

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

RAPPORT DE SYNTHESE

Août 2019

BUREAU DU REPRESENTANT DE L'OMS AU CONGO



**Organisation
mondiale de la Santé**

Bureau de l'OMS au **Congo**

**VISITES DES DÉPARTEMENTS
ET DES DISTRICTS
SANITAIRES PAR LE
REPRÉSENTANT DE L'OMS AU
CONGO**

RAPPORT DE SYNTHÈSE

Bureau du Représentant de l'OMS au Congo

BP : 2465 ; Tél. : (242) 663 83 29 ; Fax : (242) 81 34 47

Brazzaville (Congo)

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	iv
1. INTRODUCTION	1
2. OBJECTIFS DE LA MISSION	4
2.1. Objectif général.....	4
2.2. Objectifs spécifiques.....	4
2.3. Résultats attendus.....	4
3. MÉTHODOLOGIE.....	5
4. COMPTE-RENDU.....	7
4.1 Département des Plateaux.....	7
4.1 Département de la Cuvette.....	11
4.2 Département de la Sangha.....	16
4.3 Département de la Likouala.....	19
4.4 Département du Pool.....	22
4.5 Département de la Bouenza.....	25
4.6 Département de la Lékoumou	28
4.7 Département du Niari	31
4.8 Département du Kouilou.....	34
4.9 Département de la Cuvette-Ouest.....	35
4.10 Département de Pointe-Noire.....	38
5. CONSTATS GÉNÉRAUX	41
5.1 Sur le plan de la gouvernance.....	41
5.2 Sur le plan du financement.....	42
5.3 Sur le plan du système national d'information sanitaire	43
5.4. Sur le plan des ressources humaines.....	43
5.5. Sur le plan des médicaments, des produits et des technologies de la santé	43
5.6. Sur le plan des prestations de services.....	44
6. PROBLÈMES RECENSÉS.....	45
7. CONCLUSIONS.....	46
8. RECOMMANDATIONS.....	46

REMERCIEMENTS

Au terme des missions de visite de terrain que j'ai effectuées dans les différents départements du Congo, je tiens à remercier Madame la Ministre de la santé et de la population d'avoir facilité la réalisation de ces missions.

J'exprime toute ma gratitude aux autorités politiques et administratives rencontrées dans les départements pour leur accueil chaleureux, pour leur disponibilité et pour l'appui multiforme dont mon équipe et moi-même avons bénéficié tout au long de ces missions.

Je voudrais aussi remercier particulièrement les différents directeurs départementaux de la santé, les médecins-chefs des districts sanitaires, les directeurs généraux des hôpitaux, les responsables des centres de santé et toutes leurs équipes d'avoir facilité l'organisation des visites des formations sanitaires et les rencontres avec les communautés.

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



D^r Lucien A.E. MANGA
Représentant de l'OMS au Congo

1. INTRODUCTION

Le D^r Lucien MANGA, nouveau Représentant de l'OMS au Congo a pris fonction le 1^{er} mars 2019. Cette prise de fonction est intervenue au moment où le pays venait d'adopter une politique nationale de la santé et un plan national de développement sanitaire pour la période 2018-2022. Par ailleurs, l'équipe-cadre des Nations Unies venait de finaliser son nouveau cadre de coopération avec le pays (2020-2024) et enfin, l'OMS elle-même mettait en route son treizième programme général de travail. Il était donc nécessaire pour le nouveau Représentant de se rendre compte par lui-même des défis de santé publique auxquels étaient confrontées les populations, mais aussi d'identifier les opportunités pouvant servir de levier pour accélérer l'accès des populations aux services de santé et, partant, permettre au pays de mieux progresser vers la couverture sanitaire universelle.

Les messages clés

1. La République du Congo a investi massivement dans des infrastructures sanitaires publiques que les populations utilisent peu.
2. La détermination des priorités opérationnelles des districts sanitaires ne s'appuie pas suffisamment sur les besoins exprimés par les communautés de ces districts.
3. La composition des comités de santé doit être une émanation de la volonté populaire (élection des responsables par la communauté). Les capacités actuelles des membres des comités de santé 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 doit être reformulé pour se focaliser sur les questions liées à la représentation des communautés et à la cogestion. En effet, il semble évident que l'implication desdits membres dans les activités opérationnelles (sensibilisation) doit être abandonnée au profit de la cogestion des formations sanitaires.
4. Les textes en vigueur régissant les modalités de gestion des districts sanitaires sont-ils adaptés pour assurer efficacement la couverture sanitaire universelle ? En effet, ces textes mettent prioritairement l'accent sur la mise à disposition de l'offre en supposant qu'une fois l'offre disponible, la demande suivra, ce qui n'est pas le cas actuellement.
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, sans prendre en compte les subventions de l'État. En effet, un tel excédent doit pouvoir favoriser non seulement un équilibre des comptes, mais aussi des investissements dans l'amélioration de la quantité et de la qualité des services, sans oublier le renforcement des plateaux techniques. Il est donc essentiel pour les formations sanitaires, chacune dans son contexte, de définir un seuil minimum d'utilisation lui permettant d'atteindre, en priorité, un équilibre des comptes qui lui garantit un fonctionnement indépendant et, si possible, pour dégager un excédent financier qui pourrait être réinvesti dans le développement de ladite formation sanitaire.
6. Afin d'arriver à ce qui précède, il est fondamental pour l'État d'ériger au premier rang 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 détriment des formations sanitaires moins grandes. Ce positionnement a un impact sur la viabilité financière de ces petites formations sanitaires, puisque la contre référence s'effectue peu.

8. Des domaines comme l'entretien des équipements disponibles doivent bénéficier d'une très grande attention, puisque leur mauvais entretien débouche rapidement sur la mise hors service des appareils et partant, sur la suppression des services qu'ils permettaient d'offrir. Ce défi a un impact direct sur la qualité des soins et sur la fréquentation de la formation sanitaire, fragilisant ainsi la viabilité financière.
9. L'implication des autorités politiques et administratives quant à elle reste limitée (cas de l'hôpital de base de Ouessou qui est en état de dégradation avancé, tout comme l'hôpital d'Impfondo). Cependant il existe des exemples qui peuvent faire progresser la situation sanitaire, notamment la commune urbaine d'Oyo qui associe le district sanitaire aux sessions des conseils municipaux. Par ailleurs, lorsque ces autorités s'impliquent, leurs investissements ne répondent 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, etc.).

2. OBJECTIFS DE LA MISSION

2.1. Objectif général

Contribuer à la mise en œuvre effective du Plan national de développement sanitaire 2018-2022 à travers la revitalisation des districts sanitaires.

2.2. Objectifs spécifiques

Il s'agissait plus spécifiquement :

- a. d'observer le fonctionnement des districts sanitaires visités ;
- b. de mesurer le niveau d'implication des communautés dans la prise de décision au niveau du district sanitaire ;
- c. de comprendre les défis auxquels les autorités politiques et administratives font face dans la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire au niveau décentralisé ;
- d. de recenser les opportunités de renforcement du système de santé dans les districts sanitaires.

2.3. Résultats attendus

Les résultats attendus de ces missions étaient les suivants :

- a. l'organisation et le fonctionnement des districts sanitaires sont évalués ;
- b. le niveau d'implication des communautés dans la prise de décision au niveau du district sanitaire est mesuré ;
- c. les défis auxquels les autorités politiques et administratives font face dans la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire au niveau décentralisé sont compris ;
- d. les opportunités de renforcement du système de santé dans le district sanitaire sont recensées.

3. MÉTHODOLOGIE

La mission s'est déroulée en trois (3) phases : une phase de préparation, une phase d'exécution de la mission et une phase de rédaction du rapport.

A. Phase de préparation

Cette phase a consisté à élaborer et à adopter les termes de référence, à élaborer et adopter les outils de collecte des informations, à initier et à diffuser les lettres d'information aux autorités politiques et administratives et aux autorités sanitaires, à préparer la logistique et les aspects administratifs et sécuritaires et à tenir régulièrement des réunions de mise au point.

B. Phase d'exécution de la mission

La mission s'est déroulée selon le calendrier ci-après :

- 25 avril 2019 : visite des départements de Pointe-Noire
- Du 2 au 10 juin 2019 : visite de quatre (4) départements du nord du pays (Plateaux, Cuvette, Sangha et Likouala)
- Du 24 au 29 juin : visite de cinq (5) départements du sud du pays (Pool, Bouenza, Lekoumou, Niari et Kouilou)
- Du 7 au 10 août 2019 : visite du département de la Cuvette-Ouest

Au cours de ces visites, les activités suivantes ont été réalisées : des rencontres avec les autorités locales (les préfets, les présidents des conseils départementaux et municipaux et les directeurs départementaux de la santé), des entretiens avec les équipes-cadres de districts, des visites des FOSA et des districts sanitaires, des rencontres avec la communauté et la collecte des données sur des fiches préétablies.

