

LE TRAVAIL DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE EN REPUBLIQUE DU CONGO



Rapport annuel 2020



**Organisation
mondiale de la Santé**

**LE TRAVAIL DE
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
EN REPUBLIQUE DU CONGO**

Rapport annuel 2020

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	iii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	v
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES GRAPHIQUES.....	viii
REMERCIEMENTS	ix
AVANT-PROPOS	x
LISTE DES CONTRIBUTEURS	xi
RÉSUMÉ D'ORIENTATION	xiii
1 INTRODUCTION	1
2 CONTEXTE.....	3
3 PROGRÈS RÉALISÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE DU TREIZIÈME PROGRAMME GÉNÉRAL DE TRAVAIL	5
3.1 Couverture sanitaire universelle	5
3.1.1 Progrès en matière de planification en santé.	5
3.1.2 Mise en place des documents normatifs des programmes.....	6
3.1.3 Progrès dans l'accès aux soins et services de santé en dépit de la pandémie.	8
3.2 Préparation et réponse aux situations d'urgence.....	18
3.2.1 Préparation et réponse efficace à l'urgence due aux inondations.....	18
3.2.2 Préparation face au risque d'épidémie de la maladie à virus Ebola.	19
3.2.3 Au Congo, la pandémie de la maladie à COVID-19 a été contenue.	21
3.2.4 Initiative pour l'éradication de la poliomyélite	36
3.3 Contribution à un meilleur état de santé et un plus grand bien être	37
3.4 Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien au pays.....	38
3.4.1 Coordination du partenariat et mobilisation des ressources renforcées.....	38
3.4.2 Mise en place de la plate-forme de coordination des partenaires techniques et financiers.....	40
3.4.3 Mobilisation des ressources renforcée	41
3.4.4 Concertations régulières et dialogue politique avec les autorités nationales.	42

3.4.5	Capacités nationales renforcées pour la mise en œuvre du PNDS	43
3.4.6	Recherche en santé dynamisée et Comité consultatif mis en place	44
3.4.7	Présence de l’OMS plus effective avec une visibilité accrue à tous les niveaux	48
3.4.8	La gestion de l’information sanitaire est plus stratégique	50
3.4.9	Collaboration renforcée entre le gouvernement et les prestataires de services non étatiques.....	52
4	RESSOURCES.....	57
4.4	Ressources humaines.....	57
4.5	Ressources matérielles.....	57
4.6	Ressources financières.....	58
4.6.1	Ressources consommées au niveau central	58
4.6.2	Ressources financières consommées au niveau des directions départementales	59
5	DÉFIS ET OPPORTUNITÉS.....	63
5.1	Principaux défis	63
5.2	Opportunités	65
6	CONCLUSION	67
7	PERSPECTIVES	69
8	Annexes.....	71

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AFRO	: Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique
CDOUSP	: Centre départemental des Opérations d’urgence de santé publique
CERF	: Fonds central pour les interventions d’urgence
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CIESPAC	: Centre Inter-États d’Enseignement supérieur en Santé publique d’Afrique centrale
DHIS-2	: Logiciel <i>District Health Information System</i> , version 2
FECOSA	: Fédération des Comités de santé
COSA	: Comité de santé
COUSP	: Centre des opérations d’urgence de santé publique
COVID-19	: Maladie à coronavirus 2019
CRF	: Croix-Rouge Française
CRC	: Croix-Rouge Congolaise
CSI	: Centre de santé intégré
DDSSSa	: Direction départementale des Soins et Services de Santé
DELM	: Direction de l’Épidémiologie et de la Lutte contre la Maladie
DGSSSa	: Direction générale des Soins et Services de Santé
DISER	: Direction de l’Information sanitaire, de l’évaluation et de la recherche
DS	: District sanitaire
EIR	: Équipe d’intervention rapide
FOSA	: Formation sanitaire
HB	: Hôpital de base
HTA	: Hypertension artérielle
LNSP	: Laboratoire National de Santé Publique
MDA	: Médecins d’Afrique
MSPPFID	: Ministère de la Santé, de la population, de la promotion de la femme et de l’intégration de la femme au développement
MVE	: Maladie à virus Ebola
OMS	: Organisation mondiale de la Santé

ONU	: Organisation des Nations Unies
PAM	: Programme alimentaire mondial
PCI	: Lutte anti-infectieuse
PCIME	: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PCR	: Réaction en chaîne par polymérase
PEV,	: Programme élargi de vaccination
PGT	: Programme général de travail
PMLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PTAB	: Plan de Travail Annuel Budgétisé
PTF	: Partenaire Technique et Financier
PSNE	: Prestataires de Services Non Étatiques
PVDVc2	: Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2
PV2	: Poliovirus de type 2
RDC	: République démocratique du Congo
RSI	: Règlement sanitaire international
SITREP	: Rapport de situation
SPT	: Stratégies plaintes et traitement
TDR	: Termes de référence
TSF	: Terre Sans Frontière
UNDAF	: Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
CDO	: Coordonnateur départemental de l'OMS

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau°1. Évolution de la couverture vaccinale au Penta-3 par district sanitaire, Département de Pointe-Noire, de juin à novembre 2020
- Tableau°2. Répartition des bénéficiaires des sessions de formation du Projet PEF par département, Congo 2020.

