 2015. Ceci marque que le CPVV Cankuzo s'acquitte parfaitement de ses tâches et assure sa mission de manière très satisfaisante.

Tableau 15: Score de performance du CPVV Cankuzo

Services évalués	Points disponibles	Vérification	Points obtenus CV	Ecart
Total des points	200	200	200	0
Performance Globale (%)	100	100	100	0

5.2.3.2. CONTRE VERIFICATION DU BPS CANKUZO

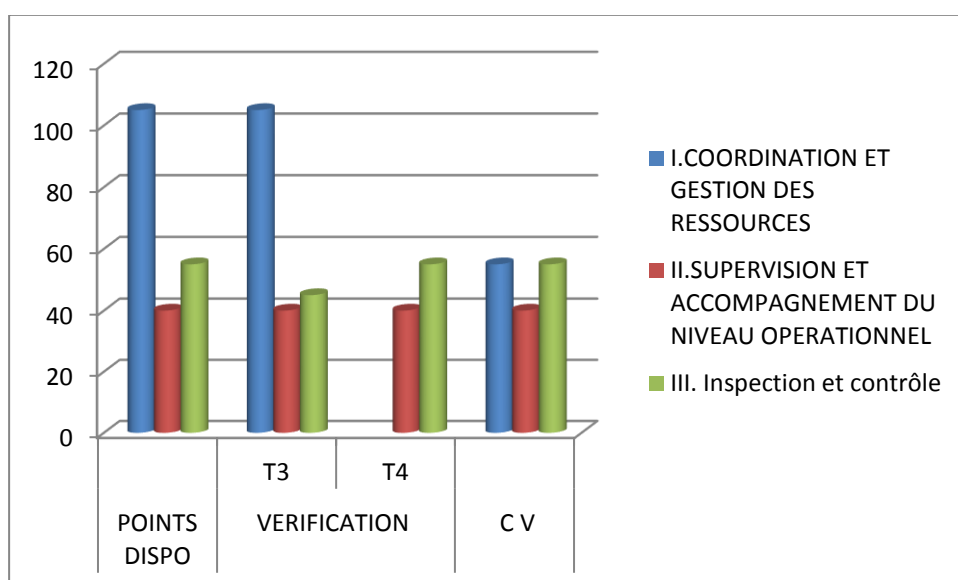
Le travail de contre vérification effectué au niveau du BPS Cankuzo lui a permis d'obtenir un score de performance de 75%, ce qui montre un écart de 22,5% avec le score moyen de vérification du second semestre 2015 qui est de 97,5%.

Tableau 16: Score de performance du BPS Cankuzo

Services évalués	Points disponibles	Vérification	Points obtenus CV	Ecart
Total des points	200	195	150	45
Performance Globale (%)	100	97,5	75	22,5

Cette discordance avec les scores de vérification est issue des composantes qui ont perdu des points notamment la coordination et la gestion des ressources qui ont perdu 50 points, soit autour de 47% de réduction. Une analyse minutieuse s'avère nécessaire pour comprendre comment les aspects non retrouvés au moment de la contre vérification ont été validés au cours de la vérification. Les autres composantes ont montré une concordance des scores entre la vérification et la contre vérification.

Graphique 5 : Evolution des composantes qualité du BPS Cankuzo



Les détails expliquant ces discordances sont mentionnés dans le tableau suivant :

Tableau 17: Points de discordance entre la vérification et la CV BPS Cankuzo

SERVICES EVALUES	POINTS DISPONIBLES	VERIFICATION		POINTS OBTENUS CV	JUSTIFICATION DE L'ÉCART
		T3	T4		
2. Une réunion du CPSD provincial a été tenue pendant le trimestre évalué	10	10	10	0	T3,4 : les documents de travaux des réunions du CPSD non disponibles
7. La maintenance des infrastructures et équipement est assurée	10	10	10	0	-T3,4 : pas de fiche maintenance groupe électrogène -T3,4 : Les dates de

					maintenance préventive sont difficiles à évaluer selon les informations disponibles sur les fiches de maintenance -Les antivirus ne sont pas à jour
8. La gestion des ressources humaines du BPS respecte les bonnes pratiques	10	10	10	0	-T3,4 : pas de note d'intérim en cas de congé -Registre du personnel n'est pas à jour
9. Administration et relations publiques	20	20	20	0	-T3,4 : listes de présences des réunions hebdomadaires de l'équipe cadre du BPS ne sont pas signées. - T3,4 : les problèmes relevés ne sont pas mis en exergue dans le rapport trimestriel d'analyse des données SIS

Nous recommandons :

Au BPS de :

- Améliorer le partage d'information et la communication entre les acteurs de mise en œuvre du FBP dans la province en vue de mieux préparer des réunions et faciliter la contribution de tous.
- Améliorer le classement et l'archivage des documents sources pour la vérification.
- Rehausser le niveau de maintenance des infrastructures, équipements, véhicules et autres matériaux en respectant le calendrier de maintenance préventive.
- Respecter les bonnes pratiques de gestion des ressources humaines notamment en ce qui concerne le respect du calendrier du congé.
- Assurer les bonnes pratiques d'administration et de relations publiques.

5.2.3.3. CONTRE VERIFICATION DU BDS CANKUZO

La mission de contre vérification au niveau du BDS Cankuzo a été effectuée le 07 Juin 2016. L'équipe du BDS, faite du Gestionnaire et des superviseurs, nous a bien accueillis pour parcourir ensemble les différentes composantes de la grille. Le score obtenu au bout de cette activité a été de 55% et contraste avec le score moyen de vérification pour le second semestre 2015 L'écart est de 35,5% entre la contre vérification et la vérification.

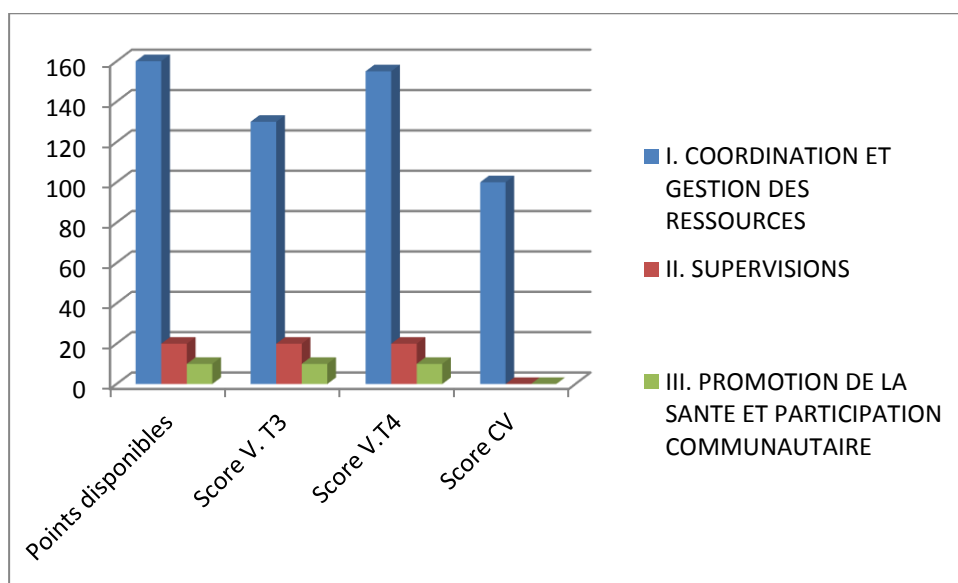
Tableau 18 : Score de performance du BDS Cankuzo

Services évalués	Points disponibles	Vérification	Points obtenus CV	Ecart
		T4		

Total des points	190	172	105	67
Performance Globale %	100	90,5	55	35,5

Presque toutes les composantes ont enregistré une baisse notamment les supervisions et la promotion de la santé et la participation communautaire qui ont eu un score nul lors de la contre vérification. Il en est de même pour la composante coordination et la gestion des ressources qui a perdu 55 points lors de la contre vérification.

Graphique 6: Evolution des composantes qualité du BDS Cankuzo



En consultant les détails des composantes de la qualité technique, cet écart est supporté par des discordances sur les aspects de la vérification mis en évidence dans le tableau suivant:

Tableau 19: Points de discordance entre la Vérification et la CV BDS Cankuzo

Produit attendu	Points disponibles	Score vérifié		Score contre vérifié	Justification de l'écart
		T3	T4		
5. Le suivi de la gestion des ressources humaine et financière des fosas du DS est effectif : 0/10 points	10	0	10	0	Pas de preuve de transmission des fiches de suivi des paiements des FOSA (FBP et CAM) au BPS
6. La gestion financière et comptable du bureau de district respecte les bonnes	15	15	15	0	État d'exécution du budget non fiable.

pratiques : 0/15 points					
7. La maintenance des infrastructures et équipement est assurée : 0/10 points	10	10	10	0	-Pas de calendrier de maintenance préventive -Antivirus pas à jour -Carnet de bord des véhicules pas à jour -Registre d'utilisation de la photocopieuse pas à jour
8. La gestion des ressources humaines du BDS respecte les bonnes pratiques : 5/10 points	10	10	10	5	Les sorties du personnel ne sont pas enregistrées dans un registre
13. Les cadres du BDS participent aux audits cliniques et audits des décès effectués à l'Hôpital de District : 0/15 points	15	15	15	0	Il y a des PV de réunions qui parlent des recommandations des audits de décès réalisés. Mais les dates de signatures des PV des réunions de l'ECD sont antérieures aux dates des PV des audits soit disant réalisés
14. Les supervisions effectuées par l'ECD permettent d'assurer une offre du PMA et du PCA de qualité : 0/20 points	20	20	20	0	-Une contradiction : Liste des superviseurs sur les rapports de supervision ne correspondent pas à celle inscrite sur le feedback immédiat pour une même supervision. Ce qui veut dire que la supervision n'a pas eu lieu. -Pas d'engagement des superviseurs. - La thématique « suivi des engagements pris lors de la supervision précédente » n'apparaît pas dans les rapports de supervisions pour T3,4
15. Les membres de la communauté participent à l'animation et à la coordination du district sanitaire : 0/10 points	10	10	10	0	-Contradiction de dates sur deux documents: le rapport mensuel du mois d'août prévu fin septembre alors que le PV est signé le 26/8/2016 -Pas de preuve de réunions des membres du réseau des acteurs communautaires.

Nous recommandons ce qui suit :

Au BDS de :

- Assurer le suivi des paiements FBP et CAM des Fosa et bien classer les pièces justificatives.
- Elever le niveau de maintenance des équipements, des infrastructures et autres matériaux.
- Assurer une participation effective et active des membres de l'équipe cadre de district dans les missions respectives contenues dans leur cahier de charge notamment les supervisions formatives
- Assurer un suivi des niveaux de performance des formations sanitaires sous leur responsabilité en apportant un appui technique soutenu.
- Faire participer les membres compétents du BDS dans les séances d'audits cliniques et des audits des décès maternels et infantiles au niveau de l'hôpital de district.
- Impliquer davantage les représentants de la communauté dans l'animation et la coordination du district sanitaire
- Améliorer la gestion des ressources humaines en respectant les directives du MSPLS et du FBP, notamment en ce qui concerne la notation des agents du BDS.

A la DGR de :

- Renforcer les capacités de gestion financière et comptable des BDS pour assurer un bon état d'exécution budgétaire.

A la CT-FBP de :

- Réviser la stratégie de motivation des ECD en appliquant le *dilemme du paresseux* qui stimule la compétition et renforce la norme professionnelle. Ces deux formes de motivation créer une synergie avec la motivation financière déjà en place.
- Lier une plus forte proportion des subsides payés aux BDS à la performance des formations sanitaires en majorant la part des Fosa les moins performantes.

5.2.4 CONSTATS DE LA CONTRE VERIFICATION EN PROVINCE DE GITEGA

5.2.4.1. CONTRE VERIFICATION DU CPVV GITEGA

La visite de contre vérification a été effectuée auprès du CPVV Gitega en date du 10 juin 2016. Le score de performance obtenu à la fin de cette activité a été de 85%. Comparé aux scores de performance de 100% attribués par l'équipe des vérificateurs au troisième au quatrième trimestre, nous constatons qu'il y a un écart de 15% entre la vérification de ce semestre et la contre vérification.

Tableau 20 : Score de performance du CPVV Gitega

Services évalués	Points	Vérification	Points	Ecart
------------------	--------	--------------	--------	-------

	disponibles		obtenus CV	
		T4		
Total des points	200	200	170	30
Performance %	100	100	85	15

Cet écart est dû à l'absence de source de vérification de l'éligibilité des FOSA pour un contrat principal ou secondaire dans le cadre de la négociation et signature des contrats FBP (en dehors de l'accréditation). Il est aussi causé par la restitution du rapport de vérification communautaire qui n'a pas eu lieu faute de budget. Par conséquent, les recommandations n'ont pas été suivies et le rapport n'a pas été transmis à la CT-FBP.

Tableau 21 : Points de discordances entre la Vérification et la CV CPVV Gitega

N°	Produits/Résultats Attendus	Points de la vérification	Points de la contre vérification	Observations/Commentaries/explications
1	Négociation et signature des contrats avec les	T3= 15 T4= 15	T3= 0 T4= 0	Absence de source de vérification de l'éligibilité de telle ou telle FOSA pour un
5	Organisation et suivi des activités de vérifications	T3= 35 T4= 35	T3= 20 T4= 20	La restitution n'a pas eu lieu faute de budget ; d'où les recommandations n'ont pas

Nous recommandons **au CPVV de** :

- Bien spécifier les critères qui ont été considérés pour attribuer des contrats principaux et des contrats secondaires. En cas de changement du type de contrat, une explication détaillée doit être fournie pour s'assurer que ces attributions suivent les normes FBP.
- Assurer une bonne restitution des résultats du rapport de vérification communautaire avec une rétro information spécifiée pour chaque formation sanitaire en vue d'une amélioration future des prestations.

5.2.4.2. CONTRE VERIFICATION DU BPS GITEGA

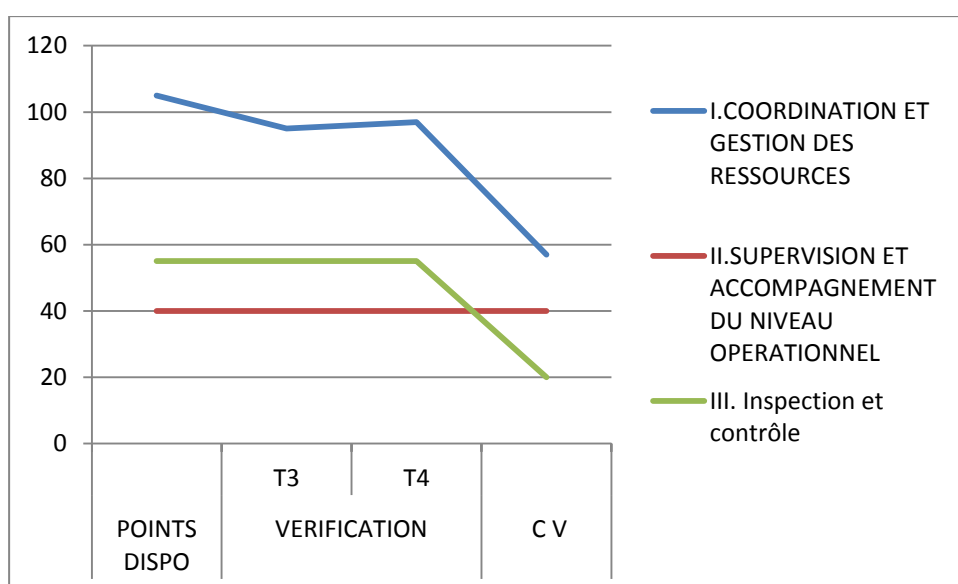
Le score de performance du BPS Gitega a été de 61% comparé à 95,5%, score moyen obtenu lors de la vérification pour second semestre 2015.. L'écart entre la CV et le quatrième trimestre est de 34,5%. Cet écart est issu des discordances dans l'attribution des points par les deux équipes.

Tableau 22: Score de performance du BPS Gitega

Services évalués	Points disponibles	Vérification	Points obtenus CV	Ecart
		T3		
Total des points	200	191	122	69
Performance Globale (%)	100	95,5	61	34,5

Le graphique suivant montre les différences de points expliquant les scores sont discordants.

Graphique 7: Evolution des composantes qualité pour le BPS Gitega



Ces discordances reflètent des dysfonctionnements de l'équipe du BPS qui nécessitent des corrections pour améliorer l'organisation de son travail. Le tableau suivant montre les aspects qui ont fait perdre des points au BPS lors de la Contre vérification.

Tableau 23: Points de discordance entre la Vérification et la CV BPS Gitega

SERVICES EVALUES	POINTS DISPONIBLES	VERIFICATION		POINTS OBTENU S C V-	JUSTIFICATION DE L'ÉCART
		T3	T4		
1. Le BPS encadre les ECD dans l'élaboration et le suivi de leurs plans d'actions annuels	15	15	7	7	-T3,4 : Pas de feedback sur la cohérence du calendrier trimestriel d'activités des DS de Kibimba et Mutoyi avec leurs plan d'action annuel - T4 : le MDPS et le Gestionnaire du BPS ne participent pas à toutes les réunions de coordination des

					DS
2. Une réunion du CPSD provincial a été tenue pendant le trimestre évalué	10	10	10	0	- T3,4 : Pas de documents de travail transmis lors des réunions du CPSD - T3,4 : les feed back sur les calendriers d'activités sont difficiles à évaluer (mal présentés)
5. La formation en cours d'emploi du personnel de la province sanitaire est assurée	10	0	10	0	-T3 : Pas de calendrier de formation des agents du BPS annexé au plan d'action trimestriel - T3 : Pas de calendrier trimestriel de renforcement des capacités de la province - T3 : Le BPS ne s'est pas assuré de l'exécution à au moins 80% du calendrier des formations de chaque district sanitaire
7. La maintenance des infrastructures et équipement est assurée	10	10	10	0	-T3,4 : pas de fiche maintenance véhicules -T3,4 : pas de calendrier de maintenance préventive
8. La gestion des ressources humaine du BPS respecte les bonnes pratiques	10	10	10	5	-T3,4 : pas de note d'intérim en cas de congé -Registre des présences du personnel n'est pas à jour - T3 : pas de PV d'entretien de fonction du MDPS avec les cadres du BPS
11. Le fonctionnement des pharmacies privées, l'hygiène et l'assainissement des lieux publics (Prisons, églises, écoles, marchés, bars et restaurants, hôtels,...) et industriels, est conforme à la réglementation en vigueur	20	20	20	0	T3,4 : Le BPS ne dispose pas de rapports narratifs d'inspection des lieux publics
12. Le contrôle de la gestion des ressources est effectif	15	15	15	0	T3, 4 : pas de rapport trimestriel synthèse des missions de contrôle de la gestion financière

Nos recommandations s'adressent à :

Au BPS de :

- Assurer le suivi des structures sous sa responsabilité par une participation proactive dans le suivi et la supervision des leurs activités respectives.
- Assurer une communication fluide avec les structures sous contrôle pour les aider dans l'analyse des enjeux de santé publiques y rencontres.
- Améliorer la préparation et l'organisation de la réunion du CPSD provincial par l'assurance d'une transmission précoce des documents de travail et d'un partage du procès verbal des réunions précédentes.
- Respecter les bonnes pratiques de gestion des ressources humaines notamment en ce qui concerne les notes d'interim, le registre de présence et le PV d'entretien de fonction pour le personnel.
- Améliorer le fonctionnement des pharmacies privées, l'hygiène et l'assainissement des lieux publics ((Prisons, églises, écoles, marchés, bars et restaurants, hôtels,...) et industriels, est conforme à la réglementation en vigueur

A la CT-FBP de :

- Revoir les mécanismes de motivation des BPS et des BDS. Les subsides FBP versés au BPS devraient être liées aux performances des entités sous leur responsabilité avec une proportion plus élevée des fonds conditionnés aux performances des DS les moins productifs.
- Appliquer la stratégie du *Dilemme du paresseux* au niveau des Bureaux provinciaux de santé pour les inciter à prendre plus d'initiatives en faveur d'une meilleure performance des structures sanitaires de leur aire de responsabilité.
- Revoir à la hausse la cotation pour les activités liées au renforcement des liens fonctionnels entre le BPS, le BDS et le CPVV en vue de le redynamiser la collaboration au niveau opérationnel tout en respectant la séparation des fonctions.
- Lier et spécifier des paiements aux cahiers de charge de chaque membre du BPS et en tenir compte lors des paiements de primes de motivation.
- Planifier et assurer la formation en cours d'emploi du personnel de la province sanitaire en respectant le calendrier établi.

A la DGR de :

- Accroître les fonds alloués aux BPS dans le cadre du FBP pour couvrir les besoins en formation en cours d'emploi.
- Rehausser le niveau de maintenance en établissant le calendrier de maintenance préventive qui doit être respecté et en classant les fiches utilisées.

Le BPS a tout de même des atouts sur lesquels il peut bâtir l'avenir de l'action régaliennne avec des possibilités d'améliorer la performance. Les points positifs et les points négatifs sont récapitulés dans le tableau suivant.

Tableau 24: Forces et Faiblesses du BPS GITEGA

Forces	Faiblesses
La gestion financière et comptable du Bureau Provincial de la Santé respecte les bonnes pratiques : 15/15 points	Le BPS encadre les ECD dans l'élaboration et le suivi de leurs plans d'actions annuels : 7/15 points
La transmission des factures et le suivi des paiements dans le cadre du Financement Basé sur la Performance sont effectués par le Bureau Provincial de la Santé : 10/10 points	Une réunion du CPSD provincial a été tenue pendant le trimestre évalué : 0/10 points
Le cadre de travail est propre et les règles d'hygiène respectées : 5/5 points	La formation en cours d'emploi du personnel de la province sanitaire est assurée : 0/10 points
Administration et relations publiques : 20/20 points	La maintenance des infrastructures et équipement est assurée : 0/10 points
Supervision des BDS et HD est assurée : 40/40 points	La gestion des ressources humaine du BPS respecte les bonnes pratiques : 5/10 points
La qualité des services et des activités de chaque CDS de la province est évaluée au moins une fois pendant le trimestre suivant un calendrier annexé au calendrier trimestriel d'activité du BPS : 20/20 points	Le fonctionnement des pharmacies privées, l'hygiène et l'assainissement des lieux publics (Prisons, églises, écoles, marchés, bars et restaurants, hôtels,...) et industriels, est conforme à la réglementation en vigueur : 0/20 points
	Le contrôle de la gestion des ressources est effectif : 0/15 points

5.2.4.3. CONTRE VERIFICATION DU BDS RYANSORO

Pour le bureau de district sanitaire de Ryansoro, le score de performance a été de 58%. Ce score est un peu plus élevé que celui obtenu lors de la vérification du troisième trimestre (53%) et il est moins élevé que celui du quatrième trimestre (89%). Le score moyen de vérification pour le second semestre est de 71%, ce qui donne un écart de 12% entre la contre vérification et la vérification

Tableau 25: Score de performance du BDS Ryansoro

Services évalués	Points disponibles	Vérification	Points obtenus CV	Ecart
Total des points	190	134	110	24
Performance Globale (%)	100	71	58	12

Cet écart est lié à la rigueur appliquée par l'équipe de contre vérification pour explorer tous les aspects de la qualité technique lors de la mise en œuvre des activités du BDS. Ceci remet en question la façon de conduire les activités de vérification trimestrielle de routine à ce niveau.

Le tableau suivant montre les points de discordance entre la vérification et la contre vérification

Tableau 26 : Points de discordance entre la Vérification et la CV BDS Ryansoro

Résultat attendu	Points disponibles	Score vérifié		Score Contrevérifié	Justification de l'écart
		T3	T4		
1. L'Équipe Cadre assure le leadership du District Sanitaire : 10/25 points	25	0	25	10	T3,4 : Le MDH ne participe pas aux réunions de l'ECD
4. L'ECD encadre les formations sanitaires dans la planification, l'exécution et le suivi de leurs activités : 0/15 points	15	5	5	0	-T3,4 : Pas de preuve de transmission aux FOSA et au BPS des feedback des plans semestriels -T3,4 : Pas de PV de réunion de monitoring de l'HD -L'ECD ne participe pas dans les réunions des CDS . Ex : T3 : manque PV pour

					CDS Mpunge, Rurimbi, Mugaruro T4 : Pas de PV pour CDS Mugaruro -T3,4 : Pas e copies de rapports d'activités des FOSA au BDS. -T4 : pas de feedback sur le rapport d'activités dans la réunion de coordination
9. La formation en cours d'emploi du personnel des CDS, de l'HD et du BDS est assurée : 0/5points	5	5	5	0	-Le calendrier de formation T4 n'est pas exécuté à au moins T4= 50%. -Pas de suivi des personnes formées
13. Les cadres du BDS participent aux audits cliniques et audits des décès effectués à l'Hôpital de District : 0/15 points	15	0	15	0	T3 : L'HD de Ntita s'était retiré du FBP et ne collaborait pas avec le DS
14. Les supervisions effectuées par l'ECD permettent d'assurer une offre du PMA et du PCA de qualité : 0/20 points	20	20	20	0	-T3,4 : L'HD n'a jamais été supervisé -T3,4 : certaines supervisions des CDS n'ont pas été réalisées -T3,4 : Pas de feedback immédiat lors des supervisions
15. Les membres de la communauté participent à l'animation et à la coordination du district sanitaire : 0/10 points	10	10	10	0	T3, 4 : pas de source de vérification disponible au BDS pour les réunions des présidents de comités de santé

Les raisons qui expliquent cette chute du score avec la contre vérification peuvent être regroupées en trois catégories :

- Manque de collaboration proactive entre l'ECD et l'Hôpital de district pour assurer une amélioration continue de la qualité des prestations. Ceci montre que le BDS a besoin d'accroître son implication dans le suivi des activités menées au niveau de l'Hôpital de district et au niveau des centres de santé.
- Le BDS ne s'approprie pas de manière effective ses missions en tant qu'organe qui coordonne la mise en œuvre. Un certain désintérêt est constaté notamment

lorsqu'il s'agit d'impliquer d'autres structures comme les Comités de santé des centres de santé.

- Faiblesses dans la supervision et le suivi des entités sous leur responsabilité notamment en ce qui concerne la participation communautaire dans les activités de coordination du district.

Nous recommandons au **BDS** de :

- Engager une restructuration de l'ECD pour une meilleure répartition des tâches et des responsabilités en vue de fonctionner efficacement en répondant aux rencontres cruciales pour la stimulation de la performance dans son aire de responsabilité.
- Redynamiser son équipe pour assurer les fonctions clés de planification, suivi-évaluation, supervision, et de coordination des formations sanitaires sous sa responsabilité.
- Renforcer la collaboration entre l'ECD et l'hôpital de district en vue d'améliorer la qualité des prestations

Au BPS de :

- Assurer la supervision des ECD pour les inciter à renforcer le suivi des centres de santé et des hôpitaux de districts.
- Organiser des formations conjointes avec les ECD pour s'enquérir des besoins exprimés par les acteurs de mise en œuvre du FBP.

A la CT- FBP de :

- Elaborer et produire un guide de vérification à mettre à la disposition des équipes qui font la vérification trimestrielle avec une mention particulière sur les aspects le plus souvent oubliés ou négligés. Il s'agit entre autres de la tenue des documents administratifs sources, de la tenue des pièces comptables pour rendre compte de la situation financière.
- Renforcer les capacités des BDS dans la gestion financière et celle des ressources humaines.
- Réviser la stratégie de motivation des ECD et des BPS en appliquant le *dilemme du paresseux* qui stimule la compétition et renforce la norme professionnelle. Ces deux formes de motivation créent une synergie avec la motivation financière déjà en place.
- Lier une plus forte proportion des subsides payés aux BDS et aux BPS à la performance des structures sanitaires sous leur autorité en majorant la part de celles qui sont les moins performantes.

5.2.5. CONSTATS DE LA CONTRE VERIFICATION EN PROVINCE DE BURURI

5.2.5.1. CONTRE VERIFICATION DU CPVV BURURI

La descente pour la contre vérification en province Bururi a duré du 13 au 16 Juin 2016. La visite au niveau du CPVV a eu lieu le premier jour. Le score de performance obtenu au bout de ce travail a été de 100%, ce qui fait un écart de 0% entre la CV et la vérification de routine pour le second semestre 2015.

Ceci montre que le CPVV Bururi, comme la plupart des CPVV, s'est bien acquitté de sa mission.

Tableau 27 : Score de performance du CPVV Bururi

Services évalués	Points disponibles	Points obtenus V	Points obtenus CV	Ecart
Total des points	200	200	200	0
Performance Globale (%)	100	100	100	0

5.2.5.2. CONTRE VERIFICATION DU BPS BURURI

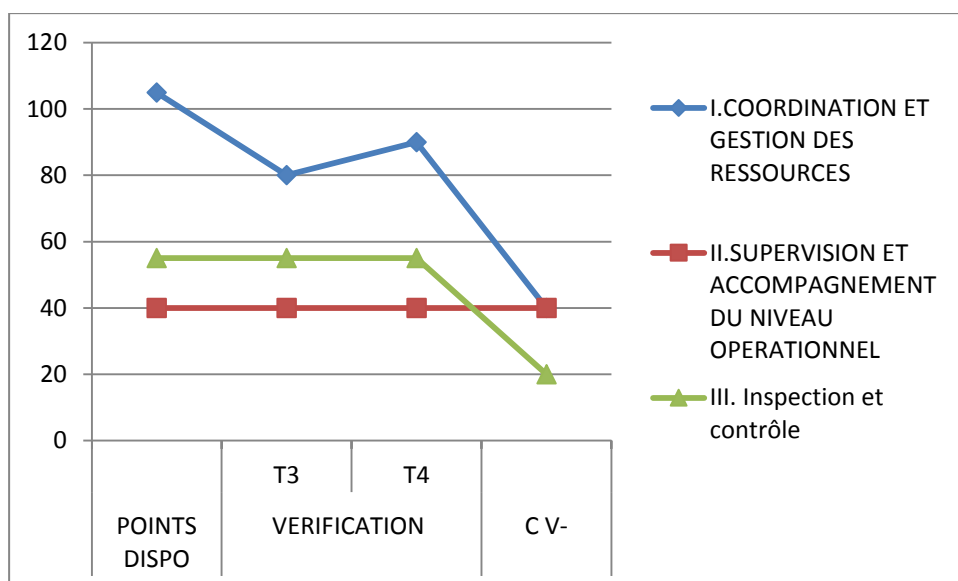
La descente de contre vérification au niveau du BPS Bururi a été effectuée le 13 juin 2016. Le score obtenu au bout de ce travail a été de 50% alors qu'il était de 88% pour la vérification du troisième trimestre et de 93% pour le quatrième trimestre. Ceci fait un écart de 43% entre la CV et le second trimestre.

Tableau 28: Score de performance du BPS Bururi

Services évalués	Points disponibles	Points obtenus vérification	Points obtenus CV	Ecart
Total des points	200	171,9	100	71,9
Performance Globale (%)	100	90,5	50	40,5

Les composantes qui ont connu des discordances sont la coordination et la gestion des ressources avec une perte de 50 points par rapport au quatrième trimestre et l'inspection et contrôle qui a perdu 35 points lors de la contre vérification par rapport à la vérification du quatrième trimestre comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique 8: Evolution des composantes qualité BPS Bururi



Les détails sur ces discordances sont montrés dans le tableau suivant.

Tableau 29: Points de discordance entre la verification et la CV BPS Bururi

SERVICES EVALUES	POINTS DISPONIBLES	VERIFICATION		POINTS OBTENUS C V-	JUSTIFICATION DE L'ÉCART
		T3	T4		
1. Le BPS encadre les ECD dans l'élaboration et le suivi de leurs plans d'actions annuels	15	15	15	0	-Pas de copie de PAA de l'HD Bururi - T3,4 : Pas de preuves de participation du MDPS et Gestionnaire du BPS aux réunions de coordination des DS Bururi et RUMONGE - T3 : Pas de preuve de participation d'un cadre du BPS à l'une des réunions mensuelles d'analyse des données SIS de chaque district - T3,4 : Pas de preuve que le BPS a élaboré et transmis aux BDS un feed-back sur le rapport des activités du trimestre
4. La transmission des factures et le suivi des paiements dans le cadre du Financement Basé sur la Performance sont	10	10	0	0	-T3 : Non disponibilité des factures consolidées tirées de la base web et transmises à la CT-FBP. - T3,4 : Non disponibilité d'une fiche de suivi trimestriel des

effectués par le Bureau Provincial de la Santé					paiements FBP et CAM de toutes les structures de santé transmises aux BDS - T3,4 : Non disponibilité d'une copie électronique et une copie imprimée de l'outil d'indice du BPS et de chaque BDS - T3,4 : Pas de feed-back sur les factures validées, l'outil d'indice et les rapports financiers des districts sanitaires transmis à chaque District Sanitaire après la réunion de validation du CPVV.
5. La formation en cours d'emploi du personnel de la province sanitaire est assurée	10	10	10	0	T3,4 : Seul le DS MATANA a exécuté le calendrier de formation à au moins 80%
7. La maintenance des infrastructures et équipement est assurée	10	5	5	0	-T3,4 : Pas de fiche de suivi de la maintenance pour chaque équipement, matériel informatique et véhicule. -T3,4 : pas de calendrier de maintenance préventive
9. Administration et relations publiques	20	5	20	0	-T3 : rapport de réunions hebdomadaires incomplet : tous les points prévus par le canevas de rapport des réunions hebdomadaires de l'équipe cadre du BPS n'ont pas été développés. - T3 : Un rapport trimestriel de l'analyse des données SIS du trimestre précédent n'est pas disponible - T4 : Pas de preuve de participation du MDPS à chaque réunion du Comité Provincial de Vérification et de Validation.
11. Le fonctionnement des pharmacies privées, l'hygiène et l'assainissement des lieux publics (Prisons, églises, écoles, marchés, bars et restaurants, hôtels,....) et industriels, est conforme à	20	20	20	0	T3,4 : pas de calendrier trimestriel authentique d'inspection

la réglementation en vigueur					
12. Le contrôle de la gestion des ressources est effectif	15	15	15	0	-T3,4 : Pas de rapports de missions de contrôle de la gestion financière des districts sanitaires (BDS, HD et au moins un CDS - T3,4 : Pas de documents d'inventaires des infrastructures et équipements effectués par le BPS dans chaque district.

Nous recommandons :

Au BPS de :

- Redynamiser l'encadrement des ECD pour l'élaboration et le suivi de leurs plans d'actions annuels par une participation active des membres du BPS dans les activités courantes des structures sanitaires.
- Améliorer la transmission des factures et le suivi des paiements dans le cadre du FBP en améliorant le suivi trimestriel des paiements.
- Améliorer la formation en cours d'emploi du personnel du BPS et des BDS.
- Rehausser le niveau de maintenance Préventive et curative en élaborant et en suivant le calendrier de maintenance.
- Améliorer les pratiques d'administration et des relations publiques en implantant des procédures de rapportage conformes aux directives du FBP.
- Renforcer les activités d'inspection des pharmacies privées, les services d'hygiène et assainissement des lieux publics et industriels.
- Renforcer les missions de contrôle de la gestion financière des districts sanitaires, des HD et des Centres de sante.

A la DGR de:

- Accroître le budget des BPS en lien avec le FBP pour renforcer les capacités de formation en cours d'emploi.
-

A la CT-FBP de :

- Revoir les mécanismes de motivation des BPS et des BDS. Les subsides FBP versés au BPS devraient être liées aux performances des entités sous leur responsabilité avec une proportion plus élevée des fonds conditionnée aux performances des DS les moins productifs.
- Appliquer la stratégie du *Dilemme du paresseux* au niveau des Bureaux provinciaux de santé pour les inciter à prendre plus d'initiatives en faveur d'une meilleure performance des structures sanitaires de leur aire de responsabilité.

- Revoir à la hausse la cotation pour les activités liées au renforcement des liens fonctionnels entre le BPS, le BDS et le CPVV en vue de le redynamiser la collaboration au niveau opérationnel tout en respectant la séparation des fonctions.
- Lier et spécifier des paiements aux cahiers de charge de chaque membre du BPS et en tenir compte lors des paiements de primes de motivation.

En considérant la distribution des points, nous avons pu constater les bonnes pratiques que le BPS devrait maintenir ainsi que les insuffisances qu'il devrait combler.

5.2.5.3. CONTRE VERIFICATION DU BDS BURURI

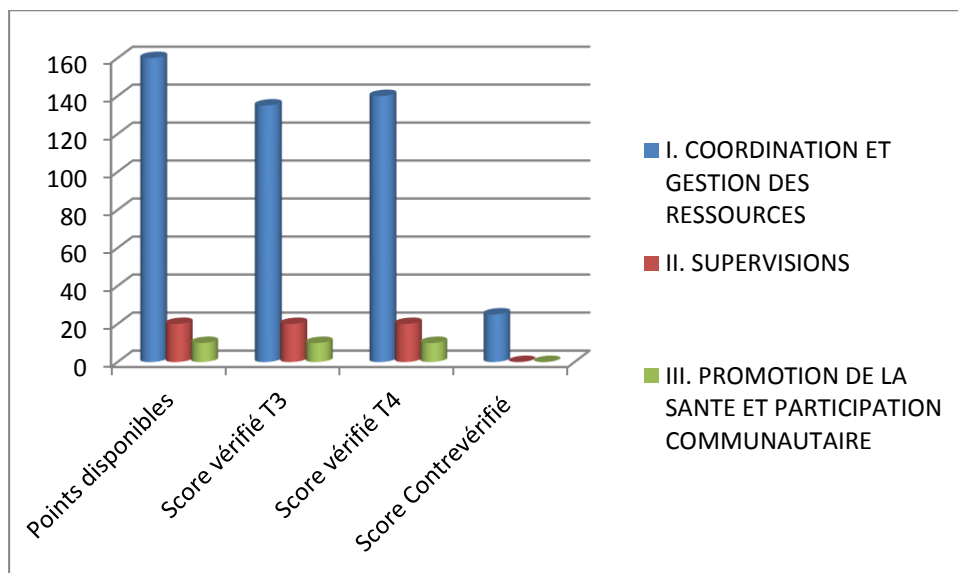
La mission de contre vérification au niveau du BDS Bururi a eu lieu le 14 juin 2016. Le score obtenu par le BDS a été de 13% alors que le score de vérification pour le troisième trimestre était de 87% et de 89% pour le quatrième trimestre ce qui fait un score moyen de 88% pour le second semestre. Ceci montre un écart important de 75% entre la Contre vérification et la vérification du second semestre 2015.

Tableau 30: Score de performance du BDS Bururi

Services évalués	Points disponibles	Vérification	CV	Ecart
Total des points	190	167	25	142
Performance Globale (%)	100	88	13	75

Ce score est dû à une diminution significative des points pour la coordination et la gestion des ressources et celle des points pour la supervision. Les points pour la promotion de la santé et la participation communautaire ont également été perdus comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique 9: Evolution des composantes qualité pour le BDS Bururi



Cet écart montre que les discordances ont été importantes entre ces différentes composantes de la qualité. Le tableau suivant récapitule les points ou les scores sont discordants :

Tableau 31 : Points de discordance entre la vérification et la CV BDS Bururi

Résultat attendu	Points disponibles	Score vérifié		Score Contrevéri fié	Justification de l'écart
		T3	T4		
1. L'Équipe Cadre assure le leadership du District Sanitaire : 0/25 points	25	10	25	0	-T3,4 : les sources de vérification n'ont pas été fournies par l'ECD -T3 : Un PV d'analyse des données SIS du mois d'août est signé le 30/9/2015 alors que la liste des présences est signée le 1/10/2015 -Pas de preuve de participation du MCD et du chargé du SIS aux réunions mensuelles de validation du CPVV
4. L'ECD encadre les formations sanitaires dans la planification, l'exécution et le suivi de leurs activités : 0/15 points	15	5	15	0	T3,4 : les sources de vérification n'ont pas été fournies par l'ECD
5. Le suivi de la gestion des ressources humaine et financière des fosas du DS est effectif : 0/10 points	10	10	10	0	T3,4 : les sources de vérification n'ont pas été fournies par l'ECD
6. La gestion financière et comptable du bureau de district respecte les bonnes pratiques : 0/15 points	15	15	0	0	-Les livres de caisses et de banques ne sont pas à jour -Les fiches de suivi des dettes et des créances n'ont pas été fournies -les rapports financiers, l'état d'exécution du budget et les copies de l'outil d'indice du BDS n'ont pas été fournis
7. La maintenance des infrastructures et équipement est assurée : 0/10 points	10	10	10	0	-Les fiches de suivi de la maintenance des équipements, matériel informatique et véhicules n'ont pas été fournies. - Les carnets de bord des véhicules n'ont

					pas été fournis -Les antivirus ne sont pas à jour
8. La gestion des ressources humaines du BDS respecte les bonnes pratiques : 0/10 points	10	10	10	0	T3,4 : documents non fournis
9. La formation en cours d'emploi du personnel des CDS, de l'HD et du BDS est assurée : 0/5points	5	5	5	0	-Le calendrier de formation est exécuté 50% seulement. -Pas de suivi des personnes formées
11. La pharmacie du BDS approvisionne régulièrement et correctement les CDS et l'HD en ME et consommables : 0/30 points	30	30	30	0	-Ruptures de stocks. Ex : albendazole sirop (juillet et août) -La commande du 17/8/2015 du CDS Kajabure : le taux de satisfaction partielle >20%
13. Les cadres du BDS participent aux audits cliniques et audits des décès effectués à l'Hôpital de District : 0/15 points	15	15	10	0	- Aucun rapport d'audit n'a été fourni -PV des réunions de l'ECD ne n'ont pas été non fournis
14. Les supervisions effectuées par l'ECD permettent d'assurer une offre du PMA et du PCA de qualité : 0/20 points	20	20	20	0	T4 : Les preuves des supervisions intégrées n'ont pas été fournies (pas de rapports de supervisions) T3: Pas de preuves de feedback immédiat lors des supervisions T3 : Pas de suivi des engagements pris lors des supervisions précédentes
15. Les membres de la communauté participent à l'animation et à la coordination du district sanitaire : 0/10 points	10	10	10	0	-Pas de liste de présences des présidents de comités de santé participant à la réunion trimestrielle de coordination du district -Pas de preuve de réunions des membres du réseau des acteurs communautaires

Nous recommandons à la CT- FBP :

- **A la CT- FBP** en collaboration avec **le BPS**, de :
 - Renforcer les capacités des BDS en gestion financière et comptable. Quelques formations en gestion seraient utiles pour corriger les lacunes liées à la gestion des finances et celle des ressources humaines.
 - Mettre en place des mécanismes pour inciter les membres de l'ECD à participer dans des activités menées par le CPVV. Ceci devrait passer par des incitatifs qui sont calibrés aux activités de chaque membre de l'ECD. Les activités non réalisées devraient faire perdre des points aux acteurs qui ne s'impliquent pas suffisamment.
 - Elaborer et produire un guide de vérification à mettre à la disposition des équipes qui font la vérification trimestrielle avec une mention particulière sur les aspects le plus souvent oubliés ou négligés. Il s'agit entre autres de la tenue des documents administratifs sources, de la tenue des pièces comptables pour rendre compte de la situation financière.
 - Réviser la stratégie de motivation des ECD et des BPS en appliquant le *dilemme du paresseux* qui stimule la compétition et renforce la norme professionnelle. Ces deux formes de motivation créent une synergie avec la motivation financière déjà en place.
 - Lier une plus forte proportion des subsides payés aux BDS et aux BPS à la performance des structures sanitaires sous leur autorité en majorant la part de celles qui sont les moins performantes
- **Au BDS de :**
 - Accroître l'implication active des membres de l'ECD notamment le MCD et du chargé du SIS.
 - Améliorer la tenue des documents sources de vérification notamment pour les aspects financiers, la maintenance.
 - Améliorer la gestion des ressources humaines, matérielle et financières ainsi que la Gestion des Médicaments en tenant à jour les documents sources de vérification..
 - Respecter les directives du MSPLSD sur la supervision n'est pas menée en suivant les directives du MSPLS.
 - Impliquer davantage des acteurs du niveau communautaire dans la coordination des activités du district.

5.2.6. CONSTATS DE LA CONTRE VERIFICATION EN PROVINCE DE MAKAMBA

5.2.6.1. CONTRE VERIFICATION DU CPVV MAKAMBA

La visite de contre vérification au niveau du CPVV Makamba a été effectuée le 17 juin 2016. Notre équipe a rencontré le Coordonateur du CPVV avec ses collaborateurs. Les échanges ont été cordiaux. Le score obtenu par ce CPVV a été de 87,5% alors qu'il a été de 100% pour la vérification de routine pour les deux trimestres (T3 et T4), ce qui fait un écart de 12,5% entre la vérification et la contre vérification du second semestre 2015.

