



VISITES DES DEPARTEMENTS ET DES DISTRICTS SANITAIRES PAR LE NOUVEAU REPRESENTANT DE L'OMS AU CONGO

NDINGA, Edouard

Août 2019



**Organisation
mondiale de la Santé**

Bureau de la Représentation de l'OMS au Congo

SOMMAIRE



Remerciements

Liste des sigles et acronymes

Résumé

Introduction

Objectifs

Résultats attendus

Méthodologie et déroulement

Observations par département

Constats généraux

Problèmes identifiés

Conclusions

Recommandations

Annexes

Remerciements

Au terme des missions de visite de terrain sur l'analyse du fonctionnement des districts sanitaires en République du Congo, je tiens à remercier Madame la Ministre de la Santé et de la Population pour avoir facilité la réalisation de celles-ci.

J'exprime toute ma gratitude à toutes les autorités Politico- administratives rencontrées dans les départements pour leur accueil chaleureux, leur disponibilité et l'appui multiforme dont nous avons bénéficié tout le long de ces missions.

Je voudrais aussi remercier particulièrement les différents directeurs départementaux de la santé, les médecins-chef des districts sanitaires, les directeurs généraux des hôpitaux et leurs équipes pour avoir facilité l'organisation des visites des structures sanitaires et les rencontres avec les communautés.

Enfin, je remercie les responsables des communautés pour leur pleine participation aux rencontres organisées.

1. Introduction

En République du Congo, l'organisation du système de soins est une émanation des soins de santé primaires issus de la déclaration d'Alma Ata en 1978, de l'initiative de Bamako en 1987, de Ouagadougou en 2008 et réaffirmé à ASTANA en 2018 qui demande une participation des populations au financement de leur santé et un investissement individuel et/ou collectif pour l'accès à des services et soins de qualité. Les soins de santé primaires sont une stratégie efficace et économiquement rationnelle pour améliorer la santé physique et mentale des populations, ainsi que leur bien-être social. Ils constituent la pierre angulaire d'un système de santé durable dans l'optique de la couverture sanitaire universelle (CSU) et des objectifs de développement durable (ODD).

Le système de santé au Congo a été renforcé par la politique de la décentralisation qui vise à favoriser l'enracinement et le développement de la démocratie. La décentralisation opère une synthèse entre l'intérêt national et les particularismes locaux, elle permet à toutes les couches sociales (hommes femmes, vieux, jeunes, paysans, commerçants, ouvriers etc.) à travers la communalisation intégrale de développer des initiatives pour leur promotion personnelle et partant celle de la collectivité.

C'est ainsi que la loi N°17- 2019 du 21 mai 2019, assure la répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités locales en matière de santé de base et définit les modalités de leur exercice par le département et la commune au Congo.

Malgré tous ces engagements, la situation sanitaire en République du Congo reste caractérisée par plusieurs défis. Il s'agit **des défis liés aux maladies** : (i)Créer des conditions permettant la réduction de la morbidité et de la mortalité des maladies transmissibles et non transmissibles et de celles liées à la santé de la reproduction ; (ii) redynamiser le système de surveillance épidémiologique et renforcer le système de réponse aux urgences, (iii) Intégrer les activités des différents programmes dans le Paquet Minimum des Activités des centres de santé, (iv) Prévenir les handicaps et créer les conditions permettant une meilleure intégration économique et sociale des personnes handicapées. **Les défis liés au système de santé** : notamment , mettre en œuvre une stratégie de développement des ressources humaines, afin de pallier l'insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines et leur répartition non rationnelle sur l'ensemble du territoire ;garantir un accès aux soins et services de santé de qualité pour tous les groupes de populations retenus par l'OMS, par la revitalisation des districts sanitaires, basée sur la rationalisation des centres de santé, la réforme hospitalière (taux de mortalité maternelle et infantile intra hospitalière inacceptables) et La construction de 12 hôpitaux généraux pour lesquels l'utilisation doit être profondément réfléchié , les Réformes du laboratoire national de santé publique, du centre national de transfusion sanguine doivent accompagner la réforme hospitalière ;mettre en place un

système d'information sanitaire opérationnel ;mettre en œuvre une politique de financement de la santé qui puisse garantir, la tenue des comptes de santé avec in fine une allocation équitable des ressources financières aux différents niveaux du système de santé, Une couverture sanitaire universelle, en in soins et services essentiels, pour chaque groupe de population.

Les défis liés à la santé environnementale : (i) Promouvoir les comportements favorables à la santé, (ii) Renforcer les capacités en génie sanitaire, (iii) Améliorer l'accès à l'eau potable tant dans les centres urbains que dans les zones rurales, (iv) Réorganiser le système d'élimination des déchets y compris les déchets biomédicaux.

Ces défis selon de dernier rapport de la revue du secteur de la santé 2017 entre autres des faibles performances des districts sanitaires.

Afin d'accompagner le Gouvernement de la République Congo dans le processus de développement des soins de santé primaires centrés sur la personne à travers la revitalisation du district sanitaire de revitalisation des districts sanitaires , (sous-programme N°1 PNDS 2018 -2022), le bureau de la Représentation de L'OMS au Congo avec l'accord du Ministère de la santé et de la Population a réalisé une mission de terrain dans les douze (12) départements de la République du Congo à savoir , les Plateaux , la Cuvette, la Sangha, la Likouala, le Pool, la Bouenza, la Lékoumou, le Niari, le Kouilou, la Cuvette Ouest, Pointe-Noire et Brazzaville.

2. Objectifs de la mission



2.1. Objectif général

L'objectif général était de mieux comprendre les défis opérationnels liés à la revitalisation des districts sanitaires.

2.2. Objectifs spécifiques

Spécifiquement, il s'agissait de :

1. Comprendre et apprécier l'organisation et le fonctionnement des districts sanitaires visités ;
2. Apprécier le niveau d'implication des communautés dans la prise de décision au niveau du district sanitaire ;
3. Comprendre les défis auxquels les autorités politico-administratives font face dans la mise en œuvre du PNDS au niveau décentralisé ;
4. Identifier les opportunités pour le renforcement du système de santé dans les districts sanitaires.

2.3. Résultats attendus

Les résultats attendus de ces missions étaient les suivants :

1. L'organisation et le fonctionnement des districts sanitaires sont appréciés ;
 - 1.1. Le fonctionnement des hôpitaux de référence/base est analysé ;
 - 1.2. Le fonctionnement des CSI est analysé ;
 - 1.3. Le niveau d'implication des communautés dans la prise de décision au niveau du district sanitaire est apprécié ;
 - 1.4. Le fonctionnement de l'équipe cadre de district est apprécié
2. Les défis auxquels les autorités politico-administratives font face dans la mise en œuvre du PNDS dans les districts sanitaires sont mieux compris ;
3. Les bonnes pratiques en matière de gestion des districts sanitaires sont identifiées ;
4. Les opportunités pour le renforcement du système de santé dans le district sanitaire sont identifiées.

3. Méthodologie

La mission s'est déroulée en trois (3) phases :

- Phase de préparation ;
- Phase d'exécution de la mission ;
- Phase de rédaction de rapport.

a. Phase de préparation

Cette phase a consisté à :

- Elaborer et adopter les termes de référence ;
- Elaborer et adopter les outils de collecte des informations ;
- Initier et diffuser les lettres d'information aux autorités politico-administratives et les autorités sanitaires ;
- Préparer la logistique et les aspects administratifs et sécuritaires ;
- Tenir régulièrement des réunions de mise au point.

b. Phase d'exécution de la mission



La mission s'est déroulée selon les périodes ci-après :

- 25 avril 2019 : visite des départements de Pointe-Noire
- Du 02 au 10 juin 2019 : visite de quatre (4) départements nord du pays (Plateaux, Cuvette, Sangha et Likouala)
- Du 24 au 29 juin : visite de cinq (5) départements sud du pays (Pool, Bouenza, Lekoumou, Niari et Kouilou)
- Du 07 au 10 août 2019 : visite du département de la Cuvette-Ouest

Au cours de ces visites, **les activités** suivantes ont été réalisées :

- Rencontre avec les autorités locales (Préfets, Présidents des conseils départementaux et municipaux et DDS) ;
- Entretien avec les équipes cadres de districts ;
- Visites des FOSA et des Districts sanitaires ;
- Rencontre avec la communauté ;
- Collecte des données sur fiches préétablies.