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique	n°1 :	Évolution mensuelle de la couverture en PENTA3 dans le District sanitaire de Mouyondzi 2020
Graphique	n°2 :	Couvertures vaccinales, district sanitaire de l'Île Mbamou
Graphique	n° 3:	Utilisation du partogramme, districts sanitaire d'Ewo
Graphique	n° 4:	Gestion financière au CSI de Mayéyé, Janvier-décembre 2020
Graphique	n°5:	Gestion financière au CSI de Komono, Janvier-décembre 2020
Graphique	n°6:	Taux de couverture vaccinale, après rattrapage des abandons vaccinaux, district sanitaire de Kindamba
Graphique	n°7:	Nombre moyen de personnels formés par formation sanitaire (CSI+HB) et par département
Graphique	n°8 :	Performances générales des équipes d'appui par département
Graphique	n°9:	Principaux résultats de la connaissance des élèves sur le VIH/SIDA
Graphique	n°10:	Répartition des ONG et des associations bénéficiaires du Projet PEF par département
Graphique	n°11:	Répartition des dépenses du Projet PEF, par type d'intervention, en %

REMERCIEMENTS

Les résultats présentés dans ce rapport sont le fruit d'une excellente collaboration entre l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les autorités nationales d'une part, et avec les partenaires techniques et financiers d'autre part. Nous tenons donc à exprimer nos sincères remerciements :

- à M^{me} Jacqueline Lydia MIKOLO, pour sa vision et son leadership en faveur du développement sanitaire au Congo et pour l'excellence des relations entreprises entre le Bureau de l'OMS et le ministère en charge de la santé ;
- à toutes les autorités politiques et administratives des 12 départements du pays, notamment les préfets, les présidents des conseils départementaux, les directeurs départementaux des soins et services de santé et toutes leurs équipes ; et
- aux équipes cadres des districts sanitaires et à tout le personnel des aires de santé visitées, sans oublier les communautés qui nous ont chaleureusement accueillies lors de nos missions sur le terrain.

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans la contribution financière des partenaires suivants : l'Allemagne, l'Australie, la Chine, le Danemark, la Norvège, le Royaume-Uni, le Commonwealth, l'Union Européenne, les institutions du système des Nations Unies (MPTF, CERF), la King Baudouin Fund United States, la Banque africaine de développement, la Banque mondiale, le Canada, l'Australie, la Fondation Bill & Melinda Gates et le Rotary international.

AVANT-PROPOS

J'ai le grand plaisir de partager avec vous ce premier rapport sur le travail de l'Organisation mondiale de la Santé en République du Congo, réalisé au cours de l'année 2020. Ce rapport trouve sa singularité dans le fait qu'il est le premier qui, dans le contexte et les orientations du treizième programme général de travail adopté par les États Membres de l'OMS, présente une contribution directe et tangible du Secrétariat à l'amélioration de l'accès des populations aux soins et services de santé de qualité. Le rapport montre aussi à quel point les partenariats à tous les niveaux sont importants pour atteindre les résultats communs. Vous noterez avec moi que l'OMS a dû se réinventer pour s'adapter aux défis particuliers que pose le travail au niveau opérationnel. Nous avons la conviction que nous sommes en train d'y parvenir.

Bonne lecture.

D^r Lucien A.E. MANGA

Représentant de l'OMS au Congo

LISTE DES CONTRIBUTEURS

Le présent rapport a été préparé sous la direction du D^r Lucien MANGA, Représentant de l'OMS au Congo.

Y ont contribué :