Tableau 32: Score de performance du CPVV Makamba

Services évalués	Points disponibles	Vérification	Points obtenus CV	Ecart
------------------	--------------------	--------------	-------------------	-------

Total des points	200	200	175	25
Performance Globale (%)	100	100	87,5	12,5

Les points de discordance ont porté sur la faiblesse dans le suivi de l'effectivité de paiement des FOSA de la province. Ceci a été marqué par les fiches synthèses archivées qui sont purement une production des BDS et le CPVV se contente de classer une agrégation des copies signées par le gestionnaire et le MCD. Il n'y a pas d'appropriation, ni de synthèse comme le font les autres CPVV.

Nous recommandons au CPVV de développer cette appropriation et améliorer le suivi de l'effectivité de paiement des formations sanitaires de la province.

Tableau 33: Points de discordance entre la vérification et la CV CPVV Makamba

N°	Résultats Attendus	Points de la vérification	Points de la contre vérification	Observations/ Commentaries/explications
4	Assurer le suivi de l'effectivité de paiement des FOSA de la province	T3= 25 T4= 25	T3= 0 T4= 0	Les fiches synthèses archivées sont purement une production des BDS et le CPVV se contente de classer une agrégation des copies signées par le gestionnaire et le MCD ; Pas d'appropriation, ni de synthèse comme le font les autres CPVV

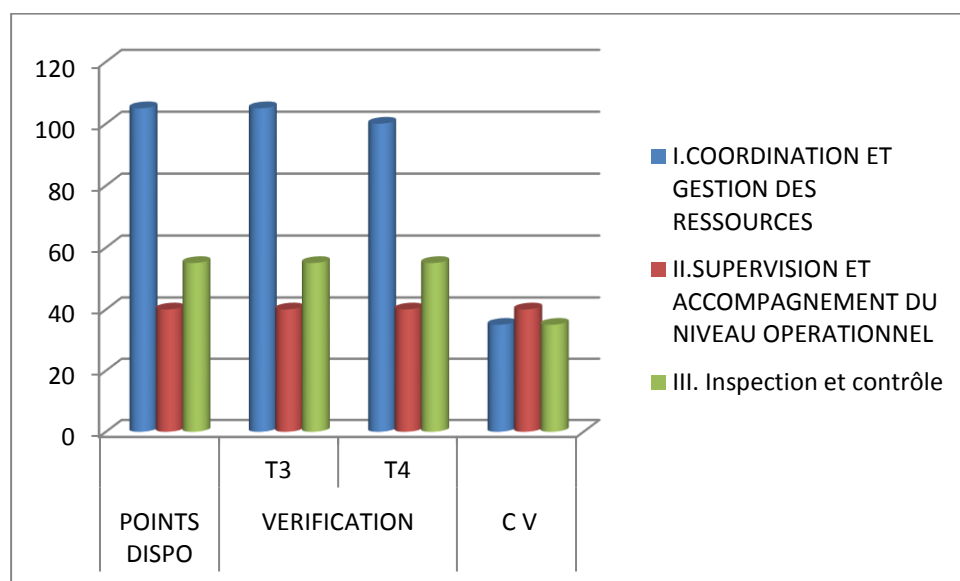
5.2.6.2. CONTRE VERIFICATION DU BPS MAKAMBA

La visite de contre vérification au niveau du BPS Makamba a abouti a un score de 64% alors que le score moyen était de 99% avec la vérification de routine pour le second semestre 2015. L'écart a été de 35%.

Tableau 34 : Score de performance du BPS Makamba

Services évalués	Points disponibles	Vérification	Points obtenus CV	Ecart
Total des points	200	198	127	61
Performance Globale (%)	100	99	64	35

Cet écart entre la vérification et la contre vérification reflète des discordances de points sur les composantes de la qualité technique au niveau du BPS. En effet, la coordination et la gestion des ressources a perdu 65 points lors de la contre vérification et l'inspection et le contrôle en a perdu 20 comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique 10: Evolution des composantes qualité pour le BPS Makamba

Cette différence entre la vérification et la contre vérification est liée à la rigueur adoptée par nos équipes, ce qui met en évidence le caractère superficiel des activités de vérification de routine. De nombreux aspects retrouvés dans la grille n'ont pas été bien vérifiés. Ceci nécessite une révision des méthodes et pratiques utilisées au cours de la vérification de routine. Cette dernière devrait être améliorée par le renforcement des capacités des vérificateurs. De plus, le temps alloué à cette activité devrait être augmenté pour permettre aux vérificateurs d'explorer tous les aspects suffisamment avant d'attribuer des notes.

Le tableau suivant montre les résultats attendus ayant marqué la différence entre la vérification et la contre vérification.

Tableau 35: Points de discordance entre la Vérification et la CV BPS Makamba

SERVICES EVALUES	POINTS DISPONIBLES	VERIFICATION		POINTS OBTENUS CV	JUSTIFICATION DE L'ÉCART
		T3	T4		
1. Le BPS encadre les ECD dans l'élaboration et le suivi de leurs plans d'actions annuels	15	15	15	7	-PAA du DS NYANZA-LAC non daté -T3,4 : Les PV de participation d'au moins un cadre du BPS à l'une des réunions mensuelles d'analyse des données SIS de chaque district existent mais les listes de présences ne précisent pas l'activité concernée : possibilité de présenter une même liste à toute activité
2. Une réunion du	10	10	10	0	-T3, T4 : les listes de présences

CPSD provincial a été tenue pendant le trimestre évalué					des réunions du CPSD ne sont pas datées
5. La formation en cours d'emploi du personnel de la province sanitaire est assurée	10	10	10	0	T3 : Le PAA prévoit une formation de 50 prestataires en SONU, le PAT3 n'en parle pas et la formation n'a pas été réalisée - T3,4 : pas de calendrier trimestriel de renforcement des capacités de la province élaboré à partir des calendriers des districts sanitaires et du BPS - T3,4 : Le BPS ne fait pas de suivi de l'exécution des calendriers de formations de chaque district sanitaire
7. La maintenance des infrastructures et équipement est assurée	10	10	5	5	Les antivirus ne sont pas à jour
8. La gestion des ressources humaine du BPS respecte les bonnes pratiques	10	10	10	5	T3,4 : Les PV d'entretien de fonctions du MDPS avec chaque cadre du BPS existent mais ne sont pas datées, donc incertitude sur la période concernée
9. Administration et relations publiques	20	20	20	5	T3 : Il y a un rapport trimestriel d'analyse des données SIS avec une liste de présences datée 2013, sans PV T4 : Il y a un rapport sans PV ni liste de présences
13. La qualité des services et des activités de chaque CDS de la province est évaluée au moins une fois pendant le trimestre suivant un calendrier annexé au calendrier trimestriel d'activité du BPS	20	20	20	0	T3,4 : Les actions recommandées n'existent pas dans les rapports d'évaluation de la qualité des soins au niveau des CDS

Nous recommandons ce qui suit :

Au BPS de :

- Renforcer l'encadrement technique des ECD par l'appui à l'élaboration et le suivi des plans d'action annuels et trimestriels.

- Améliorer le classement et l'archivage des documents du BPS.
- Redynamiser la formation en cours d'emploi du personnel de la province sanitaire.
- Améliorer la maintenance et la protection des équipements informatiques.
- Améliorer les pratiques de gestion des ressources humaines notamment le fait de passer des entretiens du MDPS avec le personnel du BPS.
- Améliorer la documentation des activités visant à renforcer l'administration et des relations publiques.
- Revitaliser les activités d'évaluation des centres de santé en respectant un calendrier trimestriel préétabli

A la DGR de:

- Accroître le budget du BPS pour lui permettre d'intégrer la formation en cours d'emploi.

A la CT- FBP, de :

- Renforcer les capacités des BPS en gestion financière et comptable en mettant suffisamment d'accent sur les dispositions du FBP portant sur l'allocation des ressources et la motivation du personnel. Apporter plus de clarté sur l'utilisation de l'outil d'indice de manière transparente au niveau du BPS serait bien apprécié par le personnel.
- Assister les BPS dans la planification et l'organisation des formations en cours d'emploi du personnel notamment en les aidant à mobiliser les ressources pour cette fin et en les invitant à des séances qui sont souvent données aux ECD.
- Redéfinir les mécanismes de collaboration entre le BPS, le BDS, le CPVV sans violer la séparation des fonctions. A ce propos une approche appelée le « **Dilemme du paresseux** » peut être appliquée pour rendre les BDS et les BPS plus entreprenants

5.2.6.3. CONTRE VERIFICATION DU BDS NYANZA LAC

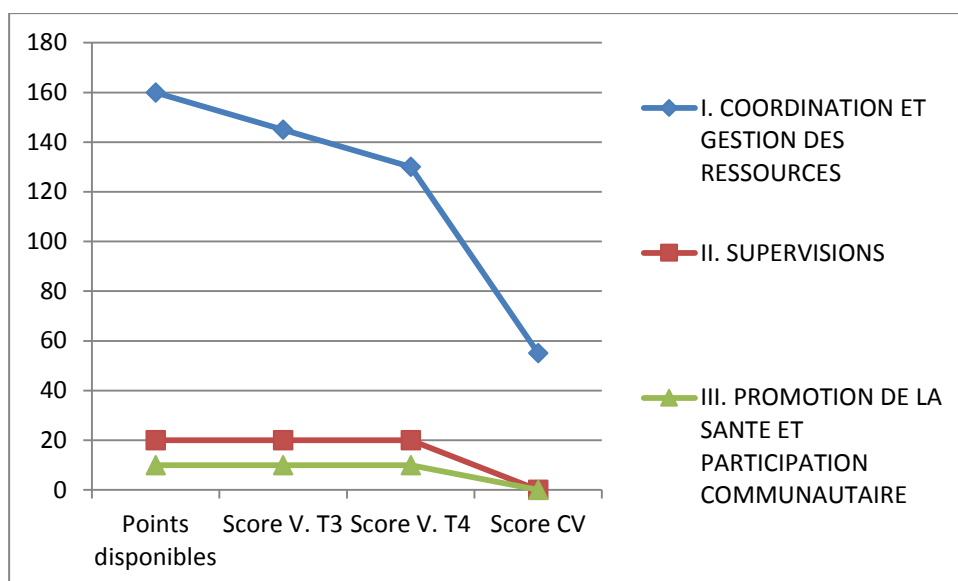
La visite de contre vérification au niveau du BDS Nyanza Lac a été effectuée le 18 juin 2016. Le score de performance obtenu au bout de ce travail est de 29% alors que le score moyen de la vérification a été de 88% pour le second semestre 2015. Ceci montre un écart de 59%.

Tableau 36 : Score de performance du BDS Nyanza - Lac

Services évalués	Points disponibles	Vérification	CV	Ecart
Total des points	190	167,2	55	112,2
Performance Globale (%)	100	88	29	59

Ce faible score a été dû aux nombreux manquements constatés aussi bien lors de la vérification que lors de la contre vérification. La coordination et la gestion des ressources a connu une perte de plus de la moitié des points alors que les supervisions et la promotion de la santé ont reçu un score nul.

Graphique 11: Evolution des composantes qualité du BDS Nyanza Lac



Le tableau détaillé peut être trouvé en annexe 1 sur la liste des tableaux détaillés.

Les discordances entre ces deux activités se sont fait remarquer sur les aspects suivants

Tableau 37: Points de discordance entre la vérification et la CV BDS Nyanza-lac

Résultat attendu	Points disponibles	Score Vérification		Score CV	Justification de l'écart
		T3	T4		
2. Au moins 80% des activités planifiées ont été totalement exécutées pour le trimestre évalué : 0/10points	10	10	10	0	T3,4 : manque les calendriers de réunions T3,4 : les formations prévus dans le PAA ont été supprimées dans les PAT Le PAA manque la liste de présences lors de sa validation.
3. Un rapport trimestriel d'activités est produit par l'ECD, présenté à la réunion trimestrielle de suivi, validé par le Conseil de Gestion du District : 0/10points	10	10	10	0	T3 : pas d preuve de transmission au BPS
4. L'ECD encadre les formations sanitaires dans la planification, l'exécution et le suivi de leurs activités : 0/15 points	15	15	0	0	T3,4 : Pas d'accusé de réception des feedback sur les plans semestriels par les FOSA T3,4 : pas de synthèse de

					rapports mensuels des FOSA
6. La gestion financière et comptable du bureau de district respecte les bonnes pratiques : 0/15 points	15	15	15	0	Pas à jour : les livres de banque et de caisse étaient remplis jusqu'en avril 2016
8. La gestion des ressources humaines du BDS respecte les bonnes pratiques : 5/10 points	10	10	10	5	T3 : Pas de PV de cotation des agents du BDS au cours d'une réunion de service
9. La formation en cours d'emploi du personnel des CDS, de l'HD et du BDS est assurée : 0/5points	5	5	5	0	T3,4 : Le calendrier de formation est exécuté à 0%
11. La pharmacie du BDS approvisionne régulièrement et correctement les CDS et l'HD en ME et consommables : 0/30 points	30	30	30	0	On n'a pas eu d'outils pour calculer le FDR : trésorerie, les fiches de suivi des créances et des dettes
13. Les cadres du BDS participent aux audits cliniques et audits des décès effectués à l'Hôpital de District : 0/15 points	15	15	15	0	PT3,4 : Pas de preuves de participation du Le Médecin Chef de District et au moins 3 autres cadres du BDS à au moins l'une des séances d'audit clinique et/ou d'audit des décès maternels par mois
14. Les supervisions effectuées par l'ECD permettent d'assurer une offre du PMA et du PCA de qualité : 0/20 points	20	20	20	0	-T3 : Pas de calendrier de supervision signé. -T4 : pas de calendrier de supervision d'octobre
15. Les membres de la communauté participent à l'animation et à la coordination du district sanitaire : 0/10 points	10	10	10	0	-T3,4 : Les présidents de COSA ne participent pas dans les réunions trimestrielles de coordination (pas de preuve) -T3,4 : pas de synthèse des enquêtes communautaires -T3,4 : pas de PV de réunions des membres du réseau des acteurs communautaires

Nous recommandons :

A la DGR de :

- Accroître le budget alloué aux BDS dans le cadre du FBP pour permettre l'organisation des séances de formation en cours d'emploi. Cette activité devrait être ajoutée dans les résultats attendus et elle devrait être vérifiée régulièrement.

A la CT- FBP de :

- Renforcer les capacités des BDS pour la planification notamment en insistant sur les liens entre le Plan d'action Annuel et les plans d'action trimestriels.
- Réviser les mécanismes de motivation des entités provinciales de mise en œuvre du FBP notamment les BPS, les BDS et les CPVV de manière à renforcer la collaboration sur le plan technique et assurer l'existence des contre pouvoirs pour éviter la complaisance dans l'attribution des notes de vérification.
- Mettre en place des mécanismes pour inciter les membres de l'ECD à participer dans des activités menées par le CPVV et l'hôpital de district. Ceci devrait passer par des incitatifs qui sont calibrés aux activités de chaque membre de l'ECD. Les activités non réalisées devraient faire perdre des points aux acteurs qui ne s'impliquent pas suffisamment.
- Elaborer et produire un guide de vérification à mettre à la disposition des équipes qui font la vérification trimestrielle avec une mention particulière sur les aspects le plus souvent oubliés ou négligés. Il s'agit entre autres de la tenue des documents administratifs sources, de la tenue des pièces comptables pour rendre compte de la situation financière.
- Réviser la stratégie de motivation des ECD et des BPS en appliquant le *dilemme du paresseux* qui stimule la compétition et renforce la norme professionnelle. Ces deux formes de motivation créent une synergie avec la motivation financière déjà en place.

Au BDS de :

- S'assurer de la production des documents justificatifs des activités réalisées
- Mettre à jour les outils de gestion des ressources notamment ceux portant sur la gestion financière.
- Améliorer l'organisation des supervisions des structures sanitaires de son aire de responsabilité.
- S'impliquer activement dans la collaboration avec les autres structures comme le BPS, le CPVV et les formations sanitaires.
- Accroître la participation des acteurs communautaire dans la coordination des activités du district sanitaire.
- S'impliquer dans les séances d'audits cliniques ou d'audit des décès maternels.
- Réorganiser son équipe pour une meilleure répartition des tâches en vue de répondre efficacement et promptement aux différentes activités. Ceci éviterait de mettre toutes les attentes sur les épaules du gestionnaire et/ou du Médecin Chef de District.
- Planifier et organiser des formations en cours d'emploi du personnel en priorisant les domaines où l'ECD éprouve des difficultés notamment la gestion des ressources humaines, la gestion des stocks de médicaments.
-

5.2.7. CONSTATS DE CONTRE VERIFICATION EN PROVINCE SANITAIRE DE BUBANZA

5.2.7.1. CONTRE VERIFICATION DU CPVV BUBANZA

La visite de contre vérification menée auprès du CPVV de Bubanza a eu lieu le 21 juin 2016. L'équipe du CPVV nous a réservé un accueil chaleureux avec une collaboration bien appréciable. Le score obtenu a été de 100%. Le score de vérification de routine a été de 100% pour le troisième et le quatrième trimestre 2015.

Tableau 38 : Score de performance du CPVV Bubanza

Services évalués	Points disponibles	Vérification	Points obtenus CV	Ecart
Total des points	200	200	200	0
Performance Globale (%)	100	100	100	0

Ce score de 100% pour la contre vérification vient valider les scores attribués lors de la vérification pour le troisième et le quatrième trimestre 2015. Ceci montre une bonne application des directives FBP par le CPVV de Bubanza. Le travail d'équipe permet d'assurer les activités attendues avec des résultats très satisfaisants.

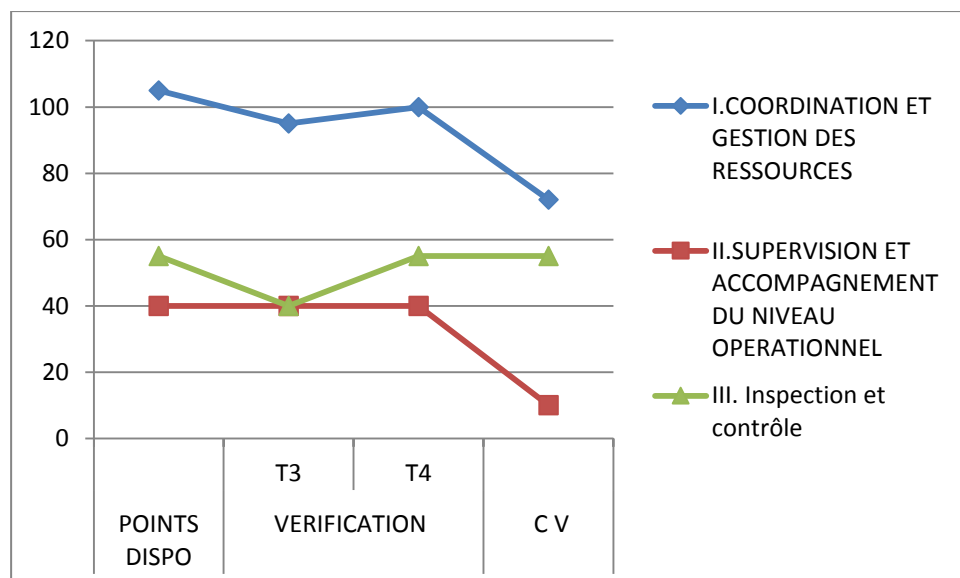
5.2.7.2. CONTRE VERIFICATION DU BPS BUBANZA

La contre vérification au niveau du BPS Bujumbura Mairie a été effectuée le 21 juin 2016. La rencontre avec l'équipe du BPS a été cordiale et constructive. Le score obtenu par le BPS a été de 69% alors qu'il était de 93 % comme score moyen pour la vérification du second semestre 2015., ce qui fait un écart de 24%.

Tableau 39: Score de performance du BPS Bubanza

Services évalués	Points disponibles	Points obtenus vérification	Points obtenus CV	Ecart avec T4
Total des points	200	186	137	49
Performance Globale (%)	100	93	69	24

La coordination et la gestion des ressources a perdu 28 points et la supervision perd 30 points alors que l'inspection et le contrôle reste maintenus au même score entre la vérification du quatrième trimestre et la contre vérification comme le montre le graphique suivant.

Graphique 12: Evolution des composantes qualité pour le BPS Bubanza

Cet écart s'est constitué suite à notre travail fouillé qui a identifié certaines insuffisances. Le tableau suivant récapitule les aspects qui ont connu des pertes de points et qui ont montré des scores discordants entre la vérification du quatrième trimestre et la contre vérification.

Tableau 40: Discordances entre la vérification et la CV BPS Bubanza

SERVICES EVALUES	POINTS DISPONIBLES	POINTS OBTENUS VERIFICATION		POINTS OBTENUS C V-	JUSTIFICATION DE L'ÉCART
		T3	T4		
1. Le BPS encadre les ECD dans l'élaboration et le suivi de leurs plans d'actions annuels	15	15	15	7	T3,4 : Une même liste de présences aux réunions trimestrielles de coordination des districts de Mpanda et de Bubanza
5. La formation en cours d'emploi du personnel de la province sanitaire est assurée	10	0	10	0	T3,4 : Le BPS ne fait pas de suivi de l'exécution du calendrier des formations de chaque district sanitaire.
9. Administration et relations publiques	20	20	20	5	T3,4 : Les cinq points prévus dans le canevas de rapport des réunions hebdomadaires de l'équipe du BPS ne sont pas tous étudiés au moins une fois par mois
10. Supervision des BDS	40	40	40	10	T3,4 : Certains feedback

et HD est assurée

immédiats ne sont pas signés ni par les supervisés ni par les superviseurs. Des recommandations non signés.

Nous recommandons,

Au BPS de:

- Améliorer l'encadrement effectif des ECD en organisant des réunions trimestrielles régulières de coordination des districts de Mpanda et Bubanza.
- Assurer le suivi de l'exécution du calendrier des formations en cours d'emploi du personnel de chaque district.
- Améliorer les bonnes pratiques d'administration et de relations publiques en suivant les cinq points prévus dans le canevas de rapport des réunions hebdomadaires de l'équipe du BPS.
- Assurer un feedback rapide aux BDS et aux Hôpitaux de district en assurant une appropriation
-

A la DGR de:

- Accroître le budget des BPS en lien avec le FBP pour renforcer les capacités de formation en cours d'emploi.
-

A la CT-FBP de :

- Revoir les mécanismes de motivation des BPS et des BDS. Les subsides FBP versés au BPS devraient être liées aux performances des entités sous leur responsabilité avec une proportion plus élevée des fonds conditionnée aux performances des DS les moins productifs.
- Appliquer la stratégie du *Dilemme du paresseux* au niveau des Bureaux provinciaux de santé pour les inciter à prendre plus d'initiatives en faveur d'une meilleure performance des structures sanitaires de leur aire de responsabilité.
- Revoir à la hausse la cotation pour les activités liées au renforcement des liens fonctionnels entre le BPS, le BDS et le CPVV en vue de le redynamiser la collaboration au niveau opérationnel tout en respectant la séparation des fonctions.
- Lier et spécifier des paiements aux cahiers de charge de chaque membre du BPS et en tenir compte lors des paiements de primes de motivation.

5.2.7.3. CONTRE VERIFICATION DU BDS BUBANZA

La descente de contre vérification dans le district de Bubanza a été menée le 22 juin 2016. Les équipes ont été collaborantes. Le score obtenu par cette entité a été de 53% et il est largement inférieur à celui de la vérification du quatrième trimestre qui était de 95%. L'écart enregistré est de 42%.

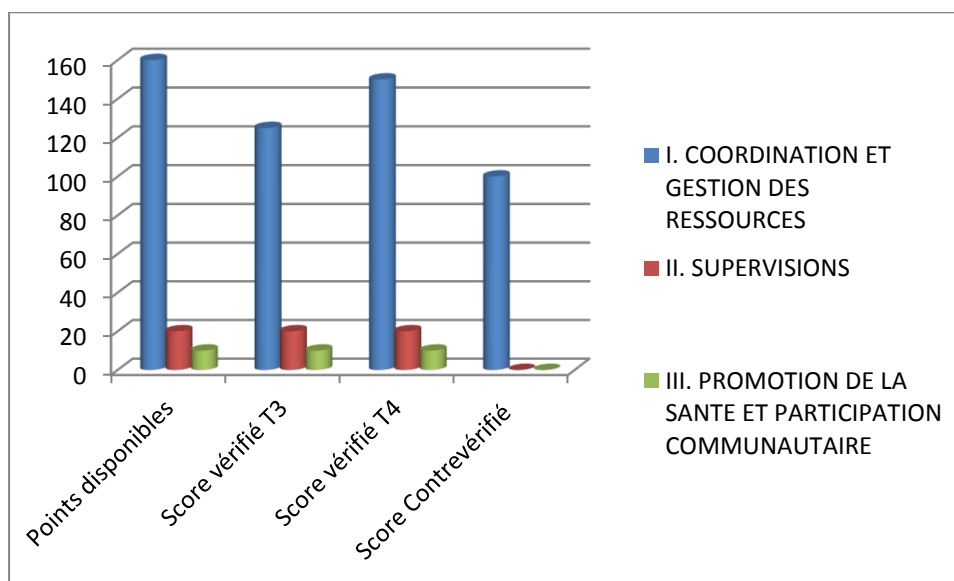
Tableau 41: Score de performance BDS Bubanza

Services évalués	Points disponibles	Vérification	Points obtenus CV	Ecart
Total des points	190	168,1	100	68,1
Performance Globale (%)	100	88,5	53	45,5

Le tableau détaillé peut être trouvé en annexe 1 sur la liste des tableaux détaillés.

L'écart observé provient de la perte de 68,1 points entre la note moyenne de vérification pour le second semestre et la Contre vérification. Ces points des scores nuls sur les supervisions et la promotion de la santé mais aussi d'une perte des points sur la coordination et la gestion des ressources comme le montre la graphique suivant.

Graphique 13: Composantes de la qualité technique pour le BDS Bubanza.



Cet écart a été alimenté par des scores discordants sur les points suivants :

Tableau 42 : Points de discordance entre la vérification et la CV BDS Bubanza

Résultat attendu	Points disponibles	Score verification (V)		Score CV	Justification de l'écart
		T3	T4		
3. Un rapport trimestriel	10	10	10	0	T3,4 : Le rapport trimestriel d'activités existe

d'activités est produit par l'ECD, présenté à la réunion trimestrielle de suivi, validé par le Conseil de Gestion du District : 0/10points					mais lors de sa présentation à la réunion de coordination des partenaires, le PV et la liste des présences ne sont pas signés et datés et n'indiquent pas le trimestre concerné
4. L'ECD encadre les formations sanitaires dans la planification, l'exécution et le suivi de leurs activités : 0/15 points	15	0	5	0	-Les PAA ont été analysés, les feedback envoyés aux FOSA pour correction, mais les copies de PAA classés au BDS ne sont pas ceux corrigés -T3,4 : pas de preuve de participation de l'ECD dans les réunions des CDS -T3 : les feed-back sur les rapports d'activités et les rapports de supervision n'ont pas été présentés dans la réunion trimestrielle de coordination
9. La formation en cours d'emploi du personnel des CDS, de l'HD et du BDS est assurée : 0/5points	5	5	5	0	-T3 : Calendrier de formation non disponible -E n T3, une formation en SPT réalisée, mais pas de suivi prévue en T4
11. La pharmacie du BDS approvisionne régulièrement et correctement les CDS et l'HD en ME et consommables : 0/30 points	30	30	30	0	Ruptures de stock
14. Les supervisions effectuées par l'ECD permettent d'assurer une offre du PMA et du PCA de qualité : 0/20 points	20	20	20	0	T3,4 : Les rapports de supervisions sont conformes au canevas du MSPLS, mais aucun rapport n'est approuvé par le MCD
15. Les membres de la communauté participent à l'animation et à la coordination du district sanitaire : 0/10 points	10	10	10	0	T3,4 : Pas de réunion des membres du réseau des acteurs communautaires œuvrant dans le district

Ces discordances de notes nous ont permis d'émettre des recommandations suivantes :

A la DGR de :

- Accroître le budget alloué aux BDS dans le cadre du FBP pour permettre l'organisation des séances de formation en cours d'emploi. Cette activité devrait être ajoutée dans les résultats attendus et elle devrait être vérifiée régulièrement.

A la CT- FBP de :

- Réviser les mécanismes de motivation des entités provinciales de mise en œuvre du FBP notamment les BPS, les BDS et les CPVV de manière à renforcer la collaboration sur le plan technique et assurer l'existence des contre pouvoirs pour éviter la complaisance dans l'attribution des notes de vérification.
- Mettre en place des mécanismes pour inciter les membres de l'ECD à participer dans des activités menées par le CPVV et l'hôpital de district. Ceci devrait passer par des incitatifs qui sont calibrés aux activités de chaque membre de l'ECD. Les activités non réalisées devraient faire perdre des points aux acteurs qui ne s'impliquent pas suffisamment.
- Elaborer et produire un guide de vérification à mettre à la disposition des équipes qui font la vérification trimestrielle avec une mention particulière sur les aspects le plus souvent oubliés ou négligés. Il s'agit entre autres de la tenue des documents administratifs sources, de la tenue des pièces comptables pour rendre compte de la situation financière.
- Réviser la stratégie de motivation des ECD et des BPS en appliquant le *dilemme du paresseux* qui stimule la compétition et renforce la norme professionnelle. Ces deux formes de motivation créent une synergie avec la motivation financière déjà en place.

Au BDS de :

- Assurer la traçabilité des activités menées tel que cela est suggéré par le manuel des procédures avec des documents sources de vérification indiqués.
- Améliorer la planification des activités du district sanitaire et la collaboration avec d'autres entités de mise en œuvre du FBP dans la province (CPVV, BPS, Fosa)
- Assurer le suivi du personnel après formation en cours d'emploi en vue de s'enquérir de la valeur ajoutée sur le travail produit.
- Améliorer l'approvisionnement des ME et consommables pour éviter toute rupture de stock des médicaments essentiels et consommables.
- Redynamiser les supervisions auprès des structures sanitaires de son aire de responsabilité conformément aux canevas du MSPLS.
- Améliorer la participation des acteurs communautaires dans la coordination des activités sanitaires au niveau du district.
-

5.2.8. CONSTATS DE CONTRE VERIFICATION DES STRUCTURES DE REGULATION DU NIVEAU CENTRAL

5.2.8.1. CONTRE VERIFICATION DE LA CELLULE TECHNIQUE NATIONALE DU FBP

La descente de contre vérification au niveau de la CT- FBP a été effectuée en date du 18 juillet 2016. Les équipes visitées nous ont bien accueilli et facilité l'accès à la documentation recherchée. Cette Contre vérification est constituée de deux composantes importantes savoir la CV de la performance mensuelle de la CT- FBP qui devrait couvrir la période de Juillet à décembre 2015 et la CV de la performance trimestrielle qui concerne le troisième trimestre et le quatrième trimestre 2015.

Notre équipe a d'abord travaillé sur la performance mensuelle en parcourant les différentes activités préconisées dans la grille. Chaque mois était parcouru séparément pour voir le respect des directives mentionnées dans la grille de vérification et les notes étaient attribuées à chaque point consulté.

Elle a été suivie par l'évaluation de la performance trimestrielle pour la même période d'étude. Le troisième trimestre était analysé à part pour les mois de juillet, Aout et Septembre avant d'analyser le quatrième trimestre qui couvrait les mois de Octobre, Novembre et Décembre 2015.

Contre vérification de la Performance Mensuelle

Pour la contre vérification de la performance mensuelle, la CT- FBP a eu un score de 85%. Les 15% manquant ont été perdus suite à l'absence des copies des factures classées par bénéficiaire et par ordre chronologique tel que cela est demandé par la grille de vérification. Toutes les autres composantes étaient vérifiées avec une complétude d'information requise.

Cependant certains aspects devraient être corrigés ou améliorés pour garder une cohérence des activités menées bien qu'ils ne soient pas à l'encontre de la description des activités et des indicateurs attendus.

A titre d'illustrations,

- Dans les plans d'activités hebdomadaires, les tâches individuelles sont noyées dans les attributions de l'ensemble de l'équipe. Il devient difficile de savoir les attributions des uns et des autres et établir des responsabilités de chaque membre de l'équipe CT- FBP. Cette situation laisse place à une éventuelle mauvaise répartition des tâches entre les membres de la CT- FBP avec le risque de démotiver ceux qui travaillent plus que d'autres.
- La relation entre le plan d'action trimestriel et les plans hebdomadaires devrait être améliorée. En effet, le plan hebdomadaire devrait retracer les activités qui vont être menées au cours de la semaine avec des précisions sur le jour concerné par l'activité ainsi que la personne responsable. Le fait de cocher sur tous les jours de la semaine avec la CTN comme personne responsable pour une activité fait perdre le sens de la répartition des tâches au sein de l'équipe CT-FBP. Les responsabilités et les tâches des membres de la CT- FBP ne sont pas clairement mentionnées pour l'évaluation de la performance. La considération de la qualification et du titre porté dans la CT- FBP n'est pas suffisant pour motiver les experts à leur juste valeur. Il s'avère important de mettre anticipativement en

place un mécanisme clair de notation basée sur la performance pour prévenir une éventuelle frustration des membres de la CT- FBP.

Tableau 43: Score de performance Mensuelle de la CT- FBP

Activités	Résultats attendu	Critères à vérifier	Points
1. Assurer l'organisation, l'administration et la documentation de la CT-FBP	La réunion d'évaluation et de planification hebdomadaire des activités de la CT-FBP est tenue	Disponibilité des copies de 4 PV de réunions hebdomadaires avec pour chaque PV : Une planification d'activités de la semaine Une évaluation des activités de la semaine précédente Cohérence du Plan hebdomadaire avec le Plan d'Action trimestriel	20/20
	La gestion des documents de base est assurée	Disponibilité des copies des contrats de performance des CPVV, BPS, BDS et Hôpitaux Nationaux : 100% de contrats à jour signés par les parties	10/10
		Disponibilité des copies des factures et des plans de paiement des périodes précédentes pour toutes les structures contractualisées : Factures et plans de paiement du mois M-2 pour 100% des FOSA sont disponibles à la demande et classées par bénéficiaires et par ordre chronologique NB : M=Mois évalué	0/15
2. Vérification quantitative mensuelle des Hôpitaux nationaux	Disponibilité des rapports et des résultats de vérification de tous les HN (100%) <i>NB : il s'agit des activités des HN menées au cours du mois [M-2], vérifiées</i>	(1) Copies de rapports de vérification quantitative des HN: [A] indiquant au moins pour chaque HN (a) les points forts relevés (b) les points à améliorer (c) le bilan de la mise en œuvre des recommandations des évaluations précédentes (d) les recommandations formulées à la	25/25

	<i>[M-1], la présente évaluation de la CT- FBP est faite au mois M.</i>	[B] transmission du PV de validation de la CT-FBP aux HN respectifs évalués en guise de retro- information endéans 5 jours après la validation (avec preuve de transmission) (2) Copies des factures mensuelles pour chaque HN complètement	
--	---	--	--

3. Compilation mensuelle des factures et transmission à la DGR des demandes de paiement des prestations quantitatives des FOSA, avec retro-information aux CPVV par voie électronique (PV de validation de la CT FBP)	% de complétude des factures des HN, HD et CS compilées et transmises pour paiement dans les délais prévus <i>NB : il s'agit de la compilation et transmission faites par la CT-FBP au cours du mois présentement évalué</i>	Complétude : considérer le % de complétude pour les HN, HD et CDS repris dans la demande de paiement pour la quantité, hormis les FOSA pour lesquelles les erreurs ont été suspectées et dont la vérification est envisagée Délai : transmis au plus tard le 26^e jour ouvrable du mois suivant le mois évalué (<i>vérifier les dates de l'accusé de réception par la DGR</i>) PV de validation mensuelle de la CT FBP transmis aux BPS et aux CPVV par voie électronique au plus tard 48 Heures après la validation (NB : Ce PV de validation et celui des HN sont distincts)	30/30
Performance			85%

Contre vérification de la performance trimestrielle

La visite pour la contre vérification de la performance trimestrielle de la CT- FBP a eu lieu le 19 juillet 2016. Le score obtenu par la CT- FBP au bout de notre travail de contre vérification a été de 95% semestre alors que le score moyen de vrification pour le second semestre a été de 93,5%. Ceci montre un écart de 1,5% entre la contre Verification et la vérification de routine pour le second seimestre 2015.

Tableau 44 : Score de performance trimestrielle de la CT- FBP

Activités	Points disponibles	Points Verification	Points CV	Ecarts
Total	200	187	190	3
PERFOMANCE TRIMESTRIELLE GLOBALE (%)	100	93,5	95	1,5

Cette note de 95% montre une bonne exécution des taches qui sont dédiées à la CT- FBP.

Cependant en analysant la base des données FBP, nous avons constaté **un manque de suivi des données transmises par les CPVV et une mise à jour compliquée de ces données**. Ceci s'est reflété par des **duplications des noms des centres de santé** dans les provinces de Bujumbura rural d'une part et une reprise des formations sanitaires de la province Rumonge dans la province de Bururi et de Bujumbura rural. Ceci a été du à la création de la nouvelle province de Rumonge qui regroupe 3 communes de Bururi et deux communes de Bujumbura rural.

De plus, **une certaine déconnexion entre le nombre de formations sanitaires qui ont signé des contrats semestriels et les nombres mensuels des Fosa qui reçoivent des paiements**. En effet, l'analyse des formations sanitaires ayant bénéficié des paiements d'un mois à un autre montre des nombres qui varient. Ces variations ne sont pas justifiées d'autant plus qu'une formation sanitaire n'ayant pas bénéficié de paiements pour des raisons diverses devrait apparaître dans la base de données avec un paiement de 0 Fbu. La pratique des CPVV de retirer de la base de données FBP les Fosa qui n'ont pas bénéficié de paiement crée une confusion sur leur devenir. En principe, toute formation sanitaire ayant un contrat avec le CPVV pour un semestre doit apparaître sur tous les mois du semestre. Il ne sera retiré que lorsque le contrat sera rompu.

Le tableau détaillé se trouve en annexe 1 sur la liste des tableaux détaillés.

Recommandations à l' endroit de la CT- FBP :

- Revoir et Améliorer le classement et l'archivage des documents sources. Ceci passerait par un aménagement d'un espace unique ou tous les documents doivent être classés et gardés pour une consultation chaque fois que cela est nécessaire. En effet, il a été constaté que les

documents sources sont éparpillés dans différents bureaux occupés par les membres de la CT- FBP. Cela a pris du temps pour être rassemblés.

- Mettre à la disposition de la personne responsable des archives de la CT- FBP une liste détaillée des documents sources recherchés lors de la Contre vérification afin qu'elle puisse s'assurer du bon classement en tout temps. Ainsi, il sera facile de retracer les activités réellement menées par la CT- FBP.
- Procéder à un nettoyage de la base de données FBP pour s'assurer du bon remplissage qui évite des duplications de formations sanitaires surtout celles retenues pour la nouvelle province de Rumonge.
- Répartir les tâches et les responsabilités au sein de l'équipe CT- FBP avec une description des tâches et un cahier de charges bien clairement définis.

5.2.8.2. CONTRE VERIFICATION DE LA DIRECTION GENERALE DES RESSOURCES

La descente de contre vérification au niveau de la Direction générale des Ressources a été effectuée le 25 juillet 2016. Nous avons travaillé avec le chargé des procédures financières au niveau de cette direction et la collaboration a été très bonne. Le score global obtenu par la DGR a été de 60% au troisième et au quatrième trimestre. Le trimestre contre vérifié en premier lieu est constitué des mois d'Avril, Mai et Juin 2015, et celui contre vérifié en second lieu est constitué des mois de juillet, Aout et septembre 2015. Ceci s'explique par le fait que la gestion du circuit de paiement des subsides se déclenche après la compilation et la transmission des résultats par la CT- FBP. Ainsi les résultats traités par la DGR lors du trimestre de Avril à Juin 2015 sont ceux du trimestre précédent à savoir Janvier à Mars 2015.

Tableau 45: Score de performance de la Direction Générale des Ressource

Activités	Résultats attendus	CV T3	CV T4
1. Analyse des demandes de paiement transmis par la CT-FBP	Toute demande de paiement transmise par la CT-FBP est analysée dans les 2 jours dès réception	20/20	20/20
2. Transmission des demandes de paiement au Ministère des Finances dans le cadre du FBP	Toute demande de paiement est transmise au Ministère des Finances endéans 3 jours dès la transmission par la CT-FBP	30/30	30/30
3. Suivi des procédures de paiement au Ministère des Finances et de tous les autres PTF dans le cadre du FBP	Les paiements dans le cadre du FBP sont effectués dans les délais requis pour toutes les structures contractualisées avec un système de feedback formel et régulier sur l'effectivité des paiements	0/40	0/40
4. Planification annuelle intégrée	Existence du Plan d'Action Annuel intégrant les activités en rapport avec la bonne gestion des ressources et la mise en œuvre du FBP	10/10	10/10

La performance globale trimestrielle Max=100	60/100	60/100
Score de performance lors de la vérification de routine (%)	73	75,3
Ecart (%)	13	15,3
Ecart Moyen semestriel (%)	14,15	

L'analyse des différents aspects ont montré des points forts et des points faibles. au niveau de la DGR.

Les points qui ont contribué à la réduction du score de performance sont les suivants :

- ✓ Le suivi des paiements montre certaines difficultés liées au partage des responsabilités entre le Gouvernement et les partenaires techniques et financiers qui l'appuient. Il est utile de signaler que les demandes de paiement adressées aux partenaires qui sont à court de budget doivent être réorientées vers le gouvernement qui est déjà en difficulté de paiement. Des conventions devraient être arrêtées pour que les PTFs qui évoluent vers la cessation de paiements l'annoncent avec un temps suffisant à l'avance pour permettre au Gouvernement de préparer un budget de relève en conséquence.
- ✓ Les factures envoyées à l'IDA pour le troisième trimestre 2015 ont été refusées suite au non respect des conventions faites par le gouvernement. En effet, le déblocage des fonds IDA doit être déclenché par la preuve de décaissement de 1,4% du budget de l'Etat pour le FBP. Une nouvelle transmission a été effectuée deux mois plus tard après négociation d'une dérogation spéciale par le gouvernement.
- ✓ Pour la période d'Aout à septembre 2015, le budget IDA prévu pour le paiement des factures FBP des Formations sanitaires a été épuisé avec la facture du mois d'Aout 2015. De Septembre à Octobre 2015, les factures ont été adressées au Gouvernement.
- ✓ De gros retards de paiement se sont faits observés au cours de ce semestre. Les paiements faits au mois de juillet 2015 sont ceux dont les demandes ont été adressées au mois de Février 2015 et qui portent sur le dernier trimestre de 2014.