Les districts sanitaires et les formations sanitaires visités sont les suivants :

Départements	GH	Hôpitaux de base	Centres de santé	Districts sanitaires
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 Ouessou	Centre de santé Nzalangoye Centre médico-social CIB	Ouessou
Likouala		Hôpital de base d'Impfondo Hôpital Évangélique les Pionniers	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		Hôpital de base d'EWO	CSI d'EWO	Ewo

C. Phase de rédaction du rapport

Cette phase a consisté à saisir et à analyser les données collectées, puis à rédiger, à valider et à diffuser le 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 Ongou Hermann**, Conseiller VIH/paludisme/tuberculose /hépatite/maladies tropicales négligées
- **Dr Ndinga Edouard**, Conseiller aux maladies à prévention vaccinale
- **Dr Mbemba Guy Michel**, Conseiller à la santé de la mère et de l'enfant
- **M. Moussoki Jean Claude**, Assistant à la documentation
- **Ngoulou Aristide**, Logisticien
- **Mouhani Ulrich**, Chauffeur
- **Tchoumou Armand**, Chauffeur
- **Babeladio Edouard**, Chauffeur
- **Ondongo Armel**, sécurité

4. COMPTE-RENDU

4.1 Département des Plateaux

Dans ce département, i) le district sanitaire de Gamboma, ii) l'hôpital de base de Gamboma et iii) le centre de santé intégré de Gamboma ont été visités.

➤ Présentation du district sanitaire de Gamboma

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

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

L'évaluation rapide réalisée sur le district sanitaire de Gamboma a été conçue en 1993, mais les textes juridiques de création n'ont jamais été rendus disponibles par la tutelle. En 2019, la population desservie est estimée à 105 753 habitants. Ce district sanitaire compte 14 aires de santé, dont 13 aires sont en développement à cause du manque d'organes de gestion et d'équipements dans le centre de santé.

L'équipe-cadre (EC) du district sanitaire a été mise en place par la note de service n° 059/MID/D.PL/PREF/SG/DDSP/SAP du 1^{er} décembre 2015, publiée par le Préfet du département. L'équipe-cadre est composée de huit membres, dont un chef d'équipe paramédical (assistant sanitaire), un assistant sanitaire chargé des actions sanitaires, un assistant sanitaire chargé de l'administration et de la pharmacie, un point focal chargé du programme élargi de vaccination (PEV) et de la surveillance, un point focal chargé des relations avec la communauté et trois superviseurs.

Il faut noter qu'aucun membre de l'équipe n'a été formé en administration des soins de santé primaires (SSP). Le médecin contractuel affecté par le Ministère de la santé et de la population est absent du poste depuis trois mois et l'équipe-cadre du district a un siège au sein de l'hôpital de base, mais elle ne dispose pas des équipements essentiels (bureautique et communication). Un véhicule a été affecté pour la mobilité des membres de l'équipe.

Par ailleurs l'organe délibérant (comité de gestion, en abrégé COGES) n'existe pas et le district sanitaire ne dispose pas de référentiels (normes et procédures de développement du paquet minimum d'activités de district).

Toutefois le district sanitaire dispose d'une pharmacie avec un nombre limité de molécules (15 molécules traceuses) disponibles.

En 2019, un plan d'action a été élaboré sans la participation communautaire. Au premier trimestre de la même année, deux supervisions ont été réalisées contre trois prévues.

➤ **Hôpital de référence de Gamboma**

- Concernant les activités cliniques, l'hôpital de base de Gamboma dispose des quatre services médico-chirurgicaux recommandés pour ce niveau de soins. Cependant ces services 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 système national d'information sanitaire sont régulièrement exécutées par le même service. Il existe deux organes consultatifs, à savoir le COGES et le CMT, mais les réunions ne se tiennent pas régulièrement.
- Au niveau des ressources humaines, l'on note qu'il existe sept catégories professionnelles sur les 10 ciblés. L'effectif du personnel est de 82 agents. Seul le directeur de l'hôpital a été formé aux soins de santé primaires. Toutefois l'hôpital utilise des agents contractuels.
- L'hôpital dispose d'un équipement assez complet (bureautique, communication, etc.). L'échographie est disponible et fonctionnelle, mais la radiographie n'est pas fonctionnelle.
- La capacité financière de l'hôpital peut lui permettre de renouveler le stock de médicaments essentiels, d'effectuer

d'autres dépenses médicales de fonctionnement et de verser les primes.

- La pharmacie de l'hôpital est bien tenue et dispose de 20 molécules traceuses. Elle est gérée par un agent formé.
- Le taux de fréquentation des services de consultation curative est inférieur à 25 %. Plusieurs raisons peuvent justifier cette faible utilisation, notamment les coûts de prestations élevés et les obstacles socioculturels.
- Les principaux indicateurs de l'offre de soins de l'hôpital peuvent être résumés comme suit :
- Taux de césarienne : 1,25 % ; taux de mortalité maternelle : 287 pour 100 000 naissances vivantes ; audit des décès maternels : 100 % ; taux de mortinaissance : 3,35 % ; taux de mortalité postnatale : 5,74 décès pour 1000 naissances vivantes ; taux de décès post-infantiles : 5,74 pour 1000 naissances vivantes ; la proportion des accouchements réalisés avec partogramme est de 94 %.

➤ **Centre de santé intégré de Gamboma**

- Le centre de santé intégré 2 (CSI 2) de Gamboma dispose d'un paquet minimum d'activités (PMA) standard. Situé dans une enceinte clôturée, ce centre est adapté et conforme aux normes.
- La population à desservir est de 9488 habitants connus. Le centre compte cinq agents dont une assistante sanitaire, un chef de centre non formé en gestion des soins de santé primaires, deux ATS, un TQL et un agent de santé.
- Le centre de santé intégré 2 de Gamboma est bien tenu et offre un paquet minimum d'activités complet (CC, CPN, CPS, petite chirurgie, vaccination, laboratoire, pharmacie, etc.).
- C'est un centre rationalisé avec un comité de santé fonctionnel.
- Le taux d'utilisation du service de la consultation curative est supérieur à 50 % ; le taux d'abandon Penta1/Penta3 est

inférieur à 10 % et la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié de conseils pour un dépistage volontaire du VIH est supérieure à 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 compromettre la qualité de la conservation des vaccins.
- La formation 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, etc.). Cependant le chef de centre n’est pas formé à la gestion financière, ce qui est une faiblesse.

4.1 Département de la Cuvette

Dans ce département, i) le district sanitaire d’Oyo-Alima, ii) le district sanitaire d’Owando, iii) le centre de santé intégré n° 2 d’Owando, iv) l’hôpital 31 juillet d’Owando et l’hôpital de Makoua ont été visités.

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

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

➤ Présentation du 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 de concert avec le maire de la ville, le directeur départemental de la santé, le médecin-chef du district sanitaire et des représentants des communautés a révélé ce qui suit :

-
- la population couverte par le district sanitaire est de 56 986 habitants ;
 - les formations sanitaires offrant des soins sont de trois (3) types : (i) l'Hôpital général Édith Lucie BONGO ONDIMBA, une formation sanitaire de troisième niveau assurant la deuxième référence ; (ii) l'Hôpital de base Maman MOUEBARA, une formation sanitaire de deuxième niveau assurant la première référence et ; (iii) un éventail de centres de santé intégrés (8) assurant le premier contact avec la population ;
 - l'équipe-cadre du district sanitaire est mise en place et est dirigée par un médecin formé à l'administration des soins de santé primaires ;
 - l'organe délibérant (le comité de gestion, en abrégé COGES) existe et participe à la prise de décisions lors des réunions de l'équipe-cadre. Malheureusement les membres de cet organe sont souvent rejetés par la population lors de leurs descentes dans les quartiers ou les villages.

➤ **Présentation du district sanitaire d'Owando**

La population desservie par le district en 2019 est estimée à 98 491 habitants pour neuf aires de santé dont deux semblent être développées.

L'équipe-cadre du district sanitaire a été réaménagée en avril 2019 par note de service n° 0079/MSP/DGSSSA/DDSCU/SASUSE du directeur départemental de la santé, et est composée de huit membres dont un (1) médecin (le chef d'équipe), un (1) assistant sanitaire chargé des actions sanitaires, un (1) assistant sanitaire chargé du système national d'information sanitaire et du programme élargi de vaccination, un (1) chargé de l'administration et du personnel, un (1) gestionnaire des finances, un (1) chargé de la pharmacie, et deux (2) superviseurs.