- le D^r DABIRE Ernest, gestionnaire d'incident pour la riposte à la pandémie de COVID-19 ;
- le D^r NOUHOU Hamadou, coordonnateur des programmes, responsable du système de santé ;
- le D^r BAKALA Dieudonné, conseiller chargé de la gestion des programmes ;
- le D^r MBEMBA MOUTOUNOU Guy Michel, conseiller chargé de la santé familiale et reproductive, des personnes âgées et des droits humains ;
- le D^r NDINGA Edouard, conseiller chargé du programme de lutte contre les maladies à prévention vaccinale ;
- le D^r ONGOOU Hermann, conseiller chargé du programme VIH/sida, tuberculose, paludisme et maladies tropicales négligées ;
- le D^r PASSI-LOUAMBA Cyr-Judicaël, conseiller chargé du programme Maladies non transmissibles ;
- M. ELENGA GARBA Serge Francis, chargé des technologies de l'information et de la communication et de l'information sanitaire ;
- M. BIBOUSSI Boniface, chargé de la communication et de la promotion de la santé ;
- M. GANTSOUA DJALEA Alain, chargé des opérations ;
- le D^r BATONA Georges, chargé du partenariat et de la mobilisation des ressources ;
- le D^r MOUKALA Jean-Chrios, point focal du projet PEF ;
- M. MOUYOKANI Jérémie, consultant chargé de la rédaction du rapport annuel 2020 ;
- le D^r TANKE DONGMO Norbert, spécialiste en renforcement du système de santé ;
- le D^r RAKOTONJANABELO Lamina Arthur, chargé de la préparation des pays aux situations d'urgence ;
- M^{me} SYLONG PEMBA Audrey Richard, assistante exécutive du Représentant ;
- M. MABIALA Patrice Alfred, chargé de la communication dans le cadre de la riposte à la COVID-19 ;
- M. NZABA BENDO Lionel Binson Vicktroy, chargé du suivi et évaluation ;

Avec le soutien des personnes suivantes :

- M. BABINGUI MIAMBANZILA Chrysost ;
- M^{me} BIYOU DI BIA NKELLA Ruffine ;
- M^{me} BOUCKOULOU Venele Chandra ;

- M^{me} BOUNSANA-BIZA LANDOU Florine ;
- M. EYONGO NDZOKO Gael Charden ;
- M. KALOULOU BANTSIMBA Polipos ;
- M^{me} LITCHE Annie Solange ;
- M. MALONGA Alain Parfait ;
- M. MAMPINGA Gaston ;
- M. MANSANGAZA Joseph ;
- M. MISSIE-TCHOUMOU Armand ;
- M. MOUHANI Ulrich Bienvenu ;
- M. MOUSSOKI Jean-Claude ;
- M. NGOULOU Aristide.

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

La mise en œuvre du treizième programme général de travail (treizième PGT) de l'OMS en République du Congo a été lancée en 2020, conformément à une stratégie opérationnelle qui consacre une réorientation de la vision de l'appui de l'OMS au Congo. Si par le passé l'appui technique de l'OMS au Congo s'est toujours fait essentiellement à travers les services des directions centrales du Ministère de la santé, y compris les directions des programmes spécifiques, la mutation opérée porte sur le repositionnement des soins de santé primaires avec une focalisation sur la revitalisation des districts de santé. À cet effet, la stratégie opérationnelle qui a été conjointement adoptée par le ministère en charge de la santé et l'OMS, pour la période 2020-2021 met l'accent sur la production des résultats au niveau périphérique. Sa conduite à terme devra permettre de mesurer réellement la contribution du Congo à l'atteinte des objectifs du « triple milliard » visés par le treizième programme général de travail de l'OMS et au-delà, des objectifs de développement durable.

C'est dans ce cadre qu'en 2020, le Bureau de l'OMS a renforcé l'accès aux soins et services de santé dans 12 districts sanitaires, sélectionnés dans les 12 départements que compte le pays. La population ainsi couverte compte plus de 700 000 personnes, ce qui représente environ 13 % de la population totale du pays. Pour ce faire, des programmes d'appui aux différents départements ont été conçus et des équipes d'appui spécifiques ont été mises en place. Tous les 12 districts sélectionnés ont été soutenus pour réaliser un ensemble de services essentiels de santé, avec un accent marqué sur la riposte à la pandémie de COVID-19 et sur l'amélioration des taux de couverture vaccinale.

Le domaine qui a mobilisé le plus d'efforts est celui de la préparation et de la riposte à la pandémie aux niveaux central et local. Le modèle opérationnel utilisé, qui était basé sur la décentralisation de l'appui technique et financier de l'OMS, s'est montré efficace. Non seulement la circulation du SARS-COV-2 a été relativement limitée dans le pays, mais on note aussi que moins de 8 % des cas ont été notifiés en dehors des grandes villes que sont Brazzaville et Pointe-Noire. Et, malgré le contexte difficile, le Bureau de l'OMS a mobilisé et alloué aux activités opérationnelles de mise en œuvre du treizième PGT un montant de 2 242 237 dollars É.-U., dont 51 % ont été dédiés à la riposte à la pandémie de COVID-19 ; 10 % aux autres urgences de santé publique ; et 39 % à l'accès aux soins et services de santé de qualité.