5.2.9. CONSTATS DE CONTRE VERIFICATION DES STRUCTURES DE PRESTATION

5.2.9.1. CONTRE VERIFICATION DES HOPITAUX DE DISTRICT

La contre vérification de la qualité des hôpitaux a été menée en parallèlement aux autres volets concernés par cette activité. Les scores obtenus par les différents hôpitaux de district visités sont récapitulés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 46 : Scores de performance des hôpitaux de district

Services évalués	Points disponibles	Points obtenus par les hôpitaux de district							Total	%
		Bubanza	Bururi	Cankuzo	Muramvya	Musema	Ntita	Nyanza Lac		
Direction de l'Hôpital	Max: 180	140	105	65	180	140	100	0	730/1260	57,9 %
La coordination de l'hôpital et l'encadrement des services sont assurés	40 Pts	40	40	40	40	40	0	0	200/280	71,4 %
Les activités planifiées pour l'amélioration de la qualité des services sont exécutées pendant le trimestre évalué	100 Pts	100	25	25	100	100	100	0	450/700	64,3 %
L'information sanitaire est collectée, analysée et utilisée pour l'amélioration de la qualité des services	40 Pts	0	40	0	40	0	0	0	80/280	28,6 %
Unité d'appui administratif et logistique	Max: 370	100	265	195	105	165	240	150	1220/2240	54,5 %
Les	50 Pts	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	

mécanismes de référence et contre référence sont fonctionnels										
Une bonne gestion des RH permet de maintenir un environnement de travail motivant pour le personnel	40 Pts	0	10	40	40	10	20	0	120/280	42,9 %
La gestion financière et comptable de l'hôpital respecte les bonnes pratiques	60 Pts	60	60	60	20	60	0	0	260/420	61,9 %
Le respect des règles d'hygiène permet de maintenir un environnement accueillant et sécurisé pour les patients	40 Pts	40	15	15	15	15	40	0	140/280	50%
Les services de l'hôpital reçoivent les intrants nécessaires pour mener leurs activités	50 Pts	0	50	50	0	50	50	50	250/350	71,3 %
Les équipements biomédicaux, le matériel informatique et bureautique est fonctionnel	30 Pts	0	30	30	30	30	30	0	150/210	71,4 %
La pharmacie centrale approvisionne régulièrement et correctement les services et la pharmacie vente en ME et consommables	100 Pts	0	100	0	0	0	100	100	300/700	42,9 %
Unité d'accueil, urgences et soins	Max: 100	60	40	40	60	0	15	0	215/700	30,7 %

ambulatoires										
La permanence des services est assurée	40 Pts	0	40	40	0	0	15	0	95/280	33,9 %
L'organisation de l'accueil et de l'orientation permettent une prise en charge correcte des patients	60 Pts	60	0	0	60	0	0	0	120/420	28,6 %
Unité d'appui aux soins	Max: 230	20	20	110	120	110	60	60	500/1610	31,0 5%
Des examens de laboratoire de qualité facilitent le diagnostic et la prise en charge des patients	60 Pts	0	0	0	60	0	0	0	60/420	14,3 %
Les accouchements sont faits dans des conditions acceptables et respectent les procédures minimales	60 Pts	0	0	0	0	0	0	0	0/420	0%
Les interventions chirurgicales sont faites dans des conditions acceptables et respectent les procédures minimales	60 Pts	0	20	60	60	60	60	60	320/420	76,2 %
Les procédures d'amélioration continues de la qualité sont mises en place dans chacun des services d'appui	50 Pts	20	0	50	0	50	0	0	120/350	34,3 %

Unité d'hospitalisation	Max: 120	0	60	120	60	60	0	60	360/840	42,8 %
Le suivi et l'auto-évaluation des activités de chaque service d'hospitalisation favorisent l'instauration d'une culture de l'amélioration de la qualité des soins	60 Pts	0	0	60	60	60	0	0	180/420	42,9 %
Les procédures d'amélioration continue de la qualité sont mises en place dans chacun des services d'hospitalisation	60 Pts	0	60	60	0	0	0	60	180/420	42,9 %
TOTAL	950	320	490	540	425	475	405	270	2925 /6650	43,9 %
%		33,7	51,6	56,8	44,7	50	42,6	28,4		
T3 (%)		92,5	94,2	88,4	89,5	80	-	91,1		
T4 (%)		93,7	97,9	93,2	83,2	85,8	81,1	91,1		
Score V semestriel		93,1	96,1	90,2	86,4	82,9	81,1	91,1		88,7
Ecart (%)		59,4	44,5	33,4	41,6	32,9	38,5	62,7		44,7

Ce tableau montre que les scores de qualité des hôpitaux de district sont largement inférieurs à la moyenne obtenue lors de la vérification de routine. La moyenne du score trouvé pour les hôpitaux de district lors de la contre vérification est de 43,9% avec des extrêmes de 28,4% pour l'hôpital Nyanza Lac et 56,8% pour l'hôpital de Cankuzo. Ce score moyen montre un écart de 44,7%. Ceci appelle à une révision profonde de la manière dont la vérification de routine se mène au niveau des hôpitaux de districts.

Notons néanmoins que les points perdus par les différentes structures étaient surtout liés à la non disponibilité des documents source requis par mauvais classement et archivage, les documents qui n'ont pas été bien tenus, les différents intrants qui ne répondent pas aux standards exigés par la grille de vérification. De plus, les méthodes de calcul exigeantes font que lorsque certains points ne sont pas validés, toute l'activité considérée devient annulée. La loi de « **tout ou rien** » est souvent appliquée, ce qui occulte les aspects ou

l'hôpital a eu de bonnes notes. **Ceci nous oblige à rappeler que les activités ou la note est de 0 points ne signifient pas que l'hôpital n'a rien fait mais qu'il n'a pas tout fait correctement.**

Recommandations

En analysant les composantes de la qualité, nous constatons que la composante sur la Direction de l'Hôpital est celle qui enregistre des scores plus élevés avec une moyenne générale de 57,9%. Une mention très appréciable revient à la coordination de l'hôpital et l'encadrement des services sont assurés. Le score moyen pour cette coordination est de 71,4%. Elle suivie par l'assurance des activités planifiées pour l'amélioration de la qualité des services sont exécutées pendant le trimestre évalué avec un score moyen de 64,3%. La collecte, l'analyse et l'utilisation de l'information sanitaire pour l'amélioration de la qualité des services reste un maillon faible de cette composante avec une performance moyenne de 28,6%.

Nous **recommandons aux différentes directions des hôpitaux de district** de renforcer davantage les activités de Direction de l'Hôpital et de veiller à ce que les détails sur la coordination de l'hôpital et l'encadrement des services soient sérieusement pris en compte. Tout en gardant à l'esprit que **ce sont les détails qui font de la qualité**, des mécanismes de contrôle interne aux différents services avec des attributions des responsabilités aux différents membres des équipes de soins devraient être mis en place pour renforcer le travail d'équipe et une redevabilité verticale au sein des équipes dans chaque service.

Les rôles et responsabilités attribués à chaque membre de l'équipe de service devraient être utilisés lors de l'évaluation de la performance individuelle en plus du cahier de charge de chaque professionnel de santé, ce qui nécessite une révision de l'outil d'indice utilisé au niveau hospitalier.

La collecte, la gestion et l'utilisation de l'information sanitaire doivent être renforcées pour guider les améliorations guidées par des évidences. Des formations pour le renforcement des capacités doivent être conduites au niveau des hôpitaux de district. La CT- FBP devrait prendre le devant pour initier et encadrer ce genre de formation en collaboration avec la Direction du système National D'information Sanitaire (DSNIS).

La seconde composante qualité avec un meilleur score qualité est **l'Unité d'appui administratif et logistique** avec un score moyen de 54,5%. Les résultats attendus suivants ont marqué ce score :

- La gestion financière et comptable de l'hôpital respecte les bonnes pratiques (61,9%). Un total de 4 hôpitaux sur 7 a eu une performance maximale sur ce résultat attendu alors que deux ont eu une performance nulle.
- Les services de l'hôpital reçoivent les intrants nécessaires pour mener leurs activités (71,3%). Cinq hôpitaux sur 7 ont eu une performance maximale pour ce résultat attendu.
- Les équipements biomédicaux, le matériel informatique et bureautique est fonctionnel (71,4%). Ici aussi 5 hôpitaux de district sur 7 ont atteint une performance maximale.

Certains résultats attendus nécessitent davantage d'amélioration pour accroître la performance. Il s'agit de :

- La bonne gestion des Ressources Humaines permet de maintenir un environnement de travail motivant pour le personnel.
- Le respect des règles d'hygiène permet de maintenir un environnement accueillant et sécurisé pour les patients.
- La pharmacie centrale approvisionne régulièrement et correctement les services et la pharmacie vente en ME et consommables

Ces trois volets montrent des scores moins élevés que les précédents. Une moyenne de 2 à 3 hôpitaux de districts sur un total de 7 sont parvenus à atteindre une performance maximale sur ces résultats attendus.

L' **Unité d'accueil, urgences et soins ambulatoires** est celle qui enregistre des scores les plus faibles avec une moyenne générale de 30,7 %. Bien qu'il y ait eu des variations d'un Hôpital de district à un autre, il a été remarqué que les activités portant sur les aspects suivants nécessitent un renforcement et une amélioration substantielle pour espérer améliorer la performance au niveau de la qualité des hôpitaux de district :

- La permanence des services est assurée (33,9%).
- L'organisation de l'accueil et de l'orientation permettent une prise en charge correcte des patients (28,6%)

Cette unité est secondée par l'**unité d'appui aux soins** avec un score moyen faible de 31,05%. Ceci s'est manifesté par des très faibles performances notamment au niveau de deux résultats attendus suivants :

- Des examens de laboratoire de qualité facilitent le diagnostic et la prise en charge des patients (14,3%), Un seul hôpital de district (Muramvya) a pu atteindre une performance maximale sur ce résultat attendu.
- Les accouchements sont faits dans des conditions acceptables et respectent les procédures minimales (0%). Aucun Hôpital de district n'a pu améliorer sur ce résultat.
- Les procédures d'amélioration continues de la qualité sont mises en place dans chacun des services d'appui (34,3%). Seulement deux hôpitaux de districts (Cankuzo et Musema) ont pu atteindre une performance maximale sur ce résultat attendu.

Ces trois résultats attendus nécessitent un nouvel élan d'amélioration du niveau de performance d'autant plus qu'ils touchent aux indicateurs clés de la qualité en milieu hospitalier.

- ✓ **La gestion des ressources humaines** reste problématique dans la majorité des hôpitaux de district avec un score moyen de 42,9%. Cette situation ne permet pas de maintenir un bon environnement de travail et une bonne évaluation de la performance individuelle ni celle des équipes de l'hôpital.
- ✓ **La gestion financière et comptable** de l'hôpital respecte les bonnes pratiques seulement à 61,9%. Dans de nombreuses des structures sanitaires, des problèmes de rapprochement bancaire se présentent. Les contre vérificateurs ont eu du mal à trouver un équilibre entre les recettes et les dépenses. Des pièces clés pour un audit financier ne sont pas bien complétées et classées. Un effort particulier de formation appliqué devrait être consenti à ce volet pour rehausser le niveau des gestionnaires des hôpitaux.

- ✓ **L'hygiène** reste déplorable dans de nombreux hôpitaux notamment lorsqu'il s'agit des toilettes réservées aux patients, l'intérieur de l'enceinte de l'hôpital, la propreté des bureaux et/ou salles d'hospitalisation. Le score moyen à 50% ne pourrait pas occulter les cas très risqués des hôpitaux comme celui de Nyanza Lac qui a eu un score nul de performance. A part les hôpitaux de Bubanza et Ntita, les autres ont besoins de fournir des efforts soutenus pour améliorer leur niveau d'hygiène.
- ✓ **L'approvisionnement des hôpitaux en intrants** et l'entretien des équipements biomédicaux semblent marquer de bons progrès avec des scores moyens respectifs de 71,9 %. Toutefois, des restent à fournir pour assurer une disponibilité permanente des services répondant aux normes minimales requises.
- ✓ **La pharmacie centrale** n'approvisionne pas régulièrement et correctement les services et la pharmacie vente en médicaments essentiels (ME) et consommables. Toutefois, un certain flou persiste sur la collaboration entre les services et cette pharmacie stock. Un score moyen de 42,9% montre que de nombreux hôpitaux de district ont encore besoin d'améliorer leur circuit et procédures d'approvisionnement. **Concernant les autres** composantes de la qualité de l'hôpital de district à savoir **l'unité de direction de l'hôpital**, il a été constaté que « L'information sanitaire n'est pas suffisamment collectée, analysée et utilisée pour l'amélioration de la qualité des services » avec un score moyen de 28,6% pour les 7 hôpitaux visités. Les autres aspects comme La « coordination de l'hôpital et l'encadrement des services » et « Les activités planifiées pour l'amélioration de la qualité des services » sont assurés **à des niveaux inférieurs avec** des taux moyens respectifs de 71,4% et 64,3%. **Une analyse minutieuse** des résultats attendus montre des aspects qui handicapent **l'atteinte d'un niveau optimal de qualité** des services dans les hôpitaux de district.

Les rubriques suivantes retracent les manquements retrouvés dans les hôpitaux visités.

Direction de l'hôpital	
La coordination de l'hôpital et l'encadrement des services sont assurés	
Musema	Pour t3, le point 4 sur le rapport de l'AG sans liste de présence des participants
Ntita	- Pas de rapport trimestriel d'activités n'a pas été présenté à l'Assemblée Générale (AG) et non transmis au BPS - pas de participation des BDS et BPS dans les réunions du conseil de gestion - le rapport trimestriel d'activité ne comporte pas les feed backs du CPVV et du BPS
Nyanza Lac	- les PV de réunions en AG avec des listes de présence non datées ; - Existence d'un plagia de PV et des listes de présence entre T3 et T4 ; - Pas de rapport trimestriel présenté à l'AG et même les PV T3 et T4 se ressemblent sans listes de présence

Les manquements portant sur la non participation à des réunions, la présence des procès verbaux des réunions non signés ou non datés renvoie à une faiblesse dans l'organisation des équipes de l'hôpital qui mène au non respect des plans d'activités établis avec des personnes responsables. Les rapports trimestriels qui ne couvrent pas toutes les activités effectuées, les procès verbaux qui ne comportent pas de liste de présence signée, des plagia des listes de présence entre deux trimestres consécutifs en sont quelques uns des éléments indicateurs.

Une révision de l'organisation des équipes de l'hôpital en vue du respect des calendriers des activités devrait être initiée en établissant des personnes responsables. Entre autres critères d'évaluation de ces personnes, la tenue des activités de coordination de l'hôpital et l'encadrement des services aux dates indiquées devrait figurer avec un score élevé. La production des procès verbaux ou des rapports et leur classement devraient être aussi cotés à des niveaux élevés pour les personnes en charge du classement et de l'archivage. De plus, un besoin d'amélioration dans la collaboration entre l'Hôpital et les services du BDS et du BPS se fait sentir pour induire un effet synergique en faveur de la qualité des prestations.

Les activités planifiées pour l'amélioration de la qualité des services sont exécutées pendant le trimestre évalué.

Bururi	Les rapports des séances d'audits des décès maternels et des décès des enfants de 5 ans ne sont pas fiables.
Cankuzo	Les séances d'audits des décès maternels et des décès des enfants de 5 ans n'ont pas vu participer les personnes comme : MCD et les chefs des services techniques ; les rapports non validés par l'autorité.
Nyanza Lac	– les rapports des séances de planchage se ressemblent mots par mots/plagia avec incompatibilité des dates de planchage et celle de la liste de présence en annexe – Rapports non signés et non approuvés (sans rapporteur et ni approbation par l'autorité) Les rapports des séances d'audits des décès maternels et des décès des enfants de 5 ans ne sont pas disponibles dans le classement.

Ces éléments trouvés dans les hôpitaux sus-mentionnés montrent que les activités de planchage et d'audits des décès maternels et infantiles peinent à se faire de manière régulière. Les autorités responsables ne semblent y accorder de l'attention et leurs noms sont marqués sur les rapports en guise de formalité. Il a été évident que les documents produits ne reflètent pas les activités menées au sein de l'hôpital. Ils sont produits en guise de formalité pour répondre à la demande du FBP et les autorités responsables n'y accordent pas d'attention.

Il est recommandé :

- ✓ Aux **Directeurs des Hôpitaux** et surtout aux **Directeurs chargés des soins** de redynamiser ces activités de planchage et d'audits des décès maternels et infantiles dans l'optique d'apprentissage continu et d'amélioration de la qualité des soins.

✓ **A la CT- FBP de :**

- Revoir à la hausse les points réservés a ces activités d'audits des deces maternels et infantiles.
- Eclairer les attentes vis-à-vis des Médecins Directeurs des hôpitaux et des Médecins Chefs de districts par rapport a ces assises techniques.

Le lien entre les résultats techniques/cliniques et les stratégies de santé publique devraient être clarifiés pour une collaboration efficace des deux structures sanitaires à savoir le Bureau de District Sanitaire et l'Hôpital de district

L'information sanitaire est collectée, analysée et utilisée pour l'amélioration de la qualité des services	
Bubanza	Pas de présentation du rapport d'analyse des données SIS à l'ECD pour T3&T4
Cankuzo	- Pas de présentation du rapport d'analyse SIS à l'ECD+++ pas de rapport/copie de rapport de présentation ;
Musema	Pas de présentation du rapport d'analyse SIS à l'ECD+++ pas de rapport/copie de rapport - Pas de rapport SIS retrouvé pour septembre dans les archives.
Ntita	- Pas de rapport d'analyse des données SIS ; donc - Pas de présentation du rapport d'analyse SIS à l'ECD+++ pas de rapport/copie de rapport de présentation ;
Nyanza Lac	Pas de présentation du rapport d'analyse des données SIS à l'ECD pour T3&T4

La collecte, l'analyse et l'utilisation de l'information sanitaire pour l'amélioration de la qualité des services restent très faibles. L'absence de présentation du rapport d'analyse des données SIS à l'ECD montre que ces informations ne sont jamais prises en compte lors de la planification des activités.

Nous **recommandons à tous les hôpitaux de district** renforcer l'analyse et l'utilisation de l'information sanitaire collectée pour l'amélioration des services. Une collaboration étroite entre la direction chargée des soins et l'unité du SIS devrait alimenter les séances d'analyse des données et de dissémination de l'information auprès de l'ECD et du BPS.

II. UNITE D'APPUI ADMINISTRATIF ET LOGISTIQUE

Les mécanismes de référence et contre référence sont fonctionnels

Bubanza	NA
Bururi	NA
Cankuzo	NA
Muramvya	NA
Musema	NA
Ntita	NA
Nyanza Lac	NA

La gestion du système de référence et contre référence reste problématique au niveau des hôpitaux de district d'autant plus que les BDS sont les véritables coordonnateurs de ce système dans l'état actuel des choses. **Bien que la grille ait recommandé des activités en rapport avec la référence et la contre référence à l'hôpital du district, c'est le BDS qui s'occupe de communiquer avec les centres de santé environnants. Ceci prive les équipes techniques de l'hôpital de communiquer avec les centres de santé d'où sont envoyés les patients en vue de suggérer les premiers actes utiles à poser avant ou pendant le transfert de patient.** L'activité est devenue non applicable au niveau des hôpitaux de district.

Nous recommandons la CT- FBP de :

- ✓ Revoir le montage de la gestion du système de référencé et contre référence pour redistribuer les rôles qu'il faut aussi bien au BDS qu'à l'HD. **Ceci est d'autant plus important que l'équipe de l'hôpital devrait communiquer avec les centres de santé pour leur suggérer les premiers actes à poser avant même l'arrivée du patient à l'hôpital.** Ceci semble impossible avec l'ECD faute de personnes ressources techniques, ce qui réduit le système de référence à un simple moyen de transport sans aucune possibilité prodiguer des conseils sur la prise en charge du patient avant et pendant le transfert.

Une bonne gestion des RH permet de maintenir un environnement de travail motivant pour le personnel	
Bubanza	- Rapport d'évaluation de la performance individuelle pas vue pour T3&T4; Les sorties du personnel pendant les heures de services non matérialisé par des documents (billets de sorties) ;
Bururi	- les formations non réalisées pour T4 - Evaluation de la performance individuelle non réalisée pour T4 - pour T3, les formations prévues n'ont pas été réalisées
Musema	- Pas de rapport d'évaluation des performances individuelles aux services de Laboratoire et de Maternité ; le calendrier de formation exécuté à moins de 70% (33%).
Ntita	- les PV des réunions d'évaluation du personnel n'attribuent pas de score de performance individuelle Pas de calendrier de formation du personnel prévu
Nyanza Lac	- Rapport d'évaluation de la performance individuelle en services techniques disponibles pour deux services au T3 et trois services au T4 sans listes de présence ; - Pour T3, les formations prévues n'ont pas été réalisées (0/6 prévues) ; - Existence de trois Fiches d'entretien de fonction sur six même non datées au T3 ;

Deux problèmes principaux persistent au niveau des Hôpitaux de districts. Il s'agit de :

- ✓ la faiblesse de l'évaluation de la performance individuelle dans les services respectifs et
- ✓ des formations prévues du personnel qui ne sont réalisées

Ceci accroît le risque de démotivation du personnel qui, à terme, ne sait pas identifier les points forts à maintenir et les points faibles à améliorer. Les insuffisances constatées sur le plan technique, organisationnel, comportemental, etc. ne sont pas corrigées faute de formations adaptées pour y remédier.

Nous recommandons aux **Directeurs des HD** de :

- Prévoir un budget conséquent pour des formations en cours d'emploi et des formations de recyclage du personnel de santé. Ceci maintiendrait les niveaux de performances à un haut niveau permettant ainsi un recouvrement de plus de paiements FBP.

Faire respecter l'application de l'outil d'indice surtout dans sa composante de paiement des primes sur base de la performance individuelle chaque trimestre. **A la CT- FBP de :**

- Réviser l'outil d'indice pour les hôpitaux afin de l'adapter aux spécificités des services hospitaliers. Ceci passe par la prise en compte des critères spécifiques à chaque service pour assurer une certaine équité dans la distribution des points de performance. Ces critères sont comme la charge de travail, le risque d'exposition aux accidents ou à l'infection, le taux de fréquentation, le nombre de personnel par service, etc.

La gestion financière et comptable de l'hôpital respecte les bonnes pratiques	
Muramvya	L'exécution du budget des investissements est inférieure à 80%
Musema	Pas de rapprochement bancaire pour le mois de juillet 2015 (T3)
Ntita	- Rapport non fiable - Rapprochement bancaire non fait - le document d'autorisation des dépenses ne suit pas le canevas du MSPLS - les fiches de suivi des recettes et des dépenses existent MAIS sans info fiable - Balance générale non équilibrée fiche de suivi des créances ne sont pas mises à jour
Nyanza Lac	- Pendant les deux trimestres, rapport financier incomplet (pas de rapport pour les comptes BRB et PRIDE) ; Rapprochement bancaire non fait les mêmes comptes ; - Montant d'achat médicaments sur le rapport diffère de celui de la fiche de suivi des dépenses ; - Copies de l'outil d'indice non vues ; - Suivi des créances non à jour ; Balance générale non équilibrée durant la période.

Après un constat sur les faiblesses trouvées dans les HD en matière de gestion financière et comptable, **nous recommandons la CT-FBP et la DGR** de :

- Organiser des séances de formations sur la gestion financière en milieu hospitalier avec plus d'emphase sur le rapprochement bancaire et l'utilisation judicieuse des outils comptables.

Le respect des règles d'hygiène permet de maintenir un environnement accueillant et sécurisé pour les patients

Bururi	L'enceinte de l'hôpital n'est pas entièrement débroussaillée
Cankuzo	Présence de déchets infectieux dans le service de Pédiatrie
Muramvya	Quelques déchets autour de la fosse à placenta
Musema	Présence de déchets infectieux et ménagers dans les services de MI et chirurgie
Nyanza Lac	– Les déchets ménagers retrouvés en salles d'hospitalisation (chir et MI) ; – Restes du lavabo cassé présents dans les salles d'hospitalisation ; – les toilettes des malades avec mauvaises odeurs ; – L'enceinte de l'hôpital non entièrement débroussaillée.

L'hygiène reste le point faible dans presque tous les hôpitaux de district que nous avons visités, ce qui appelle à plus d'efforts pour rendre ces structures plus attractives et plus accueillantes pour les patients.

Nous recommandons aux **directions de ces hôpitaux** de :

- Mobiliser les équipes chargées de l'hygiène dans différentes places de l'hôpital pour corriger leur organisation du travail afin d'y apporter plus d'efficacité.
- Recruter une personne ressource ayant une expertise en hygiène, assainissement du milieu et design en milieu hospitalier pour qu'à son tour elle forme le personnel de l'hôpital à faire correctement son travail. Ceci doit être couplé avec une éducation vigoureuse des populations bénéficiaires. En effet, il a été constaté que les lieux sont souvent salis ou abimés faute d'information adéquate et bien transmise auprès des patients/ utilisateurs des différents services.

Les services de l'hôpital reçoivent les intrants nécessaires pour mener leurs activités

Bubanza	○ Impossible à vérifier car le bon de réquisition ne renseigne pas sur les quantités demandées
Muramvya	○ les achats médicaments prévus ont été exécutés à 67,9% T3&T4
Musema	– Le rapport d'utilisation n'accompagne pas les réquisitions ; – les achats prévus exécutés à moins de 80% (carburant== 73%)

Nous recommandons à la **Direction de l'Hôpital** de :

- ✓ Améliorer l'élaboration des bons de réquisition pour les rendre plus compréhensibles et cohérents avec le niveau d'utilisation des intrants et avec les achats prévus.

- ✓ Améliorer le niveau d'exécution des achats prévus pour atteindre les standards conventionnels (80%)

A la CT- FBP de :

- ✓ Revoir à la hausse les points réservés à l'attribution des intrants nécessaires aux services de l'hôpital

Les équipements biomédicaux, le matériel informatique et bureautique est fonctionnel	
Bubanza	○ Pas de rapports de maintenance T3 fournis
Nyanza Lac	- Pas de plan de maintenance vu ; - Pas de règles de mise en marche et d'utilisation pour l'appareil de Numération ; ○ Pas de règles de mise en marche et d'utilisation pour l'ordinateur du chargé d'information sanitaire.

Les hôpitaux disposent de techniciens de maintenance mais certaines insuffisances se sont faites remarquer.

Nous **recommandons aux Directeurs des Hôpitaux** de district ainsi qu'a leur **Gestionnaires** de :

- Exiger un plan de maintenance bien détaillé de tous les équipements biomédicaux, les équipements informatiques et bureautiques
- Assurer un suivi et une évaluation régulière des activités de maintenance.
- Exiger la mise en place des règles de mise en marche de tous les appareils de l'hôpital.

La pharmacie centrale approvisionne régulièrement et correctement les services et la pharmacie vente en ME et consommables	
Bubanza	- la pharmacie vente et le service de maternité ne respecte pas le rythme hebdomadaire ; - Réquisition non accompagnée systématiquement par le rapport d'utilisation (cas de la maternité) ; Les intrants nutritionnels ne sont pas gérés à la pharmacie centrale mais à la pédiatrie
Cankuzo	○ Aucun outil de gestion des médicaments disponible dans le classement pour la période concernée
Muramvya	- Les personnes habilité n'ont pas signé sur les fiches de valorisation des stocks; - Pas d'accusé de réception par la direction de l'hôpital - Pas d'approvisionnement du produit nutritionnel à la pharmacie centrale mais plutôt au BDS et cela sur trois mois.

Musema	○ Pas de présentation des fiches synthèses au comité directeur et au BDS & BPS ○ certaines fiche de stock non mise à jour (discordance stocks physique et théorique)
---------------	---

Les points mentionnés dans le tableau ci-dessus ont montré certains manquements trouvés dans les pharmacies des HD.

Nous recommandons à la Direction de l'HD, de :

- Veiller à ce que les points qui se trouvent dans la grille qualité soient considérés comme des normes en ce qui concerne la disponibilité des médicaments et autres produits pharmaceutiques.
- Instaurer un système de suivi de la gestion des stocks en exigeant un rapport d'utilisation des médicaments, en calculant la Consommation Moyenne Mensuelle et le niveau de stock de sécurité par produit pour adresser une nouvelle réquisition.

III. UNITE D'ACCUEIL, URGENCES ET SOINS AMBULATOIRES	
La permanence des services est assurée	
Bubanza	○ Emploi du temps des Médecins non affiché aux urgences et consultation externe ; ○ Rapport de garde non visé par un Médecin au service des urgences tout le mois de juin ;
Cankuzo	○ Pas de preuve de travail les jours fériés et les week end ○ pas d'amélioration des performances
Muramvya	○ La pharmacie dispensation n'a pas été au service pour tous les weekend ○ Rapport de garde non systématiquement visé par le Médecin de garde.
Musema	– l'emploi du temps des Médecins non affiché – Pas de copies des rôles de gardes archivées pour T3 – Registre des rapports de gardes non retrouvé aux urgences - Calendrier des congés et mécanismes d'intérim non retrouvés pour T3 et T4
Ntita	la pharmacie de dispensation non fonctionnelle la nuit
Nyanza Lac	○ Emploi du temps des Médecins non affiché aux urgences ; ○ Pas de rapport de garde pour la maternité la nuit du 17-18 juin 2016 ; ○ Registres de garde Maternité et urgences non visé par le Médecin de garde ; ○ Les sorties du personnel non systématiquement enregistrées dans le registre de présence.

Nous recommandons aux Directions chargées des soins de :

- Mettre en place un système de garde permettant au Médecins de contribuer dans la prise de décision avant les prescriptions médicales. A défaut d'une garde faite sur place, les moyens

de communication peuvent être renforcés pour aider l'équipe d'infirmiers qui est aux urgences de poser les premiers actes avant l'arrivée du Médecin.

- Exiger des médecins de garde de s'assurer que les soins dispensés le sont sous leur contrôle par des moyens directs ou indirects. La substitution des médecins par du personnel infirmier avec un abus de l'utilisation du cachet du médecin sont des fautes lourdes qui ont été observées.
- Mettre en place des stratégies pour remédier aux insuffisances constatées dans différents services hospitaliers et pour assurer des services permanents 24h sur 24, 7 jours de la semaine.

L'organisation de l'accueil et de l'orientation permettent une prise en charge correcte des patients.

Bururi	○ Fiches de stock non à jour ○ Aucune preuve de sorties des médicaments au service des urgences (T3&T4)
Cankuzo	L'info exigée dans le dossier médical modèle DODS incomplète. ○ Trois médicaments (vaso-dilatateurs) non disponibles au service des urgences L'info exigée dans le dossier médical modèle DODS complète dans 30% dossiers tirés au hasard
Musema	Trois médicaments (Corticoïdes, adrénaline et les solutés hypertoniques) non disponibles au service des urgences
Ntita	○ Fiches de stock non à jour
Nyanza Lac	L'info exigée dans le dossier médical modèle DODS est incomplète ○ Rupture de stock des médicaments d'urgence : Adrénaline, bandes plâtrées de différentes tailles ○ Fiches de stock non à jour pour certains médicaments ○ L'info exigée dans le dossier médical modèle DODS incomplète → Cas pas correctement pris en charge

Nous recommandons aux Directeurs des HD de :

- Corriger les aspects observés dans les HD respectifs pour améliorer l'accueil et l'orientation pour une bonne prise en charge.
- Assurer la disponibilité des médicaments essentiels pour les services d'urgences telles que cela est décrit dans la grille qualité.
- Persuader les responsables de services d'accueil de l'importance de la mise à jour des fiches de stock des médicaments.

IV. UNITES D'APPUI AUX SOINS

Des examens de laboratoire de qualité facilitent le diagnostic et la prise en charge des patients

Bubanza	○ Enregistrement des examens de laboratoire non cohérent entre le bon d'examen et le dossier du malade ;
----------------	--

	○ Pas de rapport de maintenance pour l'appareil de maintenance pour la centrifugeuse du labo de parasitologie. Le rythme hebdomadaire des réquisitions du labo n'est respecté que pour certains produits comme l'alcool et le dettol.
Bururi	les fiches de stock des produits de laboratoires non mis à jour
Cankuzo	les fiches de stock des produits de laboratoires non mis à jour
Musema	- les réquisitions hebdomadaires du service de laboratoires non faites pour les solutions indispensables à la réalisation des examens et de décontamination
Ntita	Non disponibilité des poches de sang O+ en quantité minimale exigée (2 sur 5)
Nyanza Lac	- Tous les résultats des examens demandés ne figurent pas dans le dossier du patient ; - Pas de poches O+ trouvées en quantité exigée ; - Pas de fiche de stock des TDR retrouvée au laboratoire - Fiche de stock non à jour (24/03/2016) ; - les TDR ne sont réquisitionnés à la pharmacie centrale mais dispensation ; Pas de bon de réquisition retrouvés.

Recommandation aux Direction des HD:

- Assurer la disponibilité des intrants nécessaires au bon fonctionnement des services d'appui aux soins en l'occurrence le laboratoire ainsi qu'à d'autres services pour les examens complémentaires.
Rappeler aux chefs de services d'appui notamment celui du laboratoire l'importance de bien élaborer des réquisitions de manière prompte et claire en s'appuyant sur le rythme de consommation des intrants
- Rappeler l'importance de la mise à jour des fiches de stock dans les services d'appui.

Les accouchements sont faits dans des conditions acceptables et respectent les procédures minimales

Bubanza	Fiche de stock non à jour, sans CMM Pas d'inventaire mensuel régulier ; certaines médicaments n'avaient pas de fiche de stock ; L'info exigée dans le dossier obstétrical modèle DODS non complètes
Bururi	- L'info exigée dans le dossier obstétrical modèle DODS non complètes - Absence de source d'oxygène dans le service de maternité - Fiche de stock des médicaments non à jour

	- L'info exigée dans le dossier obstétrical modèle DODS incomplète
Cankuzo	- L'info exigée dans le dossier obstétrical modèle DODS non complètes - Absence de source d'oxygène dans le service de maternité - Fiche de stock des médicaments non à jour
Muramvya	Dans cinq dossiers tirés seulement 1/5 partogramme était correctement rempli pour la période évalué ; les origines des parturientes ne sont pas systématiquement mentionnées ; La fosse à placenta existe mais il des saletés autour.
Musema	L'info exigée dans le dossier obstétrical modèle DODS non complètes
Ntita	- L'info exigée dans le dossier obstétrical modèle DODS non complètes
Nyanza Lac	- Absence de champ sur la table d'accouchement (usage de pagne des parturientes)=→ pas de propreté ; - L'info exigée dans le dossier obstétrical modèle DODS non complètes

Recommandation aux Direction des HD:

- Assurer la disponibilité des équipements et les autres intrants nécessaires au bon fonctionnement des services de maternité et des salles d'accouchement.
- Réorganiser les équipes chargées de la propreté dans les salles d'accouchements pour assurer le nettoyage juste après chaque accouchement.
- Inciter les équipes de la maternité à bien compléter les dossiers obstétricaux modèle DODS reflétant les bonnes pratiques en matière de soins obstétricaux.

Les interventions chirurgicales sont faites dans des conditions acceptables et respectent les procédures minimales

Bubanza	15.1 paraît être révisable car les réquisitions sont fonction des besoins (en référence aux consommations). - Les informations exigées dans le dossier médical modèle DODS sont complètes ; - Rythme hebdomadaire des réquisitions non respecté
Bururi	L'info exigée dans le dossier médical modèle DODS incomplète

Musema	La qualité du rapport d'évaluation des protocoles de fonctionnement des services a été améliorée.
Nyanza Lac	15.1 paraît être révisable car les réquisitions sont fonction des besoins (en référence aux consommations).

Recommandation aux Direction des HD:

- Assurer la disponibilité des équipements nécessaires et les autres intrants nécessaires au bon fonctionnement des services de chirurgie et des salles d'opération.
- Réorganiser les équipes chargées des interventions chirurgicales pour assurer le les bonnes procédures de prise en charge. Inciter les équipes de chirurgie et du bloc opératoire à bien compléter les dossiers chirurgicaux modèle DODS reflétant les bonnes pratiques en matière de soins.

Les procédures d'amélioration continues de la qualité sont mises en place dans chacun des services d'appui.	
Bubanza	Deux rapports de trois séances (Urgences, labo, et Maternité) d'évaluation du respect des protocoles de fonctionnement sans listes de présence
Bururi	○ Deux rapports d'évaluation des protocoles de fonctionnement des sur 10 étaient disponibles. les listes de présence classées ne sont fiables (sans dates ni fonctions des participants)
Muramvya	○ Deux rapports présentés sont de faux rapports ; donc probablement pas de réalisation des séances d'évaluation du respect des protocoles de fonctionnement pour T3& T4 ○ La suite est compromise
Musema	L'info exigée dans le dossier médical modèle DODS non complètes dans les services de GO et MI
Ntita	Pas de documents sources de rapports d'analyse des protocoles de fonctionnement des services techniques
Nyanza Lac	○ Deux rapports d'évaluation des protocoles de fonctionnement non fiables : les listes de présence classées sans dates ni fonctions des participants avec signatures différentes pour une même personne ; Rapports d'évaluation non approuvés par l'autorité

Recommandation aux Directeurs Chargés des soins :

- Assurer la documentation des réunions et rencontres techniques visant l'amélioration continue de la qualité des soins et services sanitaires.
- Désigner les personnes responsables pour produire les PV et les rapports des rencontres techniques et assurer la dissémination des recommandations en vue de leur mise en application.

V. UNITE D'HOSPITALISATION

Le suivi et l'auto- évaluation des activités de chaque service d'hospitalisation favorisent

l'instauration d'une culture de l'amélioration de la qualité des soins	
Bubanza	– Rapports d'analyse des données SIS existent mais il ya plagia des signatures sur les listes de présence ; des fois pas de signatures, parfois même sans personnel de service présent dans la séance d'analyse ; – la suite est compromise
Bururi	○ Pas d'analyse des données SIS (EX : Pédiatrie et MI) ○ Documents non signés
Ntita	○ Suivi et auto-évaluation des activités de chaque service d'hospitalisation non réalisée au quatrième trimestre
les Nyanza Lac	○ Pas d'analyse des données SIS en effet il ya plagia des signatures sur les listes de présence ; des fois pas de listes de présence sur les rapports d'analyse. ○ Pas de preuve de transmission de ces rapports au comité de direction et à l'ECD.

Nous recommandons aux **Directions des Hôpitaux et aux directions chargées des soins** de :

- Exploiter les informations du SIS pour guider leurs choix de stratégies de réformes basées sur les évidences
- Assurer une bonne documentation en vue de garantir la collecte des données fiables dans le SIS hospitalier.
- Renforcer le partage d'information issue du SIS avec les comités d'assurance de la qualité de l'hôpital en mobilisant le comité de direction.
-

Les procédures d'amélioration continue de la qualité sont mises en place dans chacun des services d'hospitalisation

Bubanza	– Les informations exigées dans le dossier médical modèle DODS non retrouvées dans tous les services ; Irrégularité des visites médicales
Muramvya	– Les informations exigées dans le dossier médical modèle DODS non retrouvées dans tous les services (Chirurgie et G. O) ; – Irrégularité des visites médicales des patients en hospitalisation ; Pas de précision de l'heure de remise et reprise entre les équipes de garde en Pédiatrie
Ntita	– Les instructions par le chef nursing ne sont présentes dans les registres – Pas de complétude des informations du modèle de dossier DODS Dossiers non régulièrement visés par un Médecin dans les tours de salles

Recommandation aux Directeurs Chargés des soins :

- Assurer la documentation des réunions et rencontres techniques visant l'amélioration continue de la qualité des soins dans chaque service hospitalier.

- Désigner les personnes responsables par service d'hospitalisation pour produire les PV et les rapports des rencontres techniques et assurer la dissémination des recommandations en vue de leur mise en application
- Assurer la complétude des informations marquées dans les dossiers médicaux, les registres et autres documents de suivi de la prise en charge des patients.

Les observations plus détaillées seront mises en annexe avec des spécificités pour chaque hôpital de district.

5.2.9.2. CONTRE VERIFICATION DE LA QUALITE POUR LES CENTRES DE SANTE

5.2.9.2.1. PROVINCE SANITAIRE DE MURAMVYA/DISTRICT SANITAIRE MURAMVYA

Les centres de santé échantillonnées dans le district de Muramvya sont Bukeye Rusarenda et Shombo. La contre vérification pour le second semestre 2015 a montré les scores respectifs de 29,4%, 21,5% et 25,5% ce qui donne un score moyen de 26,3%. Comparé au score moyen pour le second trimestre de 74,7 % un écart de 48,4% s'est dégagé, ce qui montre qu'une différence non négligeable entre la vérification de routine et la contre vérification.

Comme ceci s'est montré dans de nombreux centres de santé visités, les différences de scores entre la Contre vérification et la vérification de routine ne reflète pas une quelconque tricherie de la part des formations sanitaires mais un probable relâchement dans les méthodes de vérification par des équipes de vérification accréditées par les CPVV. Certains détails indiqués par la grille de vérification semblent ne pas avoir été considérés par les CPVV alors qu'ils ont été à la source de nombreux points perdus lors de notre passage.

Un travail de révision des méthodes utilisées pour la vérification de routine devrait être lancé afin d'exiger le respect strict des directives de la CT- FBP décrites dans les grilles de vérification. En outre, un guide de vérification pourrait aider les CPVV à améliorer leur conduite de la vérification de routine et harmoniser la compréhension des critères de validation dans toutes les provinces.

Pour éviter de nous laisser influencer par les scores de la vérification de routine, nos équipes n'ont consulté les scores se trouvant sur les grilles de vérification des deux trimestres qu'à la fin de notre travail de contre vérification. Des scores pour chaque formation sanitaire avec des observations ont été répertoriés dans les grilles saisies sur un support Word afin de permettre à la CT- FBP de mener une confrontation activité par activité et item par item. Dans ces grilles, les commentaires et observations sont mis pour chaque composante pour montrer les liens entre les scores obtenus et les points faibles ou les points forts de chaque structure visitée. Le dossier contenant ces fichiers a été mis à la disposition de la CT- FBP pour une analyse minutieuse des détails.

Tableau 47 : Score de performance de la qualité des centres de santé du district Muramvya

Services évalués	Points disponibles	Points obtenus CV BDS Muramvya			Score moyen (%)
		Bukeye	Rusarenda	Shombo	
I .Administration du centre de centre de santé	260	45	0	0	5,8
II. Soins curatifs	530	155	115	205	29,9
III. Soins préventifs	160	80	80	0	33,3
IV. Promotion de la santé et participation communautaire	50	0	0	50	33,3
Total	950	280	215	255	26,3
Pourcentage CV (%)		29.4	21.5	25,5	
Score Q T3(%)		88.4	67,5	54	
Score Q T4(%)		90	78,5	70	
Score moyen V		89,2	73	62	74,7
Ecart (%)		59,8	51,5	36,5	48,4

Ce tableau montre un niveau de performance des Centres de santé du BDS Muramvya qui est plus ou moins proche l'un de l'autre. Toutefois, il est utile de remarquer que l'administration du centre de sante enregistre la performance la plus faible (5,8%) notamment dans les centres de sante de Rusarenda et Shombo ou elle est nulle. La

promotion de la sante quant à elle a besoin de plus d'initiatives pour augmenter le niveau de productivité dans les centres de sante de Bukeye et Rusarenda.

Il est utile de remarquer que le centres de sante de Shombo a le score le plus élevé pour les soins curatifs mais aussi un score plus faible pour les soins préventifs. A cela s'ajoute le score maximal pour la promotion de la sante et la participation communautaire.

Cet aspect soulève deux observations fondamentales :

- L'obtention d'un bon score sur la promotion de la santé et la participation communautaire n'entraîne pas de nécessairement meilleurs résultats sur l'amélioration des soins préventifs. Ceci est paradoxal et nécessite des analyses plus fouillée sur cet état des faits. Ceci pourrait signifier que le centre fait la promotion de la sante dans le sens d'accroître l'utilisation des services curatifs au detriment des preventifs ou bien que son paquet de servuces préventifs n'est pas complet. .

Les activités contenues dans la grille de vérification pour la promotion de la santé et la participation communautaire, telles qu'évaluées, ne renseignent pas sur la bonne dynamique de collaboration enter le CDS et la communauté en vue d'une amélioration de l'utiisation des servuces preventifs du centre de sante de Shombo L'exploration des aspects ayant causé ce faible score dans les centres de santé du district Muramvya nous a permis de voir les points faibles sur les 4 composantes de la qualité des soins et services. Ces faiblesses vont éclairer les structures sanitaires sur les corrections nécessaires à apporter en vue d'une amélioration future de la performance.

Tableau 48: Constats de la Contre vérification CDS du district Muramvya

ADMINISTRATION DU CDS

	Indicateur	Observations		
		Bukeye	Rusarenda	Shombo
1	LA COORDINATION DU CDS	Les recommandations ne sont pas suivies lors des réunions. La note de 20 pour le T4 n'existe pas sur la grille.	➤ Les documents sont mal archivés. ➤ Pas de PV de réunions trouvés. ➤ Les recommandations ne sont pas suivies.	➤ Il n y a pas de suivi des recommandations. ➤ Le gestionnaire ne fait pas de rapport financier. ➤ Les observations des superviseurs ne sont pas présentées dans les réunions.

2	L'INFORMATION SANITAIRE EST COLLECTEE, ANALYSE ET UTILISEE	Parmi les indicateurs il n y a pas des actions communautaires ni référence et contre référence.	➤ Les rapports SIS sont introuvables. ➤ Pas de documents justifiant la date de transmission des 7 maladies à potentiel épidémique. La référence et contre référence n'est pas analysé dans la réunion SIS.	➤ Certain rapports des 16 maladies sous surveillances ont été transmis après le 5 du mois suivant
3	L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL	Pas de source d'eau dans les salles d'hébergement. Les latrines ne sont pas couvertes et dégagent une mauvaise odeur.	Les latrines sont non couvertes, elles sont sales et dégagent une mauvaise odeur. L'incinérateur se trouve à la disposition des passants devant le CDS, il y a des déchets dans le voisinage et le matériel d'entretien est incomplet.	Les latrines sont sales, non couvertes et dégagent une mauvaise odeur. L'incinérateur est mal entretenu et il n'est pas couvert. La fosse à cendre n'est pas couverte.
4	LE CDS A LES INTRANTS NECESSAIRES	Les activités de renforcement de capacité du personnel ne sont pas prévues dans le PAS.	Les documents sont mal archivés. Pas de rapport d'utilisation et de réception du matériel. Les plans d'approvisionnement mensuel en matériel et consommables non médicaux ne sont pas élaborés.	Le plan d'approvisionnement mensuel n'est pas élaboré. Les investissements ont été exécutés à 0%. Les activités de renforcement des capacités du personnel ne sont planifiées dans le PAS.
5	LE RESPECT DES TARIFS	Les conditions d'accès aux médicaments et aux examens complémentaires pour les enfants de moins de 5 ans ne sont pas affichées.	Pas de liste des indigents chez le gestionnaire.	Les indigents ne sont pas pris en charge.
6	LA GESTION FINANCIERE ET COMPTABLE	➤ Le taux de recouvrement est inférieur à 65%. ➤ Le rapport de suivi budgétaire n'est pas disponible.	➤ Le livre de caisse n'est pas à jour. ➤ Il y a surcharge d'écriture dans le journal des recettes. ➤ Le fichier de suivi des créances n'est pas disponible.	➤ Le livre de banque n'est pas utilisé. ➤ Taux d'exécution du budget d'investissement est de 0%. ➤ Le taux d'exécution des dépenses prévues est inférieur à 80%.