Il a été noté qu'au sein de l'équipe, seul le médecin a été formé à l'administration des soins de santé primaire. L'équipe-cadre dispose d'un siège au sein du centre de santé intégré 2, avec trois bureaux exigus équipés de matériels bureautiques (une table et

quatre chaises) et de communication insuffisants et d'un véhicule en bon état.

Il existe un plan d'action opérationnel 2019, qui a été élaboré sans la participation communautaire. La tenue des réunions de l'équipe-cadre est effective (huit réunions de janvier à mai 2019), les équipes des centres de santé sont supervisées une fois par mois (quatre supervisions réalisées de janvier à mai 2019). L'organe délibérant (le comité de gestion) n'est pas mis en place et le district sanitaire ne dispose pas de référentiels (normes et procédures de développement du paquet minimum d'activités de district). La pharmacie du district sanitaire dispose de moins de 15 molécules traceuses.

➤ **Centre de santé intégré N° 2 d'Owando**

Le centre de santé intégré N° 2 d'Owando dispose d'un paquet minimum d'activités standard. Il est situé dans le centre-ville, à moins d'un kilomètre de l'hôpital général d'Owando. Cette proximité peut influencer négativement la fréquentation de ce centre de santé intégré. Le centre d'Owando se trouve dans un bâtiment bien tenu, dont l'enceinte n'est pas clôturée. La population à desservir est de 28 000 habitants. Le personnel de ce centre est composé de 10 agents, dont un assistant sanitaire, un chef de centre et trois sages-femmes.

Ce centre offre un paquet minimum d'activités complet (CC, CPN, CPS, petite chirurgie, vaccination, laboratoire, pharmacie, etc.). Il existe un comité de santé fonctionnel.

Le taux d'utilisation du service de la consultation curative est de 15 % ; le taux d'abandon Penta1/Penta3 est inférieur à 10 % et la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié de conseils pour un dépistage volontaire du VIH est de plus 80 %, sauf en cas de rupture des tests de dépistage.

La formation 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, etc.). Cependant, le chef de centre n'est pas formé à la gestion financière.

➤ **Hôpital 31 juillet**

L'hôpital général d'Owando dispose des quatre services médico-chirurgicaux recommandés. Ils bénéficient de l'appui de deux services paracliniques pour ce niveau de soins. Cependant, l'hôpital n'a qu'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 système national d'information sanitaire sont régulièrement exécutées par des services distincts. Il existe deux organes consultatifs, à savoir le conseil d'établissement, le comité de direction et le CMT, qui tiennent des réunions régulières. L'hôpital est dirigé par un Directeur général.

Au niveau des ressources humaines, on note qu'il existe sept catégories professionnelles sur les 10 ciblées, mais il n'y a pas de médecin spécialiste. Le personnel compte 167 fonctionnaires. Seul le directeur de l'hôpital a été formé en soins de santé primaires. Toutefois, l'hôpital utilise les 53 agents bénévoles.

Pour ce qui est des équipements, on note que l'hôpital dispose d'un matériel assez complet (bureautique, communication, etc.), même s'il est confronté au problème de la maintenance de ces équipements, notamment des appareils chirurgicaux.

La capacité financière de l'hôpital ne lui permet pas de couvrir toutes ses charges et 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 comme suit : le taux de césarienne est inférieur à 1 % ; le taux de mortalité maternelle est de 524 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Les audits des décès maternels ont été réalisés à 100 %, tandis que les données sur les taux de mortinaissance, de mortalité postnatale et de décès post-infantiles n'étaient pas disponibles au

moment de la visite. Toutefois, on a noté que la proportion des accouchements réalisés avec partogramme est de 84 %.

➤ **Hôpital de base de Makoua**

L'hôpital de base de Makoua dispose des quatre services médico-chirurgicaux recommandés pour ce niveau de soins. Cependant, ces services 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 système national d'information sanitaire sont régulièrement exécutées par le même service. Il existe deux organes consultatifs, à savoir le COGES et le CMT, mais leurs réunions ne se tiennent pas régulièrement.

Au niveau des ressources humaines, l'hôpital ne compte que le personnel soignant, le personnel paramédical d'appui au laboratoire et à la pharmacie et le personnel administratif. L'effectif du personnel est compris entre 20 et 40 agents répartis en plus de cinq catégories professionnelles. Le directeur de l'hôpital et les deux chefs de service sont formés en soins de santé primaires.

L'hôpital dispose d'un équipement incomplet et obsolète.

La capacité financière de l'hôpital peut lui permettre de renouveler son stock de médicaments essentiels, d'assurer d'autres dépenses médicales de fonctionnement et de payer les primes.

Le taux de fréquentation des services de consultation curative est inférieur à 25 %. Plusieurs raisons peuvent justifier cette faible utilisation, notamment les coûts de prestations élevées et les obstacles socioculturels.

Les principaux indicateurs de l'offre de soins de l'hôpital peuvent être résumés comme suit : le taux de césarienne est de 13,60 %, le taux de mortalité maternelle : 0 pour 100 000 naissances vivantes. Cependant le taux de mortinaissance est de 31, 71 pour 1000 naissances vivantes, le taux de mortalité postnatale est de 8,62 décès pour 1000 naissances vivantes et le taux de décès

post-infantiles est de 8, 62 pour 1000 naissances vivantes. Toutefois, la proportion des accouchements réalisés avec partogramme est de 86,14 %.

4.2 Département de la Sangha

Dans ce département, la mission a visité : i) le district sanitaire de Ouessou et ii) le centre de santé intégré de Nzalangoye à Ouessou. Le département de la Sangha compte deux (2) districts sanitaires : le district sanitaire de Ouessou, qui comprend les districts administratifs de Mokéko, de Pikounda, de Kabo et les communes de Ouessou et de Pokola, et le district sanitaire de Sembé-Souanké, qui comprend les districts administratifs de Sembe, de Souanke et de Ngbala.

➤ Présentation du district sanitaire de Ouessou

Le district sanitaire de Ouessou a été créé en 2010 par une note de service du Préfet de département. La population à desservir dans ce district a été estimée à 88 334 habitants en 2019. L'offre des soins est assurée par l'hôpital de base de Ouessou assurant la première référence et des centres de santé intégrés (cinq centres de santé intégrés), qui assurent le premier contact avec la population.

L'équipe-cadre du district sanitaire 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 à l'administration des soins de santé communautaires. Il a été noté que l'équipe-cadre a un siège convenable au sein du centre de santé intégré de Nzalangoye, même s'il ne dispose pas des équipements essentiels (bureautique et communication). Malheureusement le district sanitaire ne

dispose pas de véhicule ni d'un hors-bord pour réaliser ses activités.

L'organe délibérant (le comité de gestion) existe, mais n'est pas fonctionnel (aucune réunion organisée). De plus, comme il a été observé dans d'autres districts, le district sanitaire de Ouesso ne dispose pas de référentiels (normes et procédures de développement du paquet minimum d'activités du district).

Le district sanitaire dispose d'une pharmacie avec moins de 20 molécules.

Il existe un plan d'action opérationnel 2019, qui a été élaboré sans la participation communautaire et dont la mise en œuvre rencontre de nombreuses difficultés.

➤ **Centre de santé intégré de Nzalangoye**

Le centre de santé intégré de c est une formation sanitaire à paquet minimum d'activités standard située au centre de la ville de Ouesso, à très bonne distance de l'hôpital de référence. Ce centre dispose d'un bâtiment moderne avec un nombre suffisant de compartiments pour abriter les services d'un hôpital de référence. La population de responsabilité est de 20 105 habitants.

Le personnel de ce centre est de 14 agents composés essentiellement d'infirmiers diplômés d'État (IDE), d'ATS, de trois sages-femmes, de puéricultrices et d'une TQL pour le laboratoire. La plupart des agents sont des fonctionnaires. Le centre de santé intégré offre un paquet minimum d'activités (CC, CPN, CPS, petite chirurgie, Vaccination, laboratoire, pharmacie, etc.).

Le taux d'utilisation du service de la consultation curative est de 60 % ; le taux d'abandon Penta1/Penta3 est inférieur à 10 % et la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié de conseils pour un dépistage volontaire du VIH est de 80 %. Il convient de noter que ces derniers temps, le centre connaît une rupture des tests de dépistage. Le centre dispose d'une pharmacie qui est bien tenue et qui compte 15 molécules traceuses.

Le centre de santé intégré de centres de santé n'est pas clôturé, ce qui pose un problème de sécurité.