Grâce à ces ressources et aux efforts qui ont ainsi été consentis, de réels progrès ont été réalisés dans les districts qui ont bénéficié de l'appui de l'OMS. Les progrès les plus remarquables concernent principalement l'amélioration des taux de couverture vaccinale grâce au soutien apporté à la vaccination systématique et au rattrapage des abandons vaccinaux ; l'amélioration de l'offre et de la qualité des soins obstétricaux, marquée par des

taux d'utilisation du partogramme ainsi que l'amélioration des taux d'utilisation des services de prévention de la transmission du virus du VIH de la mère à l'enfant. Et de façon globale, l'appui de l'OMS a contribué à faire en sorte que la continuité des soins soit assurée dans les districts sanitaires en dépit du contexte de la pandémie.

Mais ces interventions n'auraient certainement pas vu le jour en l'absence d'un processus de planification opérationnelle conduit avec efficacité : la planification en santé a été effectivement renforcée. Pour la première fois, le pays s'est assuré, avec le soutien de l'OMS, que tous ses 52 districts sanitaires, ainsi que toutes ses 12 directions départementales de la santé disposent de plans de travail annuels validés. Sous le leadership de la Ministre en charge de la santé et avec un appui conséquent du Bureau de l'OMS et des autres partenaires tels que le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour (UNFPA), un atelier national de planification a été organisé pour l'adoption de ces plans. Ce premier atelier a été suivi par des ateliers locaux organisés dans les différents départements. Le bureau de pays a déployé ses experts pour participer à l'ensemble du processus afin d'apporter l'expertise nécessaire dans la facilitation des travaux desdits ateliers, l'élaboration des documents de planification et leur validation. Ces plans ont été ensuite utilisés au niveau national par les partenaires pour allouer les financements destinés à leur mise en œuvre. Ce processus a représenté une étape historique dans la gestion du plan national de développement sanitaire au Congo.

Des efforts conséquents ont été consentis pour élaborer et mettre à la disposition du pays des documents normatifs essentiels pour l'orientation des programmes et la mise en œuvre des interventions planifiées. C'est le cas des documents techniques essentiels tels que le guide de prise en charge de la tuberculose multirésistante ; le guide de la prise en charge de la co-infection tuberculose-VIH ; le guide de la prise en charge de la tuberculose pédiatrique ; les normes et procédures en santé reproductive conformes aux recommandations de l'OMS de 2016 ; le guide de prise en charge des cas de COVID-19 en République du Congo ; le guide du monitoring des soins obstétricaux et néonataux d'urgence et le manuel des prestataires pour le suivi prénatal.

En outre, les capacités nationales pour la mise en œuvre et le suivi du Plan national de développement sanitaire ont été renforcées. Une plateforme informatisée a été conçue, développée et utilisée pour le suivi mensuel de l'accès des populations aux soins et services de santé. Elle représente à ce jour un outil efficace pour la prise de décision au niveau des districts sanitaires.

Sur le plan des ressources humaines, plus de 30 femmes travaillant à des niveaux différents du système de santé ont eu leurs capacités renforcées dans le leadership, à travers une formation spécifiquement développée à leur endroit. Plus de cinquante jeunes diplômés en santé publique issus du programme de formation en santé publique de la Faculté des sciences de la santé (Université Marien Ngouabi) et du et du Centre Inter États d'Enseignement

supérieur en Santé publique d'Afrique centrale (CIESPAC) ont vu leurs compétences renforcées en santé publique. Ces jeunes cadres ont été recrutés par l'OMS comme consultants juniors et déployés dans les 12 départements et placés sous la supervision des coordonnateurs départementaux de l'OMS (CDO) dans le cadre du programme de renforcement des compétences du pays en santé

publique. Leur mission initiale était de renforcer les capacités opérationnelles de riposte à la pandémie de COVID-19 ; par la suite s'est ajouté le soutien au processus de revitalisation des districts sanitaires. La présence des coordonnateurs départementaux et des consultants de l'OMS a constitué un appui massif en ressources humaines, pour un accompagnement in situ des équipes des directions départementales de la santé et des districts sanitaires inédit dans le pays. Il a eu entre autres effets réels, un transfert de compétences traduit par la réalisation de diverses activités au niveau opérationnel. Les compétences acquises par ces jeunes dans la gestion des données de surveillance épidémiologique et de la production des rapports de situation est une belle illustration. Enfin, afin de permettre un fonctionnement continu et une meilleure coordination des activités des directions départementales des soins et services de santé, l'OMS a renforcé les capacités de télétravail de ces 12 directions départementales (déploiement de la plateforme zoom dans les 12 DDS avec acquisition des licences et formation des utilisateurs).