Les districts sanitaires et structures visités sont les suivants :

Départements	GH	HB	CS	DS
Plateaux		Hôpital de base de Gamboma	Centre de santé de Gamboma 1	Gamboma
Cuvette	HGELBO HG 31 juillet d'owando	Hôpital de base Mouebara Hôpital de base de Makoua	Centre santé Owando II	Oyo-Alima Owando
Sangha		Hôpital de base de Ouesso	Centre de santé Nzalangoye Centre médico-social CIB	Ouesso
Likouala		Hôpital de base d'Impfondo Hôpital Evangélique les Pionnier	Centre de santé Bahona Centre de santé d'Enyellé	Impfondo
Pointe-Noire		HB de Tié-Tié	CSI de Tié-Tié CSI de Ngoyo	Tié-Tié
Niari		Hôpital de base de Dolisie	CSI Dimebeko	Dolisie
Bouenza		HB de Madingou	CSI de Madingou	Madingou
Pool		HB de Kinkala	CSI de Kinkala CSI de Mantsiédi	Kinkala
Lékoumou		HB de Sibiti	CSI d'Indo CSI de Moussanda	Néant
Kouilou			CSI à PMAE de Madingo-Kayes et CSI de Hinda	Madingo-Kayes
Cuvette Ouest		Hopital de base d'EWO	CSI d'EWO	Ewo

c. Phase de rédaction de rapport

Cette phase a consisté à :

- La saisie et l'analyse des données collectées ;
- La rédaction, la validation et la diffusion du rapport.

d. Composition de l'équipe



L'équipe est composée comme suit :

- **Dr Manga Lucien**, Représentant de l'OMS au Congo
- **Dr Bakala Dieudonné**, Conseiller au système de santé
- **Dr Ongouo Hermann**, Conseiller VIH/Paludisme/tuberculose /hépatite/MTN
- **Dr Ndinga Edouard**, Conseiller aux maladies évitables par la vaccination
- **Dr Mbemba Guy Michel**, Conseiller à la santé de la mère et de l'enfant
- **Mr Moussoki Jean Claude**, Assistant à la documentation
- **Ngoulou Aristide**, Logisticien
- **Mouhani Ulrich**, Chauffeur
- **Tchoumou Armand**, Chauffeur
- **Babeladio Edouard**, Chauffeur
- **Ondongo Armel**, sécurité
- **Alingabeka Thomas**, sécurité

4. Observations par département

4.1. Département des Plateaux

Au niveau de ce département, ont été visités : i) le district sanitaire de Gamboma , ii) l'hôpital de base de Gamboma et iii) le CSI de Gamboma.

➤ District sanitaire de Gamboma

Le département des Plateaux compte quatre (4) districts sanitaires (DS) que sont :

- Le DS de Djambala-Lékana comprenant les districts administratifs de Djambala, Lékana et Mbon ;
- Le DS de Ngo-Mpouya qui couvre les districts administratifs de Ngo et Mpouya ;
- Le DS de Gamboma qui comprend les districts administratifs de Gamboma, Ongoni et Makotimpoko.
- Le DS d'Abala qui comprend les districts administratifs d'Abala, Ollombo et Allembé.

L'évaluation rapide réalisée sur le DS de Gamboma a permis d'obtenir les informations suivantes :

- Le DS a été créé en 1993 mais le texte de création n'est pas disponible.
- En 2019, la population desservie par le district est estimée à 105 753 habitants. Le nombre d'aires de santé est de 14 parmi lesquelles 13 aires sont en développement ;
- L'équipe cadre (EC) du DS est mise en place par la note de service du Préfet de département n°059/MID/D.PL/PREF/SG/DDSP/SAP du 1^{er} décembre 2015. Elle est composée de 8 membres dont 1 chef d'équipe paramédical (assistant sanitaire), 1 assistant sanitaire chargé des actions sanitaires, 1 assistant sanitaire chargé de l'administration et de la pharmacie, 1 point focal chargé du PEV et de la Surveillance, 1 point focal chargé des relations avec la communauté et 3 Superviseurs
- Aucun membre de l'équipe n'a été formé en management des SSP ;
- Le médecin contractuel affecté par le MSP est absent du poste depuis 3 mois.
- L'EC a un siège au sein de l'HB mais ne dispose pas d'équipement essentiel (bureautique et de communication). Un véhicule a été affecté pour la mobilité des membres de l'équipe.
- L'organe délibérant (Comité de gestion -COGES) n'existe pas
- Le DS ne dispose pas de référentiels (normes et procédures de développement du PMAD)
- Le DS dispose d'une pharmacie avec un nombre limité de molécules.
- En 2019, un plan d'action a été élaboré mais sans la participation communautaire. Au premier trimestre de la même année, 2 supervisions ont été réalisées sur trois prévues.

➤ **Hôpital de référence de Gamboma**

- Concernant les activités cliniques, l'hôpital de base de Gamboma dispose des 4 services médico-chirurgicaux recommandés pour ce niveau de soins cependant ceux-ci sont animés par un seul médecin qui cumule également les fonctions de Directeur de l'hôpital.
- Les activités d'administration et de gestion des ressources y compris le SNIS sont régulièrement exécutées par le même service. IL a été observé que deux organes consultatifs qui sont le COGES et le CMT existent mais les réunions ne sont pas tenues régulièrement
- Au niveau des ressources humaines on note qu'il existe 07 catégories professionnelles sur les 10 ciblés. L'effectif du personnel est compris entre 40 et 80 sur plus de 5 catégories professionnelles. Seul le Directeur de l'hôpital a été formé en SSP. Toutefois l'hôpital utilise les agents contractuels,
- L'hôpital dispose d'un équipement essentiellement assez complet (bureautique communication ...). L'échographie est disponible et fonctionnelle, mais la radiographie n'est pas fonctionnelle,
- La capacité financière de l'hôpital peut lui permettre le renouvellement du stock de médicament essentiel, autres dépenses médicales de fonctionnement et les primes.
- La pharmacie de l'hôpital est bien tenue et dispose de plus de 50 molécules. Elle est animée par un agent formé.
- Le taux de fréquentation des services de consultation curative est inférieur à 25%. Plusieurs raisons peuvent justifier cette faible utilisation qui sont entre autres les couts de prestations élevées et les obstacles socio-culturels
- Les principaux indicateurs de l'offre de soins de l'hôpital peuvent être résumés tel qu'il suit :
- Taux de césarienne : 1, 25% ; Taux de mortalité maternelle : 287 pour 100 000 naissances vivantes ; Audit des décès maternels : 100% ; Taux de mortinaiissance : 3,35% ; Taux e mortalité post-natale : 5,74 décès pour 1000 naissances vivantes ; Taux de décès post-infantile : 5, 74 pour 1000 naissances vivantes ; Proportion des accouchements réalisés avec partogramme est de 94%.

➤ **CSI de Gamboma**

- Le CSI 2 de Gamboma est un CSI à PMA standard. L'infrastructure est dans une enceinte clôturée, adaptée et répond aux normes.
- La population à desservir est de 9488 hbts connus. IL compte 05 agents dont une assistante sanitaire, chef de centre non formé en gestion des SSP, 2 ATS, un TQL et un agent de santé.
- Le CSI 2 de Gamboma est bien tenu et offre un PMA complet (CC, CPN, CPS, petite chirurgie, Vaccination, laboratoire, pharmacie...).
- C'est un centre rationalisé avec un comité de santé fonctionnel.

- Le taux d'utilisation du service de la consultation curative est de plus de 50% ; le taux d'abandon Penta1/Penta3 est inférieur à 10% et la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié de conseil pour un dépistage volontaire du VIH et de plus 80% sauf en cas de rupture des tests de dépistage.
- Il a été observé que le centre utilise un réfrigérateur domestique non homologué par l'OMS ce qui peut entamer la qualité de la conservation des vaccins.
- La structure présente une situation financière viable capable de dégager une épargne pouvant améliorer le fonctionnement du centre (recrutement du personnel , achat d'une moto pour les stratégies avancées.....). Cependant le chef de centre n'est pas formé à la gestion financière, ce qui est une faiblesse.

4.2. Département de la Cuvette

Au niveau de ce département, ont été visités : i) le DS d'Oyo-Alima, ii) le district sanitaire d'Owando, iii) le CSI n°2 d'Owando, iv) l'hôpital 31 Juillet d'Owando et l'hôpital de Makoua.

Le département de la Cuvette compte trois (3) districts sanitaires :

- Le DS d'Owando comprenant les districts administratifs de Makoua, Owando, Ngoko et Ntokou ;
- Le DS d'Oyo-Alima qui couvre les districts administratifs d'Oyo, Boundji et Tchikapika ;
- Le DS de Mossaka qui comprend Mossaka, Loukoléla et Bokoma

➤ District sanitaire d'Oyo-Alima

L'évaluation proprement dite (utilisation de l'outil de collecte des informations) n'a pas été réalisée. Cependant, la séance de travail organisée avec la participation du Maire de la ville, du DDS, du médecin-chef de DS et des représentants des communautés, a révélé ce qui suit :

- La population couverte par le DS est de 56 986 habitants ;
- Les formations sanitaires offrant des soins sont de trois (3) types : (i) Hôpital Général Edith Lucie BONGO ONDIMBA, structure de 3^{ème} niveau assurant la deuxième référence ;(ii) Hôpital de base Maman MOUEBARA, structure de 2^{ème} niveau assurant la 1^{ère} référence et ; (iii) un éventail de CSI (8) assurant le premier contact avec la population.
- L'équipe cadre (EC) du DS est mise en place et dirigée par un médecin, formé en management des SSP ;
- L'organe délibérant (Comité de gestion -COGES) existe et participe à la prise de décisions lors des réunions de l'EC. Malheureusement les membres de cet organe sont souvent rejetés par la population lors de leurs descentes dans les quartiers/villages.