La formation 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**

L'hôpital de référence de Ouesso dispose des quatre services médico-chirurgicaux recommandés pour ce niveau de soins. Cependant, ces services 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 système national d'information sanitaire, sont régulièrement exécutées par le même service.

Au niveau des ressources humaines, l'hôpital ne compte que le personnel soignant, le personnel paramédical d'appui au laboratoire et à la pharmacie et le personnel administratif. L'effectif du personnel est compris entre 36 agents de l'État et 12 stagiaires répartis en huit catégories professionnelles. Le directeur de l'hôpital est le seul à avoir suivi une formation en soins de services primaires.

Le taux de fréquentation des services de consultation curative est inférieur à 25 %. Plusieurs raisons peuvent justifier cette faible utilisation, notamment les coûts de prestations élevés et les obstacles socioculturels.

L'hôpital dispose d'un équipement incomplet et obsolète. Il dispose néanmoins d'une pharmacie qui compte 20 molécules traceuses.

La capacité financière de l'hôpital se limite au renouvellement de son stock de médicaments essentiels. Les organes de cogestion n'ont pas été mis en place.

Les principaux indicateurs de l'offre de soins de l'hôpital peuvent être résumés comme suit : le taux de mortalité est de **31,71 % 1000 naissances vivantes** et le taux de mortalité postnatale est de 8,62 décès pour 1000 naissances vivantes. Cependant le taux de décès post-infantiles est de 8,62 pour 1000 naissances vivantes. Toutefois, la proportion des accouchements réalisés avec partogramme est de 86,14 %.

4.3 Département de la Likouala

Dans ce département, i) le district sanitaire d'Impfondo, ii) le centre de santé intégré de Bohona et iii) l'Hôpital de base d'Impfondo ont été visités. Le département de la Likouala compte deux (2) districts sanitaires : les districts sanitaires d'Impfondo et d'Enyellé-Bétou.

➤ Présentation du district sanitaire d'Impfondo

L'équipe-cadre du district sanitaire a été mise en place en mars 2019 par une note de service du Préfet de département (n° 18/MID/DL/P/SG/DDAT). Cette équipe est composée de douze (12) membres dont un (1) médecin (le directeur de l'hôpital de base d'Impfondo, qui est chef d'équipe), un (1) administrateur gestionnaire, un (1) chargé des actions sanitaires, un (1) point focal PEV, un (1) chargé des actions sociales, un (1) chargé de la pharmacie, un (1) assistant sanitaire chargé du système national d'information sanitaire et du programme élargi de vaccination, un (1) chauffeur et quatre (4) superviseurs. Dans cette équipe, seul le médecin-chef du district sanitaire, qui est nouvellement affecté, a été formé à l'administration des soins de santé primaires.

La population à desservir par ce district est estimée en 2019 à 119 540 habitants et l'offre des soins est assurée par deux (2) hôpitaux (hôpital de base et HELP) et un ensemble de centres de santé intégrés assurant le premier contact avec la population.

Le nombre de CSI rationalisés n'est pas maîtrisé par l'équipe-cadre du district sanitaire. Ce dernier a un siège convenable au sein de l'hôpital de base et dispose des équipements essentiels

(bureautique et communication) et d'un véhicule neuf. Les réunions de l'équipe ne sont pas régulièrement tenues. L'organe délibérant (le comité de gestion) n'existe pas.

Le district sanitaire ne dispose pas de référentiels (normes et procédures de développement du paquet minimum d'activités de district). La pharmacie dispose de moins de 10 molécules.

Il existe un plan d'action opérationnel 2019, qui a été élaboré sans la participation communautaire. Ce plan ne prévoit pas le développement des aires de santé.

➤ **Centre de santé intégré de BOHONA**

Le centre de santé intégré de Bohona est une formation sanitaire à paquet minimum d'activités standard, située dans un quartier populaire d'Impfondo, à très bonne distance de l'hôpital de référence.

Le personnel du centre compte 10 agents, dont sept sont des bénévoles. Le centre est dirigé par une assistante sanitaire et la CPN est tenue par des sages-femmes. Ce centre de santé intégré offre un paquet minimum d'activités (CC, CPN, CPS, accouchement, petite chirurgie, Vaccination, laboratoire, pharmacie, etc.). Il a été observé que les unités visitées sont très obsolètes ; seul le laboratoire était bien tenu. La pharmacie manque cruellement de médicaments. La conservation des vaccins n'est pas optimale, car de nombreux vaccins se sont détériorés dans le réfrigérateur de ce centre.

Le taux d'utilisation du service de la consultation curative est estimé à 10 % ; le taux d'abandon Penta1/Penta3 est supérieur à 10 %. Le dépistage volontaire des femmes enceintes pour le VIH a été interrompu à cause de la rupture en tests.

Le centre de santé intégré n'est pas clôturé, ce qui pose un problème de la sécurité. La viabilité financière de ce centre reste très difficile à cerner à cause de la mauvaise tenue des documents. Cependant, la formation du personnel demeure l'une des priorités.

Il n'existe pas de comité de santé. Toutefois, il a été observé un réseau de relais communautaires affiliés à ce centre, et qui ne sont utilisés que pendant les AVS. Ces relais communautaires semblent manquer de motivation.

➤ **Hôpital de base d'Impfondo**

L'hôpital de référence de Ouessou dispose des quatre services médico-chirurgicaux recommandés pour ce niveau de soins. Cependant, ces services 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 système national d'information sanitaire, sont régulièrement exécutées par le même service et les organes de cogestion n'ont pas été mis en place.

Au niveau des ressources humaines, l'hôpital ne compte qu'un personnel soignant, un personnel paramédical d'appui au laboratoire et à la pharmacie et un personnel administratif. L'effectif du personnel est de 20 agents fonctionnaires et 12 bénévoles. Seul le directeur de l'hôpital est formé en soins de santé primaires.

L'hôpital dispose d'un équipement essentiellement incomplet et obsolète. La capacité financière de l'hôpital se limite au renouvellement du stock de médicaments essentiels et à d'autres dépenses médicales.

Le taux de fréquentation des services de consultation curative est inférieur à 10 %. L'hôpital d'Impfondo est sous-utilisé parce que les populations préfèrent l'hôpital des Pionniers, qui est plus fréquenté.

Les principaux indicateurs de l'offre de soins de l'hôpital peuvent être résumés comme suit : le taux de césarienne est inférieur à 1 % et le taux de mortalité maternelle est de 0 pour 100 000 naissances vivantes. Il n'y a pas eu d'audits des décès. Les taux de mortinaissance et de décès post-infantiles sont respectivement de 14,36 % et moins de 2 % pour 1000 naissances vivantes. La proportion des accouchements réalisés avec partogramme est

de 0 %. Toutefois les données du taux de mortalité postnatale n'étaient pas disponibles.

4.4 Département du Pool

Dans ce département les formations sanitaires suivantes ont été visitées : i) le district sanitaire de Kinkala, ii) l'hôpital de base et le centre de santé intégré de Kinkala et iii) le centre de santé intégré de Mansiedi. Avec une population estimée à 364 321 habitants, le département du Pool compte sept (7) districts sanitaires : Kinkala, Boko, Goma Tsé-Tsé, Mindouli, Kindamba, Ignié-Ngabé et Kintele.

➤ Présentation du district sanitaire de Kinkala

Le texte de création du district n'est pas disponible. Cependant la population desservie par ce district a été estimée à 49 743 habitants en 2019. L'offre des soins est assurée par l'hôpital de base de Kinkala, qui assure la première référence, et sept (7) centres de santé intégrés, dont cinq (5) sont rationalisés.

L'équipe-cadre du district sanitaire est composée de huit (8) membres dont un (1) médecin (qui est chef d'équipe), un (1) responsable du service administratif et financier, un (1) point focal nutrition, un (1) chargé des actions sanitaires, un (1) chargé de la participation communautaire, un (1) chargé de la pharmacie, un (1) point focal pour le programme élargi de vaccination et la surveillance et un (1) chargé du système national d'information sanitaire. Aucun membre n'est formé à l'administration des soins de santé primaires, à l'exception du médecin-chef. Il convient de noter que l'équipe-cadre dispose d'un siège convenable au sein de l'hôpital, d'un véhicule en bon état et de l'équipement de bureautique et de communication essentiel.

L'organe délibérant (le comité de gestion) existe au niveau de l'hôpital, mais il n'est pas fonctionnel (aucune réunion n'a été organisée).

Comme il a été constaté dans plusieurs formations sanitaires, le district ne dispose pas des référentiels (normes et procédures de développement du paquet minimum d'activités de district).

La pharmacie est bien tenue avec un nombre limité de molécules.