Grâce au leadership du gouvernement, au rôle joué par l'OMS à travers son soutien direct et son plaidoyer auprès des partenaires : la pandémie de la maladie à COVID-19 a été contenue. En amont et en aval de la déclaration par l'OMS de la pandémie de COVID-19 comme urgence de santé publique de portée internationale et du premier cas notifié par le pays, le Bureau de l'OMS au Congo a entrepris et mis en œuvre plusieurs initiatives. Il s'est agi de la mise en place des systèmes de gestion de l'incident en particulier au niveau décentralisé, des arrangements institutionnels, de la réorientation des ressources financières destinées à la stratégie opérationnelle 2020-2021, ainsi que les fonds de Gavi, l'Alliance du vaccin (GAVI). Celles-ci ont permis d'une part de renforcer la planification et d'autre part la mise en œuvre du plan national de préparation et de riposte contre la COVID-19.

En appui à la riposte, le bureau de pays a en effet contribué à l'opérationnalisation des centres des opérations d'urgence de santé publique (COUSP) tant au niveau central que décentralisé avec production et diffusion quotidienne et régulière des SITREP ; la mise en place des commissions départementales de la surveillance épidémiologique de la COVID-19 ; l'identification et l'opérationnalisation de 60 postes de contrôle sanitaires aux points d'entrée ; au renforcement de compétences des personnels de santé et à la mise en place de 15 équipes d'intervention rapide dans la prise en charge et le suivi des cas. L'expertise technique du Laboratoire national de santé publique (LNSP) a été renforcée à travers la formation sur les techniques de prélèvements des échantillons, les tests de diagnostics, la biosécurité et le contrôle qualité. Le bureau de l'OMS a efficacement contribué aux

évaluations des mesures de lutte anti-infectieuse dans les formations sanitaires. Il a facilité la mise en œuvre des interventions de communication et la mise à disposition du matériels et équipements de prise en charge et de protection du personnel de santé. Tous ces efforts ont permis au pays de contrôler l'ampleur de cette pandémie de COVID-19 et d'éviter la survenue de nouvelles vagues.

Au cours de l'année 2020, la coordination du partenariat en santé a été renforcée, ce qui a facilité une mobilisation coordonnée d'importantes ressources financières en réponse à la pandémie de COVID-19. En effet, sous la coordination de l'OMS, l'ensemble des partenaires techniques et financiers du secteur de la santé ont mis en place une plateforme de coordination, qui leur a permis d'échanger régulièrement des informations à travers des réunions hebdomadaires et des séances de concertations en groupes thématiques, en vue d'accompagner de manière concertée les initiatives nationales. Des outils de suivi et de consolidation des informations, y compris les montants des contributions financières, ont été élaborés, adoptés et efficacement utilisés. Ceci a permis au gouvernement d'être informé régulièrement et d'accommoder les actions des partenaires, en faveur non seulement de la riposte à la pandémie, mais aussi de la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire. En fin décembre 2020, le montant total des contributions financières des partenaires techniques et financiers était estimé à plus de 36 millions de dollars É.-U.

Dans la même période, la recherche en santé a été dynamisée, à travers la mise en place d'un Comité Consultatif pour les évaluations et la recherche ainsi que la conduite de plusieurs études en appui aux interventions réalisées sur le terrain. Le Comité consultatif pour les évaluations et la recherche a joué efficacement son rôle dans le cadre de la mise en œuvre du treizième PGT: i) d'identifier les domaines prioritaires pour les évaluations et la recherche, liées à la mise en œuvre de la politique nationale de santé au Congo ; ii) de conseiller le Représentant de l'OMS sur les voies et moyens qui doivent permettre au bureau de pays d'améliorer son soutien aux évaluations et à la recherche et de soutenir la recherche en santé au Congo ; iii) de faire les recommandations sur les projets soumis par les institutions de recherche et devant être financés par l'OMS ; iv) d'examiner les résultats des travaux des évaluations et de la recherche soutenues par l'OMS ; et v) de faire des recommandations pour l'utilisation de ces résultats afin de passer à l'action et d'accompagner le bureau de pays dans la dissémination des résultats.

Au niveau opérationnel, le bureau de pays a soutenu la réalisation des travaux de recherche sur les connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé sur la pandémie de COVID-19, les connaissances, attitudes et pratiques des adolescents sur le VIH/sida, la cartographie de l'onchocercose au Congo et sur les déterminants des décès extra hospitaliers, des enfants de 0 à 10 ans, enregistrés à Brazzaville et à Pointe-Noire. Les résultats de ces études sont d'une utilité incontestable pour les programmes mis en œuvre.

Toutes ces interventions ont été mises à contribution pour rendre la présence de l'OMS plus effective dans le pays et améliorer la visibilité de son action à tous les niveaux. Dans cette perspective, une stratégie de communication d'impact a été élaborée et mise en œuvre par le bureau de pays. Grâce à elle, l'OMS jouit d'une meilleure présence et d'une visibilité plus accrue de son action tant au niveau des autorités nationales, des partenaires que des communautés. La communication interne et externe a été renforcée et améliorée. Le bureau participe de façon plus active à la diffusion de l'information sanitaire et contribue efficacement au travail du Groupe de communication des Nations Unies et sur les plateformes de communication de l'OMS en général.