➤ **District sanitaire d'Owando**

- En 2019, la population desservie par le district est estimée à 98491 hab. ;
- Le nombre d'aires de santé est de 9 parmi lesquelles 2 aires semblent être développées ;
- L'équipe cadre (EC) du DS réaménagée en avril 2019 par note de service n°0079/MSP/DGSSSA/DDSCU/SASUSE du directeur départemental de la santé, est composée de 8 membres dont un (1) médecin, chef d'équipe, un (1) assistant sanitaire chargé des actions sanitaires, un (1) assistant sanitaire chargé du SNIS et PEV, un (1) chargé de l'administration et du personnel, un (1) gestionnaire des finances, un (1) chargé de la pharmacie, et deux (2) superviseurs ;
- Au sein de l'équipe, seul le médecin a été formé en management des SSP ;
- L'EC a un siège au sein du CSI2 avec 3 bureaux étriqués et peu équipés en matériels bureautique (1 table, 4 chaises) et de communication ;
- L'EC dispose d'un véhicule en bon état. Il existe un plan d'action opérationnel 2019 mais élaboré sans la participation communautaire ;
- La tenue des réunions de l'EC est effective (8 réunions de janvier à mai 2019) ;
- La fréquence des supervisions des équipes des CS est d'une (1) supervision /mois (4 supervisions réalisées de janvier à mai 2019) ;
- L'organe délibérant (Comité de gestion -COGES) n'est pas mis en place ;
- Le DS ne dispose pas de référentiels (normes et procédures de développement du PMAD) ;
- Le DS dispose d'une pharmacie avec un nombre limité de molécules.

➤ **CSI N°2 d'Owando**

- Le CSI 2 d'Owando est un CSI à PMA standard. Il est situé dans le au centre-ville et à moins d'un km de l'hôpital général d'Owando ce qui peut influencer négativement la fréquentation de ce centre ce qui pose le problème de sécurité. Le CSI se trouve dans un bâtiment bien tenu et l'enceinte n'est pas clôturée. La population à desservir est de 28 000 hbts pas connus. Le personnel de ce centre est composé de 10 agents dont un assistant sanitaire, chef de centre et 03 sages-femmes.
- Le CSI offre un PMA complet (CC, CPN, CPS, petite chirurgie, Vaccination, laboratoire, pharmacie...). Il existe un comité de santé fonctionnel
- Le taux d'utilisation du service de la consultation curative est de plus de moins de 50% ; le taux d'abandon Penta1/Penta3 est inférieur à 10% et la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié de conseil pour un dépistage volontaire du VIH et de plus 80% sauf en cas de rupture des tests de dépistage
- La structure présente une situation financière viable capable de dégager une épargne pouvant améliorer le fonctionnement du centre (Clôture du centre, achat d'une moto pour les stratégies avancées, clôture du centre...). Cependant le chef de centre n'est pas formé à la gestion financière.

➤ **Hôpital 31 Juillet**

- Concernant les activités cliniques, l'hôpital Général d'Owando dispose des 4 services médico-chirurgicaux recommandés appuyés par deux services paracliniques pour ce niveau de soins. Cependant il existe un seul médecin qui cumule également les fonctions de Médecin-chef de District sanitaire.
- Les activités d'administration et de gestion des ressources y compris le SNIS sont régulièrement exécutées par des services distincts. IL a été observé que deux organes consultatifs qui sont le Conseil d'Etablissement, le Comité de Direction et le CMT existent avec des réunions tenues régulièrement. L'hôpital es dirigé par un Directeur général
- Au niveau des ressources humaines on note qu'il existe 07 catégories professionnelles sur les 10 ciblés mais il n'y a pas de medecin-specialiste L'effectif du personnel est de 167 personnel fonctionnaires. Seul le Directeur de l'hôpital a été formé en SSP. Toutefois l'hôpital utilise les 53 agents bénévoles.
- L'hôpital dispose d'un équipement essentiellement assez complet (bureautique communication ...), mais est confronté au problème de la maintenance des équipements notamment chirurgicaux.
- La capacité financière de l'hôpital ne lui permet pas de couvrir toutes les charges de l'hôpital.
- Le taux de fréquentation des services de consultation curative est de 38%. Les principaux indicateurs de l'offre de soins de l'hôpital peuvent être résumés tel qu'il suit :
- Taux de césarienne : <1% ; Taux de mortalité maternelle : 524 décès pour 100 000 naissances vivantes ; Audit des décès maternels : 100% ; Taux de mortinaiissance : ND ; Taux de mortalité post-natale : ND ; Taux de decés post-infantile : ND ; Proportion des accouchements réalisés avec partogramme est de 84%

➤ **Hôpital de base de Makoua**

- Concernant les activités cliniques, l'hôpital de base de Makoua dispose des 4 services médico-chirurgicaux recommandés pour ce niveau de soins cependant ceux-ci sont animés par un seul médecin qui cumule également les fonctions de Directeur de l'hôpital.
- Les activités d'administration et de gestion des ressources y compris le SNIS sont régulièrement exécutées par le même service.
- IL a été observé que deux organes consultatifs qui sont le COGES et le CMT existent mais les réunions ne sont pas tenues régulièrement
- Au niveau des ressources humaines on note qu'il existe seulement du personnel soignant, paramédical d'appui au laboratoire et pharmacie et du personnel administratif. L'effectif du personnel est compris entre 20 et 40 sur plus de 5 catégories professionnelles. Le Directeur de l'hôpital et les deux chefs de service sont formés en SSP.

- L'hôpital dispose d'un équipement essentiellement incomplet et obsolète.
- La capacité financière de l'hôpital peut lui permettre le renouvellement du stock de médicament essentiel, autres dépenses médicales de fonctionnement et les primes.
- Le taux de fréquentation des services de consultation curative est inférieur à 25%. Plusieurs raisons peuvent justifier cette faible utilisation qui sont entre autres les coûts de prestations élevés et les obstacles socio-culturels
- Les principaux indicateurs de l'offre de soins de l'hôpital peuvent être résumés tel qu'il suit :
- Taux de césarienne : 13,60% ; Taux de mortalité maternelle : 0 pour 100 000 naissances vivantes ; Audit des décès maternels : NA ; Taux de mortinai-naissance : 31, 71% ; Taux de mortalité post-natale : 8,62 décès pour 1000 naissances vivantes ; Taux de décès post-infantile : 8, 62 pour 1000 naissances vivantes ; Proportion des accouchements réalisés avec partogramme est de 86,14%.

4.3. Département de la Sangha

Au niveau de ce département, ont été visités : i) le DS de Ouesso et ii) le CSI Nzalangoye à Ouesso. Le département de la Sangha compte deux (2) districts sanitaires :

- Le DS de Ouesso comprenant les districts administratifs de Mokéko, Pikounda, Kabo et les communes de Ouesso et Pokola ;
- Le DS de Sembé, Souanké et Ngbala.

➤ District sanitaire de Ouesso

- Le DS a été créé en 1916 par une note de service du Préfet de département ;
- La population desservie par le district est de 88 334 habitants ;
- L'offre des soins est assurée par : un (1) hôpital de base de Ouesso assurant la 1^{ère} référence, et les structures de santé intégrées (5 CSI) assurant le 1^{er} contact avec la population ;
- L'équipe cadre (EC) du DS est composée de cinq (5) membres dont un (1) chef d'équipe paramédical (assistant sanitaire), une (1) assistante sanitaire chargée des actions sanitaires, une Chargée de l'administration et des finances, un (1) chargé de la pharmacie et un (1) point focal chargé de la réponse communautaire et de la mobilisation sociale ;
- Aucun membre de l'équipe n'a été formé en management des SSP ;
- L'EC a un siège adéquat au sein du CSI Nzalangoye mais ne dispose pas d'équipement essentiel (bureautique et de communication) ; Le DS ne dispose pas de véhicule ni hors-bord ;
- L'organe délibérant (Comité de gestion -COGES) existe mais non fonctionnel (sans réunions) ;
- Comme observé dans autres districts, le DS de Ouesso ne dispose pas de référentiels (normes et procédures de développement du PMAD) ;
- Le DS dispose d'une pharmacie avec un nombre limité de molécules ;

- Il existe un plan opérationnel d'action 2019, élaboré sans la participation communautaire, qui éprouve des difficultés dans sa mise en œuvre.

➤ **CSI Nzalangoye**

- Le CSI de Nzalangoye est un CSI à PMA standard au centre de la ville de Ouesso et très distant de l'hôpital de référence. C'est une structure disposant un bâtiment moderne avec beaucoup de compartiments pouvant habiter les services d'un hôpital de référence. La population de responsabilité est de 20105hbts ;
- Le personnel qui compose est de plus de neuf (09) agents composés essentiellement IDE, des ATS, trois sages -femme , des puéricultrices et une TQL pour le laboratoire. La plupart des agents sont des fonctionnaires. Le CSI offre un PMA (CC, CPN, CPS, petite chirurgie, Vaccination, laboratoire, pharmacie...).
- Le taux d'utilisation du service de la consultation curative est de plus de moins de 60% ; le taux d'abandon Penta1/Penta3 est inférieur à 10% et la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié de conseil pour un dépistage volontaire du VIH et de plus 80% sauf en cas de rupture des tests de dépistage
- Le CSI n'est pas clôturé ce qui pose le problème de la sécurisation du centre ;
- La structure présente une situation financière viable capable de dégager une épargne pouvant améliorer le fonctionnement du centre (recrutement du personnel médical, clôture du centre, achat d'une moto pour les stratégies avancées). Cependant le chef de centre n'est pas formé à la gestion financière, ce qui est une faiblesse.