Le plan d'action opérationnel 2019 est disponible, mais il a été élaboré sans la participation communautaire.

Toutefois, le district sanitaire a réalisé trois (3) supervisions sur cinq prévues.

➤ **Hôpital de base**

L'hôpital de Kinkala se trouve dans la même enceinte que le centre de santé intégré, dont il est séparé par un mur. Chaque formation utilise son triage, sa pharmacie et son laboratoire.

Concernant les activités cliniques, l'hôpital de base de référence de Kinkala dispose des quatre services médico-chirurgicaux recommandés, qui sont renforcés par deux services paracliniques. Les activités d'administration et de gestion des ressources, y compris le système national d'information sanitaire, sont régulièrement exécutées par le même service.

Il existe deux organes consultatifs, à savoir le COGES et le CMT, mais les réunions ne se tiennent pas régulièrement.

Au niveau des ressources humaines, on note qu'il existe 10 catégories professionnelles sur les 10 ciblées. L'effectif du personnel est de 95 dont 2 agents communautaires. Le directeur de l'hôpital et les deux chefs de service sont formés aux soins de santé primaires. Le taux de fréquentation des services de consultation curative est estimé à 20 %.

L'hôpital dispose d'un équipement complet, notamment un service d'urgence médicale disponible et fonctionnel. On y trouve un bâtiment neuf, don d'une ONG pour abriter l'hôpital mère et enfant, qui dispose d'un matériel de pointe pour un service de qualité, et qui n'a pas encore été inauguré. En outre l'hôpital dispose d'une ambulance neuve, qui n'a pas été utilisée depuis plus de cinq ans.

La pharmacie de l'hôpital est bien tenue et dispose d'au moins 15 molécules traceurs.

La capacité financière de l'hôpital se limite au renouvellement du stock de médicaments essentiels.

Les principaux indicateurs de l'offre de soins de l'hôpital n'étaient pas disponibles lors de la visite.

➤ **Centre de santé intégré de Kinkala**

Le centre de santé intégré de Kinkala a un effectif de neuf agents, dont une assistante sanitaire, un chef de centre, deux IDE, un ATS et un TQL. Le centre s'est attaché les services d'une sage-femme de l'hôpital à laquelle il verse des émoluments mensuels. Il existe un comité de santé dans ce centre. Bien que toutes les femmes enceintes reçoivent des conseils pour le dépistage volontaire du VIH, la proportion des femmes enceintes dépistées au VIH est de 3,68 %. La formation présente une situation financière viable. Toutefois le responsable du centre n'est pas formé à la gestion financière.

➤ **Centre de santé intégré de Mansiedi**

Ce centre de santé intégré rural couvre une population de 2500 habitants et dessert environ sept villages de l'aire de santé. Il dispose d'un personnel de trois agents, dont une assistante sanitaire, chef de centre. Il s'agit d'un centre à PMAE dont l'état de délabrement avancé. Le plafond de la toiture a été emporté pendant les troubles sociaux qu'a connus le département.

Le centre manque cruellement de médicaments, il ne dispose pas de table d'accouchement ni d'autres petits matériels. Toutefois, il existe un comité de santé qui bénéficie de l'appui de la communauté à travers le chef de village.

La dotation d'une table d'accouchement, d'une boîte de petite chirurgie, de médicaments essentiels génériques, ainsi que la formation du personnel et la réhabilitation du centre de santé sont

des actions urgentes, qui sont nécessaires pour relever ce centre et lui permettre de fournir les prestations attendues d'un centre de santé intégré à PMAE.

4.5 Département de la Bouenza

Dans le département de la Bouenza, les formations sanitaires ci-après ont été visitées : i) le district sanitaire de Madingou, ii) le centre de santé intégré de Madingou gare et iii) l'hôpital de référence.

Avec une population estimée à 440 799 habitants, le département de la Bouenza est subdivisé en trois (3) districts sanitaires : Madingou, Mouyondzi et Nkayi.

➤ Présentation du district sanitaire de Madingou

Le texte de création du district n'était pas disponible lors de la visite. Ce district sanitaire couvre une population estimée à de 124 450 habitants.

L'offre des soins est assurée par un (1) hôpital de référence assurant la première référence et six (6) centres de santé intégrés.

L'équipe-cadre du district sanitaire est composée de huit (8) membres dont le médecin (le chef d'équipe), le responsable du service administratif et financier, le point focal nutrition, le chargé des actions sanitaires, le chargé de la participation communautaire, le chargé de la pharmacie, le point focal pour le programme élargi de vaccination et la surveillance, et le chargé du système national d'information sanitaire. Aucun membre de l'équipe n'est formé à l'administration des soins de santé primaires, à l'exception du médecin-chef. L'équipe-cadre dispose d'un siège convenable au sein de l'hôpital, d'un véhicule en bon état et des équipements de bureautique et de communication essentiels.

L'organe délibérant (le comité de gestion) existe au niveau de l'hôpital, mais il n'est pas fonctionnel (aucune réunion n'a été organisée). Le district sanitaire ne dispose pas des référentiels

(normes et procédures de développement du paquet minimum d'activité de district).

La pharmacie est bien tenue avec un nombre limité de molécules. Un plan d'action opérationnel 2019 est disponible, mais il a été élaboré sans la participation communautaire. Toutefois, l'équipe-cadre du district sanitaire a réalisé trois (3) supervisions sur les cinq prévues.

➤ **Centre de santé intégré de Madingou gare**

Le centre de santé intégré de Madingou est une formation sanitaire à PMAE. Le centre est situé dans une infrastructure moderne, mais il est non clôturé. Le personnel de ce centre compte sept agents fonctionnaires et 11 bénévoles. Le centre est dirigé par un assistant sanitaire et la CPN est tenue par des sages-femmes. Le centre de santé intégré de Madingou offre un PMAE (CC, CPN, CPS, accouchement, petite chirurgie, vaccination, laboratoire, pharmacie, etc.).

Le taux d'utilisation du service de la consultation curative est estimé à 60 % ; le taux d'abandon Penta1/Penta3 est supérieur à 10 % et la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié de conseils pour un dépistage volontaire du VIH est estimée à 60 %, sauf en cas de rupture des tests de dépistage. Il n'existe pas de comité de santé. La pharmacie de centre dispose de 10 molécules.

La situation financière de cette formation sanitaire est viable et lui permet de dégager une épargne. Le centre a la capacité d'assurer le renouvellement du stock des médicaments essentiels, de payer la prime des agents et d'assurer d'autres dépenses liées aux primes. Cependant, 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 centre de santé intégré qui offre des prestations de premier niveau.

L'hôpital de référence de Madingou dispose des quatre services médico-chirurgicaux recommandés pour ce niveau de soins. Cependant, ces services sont animés par un seul médecin qui cumule également les fonctions de directeur de l'hôpital et de médecin-chef du district sanitaire.

Les activités d'administration et de gestion des ressources, y compris le système national d'information sanitaire, sont régulièrement exécutées par le même service. Aucun organe de cogestion n'est mis en place.

Au niveau des ressources humaines, l'on peut compter le personnel soignant appuyé par le personnel paramédical, mais il n'y a pas de pharmacien. Le personnel compte 46 fonctionnaires et 28 bénévoles sur 10 catégories professionnelles. Le directeur de l'hôpital et les chefs de service ne sont pas formés.

L'hôpital dispose d'équipements essentiels assez complets et fonctionnels (bureautique et communication, etc.). La pharmacie de l'hôpital dispose de 17 molécules.

La capacité financière de l'hôpital peut lui permettre de renouveler le stock de médicaments essentiels, d'effectuer d'autres dépenses médicales de fonctionnement et de payer les primes. Le taux de fréquentation des services de consultation curative est de 55 %. La proportion des femmes enceintes qui ont été dépistées volontairement au VIH représente 60 %.

Les principaux indicateurs de l'offre de soins de l'hôpital peuvent être résumés comme suit : le taux de césarienne est de 1,25 % ; le taux de mortalité maternelle s'établit à 287 pour 100 000 naissances vivantes, tandis que le taux de mortinaissance est de 3,35 %. L'audit des décès maternels est de 100 %. Le taux de mortalité postnatale est de 5,74 décès pour 1000 naissances vivantes et le taux de décès post-infantiles est de 5,74 pour 1000 naissances vivantes. La proportion des accouchements réalisés avec partogramme est de 94 %.

4.6 Département de la Lékoumou

Dans ce département, i) le district sanitaire de Sibiti, ii) les centres de santé intégrés de Moussanda et d'Indo et iii) l'hôpital de base de Sibiti ont été visités. Avec une population estimée à 133 473 habitants, le département de la Lékoumou compte deux (2) districts sanitaires, à savoir le district sanitaire de Sibiti qui comprend les districts administratifs de Sibiti, de Mayéyé et de Komono et le district sanitaire de Zanaga, qui couvre les districts administratifs de Bambama et de Zanaga.