On note aussi qu'une communication interactive a été établie avec les différentes structures médiatiques, tant au niveau national que communautaire. Un appui non moins important a été apporté au ministère en charge de la santé et aux secteurs connexes en matière de communication. Dans cette optique, le bureau a substantiellement contribué à la mise en place et au fonctionnement d'une plateforme de communication digitale. Une consultante junior spécialisée dans ce domaine a été recrutée et mise à la disposition du ministère en charge de la santé. Le bureau de l'OMS a également contribué de façon efficace à l'élaboration, l'adoption, la validation et la mise en œuvre du plan national de communication sur les risques et l'engagement communautaire de riposte à la pandémie de COVID-19. Ici également, un consultant a été recruté pour apporter un appui direct à la commission communication sur les risques et mobilisation sociale. La mise en place d'un cadre dynamique de communication, incluant la création et la certification notamment des comptes réseaux sociaux (Tweeter & Facebook), de même que d'autres outils et approches de communication de proximité, a largement facilité la mise en œuvre de la vision d'une OMS plus connue, plus reconnue et mieux appréciée.

La gestion de l'information sanitaire a été renforcée pour être plus stratégique. Avant que la stratégie opérationnelle 2020-2021 ne soit mise en œuvre, le bureau de pays disposait d'un ensemble de données sanitaires de toutes natures, mais qui étaient difficilement traductibles en information sanitaire pour aider à la prise de décisions. En collaboration avec le bureau Régional, un pool d'experts nationaux a été formé sur les outils de référence de notification et de reportage des données sur les décès et les causes de décès (la certification médicale des causes de décès, la classification internationale des maladies et les autopsies verbales).

Dans le contexte de la pandémie à Covid-19 et pour pallier les lacunes dans la disponibilité des données à temps réel pour suivre l'évolution de la pandémie, le bureau régional de l'OMS apporte un appui technique et financier au Congo à la mise en place d'un système de surveillance de la continuité des services essentiels.

Un cadre de concertation régulière entre le ministère de la santé, le bureau pays et le bureau régional de l'OMS a été mis en place, pour accélérer le déploiement de l'appui technique au renforcement du SIS dans le pays. A partir de 2020, le bureau de pays a pris la décision de collecter les données primaires au niveau périphérique, à partir des registres de consultations dans les établissements de santé de ses douze districts sanitaires cibles. Ceci a permis après analyse de disposer de données standards présentées par aire de santé, district sanitaire et département. Les résultats issus du traitement de ces données ont été partagés avec les autorités du Ministère de la santé qui les ont utilisées pour les besoins de planification et de suivi des interventions. Ces données de base servent également aujourd'hui à la planification opérationnelle des interventions des Coordonnateurs départementaux de l'OMS.

L'appui de l'OMS à la riposte à la pandémie a été une formidable opportunité pour renforcer la collaboration entre le gouvernement et les prestataires de services non étatique (PSNE) dans le secteur de la santé. En effet, suite à la notification du premier cas de COVID-19, le pays s'est doté d'un plan national de riposte, qui malheureusement ne prenait pas en compte de manière effective le secteur privé de la santé, alors que d'une part, ce dernier représente environ 51 % de l'offre de soins de premier recours, et que les associations communautaires sont les mieux qualifiées dans les domaines de la mobilisation sociale et de la communication sur les risques à base communautaire, d'autre part. Or, la non-implication de ces acteurs majeurs risquait fatalement de limiter la portée et même l'efficacité de la riposte.

C'est donc pour atténuer ces risques et aussi rendre plus inclusive et holistique la riposte que le bureau de pays avait été amené à concevoir et mettre en œuvre le projet PEF/COVID-19, en partenariat avec le ministère en charge de la santé et la Banque mondiale. Grâce à l'identification, la cartographie puis le renforcement des capacités des PSNE, la mise en œuvre du projet PEF/COVID-19 a non seulement permis de renforcer la riposte à la pandémie, mais a aussi et surtout de contribuer significativement à la continuité des soins, dans ce contexte si particulier. Elle a également facilité la mise en place d'un cadre formel de collaboration entre les PSNE et le gouvernement, matérialisé par la signature d'un protocole d'accord entre le ministère en charge de la santé et l'alliance du secteur privé de la santé. Désormais, le pays dispose aussi grâce à ce projet, d'une base de données des PSNE susceptibles d'être mobilisés pour des actions de mobilisation sociale et de communication sur les risques à base communautaire.