Hôpital de base de Ouesso

- Concernant les activités cliniques, l'hôpital de référence de Ouesso dispose des 4 services médico-chirurgicaux recommandés pour ce niveau de soins cependant ceux-ci sont animés par deux médecins dont un cumule également les fonctions de Directeur de l'hôpital.
- Les activités d'administration et de gestion des ressources y compris le SNIS sont régulièrement exécutées par le même service.
- Les organes de cogestion n'ont pas été mis en place.
- Au niveau des ressources humaines on note qu'il existe seulement du personnel soignant, paramédical d'appui au laboratoire et pharmacie et du personnel administratif. L'effectif du personnel est compris entre 20 et 40 sur plus de 5 catégories professionnelles. Le Directeur de l'hôpital et Seul le Directeur de l'hôpital est formé en SSP.
- L'hôpital dispose d'un équipement essentiellement incomplet et obsolète.
- La capacité financière de l'hôpital ne peut lui permettre que le renouvellement du stock de médicament essentiel.
- Le taux de fréquentation des services de consultation curative est inférieur à 25%. Plusieurs raisons peuvent justifier cette faible utilisation qui sont entre autres les couts de prestations élevées et les obstacles socio-culturels

- Les principaux indicateurs de l'offre de soins de l'hôpital peuvent être résumés tel qu'il suit :
 - Taux de morti-naissance : 31, 71% ; Taux de mortalité post-natale : 8,62 décès pour 1000 naissances vivantes ; Taux de décès post-infantile : 8, 62 pour 1000 naissances vivantes ; Proportion des accouchements réalisés avec partogramme est de 86,14%

4.4. Département de la Likouala

Au niveau de ce département, ont été visités : i) le DS d'Impfondo, ii) le CSI Bohona et iii) l'Hôpital de base d'Impfondo. Le département de la Likouala compte deux (2) districts sanitaires : le DS d'Impfondo et celui d'Enyellé-Bétou.

➤ **District sanitaire d'Impfondo**

- L'équipe cadre (EC) du DS a été mise en place en mars 2019 par une note de service du Préfet de département (n°18/MID/DL/P/SG/DDAT)
- Elle est composée de douze (12) membres dont un (1) médecin, chef d'équipe, le directeur de l'hôpital de base d'Impfondo -médecin, un (1) administrateur gestionnaire, un (1) chargé des actions sanitaires, un (1) Point focal PEV, un (1) Chargé des actions sociales, (1) chargé de la pharmacie assistant sanitaire chargé du SNIS et PEV, un (1) chauffeur et quatre (4) superviseurs.
- Au sein de l'équipe, seul le médecin chef de DS, nouvellement affecté a été formé en management des SSP ;
- La population desservie par le district est de 119540 habitants
- L'offre des soins est assurée par : deux (2) hôpitaux (hôpital de base et HELP) et un paquet de CSI assurant le 1^{er} contact avec la population.
- Le nombre de CSI rationalisés n'est pas maîtrisé par l'EC du DS.
- L'EC a un siège adéquat au sein de l'hôpital de base et dispose d'équipement essentiel (bureautique et de communication).
- Le DS dispose d'un véhicule neuf ; l'organe délibérant (Comité de gestion - COGES) n'existe pas ;
- Le DS ne dispose pas de référentiels (normes et procédures de développement du PMAD) ; il dispose d'une pharmacie avec un nombre limité de molécules.
- Il existe un plan opérationnel d'action 2019, élaboré sans la participation communautaire. Ce plan ne comporte pas le développement des aires de santé. Les réunions de l'équipe ne sont pas régulièrement tenues.

➤ **CSI BOHONA**

- Le CSI de Bohona est un CSI à PMA standard dans un quartier populaire d'Impfondo et très distant de l'hôpital de référence.
- Le Centre compte huit personnels à plus de 80% de bénévoles. IL est dirigé par une assistant sanitaire et la CPN est tenue par des sages-femmes. Le CSI offre un PMA (CC, CPN, CPS, accouchement, petite chirurgie, Vaccination, laboratoire, pharmacie...). Il a été observé que les unités visitées sont très obsolètes en dehors du laboratoire qui était bien tenu. Cependant la pharmacie manque cruellement des médicaments. La conservation des vaccins n'est pas optimale car il a été observé des vaccins virés dans le réfrigérateur de ce centre
- Le taux d'utilisation du service de la consultation curative est estimé à environ 10% ; le taux d'abandon Penta1/Penta3 est supérieur à 10% et la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié de conseil pour un dépistage volontaire du VIH est loin moins de 80%.
- Le CSI n'est pas clôturé ce qui pose le problème de la sécurisation du centre.
- La viabilité financière de ce centre reste très difficile à cerner à cause de la mauvaise tenue des documents. Cependant la formation du personnel de ce centre demeure une des priorités
- Il n'existe pas de comité de santé. Mais toutefois il a été observé un réseau de relais communautaires affiliés à ce centre mais qui ne sont utilisés que pendant les AVS.

➤ **Hôpital de base d'Impfondo**

- Concernant les activités cliniques, l'hôpital de référence de Ouesso dispose des 4 services médico-chirurgicaux recommandés pour ce niveau de soins cependant ceux-ci sont animés par un seul médecin qui cumule également les fonctions de Directeur de l'hôpital.
- Les activités d'administration et de gestion des ressources y compris le SNIS sont régulièrement exécutées par le même service.
- Les organes de cogestion n'ont pas été mis en place.
- Au niveau des ressources humaines on note qu'il existe seulement du personnel soignant, paramédical d'appui au laboratoire et pharmacie et du personnel administratif. L'effectif du personnel est de 20 agents fonctionnaires et 12 bénévoles. Seul le Directeur de l'hôpital est formé en SSP.
- L'hôpital dispose d'un équipement essentiellement incomplet et obsolète.
- La capacité financière de l'hôpital ne peut lui permettre que le renouvellement du stock de médicament essentiel et autres dépenses médicales.
- Le taux de fréquentation des services de consultation curative est inférieur à 10%. La sous-utilisation de cette structure se fait au profit de l'hôpital des Pionniers qui est très utilisé par les habitants d'Impfondo.
- Les principaux indicateurs de l'offre de soins de l'hôpital peuvent être résumés tel qu'il suit :

- Taux de césarienne moins de 1% ; Taux de mortalité maternelle 0 pour 100 000 naissances vivantes ; Audit des décès maternels 0% : NA ; Taux de morti-naissance : 14, 36% ; Taux de mortalité post-natale : ND ; Taux de décès post-infantile : moins de 2% pour 1000 naissances vivantes ; Proportion des accouchements réalisés avec partogramme est de 0%

4.5. Département du Pool

Au niveau de ce département, ont été visités : i) le DS de Kinkala, ii) l'Hôpital de base & CSI de Kinkala et iii) le CSI de Mansiedi. Avec une population estimée à 364321 habitants, le département du Pool compte sept (7) districts sanitaires : kinkala, Boko, Goma Tsé-Tsé, Mindouli, Kindamba, Ignié-Ngabé et Kintele.

➤ **District sanitaire de Kinkala**

- Le texte de création du district n'est pas disponible ;
- La population desservie par le district estimé à 49 743 habitants
- L'offre des soins est assurée par un (1) hôpital de base de Kinkala assurant la 1^{ère} référence, et sept (7) CSI dont cinq (5) rationalisés.
- L'équipe cadre (EC) du DS est composée de huit (8) membres dont un (1) Médecin, chef d'équipe, Responsable du service administratif et financier, Point focal nutrition, Chargé des actions sanitaires, chargé de la participation communautaire, Chargé de la pharmacie, Point focal PEV et Surveillance et le Chargé du SNIS.
- Tous les membres de l'équipe ne sont pas formés en management des SSP à l'exception du médecin-chef ;
- L'EC a un siège adéquat au sein de l'hôpital ; elle dispose d'un véhicule en bon état et de l'équipement essentiel bureautique et de communication.
- L'organe délibérant (Comité de gestion -COGES) existe au niveau de l'hôpital mais non fonctionnel (sans réunions) ;
- Les référentiels (normes et procédures de développement du PMAD) ne sont pas disponibles
- La pharmacie est bien tenue avec un nombre limité de molécules.
- Le plan opérationnel d'action 2019, élaboré sans la participation communautaire est disponible ;
- Trois (3) supervisions sur cinq prévues ont été réalisées.

➤ **Hôpital de base**

- L'hôpital de Kinkala se trouve dans la même enceinte que le CSI et séparé par un mur. Chaque structure utilise son triage, sa pharmacie et le laboratoire.
- Concernant les activités cliniques, l'hôpital de base de référence de Kinkala dispose des 4 services médico-chirurgicaux recommandés appuyés par deux services paracliniques. Les activités d'administration et de gestion des

ressources y compris le SNIS sont régulièrement exécutées par le même service.

- IL a été observé que deux organes consultatifs qui sont le COGES et le CMT existent mais les réunions ne sont pas tenues régulièrement
- Au niveau des ressources humaines on note qu'il existe 05 catégories professionnelles sur les 10 ciblées. L'effectif du personnel est compris entre 40 et 80 sur plus de 5 catégories professionnelles. Le Directeur de l'hôpital et les deux chefs de service sont formés en SSP.
- L'hôpital dispose d'un équipement essentiellement complet notamment en service d'urgence médicale disponible et fonctionnel.
- On y trouve un bâtiment neuf dédié à l'Hôpital-Mère et enfant non encore inauguré avec un matériel haut niveau pour l'offre de service de qualité don d'un ONG. En outre l'hôpital dispose d'une ambulance neuve mais non utilisée depuis plus de 5 ans
- La capacité financière de l'hôpital ne peut permettre que le renouvellement du stock de médicament essentiel.
- Le taux de fréquentation des services de consultation curative est supérieur à 50%.
- Les principaux indicateurs de l'offre de soins de l'hôpital ne sont pas disponibles.