SOINS CURATIFS

	Indicateur	Observations		
		Bukeye	Rusarenda	Shombo
7	L'ORGANISATION DE L'ACCUEIL ET DE L'ORIENTATION	Les patients ne bénéficient pas de prise de TA.	Pas de contrôle de la TA. Pas de matériel pour l'accueil (glucomètre, hémoglobinomètre et tensiomètre)	La TA n'est pas pris systématiquement chez tous les patients.
8	LA PERMANENCE DES SERVICES			Le laboratoire ne fonctionne pas les dimanches.
9	LE CDS FAIT DES EFFORTS POUR OFFRIR DES SOINS EFFICACES	Il y a beaucoup de patients qui sont resté plus de 2 jours en observation. L'évaluation de l'état nutritionnel n'est pas systématique.	L'évaluation au MUAC pour les enfants de moins de 5 ans n'est pas systématique.	On fait le transfert des cas de viol, ils ne sont pas pris en charge. L'évaluation de l'état nutritionnel n'est pas systématique chez les enfants de moins de 5 ans.
10	LA PETITE CHIRURGIE FAIT DANS LES BONNES CONDITIONS	Le stock physique ne correspond pas au stock théorique pour les gants stériles et bistouris.	Rupture de stock des gants et compresses. Pas de fiche de stock des gants stériles.	
11	LE LABORATOIRE CONTRIBUE A AFFINER LE DIAGNOSTIC		- Le filtre à eau n'est pas disponible au laboratoire. - Le matériel de laboratoire n'est pas au complet	
12	LES CIENTS RECOIVENT LES MEDICAMENTS NECESSAIRES	- Pas de registre de pharmacie pour vérifier la réception des médicaments. - Les médicaments pour les enfants malnutris ne sont pas disponibles.	- Pas de bon de commande de la période évalué - La pharmacie est sale. - Le matériel pour la pharmacie distribution n'est pas au complet.	La commande à été livrée après plusieurs mois. il est difficile d'utiliser la CMM. Donc la formule de commande n'est pas utilisée dans la période évaluée.

13	LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES ET DES PARTURIENTES EST CORRECTE	Les moustiquaires dans la salle post-partum sont sales. Rupture de stock pour les gants stériles, les fils de ligature du cordon et pommade ophtalmique.	Certaines femmes ne reviennent pas en CPON. La table d'accouchement est sale et n'est pas maniable. Le matériel pour la table d'accouchement n'est pas au complet.	Les femmes ne reviennent pas pour la CPON. La fosse à placenta n'est pas couverte.
----	--	---	--	---

SOINS PREVENTIFS

		Bukeye	Rusarenda	Shombo
14	LA CPN CONTRIBUE A L'AMELIORATION DE LA QUALITE	Les CPN1 sont tardives.	Plusieurs femmes viennent pour la CPN1 après 12SA Les examens complémentaires ne sont pas effectués en CPN.	Beaucoup de femmes viennent en CPN1 après 12 SA. Les examens complémentaires ne sont pas effectués en CPN.
15	LA PF ET LA PTME CONTRIBUENT A L'AMELIORATION DE LA QUALITE	La planification familiale n'est pas pratiquée. (CDS sous convention catholique)	Les injectables et les DIU ne sont pas réquisitionnés, stock physique zéro.	Pas de fiche de stock, tout est à la pharmacie stock. Les informations sur le partenaire ne sont pas complètes, (seulement le non).

16	LE SERVICE DE VACCINATION CONTRIBUE A L'AMELIORATION DE LA QUALITE	.	.	Le frigo est en panne. Les vaccins ne sont pas disponibles. Les mères des enfants vaccinés n'ont pas bénéficiés d'une CPON.
----	--	---	---	--

PROMOTION DE LA SANTE ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

17	L'ENCADREMENT DES ASC ET DES CONTRACTANTS SECONDAIRES	Les PV des réunions du 3 ^e trimestre ne sont pas disponibles. Les 2 sujets ne sont pas présentés (suivi psycho social des femmes enceintes séropositives et suivi de la distribution des MIILDA). L'agenda de l'ordre du jour n'est pas noté. Pas de programme pour la descente sur terrain pour les ASC.	Aucun document sur l'encadrement des ASC n'est disponible	

Les points retrouvés dans ce tableau comparatif nous ont permis d'émettre des recommandations basées sur les aspects saillants qui entravent une optimisation de la performance :

Pour l'administration du centre de santé

Nous **recommandons au BDS** de :

- Renforcer les capacités des CDS dans la gestion et l'analyse de l'information sanitaire en vue d'une prise de décisions basée sur l'évidence. La compréhension du rapport entre les réalisations et les cibles fixées dans le Business Plan pourrait aider les CDS à ajuster leurs stratégies d'amélioration de la performance.
- Planifier et organiser des formations du personnel des CDS dans le cadre du renforcement des capacités prioritairement dans les domaines où la performance restent faible.
- Assurer un audit financier conduit par le Gestionnaire du BDS auprès des CDS pour s'assurer de l'utilisation judicieuse des fonds des CDS en ligne avec les priorités mises dans le Business Plan. Ceci ne devrait pas léser l'autonomie que le FBP privilégie pour toute structure sanitaire qui l'applique. Les outils financiers comme les Livres de caisse, les livres de banque doivent être à jour à chaque descente d'audit financier.
- Appuyer les CDS pour accroître le taux de recouvrement des fonds du CDS
- Renforcer les capacités des CDS pour produire un bon rapport de suivi budgétaire

Nous **recommandons aux CDS** de :

- Améliorer l'hygiène et l'assainissement du milieu de travail et surtout la propreté des lieux d'aisance aussi bien pour le personnel que pour les patients.
- Assurer des conditions de sécurité maximales en ce qui concerne l'utilisation et le fonctionnement de l'incinérateur
- Classer et archiver les documents sources notamment les PV des réunions
- Veiller à ce que les recommandations soient traduites en actions par un suivi rigoureux du plan de mise en œuvre
- Veiller au partage des informations avec le personnel notamment les suggestions et observations des superviseurs.
- Faire respecter les directives de référence et contre-référence
- Assurer une transmission du rapport des maladies à potentiel épidémique
- Assurer la propreté et la bonne utilisation des structures d'hygiène environnementale notamment les latrines et les incinérateurs.
- Elaborer un plan d'approvisionnement des intrants et le faire respecter. Planifier et assurer les sessions de renforcement de capacités pour le personnel du CDS.
- Affirmer les conditions d'accès aux médicaments ainsi que les tarifs de soins. /
- Afficher les mesures prises pour la prise en charge des indigents.

Pour les soins curatifs :

Nous **recommandons aux CDS**, de

- Assurer un bon accueil avec une bonne prise des paramètres en rendant disponible le matériel complet
- Rendre les services disponibles 24h/24 et 7 jours sur 7 tel que cela est préconisé par le FBP éviter de garder les patients plus de 2 jours d'observation.
- Assurer les soins aux groupes vulnérables conformément aux directives du MSPLS (VBG, Femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans, indigents, etc.)
- Compléter le matériel technique dans les services respectifs notamment en petite chirurgie pour assurer les soins de qualité.
- Assurer une disponibilité permanente des médicaments essentiels
- Mettre en place toutes les dispositions nécessaires pour le dépistage et la prise en charge de la malnutrition. Assurer une évaluation systématique de l'état nutritionnel en l'intégrant dans les services disponibles au triage
- Redynamiser la sensibilisation en faveur des CPN et des CPON en collaboration avec les Agents de santé communautaire
- Améliorer les conditions de prise en charge des femmes enceintes et surtout la propreté des salles d'accouchements.
- Assurer la disponibilité permanente des intrants dans les services de maternité/
- Assurer un diagnostic de qualité en rendant disponible le matériel complet du laboratoire

Nous **recommandons aux BDS** de :

- S'assurer du respect des bonnes pratiques et de la documentation adéquate pour la gestion des médicaments.

Pour les soins préventifs,

Nous **recommandons aux BDS** de :

- Analyser les causes profondes de l'absence des examens complémentaires essentiels lors de la grossesse dans les CDS. pour les femmes enceintes
- Réquisitionner les méthodes contraceptives différentes pour varier l'offre de de PF

Aux CDS de :

- Assurer une disponibilité permanente des vaccins et une chaîne de froid bien fonctionnelle. Collaborer étroitement avec les ASC pour sensibiliser sur l'importance des CPN faites à temps
- Assurer la disponibilité permanente des examens complémentaires pour les femmes enceintes qui viennent en CPN.
- Réquisitionner les méthodes différentes pour varier l'offre de de PF.
- Intégrer dans les consultations la recherche active des informations sur les partenaires.

Pour la promotion de la santé et participation communautaire,

Nous **recommandons aux CDS** de :

- Renforcer la collaboration avec les ASC en orientant les activités de promotion de la santé vers une plus grande utilisation des services au niveau des CDS.
- Dynamiser l'organisation des réunions avec les ACS de manière régulière.
- Documenter toute activité conduite en collaboration avec les ASC.

5.2.9.2.2. PROVINCE SANITAIRE DE KAYANZA/ DISTRICT SANITAIRE MUSEMA

La contre vérification de la qualité dans les centres de santé du district Musema i en province Kayanza, s'est déroulé du 04 au 06 juin 2016. Les centres de santé de Matongo, Musagara, Gasenyi et Nyarurama nous ont reçu nos équipes pour explorer les différents aspects requis afin d'évaluer les niveaux de performance respectifs. Les scores obtenus ont été respectivement de 43,5%, 27%, 38,9% et 35,5%, ce qui donne un score moyen de 37,2%. En considérant le score moyen lors de la vérification de routine du second semestre 2015, un écart moyen de 41% a été observé. Toutefois, un écart plus prononcé de 63,5% se fait remarquer pour le centre de santé Musagara entre la Contre vérification et la vérification du second semestre 2015. En effet, ce CDS a un score le plus élevé (90,5%) pour la vérification mais la contre vérification a conclu à un plus faible niveau de performance avec 27%.

Tableau 49: Score de performance de la qualité des centres de santé du district Musema

Services évalués	Points disponibles	Points obtenus CV BDS Musema				Score moyen (%)
		Matongo	Musagara	Gasenyi	Nyarurama	
I .Administration du centre de	260	180	105	115	110	49

centre de santé						
II. Soins curatifs	530	175	125	145	165	28,8
III. Soins préventifs	160	60	20	60	80	34,4
IV. Promotion de la santé et participation communautaire	50	20	20	50	0	45
Total	950	435	270	370	355	37,6
Pourcentage (%)		43.5	27	38.9	35.5	36,2
Score Q T3 (%)		62.5	88,4%	82.1	79.5	
Score Q T4 (%)		67.5	92,5%	81	70	
Score moyen V		65	90,5	81,6	74,8	77,2
Ecart (%)		21,5	63,5	42,7	39,3	41

Ces données montrent une faiblesse plus marquée pour les soins curatifs avec un score moyen seulement 28,8,%. Notons néanmoins qu'il n'y a pas de grande variabilité entre les 4 centres de santé lorsqu'on considère les différentes composantes de la qualité.

.L'écart constaté entre la vérification de routine peut être expliqué par la rigueur appliquée par nos équipes en suivant scrupuleusement les définitions et les descriptions trouvées dans la grille conçue pour cette fin. Des échanges que nous avons eus avec les personnes évaluées, ces dernières nous donnaient parfois des explications ou des justifications différentes de ce qui est décrit dans la grille. Le tableau suivant montre de manière comparative les points forts et les points faibles des centres de santé échantillonnés.

Tableau 50 : Constats de la Contre vérification CDS du district Musema

ADMINISTRATION DU CDS

	Indicateur	Observations			
		Matongo	Musagara	Gasenyi	Nyarurama
1	LA COORDINATION DU CDS		Le nombre des membres du COSA n'est pas complet (un seul membre).	Pour le 3eme trimestre la lise des présences n'est pas annexée au PV.	
2	L'INFORMATION SANITAIRE EST COLLECTEE, ANALYSE ET UTILISEE				

3	L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL	La source d'eau n'est pas fonctionnelle. Le combustible pour l'incinérateur n'est pas renouvelé régulièrement et la fiche de stock n'est pas à jour.	L'eau courante n'est pas disponible. Le combustible pour l'incinérateur n'est pas suffisant.	Les documents montrent que le pétrole est insuffisant.	Les latrines sont sales et dégagent une mauvaise odeur. La fiche de stock pour le combustible de l'incinérateur n'est pas à jour.
4	LE CDS A LES INTRANTS NECESSAIRES		Le plan d'approvisionnement mensuel n'est pas élaboré.	Le rapport d'utilisation n'est pas précisé.	Le taux d'exécution des investissements est inférieur à 80%. Les registres de réquisition ne sont pas à jour.
5	LE RESPECT DES TARIFS				
6	LA GESTION FINANCIERE ET COMPTABLE	➤ Le taux de recouvrement est inférieur à 65%	➤ Les livres de banque ne sont pas à jour. ➤ La fiche du suivi des dettes n'est pas élaborée et le recouvrement est inférieur à 65%.	➤ Le livre de caisse n'est pas mis à jour. ➤ Les inventaires des caisses ne sont pas disponibles. ➤ Le taux de recouvrement est inférieur à 65%.	➤ Les dépenses ont été effectuées à moins de 80%. ➤ Le taux de recouvrement est inférieur à 65%.

SOINS CURATIFS

	Indicateur	Observations			
		Matongo	Musagara	Gasenyi	Nyarurama
7	L'ORGANISATION DE L'ACCUEIL ET DE L'ORIENTATION	Dans la période évaluée la prise de la TA n'est pas systématique	La prise de la TA n'est pas systématique.	La prise de la TA n'est pas systématique. Les registres ne sont pas complétés correctement.	Pour certains patients il ya des informations qui manquent dans le registre unique.
8	LA PERMANENCE DES SERVICES		L'emploi du temps des infirmiers n'est pas à jour, Les jours de congés ne sont pas complets.	Le registre des présences n'est pas disponible.	

9	LE CDS FAIT DES EFFORTS POUR OFFRIR DES SOINS EFFICACES	La prise en charge des VBG n'est pas complète : pas d'antibiotiques, pas de VAT et la prise en charge psychologique.	L'évaluation au MUAC n'est pas systématique.	La prise en charge des VBG n'est pas complète.	Pas des ARV les cas sont référés Le CDS ne fait pas la PTME.
10	LA PETITE CHIRURGIE FAIT DANS LES BONNES CONDITIONS	Les fiches de stock ne sont pas à jour.	.	.	
11	LE LABORATOIRE CONTRIBUE A AFFINER LE DIAGNOSTIC	Le matériel pour le laboratoire n'est pas complet. Il y a rupture de stock des bandelettes pour albumine et sucre.	Les tests de grossesses sont périmés.	Les bandelettes pour albumine et sucre sont périmés.	
12	LES CIENS RECOIVENT LES MEDICAMENTS NECESSAIRES	La formule n'est pas respectée pour la commande.	Les produits de décontamination ont été achetés depuis 6 mois. Pas de spatules dans la pharmacie distribution.	Les bons de commande ne sont pas disponibles. Il y a des fiches de stock qui ne sont pas disponibles.	Pour certains médicaments le stock physique ne correspond pas au stock théorique. Il y a des poussières sur les étagères de la pharmacie. Pas de registre de pharmacie (source de vérification).
13	LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES ET DES PARTURIENTES EST CORRECTE	Les moustiquaires dans la salle post partum sont sales.	Les moustiquaires dans la salle post-partum sont sales.	Les moustiquaires dans la salle post-partum sont sales.	Pas de draps dans la salle post-partum et les moustiquaires sont sales.

SOINS PREVENTIFS

		Matongo	Musagara	Gasenyi	Nyarurama
--	--	---------	----------	---------	-----------

14	LA CPN CONTRIBUE A L'AMELIORATI ON DE LA QUALITE	L'âge de la grossesse n'est pas respecté pour la CPN1	Les femmes font des CPN tardives Tous les examens ne sont pas effectués.	Certaines femmes font des CPN tardives. Rupture de stock des tests VIH vers la fin du T4	Tous les examens ne sont pas effectués. Les femmes effectuent des CPN tardives.
15	LA PF ET LA PTME CONTRIBUENT A L'AMELIORATI ON DE LA QUALITE	Il ya des contraceptifs qui manquent.	Le matériel pour DIU n'est pas stérile (abandonné) Les informations sur le partenaire ne sont pas complétées.	La PF n'est pas effectuée (CDS agréée)	Certains contraceptifs ne sont pas disponibles et leurs fiches de stock ne sont pas disponibles.
16	LE SERVICE DE VACCINATION CONTRIBUE A L'AMELIORATI ON DE LA QUALITE	Les VAR et les seringues de dilution ne sont pas disponibles et leurs fiches de stock ne sont pas à jour.	Mauvais déplacement des vaccins d'où ils sont endommagés. Pas de fiche de stock pour les seringues.	.	.

PROMOTION DE LA SANTE ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

		Matongo	Musagara	Gasenyi	Nyarurama
17	L'ENCADREMENT DES ASC ET DES CONTRACTANTS SECONDAIRES	Manque de liste de présence des participants pour le T3.	Pas de programme de formation pour l'encadrement des ASC		Pas de programme de formation pour les ASC. Pas de programme de descente sur le terrain pour l'encadrement des ASC.

Concernant l'**administration du CDS**,

Nous **recommandons aux CDS** de:

- Améliorer l'hygiène et l'assainissement du milieu de travail surtout de la propreté des latrines, l'entretien des incinérateurs.
- Garder à jour les fiches de stock des combustibles pour incinérateurs.
- Améliorer les conditions d'accès aux médicaments pour les patients
- Assainir la gestion financière et comptable pour plus de transparence en gardant à jour les livres de caisse, les inventaires, les fiches de dettes, etc.
- Elaborer et respecter le plan d'approvisionnement en intrants du CDS

Nous **recommandons aux BDS** de :

- Apporter un appui technique dans la planification et l'organisation des formations du personnel des CDS en priorisant les thématiques qui aideront dans l'amélioration de la performance.
- Appuyer les CDS dans le recouvrement des fonds.

Des soins curatifs,

Nous **recommandons aux CDS** de :

- Intégrer systématiquement la prise des paramètres vitaux pour tous les patients qui viennent en consultation en vue d'assurer une prise en charge objective basée sur des évidences cliniques.
- Assurer la disponibilité du matériel essentiel pour des examens complémentaires notamment le glucomètre et ses bandelettes
- Renforcer les capacités de dépistage et de prise en charge de la malnutrition dans les aires de responsabilité.
- Améliorer la qualité des examens de laboratoire et la disponibilité permanente des intrants nécessaires.
- Améliorer la gestion des médicaments en tenant à jour les outils de gestion y relatifs et en rendant ces médicaments et consommables accessibles aux patients.
- Assurer une prise en charge efficace des VBG, de la malnutrition et de l'infection VIH/SIDA.

Des soins préventifs

- Améliorer des CPN en assurant les examens complémentaires de premier niveau et en respectant l'âge de la grossesse pour CPN1 et CPN2.
- Sensibiliser les femmes en âge de procréer sur l'importance de s CPN faites a temps
- Assurer une bonne conservation des vaccins en entretenant une bonne chaine de froid. .
- Assurer une disponibilité permanente des vaccins et autres matériaux de vaccination
- Rendre disponibles les contraceptifs et assurer leur bonne conservation.

De la promotion de la santé et participation communautaire

- Améliorer les activités d'encadrement des ASC et des contractants secondaires en assurant une formation complète des ASC

5.2.9.2.3. PROVINCE SANITAIRE DE CANKUZO/_DISTRICT SANITAIRE CANKUZO

Les visites de contre vérification dans les centres de santé échantillonnés du district Cankuzo ont été effectuées du 07 au 09 juin 2016. Les centres de sante concernés étaient Gitanga, Twinkwavu et Murehe. Ces trois structures ont obtenu des scores respectifs de 21,5%, 31% et 28,5%, ce qui donne un score moyen de 27% En comparant avec le score moyen lors de la vérification de routine du second semestre 2015, un grand écart de 55,7% s'est dégagé.

Tableau 51 : Score de performance de la qualité des centres de santé du district Cankuzo

Services évalués	Points disponibles	Points obtenus CV BDS Cankuzo			Score moyen (%)
		Gitanga	Twinkwavu	Murehe	
I .Administration du centre de centre de santé	260	50	10	40	12,8
II. Soins curatifs	530	85	260	125	29,6
III. Soins préventifs	160	80	20	100	41,7
IV. Promotion de la santé et participation communautaire	50	0	20	20	26,7
Total	950	215	310	285	28,4
Pourcentage (%)		21.5	31	28.5	27
Score Q T3 (%)		94	65.5	87	
Score Q T4 (%)		87.5	79	83	83,2
Score moyen V (%)		90,8	72,3	85	82,7
Ecart (%)		69,3	41,3	56,5	55,7

Ce mauvais score est du aux mauvaises notes pour les composantes portant sur l'administration du centre de santé, les soins préventifs et la promotion de la sante qui enregistrent moins de 30% de la performance moyenne. L'administration du centre de santé affiche la plus faible performance à 12,8%.

L'écart entre la contre vérification et la vérification de routine lors du quatrieme trimestre peut être expliqué par le niveau de rigueur entre la vérification de routine et la Contre vérification. En effet, certains détails ayant été à l' origine d'une perte importante des points dans les différents centres de santé n'ont pas été pris en compte lors des deux vérifications de routine.

Le tableau suivant montrant les composantes de la qualité relève les points positifs et les points négatifs ayant justifié les notes attribués lors de la contre vérification.

Tableau 52: Constats de la Contre vérification CDS du district Cankuzo

ADMINISTRATION DU CDS

	Indicateur	Observations		
		Gitanga	Twinkwavu	Murehe

1	LA COORDINATION DU CDS	➤ Les recommandations ne sont pas suivies lors des réunions. ➤ Pas de PV pour le mois de septembre.	➤ Les recommandations ne sont pas suivies lors des réunions. ➤ Pas de points forts et points faibles dans le rapport de suivi du contractant secondaire pour le T3.	➤ Les recommandations ne sont pas suivies lors des réunions. ➤ Les recommandations des superviseurs et de l'équipe de CPVV ne sont pas présentées aux participants.
2	L'INFORMATION SANITAIRE EST COLLECTÉE, ANALYSE ET UTILISÉE	➤ Pas de suivi de recommandations des mois précédentes.	➤ Parmi les indicateurs il n'y a pas de référence et contre référence.	➤ Pas de PV pour le mois de septembre.
3	L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL	➤ Pas de fiches de stock pour le combustible de l'incinérateur. ➤ Les latrines sont sales, non couvertes et dégagent une mauvaise odeur.	➤ L'incinérateur est en cours de construction (on utilise la fosse à cendre) ➤ Les latrines ne sont sales et dégagent une mauvaise odeur. ➤ Les salles sont sales ➤ Le CDS n'est pas débroussaillé.	➤ Le matériel pour l'entretien de l'incinérateur n'est pas au complet. ➤ Les latrines ne sont pas couvertes et sont sales.
4	LE CDS A LES INTRANTS NECESSAIRES	➤ Le taux d'exécution des investissements prévus est inférieur à 80%. ➤ Pas de plan d'approvisionnement mensuel pour la période évaluée.	Le taux d'exécution des investissements est inférieur à 80%. Pas de rapport d'utilisation du stock pour chaque réquisition.	Le taux d'exécution des investissements est inférieur à 80%.
5	LE RESPECT DES TARIFS		➤ Les conditions d'accès aux médicaments et examens complémentaires pour les enfants de moins de 5 ans ne sont pas affichées. ➤ Les tarifs des soins et des médicaments ne sont pas affichés au public.	

6	LA GESTION FINANCIERE ET COMPTABLE	Le rapport de suivi budgétaire ne respecte pas le canevas du BDS.	- Le taux des dépenses est inférieur à 80%. - Le taux de recouvrement est inférieur à 65%. - Le taux d'exécution du budget d'investissement est inférieur à 80%.	- Le taux d'exécution des dépenses est inférieur à 80%. - Le rapport de suivi budgétaire n'est pas disponible. - Le journal des recettes n'est pas disponible.
---	------------------------------------	---	--	--

SOINS CURATIFS

	Indicateur	Observations		
		Gitanga	Twinkwavu	Murehe
7	L'ORGANISATION DE L'ACCUEIL ET DE L'ORIENTATION	Les patients ne bénéficient pas de prise de TA systématique. Le matériel pour l'accueil n'est pas complet.	La prise de TA n'est pas systématique. Pas de glucomètre ni hémoglobinomètre pour le service d'accueil.	Les patients ne bénéficient pas de prise de TA de façon systématique.
8	LA PERMANENCE DES SERVICES	L'emploi du temps des infirmiers n'est pas actualisé. Le mécanisme d'intérim n'est pas au complet.	L'emploi du temps des infirmiers n'est pas actualisé.	.
9	LE CDS FAIT DES EFFORTS POUR OFFRIR DES SOINS EFFICACES	L'évaluation de l'état nutritionnel n'est pas systématique. Les résultats de l'examen de crachat contrôle ne sont pas marqué sur la fiche de traitement.		La prise en charge des VBG n'est pas complète. L'évaluation de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5ans n'est pas systématique
10	LA PETITE CHIRURGIE FAIT DANS LES BONNES CONDITIONS	Le stock physique ne correspond pas au stock théorique pour certains matériels. Il ya rupture de stock pour certains matériels.		Le stock physique ne correspond pas au stock théorique pour les fils de suture.
11	LE LABORATOIRE CONTRIBUE A AFFINER LE DIAGNOSTIC	Les bandelettes pour albuminurie et glycosurie sont périmés.	Rupture de stock pour certains matériels.	Pas de filtre à eau. Les bandelettes pour albuminurie et glycosurie sont périmés.

12	LES CIENS RECOIVENT LES MEDICAMENTS NECESSAIRES	➤ Les enfants malnutris n'ont pas reçus le plumpy-nut et le vit A.	➤ Le matériel pour la pharmacie de distribution est incomplet.	➤ Le filtre à eau est en panne. ➤ Le matériel pour la pharmacie de distribution est incomplet.
13	LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES ET DES PARTURIENTES EST CORRECTE	➤ Pas de draps dans la salle post-partum et les moustiquaires sont sales.	➤ Pas de draps dans la salle post-partum. ➤ Il ya rupture de stock pour certains matériels pour la salle d'accouchement.	➤ Certaines moustiquaires dans la salle post-partum sont sales. ➤ La fosse à placenta ne ferme pas à clé.

SOINS PREVENTIFS

		Gitanga	Twinkwavu	Murehe
14	LA CPN CONTRIBUE A L'AMELIORATION DE LA QUALITE	➤ Les CPN1 sont tardives. ➤ Les examens complémentaires ne sont pas effectués.	➤ Les CPN sont tardives. ➤ Les examens complémentaires ne sont pas effectués.	➤ Les examens complémentaires ne sont pas effectués.
15	LA PF ET LA PTME CONTRIBUENT A L'AMELIORATION DE LA QUALITE	➤ La cible n'est pas atteinte pour le T4.	• Pas de fiches de stocks pour certains contraceptifs, et rupture de stock pour certains matériels. • Seulement 50% de la cible trimestrielle est atteint.	• Certaines femmes ne respectent pas les dates de rendez-vous.

16	LE SERVICE DE VACCINATION CONTRIBUE A L'AMELIORATION DE LA QUALITE		Certaines femmes ne reviennent pas en CPON.	
----	--	--	---	--

I. PROMOTION DE LA SANTE ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

		Gitanga	Twinkwavu	Murehe
17	L'ENCADREMENT DES ASC ET DES CONTRACTANTS SECONDAIRES	- Les PV des réunions du 3^e trimestre ne sont pas disponibles - Pas d'échéance de mise en œuvre pour les décisions prises.	le taux d'exécution du programme de formation pour les ASC est inférieur à 80%.	Parmi les sujets présentés il n'y a pas de suivi des femmes enceintes séropositives.

Les points relevés dans les trois centres de santé nous ont permis de formuler des recommandations suivantes :

De l'administration du CDS,

- Renforcer les capacités des CDS dans et la gestion de l'information sanitaire pour que ces derniers puissent l'utiliser efficacement dans le choix des stratégies d'amélioration de la performance.
- Améliorer le suivi des recommandations relatives à l'information sanitaire

Nous **recommandons aux CDS** de:

- Améliorer l'environnement de travail et surtout la propreté des latrines pour les patients et pour le personnel ainsi que l'entretien sécurisé des incinérateurs et des fosses à cendres. .
 - Mettre à jour les fiches de stock pour les combustibles de l'incinérateur.
 - Assurer le suivi de la mise en œuvre des recommandations émises lors des réunions avec le personnel.
 - .Elaborer un plan D'approvisionnement et assurer son exécution
 - Afficher les conditions d'accès aux médicaments, aux examens complémentaires ainsi que les tarifs des soins.
- Produire le rapport de suivi budgétaire qui respecte le canevas du BDS.

Des Soins curatifs,

Nous **recommandons aux CDS** de :

- Intégrer la prise systématique des paramètres vitaux lors de la prise en charge des patients. La négligence sur cet aspect est un manquement grave parce qu'il dénote une prise en charge subjective des patients sans avoir fait l'examen clinique convenablement.
- Intégrer l'évaluation systématique de l'état nutritionnel dans l'examen clinique des enfants malades.
- Rendre disponible et compléter les fiches de stock des médicaments et autres intrants
- Compléter le matériel et les intrants essentiels pour la petite chirurgie en vue d'assurer des soins de qualité
- Mettre à jour les fiches de stock de matériel de petite chirurgie
- Compléter le matériel de laboratoire notamment le glucomètre, bandelettes pour albuminurie et glycosurie en bonnes conditions de conservation
- Mettre en place un registre de pharmacie qui puisse montrer comment les clients ont reçu les médicaments. Ceci améliorerait la traçabilité de la distribution des médicaments.
- Assurer la disponibilité permanente des médicaments dans la salle d'accouchement.
- Assurer une disponibilité permanente des médicaments et autres consommables notamment le Plumpy Nut et la Vitamine A.
- Assurer les conditions optimales d'hygiène notamment la fermeture des fosses à placenta.
- Mettre les draps dans la salle du post partum.

Des Soins préventifs,

- Sensibiliser les femmes en âge de procréer sur l'importance des CPN faites dans les délais indiqués.
- Rendre disponibles les examens complémentaires pour les femmes enceintes.
- Améliorer la gestion des stocks de contraceptifs.
- Sensibiliser les femmes sur le respect des rendez-vous pour la PF.

De la Promotion de la Santé et Participation Communautaire

- Assurer un encadrement régulier des ASC en essayant de compléter les sujets traités.

5.2.9.2.4. PROVINCE SANITAIRE DE GITEGA/_DISTRICT SANITAIRE RYANSORO

Les centres de santé échantillonnés dans la province de Gitega, district Ryansoro ont été contre vérifiés entre le 10 au 12 juin 2016. Les scores de performance obtenus par les centres de santé de Rurimbi, Mugaruro et Nyangwa ont été respectivement de 32,5%, 58% et 31,5% ce qui fait un score moyen de 40,6%. Un écart de 32,1% a été remarqué et témoigne de la discordance entre les scores issus de la Contre vérification et la vérification de routine pour le quatrième trimestre. Ce dernier a reçu un score moyen de vérification de 72,7%.

Tableau 53 : Score de performance de la qualité des centres de santé du district Ryansoro

Services évalués	Points disponibles	Points obtenus CV BDS Ryansoro			Score moyen (%)
		Rurimbi	Mugaruro	Nyangwa	

I.Administration du centre de centre de santé	260	130	140	95	46,8
II. Soins curatifs	530	95	380	145	39
III. Soins préventifs	160	80	40	60	37,5
IV. Promotion de la santé et participation communautaire	50	20	20	0	26,7
Total	950	325	580	300	42,3
Performance (%)		32.5	58	31.5	40,6
Score Q T3 (%)		79	81	-	
Score Q T4 (%)		61	81.5	75.7	72,7
Score moyen V (%)		70	81,3	75,7	75,7
Ecart (%)		37,5	23,3	44,2	35,1

Comme cela a été constaté dans d'autres provinces, cet écart traduit une différence issue de la rigueur appliquée lors de la contre vérification et non une tentative de tricherie de la part des centres de santé évalués. Cependant cet écart montre la nécessité de réactiver une vérification de routine méticuleuse et orientée vers des suggestions de correction des insuffisances constatées. Nous recommandons à la CT- FBP de procéder à un recyclage des méthodes de vérifications et de produire un guide de vérification qui attire l'attention sur les détails importants qui renforcent les bonnes pratiques de l'amélioration de la qualité.

Le tableau suivant montre les détails qui ont été relevés et qui ont été à la base des scores attribués aux différentes composantes de la qualité dans les CDS.

Tableau 54 : Constats de la Contre vérification CDS du district Ryansoro

ADMINISTRATION DU CDS

	Indicateur	Observations		
		Rurimbi	Mugaruro	Nyangwa
1	LA COORDINATION DU CDS			➤ Les recommandations ne sont pas suivies lors des réunions
2	L'INFORMATION SANITAIRE EST COLLECTEE, ANALYSE ET UTILISEE		➤ Les PV ne montrent pas les problèmes relevés pendant le mois concerné.	➤ Parmi les indicateurs il n y a pas de référence et contre référence.

3	L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL	➤ Les points d'eau ne sont pas disponibles dans les salles. ➤ Les latrines sont sales et dégagent une mauvaise odeur.	➤ Pas de brosse pour nettoyer l'incinérateur et les couvercles sont en mauvais état ➤ Les latrines ne se ferment pas de l'intérieur.	➤ Les latrines sont sales, non couvertes et dégagent une mauvaise odeur. ➤ Le matériel pour le nettoyage de l'incinérateur n'est pas complet.
4	LE CDS A LES INTRANTS NECESSAIRES	• Le taux d'exécution des investissements est inférieur à 80%.	➤ Pas de plan d'approvisionnement mensuel en matériel consommables non médicaux pour la période évaluée.	➤ Le taux d'exécution des activités de renforcement de capacités est à 0%.
5	LE RESPECT DES TARIFS			➤ Les conditions de prise en charge des indigents ne sont pas affichées.(pas de recouvrement on les aide volontairement).
6	LA GESTION FINANCIERE ET COMPTABLE	➤ Le taux d'exécution des investissements est inférieur 80% ➤ Le taux d'exécution des dépenses est inférieur à 80%.		

SOINS CURATIFS

	Indicateur	Observations		
		Rurimbi	Mugaruro	Nyangwa
7	L'ORGANISATION DE L'ACCUEIL ET DE L'ORIENTATION		➤ Le matériel pour l'accueil est incomplet.	➤ La prise de TA n'est pas systématique. ➤ Le matériel pour l'accueil est incomplet.

8	LA PERMANENCE DES SERVICES			.
9	LE CDS FAIT DES EFFORTS POUR OFFRIR DES SOINS EFFICACES	➤ Les points d'eau ne sont pas disponibles dans les salles. ➤ Les latrines sont sales et dégagent une mauvaise odeur.		➤ L'évaluation de l'état nutritionnel n'est pas systématique.
10	LA PETITE CHIRURGIE SE FAIT DANS LES BONNES CONDITIONS	• Le taux d'exécution des investissements est inférieur à 80%.		
11	LE LABORATOIRE CONTRIBUE A AFFINER LE DIAGNOSTIC	.	Il y a rupture de stock pour les bandelettes pour albuminurie et glycosurie.	Les bandelettes pour albuminurie et glycosurie ainsi que les tests VIH sont périmés.
12	LES CLIENTS REÇOIVENT LES MÉDICAMENTS NÉCESSAIRES	➤ Le taux d'exécution des investissements est inférieur 80% ➤ Le taux d'exécution des dépenses est inférieur à 80%.	Pas de registre de pharmacie pour vérifier la réception des médicaments.	Pour certains médicaments le stock théorique ne correspond pas au stock physique. L'un des produits de décontamination a été acheté depuis 6 mois et il est périmé. Pas de spatule parmi le matériel de la pharmacie de distribution.
13	LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES ET DES PARTURIENTES EST CORRECTE			Pas de draps dans la salle post-partum. La fosse à placenta n'est pas fermée à clé.

SOINS PREVENTIFS

		Rurimbi	Mugaruro	Nyangwa
14	LA CPN CONTRIBUE A L'AMELIORATION DE LA QUALITE	➤ Les examens complémentaires ne sont pas effectués.	➤ Les CPN1 et CPN2 sont faites tardivement. ➤ Les examens complémentaires ne sont pas effectués.	➤ Les CPN1 sont faites après 12SA. ➤ Les examens complémentaires ne sont pas effectués systématiquement.
15	LA PF ET LA PTME CONTRIBUE A L'AMELIORATION DE LA QUALITE	• Il ya rupture de stock pour certains contraceptifs. • La cible n'est pas atteinte.	➤ Les rendez-vous ne sont pas respectés pour certains clients.	➤ La planification familiale n'est pas pratiquée (CDS agréée).
16	LE SERVICE DE VACCINATION CONTRIBUE A L'AMELIORATION DE LA QUALITE	.	➤ Il ya rupture de stock pour PCV13.	.

PROMOTION DE LA SANTE ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

		Rurimbi	Mugaruro	Nyangwa
17	L'ENCADREMENT DES ASC ET DES CONTRACTANTS SECONDAIRES	Pas de programme ni PV de formation pour les acteurs communautaires	➤ Pas d'échéances de mise en œuvre des décisions prises.	➤ Le PV de réunion pour septembre n'est pas disponible. ➤ Le suivi psychosocial des femmes enceintes séropositives et la distribution des MILDAs ne sont pas présentés lors des réunions.

Recommandations :

De l'Administration du CDS,

Nous recommandons aux CDS de :

- Améliorer l'hygiène et l'environnement de travail notamment en gardant propres les latrines et en entretenant l'incinérateur

- Elaborer le plan d'approvisionnement des intrants et l'exécuter au mieux possible.

Des Soins curatifs,

Nous **recommandons aux CDS** de :

- Intégrer la prise systématique des paramètres vitaux pour assurer un bon diagnostic et une meilleure prise en charge des patients. (TA, température, perimètres brachial et cranien pour les enfants de moins de 5 ans, poids, taille, etc).
- Intégrer l'évaluation systématique de l'évaluation de l'état nutritionnel chez tous les patients notamment les enfants de moins de 5 ans.
- Prendre toutes les dispositions nécessaires pour assurer un dépistage systématique et une prise en charge de la malnutrition. La réintégration du screening pour la nutrition devrait être étudiée dans le circuit du patient, surtout pour les enfants.
- Rendre disponible les intrants pour le laboratoire notamment les bandelettes pour l'Albuminurie et la glucosurie.
- Remettre en vigueur la tenue du registre de pharmacie à jour pour améliorer la gestion transparente des médicaments et autres consommables

Nous **recommandons a la CT- FBP** de :

- Réviser la grille de vérification pour exiger l'intégration du screening systématique pour la malnutrition dans l'examen des enfants de moins de 5 ans. Ce screening pour la nutrition devrait être intégré dans le circuit du patient, surtout pour les enfants et les aspects spécifiques incorporés dans la vérification communautaire.

Des soins préventifs,

Nous **recommandons aux CDS** de:

- Redynamiser la sensibilisation communautaire des femmes en faveur de respect des semaines d'aménorrhée pour venir aux CPN.
- Rendre disponibles les examens complémentaires pour les femmes enceintes venant pour les CPN.
- Assurer examens complémentaires essentiels pour assurer un bon suivi de la grossesse. Assurer une disponibilité permanente des contraceptifs. Sensibiliser les femmes en âge de procréer sur l'importance de respecter les rendez-vous pour la contraception.

De la Promotion de la Sante et Participation Communautaire

Nous **recommandons aux CDS** de :

- Renforcer la formation des acteurs communautaires et le suivi de leurs interventions en les orientant vers les problèmes prioritaires trouvés dans le centre de santé notamment la faible utilisation des services.
- Renforcer et améliorer la qualité des sessions organisées pour l'encadrement des ASC en abordant des sujets diversifiés notamment le suivi psychosocial des femmes enceintes.

Nous **recommandons aux BDS** de :

- Redynamiser la collaboration active entre les équipes des CDS et les acteurs communautaires orientée vers la résolution des problèmes identifiés au cours de la période précédente.
- Planifier et organiser les formations des équipes des CDS sur l'amélioration continue de la participation communautaire en collaboration avec les techniciens du DPSHA.

5.2.9.2.5. PROVINCE SANITAIRE DE BURURI/_DISTRICT SANITAIRE BURURI

Les descentes de contre vérification qualitative des centres de santé du district Bururi ont eu lieu en dates du 13 au 16 Juin 2016. Les centres qui ont fait l'objet de nos visites sont le CDS Nyantobo, CDS Kajabure, CDS Bugeni, CDS Bamba et le CDS Kirembe. Les scores de performance obtenus au bout de ce travail sont respectivement de 27%, 35,5%, 17,5%, 22% et 26,8% ce qui donne un score moyen de 25,8%. Comparé au score moyen obtenu par les centres de santé lors de la vérification de routine du quatrième trimestre (74,7%), un écart de 48,9%.

Tableau 55 : Score de performance de la qualité des centres de santé du district Bururi

Services évalués	Points disponibles	Points obtenus CV BDS Bururi					Score moyen (%)
		Nyantobo	Kajabure	Bugeni	Bamba	Kirembe	
I. Administration du centre de centre de santé	260	35	40	0	65	80	17
II. Soins curatifs	530	135	185	75	95	95	22,1
III. Soins préventifs	160	80	110	100	60	80	53,7
IV. Promotion de la santé et participation communautaire	50	20	20	0	0	0	16
Total	950	270	355	175	220	255	26,8
Performance (%)		27	35.5	17.5	22	26.8	25,8
Score Q T3 (%)		45.5	86.5	69.5	87	85	
Score Q T4(%)		45.5	86.5	69.5	87	85	74,7
Score moyen V		45,5	86,5	69,5	87	85	74,7
Ecart (%)		18,5	51	52	65	58,2	48,9

Ces données montrent une plus grande faiblesse des centres de santé pour « l'administration du CDS » et la promotion de la sante. Les centres qui en souffrent le plus sont le CDS Bugeni, le CDS Bamba et le CDS Kiremba pour la faible promotion de la sante et la participation communautaire et le CDS. Les centres de sante de Nyantobo, Kajabure et Bugeni affichent des faiblesses pour l'administration du centre de santé.

Les soins préventifs présentent des scores de performance appréciables dans les 5 centres de santé avec des scores supérieurs ou égaux à 50%. .

Le tableau suivant retrace les points qui ont justifié l'obtention ou la perte des points pour les CDS respectifs.

Tableau 56 : Constats de la Contre vérification CDS du district Bururi

ADMINISTRATION DU CDS

	Indicateur	Observations				
		Nyantobo	Kajabure	Bugeni	Bamba	Kiremba
1	LA COORDINATION DU CDS	Pas d actions proposées ni l'échéance de mise en œuvre des recommandations.		Les documents sont mal archivés. Il y a des PV des réunions qui manquent. Les recommandations ne sont pas suivies.	Pas de rapport financier ni les remarques dans les PV.	Pas de remarque pour le rapport financier. Pas de suivi des recommandations des superviseurs et des vérificateurs du CPVV.
2	L'INFORMATION SANITAIRE EST COLLECTEE, ANALYSE ET UTILISEE	Il ya des rapports qui ont été transmis tardivement au T4.	Certains rapports de 16 maladies sous surveillance ont été transmis tardivement pour T3etT4.	Le registre de transmission des rapports est mal complété. Pas de liste des indicateurs et les deux thèmes ne sont pas analysés (actions communautaire, références et contre référence).	Pas de source de vérification des dates de transmission des rapports pour les 7 maladies et les 16 maladies.	Le rapport mensuel du SIS du mois de décembre a été transmis tardivement. Le rapport des 16 maladies du mois de juillet a été transmis tardivement.