Au titre de l'exécution budgétaire et financière de ces interventions, le bureau de pays avait réussi à mobiliser des financements de plusieurs sources pour soutenir la mise en œuvre du plan national de riposte et le renforcement de la continuité des services. C'est ainsi que les ressources financières destinées initialement à la mise en œuvre de la stratégie opérationnelle 2020-2021 ainsi que les fonds GAVI dédiés à la couverture sanitaire universelle ont été réorientées vers la riposte à la pandémie de COVID-19. D'autres financements ont été

mobilisés auprès des partenaires pour un montant global de dix milliards cent deux millions deux cent vingt-cinq mille cent soixante-trois (10 102 225 163) FCFA. Et en dépit de la difficulté du contexte, le Bureau a ainsi globalement mobilisé et alloué aux activités opérationnelles de mise en œuvre du treizième PGT, un montant de 2 242 237 dollars É.-U. répartis ainsi qu'il suit : 51 % ont été alloués à la riposte à la pandémie ; 10 % aux autres urgences de santé publique et 39 % à l'accès aux soins et services de santé de qualité. Ces allocations sont présentées en détails par département.

Au terme de cette année, le bureau de pays est appelé à faire face dans un avenir immédiat à divers défis qui relèvent essentiellement de la mise en œuvre efficace et performante de la stratégie opérationnelle du treizième PGT. En effet, garder le cap fixé par la vision de cette stratégie, poursuivre avec plus d'efficacité l'appui à la riposte à la pandémie et parallèlement accélérer la revitalisation des districts sanitaires dont le processus a été mis à mal par la survenue de la pandémie imposent divers défis, aussi multiples que variés. Les plus importants méritent d'être relevés. Il s'agit de maintenir et renforcer la coordination des partenaires techniques et financiers, de mobiliser davantage de ressources financières pour le soutien aux interventions et poursuivre et améliorer la qualité et l'efficacité de l'appui à la riposte à la pandémie. Il s'agit également de poursuivre et améliorer la qualité et l'efficacité de l'appui à la revitalisation des districts sanitaires et enfin de renforcer les capacités du bureau de pays et les mettre en adéquation avec les besoins du pays, les attentes des communautés et celles des partenaires techniques et financiers du secteur de la santé.

De même et fort logiquement les opportunités identifiées au terme de ce rapport, sont en lien étroit avec la mise en œuvre de la stratégie opérationnelle de mise en œuvre du treizième PGT, et ne sauraient en être détachées. Elles sont considérées aussi bien sur le plan interne qu'externe au bureau de pays et comprennent entre autres, la crédibilité dont jouit le bureau de pays, l'opportunité qu'offre la riposte à la pandémie pour renforcer le système de santé, l'adhésion progressive des autorités politico administratives et des acteurs locaux à l'appui décentralisé pour citer que celles-là.

En définitive, il ressort de ce rapport qu'au terme de la première année de mise en œuvre de la stratégie opérationnelle du treizième PGT, le pays est résolument engagé à la réalisation progressive du meilleur accès possible des populations à des soins et services de santé essentiels de qualité, à travers les soins de santé primaires dans les 12 districts cibles de l'appui de l'OMS. Et de réels progrès sont possibles y compris dans des contextes relativement difficiles. Les améliorations concernant la couverture vaccinale, la couverture en services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ou encore dans l'utilisation du partogramme le prouvent à suffisance. Et les expériences locales relatées dans ce rapport expriment à souhait cette dynamique. En outre, des leçons apprises émergent de cette expérience. C'est le cas notamment de l'accompagnement de proximité « in situ » des



directeurs départementaux des soins et services de santé et de leurs équipes qui s'est avéré être une approche efficace pour le transfert de compétences.

1 INTRODUCTION

En République du Congo, le gouvernement a toujours accordé un rang de priorité élevé à la santé, ainsi que le confirment la Politique nationale de santé et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2018-2022. Pour accompagner les efforts du pays dans ce domaine, l'appui technique de l'OMS au Congo s'est toujours fait essentiellement à travers les services des directions centrales du Ministère de la santé, y compris les directions des programmes spécifiques. Cette approche a montré ses limites parmi lesquelles figure l'incapacité de démontrer un impact visible des interventions réalisées, par le biais des indicateurs de suivi et


évaluation. Or, le treizième programme général de travail (PGT) adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé, met un accent sur la production des résultats au niveau périphérique. Ce dernier vise fondamentalement l'objectif du triple milliard à savoir : un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de services de santé essentiels ; un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire et un milliard de personnes bénéficiant d'un meilleur état de santé et de plus du bien-être. Et pour ce faire, les bureaux de pays de l'OMS sont incités à étendre leur action au niveau infranational.