➤ **CSI de Kinkala**

- Le CSI a un effectif de 07 agents dont une assistante sanitaire, chef de centre, deux IDE, un ATS et un TQL ;
- Le CSI paie mensuellement des émoluments à une sage-femme de l'hôpital pour des prestations de service au CSI ; il existe un comité de santé au CSI ;
- La structure présente une situation financière viable capable de dégager une épargne (37 francs CFA par patient) pouvant améliorer le fonctionnement du centre) ;
- Le responsable du CSI non formée à la gestion financière ;

➤ **CSI de Mansiedi**

- Ce CSI rural couvre une population de 2500 habitants et dessert environ 7 villages de l'aire de santé. IL dispose d'un personnel de 03 agents dont une assistante sanitaire, chef de centre ;
- C'est un CSI à PMAE, mais se trouve dans un état de délabrement avancé, plafond de la toiture emporté pendant les troubles sociaux qu'a connus le département ;
- IL manque cruellement des médicaments, la table d'accouchement et autres petits matériels ;
- IL existe un comité de santé, qui bénéficie de l'appui de la communauté à travers le chef de village qui est une femme très dynamique.

- La dotation en table d'accouchement, boîte de petite chirurgie, médicaments essentiels génériques ainsi la formation du personnel et la réhabilitation du CS sont des actions urgentes nécessaires pour relever ce centre afin de lui permettre de fournir les prestations requis à un CSI à PMAE.

4.6. Département de la Bouenza

Au niveau de ce département, ont été visités : i) le DS de Madingou, ii) le CSI de Madingou gare et iii) l'hôpital de référence. Avec une population estimée à 440799 habitants, le département de la Bouenza est subdivisé en trois (3) DS : Madingou, Mouyondzi et Nkayi.

➤ **District sanitaire de Madingou**

- Le texte de création du district n'est pas disponible ; la population desservie par le district est de 124 450 habitants ;
- L'offre des soins est assurée par un (1) hôpital de référence assurant la 1^{ère} référence et six (6) CSI ;
- L'équipe cadre (EC) du DS est composée de huit (8) membres dont un (1) Médecin, chef d'équipe, Responsable du service administratif et financier, Point focal nutrition, Chargé des actions sanitaires, chargé de la participation communautaire, Chargé de la pharmacie, Point focal PEV et Surveillance et le Chargé du SNIS. Tous les membres de l'équipe ne sont pas formés en management des SSP à l'exception du médecin-chef ;
- L'EC a un siège adéquat au sein de l'hôpital ; elle dispose d'un véhicule en bon état et de l'équipement essentiel bureautique et de communication.
- L'organe délibérant (Comité de gestion -COGES) existe au niveau de l'hôpital mais non fonctionnel (sans réunions) ;
- Les référentiels (normes et procédures de développement du PMAD) ne sont pas disponibles
- La pharmacie est bien tenue avec un nombre limité de molécules ;
- Le plan opérationnel d'action 2019, élaboré sans la participation communautaire est disponible ;
- Trois (3) supervisions sur cinq prévues ont été réalisées.

➤ **CSI de Madingou gare**

- Le CSI de Madingou est un CSI étatique à PMAE. Il est situé dans une infrastructure moderne, mais non clôturé. Le personnel de ce centre est de plus de 05 agents fonctionnaires. IL est dirigé par un assistant sanitaire et la CPN est tenue par des sages-femmes. Le CSI offre un PMAE (CC, CPN, CPS, accouchement, petite chirurgie, Vaccination, laboratoire, pharmacie...).
- Le taux d'utilisation du service de la consultation curative est estimé à 25% ; le taux d'abandon Penta1/Penta3 est supérieur à 10% et la proportion des

femmes enceintes ayant bénéficié de conseil pour un dépistage volontaire du VIH est estimé à 80% sauf en cas de rupture des tests de dépistage.

- Il n'existe pas de comité de santé
- La structure présente une situation financière viable capable de dégager une épargne pouvant améliorer le fonctionnement du centre. Le CSI a la capacité d'assurer le renouvellement du stock des médicaments essentiels, la prime des agents et autres dépenses liées aux primes. Mais le chef de centre n'est pas formé à la gestion financière, ce qui est une faiblesse.

➤ **Hôpital de référence de Madingou**

- L'administration de l'hôpital de référence de Madingou est logée dans un bâtiment vétuste. Dans la même enceinte que l'hôpital, on trouve un CSI qui offre des prestations de premier niveau.
-
- Concernant les activités cliniques, l'hôpital de référence de Madingou dispose des 4 services médico-chirurgicaux recommandés pour ce niveau de soins cependant ceux-ci sont animés par un seul médecin qui cumule également les fonctions de Directeur de l'hôpital et médecin-chef du district sanitaire.
- Les activités d'administration et de gestion des ressources y compris le SNIS sont régulièrement exécutées par le même service.
- IL a été observé qu'aucun organe de cogestion n'est mis en place.
- Au niveau des ressources humaines on note qu'il existe le personnel soignant appuyé par le personnel paramédical mais pas de pharmacien. L'effectif du personnel est compris entre 40 et 80 sur plus de 5 catégories professionnelles. Le Directeur de l'hôpital et les chefs de service ne sont pas formés.
- L'hôpital dispose d'un équipement essentiellement assez complet et fonctionnel (bureautique communication ...).
- La capacité financière de l'hôpital peut lui permettre le renouvellement du stock de médicament essentiel, autres dépenses médicales de fonctionnement et les primes.
- Le taux de fréquentation des services de consultation curative est supérieur à 50 % ;
- Les principaux indicateurs de l'offre de soins de l'hôpital peuvent être résumés tel qu'il suit :
 - Taux de césarienne : 1, 25% ; Taux de mortalité maternelle : 287 pour 100 000 naissances vivantes ; Audit des décès maternels : 100% ; Taux de morti-naissance : 3,35% ; Taux e mortalité post-natale : 5,74 décès pour 1000 naissances vivantes ; Taux de décès post-infantile : 5, 74 pour 1000 naissances vivantes ; Proportion des accouchements réalisés avec partogramme : 94%.

4.7. Département de la Lékoumou

Au niveau de ce département, ont été visités : i) le DS de Sibiti, ii) les CSI de Moussanda et d'Indo et iii) l'hôpital de base de Sibiti. Avec une population estimée à 133473 habitants, le département de la Lékoumou compte deux (2) districts sanitaires : le DS de Sibiti comprenant les districts administratifs de Sibiti, Mayéyé et Komono et le DS de Zanaga qui couvre les districts administratifs de Bambama et Zanaga.

➤ **District sanitaire de Sibiti**

- Ce district, le plus peuplé du département avec une population de 103634 habitants et un hôpital de référence basé à Sibiti, n'est pas opérationnel.
- Aucun texte de création du district n'est disponible et l'EC du DS non plus mise en place par manque de ressources humaines.

➤ **CSI de Moussanda**

- Le CSI Moussanda est un CSI à PMA standard avec une population de responsabilité estimée à 6086 habitants. Le CSI est logé dans une infrastructure privée ne répondant pas aux normes avec un accès difficile.
- IL est composé de plus de 06 agents, dont une IDE, chef de centre non formée à la gestion en SSP, une sage-femme et deux ATS, appuyé par 03 volontaires. IL est dirigé par une IDE et la CPN est tenue par une sage-femme.
- Le taux d'utilisation du service de la consultation curative est estimé à moins de 25% ; le taux d'abandon Penta1/Penta3 est supérieur à 10% et la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié de conseil pour un dépistage volontaire du VIH est estimé à 80% sauf en cas de rupture des tests de dépistage.
- Le CSI n'est pas clôturé ce qui pose le problème de la sécurisation du centre
- La situation de viabilité de ce centre est déficitaire. Cette situation s'explique par le fait que la structure loue le bâtiment et ne reçoit pas des contributions de l'Etat.
- IL n'existe pas de comité de santé. A cela s'ajoute l'absence de l'équipe de district qui devrait fournir un appui. Le chef de centre n'est pas formé à la gestion financière.

➤ **CSI d'Indo**

- Le CSI d'Indo est un CSI à PMA standard situé à la périphérie de Sibiti. La population de responsabilité est de 8750 habitants il se trouve à proximité d'un centre de santé confessionnel qui est très fréquenté. Cette situation influence négativement l'utilisation de centre.

- Le CSI est logé dans une infrastructure privée en location, ne répondant pas aux normes requises. Il offre un PMA limité aux soins curatifs, préventifs et la gestion des ressources
- L'équipe est constituée de moins de 07 agents dont une IDE, chef de centre non formée à la gestion des SSP, une sage- femme, deux ATS et trois agents volontaires et la CPN est tenue par une sage-femme.
- Le taux d'utilisation du service de la consultation curative est estimé à moins de 15% ; le taux d'abandon Penta1/Penta3 est supérieur à 10% et la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié de conseil pour un dépistage volontaire du VIH est estimé à 80% sauf en cas de rupture des tests de dépistage.
- On a noté un manque important de molécules ;
- La situation de viabilité de ce centre est déficitaire. Cette situation s'explique par le fait que la structure loue le bâtiment et ne reçoit pas des contributions de l'Etat.
- IL n'existe pas un comité de santé. A cela s'ajoute l'absence de l'équipe de district qui devrait fournir un appui.
- Le chef de centre n'est pas formé à la gestion financière

➤ **Hôpital de référence de Sibiti**

- Concernant les activités cliniques, l'hôpital de base de référence de Sibiti dispose des 4 services médico-chirurgicaux recommandés appuyés par deux services paracliniques. Les activités d'administration et de gestion des ressources y compris le SNIS sont régulièrement exécutées par le même service.
- IL a été observé qu'aucun organe de cogestion n'a été mis en place.
- Au niveau des ressources humaines on note qu'il existe 05 catégories professionnelles sur les 10 ciblées. L'effectif du personnel est compris entre 40 et 80 sur plus de 5 catégories professionnelles. Seul le Directeur de l'hôpital est formé en SSP.
- L'hôpital dispose d'un équipement essentiellement incomplet et obsolète.
- La capacité financière de l'hôpital peut permettre le renouvellement du stock de médicament essentiel et autres dépenses médicales de fonctionnement.
- Le taux de fréquentation des services de consultation curative est inférieur à 25%.
- Les principaux indicateurs de l'offre de soins de l'hôpital ne sont pas disponibles.