3	L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL	Le point d'eau n'est pas disponible à côté des latrines. L'incinérateur n'est pas nettoyé et le matériel d'entretien n'est incomplet.	Pas d'incinérateur (on utilise seulement la fosse à cendre) Les latrines ne sont pas couvertes et il n'y a pas de point d'eau à côté.	L'eau courante n'est pas disponible dans les services. Les latrines sont sales, non couvertes et dégagent une mauvaise odeur. L'incinérateur est mal construit, il n'est pas nettoyé et il y a des déchets au voisinage immédiat.	Certaines latrines ne se ferment pas de l'intérieur et le point d'eau n'est pas fonctionnel. L'incinérateur n'est pas entretenu et il y a les déchets dans le voisinage immédiat.	Les latrines sont sales, ne sont pas couvertes et dégagent une mauvaise odeur L'incinérateur est inexistant.
4	LE CDS A LES INTRANTS NECESSAIRES	Les plans d'approvisionnement mensuels ne précisent pas les prix unitaires et les prix totaux.	Le taux d'exécution des investissements est inférieur à 80%. Le rapport d'utilisation n'est pas complet.	Les plans d'approvisionnement mensuel en matériels non médicaux n'ont pas été élaborés. Le taux d'exécution des investissements est inférieur à 80%.		
5	LE RESPECT DES TARIFS	Les conditions pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans ne sont pas affichées.	Les conditions de prise en charge ne sont pas affichées.	Les conditions pour les indigents ne sont pas affichées. Les conditions pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans ne sont pas affichés.	Pas de conditions pour la prise en charge des femmes enceintes et des indigents. Les tarifs de soins ne sont pas affichés.	Les conditions pour les indigents, les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans ne sont pas affichés.
6	LA GESTION FINANCIERE ET COMPTABLE	Le taux de recouvrement est inférieur 65%. L'inventaire caisse ne se fait pas correctement. Pas de livre de caisse (confusion avec le journal des	Pas de livre de caisse (confusion avec le journal des recettes). L'inventaire caisse n'est pas fait correctement.	Les livres de banques et les livres de caisse ne sont pas à jour. L'inventaire caisse n'est pas fait correctement. Le taux de recouvrement est inférieur à	Les outils de gestion ne sont pas adaptés. L'inventaire concerne une seule caisse alors qu'ils ont plusieurs caisses. Le rapport de suivi	L'inventaire n'est pas fait pour toutes les caisses.

		recettes).	Le taux d'exécution du budget d'investissement est inférieur à 80%.	65%. Le taux d'exécution du budget est inférieur à 80%.	budgetaire ne respecte pas le canevas du BDS.	
--	--	------------	---	--	---	--

SOINS CURATIFS

	Indicateur	Observations				
		Nyantobo	Kajabure	Bugeni	Bamba	Kiremba
7	L'ORGANISATION DE L'ACCUEIL ET DE L'ORIENTATION	Pas d'hémoglobino mètre.	Le matériel pour le service d'accueil et consultation est incomplet.	Pas de glucomètre et hémoglobino mètre.	La prise de la tension artérielle n'est pas notée dans les registres. Pas de glucomètre et hémoglobino mètre.	Pas de glucomètre ni hémoglobino mètre.
8	LA PERMANENCE DES SERVICES			Le registre des présences n'est pas à jour depuis le mois d'avril 2016.	Le calendrier des congés n'est pas disponible.	Le calendrier des congés n'est pas disponible.
9	LE CDS FAIT DES EFFORTS POUR OFFRIR DES SOINS EFFICACES	L'évaluation de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5ans n'est pas systématique.	La prise en charge des cas de viol basés sur le genre n'est pas complète. L'évaluation de l'état nutritionnel n'est pas systématique.	L'évaluation de l'état nutritionnel n'est pas systématique.	Les tuberculeux sous traitement ne sont pas suivis.	L'évaluation de l'état nutritionnel n'est pas systématique.
10	LA PETITE CHIRURGIE SE FAIT DANS LES BONNES CONDITIONS	Il y a la rupture de stock pour certains médicaments. Pour certains médicaments le stock théorique ne correspond pas au stock physique.	Le stock théorique ne correspond pas au stock physique pour les boîtes de sécurité.	Les fiches de stock ne sont pas à jour. Il y a rupture de stock pour certains matériels. Le stock physique ne correspond	Pour les gants stériles le stock physique ne correspond au stock théorique.	Les fiches de stock ne sont pas à jour. Rupture de stock pour certains matériels.

				pas au stock matériel pour les bistouris.		
1 1	LE LABORATOIRE CONTRIBUE A AFFINER LE DIAGNOSTIC	Pas de filtre à eau. Il ya rupture de stock pour certains médicaments. Le registre de laboratoire n'est pas à jour.	Pas de filtre a eau. Les flacons à selles ne sont pas adaptés. Rupture de stock pour test VIH, bandelette s pour albuminurie et glycosurie.	Pas de filtre a eau et pas de muniterie. Les bandelettes pour albumine et sucre sont périmés et il y a rupture de stock pour les tests de grossesse.	Pas de filtre a eau. Rupture de stock pour les tests de grossesse.	Certains matériels ne sont pas disponibles (l'armoire est fermé).
1 2	LES CIENTS RECOIVENT LES MEDICAMENTS NECESSAIRES	Pas de registre de pharmacie pour vérifier la réception des médicaments. Pour certains médicaments le stock théorique ne correspond pas au stock physique.		Pas de registre de pharmacie. La pharmacie est salle Rupture de stock pour les produits de décontamination. Le matériel pour la pharmacie de distribution est incomplet.	Pas de registre de pharmacie. L'un des produits de décontamination est périmé. Le matériel pour la pharmacie de distribution est incomplet.	Pas de dates sur les bons de commandes et la formule ne sont pas respectée. ➤ Pas de registre de pharmacie.
1 3	LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES ET DES PARTURIENTES EST CORRECTE	Pas de moustiquaires pour certains lits dans la salle post-partum. Il ya rupture de stock pour les gants stériles La fosse à placenta ne ferme pas à clé.	La maternité ne dispose pas de point d'eau et la fosse à placenta ne ferme pas à clé.	Pas de moustiquaire dans la salle post-partum. Le matériel pour la salle d'accouchement est incomplet.	Pas de draps ni moustiquaires dans la salle post-partum. La fosse à placenta ne ferme pas à clé.	Pas de draps dans la salle post-partum. Il y a rupture de stock pour les gants stériles et le fil de ligature du cordon.

SOINS PREVENTIFS

		Nyantobo	kajabure	Bugeni	Bamba	Kiremba
14	LA CPN CONTRIBUE A L'AMELIORATION DE LA QUALITE	Les examens complémentaires ne sont pas effectués systématiquement . Les CPN1 sont tardives.	Les CPN1 sont tardives. Les examens complémentaires ne sont pas systématiques.	Les examens complémentaires ne sont pas effectués.	Les examens complémentaires ne sont pas systématiques.	Les examens complémentaires ne sont pas effectués.
15	LA PF ET LA PTME CONTRIBUE A L'AMELIORATION DE LA QUALITE	Les informations sur le partenaire sont incomplètes.		Les informations pour les partenaires sont incomplètes pour certaines fiches.	Le classement des fiches ne se fait pas par mois de rendez vous pour certains cas.	
16	LE SERVICE DE VACCINATION CONTRIBUE A L'AMELIORATION DE LA QUALITE	.		.	Rupture de stock pour certains vaccins	.

PROMOTION DE LA SANTE ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

		Nyantobo	Kajabure	Bugeni	Bamba	Kiremba
17	L'ENCADREMENT DES ASC ET DES CONTRACTANTS SECONDAIRES	les formations des acteurs communautaires n'ont pas été effectuées.	Les acteurs communautaires ne sont pas formés.	- Le PV des réunions ne sont pas disponible pour le T3. - Pas de programme de descente sur terrain pour les agents de santé communautaire. - Les acteurs communautaires ne sont pas formés.	Pas de PV des réunions.	- Le programme de descente sur terrain a été exécuté a moins de 80%. - La formation des acteurs communautaire n'est pas effectuée.

L'analyse des points positifs et des points négatifs trouvés dans les centres du district Bururi nous a permis d'émettre des recommandations en vue d'une amélioration future de la performance.

De l'Administration du CDS

Nous **recommandons aux CDS** de :

- Assurer le suivi des recommandations issues des réunions précédentes pour renforcer la coordination du CDS.

Dans l'optique de renforcer un travail d'équipe et d'améliorer la transparence, le titulaire a besoin d'impliquer tout le personnel dans le partage des rôles et des responsabilités afin de mobiliser leurs contributions dans l'amélioration de la performance. Il a été constaté que dans les structures visitées que lorsqu'une personne clé est absente de la structure, l'accès aux informations est très limité, ce qui montre que le partage d'information est très insuffisant.

- Assurer un environnement sécurisé de travail avec du matériel complet pour l'utilisation de l'incinérateur et les fosses à cendres.
- Assurer une bonne gestion financière et comptable en toute transparence et en parfaite collaboration avec les autres membres de l'équipe.
- Assurer le suivi des recommandations en vue d'une meilleure performance des prestations.
- Transmettre De manière prompte les rapports sur le Système d'information sanitaire.
- Assurer un bon environnement de travail par la propreté des latrines et l'entretien de l'incinérateur.
- Elaborer les plans d'approvisionnement des intrants pour le CDS.
- Afficher les conditions de prise en charge des groupes vulnérables notamment les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans et les indigents.
- Afficher à un endroit accessible aux patients les tarifs des soins.

Nous **recommandons aux BDS** de :

- Renforcer les capacités des CDS en matière de gestion financière et comptable. Les gestionnaires des BDS devraient s'en occuper.

Des soins curatifs,

Nous **recommandons aux CDS** de :

- Rendre disponible le matériel utile pour le service d'accueil notamment le glucomètre et l'hémoglobinomètre.
- Assurer une évaluation systématique de l'état nutritionnel.
- Assurer une disponibilité permanente des intrants pour la petite chirurgie
- Assurer une disponibilité permanente des intrants pour le laboratoire notamment les tests VIH, les bandelettes d'Albuminurie et de glucosurie, les tests de grossesse, etc.

- Assurer la disponibilité des médicaments essentiels et autres consommables comme les produits de décontamination.
- Rendre disponible les moustiquaires pour la maternité ainsi que les instrats pour assurer des accouchements dans de bonnes conditions.

Des soins préventifs,

Nous **recommandons aux CDS** de :

- Assurer la disponibilité permanente des examens complémentaires pour les femmes enceintes.
- Sensibiliser les femmes sur l'importance de faire des CPN à temps en suivant l'âge de la grossesse.
- Rechercher activement les informations sur les partenaires des personnes qui suivent la PTME.

De la Promotion de la Santé et la Participation Communautaire,

Nous **recommandons aux CDS** de :

- Renforcer l'encadrement des ASC en organisant des sessions de formation mais aussi des descentes sur terrain pour se rendre compte de la réalité communautaire.

5.2.9.2.6. PROVINCE SANITAIRE DE MAKAMBA/_DISTRICT SANITAIRE NYANZA LAC

Les descentes de contre vérification de la qualité au niveau des centres de santé du district Nyanza Lac ont été effectuées du 17 au 19 juin 2016. Les centres de santé échantillonnés étaient CDS Buheka, CDS Kabonga, CDS Gishiha et CDS Gikuzi. Les scores obtenus pour la contre vérification FBP sont respectivement de 20,5%, 27,5%, 22,6% et 25,5%. Le score moyen a été de 24,0%, ce qui montre un écart de 56,6% entre la CV et le score moyen de vérification de routine pour le quatrième trimestre (80,6%).

Tableau 57 : Score de performance de la qualité des centres de santé du district Nyanza Lac

Services évalués	Points disponibles	Points obtenus Nyanza Lac				Score moyen CV (%)
		Buheka	Kabonga	Gishiha	Gikuzi	
I .Administration du centre de centre de santé	260	30	40	40	90	19,2
II. Soins curatifs	530	95	135	155	85	22,2
III. Soins préventifs	160	80	80	20	80	40,6

IV. Promotion de la santé et participation communautaire	50	0	20	0	0	10
Total	950	205	275	215	255	25
Pourcentage		20.5	27.5	22.6	25.5	24,0
Score Q T3 (%)		62.5	88	81	75	
Score Q T4 (%)		70,5	91	82	79	80,6
Score moyen V (%)		66,5	89,5	81,5	77	78,6
Ecart (%)		46	62	58,9	51,5	54,6

Ces résultats montrent une faible variabilité de niveaux de performance entre les CDS du district Nyanza Lac. La qualité pour les soins préventifs semble se porter mieux alors que la promotion de la sante et la participation communautaire a la faible performance.

Le tableau suivant montre les points forts et les points faibles des différents centres de santé. Ces points expliquent les différents scores obtenus lors de la Contre Vérification.

Tableau 58: Constats de la Contre vérification CDS du district Nyanza Lac

ADMINISTRATION DU CDS

	Indicateur	Observations			
		Buheka	Kabonga	Gishiha	Gikuzi
1	LA COORDINATION DU CDS	➤ Aucun membre du COSA ➤ Les PV des réunions ne respectent pas les critères. ➤ Pas de rapport financier présenté.	➤ Pas de PV pour le T4. ➤ Pas de suivi des recommandations. ➤ Pas de remarques pour le rapport financier.		
2	L'INFORMATION SANITAIRE EST COLLECTEE, ANALYSE ET UTILISEE	Pas de PV pour le mois de septembre. Pas de suivi des recommandations ainsi que les problèmes relevés.	Pas de PV pour le T4. Pas de référence et contre-référence. Pas de suivi des recommandations précédentes.	Les rapports des 16 maladies pour le T3 ont été transmis tardivement. Le bureau du comité de santé n'est pas représenté dans les réunions	Certains rapports des 16 maladies ont été transmis tardivement au T3. Pas de membre du bureau du comité de santé parmi les participants dans

				d'analyse du rapport SIS.	les réunions d'analyse du rapport SIS.
3	L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL	L'incinérateur n'est pas nettoyé, les couvercles sont en mauvais état et le matériel est incomplet	Les latrines sont sales, non couvertes et dégagent une mauvaise odeur. L'incinérateur n'est pas nettoyé et le couvercle est en mauvais état.	Les latrines ne sont pas couvertes et ne peuvent pas être fermées de l'intérieur. Le matériel pour le nettoyage de l'incinérateur est incomplet.	La source d'eau courante n'est pas fonctionnelle. Pas de portes pour certaines latrines. Les latrines ne sont pas couvertes, sont sales et les points d'eau ne sont pas disponibles. Le protocole de stérilisation n'est pas affiché.
4	LE CDS A LES INTRANTS NECESSAIRES	Pas de plan d'approvisionnement pour le T3 Les activités de renforcement des capacités n'ont pas été effectuées.	Le taux d'exécution des investissements est de moins de 80%.	Les plans d'approvisionnement mensuel ne sont pas effectués pour la période évaluée. Pas de rapport d'utilisation lors des réquisitions.	
5	LE RESPECT DES TARIFS	Les conditions d'accès aux médicaments et aux examens de laboratoires des enfants de moins de 5ans ne sont pas effectuées. Pas de liste des indigents.		Les tarifs des soins ne sont pas affichés. Les conditions pour les indigents ne sont pas affichées.	Les conditions de prise en charge des femmes enceintes ne sont pas affichées. Les conditions de prise en charge des indigents ne sont pas affichées.
6	LA GESTION FINANCIERE ET COMPTABLE	➤ L'inventaire n'est pas pour toutes les caisses ➤ Pas de plan d'apurement des dettes.	➤ Les livres de caisse ne sont pas à jour. ➤ Certaines dépenses n'ont pas de justificatifs. ➤ L'inventaire ne se fait pas pour toutes les caisses. ➤ Le taux d'exécution	➤ Pas de relevés bancaires pour certaines opérations bancaires reportées dans les livres de banque (ils sont à Bujumbura dans leur congrégation)	➤ Le livre de caisse est confondu avec le journal des recettes. ➤ Les documents d'autorisation des dépenses ne sont pas signés par le titulaire. ➤ L'inventaire

			du budget d'investissement est inférieur à 80%.	➤ Les dépenses prévues ont été exécutés à moins de 80%. ➤ Le suivi des créances n'est pas à jour. ➤ L'inventaire n'est pas fait pour toutes les caisses.	n'est pas pour toutes les caisses.
--	--	--	---	--	------------------------------------

SOINS CURATIFS

	Indicateur	Observations			
		Buheka	Kabonga	Gishiha	Gikuzi
7	L'ORGANISATION DE L'ACCUEIL ET DE L'ORIENTATION	La prise de la TA n'est pas systématique. Pas de glucomètre, pas d'hémoglobinomètre.	La TA n'est pas systématique. Pas de glucomètre et pas de l'hémoglobinomètre.	Pas d'hémoglobinomètre. La prise de la TA n'est pas systématique.	La prise de la TA n'est pas systématique. Pas de glucomètre ni hémoglobinomètre.
8	LA PERMANENCE DES SERVICES	Le laboratoire ne fonctionne pas le week- end.		Pour les congés les mécanismes d'intérim ne sont pas prévus.	
9	LE CDS FAIT DES EFFORTS POUR OFFRIR DES SOINS EFFICACES	L'évaluation de l'état nutritionnel n'est pas systématique.	L'évaluation de l'état nutritionnel n'est pas systématique.	L'évaluation de l'état nutritionnel n'est pas systématique.	L'évaluation de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans n'est pas systématique. Les patients sous traitement anti tuberculeux ne sont pas suivis.
10	LA PETITE CHIRURGIE FAIT DANS LES BONNES CONDITIONS	Les fiches de stock ne sont pas à jour	Les fiches de stock ne sont pas à jour. Rupture de stock pour certains matériels. Le stock physique ne correspond pas au stock théorique.	Le stock physique ne correspond pas au stock théorique.	Il y a rupture de stock pour les gants stériles, les fils résorbables et les bistouris. Les fiches de stock ne sont pas à jour.

11	LE LABORATOIRE CONTRIBUE A AFFINER LE DIAGNOSTIC	Pas d'hémoglobinomètre, glucomètre et le filtre à eau. Il y a rupture de stock pour les flacons à selles et les bandelettes pour albuminurie et glucosurie. Le registre du laboratoire est mal complété.	Pas de filtre à eau. Centrifugeuse est en panne. Les bandelettes pour albumine et glucomètre sont périmés. Rupture de stock pour acide sulfurique.	Pas de filtre à eau. Il y a rupture de stock pour les flacons à selles et les bandelettes pour albumine et sucre.	Pas de filtre à eau. La centrifugeuse est en panne. Il y a rupture de stock pour les flacons à selles et à crachat, les tests de grossesse et les bandelettes pour albuminurie et sucre.
12	LES CIENTS RECOIVENT LES MEDICAMENTS NECESSAIRES	La formule n'est pas respectée. Pas de registre de pharmacie (source de vérification). Le matériel pour la pharmacie distribution n'est pas complet.	Pas de registre de pharmacie. Pas de Vit A. Pas de spatule.	Pas de registre de pharmacie (source de vérification).	Pas de registre de pharmacie. Pas de filtre à eau ni cuillère ni gobelet ainsi que les emballages pour la pharmacie de distribution.
13	LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES ET DES PARTURIENTES EST CORRECTE	Le matériel pour la salle d'accouchement n'est pas complet. La fosse à placenta n'est pas couverte.	Certaines partogrammes ne sont pas correctement remplis (pas de surveillance). Pas de draps ni moustiquaire dans la salle post-partum. Rupture de stock pour certains matériels.	Pas d'action en cas de dépassement de la ligne d'alerte. La fosse à placenta n'est pas fermée à clé. Pas de savon.	La durée des contractions n'est pas marquée sur le partogrammes. Pas de draps ni moustiquaires dans la salle post-partum. Il y a rupture de stock pour les fils de suture, pommade ophtalmique et les gants stériles.

SOINS PREVENTIFS

		Buheka	Kabonga	Gishiha	Gikuzi
14	LA CPN CONTRIBUE A L'AMELIORATION DE LA QUALITE	Les CPN sont tardives. Les examens complémentaires ne sont pas effectués.	Les CPN sont tardives. Les examens complémentaires ne sont pas effectués.	Les examens complémentaires ne sont pas effectués.	Les examens complémentaires ne sont pas effectués.

15	LA PF ET LA PTME CONTRIBUENT A L'AMELIORATION DE LA QUALITE	La cible n'est pas atteinte.	Les fiches ne sont pas classées par mois de rendez-vous.		La cible trimestrielle n'est pas atteinte pour le T3 et le T4. Les fiches sont classées en désordre.
16	LE SERVICE DE VACCINATION CONTRIBUE A L'AMELIORATION DE LA QUALITE	.	.	- Le frigo est en panne. - Pas de vaccins.	.

PROMOTION DE LA SANTE ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

		Buheka	Kabonga	Gishiha	Gikuzi
17	L'ENCADREMENT DES ASC ET DES CONTRACTANTS SECONDAIRES	Pas d'encadrement des agents de santé communautaires.	Programme de formation effectué à 0%.	Il y a des éléments qui manquent dans les PV. Pas de liste de présence pour le T4 et les décisions ne sont pas prises selon les PV.	Il y a des éléments qui manquent dans les PV des réunions. Les formations prévues ne sont pas effectués.

Les constats faits avec l'analyse du tableau précédent nous ont permis de formuler des recommandations suivantes :

De l'administration du CDS

Nous recommandons aux BDS de :

- Animer des réunions de mise au point pour clarifier les critères d'une bonne coordination des CDS et une gestion transparente. La tenue des réunions, la production et la diffusion des PV, le contenu du PV avec recommandations et personnes responsables pour le suivi. Bref, toutes les dispositions administratives pour assurer une gestion transparente des CDS.
- Appuyer et former les équipes des CDS dans l'analyse et l'utilisation de l'information sanitaire dans une logique de prise de décision basée sur les données probantes. Ceci doit se faire dans le cadre du coaching par l'ECD pour aider les CDS à élaborer un Business Plan réaliste.
- Appuyer les CDS en dispensant des formations sur le suivi budgétaire.

L'ECD doit s'assurer que toute transparence est apportée dans la gestion financière et comptable notamment par des réunions du staff du CDS avec présentation de l'exécution du budget. Un rapport devrait détailler les points abordés lors de cette réunion sur le budget et les signatures du personnel retrouvées sur ce rapport devant les noms de participants. Ceci incitera la participation de tout le personnel dans le choix des priorités pour le CDS.

Nous **recommandons aux CDS** de :

- Assurer les bonnes conditions d'hygiène notamment dans les latrines et la sécurité des incinérateurs et les équipements de stérilisation.
 - Accroître la transparence en ce concerne les tarifs qui doivent être portés à la connaissance des patients ainsi que la disponibilité des factures pour vérification. L'absence des factures chez le gestionnaire laisse croire que les tarifs appliqués peuvent être différents de ceux indiqués par le MSPLS.
 - Afficher les conditions d'accès aux médicaments et aux examens de laboratoire.
 - Assurer la tenue des réunions, la production et la diffusion des PV, le partage du contenu des PV avec recommandations et personnes responsables pour le suivi. Bref, toutes les dispositions administratives pour assurer une gestion transparente des CDS.
 - Elaborer un plan d'approvisionnement des intrants et assurer son suivi pour accroître le taux d'exécution à plus de 80%.
 - Améliorer le rapportage financier dans les CDS.
- Assurer une bonne analyse des résultats SIS et une transmission prompte aux services habilités.

Des soins curatifs,

Nous **recommandons aux CDS** de :

- Intégrer la prise systématique des paramètres vitaux au service d'accueil
- Rendre disponible le matériel élémentaire comme l'hémoglobinomètre et le glucomètre aux urgences.
- Assurer la permanence des services y compris le laboratoire.
- Intégrer dans le service de triage l'évaluation systématique de l'état nutritionnel des enfants.
- Assurer la disponibilité du matériel de petite chirurgie notamment les bistouris, les gants stériles, les fils résorbables, etc.
- Rendre disponible les intrants de laboratoire comme les bandelettes et les flacons.
- Assurer un bon fonctionnement des centrifugeuses et les filtre à eau.
- Mettre en place un registre de pharmacie qui retrace l'utilisation des médicaments donnés aux clients.
- Améliorer la prise en charge des femmes enceintes et parturientes en assurant l'utilisation du partogramme pour le suivi des accouchements et en assurant la disponibilité des intrants indispensables pour la maternité.

Des soins préventifs,

Nous **recommandons aux CDS** de :

- Assurer la disponibilité des examens complémentaires pour les femmes qui viennent en CPN
- Sensibiliser les communautés en collaboration avec les ASC pour que les femmes considèrent l'âge de la grossesse pour les différents CPN.
- Sensibiliser les femmes enceintes sur le bien fondé de compléter les CPN.
- Assurer une bonne chaîne de froid pour garder les vaccins en bon état.

Nous recommandons aux ECD de :

- Appuyer les CDS pour analyser les barrières à l'utilisation optimale des services de PF et PTME. Ceci doit être dans le cadre d'un Coaching persuasif pour renforcer les capacités des CDS dans l'analyse situationnelle.

De la Promotion de la Santé et Participation Communautaire,

Nous recommandons aux CDS de :

- Renforcer l'encadrement des ASC pour accroître le taux d'utilisation des services du CDS
- Recruter du personnel si nécessaire pour assurer le suivi et l'évaluation des activités menées au niveau communautaire.

5.2.9.2.7. PROVINCE SANITAIRE DE BUBANZA/ DISTRICT SANITAIRE BUBANZA

La descente de contre vérification dans le district sanitaire de Bubanza a été effectuée en date du 21 au 23 juin 2016. Les centres de santé échantillonnés ont été le CDS Ngara, CDS Musigati et le CDS Ciya. Les scores obtenus ont été respectivement de 32%, 58% et 42,8%. Ils donnent un score moyen de performance de 45,3% entraînant un écart de 30,4% entre la CV et le score moyen de vérification de routine pour le second semestre 2015.

Tableau 59: Score de performance de la qualité des centres de santé du district Bubanza

Services évalués	Points disponibles	Points obtenus CV BDS Bubanza			Score moyen (%)
		Ngara	Musigati	Ciya	
I .Administration du centre de centre de santé	260	45	95	115	32,7
II. Soins curatifs	530	175	335	280	49,7
III. Soins préventifs	160	100	130	80	64,6
IV. Promotion de la santé et participation communautaire	50	0	20	0	13,3
Total	950	320	580	445	47,2
Performance (%)		32	58	45.8	45,3
Score Q T3 (%)		54	84	82	
Score Q T4 (%)		75	87	72	78
Score moyen V (%)		64,5	85,5	77	75,7
Ecart (%)		32,5	27,5	31,2	30,4

Les centres de santé de Bubanza affichent de bons scores de performance pour les composantes « Soins préventifs » et « Soins curatifs » lorsqu'on les compare avec les centres de santé des autres provinces. La promotion de la santé reste la composante avec une faible performance de 13,3%.

Le tableau suivant montre les points forts et les points faibles retrouvés lors de la contre vérification dans les centres de santé du district sanitaire de Bubanza.

Tableau 60 : Constats de la Contre vérification CDS du district Bubanza

ADMINISTRATION DU CDS

	Indicateur	Observations		
		Ngara	Musigati	Ciya
1	LA COORDINATION DU CDS	Pas de PV pour le T4.	Pas de suivi des recommandations.	Les recommandations ne sont pas suivies.
2	L'INFORMATION SANITAIRE EST COLLECTEE, ANALYSE ET UTILISEE	Pas de PV pour le mois d'Aout, Septembre et Décembre.	Le suivi des recommandations n'est pas fait correctement Les problèmes relevés pendant les mois concernés ne sont pas notés.	Certains rapports des 16 maladies ont été transmis tardivement.
3	L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL	➤ Pas d'eau courante dans les salles. ➤ L'intérieur de la chambre de combustion n'est pas nettoyé. ➤ Les latrines ne sont pas couvertes.		➤ L'eau courante n'est pas disponible dans la salle d'hébergement. ➤ Les toilettes sont sales, non couvertes et dégagent une mauvaise odeur. ➤ Certaines salles sont sales et mal rangés.
4	LE CDS A LES INTRANTS NECESSAIRES	Le taux d'exécution des investissements est inférieur à 80% pour la période évaluée.	Pas de plan d'approvisionnement en matériel pour le T3.	Les activités de renforcement de capacités du personnel ont été exécutées à 50% seulement
5	LE RESPECT DES TARIFS	➤ Les conditions ne sont pas affichées (pour les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans ainsi que pour les indigents).	➤ Les conditions d'accès aux médicaments et examens complémentaires pour les indigents ne sont pas affichées.	

6	LA GESTION FINANCIERE ET COMPTABLE	Les fiches de suivi des dettes ne sont pas disponibles pour le T3 et le T4.	Les livres de caisse ne sont pas à jour. L'inventaire de caisse se fait pour la caisse actes seulement.	
---	------------------------------------	---	--	--

SOINS CURATIFS

	Indicateur	Observations		
		Ngara	Musigati	Ciya
7	L'ORGANISATION DE L'ACCUEIL ET DE L'ORIENTATION	Pas de glucomètre ni hémoglobinomètre.	Pas de hémoglobinomètre.	Pas de glucomètre ni hémoglobinomètre.
8	LA PERMANENCE DES SERVICES			
9	LE CDS FAIT DES EFFORTS POUR OFFRIR DES SOINS EFFICACES	L'évaluation de l'état nutritionnel n'est pas systématique.	L'évaluation de l'état nutritionnel n'est pas systématique.	
10	LA PETITE CHIRURGIE FAIT DANS LES BONNES CONDITIONS	Rupture de stock pour tout le matériel.	Rupture de stock pour certains matériels. Les fiches de stock ne sont pas disponibles.	Il y a rupture de stock pour certains matériels. Les fiches de stock ne sont pas à jour.
11	LE LABORATOIRE CONTRIBUE A AFFINER LE DIAGNOSTIC	Les bandelettes pour albuminurie et glycosurie sont périmés.	Pas de filtre à eau. Rupture de stock pour le test de grossesse et acide sulfurique.	Rupture de stock pour certains matériels
12	LES CLIENTS RECOIVENT LES MEDICAMENTS NECESSAIRES	Il y a rupture de stock pour CSB et amoxicilline.		La formule n'est pas respectée pour le mois d'octobre (période évaluée).
13	LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES ET DES PARTURIENTES EST CORRECTE	Les cases pour marquer la dilatation du col ne sont pas remplies correctement. Pas de draps, pas de matelas pour certains lits. Pas de moustiquaires pour certains lits de la salle post-partum Rupture de stock pour tout le matériel.		Il y a rupture de stock pour certains matériels.

--	--	--	--	--

SOINS PREVENTIFS

		Ngara	Musigati	Ciya
14	LA CPN CONTRIBUE A L'AMELIORATI ON DE LA QUALITE	Les examens complémentaires ne sont pas effectués.	Les CPN1 sont tardives.	Certains examens ne sont pas effectués.
15	LA PF ET LA PTME CONTRIBUENT A L'AMELIORATI ON DE LA QUALITE	Les fiches ne sont pas classées dans l'échéancier.		
16	LE SERVICE DE VACCINATION CONTRIBUE A L'AMELIORATI ON DE LA QUALITE			

PROMOTION DE LA SANTE ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

		Ngara	Musigati	Ciya
--	--	-------	----------	------

17	L'ENCADREMENT DES ASC ET DES CONTRACTANTS SECONDAIRES	La réunion mensuelle des ASC n'était pas effectuée dans la période évaluée	Certains éléments manquent dans les PV.	Les PV sont incomplets (pas de PV pour le T4) Pas de suivi psycho social des femmes enceintes séropositives.
----	---	--	---	---

Les constats faits dans les centres de santé du district Buzanza nous ont permis de formuler des recommandations suivantes :

De l'Administration du CDS,

Nous **recommandons aux CDS** de :

- Assurer un suivi des recommandations issues des réunions de coordination du CDS
- Transmettre les rapports de manière prompte et régulière en suivant des recommandations formulées sur la gestion de l'information sanitaire.
- Rendre disponibles l'eau courante et garder les latrines propres pour améliorer l'environnement de travail.
- Améliorer le taux d'exécution des investissements pour rendre disponibles les intrants nécessaires.
- Afficher les conditions d'accès aux médicaments et aux examens complémentaires pour les groupes particuliers comme les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans et les indigents.
- Rendre disponibles et mettre à jour les documents financiers comme les fiches de suivi des dettes, le livre de caisse et l'inventaire de caisse.

Des soins curatifs,

Nous **recommandons au CDS** de :

- Assurer une prise systématique des paramètres vitaux pour assurer une prise en charge objective basée sur les données factuelles.
- Assurer un bon fonctionnement du laboratoire avec des réactifs et des intrants en bon état.
- Rendre disponible le matériel d'examen d'urgence comme le glucomètre et l'hémoglobinomètre.
 - Intégrer dans les consultations l'évaluation systématique de l'état nutritionnel
 - Rendre disponible le matériel pour la petite chirurgie.
 - Améliorer la prise en charge des femmes enceintes et parturientes en rendant disponible les moustiquaires dans la salle du post partum, le matériel de la salle d'accouchement.

Des soins préventifs,

Nous **recommandons au CDS** de :

- Rendre disponibles les examens complémentaires pour les femmes enceintes qui viennent pour la CPN.

De la promotion de la Santé et la participation communautaire,

Nous **recommandons aux CDS** de :

- Renforcer l'encadrement des ASC en tenant des sessions de formation recyclage sur les interventions communautaires notamment la prise en charge psycho-sociale des femmes enceintes seropositives.
- Planifier les descentes sur terrain pour le renforcement des activités des ASC au niveau des communautés.

5.3. RESULTATS DE LA CONTRE VERIFICATION DES DONNEES QUANTITATIVES

La contre vérification des données quantitatives pour le second semestre 2015 s'est menée dans les hôpitaux et les centres de santé ayant été échantillonnés dans les 7 provinces sélectionnées pour le second tour. Nos équipes ont effectué des descentes et la collaboration a été bonne pour accéder aux documents sources nécessaires.

5.3.1. CONSTATS DE CONTRE VERIFICATION QUANTITATIVE DANS LES HOPITAUX

Au total 7 hôpitaux de district ont fait objet de cette contre vérification quantitative. Il s'agit de :

- L'hôpital de district Muramvya en province sanitaire de Muramvya
- L'hôpital de district de Musema en province sanitaire de Kayanza
- L'Hôpital de district Cankuzo en province sanitaire de Cankuzo
- L'hôpital de Ntita pour le compte du district Ryansoro en province sanitaire de Gitega
- L'Hôpital de district Bururi en province sanitaire de Bururi
- L'hôpital de district Nyanza Lac en province sanitaire Makamba.
- L'hôpital de district Bubanza en province sanitaire de Bubanza

Le travail de contre vérification et de contre validation fait dans ces structures a montré un écart global de -4,7% entre les données vérifiées et les données contre vérifiées alors qu'il est de -20,5% entre les données validées et celles contre validées. Ceci montre qu'il y a encore des efforts à fournir pour faire comprendre aux CPVV les critères pour la validation des données FBP. La confusion entre les directives du DSNIS et celles de la CT- FBP persiste.

L'hôpital qui a enregistré l'écart de validation le plus élevé, est celui de Bururi avec -177,6% alors que celui qui affiche le plus petit écart est celui de Cankuzo avec -0,9%. 57,1% des hôpitaux échantillonnés ont des écarts sur la validation inférieurs 10% et alors que 85,7% ont cet écart inférieur à 16%. Ceci est une très bonne amélioration par rapport aux résultats de contre vérification pour le premier semestre 2015.

Le cas de l'Hôpital de Bururi se détache du lot par son écart trop élevé à -177,6%. Ceci est dû à l'absence des numéros patients dans les registres avec des critères de validation non remplis. De plus, dans certains cas les registres ne sont pas retrouvés et des erreurs de comptage sont également retrouvées.

Tableau 61 : Données de contre vérification et de contre validation quantitative des hôpitaux.

HOPITAL/ Période	Qtes vérifiées	Qtes contre vérifiées	Ecarts1	Qtes Validées	Qtes contre validees	Ecarts2	% Ec/C_vérifié	% Ec/C_validé
MURAMVYA	29003	26329	-2674	25667	23190	-2477	-10.2	-10.7
JUILLET	4701	4070	-631	4069	3504	-565	-15.5	-16.1
AOUT	6164	5827	-337	5707	5375	-332	-5.8	-6.2
SEPTEMBRE	4146	3723	-423	3604	3230	-374	-11.4	-11.6

OCTOBRE	4146	3723	-423	3604	3230	-374	-11.4	-11.6
NOVEMBRE	4873	4364	-509	4288	3821	-467	-11.7	-12.2
DECEMBRE	4973	4622	-351	4395	4030	-365	-7.6	-9.1
CANKUZO	18545	18954	409	16160	16016	-144	2.2	-0.9
JUILLET	3152	3160	8	2745	2660	-85	0.3	-3.2
AOUT	2901	3003	102	2525	2540	15	3.4	0.6
SEPTEMBRE	2646	2740	94	2326	2312	-14	3.4	-0.6
OCTOBRE	2650	2718	68	2330	2312	-18	2.5	-0.8
NOVEMBRE	3340	3432	92	2897	2890	-7	2.7	-0.2
DECEMBRE	3856	3901	45	3337	3302	-35	1.2	-1.1
NYANZA_LAC	16025	16502	477	14090	13610	-480	2.9	-3.5
JUILLET	2214	2198	-16	1961	1826	-135	-0.7	-7.4
AOUT	2805	2898	93	2508	2396	-112	3.2	-4.7
SEPTEMBRE	2760	2874	114	2468	2385	-83	4.0	-3.5
OCTOBRE	2570	2598	28	2230	2168	-62	1.1	-2.9
NOVEMBRE	2624	2704	80	2275	2254	-21	3.0	-0.9
DECEMBRE	3052	3230	178	2648	2581	-67	5.5	-2.6
BURURI	26107	24076	-2031	24473	8817	-15656	-8.4	-177.6
JUILLET	3601	3250	-351	3450	1777	-1673	-10.8	-94.1
AOUT	3998	2866	-1132	3693	1863	-1830	-39.5	-98.2
SEPTEMBRE	4498	3720	-778	4159	1193	-2966	-20.9	-248.6
OCTOBRE	3968	3918	-50	3729	862	-2867	-1.3	-332.6
NOVEMBRE	5275	5419	144	4980	1664	-3316	2.7	-199.3
DECEMBRE	4767	4903	136	4462	1458	-3004	2.8	-206.0
BUBANZA	19470	17550	-1920	16523	14371	-2152	-10.9	-15.0
JUILLET	3064	2861	-203	2638	2254	-384	-7.1	-17.0
AOUT	3046	2731	-315	2581	2152	-429	-11.5	-19.9
SEPTEMBRE	3523	3113	-410	3029	2609	-420	-13.2	-16.1
OCTOBRE	3136	2821	-315	2704	2363	-341	-11.2	-14.4
NOVEMBRE	3529	3169	-360	3073	2647	-426	-11.4	-16.1
DECEMBRE	3172	2855	-317	2498	2346	-152	-11.1	-6.5
NTITA	3511	3426	-85	2863	2655	-208	-2.5	-7.8
OCTOBRE	987	1019	32	821	709	-112	3.1	-15.8
NOVEMBRE	1213	1150	-63	948	853	-95	-5.5	-11.1
DECEMBRE	1311	1257	-54	1094	1093	-1	-4.3	-0.1
MUSEMA	32223	31538	-685	28877	28079	-798	-2.2	-2.8
JUILLET	5273	5114	-159	4670	4447	-223	-3.1	-5.0
AOUT	5061	5075	14	4583	4558	-25	0.3	-0.5
SEPTEMBRE	4589	4474	-115	4009	3916	-93	-2.6	-2.4
OCTOBRE	5090	5206	116	4575	4627	52	2.2	1.1

NOVEMBRE	5493	5208	-285	4925	4645	-280	-5.5	-6.0
DECEMBRE	6717	6461	-256	6115	5886	-229	-4.0	-3.9
Grand Total	144884	138375	-6509	128653	106738	-21915	-4.7	-20.5

Ce tableau montre une faible variabilité des écarts d'un hôpital à un autre mais aussi d'un mois à un autre au sein d'un même hôpital. Ceci est un signe encourageant sur l'amélioration des activités de vérification de routine. Bien que l'écart global soit de 20,5%, il est utile de constater qu'il est augmenté sensiblement suite à l'écart trop élevé de l'hôpital Bururi.

Plusieurs facteurs explicatifs ont été constatés sur le terrain et montrent certaines différences d'appréhension entre la vérification de routine et la contre vérification.

1. En effet, comme cela a été relevé dans la partie qualitative, les structures visitées et surtout les formations sanitaires présentent un problème criant de classement des documents en cours d'utilisation et l'archivage reste l'un des points faibles qui ont été le plus répertoriés.

Cet état des choses fait que nous avons des difficultés à retrouver certains registres de consultation curative ou des registres d'hospitalisation. Le classement des documents sources dans les services n'est pas bien structuré pour les maintenir en bon état et permettre de les retracer sans difficulté.

La collaboration entre les services et l'unité des archives nécessite des améliorations pour faciliter la collecte et le transfert des documents clôturés pour archivage.

2. A cela s'ajoute un certain désintérêt affiché pour la contre vérification d'autant plus que cette activité ne débouche pas sur un paiement ou aux sanctions pouvant entraîner des pertes financières pour la formation sanitaire. Malgré l'information donnée préalablement à notre visite de terrain, certaines équipes ne se sont pas préparées pour apprêter les documents sources. Il y a des documents qui n'ont pas été retrouvés du tout entraînant un nombre moins élevé des cas contre validés.
3. Pour les registres trouvés dans certaines formations sanitaires, le remplissage des données laisse à désirer. Les aspects suivants ont été retrouvés à maintes reprises et cela dans toutes les provinces visitées :

- Le manque de numéro patient
- Le manque de diagnostic ou de traitement dans le registre
- Manque d'adresse pouvant faciliter de retrouver le patient lors de la vérification communautaire
- Le manque de date de récupération des résultats surtout pour le dépistage du VIH
- Le fait de ne pas compléter les consultations prénatales (Pour les CDS)
- Les cas qui ne répondent pas à la définition telle que donnée par le FBP
- Les diagnostics n'ayant pas de test de confirmation
- L'ajout d'un cas pour la vérification alors que cette pratique n'est pas acceptée pour la validation des journées d'hospitalisation.

- Le comptage des cas dans des rubriques qui ne conviennent pas. Ex. les cas de pathologie sur grossesse alors que nulle part n'est marqué le nombre de semaines d'aménorrhée ou la date des dernières règles.
- Etc.

Ces aspects suggèrent que l'orientation donnée à la contre vérification devrait être redéfinie. La note obtenue par une structure sanitaire devrait être considérée pour le paiement des primes de performance au cours des périodes qui suivent. Ceci pourrait attirer l'attention des prestataires pour qu'ils préparent les documents de manière conséquente.

En considérant les données par type d'indicateurs, nous avons constaté des indicateurs qui affichent des écarts plus élevés que d'autres. Toutefois, de nombreux indicateurs (57,1%) montrent des écarts supérieurs à 100%.