➤ Présentation du district sanitaire de Sibiti

Ce district est le plus peuplé du département avec une population de 103 634 habitants. Il dispose d'un hôpital de référence basé à Sibiti, qui n'est malheureusement pas opérationnel.

Aucun texte de création du district n'est disponible et l'équipe-cadre du district sanitaire n'est pas mise en place non plus par manque de ressources humaines.

➤ Centre de santé intégré de Moussanda

Le centre de santé intégré de Moussanda est une formation sanitaire à paquet minimum d'activités standard dont la population de responsabilité est estimée à 6086 habitants. Ce centre est installé dans une habitation privée d'accès difficile, ne répondant pas aux normes. Le centre de Moussanda compte huit agents, dont un IDE (qui assure la fonction de chef de centre, mais qui n'est pas formé à l'administration des soins de santé primaires), une sage-femme et trois ATS, appuyé par trois volontaires. Sur ces huit agents, seul le chef de centre est fonctionnaire et quatre autres sont des contractuels.

Le taux d'utilisation du service de la consultation curative est estimé à moins de 35 % ; le taux d'abandon Penta1/Penta3 est supérieur à 10 % et la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié de conseils pour un dépistage volontaire du VIH est de 100 %, sauf en

cas de rupture de tests. La rupture des tests de dépistage fait que peu de femmes sont dépistées.

Le centre de santé intégré n'est pas clôturé, ce qui pose le problème de sécurité.

La situation de viabilité de ce centre est déficitaire. Cette situation s'explique par le fait que cette formation sanitaire loue le bâtiment et ne reçoit pas de contributions de l'État.

Il n'existe pas de comité de santé. À 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.

➤ **Centre de santé intégré d'Indo**

Le centre de santé intégré d'Indo est une formation sanitaire à paquet minimum d'activités standard, située à la périphérie de Sibiti à proximité d'un centre de santé confessionnel qui est très fréquenté. Cette situation influence négativement l'utilisation de centre. La population de responsabilité est de 8750 habitants.

Le centre est installé dans une infrastructure privée en location, ne répondant pas aux normes requises. Il offre un paquet minimum d'activités limité aux soins curatifs, aux soins préventifs et à la gestion des ressources.

L'équipe est constituée de sept agents, dont une IDE (qui assure la fonction de chef de centre, mais qui n'est pas formée à la l'administration des soins de santé primaires), une sage-femme, deux ATS et trois agents volontaires. La CPN est tenue par une sage-femme.

Le taux d'utilisation du service de 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 conseils pour un dépistage volontaire du VIH est estimée à 80 %, sauf en cas de rupture des tests de dépistage.

On a noté un manque important de molécules dans la pharmacie, qui est pratiquement obsolète.

La situation de viabilité de ce centre est déficitaire. Cette situation s'explique par le fait que cette formation sanitaire loue le bâtiment et ne reçoit pas de contributions de l'État. Le chef de centre n'est pas formé à la gestion financière.

Il n'existe pas un comité de santé. À cela s'ajoute l'absence de l'équipe de district qui devrait fournir un appui.

➤ **Hôpital de référence de Sibiti**

L'hôpital de base de référence de Sibiti dispose des quatre services médico-chirurgicaux recommandés, qui sont appuyés par deux services paracliniques. Les activités d'administration et de gestion des ressources, y compris le système national d'information sanitaire, sont régulièrement exécutées par le même service.

Aucun organe de cogestion n'a été mis en place.

Au niveau des ressources humaines, on note qu'il existe sept catégories professionnelles sur les 10 ciblées. L'effectif du personnel est de 45 agents. Seul le directeur de l'hôpital est formé aux soins de santé primaires.

Le taux d'utilisation de la consultation curative de l'hôpital est estimé à 40 %. L'hôpital dispose d'équipements essentiels incomplets et obsolètes et la pharmacie compte 10 molécules traceuses.

Toutefois, on note que la capacité financière de l'hôpital lui permet de renouveler le stock de médicaments essentiels et d'effectuer d'autres dépenses médicales de fonctionnement. Le taux de fréquentation des services de consultation curative est inférieur à 25 %.

Lors de la visite, les principaux indicateurs de l'offre de soins de l'hôpital n'étaient pas été disponibles.

4.7 Département du Niari

Dans ce département, i) le district sanitaire de Dolisie, ii) l'hôpital de référence et iii) le centre de santé intégré de DIMEBEKO ont été visités.

➤ Présentation du district sanitaire de Dolisie

Le district a été créé dans les années 1990 et a été révisé en 2018, en tenant compte du nouveau découpage des districts sanitaires. La population desservie par le district est estimée à 158 794 habitants.

L'offre des soins est assurée par un (1) hôpital assurant la première référence, et une gamme de centres de santé assurant le premier contact avec la population.

Le district compte 17 aires de santé dont 14 sont développées. L'équipe-cadre du district sanitaire est composée de dix (10) membres avec un chef d'équipe qui est un médecin formé aux soins de santé primaires. 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 pour le programme élargi de vaccination et la surveillance, deux médecins superviseurs de l'hôpital de référence et un chauffeur.

Les membres de l'équipe ne sont pas formés à l'administration des soins de santé primaires. L'équipe-cadre dispose d'un siège dans l'enceinte de la direction départementale de la santé, d'un véhicule en bon état et d'équipements essentiels de bureautique et de communication.

L'organe délibérant (le comité de gestion) existe au niveau de l'hôpital, même s'il n'est pas fonctionnel (aucune réunion n'a été organisée) et les référentiels (normes et procédures de développement du paquet minimum d'activités de district) sont disponibles.

La pharmacie est bien tenue et dispose d'un nombre limité de molécules.

Le plan d'action opérationnel 2019 est disponible, mais il a été élaboré sans la participation communautaire. Des supervisions sont régulièrement réalisées.

➤ **Centre de santé intégré de DIMEBEKO**

Le centre de santé intégré de Dimébeko est une formation sanitaire à PMAE. La population de responsabilité est définie. Le centre est clôturé et se trouve dans une infrastructure moderne.

L'équipe du centre est composée de 16 agents fonctionnaires, dont quatre IDE, cinq sages-femmes, trois ATS et trois monitrices sociales, un TAL. On note aussi la présence de quatre contractuels. Le centre est dirigé par une assistante sanitaire et la CPN est tenue par des sages-femmes. Le taux d'utilisation du service de consultation curative est supérieur à 60 % ; le taux d'abandon Penta1/Penta3 est inférieur à 10 % et la proportion des femmes enceintes ayant bénéficié de conseils pour un dépistage volontaire du VIH est de 3,7 %.

Le centre est bien clôturé. La formation présente une situation financière viable, capable de dégager une épargne pouvant servir à 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.

La pharmacie de ce centre dispose de 23 molécules. On note que le COSA au niveau de ce centre est fonctionnel et tient régulièrement des réunions.

➤ Hôpital de référence de Dolisie

L'hôpital de référence de Dolisie dispose des quatre services médico-chirurgicaux recommandés et bénéficie de l'appui de deux services paracliniques pour ce niveau de soins.

Les activités d'administration et de gestion des ressources, y compris le système national d'information sanitaire, sont régulièrement exécutées par des services distincts. Il existe deux organes consultatifs, à savoir le COGES et le CMT, mais les réunions ne se tiennent pas 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 10 catégories professionnelles. Le personnel comprend 109 agents fonctionnaires et sept contractuels. Seul le directeur de l'hôpital a été formé aux soins de santé primaires. L'hôpital recourt aussi aux agents contractuels.

L'hôpital dispose d'un équipement essentiel complet pour la consultation et les urgences chirurgicales et présente une capacité financière lui permettant de renouveler le stock de médicaments essentiels, d'effectuer d'autres dépenses médicales de fonctionnement et de payer les primes. Il dispose d'une pharmacie, qui est bien tenue et qui compte de 13 molécules traceuses. Cette pharmacie a établi un partenariat avec une officine située dans son enceinte, sans le consentement de l'équipe de COGES.

Le taux de fréquentation des services de consultation curative est supérieur à 15,75 %. Toutes les femmes enceintes venant au CPN bénéficient de conseils pour un dépistage volontaire du VIH et seulement 20,19 % d'entre elles ont été dépistées. Le manque de tests de diagnostic est l'une des causes de cette contreperformance. Les principaux indicateurs de l'offre de soins de l'hôpital n'étaient pas disponibles lors de la visite.