4.8. Département du Niari

Au niveau de ce département, ont été visités : i) le DS de Dolisie, ii) l'hôpital de référence et iii) le CSI de DIMEBEKO.

➤ **District sanitaire visité : Dolisie**

- Le district a été créé vers les années 90 avec un nouveau texte en 2018
- La population desservie par le district estimé à 158794 habitants
- L'offre des soins est assurée par un (1) hôpital assurant la 1^{ère} référence, et une gamme de CS assurant le 1^{er} contact avec la population.
- Le district compte 17 aires de santé dont 14 aires sont développées.
- L'équipe cadre (EC) du DS est composée de dix (10) membres avec un chef d'équipe qui est un médecin formé en SSP. Les autres membres sont le directeur de l'hôpital de référence, l'administrateur gestionnaire, le chargé de la pharmacie, le chargé des actions sanitaires, le Point focal PEV et Surveillance chargé de la deux médecins superviseurs de l'HR et un chauffeur
- Les membres de l'équipe ne sont pas formés en management des SSP ;
- L'EC a un siège dans l'enceinte de la DDS ; elle dispose d'un véhicule en bon état et de l'équipement essentiel bureautique et de communication.
- L'organe délibérant (Comité de gestion -COGES) existe au niveau de l'hôpital mais non fonctionnel (sans réunions) ;
- Les référentiels (normes et procédures de développement du PMAD) sont disponibles
- La pharmacie est bien tenue avec un nombre limité de molécules.
- Le plan opérationnel d'action 2019, élaboré sans la participation communautaire est disponible ;
- Des supervisions sont régulièrement réalisées.

➤ **CSI de DIMEBEKO**

- Le CSI de Dimébeke est un CSI à PMAE. La population de responsabilité est définie. Le CSI est clôturé et se trouve dans une infrastructure moderne.
- L'équipe du CSI est composée de plus de 13 agents fonctionnaires , dont 1 IDE, chef de centre, 4 sages-femmes , 4 ATS et 4 puéricultrices . IL est dirigé par une assistante sanitaire et la CPN est tenue par des sages-femmes. Le taux d'utilisation du service de la consultation curative est de plus de moins de 60% ; le taux d'abandon Penta1/Penta3 est inférieur à 10% et la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié de conseil pour un dépistage volontaire du VIH et de plus 80% sauf en cas de rupture des tests de dépistage
- Le CSI est bien clôturé. La structure présente une situation financière viable capable de dégager une épargne (environ 800 francs par patient) pouvant améliorer le fonctionnement du centre (recrutement du personnel médical, clôture du centre, achat d'une moto pour les stratégies avancées). Cependant le chef de centre n'est pas formé à la gestion financière, ce qui est une faiblesse à prendre en ligne de compte.
- Existence de COSA fonctionnel qui tient régulièrement des réunions.

➤ **Hôpital de référence de Dolisie**

- Concernant les activités cliniques, l'hôpital de référence de Dolisie dispose des 4 services médico-chirurgicaux recommandés avec appui e deux services paracliniques pour ce niveau.
- Les activités d'administration et de gestion des ressources y compris le SNIS sont régulièrement exécutées par les services distincts. IL a été observé que deux organes consultatifs qui sont le COGES et le CMT existent mais les réunions ne sont pas tenues régulièrement. IL a été observé qu'au sein du COGES , il existe des membres bien formés et motivés.
- Au niveau des ressources humaines on note qu'il existe plus de 05 catégories professionnelles sur les 10 ciblés. L'effectif du personnel est compris entre 40 et 80 sur plus de 5 catégories professionnelles. Seul le Directeur de l'hôpital a été formé en SSP. Toutefois l'hôpital utilise les agents contractuels.
- L'hôpital dispose d'un équipement essentiel complet pour la consultation et les urgences chirurgicales.
- La capacité financière de l'hôpital peut lui permettre le renouvellement du stock de médicament essentiel, autres dépenses médicales de fonctionnement et les primes.
- La pharmacie de l'hôpital est bien tenue et dispose de plus de 50 molécules. Cette pharmacie est en partenariat avec une officine en son enceinte sans le consentement de l'équipe de COGES
- Le taux de fréquentation des services de consultation curative est supérieur à 50%.
- Les principaux indicateurs de l'offre de soins de l'hôpital n'ont pas été collectés.

4.9. Département du Kouilou

Au niveau de ce département, ont été visités : i) le DS de Madingo-Kayes et ii) le CSI à PMAE de Madingou-Kayes et CSI de Hinda

➤ **District sanitaire visité : Madingo-Kayes**

- Le texte de création du district n'existe pas
- La population desservie par le district estimé à 23 282 habitants
- L'offre des soins est assurée une gamme de CS assurant le 1^{er} contact avec la population.
- L'hôpital assurant la 1^{ère} référence n'est pas fonctionnel
- Le district compte 4 aires de santé dont 1 aire est développée.
- L'équipe cadre (EC) du DS est composée de six (6) membres avec un chef d'équipe qui est un médecin formé en SSP. Les autres membres sont le Point focal PEV, le chargé des actions sanitaires, le chargé des RH et matériel, , le

chargé de la pharmacie et le Point focal VIH/Sida. Ils ne sont pas formés en management des SSP ; elle a un siège dans l'enceinte du CSI de Madingo-Kayes, ne dispose pas de véhicule ni des équipements essentiels bureautique et de communication.

- L'organe délibérant (Comité de gestion -COGES) n'existe pas
- Les référentiels (normes et procédures de développement du PMAD) sont disponibles ;
- Absence de la pharmacie de district
- Le plan opérationnel d'action 2019 est disponible mais élaboré sans la participation communautaire ;
- Des supervisions sont réalisées avec l'appui logistique de la DDS.

➤ **CSI à PMAE de Madingo-Kayes**

- Le CSI Madingo-Kayes offre un PMAE (soins curatifs, les accouchements, préventifs et la gestion des ressources) et joue le rôle d'un hôpital de référence du DS. Il dispose d'un nombre important de personnels paramédicaux mais n'a pas de médecin.
- Le centre est dirigé par un assistant sanitaire, non formé aux SSP ;
- La population de responsabilité est définie (23 282 habitants)
- C'est une infrastructure moderne avec un équipement de haute qualité ; malheureusement cet équipement est peu utilisé.
- Le taux d'utilisation du CSI estimé à 18% se justifiant entre autres par des barrières financières. Le taux d'abandon Penta1/Penta3 est supérieur à 10% et la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié de conseil pour un dépistage volontaire du VIH est de moins 50%.
- Les activités communautaires sont faiblement développées. IL existe un comité de santé avec des membres bien engagés.
- Il a été observé le manque des médicaments au niveau de la pharmacie.
- La capacité financière du centre peut permettre au centre de générer des bénéfices afin d'améliorer le fonctionnement du CSI.

4.10. Département de la Cuvette-Ouest

Au niveau de ce département, ont été visités : i) le DS d'Ewo, ii) le CSI d' Ewo et l'hôpital de base d'Ewo. Le département de la Cuvette Ouest compte deux (2) districts sanitaires :

- Le DS d'Ewo comprenant les districts administratifs de Mbama, Okoyo et Ewo ;
- Le DS d'Etoumbi comprenant les districts administratifs Kéllé, Mbomo et Etoumbi.

➤ **District sanitaire d'Ewo**

- Le district sanitaire d'Ewo ne dispose pas d'un texte de création ;
- En 2019, la population desservie par le district est estimée à 54533 hab. L'offre des soins est assurée par un (1) hôpital basé à Ewo assurant la 1^{ère} référence et 11 Centres de santé assurant le 1^{er} contact avec la population. Aucune aire de santé n'est développée.
- L'équipe cadre du DS est composée de huit (8) membres avec un chef d'équipe qui est un médecin. Les autres membres sont le chargé des actions sanitaires, le chargé de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières, le chargé de la pharmacie, le, le Point focal PEV, le chargé des relations avec la communauté, le secrétaire et le chauffeur.
- Deux personnes de l'équipe sont formées à la gestion du district sanitaire (le médecin-chef et le Point focal PEV)
- L'EC n'a pas de siège et d'équipement essentiel bureautique et de communication ; elle dispose d'un véhicule en bon état.
- L'organe délibérant (Comité de gestion -COGES) n'existe pas ;
- Les référentiels (normes et procédures de développement du PMAD) ne sont pas disponibles. La pharmacie de DS n'existe pas et le plan opérationnel d'action 2019 n'est pas élaboré.