Tableau 62: Données de contre vérification et de contre validation par indicateurs

HOPITAL BUBANZA	Qtes vérifiées	Qtes contre vérifiées	Ecart	% Ec/contre- vérification	Qtes validées	Qtes contre validées	Ecart	% Ecart/contr e-validés
ACC dystociques	175	175	0	0.00	158.00	165.00	7.00	4.24
Acc/euto	265	265	0	0.00	261.00	261.00	0.00	0.00
CC< 5a	1525	274	-1251	-913.14	1449.00	275	-1174.00	-426.91
CC≥ 5a	2263	1205	-1058	-175.60	1821.00	1048.00	-773.00	-73.76
cesariennes	281	283	2	1.41	281.00	283.00	2.00	0.71
chirurgie magueur	79	79	0	0.00	79.00	79.00	0.00	0.00
JO<5A	6041	5062	-979	-38.68	4939.00	4156	-783.00	-18.84
JO≥ 5a	8614	9707	1093	22.52	7331.00	7959	628.00	7.89
NCC FE/MEDECIN	227	500	273	109.20	204.00	145.00	-59.00	-40.69
TOTAL	19470	17550	-1920	-21.88	16523.00	14371	-2152.00	-14.97
HOPITAL BURURI	Qtes vérifiées	Qtes contre vérifiées	Ecart	% Ec/contre- vérification	Qtes validées	Qtes contre validées	Ecart	% Ecart/contr e-validés
ACC dystociques	34	7	-27	-385.71	34	7	-27.00	-385.71
Acc/euto	230	54	7	12.96	230.00	54	-176.00	-325.93
CC< 5a	2775	2294		2775.00	2775.00	262.00	-2513.00	-959.16
CC≥ 5a	7215	7898	683	8.65	7215	708	-6507.00	-919.07
cesariennes	235	96	-139	-144.79	235	96	-139.00	-144.79
chirurgie magueur	16	19	3	15.79	16	19	3.00	15.79
JO<5A	3483	3443	-40	-1.16	2980	2314	-666.00	-28.78

JO ≥ 5a	10809	9124	-1685	-18.47	9678	5319	-4359.00	-81.95
NCC FE/MEDECIN	1310	1141	-169	-14.81	1310	38	-1272.00	-3347.37
TOTAL	26107	24076	-2031	-8.44	24473	8817	-15656.00	-177.57
HOPITAL CANKUZO	Qtes vérifiées	Qtes contre vérifiées	Ecart	% Ecart/contr e-vérification	Qtes validées	Qtes contre validées	Ecart	% Ecart/contr e-validés
ACC dystociques	88	88	0	0.00	88	88	0	0.00
Acc/euto	396	396	0	0.00	396	396	0	0.00
CC < 5a	932	937	-5	0.53	923.00	888	-35	3.94
CC ≥ 5a	2882	3178		0.00	2847.00	2859	12	0.42
cesariennes	112	112	0	0.00	112	110	-2	1.82
chirurgie magueur	12	12	0	0.00	12.00	11	-1	9.09
JO < 5A	3697	3704	7	0.19	2998	3038	40	1.32
JO ≥ 5a	10222	10202	-20	0.20	8581	8458	-123	1.45
NCC FE/MEDECIN	204	325	121	37.23	203	168	-35	20.83
TOTAL	18545	18954	103	0.54	16160	16016	-144	0.90
HOPITAL MUSEMA	Qtes vérifiées	Qtes contre vérifiées	Ecart	% Ecart/contr e-vérification	Qtes validées	Qtes contre validées	Ecart	% Ecart/contr e-validés
ACC dystociques	211	211	0	0.00	211	211	0	0.00
Acc/euto	295	295	0	0.00	474	235	-239	-101.70
CC < 5a	4279	4159	-120	-2.89	3612	4050	438	10.81
CC ≥ 5a	4196	3871	-325	-8.40	3567	3499	-68	-1.94
cesariennes	167	167	0	0.00	267	167	-100	-59.88
chirurgie magueur	4	9	5	55.56	4	4	0	0.00
JO < 5A	8476	5588	-2888	-51.68	7450	4439	-3011	-67.83
JO ≥ 5a	14196	16856	2660	15.78	13010	15280	2270	14.86
NCC FE/MEDECIN	399	382	-17	-4.45	282	194	-88	-45.36
TOTAL	32223	31538	-685	3.922776244	28877.00	28079.00	-798	-2.84

HOPITAL MURAMVYA	Qtes vérifiées	Qtes contre vérifiées	Ecart	% Ecart/contr e-vérification	Qtes validées	Qtes contre validées	Ecart	% Ecart/contr e-validés
ACC dystociques	13	9	-4	-44.44	13.00	8	-5.00	-62.50
Acc/euto	743	745	2	0.27	741.00	745	4.00	0.54
CC< 5a	2214	1374	-840	-61.14	2231.00	1371	-860.00	-62.73
CC≥ 5a	5274	3480	-1794	-51.55	4772.00	3227	-1545.00	-47.88
cesariennes	254	254	0	0.00	252.00	195	-57.00	-29.23
chirurgie magueur	38	39	1	2.56	38.00	39	1.00	2.56
JO<5A	4678	4781	103	2.15	4053.00	4158	105.00	2.53
JO≥ 5a	15154	15362	208	1.35	13094.00	13246	152.00	1.15
NCC FE/MEDECIN	635	285	-350	-122.81	473.00	201	-272.00	-135.32
TOTAL	29003	26329	-2674	-10.16	25667	23190	-2477.00	-10.68
HOPITAL NTITA	Qtes vérifiées	Qtes contre vérifiées	Ecart	% Ecart/contr e-vérification	Qtes validées	Qtes contre validées	Ecart	% Ecart/contr e-validés
ACC dystociques	81	115	34	29.57	81	66	-15	22.73
Acc/euto	134	134	0	0.00	134	134	0	0.00
CC< 5a	242	153	-89	58.17	242	153	-89	58.17
CC≥ 5a	601	538	-63	11.71	545	429	-116	27.04
cesariennes	44	43	-1	2.33	44	43	-1	2.33
chirurgie magueur	3	1	-2	200.00	1	0	-1	#DIV/0!
JO<5A	493	484	-9	1.86	407	384	-23	5.99
JO≥ 5a	1741	1830	-89	4.86	1308.00	1373	65	#REF!
NCC FE/MEDECIN	172	128	-44	34.38	101	73	-28	38.36
TOTAL	3511	3426	-85	2.48	2863	2655	-208	7.83
HOPITAL NYANZA_LAC	Qtes vérifiées	Qtes contre vérifiées	Ecart	% Ecart/contr e-vérification	Qtes validées	Qtes contre validées	Ecart	% Ecart/contr e-validés
ACC dystociques	233	234	1	0.43	233	234	1	0.43

Acc/euto	153	153	0	0.00	153	153	0	0.00
CC< 5a	2296	2227	-69	3.10	2298	2187	-111	5.08
CC≥ 5a	2544	3048	504	16.54	2544	2543	-1	0.04
cesariennes	268	268	0	0.00	268	0	-268	#DIV/0!
chirurgie mageur	21	9	-12	133.33	21	0	-21	#DIV/0!
JO<5A	3176	3216	40	1.24	2519	2510	-9	0.36
JO≥ 5a	6900	6889	-11	0.16	5628	5568	-60	1.08
NCC FE/MEDECIN	434	458	24	5.24	426	415	-11	2.65
TOTAL	16025	16502	477	2.89	14090	13610	-480	3.53
GRAND TOTAL	144884	138375	-6815	-4.9	128653.00	106738.00	-21915	-20.53

.t

Certains indicateurs affichent des écarts importants entre les données validées et celles contre validées. Ces écarts sont moins importants entre les données vérifiées et celles contre vérifiées bien qu'ils soient aussi élevés. Ceci montre que les critères de validation sont souvent négligés lors de la vérification de routine ou qu'ils soient confondus avec les critères de vérification.

Cette situation interpelle la CT- FBP sur la nécessité de réactivation des directives pour la validation des données FBP. Un rappel des différences entre les exigences du SNIS et le FBP devrait être mené pour guider les CPVV.

Nos descentes dans les différentes provinces nous ont permis de constater qu'il y a des messages différents que les formations sanitaires reçoivent des CPVV et qui ne reflètent pas l'esprit de la validation des données FBP. Ceci désoriente les équipes des hôpitaux et des centres de santé sur la tenue des registres et l'inscription des informations utiles pour la validation.

A titre d'exemple, certains hôpitaux dessinent des colonnes supplémentaires pour inscrire l'adresse du patient ou le chef de ménage alors que d'autres ne le font pas. Dans un même registre, nous avons trouvé certains médecins qui inscrivaient les adresses des patients alors que d'autres ne le faisaient pas. Ceci a fait perdre beaucoup de points aux hôpitaux pour la contre validation alors que les CPVV avaient accordé des points lors de la vérification de routine.

L'exploration des écarts trouvés pour voir les raisons qui sont à la source de cette différence entre la Contre vérification et la vérification de routine nous a renseigné sur certains faits. Les écarts varient d'un hôpital à un autre et les indicateurs ne sont pas tous identiques. Le tableau suivant montre des spécificités par hôpital.

Hôpital de Bubanza	
Indicateur	Raisons de la non contre validation
Consultation curatives pour les enfants de moins de 5 ans	La vérification a pris en compte le registre des urgences
Consultations curatives pour les plus de 5 ans	La vérification a pris en compte le registre des urgences
Nouvelles Consultations curatives de femmes enceintes chez le Médecin	Pathologie non subventionnée non prises en compte dans la vérification, âge de la grossesse
Hôpital de Bururi	
Indicateur	Raisons de la non contre validation
Accouchement dystociques	registre non retrouvé
Accouchements eutociques	registre non retrouvé
Consultations curatives pour les moins de 5 ans	registre non retrouvé
Consultations curatives pour les plus de 5 ans	registre non retrouvé
Césariennes	registre non retrouvé
Chirurgies majeures	registre non retrouvé
Journées d'hospitalisation pour les 5 ans et plus	registre de maternité non retrouvé, absence de numéro patient
Nouvelles Consultations curatives de femmes enceintes chez le Médecin	registre de maternité non retrouvé, absence de numéro patient
Hôpital de Musema	
Indicateur	Raisons de la non contre validation
Accouchements eutociques	Suspicion d'inversion des chiffres au moment de l'enregistrement des JO des plus de 5ans et les moins de 5ans
Hôpital de Muramvya	
Indicateur	Raisons de la non contre validation
Accouchements dystociques	deux césariennes considérées comme dystocies
Consultations Curatives pour les moins de 5ans	registres des urgences pris en compte par la verification et non par la contre vérification
Consultations Curatives pour les 5 ans et plus	registres des urgences pris en compte par la verification et non par la contre vérification
césariennes	Prestataire non qualifié (MS)
Nouvelles Consultations Curatives des femmes enceintes par un Médecin	Erreurs de comptage
Hôpital de Ntita	
Indicateur	Raisons de la non contre validation
Consultations Curatives pour les moins de 5ans	Registre des urgences non considéré dans la CV
Consultations Curatives pour les 5 ans et plus	Registre des urgences non considéré dans la CV
Chirurgie majeure	laparotomie dans les suites de couches
Nouvelles Consultations Curatives des femmes enceintes par un Médecin	Non prise en compte du registre des urgences pendant la CV

Nous **recommandons aux HD** de :

- De veiller à la complétude des informations requises pour assurer une bonne vérification dans les registres.
- Procéder à une réorganisation du système de classement des documents sources dans les différents services.
- Renforcer la collaboration entre les services et l'unité d'archivage afin d'assurer une bonne conservation des informations sanitaires utiles.

Nous **recommandons aux équipes de vérification** de :

- Veiller à ce que tous les critères exigés par le manuel des procédures du FBP soient respectés et mentionnés systématiquement dans les registres médicaux.
- Expliquer aux équipes des Hôpitaux la différence entre les exigences de vérification et celles de la validation des données FBP.

Nous **recommandons à la CT- FBP** de :

- Elaborer un guide de vérification qui puisse mettre en relief les exigences pour la validation des données quantitatives.
- Procéder à une harmonisation des définitions de cas en collaboration avec la DSNIS en vue de lever la confusion persistante trouvée sur terrain entre les critères clés du FBP et ceux du SNIS.

5.3.2. CONSTATS DE CONTRE VERIFICATION QUANTITATIVE DES CENTRES DE SANTE

La contre vérification des données quantitatives a été menée également dans les centres de santé échantillonnés des 7 provinces sélectionnées pour le premier tour. Au total, 25 Centres de santé ont été visités par nos équipes.

L'analyse des résultats obtenus après cette étape des CDS a montré que les écarts entre les quantités validées et celles contre validées ont été moins importants que ceux vus au niveau des hôpitaux. Ce qui dénote des appréhensions très proches entre la vérification de routine et la contre vérification.

Le pourcentage global d'écart entre les données validées et les données contre validées a été de -14,5% avec 28% des centres qui ont un écart supérieur à 10%. Cet écart moyen est élevé suite aux écarts trop élevés de certains centres de santé pouvant aller jusqu'à plus de 400%. Toutefois, la majorité des centres de santé visités (72%) présente un écart inférieur à 10% et 60% présentent un écart inférieur à 5% entre la vérification et la contre vérification.

Tableau 63 : Ecart entre les données validées et contre validées par centre de santé.

CDS	Qtes validées	Qtes contre validées	Ecart	% Ecart/contre-validés
BAMBA	6060	1810	-4250	234.81
BUGENI	2096	1661	-435	26.19
BUHEKA	4283	4153	-130	3.13
BUKEYE	8555	8202	-353	4.30
CIYA	8428	8283	-145	1.75
GASENYI	11853	11445	-408	3.56
GIKUZI	1665	425	-1240	291.76
GISHIHA	4640	2531	-2109	83.32674832
GITANGA	17450	17177	-273	1.59
KABONGA	4928	4752	-176	3.70
KAJABURE	8281	7852	-429	5.46
KAREMBA	2490	1420	-1070	75.35
MATONGO	13195	10106	-3089	30.57
MUGARURO	30247	29642	-605	2.04
MUREHE	7177	6899	-278	4.03
MUSAGARA	18219	17655	-564	3.19
MUSIGATI	25368	24655	-713	2.89
NGARA	13224	12831	-393	3.06
NYANGWA	1803	1780	-23	1.29
NYARURAMA	18434	3641	-14793	406.29
NYATONGO	2526	2402	-124	5.16
RURIMBI	19544	19199	-345	1.80
RUSARENDA	5327	5366	39	0.73
SHOMBO	3153	2843	-310	10.90
TWINKWAVU	19794	19181	-613	3.20
GRAND TOTAL	258740	225911	-32829	14.53

En considérant les écarts par indicateurs de santé, le tableau suivant donne un aperçu sur la distribution des niveaux de discordance. .

Tableau 64 : Ecart entre les données validées et contre validées par indicateur

Indicateurs	Qtes validées	Qtes contre validées	Ecart	% Ecart/contre-validés
Acc/euto	4948	3569	-1379	38.64
CC< 5a	113290	103333	-9957	9.64
CC≥ 5a	120676	104637	-16039	15.33
CPN(3x)	2623	0	-2623	-
CPoN	1314	78	-1236	1584.62
ECV	4271	3888	-383	9.85
NCC FE	11618	10406	-1212	11.65

GRAND TOTAL	258740	225911	-32829	14.53
--------------------	---------------	---------------	---------------	--------------

Avec la même moyenne de 14,5% des écarts entre les données validées et celles contre validées, ce tableau montre 3 catégories d'écarts :

- La première catégorie est constituée des indicateurs qui enregistrent moins de 10% d'écarts. Ces indicateurs constituent 28,6% de tous les indicateurs considérés au niveau des centres de santé.
- La seconde catégorie est celle des indicateurs dont l'écart est compris entre 10 et 20%. Elle représente aussi 28,6% des indicateurs.
- La troisième catégorie est celle dont les écarts sont supérieurs à 20% : elle représente 42,9% des indicateurs pris en compte. Il s'agit notamment des consultations prénatales, des consultations post natales et des accouchements eutociques.

Notons néanmoins que les pourcentages d'écarts ne traduisent pas forcément le nombre brut de cas qui n'ont pas répondu pleinement aux critères de contre validation. Le classement par ordre décroissant des indicateurs ayant requis les cas non contre validés donne un ordre décrit dans le tableau suivant.

Tableau 65 : Estimation du nombre de cas non contrevalidés.

Indicateurs	Qtes validées	Qtes contre validées	% Ecart/contre-validés	Ecart(Nombre de cas)	Moyenne de cas par CDS/ mois
CC≥ 5a	120676	104637	15.33	-16039	107
CC< 5a	113290	103333	9.64	-9957	66
CPN(3x)	2623	0	#DIV/0!	-2623	17,5
Acc/euto	4948	3569	38.64	-1379	9
CPoN	1314	78	1584.62	-1236	8
NCC FE	11618	10406	11.65	-1212	8
ECV	4271	3888	9.85	-383	2,5
GRAND TOTAL	258740	225911	14.53	-32829	219

Le tableau ci-dessus montre que les pourcentages d'écarts entre les données validées et celles contre validées ne traduisent pas forcément l'ampleur de l'écart et le risque de paiement pour des cas faussement validés. **En effet, il a été constaté que pour les indicateurs avec de petits nombres de cas, les écarts en pourcentages ont tendance à être amplifiés. Ceci devrait être pris en compte lors de la caractérisation des écarts constatés.**

Nous **recommandons** de prendre en considération **les nombre bruts de cas pour apprécier l'ampleur réelle de la discordance.**

Une triangulation d'informations recueillies sur le terrain montre que les raisons qui sont à la source des discordances sont aussi diversifiées. Une certaine saturation des facteurs est parfois retrouvée par type d'indicateur comme le synthétise le tableau suivant. Le tableau plus détaillé par formation sanitaire est en annexe..

Indicateur	Observations
CC>=5ans	Identification incomplète des patients
	Prise en charge incomplète des patients
	Prise en cpte des jenes fiancées demandant seulement le test de grossesse
	Absence no patient tout le mois
	Erreur de comptage
	Absence de colonne AC
CC<5ans	Absence de colonne AC
	Absence de poids de l'enfant et prise en charge incomplète
	Absence de colonne AC (difficulté de distinguer si c'est NC ou AC)
ECV	Cas qui n'ont pas eu tous les antigènes antérieurs
	Double enregistrement
	Erreur d'enregistrement
	Données non retrouvées
NCCFE	Absence de colonne AC
	Erreur de déclaration
CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
CPN (3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autre CPN effectuée
	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
ACC EUTO	Absences d'age de la parturiente
	Absence de niveau de qualification du responsable de l'A accouchement
	Absence de niveau de qualification du responsable accouchement

Les insuffisances relevées méritent une attention particulière de la part de la régulation et plus spécifiquement de la cellule technique nationale (CTN) pour inciter les différents acteurs du FBP de suivre scrupuleusement les directives relatives à cette approche. Les CPVV devraient appliquer à la lettre les suggestions tirées du manuel des procédures actualisé et du guide de vérification des données FBP. Les prestataires de soins à leur tour devraient s'y conformer en vue d'améliorer la qualité des services offert aux usagers,

Nous **recommandons**,

- ✓ **Aux CPVV de:**
 - Exploiter et appliquer les directives du manuel des procédures révisé
 - Faire des efforts pour distinguer les définitions FBP de celles de la DSNIS
 - Expliquer la différence entre les objectifs du FBP et ceux de la SNIS. Veiller à ce que tous les critères exigés par le manuel des procédures du FBP soient respectés et mentionnés systématiquement dans les registres médicaux.
 - Rendre disponibles le guide de vérification pour les nouvelles définitions des quantités à vérifier et à valider des indicateurs subventionnés par rapport au Paquet Minimum d'Activités (PMA)
 - Donner toujours la retro information des réunions en guise de partage d'information avec les collègues. Ceci aide à ce que tous les vérificateurs et la validateurs soient au même niveau de compréhension des enjeux FBP trouvés localement.
 - Favoriser la collaboration avec les entités opérationnelles (BPS, BDS et CDS) tout en respectant le principe de séparation de fonction afin de relever certains défis qui peuvent constituer un goulot d'étranglement au FBP..

- ✓ **A la CTN de:**
 - Organiser des sessions de renforcement des capacités des vérificateurs pour mieux les préparer à leur travail de vérification
 - Faire un suivi post formation sur terrain pour voir si les acquis ont été appliqués correctement
 - Recruter les vérificateurs contractuels pour soutenir les vérificateurs fonctionnaires pour diminuer la charge du travail afin d'améliorer la qualité de la vérification

- ✓ **Au Ministère de la santé et de la lutte contre le Sida/ Direction du Système National d'Information Sanitaire (DSNIS) de:**
 - Rendre disponibles les registres standards au niveau des FOSA
 - Faire un suivi régulier des FOSA par rapport à l'archivage des données

- ✓ **aux CDS de :**
 - Respecter les définitions FBP pour le remplissage des registres
 - Assurer un bon classement et un bon archivage des documents sources pour retracer les informations relatives au FBP.

CHAPITRE VI: CONTRE VERIFICATION AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

La contre vérification de la qualité subjective des services a été réalisée au niveau communautaire à travers les CPVV. La contre vérification étant la vérification de la conformité et de l'exactitude d'une vérification préalable pour confirmer ou infirmer les résultats obtenus, notre première étape fut de consulter les questionnaires remplis par les CPVV et remis aux associations locales pour vérification communautaire.

L'objectif était de s'assurer que la vérification communautaire a été bel et bien effectuée pour les deux derniers trimestres de 2015 et voir si la méthodologie suivie est conforme aux directives du FBP au Burundi.

Notre première étape fut de visiter les CPVV pour consulter les documents relatifs à la vérification communautaire afin d'attester que les deux descentes ont été effectuées pour le troisième et le quatrième trimestre 2015. Notre constat fut que cette activité a été réalisée dans toutes les aires de responsabilité sauf dans celles des structures sanitaires du district Ryansoro pour le troisième trimestre 2015 faute d'implication dans le projet FBP. La seconde étape consistait à consulter les fiches pour tirer un échantillon au hasard pour chaque type d'indicateur retenu. En effet, sept indicateurs ont été retenus pour les centres de santé à savoir :

- Consultations curatives pour les plus de 5 ans
- Consultations curatives pour les moins de 5 ans
- Consultations externes pour les femmes enceintes
- Accouchements
- Consultations prénatales
- Consultations post natales
- Enfants complètement vaccinés.

Pour les hôpitaux, 8 indicateurs ont été retenus à savoir :

- Consultations externes pour les plus de 5 ans
- Consultations externes pour les moins de 5 ans
- Consultations externes pour les femmes enceintes
- Accouchements
- Hospitalisation pour les moins de 5 ans
- Hospitalisations pour les plus de 5 ans
- Césariennes
- Chirurgie majeure.

Un échantillon de 30% des fiches ayant servi pour la vérification de routine a été tiré pour être exploitées et pour compléter les fiches mères et les questionnaires à confier aux associations locales recrutées pour les visites à domicile. Une moyenne de 21 cas par formation sanitaire a été retenue et les questionnaires complétés avec des informations essentielles pour retrouver les patients dans leurs ménages.

Des associations affiliées à la Croix Rouge ont été recrutées et contractées pour cette activité. Elles ont bénéficié d'une formation sur comment conduire des interviews auprès des patients trouvés à domicile.

Trois critères clés ont été pris en compte dans la qualité de services à savoir : l'existence des patients dans la communauté, la confirmation par les clients retrouvés des services reçus au niveau de la Fosa et enfin le niveau de satisfaction quant à la qualité des services reçus au courant de la période de Janvier à Juin 2015.

Après les descentes pour interviews dans les ménages, les fiches ont été collectées pour traitement et analyse des informations recueillies auprès des patients. Les résultats obtenus ont montré que globalement, les clients ont été retrouvés. Les scores pour l'existence du patient sont de 89,2 % pour les hôpitaux et 94,4 % pour les CDS. C'est un résultat très positif compte tenu du fait que la contre-vérification a été réalisée après une période relativement longue (5 à 10 mois) par rapport à la vérification.

Concernant, la confirmation de prestation, Les scores moyens sont de 90,0% pour les centres de sante et 88,7% pour les hopitaux. Ceci montre des écarts respectifs de 3,5% et 0,1% entre la contre vérification et la vérification de routine. En effet, les scores obtenus sur l'échantillon de fiches collectées des CPVV sont de 86,5% pour les centres de sante et 88,6% pour les hôpitaux. Ce niveau de confirmation de prestation peut etre considere comme acceptable apres ce delais passe entre la verification et la conyre verification.

Quant à la satisfaction des patients, les scores montrent qu'elle est positive avec des taux de 95,5% pour les hôpitaux et de 95,0% pour les centres de santé. Ces scores montrent des écarts respectifs de 4,8% et de -0,8% entre la contre vérification et la vérification de routine.

Tableau 66: Scores de contre vérification communautaire

	Existence du Patient			Confirmation de prestation			Satisfaction		
	Vérification	Contre vérification	Ecart	Vérification	Contre vérification	Ecart	Vérification	Contre vérification	Ecart
CDS	93.9	94,4 %	0,5%	86,5%	90,0 %	3,5%	95.8%	95,0%	-0,8%
HD	88,7%	89.2 %	0,3%	88,6%	88,7%	0,1%	90,7%	95,5%	4,8%

Avec ces résultats, nous avons conclu que la vérification communautaire a été menée efficacement au cours des deux derniers trimestres de 2015. Les scores de performance sont globalement corrects et ont leur attribution a obéi aux directives du FBP au Burundi.

Pour remédier aux échecs de confirmation de prestation, nous recommandons aux formations sanitaires de :

- ✓ Mentionner systématiquement l'identification complète et l'adresse complète des patients dans les registres de consultation afin de faciliter les ASLO de les retrouver dans leurs villages. Le fait de mettre les adresses dans le registre d'accueil uniquement expose à des erreurs lors de l'identification des patients qui exige de trianguler les informations trouvées dans les deux documents.

Nous **recommandons aux CPVV** de :

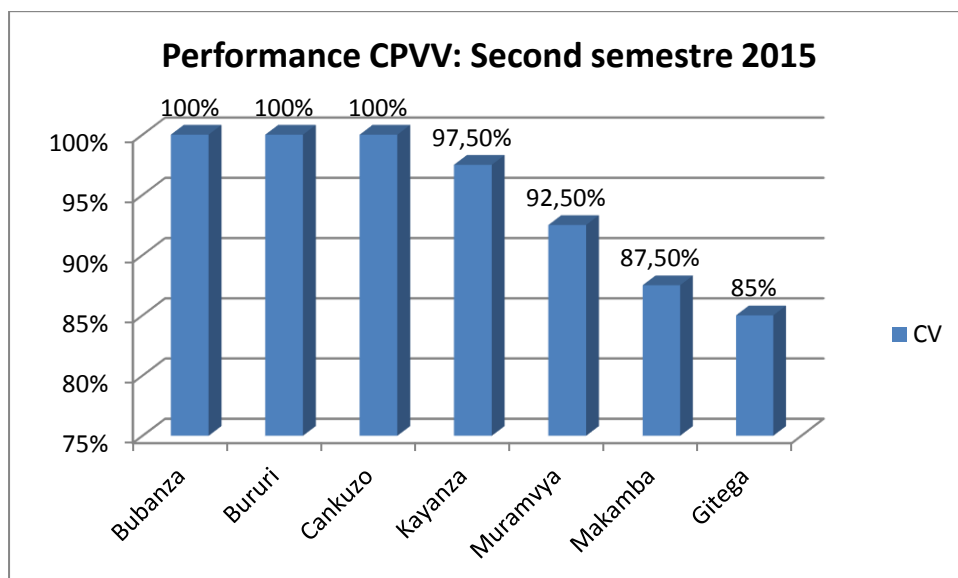
- ✓ Bien former les agents des ASLO chargés de la vérification communautaire sur les techniques d'administration d'interviews tout en insistant sur la recherche de tous les aspects contenus dans le questionnaire notamment les services reçus dans les formations sanitaires visitées. **L'existence du patient ne suffit pas pour compléter les autres aspects sans les explorer lors d'une interview.**

CHAPITRE VII: EVALUATION DU RESPECT DES PROCEDURES

7.1. RESPECT DES PROCEDURES DU FBP

7.1.1. Analyse de la performance de la qualité des CPVV

Graphique 14 : Performance de la qualité des CPVV



Le graphique précédent montre que la performance de la qualité dans les CPVV est assez satisfaisante avec des scores supérieurs ou égaux à 85%. Les CPVV s'acquittent de leurs tâches de manière convenable et suivent les directives données par le manuel des procédures FBP. Ceux qui n'ont pas atteint une performance maximale affichent certaines faiblesses sur la négociation et la signature des contrats avec les formations sanitaires pour le CPVV Gitega, sur le suivi de l'effectivité des paiements pour le CPVV Makamba et sur l'organisation et le suivi des activités de vérification communautaire pour les CPVV Gitega et Muramvya comme le montre le tableau suivant.

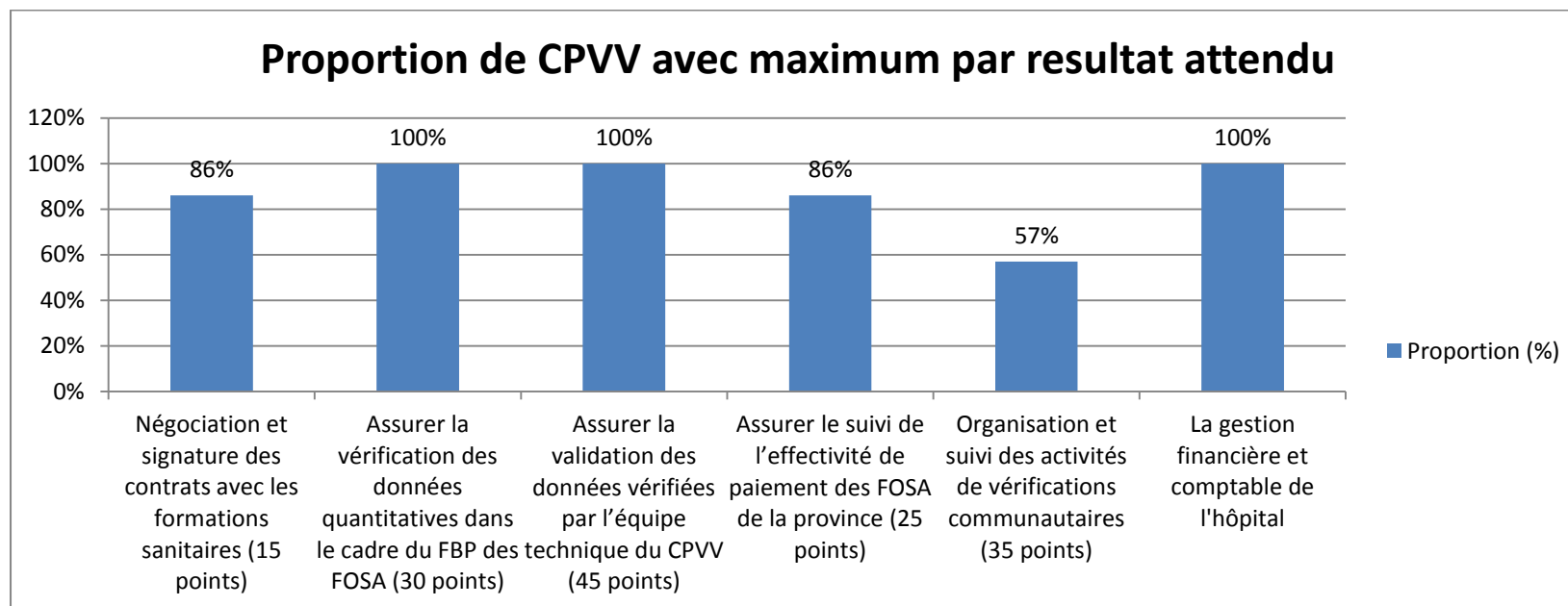
Le tableau ci-après montre la performance réalisée à chaque activité attendue par les CPVV.

Tableau 67: Niveau de performance qualité des CPVV par activité attendue

N°	Résultats Attendus	CPVV Bubanza	CPVV Bururi	CPVV Cankuzo	CPVV Kayanza	CPVV Gitega	CPVV Makamba	CPVV Muramvya	Proportion de Max (%)
1	Négociation et signature des contrats avec les formations sanitaires (15 points)	15	15	15	15	0	15	15	85,7
2	Assurer la vérification des données quantitatives dans le cadre du FBP des FOSA (30 points)	30	30	30	30	30	30	30	100
3	Assurer la validation des données vérifiées par l'équipe technique du CPVV (45 points)	45	45	45	45	45	45	45	100
4	Assurer le suivi de l'effectivité de paiement des FOSA de la province (25 points)	25	25	25	25	25	0	25	85,7
5	Organisation et suivi des activités de vérifications communautaires (35 points)	35	35	35	30	20	35	20	57,1
6	La gestion financière et comptable de l'hôpital respecte les bonnes pratiques (50 points)	50	50	50	50	50	50	50	100
	Total	200	200	200	195	170	175	185	
	Performance (%)	100	100	100	97.5	85	87.5	92.5	

L'analyse que l'on peut faire de ce tableau est présentée dans le graphique ci-après :

Graphique 15: Nombre de CPVV avec maximum de performance par activité attendue



Le graphique qui précède montre qu'à chaque résultat attendu, le nombre de CPVV qui a atteint le maximum de performance est assez satisfaisant sauf pour l'organisation des activités de vérification communautaire où seulement 57% des CPVV ont atteint un score maximal.

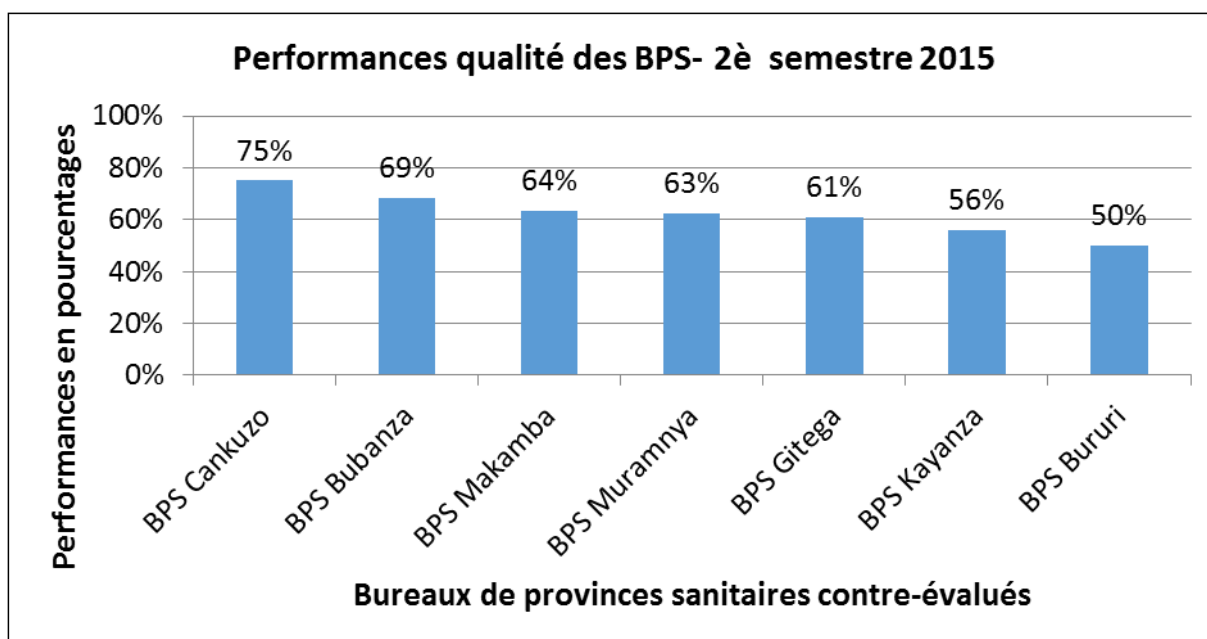
Ce score montre qu'il y a encore besoin d'efforts supplémentaires pour améliorer les résultats portant sur le volet communautaire. En effet, cette activité est très importante pour donner une rétro information aux formations sanitaires qui doivent remédier aux manquements constatés lors des trimestres précédents. Cet effort d'amélioration continue aide les centres de santé et les hôpitaux de districts à répondre adéquatement aux préférences des utilisateurs de services et d'être en harmonie avec les réalités socioculturelles des milieux où ils prestent.

Nous **recommandons une action urgente de la CT- FBP** pour renforcer les capacités des CPVV sur le suivi et l'évaluation des interventions au niveau communautaires. Ceci pourrait être bien mené en collaboration avec la Direction de Promotion de la Santé, Hygiène et Assainissement (DPSHA) et avec une assistance technique en la matière.

7.1.2. ANALYSE DE LA PERFORMANCE- QUALITÉ DES BPS- 2^{ème} SEMESTRE 2015

La performance globale des BPS est représentée par le graphique ci-après :

Graphique 16 : Performance qualité des BPS- 2^{ème} semestre 2015



Le graphique précédent montre que la performance de la qualité dans les BPS n'est pas du tout satisfaisante avec 6 d'entre eux qui ont un score de performance inférieur à 70%. Seul le BPS Cankuzo a pu franchir ce seuil avec 75% tandis que les provinces de Kanyanza et Bururi ont les plus faibles scores respectifs de 56% et de 50%. Des efforts restent

nécessaires pour accroître leur niveau de performance et plus particulièrement dans les deux dernières provinces.. Néanmoins, aucun d'entre eux n'a eu un score inférieur à la moitié des points.

Le tableau ci-après montre la performance réalisée à chaque résultat attendu par chaque BPS.

Tableau 68: Niveau de performance qualité des BPS à chaque résultat attendu

N°	Résultats attendus	BPS Muramvya	BPS Kayanza	BPS Cankuzo	BPS Gitega	BPS Bururi	BPS Makamba	BPS Bubanza	Proportion Max
1	Le BPS encadre les ECD dans l'élaboration et le suivi de leurs plans d'actions annuels (sur 15 points)	0	7	15	7	0	7	7	14,3%
2	Une réunion du CPSD provincial a été tenue pendant le trimestre évalué (sur 10 points)	0	0	0	0	10	0	10	28,6%
3	La gestion financière et comptable du Bureau Provincial de la Santé respecte les bonnes pratiques (sur 15 points)	0	0	15	15	15	15	15	71,4
4	La transmission des factures et le suivi des paiements dans le cadre du Financement Basé sur la Performance sont effectués par le bureau provincial de la santé (sur 10 points)	10	10	10	10	0	10	10	85,7%
5	La formation en cours d'emploi du personnel de la province sanitaire est assurée (sur 10 points)	10	0	10	0	0	0	0	28,6%
6	Le cadre de travail est propre et les règles d'hygiène respectées (sur 5 points)	5	5	5	5	5	5	5	100%
7	La maintenance des infrastructures s et	0	5	0	0	0	5	10	14,3%

	équipement est assurée (sur 10 points)								
8	La gestion des ressources humaine du BPS respecte les bonnes pratiques (sur 10 points)	0	0	0	5	10	5	10	28,6%
9	Administration et relations publiques (sur 20 points)	20	20	0	20	0	5	5	42,8%
10	Supervision des BDS et HD est assurée (sur 40 points)	40	40	40	40	40	40	10	85,7%
11	Le fonctionnement des pharmacies privées, l'hygiène et l'assainissement des lieux publics (Prisons, églises, écoles, marchés, bars et restaurants, hôtels,...) et industriels, est conforme à la réglementation en vigueur (sur 20 points)	20	0	20	0	0	20	20	57,1%
12	Le contrôle de la gestion des ressources est effectif (sur 15 points)	0	15	15	0	0	15	15	57,1%
13	La qualité des services et des activités de chaque CDS de la province est évaluée au moins une fois pendant le trimestre suivant un calendrier annexé au calendrier trimestriel d'activité du BPS (sur 20 points)	20	10	20	20	20	0	20	71,4%
Total = 200 points		125	112	150	122	100	127	137	
Pourcentage		63%	56%	75%	61%	50%	64%	69%	

Le graphique précédent montre que les résultats attendus où on a assez de BPS (Plus de 70%) qui ont le maximum de performance sont au nombre de cinq sur treize (38%) et concernent :

- Le cadre de travail et les règles d'hygiène
- La transmission et le suivi des paiements dans le cadre du FBP
- La supervision des BDS et des HD
- La gestion financière du BPS
- L'évaluation de la qualité des services des CDS

Le même graphique montre que les résultats attendus où on a très peu de BPS qui ont le maximum de performance sont au nombre de huit sur treize (62%) et concernent :

- L'encadrement des ECD dans l'élaboration et le suivi de leurs plans d'actions annuels
- La maintenance des infrastructures et équipements
- Le respect des bonnes pratiques de gestion des ressources humaines du BPS
- La formation en cours d'emploi du personnel de la province sanitaire
- L'organisation des réunions du CPSD provincial
- L'administration et relations publiques
- Le contrôle et gestion des ressources
- Le fonctionnement des pharmacies, hygiène et assainissement des lieux publics

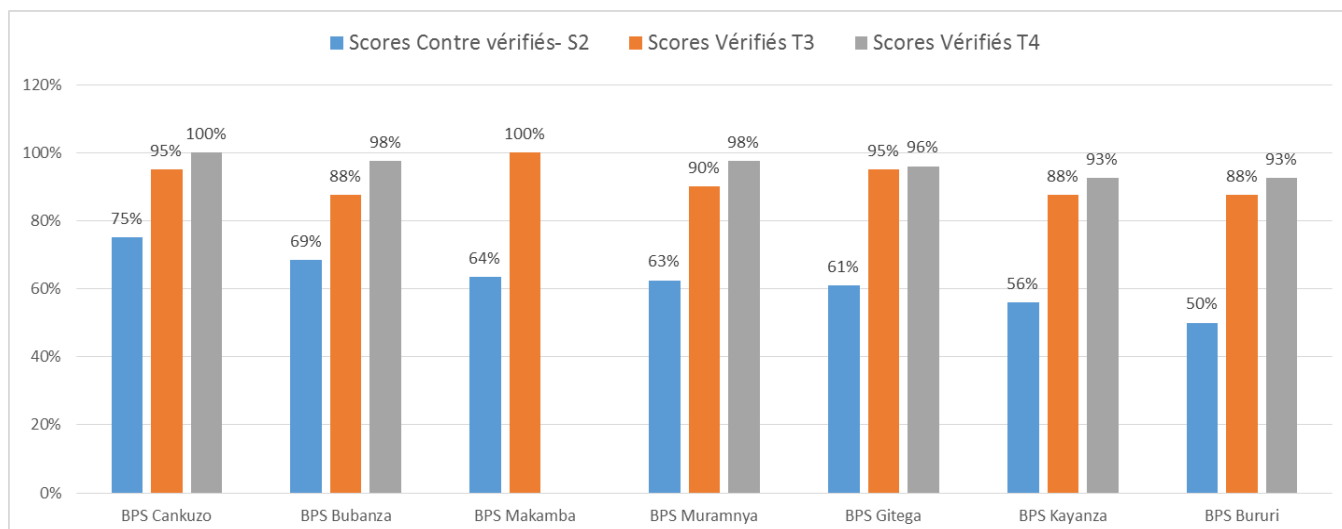
Ces résultats peu satisfaisants nécessitent une attention particulière par les différentes entités de mise en œuvre du FBP depuis le niveau central jusqu'au niveau des BPS. Un suivi plus serré par la CT- FBP devrait être déployé pour stimuler les équipes des BPS à mettre en place des stratégies d'amélioration du niveau de performance. Ceci est d'autant plus crucial que ces fonctions sont très sensibles au niveau provincial. Des niveaux de performance faibles sur ces fonctions remettraient en question tout le fonctionnement du système de santé au Burundi.

Nous **recommandons à la CT- FBP** de:

- Renforcer le suivi et l'évaluation des BPS en collaboration étroite avec les autres entités de régulation.
- Redéfinir les rôles et les attributions des BPS quitte à leur donner une position de coordination qui soit au dessus de celui des BDS.
- Renforcer le pouvoir des BPS et faire en sorte que les BDS leur soient redevables.
- Réviser les mécanismes de paiement des subsides FBP aux BPS et aux BDS de telle manière qu'une forte proportion des fonds destinés aux BPS soit liée aux résultats des BDS sous leur autorité, Les BDS les moins performants devraient à leur tour occuper une proportion plus grande en guise de discrimination positive.
- Initier la stratégie du dilemme du paresseux pour mettre les BPS en compétition. Ceci stimulerait la motivation intrinsèque en touchant sur la norme professionnelle et la norme morale.

Comparaison des scores des vérifications et de contre-vérifications pour les BPS

Graphique 18 : Scores vérifiés T3, T4 et scores contre vérifiés 2è semestre 2015



Le graphique précédent montre que les scores contre vérifiés sont toujours inférieurs aux scores vérifiés dans tous les BPS avec de plus grands écarts pour les BPS de Kayanza et Bururi..

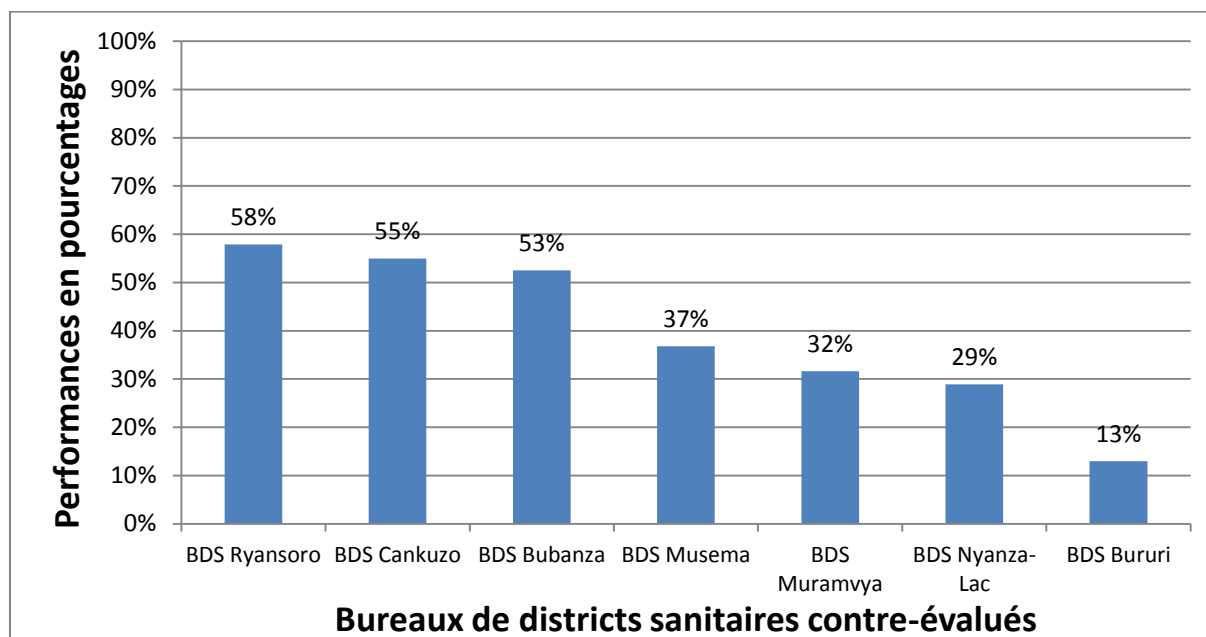
Le Dilemme du Paresseux est une stratégie qui est appliquée aux structures ayant des activités similaires ou proches en vue de créer une compétition pour les fonds disponibles et les stimuler pour une performance optimale. Cette stratégie agit en renforçant la norme sociale et la norme professionnelle des structures concernées en plus des leviers classiques de motivation financière liée au FBP.