4.8 Département du Kouilou

Dans ce département, i) le district sanitaire de Madingo-Kayes et ii) les centres de santé intégrés à PMAE de Madingou-Kayes et de Hinda ont été visités.

Présentation du district sanitaire visité : Madingo-Kayes

Le district sanitaire n'a pas de texte de création. La population desservie est estimée à 23 282 habitants. L'offre des soins est assurée par une gamme de centres de santé assurant le premier contact avec la population.

L'hôpital assurant la première référence n'est pas fonctionnel. Cependant, le district compte quatre aires de santé, dont une est développée.

L'équipe-cadre du district sanitaire est composée de six (6) membres avec un chef d'équipe qui est un médecin formé aux soins de santé primaires. Les autres membres sont le point focal du programme élargi de vaccination, le chargé des actions sanitaires, le chargé des ressources humaines et du matériel, le chargé de la pharmacie et le point focal VIH/sida. Le personnel n'est pas formé à l'administration des soins de santé primaires. L'équipe-cadre a un siège dans l'enceinte du centre de santé intégré de Madingo-Kayes et ne dispose ni d'un véhicule ni des équipements essentiels de bureautique et de communication.

L'organe délibérant (le comité de gestion) n'existe pas. Cependant, les référentiels (normes et procédures de développement du paquet minimum d'activités de district) sont disponibles.

Le district sanitaire ne dispose pas d'une pharmacie. Le plan d'action opérationnel 2019 est disponible, mais il a été élaboré sans la participation communautaire.

Il convient de noter que l'équipe-cadre a réalisé des supervisions avec l'appui logistique de la direction départementale de la santé.

➤ Centre de santé intégré à PMAE de Madingo-Kayes

Le centre de santé intégré de Madingo-Kayes offre un PMAE (soins curatifs, accouchements, soins préventifs et gestion des ressources) et joue le rôle d'hôpital de référence du district sanitaire. Le centre dispose d'un nombre important de personnels paramédicaux, mais il n'a pas de médecin. Le centre est dirigé par un assistant sanitaire, non formé aux soins de santé primaires et il couvre une population de responsabilité estimée à 23 282 habitants.

L'infrastructure est moderne et dispose d'un équipement de haute qualité. Malheureusement, cet équipement est peu utilisé. Le personnel est composé de 18 agents fonctionnaires. Il dispose d'une pharmacie qui dispose de plus de 20 molécules.

Le taux d'utilisation du centre de santé intégré est estimé à 18 %, notamment à cause des barrières financières. Le taux d'abandon Penta1/Penta3 est supérieur à 10 %. Le centre ne dispense pas de conseils pour un dépistage volontaire du VIH, à cause du manque de réactifs.

Les activités communautaires sont faiblement développées. Il existe un comité de santé avec des membres bien engagés. Il convient de souligner que la pharmacie manque de médicaments.

Toutefois, on observe que la capacité financière du centre lui permet de générer des bénéfices, afin d'améliorer son fonctionnement.

4.9 Département de la Cuvette-Ouest

Dans ce département, i) le district sanitaire d'Ewo, ii) le centre de santé intégré d'Ewo et l'hôpital de base d'Ewo ont été visités. Le département de la Cuvette Ouest compte deux (2) districts sanitaires :

- Le district sanitaire d'Ewo, qui comprend les districts administratifs de Mbama, d'Okoyo et d'Ewo ;

-
- Le district sanitaire d'Etoumbi composé des districts administratifs de Kéllé, de Mbomo et d'Etoumbi.

➤ **Présentation du 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 était estimée à 54 533 habitants. L'offre des soins est assurée par un (1) hôpital basé à Ewo assurant la première référence et 11 centres de santé assurant le premier contact avec la population. Aucune aire de santé n'est développée.

L'équipe-cadre du district sanitaire 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 point focal du programme élargi de vaccination, le chargé des relations avec la communauté, le secrétaire et le chauffeur. On a noté que seules deux personnes de l'équipe-cadre du district sont formées à la gestion du district sanitaire (le médecin-chef et le point focal PEV).

L'équipe-cadre n'a pas de siège ni d'équipements essentiels de bureautique et de communication. L'équipe dispose néanmoins d'un véhicule en bon état. L'organe délibérant (le comité de gestion) n'existe pas. De même les référentiels (normes et procédures de développement du paquet minimum d'activités de district) ne sont pas disponibles. La pharmacie du district sanitaire n'existe pas et le plan d'action opérationnel 2019 n'est pas élaboré.

➤ **Centre de santé intégré d'Ewo**

Le centre de santé intégré d'Ewo est une formation sanitaire à paquet minimum d'activités standard. La population de responsabilité est définie (13 000 habitants). Le centre offre un paquet minimum d'activités (CC, CPN, CPS, vaccination, laboratoire, pharmacie, etc.). Ce centre est situé dans l'enceinte de l'hôpital. Le personnel est composé de cinq agents, dont deux) IDE,

une sage-femme, une puéricultrice et deux agents techniques. Il est dirigé par une IDE.

Le taux de fréquentation est estimé à moins de 10 %. Presque toutes les unités visitées sont très obsolètes et mal entretenues.

La pharmacie du centre de santé manque cruellement de médicaments et est tenue par un agent non formé à la gestion des stocks. Le taux d'utilisation du service de consultation curative est estimé à 10 % ; le taux d'abandon Penta1/Penta3 est supérieur à 10 % et 100 % des femmes enceintes bénéficient de conseils pour effectuer un dépistage volontaire du VIH, sauf en cas de rupture de stock.

L'enceinte du centre n'est pas clôturée, ce qui pose un problème de sécurité pour le centre et pour le circuit des patients.

Malgré sa faible fréquentation, le centre présente une viabilité financière pouvant générer des bénéfices susceptibles d'améliorer son fonctionnement (achat d'une moto, sensibilisation de la population, etc.).

Il convient de noter que la mutualisation des services (triage, laboratoire et pharmacie) avec l'hôpital serait une bonne occasion de renforcer l'utilisation des services du centre. Le centre ne dispose pas de comité de santé.

➤ **Hôpital de base d'Ewo**

L'hôpital se trouve dans la même enceinte que le centre de santé intégré. Aucune clôture ne sépare ces deux formations. L'hôpital compte un seul médecin qui cumule avec les fonctions du directeur d'hôpital. L'hôpital assure la première référence et dispose des unités de triage, de médecine, de pédiatrie, de maternité, de laboratoire, de chirurgie, de radiologie et de 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 ; il est bien tenu et permet de pratiquer des examens de première 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 et, parfois, de louer l'ambulance pour l'évacuation du malade.

Les activités d'administration et de gestion des ressources, y compris le système national d'information sanitaire, sont régulièrement exécutées par le même service. L'effectif du personnel est de 36 agents, dont 10 agents communautaires répartis en sept catégories professionnelles. Le directeur de l'hôpital et les deux chefs de service sont formés aux soins de santé primaires.

Les organes de participation communautaire (COGES) ne sont pas mis en place.

Bien que les deux formations sanitaires se trouvent dans la même enceinte, chacune utilise son propre système de triage, sa pharmacie et son laboratoire. Cependant, la mutualisation des services (triage, laboratoire et pharmacie) avec l'hôpital serait une bonne occasion de renforcer l'utilisation des services du centre de santé intégré.

La capacité financière de l'hôpital lui permet de renouveler le stock de médicaments essentiels, d'effectuer d'autres dépenses médicales de fonctionnement et de payer les primes.

Le taux de fréquentation des services de consultation curative est de à 12 %. Plusieurs raisons peuvent justifier cette faible utilisation, notamment les coûts de prestations élevées et les obstacles socioculturels.

Lors de la visite, les principaux indicateurs de l'offre de soins n'étaient pas disponibles.

4.10 Département de Pointe-Noire

Dans ce département les formations sanitaires suivantes ont été visitées : i) les districts sanitaires de Tiè-Tié et de Ngoyo ; ii) l'hôpital

de base de Tié-Tié, le centre de santé intégré de Tiè-Tié et le centre de santé intégré de Ngoyo.

➤ **Présentation du district sanitaire de Tiè-Tié**

En 2019, la population desservie par le district était estimée à 24 637 habitants. Le nombre d'aires de santé est de 22, parmi lesquelles 16 sont en développement.

L'équipe-cadre du district sanitaire est mise en place sous la direction d'un médecin-chef. Cette équipe est composée de plus de sept membres et est fonctionnelle. Le médecin-chef du district sanitaire a été formé à la gestion des soins de santé primaires. L'équipe a un siège logé au sein de l'hôpital de base, et dispose des équipements essentiels (bureautique et communication). Il existe des moyens roulants pour faciliter la supervision des activités de terrain.