➤ **CSI d' Ewo**

- Le CSI d'Ewo est un CSI à PMA standard. La population de responsabilité est définie (13000 habitants). Le CSI offre un PMA (CC, CPN, CPS, Vaccination, laboratoire, pharmacie...). Ce centre est situé dans l'enceinte de l'hôpital ;
- Le personnel est composé de 05 agents dont (02) IDE, (1) Safe femme (1) puéricultrice, et deux agents techniques. IL est dirigé par une IDE.
- Le taux de fréquentation est estimé à moins de 10%. Il a été observé presque toutes les unités visitées sont très obsolètes et maux tenus.
- La pharmacie manque cruellement des médicaments et tenue par un agent non formé à la gestion des stocks. Le taux d'utilisation du service de la consultation curative est estimé à environ 10% ; le taux d'abandon Penta1/Penta3 est supérieur à 10% et 80% proportion des femmes enceintes bénéficie du conseil pour un dépistage volontaire du VIH sauf en cas de rupture.
- L'enceinte du CSI n'est pas clôturée ce qui pose le problème de la sécurisation du centre et le circuit des patients.
- Le centre malgré sa faible fréquentation présente une viabilité financière pouvant générer des bénéfices qui pourront améliorer le fonctionnement du centre de ce centre (achat moto, sensibilisation de la population)
- IL serait important de noter que la mutualisation des services (Triage, laboratoire et pharmacie) avec l'hôpital serait une meilleure opportunité d'augmentation de l'utilisation des services du CSI. Ce centre ne dispose pas de comité de santé.

➤ **Hôpital de base d'Ewo**

- L'hôpital se trouve dans la même enceinte avec le CSI ; aucune clôture ne sépare ces deux structures. L'hôpital compte un seul médecin qui cumule avec les fonctions du Directeur d'hôpital. L'hôpital assure la 1ère référence et dispose des unités de triage, médecine, pédiatrie, maternité, laboratoire, chirurgie, radiologie et pharmacie. Les ressources humaines sont en nombre suffisant mais de qualité moyenne. La pharmacie est bien tenue avec plus de 20 molécules et des fiches de stock. Le laboratoire est animé par un TQL, bien tenu avec la pratique des examens de 1ère nécessité. L'unité de radiologie n'est pas fonctionnelle car les équipements ne sont pas installés. Pour les interventions chirurgicales, les patients sont obligés de payer le carburant pour le groupe électrogène parfois louer l'ambulance pour l'évacuation du malade.
- Les activités d'administration et de gestion des ressources y compris le SNIS sont régulièrement exécutées par le même service
- L'effectif du personnel est compris entre 20 et 40 sur plus de 5 catégories professionnelles. Le Directeur de l'hôpital et les deux chefs de service sont formés en SSP.
- Les organes de participation communautaire (COGES et COSA) ne sont pas mis en place.
- Bien que dans la même enceinte chaque structure utilise son triage, sa pharmacie et le laboratoire.
- La mutualisation des services (Triage, laboratoire et pharmacie) avec l'hôpital serait une meilleure opportunité d'augmentation de l'utilisation des services du CSI.
- La capacité financière de l'hôpital peut lui permettre le renouvellement du stock de médicament essentiel, autres dépenses médicales de fonctionnement et les primes.
- Le taux de fréquentation des services de consultation curative est inférieur à 25%. Plusieurs raisons peuvent justifier cette faible utilisation qui sont entre autres les coûts de prestations élevés et les obstacles socio-culturels
- Les principaux indicateurs de l'offre de soins de ne sont pas disponibles.

4.11. Département de Pointe-Noire

Au niveau de ce département, ont été visités : i) les DS de Tiè-Tié et Ngoyo ii) l'hôpital de base de Tié-Tié , le CSI de Tiè-Tié et le CSI de Ngoyo.

➤ **District sanitaire de Tiè-Tié**

- En 2019, la population desservie par le district est estimée à 24 637 habitants. Le nombre d'aires de santé est de 22 parmi lesquelles 16 aires sont en développement ;
- L'équipe cadre (EC) du DS est mise en place sous la direction d'un médecin-chef. Cette équipe est composée de plus de 7 membres et est fonctionnelle.
- Le médecin -chef du DS a été formé en gestion des SSP.
- L'EC a un siège au sein de l'HB, dispose des équipements essentiels (bureautique et de communication). IL existe des moyens roulants pour appui à la supervision des activités sur le terrain.
- L'organe délibérant (Comité de gestion -COGES) existe et la tenue des réunions est régulière ;
- Le DS dispose de référentiels (normes et procédures de développement du PMAD)
- Le DS dispose d'une pharmacie avec plus de 20 molécules.
- Les supervisions sont régulièrement réalisées

➤ **CSI de Tiè-Tié**

- Le CSI de Tiè-Tié est situé dans l'enceinte de l'hôpital de Tiè-Tié et offre un PMA standard complet.
- La population de responsabilité est de 14660 habitants.
- Le personnel de ce centre est estimé à 24 agents dont la plupart sont des puéricultrices. IL est dirigé par 1 IDE , chef de centre et la CPN est tenue par une sage-femme
- Le centre dispose d'un équipement essentiel, avec une pharmacie disposant de plusieurs molécules.
- La capacité financière de ce centre peut permettre de renouveler les stocks de médicaments, assurer les primes des agents et le fonctionnement du centre.
- Le taux d'utilisation des services est de plus de 50%. Le Taux d'abandon Penta1-Penta3 est supérieur à 10
- La proportion des femmes enceintes ayant bénéficié de conseil volontaire du VIH est estimée à 80%
- IL existe un COSA fonctionnel
- La proximité de centre avec l'hôpital de référence du DS de Tiè-Tié peut-etre saisie comme une opportunité de mutualisation des prestations afin d'améliorer le bon fonctionnement de centre.

➤ **District sanitaire de Ngoyo**

- En 2015, la population desservie par le district est estimée à 170 819 habitants. Le nombre d'aires de santé est de 17 parmi lesquelles 15 aires sont en développement ;

- L'équipe cadre (EC) du DS est mise en place sous la direction d'un médecin-chef. Cette équipe est composée de plus de 7 membres et est fonctionnelle.
- Le médecin -chef du DS a été formé en gestion des SSP.
- L'EC a un siège au sein du CSI, dispose des équipements essentiels (bureautique et de communication). IL existe des moyens roulants pour appui à la supervision des activités sur le terrain.
- L'organe délibérant (Comité de gestion -COGES) n'existe pas.
- Le DS dispose de référentiels (normes et procédures de développement du PMAD)
- Le DS dispose d'une pharmacie mais qui n'a aucune molécule disponible.
- Les supervisions sont régulièrement réalisées

➤ **CSI de Ngoyo**

- Le CSI de Ngoyo présente une structure moderne clôturée et vaste qui abrite le siège du DS et offre un PMAE complet.
- La population de responsabilité est de 35066 habitants.
- Le personnel de ce centre est estimé à 12 agents dont une assistante sanitaire, chef de centre, 3 sages-femmes, 3 IDE, 1 matrone, 3 puéricultrices et une secrétaire. Le centre dispose d'un équipement essentiel, avec une pharmacie disposant de plusieurs molécules.
- La capacité financière de ce centre peut permettre de renouveler les stocks de médicaments, assurer les primes des agents et le fonctionnement du centre.
- Le taux d'utilisation des services est de plus de 50%. Le Taux d'abandon Penta1-Penta3 est supérieur à 10
- La proportion des femmes enceintes ayant bénéficié de conseil volontaire du VIH est estimée à 80%
- IL existe un COSA fonctionnel
- L'étendue du terrain lequel occupe le centre peut être mis à profit pour construire un hôpital de référence pour le DS.

5. Constats généraux

5.1. Sur le plan de la gouvernance

- **Cogestion** : dans de nombreux districts, les organes de cogestion (COGES & COSA) sont en place et en activité. Cependant, les membres de ces comités ne sont pas toujours élus par la communauté ce qui pose un réel problème de participation communautaire.
- **Mission des organes de cogestion** : les membres des COGES et des COSA ne sont pas toujours imprégnés de leurs mandats, missions et ne sont pas suffisamment outillés pour qu'ils assument effectivement leurs attributions.
- **Cadre réglementaire** : la question des activités opérationnelles des membres des COSA doit être posée eu égard à leur pertinence et à leur efficacité.
- **Implication des autorités politiques et administratives** : bien que dans certains cas les autorités politiques et administratives s'impliquent dans la gestion des activités du district (DS OYO), cependant cette participation reste généralement limitée. Par ailleurs, lorsque ces autorités s'impliquent, leurs investissements ne reposent pas toujours sur les besoins réels. Les autorités municipales ne semblent pas encore préparées au transfert des compétences prévues par la loi dans le cadre de la gestion de la santé de base par les collectivités locales au Congo.
- **En matière d'équité** : il a été noté que dans le Département de la Lékoumou, deux centres de santé visités (Moussanda et Indo) non seulement ont à louer leurs locaux chez des particuliers, mais ne bénéficient pas non plus de subventions de l'Etat. Un certain nombre des hôpitaux de base ne dispose pas encore de médecins.

5.2. Sur le plan du financement

- **Gestion financière** : plusieurs des centres de santé visités présentent non seulement un équilibre des comptes, mais en plus dégagent une épargne qui est significative, comme au CSI de Dimebéko à Dolisie, et Nzalagoye à Ouessou. Aussi, il est établi que là où l'utilisation des services atteint un certain seuil, les formations sanitaires peuvent dégager un excédent financier non négligeable et ce, sans prendre en compte les subventions de l'Etat. Un « Potentiel d'épargne par patient » dans ces CSI a été estimé

pour le mois de mai 2019 à 202 Fcfa par mois sans subvention et 898 Fcfa avec subvention.