L'application de cette stratégie est basée sur le fait que les structures ou les individus qui performant le plus doivent bénéficier des avantages perdus par ceux qui sont moins performants. Elle a montré qu'après un certain temps toutes les structures tendent vers leur performance optimale, ce que le système de santé recherche et l'enveloppe budgétaire y allouée ne change.

CEUX QUI NE PERFORMENT PAS ENRICHISSENT CEUX QUI PERFORMENT, MAIS LES ECARTS TENDENT VERS ZERO AVEC LE TEMPS.

7.1.3. Analyse de la performance qualité des BDS- 2^{ème} semestre 2015

Graphique 19: Performances globales qualité des bureaux de districts- 2^{ème} semestre 2015



Le graphique précédent montre un niveau de la qualité assez bas : On a quatre districts sanitaires sur sept soit 57%, avec moins de 50% de score qualité. Les districts sanitaires de Nyanza- Lac et Bururi ont même moins de 30% et moins de 15% de performance respectivement. De plus le BDS le plus performant de ce second tour n'a atteint que 58% du score., ce qui reste insatisfaisant.

Le tableau ci-après présente la performance réalisée par chaque district sanitaire à chaque résultat attendu.

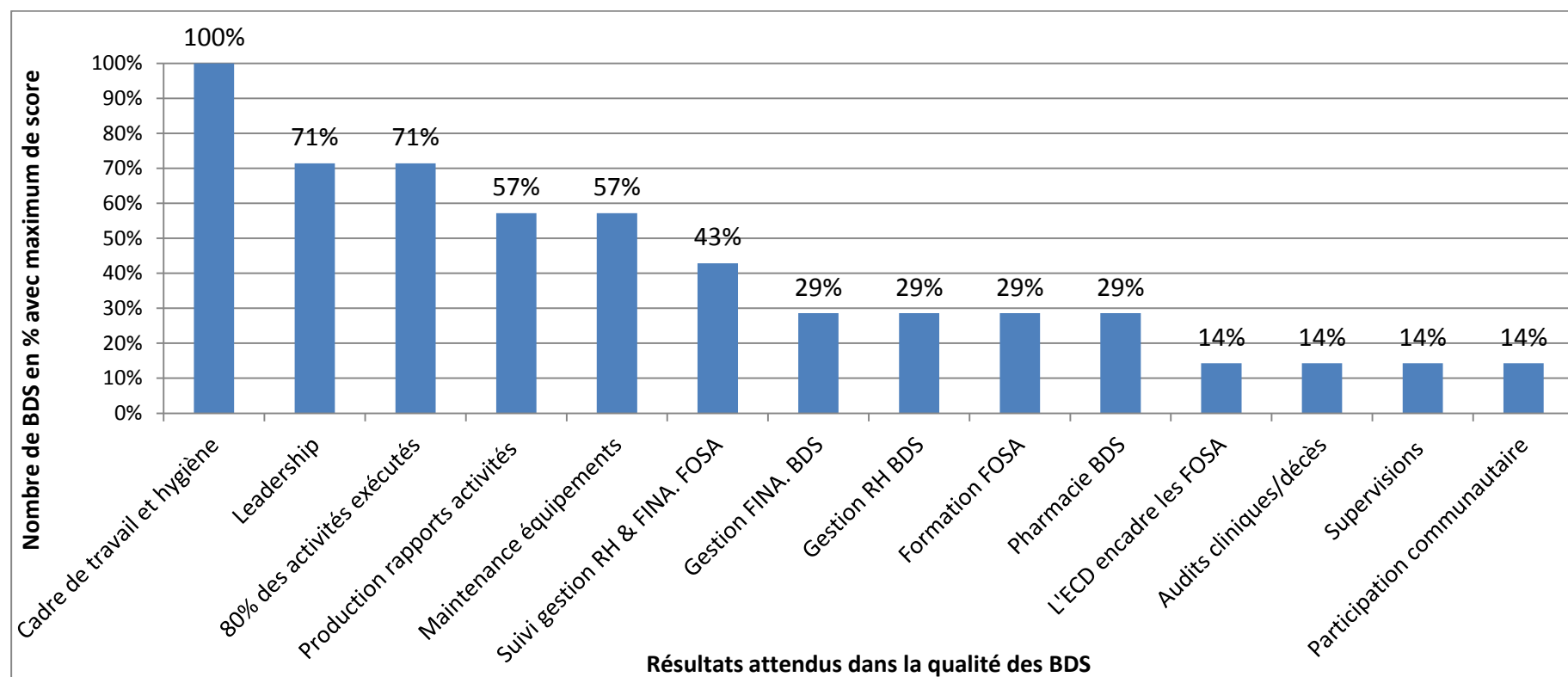
Tableau 69 : Niveau de performance qualité des BDS à chaque résultat attendu

N°	Résultats attendus	BDS Muramvya	BDS Musema	BDS Cankuzo	BDS Ryansoro	BDS Bururi	BDS Nyanza-Lac	BDS Bubanza
1	L'équipe cadre assure le leadership du district (sur 25points)	25	25	25	10	0	25	25
2	Au moins 80% des activités planifiées ont été totalement exécutées pour le trimestre évalué (sur 10 points)	0	10	10	10	10	0	10
3	Un rapport trimestriel d'activités est produit par l'ECD, présenté à la réunion trimestrielle de suivi, validé par le Conseil de Gestion du District (sur 10 points)	0	10	10	10	10	0	0
4	L'ECD encadre les formations sanitaires dans la planification, l'exécution et le suivi de leurs activités (sur 15 points)	0	0	15	0	0	0	0
5	Le suivi de la gestion des ressources humaines et financières des fosas du DS est effectif (sur 10 points)	0	0	0	10	0	10	10
6	La gestion financière et comptable du bureau de district respecte les bonnes pratiques (sur 15 points)	0	0	0	15	0	0	15
7	La maintenance des infrastructures et équipements est assurée (sur 10 points)	10	0	0	10	0	10	10
8	La gestion des ressources humaines du BDS respecte les bonnes pratiques (sur 10 points)	5	0	5	10	0	5	10
9	La formation en cours d'emploi du personnel des CDS, de l'HD et du BDS est assurée (sur 5 points)	5	0	5	0	0	0	0

10	Le cadre de travail est propre et les règles d'hygiène respectées (sur 5 points)	5	5	5	5	5	5	5
11	La pharmacie du BDS approvisionne régulièrement et correctement les CDS et l'HD en ME et consommables (sur 30 points)	0	0	30	30	0	0	0
12	Les mécanismes de référence et contre référence sont fonctionnels: non applicable							
13	Les cadres du BDS participent aux audits cliniques et aux audits des décès effectués à l'hôpital de district (sur 15points)	0	0	0	0	0	0	15
14	Les supervisions effectuées par l'ECD permettent d'assurer une offre du PMA et du PCA de qualité (sur 20 points)	0	20	0	0	0	0	0
15	Les membres de la communauté participent à l'animation et à la coordination du district sanitaire (sur 10 points)	10	0	0	0	0	0	0
Total	190	60	70	105	110	25	55	100
Pourcentage		32%	37%	55%	58%	13%	29%	53%

Ce tableau montre une certaine diversité des points obtenus par type de résultat attendu. Les BDS n'ont pas les mêmes points forts et les points faibles. Le graphique ci-après montre le nombre de BDS qui ont réalisé le maximum de performancen à chaque résultat attendu. Ceci montre les résultats attendus qui posent ds difficultés de performance plus que d'autres.

Graphique 20 : Nombre de BDS avec maximum de performance par résultat attendu



Le graphique qui précède montre qu'à chaque résultat attendu, le nombre de BDS qui atteint le maximum de performance est très bas :

Les résultats attendus où il y a moins de 50% de BDS qui ont le maximum de performance sont au nombre de neuf sur quatorze, soit 64%, et concernent du plus faible au moins faible:

- La participation communautaire à l'animation et à la coordination des districts sanitaires,
- L'efficacité et l'efficience des supervisions des FOSA,
- La participation des ECD dans les audits cliniques et audits de décès dans les HD,
- L'encadrement des FOSA dans la planification, l'exécution et le suivi de leurs activités,
- L'approvisionnement des pharmacies de DS en médicaments aux FOSA
- La formation en cours d'emplois des personnels des FOSA
- Le respect des bonnes pratiques de gestion des RH au niveau des BDS
- Le respect des outils et des bonnes pratiques de gestion des ressources financières
- Le suivi de la gestion des ressources humaines et financière des FOSA

Pour ces résultats attendus, nous recommandons aux BDS de fournir des efforts particuliers pour assurer une nette amélioration en commençant par ceux qui ont enregistré le moins de BDS. Il s'agit des 4 premiers résultats ci-haut mentionnés.

Notons cependant que la faiblesse de ces résultats entraîne une perturbation du fonctionnement du système de santé en altérant les leviers les plus importants de son efficacité. Ceci est une raison de plus pour la CT- FBP de s'inquiéter et de revoir les mécanismes mis en place pour motiver les BDS à être plus performants.

Les résultats attendus où il y a assez de BDS qui ont le maximum de performance sont au nombre de cinq sur quatorze soit 35%, et concernent:

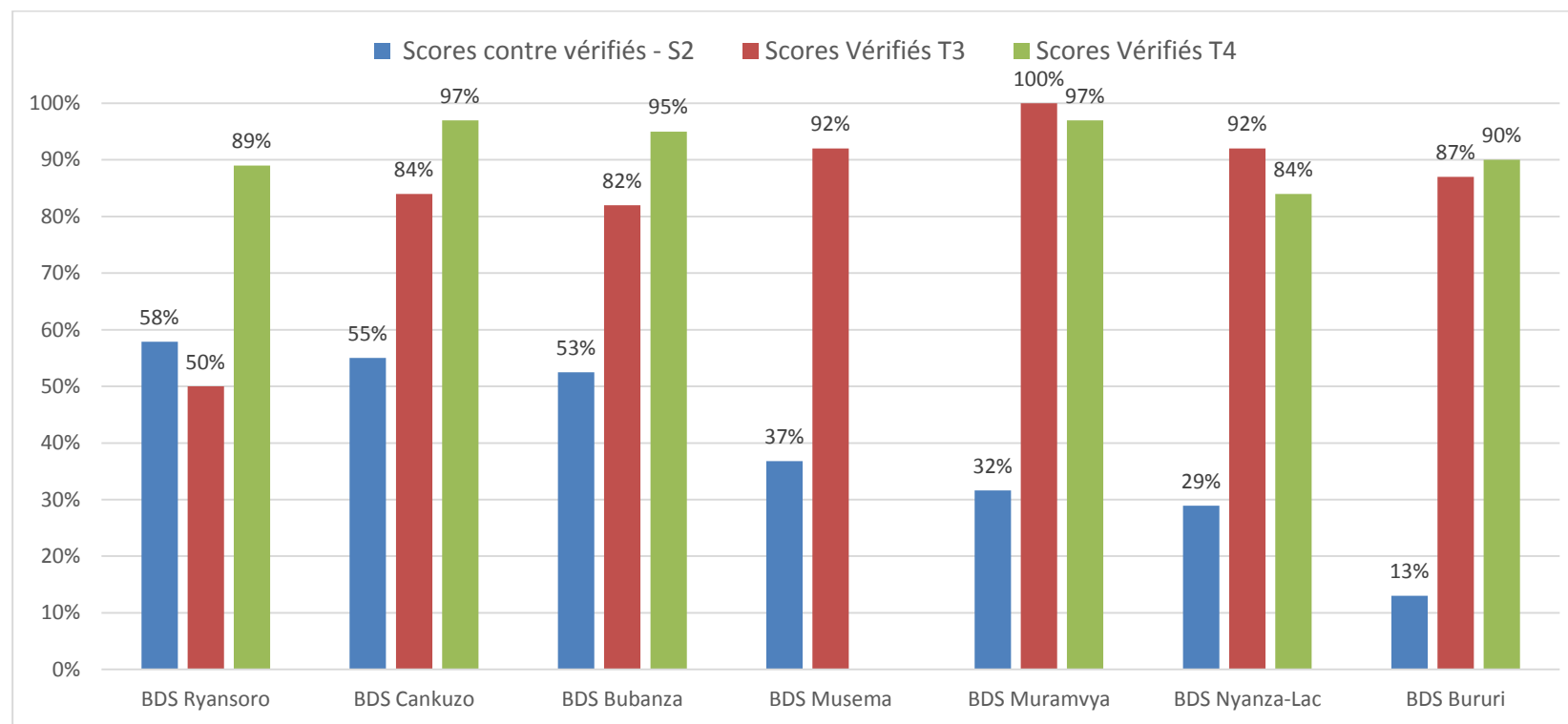
- Le cadre de travail et les règles d'hygiène
- Le leadership de l'équipe cadre du district sanitaire
- L'exécution totale d'au moins 80% des activités planifiées
- La production des rapports trimestriels d'activités
- La maintenance du matériel et des équipements

Cependant, des efforts substantiels restent nécessaires pour amener ces résultats à un niveau de performance plus élevé. Ceci passera par une reorganisation du travail de l'équipe Cadre du district pour répondre aux différentes sollicitations liées à ces résultats.

Sur ce, **nous recommandons à la CT- FBP** de :

Reviser les mécanismes de motivations des ECD en redistribuant les fonds alloués aux résultats attendus et en donnant une plus grande proportion aux résultats qui ont reçu une adhésion plus faible des BDS (Voir le premier groupe qui est en dessous de 50%).

Graphique 21 : Comparaison entre les scores vérifiés et les scores contrevérifiés des BDS



On remarque que les scores contrevérifiés sont toujours inférieurs aux scores vérifiés. Ceci remet en question les méthodes utilisées lors de la vérification de routine. Avec les mêmes grilles utilisées, il est évident que la différence est liée à la rigueur appliquée lors de la contre vérification.

Au regard de ces résultats, on peut se poser quelques questions :

Comme on l'a fait pour les BPS, les mêmes hypothèses peuvent être émises pour les BDS. Nous proposons de mener la même analyse que pour les BPS et recommandons à la CT-FBP de changer de stratégie pour impliquer les BDS dans une logique de compétition pour les fonds. La stratégie du « **Dilemme du paresseux** » peut être appliquée pour changer cette situation.

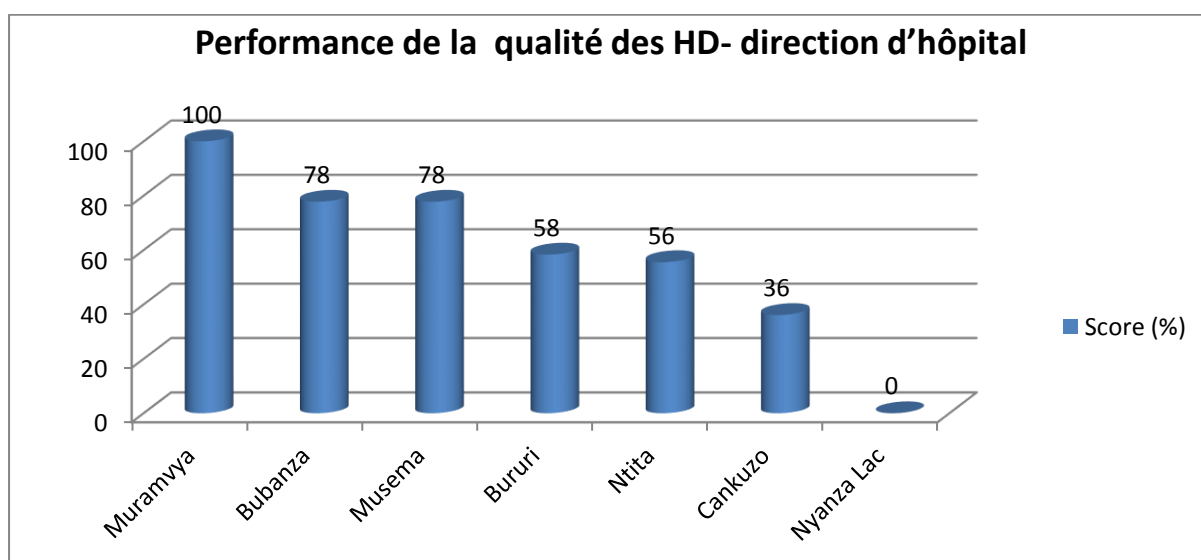
Signalons en passant que l'on a observé un désintéressement assez élevé des responsables des structures intermédiaires et périphériques (BDS, HD, BPS) vis-à-vis de cette activité de contre- vérification. Il ya deux principales explications :

La première explication est que les structures ne font pas assez d' efforts pour rendre disponible les documents lors de la contre-évaluation par ce qu'elles savent que cette activité ' n'a aucun effet sur leurs subsides. C'est parfois après beaucoup de négociations que les personnes ressources acceptent de se rendre disponibles pour cette activité.

La deuxième explication est qu'après l'évaluation trimestrielle de la qualité, certaines structures évaluées ne reclassent pas correctement les documents, et au moment de la contre-évaluation, elles ont des difficultés à les retrouver.

7.1.4. Analyse de la performance de la qualité des HD- Direction de l'hôpital

Graphique 22: Performance de la qualité des HD- direction d'hôpital



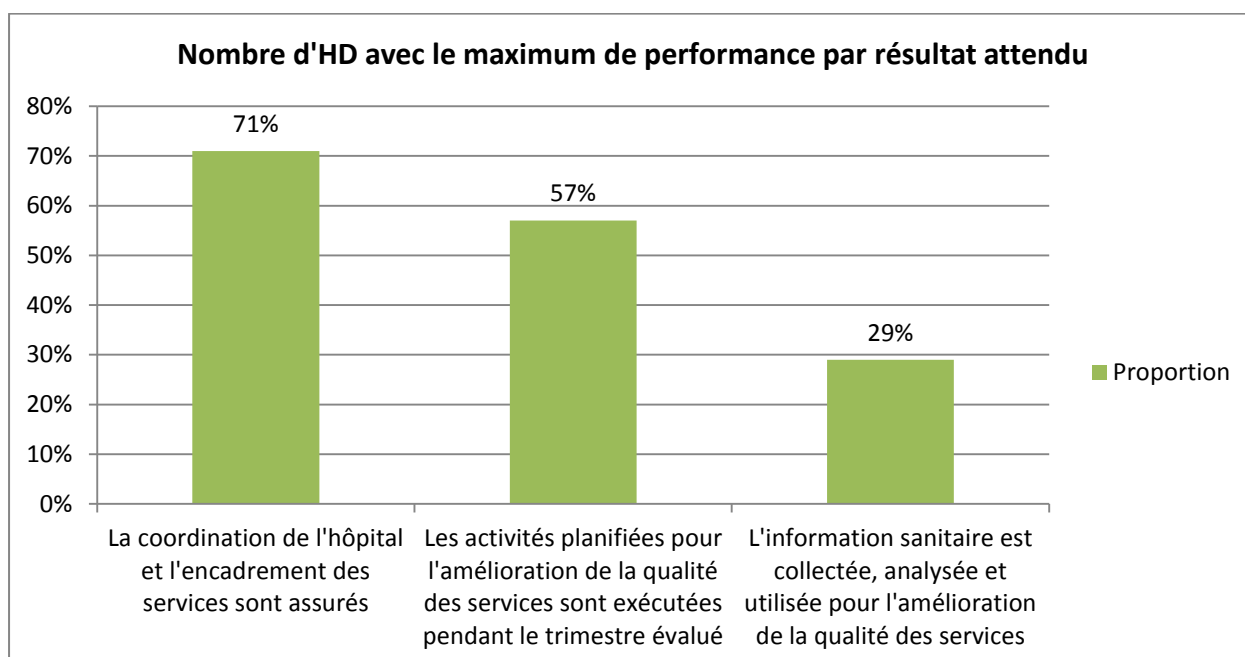
Le graphique précédent montre que la coordination de l'hôpital et l'encadrement des services ne sont pas bien assurés dans les hopitaux de Cankuzo et Nyanza – Lac. Les hopitaux restant montre une performance supérieures 50% avec un pic maximal de 100% pour l'hôpital de district de Muramvya. Le tableau suivant présente les performances de chaque HD à chaque résultat attendu.

Tableau 70 : Performance de la qualité des HD par résultat attendu- aspects direction de l'hôpital

		Hopital de district							
Resultat attendu	Points	HD Buban za	HD Buru ri	HD Canku zo	HD Mura mvyu	HD Muse ma	HD Ntita	HD Nya nza Lac	
La coordination de l'hôpital et l'encadrement des services sont assurés	40 Pts	40	40	40	40	40	0	0	71,4%
Les activités planifiées pour l'amélioration de la qualité des services sont exécutées pendant le trimestre évalué	100 Pts	100	25	25	100	100	100	0	64,3%
L'information sanitaire est collectée, analysée et utilisée pour l'amélioration de la qualité des services	40 Pts	0	40	0	40	0	0	0	28,6%
Total	Max: 180	140	105	65	180	140	100	0	
Performance (%)		77.8	58.3	36.1	100.0	77.8	55.6	0.0	

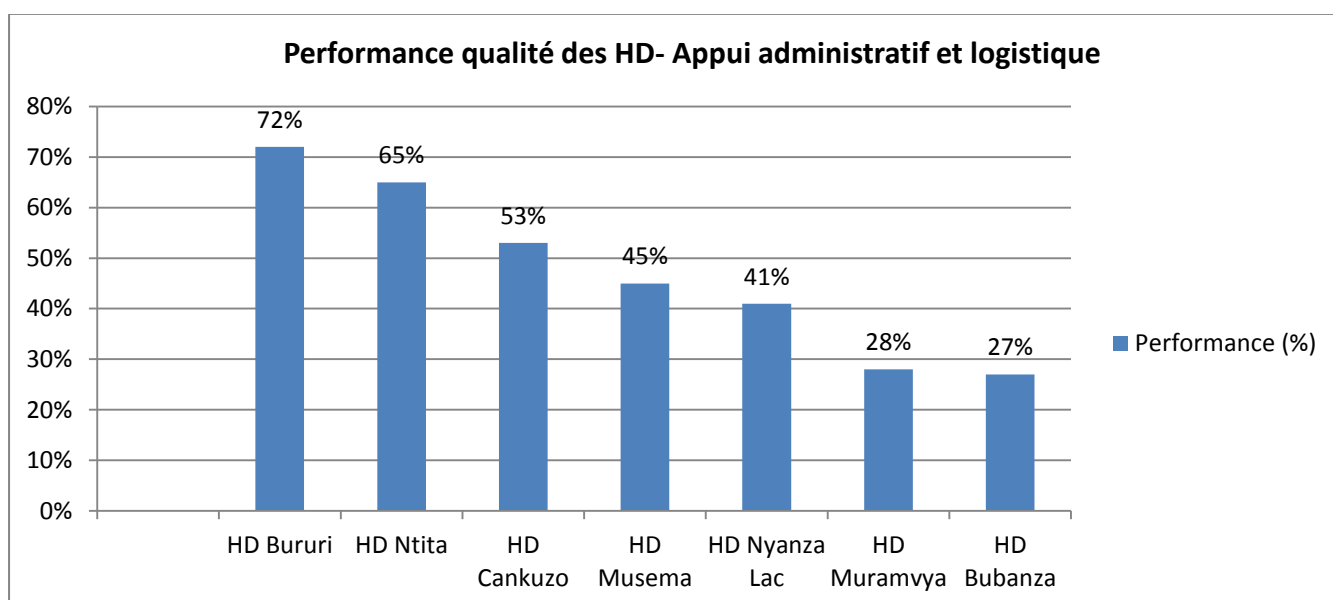
Les données montrent qu'il ya une faiblesse évidente de la collecte de l'information sanitaire, son analyse et son utilisation pour l'amélioration de la qualité des services. L'exécution des activités planifiées pendant les deux trimestres évalués mais aussi que la coordination de l'hôpital et l'encadrement des services semblent s'améliorer mais nécessitent encore des améliorations pour optimiser la performance.. En effet, 5 hôpitaux de district sur 7 ont reçu des scores de 100% sur le premier et 4 sur 7 pour le second résultat attendu.

Graphique 23: Performance des HD par activité



7.1.5. Analyse de la performance de la qualité des HD- unité d'appui administratif et logistique

Graphique 24 : Performance des HD sur l'appui administratif et logistique



Le graphique qui précède montre un problème au niveau de l'appui administratif et logistique des services au niveau des HD où 57% des hopitaux ont un score de performance inférieur à 50%. L'hôpital de Bururi se distingue avec un score supérieur à 72%.

Le tableau suivant donne des détails de points obtenus par résultat attendu.

Tableau 71: Performance de la qualité des HD par résultat attendu- appui administratif et logistique

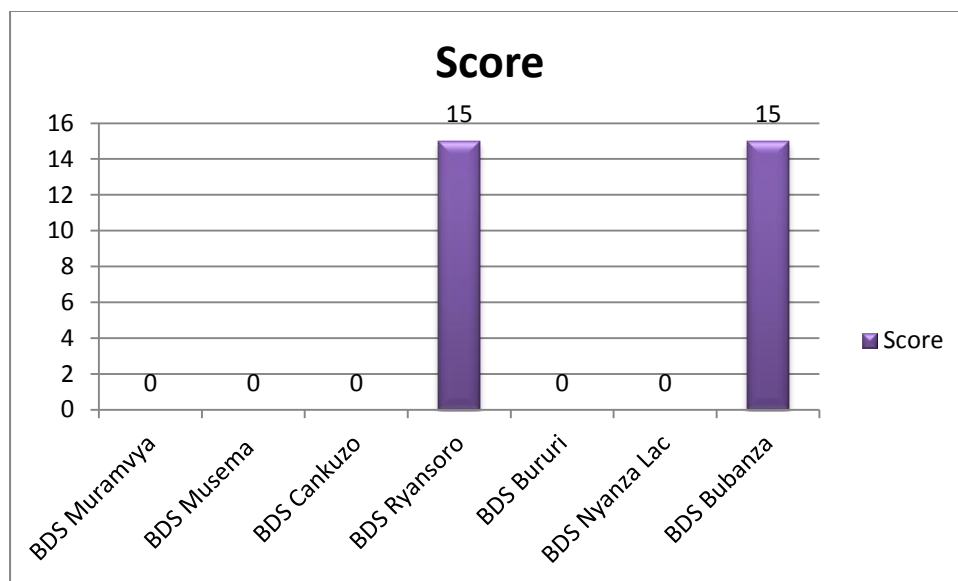
		Points obtenus par les hôpitaux de district							
		Bubanza	Bururi	Cankuzo	Muramvya	Musema	Ntita	Nyanza Lac	Performance (%)
Les mécanismes de référence et contre référence sont fonctionnels	50 Pts	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
Une bonne gestion des RH permet de maintenir un environnement de travail motivant pour le personnel	40 Pts	0	10	40	40	10	20	0	28,6%
La gestion financière et comptable de l'hôpital respecte les bonnes pratiques	60 Pts	60	60	60	20	60	0	0	57,1%
Le respect des règles d'hygiène permet de maintenir un environnement accueillant et sécurisé pour les patients	40 Pts	40	15	15	15	15	40	0	28,6%
Les services de l'hôpital reçoivent les intrants nécessaires pour mener leurs activités	50 Pts	0	50	50	0	50	50	50	71,4%
Les équipements biomédicaux, le matériel informatique et bureautique est fonctionnel	30 Pts	0	30	30	30	30	30	0	71,4%
La pharmacie centrale approvisionne régulièrement et correctement les services et la pharmacie vente en ME et consommables	100 Pts	0	100	0	0	0	100	100	42,9%
Total	Max: 370	100	265	195	105	165	240	150	
Performance (%)		27.0	71.6	52.7	28.4	44.6	64.9	40.5	

7.2. RESPECT DES PROCEDURES DE GESTION FINANCIERE

7.2.1. Analyse des performances des SIP en Gestion Financière et Comptable

7.2.1.1. Analyse des performances des BDS

Graphique 25 : Score de contre-évaluation qualité des BDS : gestion financière et comptable du 2^{ème} semestre 2015



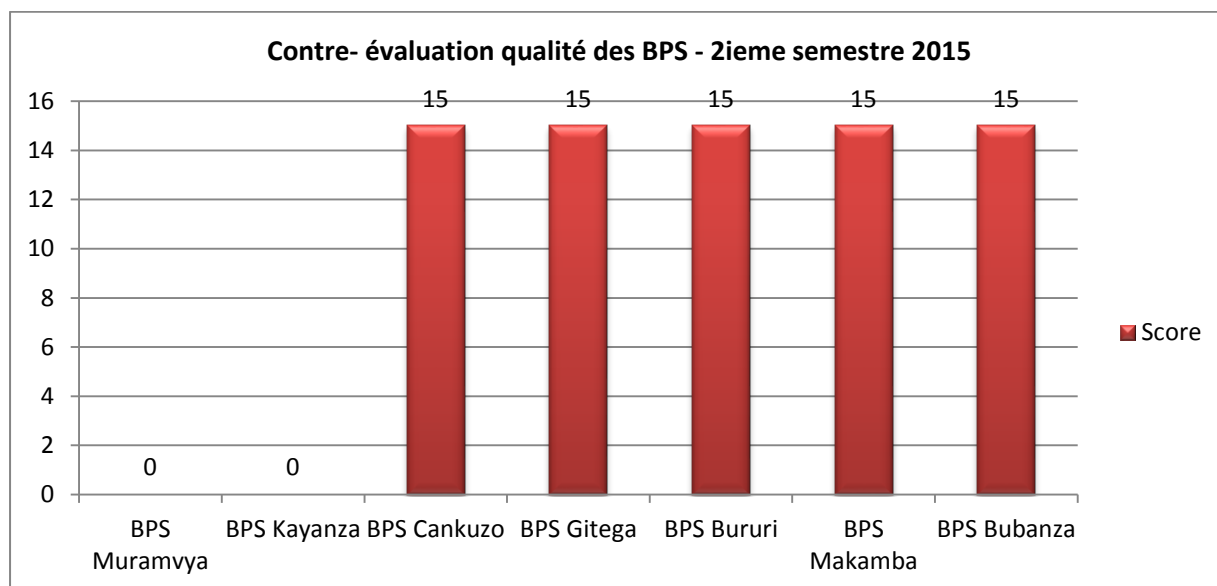
Le graphique 25 montre qu'il y a de sérieux problèmes au niveau de la gestion financière et comptable des BDS.

Le grand problème observé se trouve au niveau du rapportage financier. En effet, la qualité des données des rapports des BDS ne sont pas du tout fiables : si on triangule les données de ces rapports avec les données des fiches de suivi des dépenses et des recettes, on trouve des montants différents alors que ce sont ces fiches de suivi qui permettent de faire un rapport financier (état d'exécution du budget).

De plus, on constate des incohérences comme les discordances entre la prime payée et le montant de l'outil d'indice, la différence entre le solde théorique dégagé par le rapport financier est différent du solde physique pour la même date alors qu'il n'y a pas de chèques en circulation pour justifier l'écart. De plus, certains documents financiers posent problème parce qu'ils sont difficilement à jour notamment le fichier de suivi des dettes, le fichier de suivi des créances notamment pour la pharmacie. La cause de tout cela est que chaque dépense et chaque recette ne sont pas classifiées par leurs natures au moment de leur réalisation sur les fiches de suivi des dépenses et des recettes, donc c'est un problème d'imputation comptable. Sans cela, il est très difficile voire impossible de produire un rapport financier fiable.

7.2.1.2. Analyse des performances des BPS

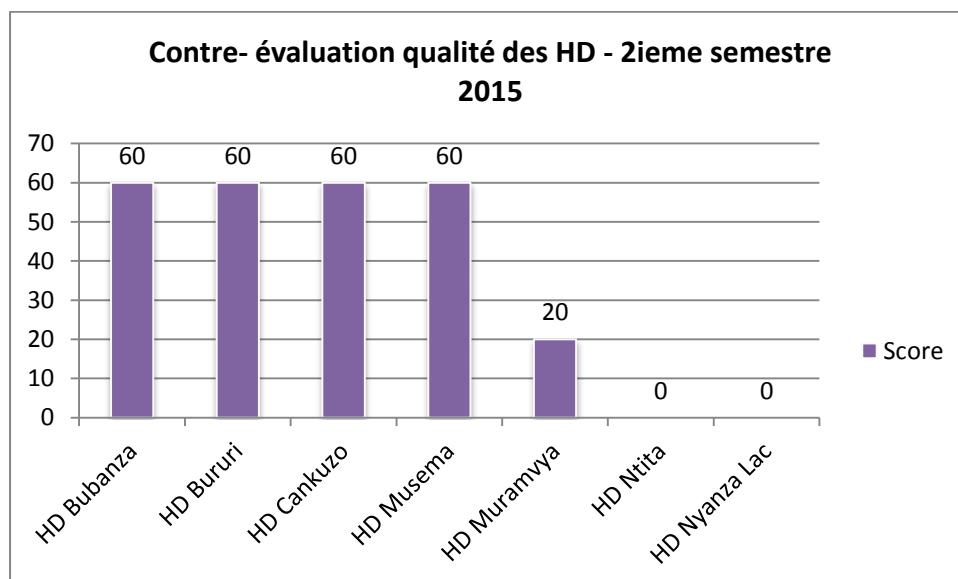
Graphique 26 : Score de contre-évaluation qualité des BPS : gestion financière et comptable du 2ieme semestre 2015



Le graphique 26 montre qu'il y a de progres significatifs dans la gestion financiere et comptable des BPS. Plus de 71% des BPS ont reçu le maximum de performance pour la gestion financiere et comptable au second semestre 2015. Les quelques faiblesses persistantes portent sur Le suivi de l'exécution budgétaire du BPS. Mais le livre de caisse n'est pas à jour car certaines dépenses ne correspondent aux soldes trouvés.

7.2.1.3. Analyse des performances des Hôpitaux de District

Graphique 27: Score de contre-évaluation qualité des HD : gestion financière et comptable du 2ieme semestre 2015



Le graphique 27 montre que tous 4 hôpitaux sur 7 ont eu un score maximal sur soixante points, soit 57,1%. C'est une situation encourageante comparé au premier semestre 2015. Ceci laisse penser que les recommandations émises au premier semestre ont été suivies d'effets.

7.2.1.4. Analyse de performance qualité de la DGR.

Au niveau de la DGR on a quatre résultats attendus. Les résultats obtenus sont présentés dans le tableau ci-après :

Tableau 72: Résultats obtenus par la DGR- contre évaluation qualité du 2 ième semestre 2015

Activités	Résultats attendus	CV T3	CV T4
1. Analyse des demandes de paiement transmis par la CT-FBP	Toute demande de paiement transmise par la CT-FBP est analysée dans les 2 jours dès réception	20/20	20/20
2. Transmission des demandes de paiement au Ministère des Finances dans le cadre du FBP	Toute demande de paiement est transmise au Ministère des Finances endéans 3 jours dès la transmission par la CT-FBP	30/30	30/30
3. Suivi des procédures de paiement au Ministère des Finances et de tous les autres PTF dans le	Les paiements dans le cadre du FBP sont effectués dans les délais requis pour toutes les structures contractualisées	0/40	0/40

cadre du FBP	avec un système de feedback formel et régulier sur l'effectivité des paiements		
4. Planification annuelle intégrée	Existence du Plan d'Action Annuel intégrant les activités en rapport avec la bonne gestion des ressources et la mise en œuvre du FBP	10/10	10/10
La performance globale trimestrielle Max=100		60/100	60/100
Score de performance lors de la vérification de routine		73%	75,3%
Score moyen second semestre 2015 (%)		74,15	
Ecart (%)		14,15	

Ce tableau montre le problème de la qualité se trouve principalement au niveau de un résultat sur quatre : résultat 3.

❖ Au niveau du résultat 3

Pendant le 3 et le 4 ieme trimestre 2015, le paiement des subsides des FOSA n'a pas été effectué dans les délais car IDA n'avait pas accepté de payer tant que le Gouvernement n'avait pas encore versé sa part de budget pour le FBP à savoir 1,4% du budget général de l'État.

Recommandations

Pour toutes les structures visitées, de :

- Renforcer les capacités des gestionnaires des BPS, BDS, des hôpitaux et ceux des centres de santé en particulier en gestion financière et comptable en insistant surtout sur les aspects de remplissage et tenue des pièces comptables et des documents de rapportage financier.

Pour la DGR, de:

- Concevoir un canevas de rapportage financier adapté à chaque structure avec tous les détails requis.
- Elaborer un manuel des procédures financières et comptables actualisé et adapté aux exigences du FBP tout en se conformant à la loi financière et budgétaire nationale.
- Renforcer des mécanismes de suivi et l'évaluation de la gestion financière et comptable au niveau des structures sanitaires respectives.
- Renforcer le suivi de paiement des arriérés qui doivent être versés aux structures sanitaires bien que des retards soient déjà enregistrés.

CHAPITRE VIII: CONCLUSION et RECOMMANDATIONS

Au bout de notre mission de contre vérification des données quantitatives et qualitatives du FBP pour le second semestre 2015, nous avons constaté que la vérification des données se mène régulièrement sur terrain et les équipes habilitées à mener cette activité disposent des outils et des documents nécessaires pour s'acquitter de leurs tâches. Les différents acteurs de mise en œuvre du FBP comprennent les attentes qui ont été exprimées vis-à-vis de leurs prestations respectives et détiennent les grilles détaillant les résultats attendus à chaque niveau.

Cependant, les directives contenues dans ces grilles sont partiellement suivies, ce qui entraîne des pertes significatives de points sur la performance attendue et de surcroît une perte des fonds qui auraient pu aider ces structures à améliorer leurs niveaux de productivité. La vérification de routine a besoin d'être révisée pour qu'elle puisse bénéficier de temps suffisant et de renforcement des capacités des agents qui sont souvent envoyés. Ceci éviterait d'accorder des notes généreuses sans que tous les éléments requis ne soient scrutés.

En effet, sur le plan quantitatif, les écarts observés sur le terrain nécessitent une révision de la manière dont la vérification quantitative se mène. Les discordances observées notamment au niveau des hôpitaux interpellent la CT- FBP pour rappeler aux CPVV la différence entre les directives du SNIS et celles du FBP pour la vérification et la validation des données. La tenue des registres et leur remplissage en dépendent pour améliorer le rapportage et la fiabilité des données trouvées à la source. La situation est beaucoup mieux au niveau des centres de santé et au niveau communautaire car les écarts sont moins importants entre les données validées et celles contre validées.

Sur le plan qualitatif, il y a des variations entre les structures de même niveau avec des scores qui suivent une courbe descendante du niveau central vers le niveau intermédiaire et périphérique. Les résultats montrent que des efforts importants restent à faire pour améliorer la qualité dans les hôpitaux et les centres de santé. Il serait souhaitable que les équipes de vérification de routine appliquent rigoureusement les directives issues du Manuel des procédures FBP récemment actualisé et donnent des suggestions pratiques sur les voies de solution au niveau opérationnel..

Les grilles utilisées pour la vérification nécessitent une révision pour établir des liens clairs entre les activités attendues et les documents sources de vérification. De plus, l'application de la loi du « **Tout ou rien** » sur des composantes avec des items très détaillés de la qualité occulte certains efforts retrouvés à différents niveaux de prestation. Un changement dans la méthode d'attribution des notes permettrait de mieux appréhender les progrès et les insuffisances dans le travail des acteurs des niveaux intermédiaire et périphérique.

En ce qui concerne le respect des procédures FBP, les règles de fonctionnement sont en général suivies à différents niveaux de mise en œuvre. Toutefois, les différentes parties prenantes au niveau provincial à savoir les CPVV, les BPS et les BDS semblent ne pas travailler de façon synergique en vue d'accroître la performance des formations sanitaires.

La coordination de leurs activités respectives n'est pas encore faite de manière à créer une réelle redevabilité verticale entre elles malgré la présence de leurs représentants au niveau du CPVV. La CT- FBP devrait réviser les mécanismes mis en place pour renforcer cette redevabilité verticale entre ces trois entités du microsysteme sanitaire provincial. Une modification des stratégies de motivation devrait être menée pour les rendre plus proactives et plus entrepreneuriales en vue de l'amélioration de la performance des structures sous leurs responsabilités respectives. L'approche du « **Dilemme du paresseux** » pourrait aider dans ce sens.

S'agissant des procédures de gestion financière et Comptable des progres se font remarquer dans les structures sanitaires mais des efforts substantiels doivent être fournis pour renforcer les capacités des Gestionnaires à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Les équipes de vérification ne devraient plus se contenter de vérifier l'existence des pièces comptables ou autres documents financiers. Une vérification plus fouillée du contenu est nécessaire pour apprécier la maîtrise des outils financiers et la cohérence dans l'allocation des ressources par les entités visitées. En plus de la vérification, la DGR devrait élaborer un manuel de gestion financière et mettre en place des mécanismes efficaces de suivi et de l'évaluation de l'allocation des ressources par les structures sanitaires en général et les hopitaux de district en particulier.

CHAPITRE IX : ANNEXES

ANNEXE 1: Liste des tableaux détaillés (produite en document séparé)

ANNEXE 2 : Termes de référence de la contre vérification

TERMES DE REFERENCE POUR LE RECRUTEMENT D'UNE AGENCE EXTERNE D'EXECUTION DE LA CONTRE VERIFICATION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DES PRESTATIONS, OBJET DU FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE ET LA GRATUITE CIBLEE DES SOINS AU BURUNDI

Contexte et justification

Au Burundi, l'approche de Financement basé sur la Performance (FBP) associé à la Gratuité des soins est mise en œuvre à l'échelle nationale depuis le mois d'avril 2010. Le modèle institutionnel et le fonctionnement de cette approche sont consignés et expliqués dans le Manuel de Procédures élaboré à cet effet. Dans le souci de respecter le principe fondamental de séparation des fonctions¹, le modèle institutionnel définit et attribue les principales fonctions aux différents acteurs, en l'occurrence :

- la fonction **de régulation**, assurée par le niveau central du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS, via la Direction Générale des Services de Santé et de la Lutte contre le SIDA, et la Cellule Technique Nationale FBP) et ses structures décentralisées (Bureaux Provinciaux de Santé, Districts Sanitaires) ;
- la fonction **de prestation**: est assurée par les formations sanitaires publiques et privées; les organisations de la société civile offrant des services de santé ;
- la fonction **de financement**: est assurée par le Gouvernement et les PTF du secteur de la santé ;
- la prise en compte de **la voix de la population**, assurée à travers les comités de santé et les associations locales
- la fonction **de vérification**, assurée au premier degré par les Comités Provinciaux de vérification et de validation, et au second degré par les associations locales chargées de vérifier l'effectivité des prestations et d'apprécier la satisfaction des bénéficiaires, ainsi qu'au troisième degré, par un organisme externe indépendant chargée de réaliser **la contre-vérification** de tout le processus.

La contre-vérification est **menée semestriellement par une entité externe au processus de mise en œuvre** du FBP/Gratuité, et vise essentiellement (1) à assurer/confirmer la véracité des données quantitatives et qualitatives en rapport avec les prestations vérifiées, validées et rémunérées dans le cadre du financement basé sur la performance, et (2) à apprécier le respect des procédures à tous les niveaux depuis le niveau communautaire jusqu'au niveau central telles que définies dans le Manuel ad hoc, ainsi que, le cas échéant, (3) à proposer des mesures correctrices et des solutions adéquates aux problèmes identifiés. **La contre vérification se fait sur un échantillon d'entités opérationnelles dans la mise en œuvre du FBP et ses différents rapports sont partagés à tous les membres de CT-FBP Elargie, qui est chargée de les analyser et faire des propositions au MSPLS sur l'application de certaines stratégies correctrices adoptées.**

¹ Manuel des Procédures pour la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance au Burundi - 2^{ème} Version révisée, 2014

A la quatrième année de la mise en œuvre du FBP, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, avec l'appui technique et financier de la Banque Mondiale, vient d'initier le processus de recrutement d'une agence chargée d'assurer la mission de contre-vérification dans le cadre du FBP/Gratuité.

I. Objectifs de la mission

I.1. Objectif général

La mission de contre-vérification vise à assurer et confirmer la véracité des données quantitatives et qualitatives vérifiées, validées et rémunérées, ainsi que du respect des procédures, dans le cadre du financement basé sur la performance.