L'organe délibérant (le comité de gestion) existe et la tenue des réunions est régulière. Cependant, il n'y a aucun référentiel (normes et procédures de développement du paquet minimum d'activités de district).

Le district sanitaire dispose d'une pharmacie avec 20 molécules et l'équipe du district organise régulièrement des missions de supervision.

➤ **Centre de santé intégré de Tiè-Tié**

Le CSI de Tiè-Tié est situé dans l'enceinte de l'hôpital de Tiè-Tié et offre un paquet minimum d'activités standard complet. La population de responsabilité est de 14 660 habitants.

Le personnel de ce centre est estimé à 24 agents dont la plupart sont des puéricultrices. Le centre est dirigé par un 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 11 molécules traceurs. La capacité financière du centre lui permet de renouveler les stocks de médicaments, de

payer les primes des agents et d'assurer le fonctionnement du centre.

Le taux d'utilisation des services est supérieur à 18 %. Le taux d'abandon Penta1-Penta3 est supérieur à 10. La proportion des femmes enceintes ayant bénéficié de conseils pour le dépistage volontaire du VIH est estimée à 100 %.

Il existe un COSA fonctionnel. La proximité du centre avec l'hôpital de référence du district sanitaire de Tiè-Tié peut être considérée comme une occasion de mutualiser des prestations, afin d'améliorer le bon fonctionnement du centre.

Présentation du district sanitaire de Ngoyo

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

L'équipe-cadre du district sanitaire est mise en place sous la direction d'un médecin-chef. Cette équipe est composée de plus de sept membres et est fonctionnelle. Seul le médecin-chef du district sanitaire a été formé à la gestion des soins de santé primaires.

L'équipe-cadre a un siège au sein du centre de santé intégré, et elle dispose des équipements essentiels (bureautique et communication). Il existe des moyens roulants pour faciliter la supervision des activités sur le terrain.

L'organe délibérant (le comité de gestion) n'existe pas. Par contre, le district sanitaire dispose de référentiels (normes et procédures de développement du paquet minimum d'activités de district) et d'une pharmacie qui n'a aucune molécule disponible.

L'équipe-cadre réalise régulièrement des missions de supervision.

➤ **Centre de santé intégré de Ngoyo**

Le centre de santé intégré de Ngoyo présente une structure moderne clôturée et vaste, qui abrite le siège du district sanitaire et

qui offre un PMAE complet, avec une population de responsabilité estimée à 35 066 habitants.

Le personnel de ce centre est estimé à 12 agents, dont une assistante sanitaire (qui assure la fonction de chef de centre), trois sages-femmes, trois infirmiers diplômés d'État, une matrone, trois puéricultrices et une secrétaire. Le centre dispose d'un équipement essentiel, avec une pharmacie disposant 19 molécules.

Cette formation sanitaire présente une capacité financière lui permettant de renouveler les stocks de médicaments, de payer les primes des agents et d'assurer le fonctionnement du centre.

Le taux d'utilisation des services est de 20 %. Le Taux d'abandon Penta1-Penta3 est supérieur à 10.

La proportion des femmes enceintes ayant bénéficié de conseils pour le dépistage volontaire du VIH est de 100 %.

Le centre dispose d'un COSA fonctionnel. L'étendue de terrain qu'occupe le centre peut être mise à profit pour construire un hôpital de référence pour le district sanitaire.

5. CONSTATS GÉNÉRAUX

5.1 Sur le plan de la gouvernance

- **Cogestion :** dans de nombreux districts, les organes de cogestion (le COGES et le 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 et de leurs missions, et ils ne sont pas suffisamment outillés pour exercer efficacement 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 (par exemple dans le district sanitaire d'OYO), cette participation reste généralement limitée. Par ailleurs, lorsque ces autorités s'impliquent, leurs investissements ne répondent pas toujours aux besoins réels. Les autorités municipales du Congo ne semblent pas encore préparées à transférer aux collectivités locales les compétences prévues par la loi dans le cadre de la gestion de la santé de base.
 - **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 versent un loyer à des particuliers pour occuper leurs locaux, mais ne bénéficient pas non plus de subventions de l'État. Un certain nombre d'hôpitaux de base ne disposent pas encore de médecins.

5.2 Sur le plan du financement

- **Gestion financière :** plusieurs centres de santé visités présentent non seulement un équilibre des comptes, mais aussi une épargne substantielle. C'est le cas des centres de santé intégrés de Dimebéko à Dolisie et de 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, sans prendre en compte les subventions de l'État. En mai 2019, le « potentiel d'épargne par patient » dans ces centres a été estimé à 202 Fcfa par mois, sans subvention et à 898 Fcfa avec subvention.
- **Accès aux subventions de l'État :** au niveau des hôpitaux de base de même catégorie, les subventions de l'État diffèrent d'une formation sanitaire à l'autre et la régularité de la réception de ces subventions diffère d'une formation sanitaire à l'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, des variations ont été observées dans les supports de collecte des informations, surtout au niveau des centres de santé intégrés (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 (comme le centre de santé intégré 2 de Gamboma, le centre de santé intégré de Nzalangoye, et celui de Dibemeko) réalisent d'excellentes performances. Il a été constaté qu'aucun hôpital de district ne dispose d'un nombre suffisant de médecins pour couvrir les services (en moyenne un à deux médecins par hôpital). La charge de travail élevée pour certains médecins en zone rurale (Gamboma, Owando, etc.)... ne leur permet pas de participer aux activités de l'équipe de gestion. Dans la majorité des formations sanitaires visitées, la tendance penche vers surutilisation des bénévoles, avec un risque pour la qualité des soins. Quelques contractuels ont été recensés et des difficultés ont été 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, des produits et des technologies de la 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, leur entretien et leur maintenance ne sont pas satisfaisants. La rationalisation de l'utilisation des équipements n'est pas toujours adaptée. Certaines formations sanitaires disposent d'un surplus d'équipements neufs et non utilisés, alors que d'autres ont un besoin criant de ces mêmes équipements (par exemple le centre de santé intégré de Madingo-Kayes, les hôpitaux

de base d'Impfondo et de Kinkala). De nombreux matériels neufs sont restés sous emballage et n'ont pas été utilisés 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 de ces centres, et exacerbe les problèmes de référence et contre référence. Cette proximité a un impact sur la viabilité financière des centres de santé intégrés, puisque la contre référence s'effectue peu. La mise en œuvre des initiatives favorisant 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 normes. Bon nombre de formations sanitaires manquent d'eau et d'électricité. La chaîne de froid connaît énormément de difficultés dues à l'intermittence de l'alimentation en électricité, à la non-maîtrise de la maintenance et à la lecture du fredgetag. Les prestataires n'utilisent pas toujours l'ensemble de supports et d'outils mis à leur disposition (livret des tableaux PCIME, ordinogramme, partogramme, échéanciers, etc.).
- **Accès aux soins :** dans la configuration actuelle, l'utilisation des services de santé par les peuples autochtones est beaucoup plus faible que chez les 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 centres de santé intégrés 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 et les urgences peut être améliorée considérablement.

- **Qualité des infrastructures** : certaines formations ne sont plus aux normes (le cas des hôpitaux de base de Ouessou, de Madingou et de Gamboma).

6. PROBLÈMES RECENSÉS

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

- a. une faible utilisation des formations sanitaires par les communautés ;
- b. une faible participation communautaire au fonctionnement du district sanitaire ;
- c. un déficit de capacités en gestion financière ;
- d. une mise en œuvre insuffisante des mécanismes de référence et de contre-référence ;
- e. un accès limité des peuples autochtones aux soins ;
- f. une faible capacité de maintenance et d'entretien des équipements ;
- g. une faible utilisation des outils de gestion ;
- h. la non-prise en compte des informations générées par les formations sanitaires privées ;
- i. le nombre limité de molécules disponibles ;
- j. la chaîne de froid connaît énormément de difficultés dues à l'intermittence de l'alimentation en électricité, à la non-maîtrise de la maintenance et à la lecture du fledge-tag.

7. CONCLUSIONS

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

8. RECOMMANDATIONS

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

- la stimulation de la participation communautaire ;
- la mise à niveau et accréditation des FOSA ;
- le renforcement des stratégies avancées ;
- le renforcement des capacités des organes de gouvernances au niveau local et intermédiaire, y compris les collectivités locales ;
- le renforcement des capacités de gestion financière au niveau local ;
- la mise en place d'un cadre de responsabilisation ; et
- l'accélération du déploiement du personnel de santé au niveau des centres de santé et des hôpitaux de base.

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