- **Accès aux subventions de l'Etat :** au niveau des hôpitaux de base de même catégorie, les subventions de l'Etat diffèrent d'une structure à l'autre et la régularité de la réception des subventions de l'état diffère d'une structure à une autre.

5.3. Sur le plan du système national d'information sanitaire

- **Qualité des données du SNIS :** la faible utilisation des services et la prise en compte partielle des données du secteur privé ne permettent pas d'apprécier la situation sanitaire réelle. Aussi, il a été noté des variations dans les supports de collecte des informations au niveau des CSI en particulier (registres et autres).

5.4. Sur le plan des ressources humaines : de manière générale, il a été observé que le personnel de santé du niveau opérationnel est très engagé ; certains centres de santé (CSI 2 de Gamboma, CSI Nzalangoye, CSI Dibemeko...) réalisent ainsi d'excellentes performances. Nous n'avons observé aucun hôpital de district qui dispose d'un nombre suffisant de médecins pour couvrir les services (en moyenne 01 à 02 médecins par hôpital). La charge de travail élevée pour certains médecins en zone rurale (Gamboma, Owando...) ne leur permet pas de participer aux activités de l'équipe de gestion. Dans la majorité des structures visitées, la tendance est à une sur utilisation des bénévoles avec un risque sur la qualité des soins. Quelques contractuels ont été vus, et des difficultés notées pour leur paiement. La plupart des responsables des formations sanitaires n'ont pas été formés à la gestion financière.

5.5. Sur le plan des médicaments, produits et technologies de santé : de façon générale les pharmacies des formations sanitaires sont bien tenues ; cependant le nombre de molécules disponibles est souvent limité. Concernant la gestion des équipements, l'entretien et la maintenance des équipements ne sont pas adéquats. La rationalisation de l'utilisation des équipements n'est pas toujours adéquate. Certaines formations sanitaires disposent de surplus d'équipements neufs et non utilisés, alors que d'autres formations sanitaires ont un besoin criard de ces mêmes équipements (CSI Madingo-Kayes, HB Impfondo, HB Kinkala). De nombreux matériels neufs sont restés sous emballage n'ont pas été mis à l'utilisation pendant plusieurs années.

5.6. Sur le Plan des prestations de services : la République du Congo a investi massivement dans les infrastructures sanitaires publiques que les populations utilisent faiblement. En milieu urbain la proximité des hôpitaux de base avec les centres de santé affecte négativement l'utilisation et la performance des CSI et exacerbe les problèmes de référence et contre référence. Ceci a un impact sur la viabilité financière de ces dernières, puisque la contre référence s'effectue peu. La mise en œuvre des initiatives de la gratuité est partiellement effective dans la plupart des formations sanitaires.

- **Qualité des services :** de façon générale les conditions d'hygiène et de salubrité sont en dessous des standards. Dans plusieurs formations sanitaires il manque de l'eau et de l'électricité. La chaîne de froid connaît énormément de difficultés liées aux variations de l'électricité, à la non maîtrise de la maintenance et lecture du frigo-tag. Les prestataires n'utilisent pas toujours l'ensemble des supports et outils mis à leur disposition (livret des tableaux PCIME, ordinogramme, partogramme, échéanciers ...)
- **Accès aux soins :** dans la configuration actuelle, l'utilisation des services de santé par les peuples autochtones est beaucoup plus faible que celle des bantous. La localisation et les mouvements des populations autochtones ne sont pas maîtrisés dans la plupart des cas à l'exception de la Lekoumou.
- **Mutualisation des ressources :** il a été observé que la coexistence des CSI et des hôpitaux de base dans une même enceinte (Kinkala, Madingou, Tié -Tié) peut permettre de résoudre les problèmes de viabilité financière, de référence et de contre référence), à condition qu'un service de triage commun soit mis en place. Dans ces contextes, la qualité des services comme les laboratoires, la pharmacie, les urgences peuvent être grandement améliorées.
- **Qualité des infrastructures :** certaines formations ne sont plus aux normes (HB Ouesso, HB de Madingou, Gamboma...)

6. Problèmes identifiés

Au terme de ces missions de terrain, les principaux problèmes identifiés sont suivants :

1. Une faible utilisation des structures sanitaires par les communautés ;

2. Une faible participation communautaire au fonctionnement du district sanitaire ;
3. Une faiblesse dans la gestion financière
4. Une faible mise en œuvre des mécanismes de référence et contre-référence ;
5. Faible accès aux soins par les peuples autochtones ;
6. Une faible capacité de maintenance et d'entretien des équipements ;
7. Une faible utilisation des outils de gestion ;
8. La non prise en compte des informations générées par les structures sanitaires privées ;
9. Le nombre de molécules disponibles est souvent limité
10. La chaîne de froid connaît énormément de difficultés liées aux variations de l'électricité, à la non maîtrise de la maintenance et lecture du frigo-tag

7. Conclusions

Le système de santé a été bâti sur la disponibilisation de l'offre sans pour autant stimuler la demande à un niveau équivalent. Les éléments essentiels constitutifs des SSP (médecine préventive, curative, promotionnelle) sont généralement en place au Congo, mais déployés de façon déséquilibrée, avec un accent plus fort sur les soins curatifs. La viabilisation des districts sanitaires est possible à court ou moyen terme à condition de résoudre le problème de l'utilisation insuffisante des services. Ceci passe nécessairement par une plus grande participation communautaire.

8. Recommandations

Afin de revitaliser les districts sanitaires les actions ci-après doivent être pleinement exécutées :

- Stimulation de la participation communautaire ;
- Mise à niveau et accréditation des FOSA ;
- Renforcement des stratégies avancées ;
- Capacitation des organes de gouvernances au niveau local et intermédiaire y compris les collectivités locales.
- Renforcement des capacités de gestion financière au niveau local
- Mise en place d'un cadre de redevabilité ;

- Accélération du déploiement du personnel de sante au niveau des CS et HB

La mise en œuvre de ces actions pourrait se faire à travers la mise en place d'un programme spécial sur le renforcement des systèmes de santé de districts. Un tel programme exécuté au niveau opérationnel servirait de réceptacle des programmes spécifiques de lutte contre la maladie, et devrait être conçu pour faciliter l'intégration à ce niveau

ANNEXES

A-Les messages clés

- 1. La République du Congo a investi massivement dans les infrastructures sanitaires publiques que les populations utilisent peu ;**
- 2. La détermination des priorités opérationnelles des districts sanitaires est faiblement basée sur l'expression des besoins des communautés de ces districts ;**
- 3. Les membres des Comités de santé, se doivent d'être une émanation de la volonté populaire (élection des responsables par la communauté). Leurs capacités actuelles et la compréhension de leurs rôles sont bien trop insuffisantes pour qu'ils assument effectivement leurs mandats. Le mandat actuel des comités de santé tel que défini par les textes se doit d'être reconsidéré pour se focaliser sur les questions de la représentation des communautés et de la cogestion. En effet, il semble évident que leurs implications dans les activités opérationnelles (sensibilisation) doit être abandonnées au profit de la cogestion des structures de santé ;**
- 4. Les textes actuels et en vigueur sur les modalités de gestion des districts sanitaires sont-ils adaptés pour assurer efficacement la couverture sanitaires universelle ? En effet, ils mettent prioritairement l'accent sur la disponibilisation de l'offre en supposant qu'une fois l'offre disponibilisée, la demande suivra, ce qui n'est pas actuellement le cas .**
- 5. Il est établi que là où l'utilisation des services atteint un certain seuil , les formations sanitaires peuvent dégager un excédent financier non négligeable et ce sans prendre**

en compte les subventions de l'Etat . En effet, un tel excédent doit pouvoir permettre non seulement un équilibre de compte, mais au-delà , des investissements dans l'amélioration de la quantité et de la qualité des services y compris le renforcement des plateaux techniques. Il est donc essentiel pour chaque formation sanitaire dans son contexte de définir un seuil minimum d'utilisation qui lui est nécessaire pour de prime à bord atteindre un équilibre de compte qui lui garantisse un fonctionnement indépendant et si possible de dégager un excédent financier qui pourrait être réinvesti dans le développement du centre ;

6. Afin d'arriver à ce qui précède, il est fondamental pour l'État de prendre pour la priorité des priorités un investissement significatif dans les systèmes de relais des formations sanitaires au niveau communautaire ;

7. Le positionnement géographique des formations sanitaires en milieu urbain (trop grande proximité) se fait le plus souvent au désavantage des formations sanitaires les moins grandes. Ceci a un impact sur la viabilité financière de ces dernières, puisque la contre référence s'effectue peu.

8. Des domaines comme l'entretien des équipements disponibles doivent mériter une très grande attention, puisque leurs entretiens insuffisants débouchent souvent rapidement dans la mise hors service des appareils et par conséquent dans la suppression des services qu'ils permettaient d'offrir. Ceci a un impact direct sur la qualité et donc la fréquentation et fragilisant davantage la viabilité financière en cause ;

9. Concernant l'implication des autorités politiques et administratives, elle reste limitée (cas de l'hôpital de base de Ouesso en état de dégradation avancé, hôpital

d'Impfondo). Cependant il existe des exemples qui peuvent faire avancer la situation sanitaire à titre d'exemple la commune urbaine d'Oyo qui associe le district sanitaire dans les sessions des conseils municipaux. Par ailleurs, lorsque ces autorités s'impliquent, leurs investissements ne reposent pas toujours aux besoins.

- 10. Les formations sanitaires n'utilisent pas toujours tous les outils de gestion mis à leur disposition (livre des tableaux, PCIME, ordinogramme, partogramme ...)***