I.2. Objectifs spécifiques

De façon spécifique, le travail consistera à :

- Confirmer/infirmar la véracité des données quantitatives et qualitatives, par la recherche des clients et/ou des éventuelles prestations faussement déclarées, vérifiées et facturées par les formations sanitaires et les autres unités de prestation contractées dans le cadre du FBP/Gratuité) ;
- Vérifier la conformité et l'existence des prestations remboursées par rapport aux prestations vérifiées et facturées ;
- Vérifier au niveau de la communauté :
 - l'effectivité/l'existence physique des clients déclarés, et
 - le degré de satisfaction de la population concernant la qualité des soins et des services reçus lors des prestations déjà effectuées et déclarées (existence du bénéficiaire, effectivité du service reçu, satisfaction du bénéficiaire ;
- Analyser la performance du système de vérification et de validation des données par les entités de mise en œuvre du FBP concernées à tous les niveaux du système de santé (DGR, CT-FBP, CPVV, etc.)
- Vérifier le respect du système d'évaluation de la performance des unités de prestation et le respect du système de vérification et validation des prestations déclarées selon les procédures définies dans le manuel des procédures FBP
- Identifier les éventuelles sous évaluations ou surévaluations des différents résultats pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Apprécier le respect des procédures du FBP à tous les niveaux ;
- Proposer des mesures correctrices et des solutions adéquates aux éventuels problèmes identifiés.

II. Résultats attendus

Au cours et au terme de la mission les produits suivants devront être disponibles :

- Le rapport semestriel de la mission de contre vérification en Français, comprenant des constats de la contre vérification, des problèmes identifiés et des propositions d'amélioration.
- Annexes au rapport: des copies de toutes les fiches d'analyse de contre-vérification qui ont été faites pour chaque unité de prestation, fiches devant être cosignées entre le représentant de l'unité de prestation et l'agent de contre vérification.

III. Orientations méthodologiques

L'agence de contre vérification devra préciser une méthodologie estimée la plus appropriée à la lumière des informations contenues dans les termes de référence. **La méthodologie précisera l'échantillonnage, les outils et méthode de collecte des données et d'autres informations, les techniques de traitement et d'analyse des données envisagées.**

Pour réaliser sa mission, l'agence de contre vérification devra collaborer particulièrement avec la Cellule Technique Nationale (CT-FBP) chargée de la coordination nationale de la mise en œuvre du FBP/Gratuité, et les prestataires de services à tous les niveaux du système sanitaire du Burundi. Les lignes qui suivent

fournissent quelques éléments clés dont l'agence de contre-vérification devra tenir compte dans la confection du document de méthodologie.

Dans sa proposition, l'agence de contre-vérification devra préciser une méthodologie permettant de s'assurer que les associations locales chargées de la vérification communautaire accomplissent leur travail d'une manière correcte, et qu'elles visitent les ménages pour obtenir l'information requise comme prévu. L'agence devra **aussi préciser en détail la méthodologie des échantillonnages aléatoires proposés.**

Conception de la contre vérification

La contre-vérification sera effectuée semestriellement. Elle consistera en une vérification approfondie par une entité externe au processus FBP, du respect des procédures à tous les niveaux du système de mise en œuvre dudit processus depuis le niveau communautaire jusqu'au niveau central.

Elle comportera 3 volets principaux qui sont : **(1) la contre vérification quantitative, (2) la contre vérification qualitative et (3) l'appréciation du respect des procédures.**

Elle se fera sur un échantillon d'entités opérationnelles de la mise en œuvre du FBP en l'occurrence les unités de prestation du niveau central, la Cellule Technique Nationale, des Bureaux provinciaux de la Santé (BPS), des Bureaux de Districts Sanitaires (BDS), des centres de santé, des hôpitaux, des services, des CPVV et des bénéficiaires des services.

Procédures d'échantillonnage

Toutes les provinces et tous les districts sanitaires seront concernés par la contre vérification. Pour les différentes unités de prestation (services du niveau central, BPS, BDS, Comités Provinciaux de Validation et de Vérification, Formations sanitaires et Associations locales) **un échantillon représentatif sera constitué, suivant les procédures décrites en bas et suivant d'autres aspects qui devraient être spécifiées dans la méthodologie proposée** par l'agence de contre-vérification.

On procédera à **un échantillonnage aléatoire à plusieurs degrés** qui sera de nature à assurer **une représentativité des sujets d'évaluation.** On choisira d'abord, de manière aléatoire, **x provinces parmi les 17 provinces du pays.** Parmi ces x provinces, on choisira (de manière aléatoire) **un sous échantillon de districts et un sous échantillon de formation sanitaires.** (Dans sa proposition, l'agence de contre-vérification devra donner plus de détails sur les sous échantillons proposés, et sur les nombres de districts et de formations sanitaires à sélectionner.

Dans les hôpitaux et les centres de santé retenus un échantillon d'indicateurs du Paquet Minimum d'Activités (PMA) pour les centres de santé et d'indicateurs du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) pour les hôpitaux sera sélectionné de façon aléatoire (au moins 6 indicateurs de PMA et au moins 6 indicateurs de PCA). Pour chacun des indicateurs choisis, l'équipe de contre vérification se déplacera vers les formations sanitaires sélectionnées, et procédera à **l'échantillonnage de façon aléatoire à partir des documents d'enregistrement primaire en rapport avec les indicateurs retenus dans l'échantillon.**

Au niveau des centres de santé (le PMA) : Pour les six mois précédant la contre-vérification, au moins N cas du même échantillon (au moins N% ou la totalité des ménages) tiré au sort pour la vérification communautaire par

les ASLO feront l'objet de la contre-vérification par l'agence externe. L'offre technique devra fournir de plus amples détails pratiques sur ce point.

Au niveau des Hôpitaux de District

Il y a en général un hôpital au maximum dans chaque district, à l'exception des Districts de la Mairie de Bujumbura. Alors, parmi les districts de santé sélectionnés suivant le processus de tirage au sort décrit en haut, tous les hôpitaux de districts sélectionnés devront être l'objet d'un processus de contre vérification semestrielle (selon un processus décrits ci-dessous) afin de vérifier si leurs données déclarées sont correctes.

Au niveau des Hôpitaux Nationaux

Le processus de contre vérification devrait s'appliquer à l'exhaustivité des hôpitaux Nationaux (vu l'importance des services délivrés par ces hôpitaux).

A ce niveau, le processus de Contre Vérification va se faire en 2 étapes : a) et b)

- a) Par le processus de tirage au sort (décrit en haut), l'agence de contre-vérification/ va d'abord sélectionner quelques formations sanitaires (FOSA) parmi toutes les FOSA dans le pays. Pour chaque FOSA, l'agence va identifier et embaucher une association locale pour faire les enquêtes ménages, et ces enquêtes de ménages seront faites seulement dans les zones de rayonnement des FOSA sélectionnées par le processus de tirage au sort. Par ce processus, des enquêtes de ménages seront fait dans un certain nombre X de zones de rayonnement dans le pays entier. (Le « X » pourrait inclure des zones de rayonnement aussi bien des hôpitaux que des centres de santé). Pour chaque hôpital sélectionné, il s'agira : d'identifier parmi tous les cas notifiés dans les registres de cet hôpital, tous les cas enregistrés habitant soit dans la zone de rayonnement de l'hôpital lui-même, soit dans d'autres zones de rayonnement parmi les X zones sélectionnées dans le pays entier. Les ménages qui habitent hors des X zones de rayonnement seront exclus (c'est-à-dire hors des zones de rayonnement des FOSA sélectionnées). Parmi les ménages dans les registres qui habitent dans les X zones de rayonnement, l'agence tirera au sort quelques cas qui seront objets des enquêtes ménages.
- b) L'agence va comparer les données dans les divers registres des hôpitaux pour voir si les données sont conformes (triangulation des données). En général, les personnes qui visitent un hôpital reçoivent plusieurs services dans diverses unités de l'hôpital, et alors leurs noms devraient être notifiés dans les différents registres de ces unités fréquentées. S'il y a des noms qui apparaissent seulement dans un seul registre de l'hôpital mais non pas dans d'autres registres ou ils devraient apparaître, cela indique que ces noms pourraient être des patients « fantômes ».

Dans sa proposition technique, l'agence devra décrire une approche méthodologique combinant les 2 étapes a) et b) permettant ainsi de vérifier la véracité des données quantitatives pour la recherche des clients et/ou des éventuelles prestations fantômes déclarés et facturés par les unités de prestation.

Pour les hôpitaux et les centres de santé, il y aura aussi un échantillon basé sur la grille d'indicateurs de qualité utilisée dans le cadre du FBP. Pour les autres unités de prestation échantillonnées, la contre-vérification sera basée sur leurs grilles d'évaluation des performances respectives ainsi que d'autres outils de gestion des prestations de chaque entité. Dans les provinces et les districts sélectionnés suivant une procédure d'échantillonnage comme décrit plus haut, la contre-vérification décrite dans la phrase précédente sera appliquée à toutes les unités de prestation aux niveaux provinciaux et district.

Conduite des investigations de contre vérification

Les équipes de contre-vérification se rendront au niveau de chaque unité de prestation retenue et au sein de la communauté pour y collecter les données et les informations nécessaires. Pour cela elles utiliseront les

méthodes suivantes (parmi d'autres qui sont valables et qui devraient être décrites dans la proposition technique de l'agence):

- ✓ La revue documentaire des rapports d'évaluation des performances/résultats, des rapports de vérification, les registres, les factures, et d'autres documents clés. disponibles au sein des unités de prestations ainsi que dans les structures de vérification ;
- ✓ L'audit des données saisies au niveau de la base informatisée du FBP (provincial et national)
- ✓ Les interviews des acteurs clés à tous les niveaux et des bénéficiaires
- ✓ Les vérifications communautaires auprès des bénéficiaires déclarés
- ✓ La Triangulation des différentes données et des informations recueillies lors de la mission.

IV. Taches spécifiques de l'agence

L'agence de contre vérification travaillera sous la coordination de la CT-FBP Elargie et devra s'acquitter des tâches suivantes:

- 1) Vérifier la concordance entre les effectifs déclarés au niveau des Formations Sanitaires (FOSA) pour un certain nombre d'indicateurs sélectionnés. Les données à contrevérifier devront concernées : - (i) celles des factures soumises par les FOSA et vérifiées par les équipes de vérification et remboursées aux unités de prestations, (ii) celles contenues dans les registres des FOSA, (iii) celles saisies dans la base de données du FBP/Gratuité (données essentielles car contribuant à la détermination du niveau des montants de paiement aux FOSA)
- 2) Assurer, par des vérifications communautaires, l'effectivité des services déclarés par la recherche des bénéficiaires inscrits dans les registres, la vérification du service réellement reçu et le degré de satisfaction du bénéficiaire.
- 3) Vérifier la véracité des niveaux atteints des indicateurs de qualité des FOSA (qui ont contribué à la détermination du niveau du montant de paiement aux FOSA)
- 4) Vérifier la véracité des niveaux atteints des indicateurs de performance des autres unités de prestation (Cellule Technique Nationale, autres services du niveau central (si impliqués dans le PBF national), bureaux provinciaux de la santé, bureaux de districts sanitaires, CPVV) -, en effet ces données ont servi à la détermination du niveau de primes de performance qui seront payés à ces unités de prestation
- 5) Examiner le système d'archivage et de gestion de la documentation mis en place (et liés au FBP);
- 6) 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
- 7) S'assurer de la conformité des procédures utilisées avec celles décrites dans le Manuel de Procédures pour la mise en œuvre du FBP Burundi, y compris les délais d'exécution des certaines procédures (vérification, validation et paiement)
- 8) 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 fixées ;
- 9) D'autres informations nécessaires, seront contrevérifiées suivant la méthodologie proposée pour le travail.

Comme déjà mentionné plus haut, le travail aura 3 volets principaux : **la contre vérification quantitative, la contre vérification qualitative et l'appréciation du respect des procédures.**

Au niveau de chacun de ces points de la contre-vérification, l'agence ne se contentera pas uniquement de vérifier ou de constater l'existence ou la non-existence de problèmes, mais il aura à formuler des recommandations susceptibles de booster l'amélioration. Les recommandations de l'agence de contre-vérification doivent d'abord être analysées par la CT-FBP Elargie qui, à son tour et à travers la CT-FBP, se chargera de les synthétiser et éventuellement, d'en faire la restitution aux différents acteurs concernés².

² En principe, la C-V n'a pas à donner des recommandations directement aux prestataires, sa mission est d'assurer que la vérification a été correctement réalisée et les procédures respectées, et de faire rapport à qui de droit...

V. Durée et fréquence de la mission

La fréquence de la contre-vérification est semestrielle et la durée globale de la mission sera d'une année, renouvelable si et seulement si la précédente mission a été satisfaisante. La date prévisionnelle de début de la mission est fixée au mois de janvier 2015.

La contre-vérification portera sur les prestations de la période (trois ou des six derniers mois) précédant directement le mois au cours duquel la mission est réalisée.

VI. Profil de l'agence de contre vérification et compétences requises

Le choix de l'organisation qui sera chargée de mener la contre vérification tiendra compte des éléments suivants :

- Etre indépendant vis-à-vis des différentes unités de prestation incluses dans le programme FBP/Gratuité, du CPSD³, des ONG d'accompagnement et des PTFs dans le cadre du FBP/Gratuité au Burundi
- Disposer :
 - d'une grande expérience dans la contre-vérification, la vérification, l'évaluation ou audit de projets dans le domaine de la santé, de préférence avec une composante FBR ;
 - d'une grande expérience dans le domaine des enquêtes communautaires
- Disposer des ressources humaines compétentes pour la mission (Voir point VIII« personnel minimal»)
- Ne pas avoir pris part au processus de vérification dans le cadre du FBP/Gratuité au Burundi durant les deux dernières années ;
- Ne pas avoir assurée la même fonction durant plus de deux années consécutives dans le cadre du FBP/Gratuité au Burundi ;
- Ne pas être partie à un contrat en relation avec le Financement basé sur Performance au sein du système sanitaire du Burundi
- Une expérience avérée en Financement Basé sur la Performance constituerait un atout considérable.

VII. Personnel clé à aligner par l'agence de contre-vérification

L'équipe technique clé devra comprendre 5 personnels de profils suivants :

1. Un médecin spécialisé en Santé publique avec une expérience d'au moins 10 ans de travail dans le domaine de la santé ; une expérience de travail au niveau périphérique, communautaire ou dans un programme FBR serait un avantage.
2. Un médecin clinicien avec une expérience d'au moins 5 ans de pratique clinique au niveau d'une institution de soins.
3. Un expert en gestion financière avec au moins 10 ans d'expérience en matière de gestion financière ; une expérience en gestion des institutions de soins serait un avantage.
4. Un expert en gestion des données avec une expérience d'au moins 5 ans ; une expérience en matière de gestion des données sanitaires serait un avantage.
5. Un Technicien supérieur en soins infirmiers/Un infirmier A1 avec une expérience de travail d'au moins 5 ans.

L'agence de contre vérification ajoutera dans sa proposition technique les autres profils nécessaires pour l'accomplissement de sa mission

VIII. Documents de base de la contre-vérification

La Direction Générale de la Santé et de la Lutte contre le SIDA mettra à la disposition de l'agence de contre-vérification tous les documents nécessaires à sa mission tels que le manuel des procédures et les contrats en sa possession et l'aidera également à prendre contact avec toutes les unités de prestation concernées par la contre-vérification afin d'accéder à la documentation pertinente disponibles à leur niveau.

IX. Quelques directives sur l'utilisation d'associations locales pour la contre vérification des données

L'agence devra établir des critères rigoureux de sélection des organisations locales qui seront mises à contribution pour les vérifications communautaires. Quelques éléments d'orientation pour le choix de ces organisations sont proposés ci-après :

- a) L'organisation ne doit pas avoir pris part à la vérification;
- b) L'organisation devra avoir les capacités en l'occurrence des membres pouvant mener une enquête communautaire;
- c) Les membres d'associations locales qui seront employées devront savoir lire et écrire

³ Cadre de Partenariat pour la Santé et le Développement

- d) Au début ils auront besoin d'être formés et l'agence devra organiser une formation pour eux;
- e) Il serait mieux de privilégier le mode de paiement par cas (pour chaque questionnaire bien rempli).
- f) Il faudra veiller à fournir systématiquement un feedback à ces associations partenaires sur leur performance, et les résultats obtenus.

Les associations locales feront les vérifications communautaires suivant un processus d'échantillonnage qui produira les noms des ménages qui seront les sujets des enquêtes. L'agence de contre-vérification va détenir des informations que les enquêteurs ne peuvent pas connaître sans visiter le ménage et sans parler avec le patient ou au moins avec un membre de son ménage. Une part de l'information recueillie par l'enquêteur n'a donc pour objet que de permettre à l'agence de contre-vérification de s'assurer que l'enquêteur a bien visité les ménages à enquêter.

X. Présentation des rapports de la contre-vérification

Un rapport provisoire sera rédigé en français et remis directement en cinq exemplaires à la CT-FBP, 20 jours après le démarrage des activités de contre-vérification. Les principales conclusions de ce rapport seront au préalable discutées dans une réunion de la CT-FBP Elargie dont les commentaires seront intégrés dans les cinq (5) jours suivants. L'agence de contre vérification transmettra le **rapport final** en trois exemplaires « hard copy » directement à la Direction Générale de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, et transmettra par email une « soft copie » aux membres de la CT-FBP Elargie endéans cinq (5) jours après la réunion de restitution. Le rapport sera transmis avec les Annexes spécifiés dans la Section III. En même temps que le rapport provisoire est soumis, l'agence de contre-vérification devra remettre à la Cellule Technique Nationale des copies de toutes les fiches des vérifications communautaires.

Le rapport de la contre-vérification comprendra entre autres parties :

- a) Le résumé des principaux résultats de la contre-vérification et contre-évaluation en insistant sur les écarts relevés entre les résultats de la vérification et ceux de la contre-vérification, les observations et les recommandations ;
- b) La description de la méthodologie utilisée
- c) Brève description de chaque étape du processus de contre-vérification (ex. préparatifs, contacts avec les autorités et les prestataires, recrutement des associations, la formation des enquêteurs, le déroulement des enquêtes etc.....
- d) Les commentaires et observations sur l'organisation du programme de FBP/Gratuité, les procédures d'évaluation des performances et de vérification, et les éventuelles insuffisances relevées
- e) Les faiblesses principales en rapport avec la vérification/évaluation, décelées au cours de la contre-vérification pour chaque unité de prestation, leurs causes et les mesures proposées pour y remédier ;
- f) Tout facteur exogène ayant pu avoir une influence quelconque sur la gestion des différentes activités ou entités du programme FBP/Gratuité (environnement local, notamment le niveau de qualification du personnel impliqué, procédures de décaissement, procédures des bailleurs de fonds, etc.)
- g) Conclusions et Recommandations générales

XI. Le calendrier de rapportage

Période enquêtée	Début des prestations	Dates limite de remise de rapport

ANNEXE 3 : Contrat entre BREGMANS et les ASLO

1. Contrat entre BREGMANS Consulting & Research et les Associations locales

CONTRAT DE PRESTATION DE SERVICES

Entre

L'Association locale dénommée, opérant dans la zone de responsabilité de la FOSA dereprésenté par son Président et son secrétaire

ET

Le bureau BREGMANS Consulting & Research représenté par son Directeur Exécutif

Il est conclu le contrat suivant :

Article 1 : Les enquêtes communautaires dans le cadre du financement basé sur la performance

L'enquête semestrielle de Contre vérification dans la population vise à contrôler si les personnes enregistrées par la formation sanitaire pour les différentes prestations subventionnées dans le cadre du financement basé sur la performance existent et si elles ont été réellement prises en charge par cette dernière.

L'enquête cherche aussi à estimer les coûts moyens des prestations, la perception des coûts et la satisfaction de la population pour les prestations fournies par la FOSA.

Ces enquêtes sont effectuées par les membres des associations locales, qui représentent la population utilisatrice de chaque zone de rayonnement des FOSA.

Article 2 : Les engagements mutuels des deux parties

2.1. L'Association locale

L'association locale s'engage pendant la durée du contrat à :

- a) Utiliser pour les enquêtes quatre enquêteurs choisis parmi ses membres qui répondent aux critères suivants :

- Etre une personne intègre
 - Savoir lire et écrire (la connaissance du français est un atout)
 - Parler correctement la langue locale
 - Etre disponible au moins 2 a 3 jours pour faire les enquêtes
 - Etre capable de se déplacer jusqu'aux ménages soit à pied soit avec son propre transport
 - Avoir la volonté de servir la communauté
 - Etre capable d'accomplir ses taches dans une atmosphère familiale avec fidélité, discipline, franchise et intégrité ; jouir d'une bonne moralité
 - Avoir la capacité de communiquer
 - Avoir la capacité de travailler en équipe
- b) Effectuer des enquêtes dans la population selon l'échantillon qui lui sera soumis par le superviseur de BREGMANS, dans un délai ne dépassant pas **3 jours** à partir de la date de réception de l'échantillon. L'enquête est effectuée dans la zone de responsabilité de la formation sanitaire concernée.
- c) Remettre au superviseur de BREGMANS les questionnaires d'enquête, correctement remplis dans le délai susmentionné.

2.2. BREGMANS Consulting & Research s'engage de :

- Tirer par échantillonnage les cas à fournir aux enquêteurs chaque semestre et dans chaque FOSA ;
- Former les enquêteurs sur l'utilisation des outils d'enquête communautaire et la conduite de celle-ci ;
- Etablir un calendrier des activités d'enquête et le communiquer aux associations ;
- Fournir aux enquêteurs les fiches d'enquête correctement préparées avec tous les éléments nécessaires pour retrouver la personne à son domicile ;
- Contrôler les fiches remplies retournées par les enquêteurs ;
- Faire la synthèse des enquêtes et donner les résultats aux associations dans des réunions semestrielles et faire une restitution aux FOSA ;
- Appuyer les associations dans toutes les activités de promotion de la santé.

Article 3 : Des modalités de paiement

L'association locale sera payée pour un tarif deFbu par fiche correctement remplie. Le montant est à verser au responsable désigné de l'association sur le compte bancaire de

Article 4 : Durée du contrat

Le présent contrat a une durée limitée à la période couverte par la contre vérification dans la province de.....

Article 5 : Causes de non paiement, résiliation ou non renouvellement du contrat

- a) Un mauvais remplissage ou un remplissage incomplet d'une fiche d'enquête, conduit au non paiement de cette fiche ;
- b) La remise tardive de l'ensemble des questionnaires d'enquête, au delà du délai de 7 jours conduit au non paiement total de l'enquête ;
- c) La non exécution de l'enquête commissionnée ou le remplissage du questionnaire avec des données fausses conduit à la résiliation du contrat en cours et au non renouvellement du contrat.

En cas de résiliation du contrat par une des parties, celle - ci devra donner un préavis minimum de quinze jours.

Article 6 : Règlements de litiges

En cas de malentendus sur l'interprétation et l'exécution de ce contrat, les parties signataires essaieront de les résoudre à l'amiable, sinon le problème sera reporté aux instances habilités par la législation burundaise.

Fait à, le /...../.....

Lu et approuvé

Le Président de l'Association

Nom et Prénom
Signature

Le Directeur Exécutif de BREGMANS Consulting & Research

Nom et prénom
Signature

ANNEXE 4 : Questionnaire pour l'enquête communautaire en kirundi

IFISHI MPINYUZABIKORWA VY'AMAVURIRO

No reference fiche	Izina n'iritazirano ry'uwivuje	Umutumba	Agacimbiri	Se rugo

1. IBIBAZO NTANGAMARARA VY'ISUZUMA

1.1 Igenekerezo ry'isuzumwa (itariki-ukwezi-umwaka)	/...../.....
1.2 Uyu muntu naka (Izina) muramuzi muri uru rugo?	Ego/ Oya
1.3 Nimwaba mumuzi afise imyaka ingahe?	
1.4 Niyaba azwi ninde avyemeje ?	We nyene Uwundi wo mumuryango Umukuru w'agacimbiri Abandi

1.5 Ari we nyene: uraheruka kw'ivuriro rya....., muri ay'amezi atandatu aheze? Ari uwundi naho ubaza: yoba aheruka kw'ivuriro rya....., muri ay'amezi atandatu aheze?	Ego/oya Ego/oya
1.6 Ari EGO, mwari mugiyeye kwivuza, kwibaruka, gucandagisha umwana canke gupimisha imbanyi canke ikindi?	
1.7 Mwo tubwira igenekerezo muherukira ko kwa muganga (gereranya)	

Dusanze yivuje muri ayo mezi atandatu aheze, uca ubandanya umubaza ibibazo biri gu gice ca kabiri ni ca gatatu. Ari oya, hagarika kumubaza ivyo bibazo.

2. GUSHIMA IBIKORWA VYO KWA MUGANGA

2.1 Murashima ibikorwa ivuriro ribegereye ribakorera?	Turashima cane/ Turashima buke buke/ Ntidushima nabuhoro
2.2 Igihe muheruka kurwara mwaragiye kwivuza kuri iryo vuriro	Ego/ Oya
Kuwutagiye kwivuza kuri iryo vuriro:	
2.3 None mwarivuye? (ari oya, hagarika ibikorwa)	Ego/ Oya
2.4 Ari Ego, mwivurije hehe?	Kurindi vuriro rya reta Kw'ivuriro ry'abikorera ivyabo Ku bitaro bikuru Kubavuzza imiti y'ikirundi Ahandi (havuge).....

3. UKUNTU ABAGIYE KWIVUZA BASHIMA IBIKORWA BABAGIRIWE KURI IRYO VURIRO

3.1 Umwanya murindira kugira muganga abakire ungana gute?	Umwanya muto Umwanya ugereranye Umwanya muremure
3.2 Babakiriye neza? (Mucubahiro no mu bwitonzi)	2= Neza cane 1= Neza 0 = Nabi
3.3 Umuganga yabasuzumye yarabasiguriye neza indwara murwaye n'imiti abahaye n'ukugene muzoyifata?	2 = Neza Cane 1 = Neza 0 = Nabi
3.4 Babavuye mw'ibanga ntagere atabababona canke ngo babumwe	2= Neza cane 1 = Neza 0 = Nabi
3.5 Ku bwanyu, abakozi b'ivuriro barabishoboye?	2 = Neza cane 1 = Neza 0 = Nabi
3.6 Abakozi b'ivuriro barakora amazamu imisi yose (7 jours sur 7), n'amasaha yose (24H/24H)	Ego Oya
3.7 Ku bwanyu, ibiciro muri iryo vuriro mubona bigendeka?	2 = Ni vyiza cane 1 = Biragereranye 0 = Birazimvye cane
3.8 Irihishwa riba ku mugaragaro? (Muriha ku biciro biba bimanitswe, barabaha amafagitire, abana badashikana imyaka itanu n'abapfasoni bibarutse ntibabarihisha?)	Ego Oya

3.9 Mubona ivuriro ryanyu rimeze neza (isuku, ubuzu bwa sugumwe busukuye, umuyagankuba, amazi meza, ubwogero)	2 = Neza cyane 1 = Neza 0 = Nabi
3. 10 Imiti babandikiye yari ihari kw'ivuriro	Ego Oya
3.11 Mbega muncamake, ibikorwa vyiza wabonye kw'ivuriro nibihe?	
3. 12 Ibitabashimishije nibihe?	
3.13 Ivyo kosorwa kuri iryo vuriro n'ibihe?	

ANNEXE 5: COMPOSITION Equipe de CV - BREGMANS Consulting & Research**Contact :****BREGMANS Consulting & Research**

Kigobe- Sud, GIHOSHA

03, av. Kigunga

Bujumbura- Burundi

Tel: (257) 79 263 744

Team leader: Dr Eric BIGIRIMANA

Tel: (257) 79 577 771

E-mail:

Skype : eric.bigirimana5

EXPERTS	Fonctions
Dr Eric BIGIRIMANA, MD, MSc , Médecin de Santé Publique avec une spécialisation en santé communautaire et une expertise en FBP (10 ans). Grande expérience de mise en œuvre du FBP au niveau international. Il est le Chef de file de l'équipe BREGMANS pour la contre vérification du second semestre 2015 au Burundi.	Médecin Santé Publique, expert en PBF/ Chef de File de BREGMANS – Burundi
Dr NDAYITWAYEKO Diomede , Médecin de Santé Publique, Expert en soins cliniques (5 ans). Grande expérience dans la gestion de la stratégie PBF (contre vérification des formations sanitaires sur le plan clinique, évaluation de la qualité et des quantités des formations sanitaires et des organes de mise en œuvre du FBP) et il est membre actuel de l'équipe BREGMANS pour la contre vérification FBP pour le second semestre 2015 au Burundi	Médecin Santé Publique, expert en PBF en soins cliniques
Mr SINDAYIGAYA Cyrille , Expert-comptable et spécialiste en audit financier du système FBP et du respect des procédures du système FBP des FOSAs et des organes de mise en œuvre du FBP (de la périphérie au niveau central). Grande expérience dans la gestion de la stratégie PBF (10 ans). Il est membre de l'équipe BREGMANS Consulting & Research pour la contre vérification FBP second semestre 2015.	Auditeur en Finances et en système FBP
Mr Ferdinand VYANKANDONDERA , Expert avec une licence en santé Publique. Grande expérience de contre vérification FBP avec une excellente connaissance des interventions communautaires. Membre actuel de l'équipe BREGMANS pour la contre vérification FBP du premier semestre 2015 au Burundi	Infirmier A1 spécialisé en système FBP

Ir Didace BIGIRIMANA , expert en gestion des données et Statistiques avec une longue expérience des enquêtes (20 ans). Membre actuel de l'équipe BREGMANS de Contre vérification FBP pour le premier semestre 2015.	Expert en Gestion des données et Statistiques

ANNEXE 6 : Causes de discordance pour la contre vérification de la quantité des CDS.

BPS	DS	CDS	Mois	Ecart > à 10	indicateur	Observations
Muramvya	Muramvya	Bukeye	juillet	87	CC>=5ans	Identification incomplète des patients
			juillet	50	CC<5ans	Identification incomplète des patients
			Aout	114	CC>=5ans	Identification incomplète des patients
			Septem bre	215	CC>=5ans	
			nov	18	CC<5ans	Identification incomplète des patients
			dec	237	CC>= 5ans	Identification incomplète des patients
		Rusare nda	juillet	18	CC>= 5ans	Identification incomplète des patients
			Nov	18	CC>= 5ans	Identification incomplète des patients
		Shomb o	sept	23	CC>=5ans	Prise en charge incomplète des patients
			Nov	146	CC<5ans	Absence de colonne AC(difficulté de distinguer si c'est NC ou AC)
Kayanza	Musema	Matong o	juillet	612	CC>=5ans	Absence de colonne AC (difficulté de distinguer si c'est NC ou AC)
			Juillet	616	CC<5ans	Absence de colonne AC (difficulté de distinguer si c'est NC ou AC)
			juillet	30	ECV	Cas qui n'ont pas eu tous les antigènes antérieurs
			juillet	22	NNCFE	Absence de colonne AC
			juillet	90	CPON	Confusion de la definition, pas de 2eme visite
			Juillet	32	CPN (3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autre CPN

				effectuée
	aout	782	CC<5ans	Absence de colonne AC (difficulté de distinguer si c'est NC ou AC
	Aout	13	ECV	Cas qui n'ont pas eu tous les antigènes antérieurs
	Aout	89	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
	Aout	27	CPN (3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autre CPN effectuée
	sept	394	CC<5ans	Absence de colonne AC (difficulté de distinguer si c'est NC ou AC
	sept	17	ECV	Cas qui n'ont pas eu tous les antigènes antérieurs
	Sept	35	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
	sept	30	CPN (3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
	octobre	30	CC>=5ans	Identification incomplète des patients
	octobre	44	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
	Octobre	40	CPN (3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
	NOV	16	CC>=5ans	Identification incomplète
	nov	15	ECV	Cas qui n'ont pas eu tous les antigènes antérieurs
	NOV	55	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
	NOV	28	CPN (3X)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
	dec	36	CC>=5ans	Identification incomplète
	dec	22	ECV	Cas qui n'ont pas eu tous les antigènes antérieurs

			Dec	62	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			dec	25	CPN (3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
		Gasenyi	juillet	36	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			Juillet	42	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			Aout	22	CC>=5ans	Prise en cpte des jenes fiancées demandant seulent le test de grossesse
			Aout	14	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			Aout	43	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			sept	19	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			Sept	38	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			oct	20	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			OCT	20	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			NOV	36	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			NOV	40	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			DEC	20	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			DEC	15	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et

						non traçabilité des autres CPN effectuées
		Nyarurama	juillet	1725	CC>=5ans	Absence de colonne AC
			juillet	1234	CC<5ans	Absence de colonne AC
			Juillet	74	NCCFE	Absence de colonne AC
			Juillet	15	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			AOUT	1170	CC>=5ans	Absence de colonne AC
			Aout	1036	CC<5ans	Absence de colonne AC
			Aout	66	NCCFE	Absence de colonne AC
			Aout	14	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			SEPT	1275	CC>=5ans	Absence de colonne AC
			Sept	935	CC<5ans	Absence de colonne AC
			sept	58	NCCFE	Absence de colonne AC
			sept	15	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			oct	230	CC>=5ans	Absence de colonne AC
			OCT	16	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			NOV	2096	CC>=5ans	Absence de colonne AC dans les registres non standards
			Nov	967	CC<5ans	Absence de colonne AC dans les registres non standards
			Nov	64	NCCFE	Absence de colonne AC dans les registres non standards
			Nov	27	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			dec	2299	CC>=5ans	Absence de colonne AC dans les registres non standards
			dec	1375	CC<5ans	Absence de colonne AC dans les registres non standards
			dec	75	NCCFE	Absence de colonne AC dans les registres non standards

			dec	19	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
		Musag ara	juillet	31	ACC EUTO	Absences d'agade la parturientes
			Juillet	29	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			juillet	58	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			Aout	26	ACC EUTO	Absences d'agade la parturientes
			Aout	17	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			Aout	35	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			sept	48	ACC EUTO	Absences d'agesde la parturientes
			Sept	30	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			Sept	40	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			oct	23	ACC EUTO	Absences d'ages des parturientes
			Oct	19	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			oct	32	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			Nov	20	ACC EUTO	Absences d'ages des parturientes
			Nov	37	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			Nov	33	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			Dec	32	ACC EUTO	Absences d'ages des parturientes
			Dec	23	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			Dec	29	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées

						effectuées
Cankuzo	Cankuzo	Gitanga	juillet	123	CC>=5ans	Confusion de la definition
			juillet	86	CC<5ans	Confusion de la definition
			juillet	10	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			juillet	39	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			Aout	36	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			Sept	15	CC>=5ans	Confusion de la definition
			sept	32	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			OCT	25	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			Nov	28	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			Déc	40	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
		Twinkwavu	juillet	49	AccEUTO	Absence de niveau de qualification du responsable de l'A accouchement
			Juillet	54	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			Aout	39	AccEUTO	Absence de niveau de qualification du responsable de l'A accouchement
			AOUT	30	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			Sept	54	CC>=5ans	1ere et dernière page sdu registre déchirées
			sept	48	AccEUTO	Absence de niveau de qualification du

						responsable de l'A accouchement
			sept	52	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			oct	42	AccEUTO	Absence de niveau de qualification du responsable de l'A accouchement
			OCT	45	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			Nov	42	AccEUTO	Absence de niveau de qualification du responsable de l'A accouchement
			Nov	32	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			Dec	46	AccEUTO	Absence de niveau de qualification du responsable de l'A accouchement
			Déc	33	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
		Murehe	juillet	14	CC>=5ans	Erreur de comptage
			juillet	26	ECV	Double enregistrement
			juillet	22	AccEUTO	Absence de niveau de qualification du responsable de l'A accouchement
			Aout	20	AccEUTO	Absence de niveau de qualification du responsable de l'A accouchement
			Aout	14	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			sept	15	ECV	Double enregistrement
			SEPT	12	AccEUTO	Absence de niveau de qualification du responsable de l'A accouchement
			OCT	16	ECV	Double enregistrement
			OCT	13	AccEUTO	Absence de niveau de qualification du responsable de l'A accouchement
			NOV	19	ECV	Double enregistrement

			NOV	13	AccEUTO	Absence de niveau de qualification du responsable de l'A accouchement
			Déc	12	CC>=5ans	Erreur de comptage
			Déc	13	CC<5ans	Erreur de comptage
			dec	14	ECV	Double enregistrement
			dec	16	AccEUTO	Absence de niveau de qualification du responsable de l'A accouchement
Gitega	Ryansoro	Rurimb i	juillet	32	CC>=5ans	Signes cliniques pour les femmes enceintes non lisibles
			Juillet	32	NCCFE	Signes cliniques pour les femmes enceintes non lisibles
			juillet	23	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			juillet	41	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			Aout	42	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			sept	20	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			Sept	32	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			oct	43	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			NOV	27	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			NOV	38	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			DEC	30	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			DEC	39	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées

Mugaruro	juillet	11	NCCFE	Erreur de déclaration
		68	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
		96	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
	Aout	67	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
	Sept	15	AccEUTO	Absence de niveau de qualification du responsable de l'A accouchement
	SEPT	35	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
	SEPT	59	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
	Oct	46	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
	OCT	57	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
	NOV	12	AccEUTO	Absence de niveau de qualification du responsable de l'A accouchement
	NOV	68	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
	NOV	51	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
	Déc	53	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
	Déc	74	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
Nyangwa	oct	21	CC<5ans	Erreur de comptage
	oct	20	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées

			NOV	22	CC>=5ans	Erreur de comptage
			nov	18	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			Déc	15	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			Déc	14	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
BURURI	Bururi	Nyantobo	juillet	15	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			AOUT	33	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			Nov	40	cc>=5ans	Absence de sexe et de groupe d'âges
			Nov	66	CC<5ans	Absence de sexe et de groupe d'âge et prise en charge incomplète
			nov	23	NCCFE	Absence d'âge de grossesse
			Déc	25	NCCFE	Absence d'âge de grossesse
			Déc	12	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
		kajabur e	juillet	21	ECV	Erreur d'enregistrement
			juillet	23	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			juillet	36	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			Aout	20	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			Aout	35	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			SEPT	18	CC<5ans	Absence no patient
			sept	18	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			sept	38	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et

						non traçabilité des autres CPN effectuées
			oct	18	CC<5ans	Absence no patient
			OCT	26	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			OCT	54	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			NOV	19	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			NOV	23	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			Déc	16	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			Dec	25	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
		Bugeni	juillet	19	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			Aout	100	CC<5ans	Donnees non retrouvee suite au mauvais archivages des registres
				18	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			Sept	102	CC>=5ans	Donnees non retrouvees suites aux pages déchirées
			SEPT	42	CC<5ans	Donnees non retrouvees suites aux pages déchirées
			SEPT	11	ECV	Cas non enregistrés dans la source de verification recommandé par le manuel des procedures
			SEPT	24	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées

			OCT	27	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			Nov	12	ECV	Cas non retrouvé
			Nov	18	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			Déc	22	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
		BAMB A	Juillet	452	CC>=5ans	Absence no patient tout l e mois
			Juillet	19	ECV	Erreur d'enregistrement
			juillet	74	NCCFE	Absence no patient tout l e mois
			juillet	58	CPON	Confusion de la définition, pas de 2eme visite
			juillet	44	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			Aout	441	CC>=5ans	Absence no patient tout l e mois
			Aout	20	ECV	Erreur d'enregistrement
			Aout	81	NCCFE	Absence no patient tout l e mois
			Aout	60	ACCEUTO	Absence no patient tout l e mois
			Aout	33	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			SEPT	426	CC>=5ans	Absence no patient tout l e mois
			Sept	73	NCCFE	Absence no patient tout l e mois
			Sept	48	ACCEUTO	Absence no patient tout l e mois
			Sept	55	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			oct	428	CC>=5ans	Absence no patient tout l e mois
			oct	11	CC<5 ans	Absence no patient et prise en charge incomplète

			oct	94	NCCFE	Absence no patient tout l e mois
			oct	63	ACCEUTO	Absence no patient tout l e mois
			oct	64	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			NOV	544	CC>=5ans	Absence no patient tout l e mois
			NOV	22	CC<5 ans	Absence no patient et prise en charge incomplète
			NOV	27	ECV	Erreur d'enregistrement
			NOV	85	NCCFE	Absence no patient tout l e mois
			NOV	65	ACCEUTO	Absence no patient tout l e mois
			NOV	65	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
			Déc	625	CC>=5ans	Absence no patient tout l e mois
			Déc	32	ECV	Erreur d'enregistrement
			Déc	92	NCCFE	Absence no patient tout l e mois
			Déc	63	ACCEUTO	Absence no patient tout l e mois
			Déc	50	CPN(3x)	Non respect du calendrier de CPN et non traçabilité des autres CPN effectuées
		Kiremba	juillet	27	CC>=5ans	Absence de colonne AC
				15	ECV	Données non retrouvées
			Aout	88	CC>=5ans	Absence de colonne AC
				15	ECV	Données non retrouvées
			SEPT	101	CC>=5ans	Absence de colonne AC
			OCT	161	CC>=5ans	Absence de colonne AC
			Nov	334	CC>=5ans	Absence de colonne AC
			Déc	211	CC>=5ans	Absence de colonne AC
MAKAMBA	Nyanza Lac	Buheka	Aout	20	CC>=5ans	Retrait des cas de petite chirurgie
			sept	23	CC>=5ans	Retrait des cas de petite chirurgie
			OCT	70	CC>=5ans	Retrait des cas de petite chirurgie
		KABONGA	Juillet	13	CC>=5ans	Erreur de comptage
			juillet	24	CC<5ans	Erreur de comptage
			juillet	54	ACCEUTO	Absence de niveau de qualification du responsable accouchement

			Sept	26	CC>=5ans	Retrait des cas de petite chirurgie
			Sept	13	NCCFE	Erreur de comptage
			Sept	38	ACCEUTO	Absence de niveau de qualification du responsable accouchement
			Oct	24	CC>=5ans	Retrait des cas de petite chirurgie
			Oct	23	NCCFE	Données non retrouvés
			oct	33	ACCEUTO	Absence de niveau de qualification du responsable accouchement
			Nov	69	CC>=5ans	Pages déchirées
			Nov	15	ACCEUTO	Absence de niveau de qualification du responsable accouchement
			déc	19	CC>=5ans	Retrait des cas de petite chirurgie
			Dec	20	ACCEUTO	Absence de niveau de qualification du responsable accouchement
		Gikuzi	juillet	82	CC>=5ans	Absence de colonne AC
			juillet	199	Cc<5ans	Absence de colonne AC
			Aout	165	CC>=5ans	Absence de colonne AC
			Aout	80	Cc<5ans	Absence de colonne AC
			Sept	181	CC>=5ans	Absence de colonne AC
			Sept	61	Cc<5ans	Absence de colonne AC
			Sept	13	NCCFE	Absence de colonne AC
			oct	181	CC>=5ans	Absence de colonne AC
			Oct	58	CC<5ans	Absence de colonne AC
			Nov	154	CC>=5ans	Absence de colonne AC
			Nov	62	CC<5ans	Absence de colonne AC
			Déc	13	CC>=5ans	Erreur de comptage
			Dec	10	ECV	Données non retrouvées
BUBANZA	BUBANZA	Ngara	juillet	36	CC<5ans	Absence de poids de l'enfant et prise en charge incomplète
			Aout	108	CC<5ans	Absence de poids de l'enfant et prise en charge incomplète
			Sept	77	CC>=5ans	Absence de colonne AC
			Sept	80	CC<5ans	Absence de poids de l'enfant et prise en charge incomplète
			oct	37	CC<5ans	Absence de poids de l'enfant et absence de colonne AC
			Nov	33	CC<5ans	Absence de colonne AC et prise en charge incomplète
			Déc	24	CC>=5ans	Absence de colonne AC pour une

						page
			Déc	22	CC<5ans	Erreur de comptage
		Musiga	juillet	45	CC>=5ans	Erreur de comptage
		ti	juillet	17	CC<5ans	Absence de prise en charge complète
			juillet	14	NCCFE	Erreur de comptage
			Aout	30	CC>=5ans	Absence de colonne AC
			Aout	33	CC<5ans	Absence de poids de l'enfant et prise en charge incomplète
			Sept	26	CC>=5ans	Absence de colonne AC
			Sept	552	CC<5ans	Absence de poids de l'enfant et prise en charge incomplète
			Oct	15	CC>=5ans	Absence de colonne AC
			Nov	41	CC<5ans	Absence de poids de l'enfant et prise en charge incomplète
			Déc	37	CC>=5ans	Absence de colonne AC
			Déc	12	CC<5ans	Absence de poids de l'enfant et prise en charge incomplète
		Ciya	Sept	45	CC<5ans	Absence de poids de l'enfant et prise en charge incomplète
			Oct	15	AccEUTO	Absence de niveau de qualification du responsable accouchement
			Oct	11	CPN(3X)	Non respect du calendrier CPN