Fort de l'alignement du treizième programme général de travail aux dispositions du PNDS 2018-2022 et en vue de sa mise en œuvre, une stratégie opérationnelle a été élaborée et adoptée conjointement par les autorités sanitaires nationales et le Bureau de la Représentation de l'OMS au Congo. Ceci a été fait au terme d'une série de missions de terrain effectuées dans les différents départements et de divers travaux d'analyse de la situation sanitaire du pays.

Sa mise en œuvre est envisagée à partir de plans opérationnels dont les premiers couvrent la période 2020-2021.

La stratégie opérationnelle du treizième PGT préconise des interventions décentralisées au plus près des bénéficiaires et met un accent particulier sur la revitalisation des districts sanitaires, afin d'en améliorer l'impact. Ces interventions visent principalement l'amélioration de la couverture sanitaire

universelle et la protection contre les risques d'épidémie et de catastrophe. Objectifs qui sont en concordance avec les priorités du Plan national de développement sanitaire 2018-2022. Mais la première année de mise en œuvre de cette stratégie a été confrontée à la survenue de la pandémie de COVID-19 qui a occupé de manière permanente l'ensemble des acteurs engagés dans l'amélioration des performances du système de santé.



Ce rapport annuel est le produit de la revue des rapports d'analyses situationnelles découlant des différentes revues des projets et programmes organisées au cours de l'année, des visites de terrain ainsi que de l'exploitation des rapports d'activités annuels soumis par les Coordonnateurs départementaux de l'OMS (CDO). De ces travaux, les principales réalisations ont été identifiées à l'effet de rendre compte de l'exécution des activités retenues dans le plan opérationnel 2020, y compris celles relatives à la riposte à la pandémie de COVID-19 et à la continuité des soins et services de santé dans les districts sanitaires.

Présenté au terme de l'année 2020, ce rapport annuel dresse le bilan à mi-parcours de la mise en œuvre au Congo de la stratégie opérationnelle du treizième programme général de travail de l'OMS. Il rappelle le contexte général des interventions de l'OMS et présente les principales réalisations ainsi que les résultats obtenus, dont certains ont permis de mettre en exergue des leçons apprises. Des perspectives d'action possibles sont préconisées pour améliorer les processus de planification et de mise en œuvre du plan opérationnel de l'année 2021.

2 CONTEXTE

Pays d'Afrique centrale, la République du Congo s'étend sur 342 000 km² avec une population estimée à 5 336 074 habitants en 2019, dont 50,9 % de femmes. La population est jeune : 41,7 % des habitants ont moins de 14 ans. En outre, près de 67 % de la population vivent en milieu urbain.¹

Classé parmi les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, avec un Produit intérieur brut (PIB) par habitant de 2843,6 dollars É.-U. en 2019,² le Congo subit depuis 2015 les revers de la crise économique mondiale. C'est un pays à revenu pétrolier : environ 60 % du PIB proviennent de l'extraction du pétrole ; le taux de pauvreté multidimensionnelle atteint 43 % avec un degré de privation estimé de 44,7 % en 2011-2012³. La part du budget de l'État consacré à la santé est de 12 %. Lorsque la pandémie fait son apparition en République du Congo en mars 2020, le contexte socioéconomique du pays est encore marqué par les effets pervers de la récession de 2015.

L'état de santé de la population congolaise est caractérisé par un important fardeau de morbidité attribué aux maladies transmissibles, infectieuses et parasitaires auxquelles s'ajoutent les maladies non transmissibles dont le poids ne cesse d'accroître, ainsi que divers problèmes de santé reproductive. S'agissant des maladies transmissibles, le paludisme demeure le

premier motif des consultations (54 %) et des hospitalisations (40 %). Il en découle une forte

mortalité générale estimée à 9,2 décès pour mille en 2018; une mortalité maternelle de 442 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015 et une mortalité infantile égale à 53,5 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2018 dont environ 42 % étaient dus au paludisme.

Les causes immédiates et profondes de la précarité de la situation sanitaire du pays sont mises en lumière par l'analyse situationnelle faite à la faveur de l'élaboration du Plan national de développement sanitaire 2018-2022. En effet, il en ressort : i) une insuffisance qualitative et quantitative de l'offre de soins et services de santé à travers le pays, ii) une sous-utilisation des soins et services de santé dans le secteur public, estimée à 0,24 consultations par habitant et par an ; iii) de faibles taux de couverture par des services aussi essentiels que la vaccination, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) et les soins prénatals ; iv) une accessibilité financière appauvrissante avec une part contributive directe des ménages aux dépenses de santé qui reste élevée, évaluée à 31,2 % des dépenses totales de santé, v) un environnement peu favorable à l'amélioration de la santé de la population; vi) une préparation et une gestion inadéquates

¹ Source : Institut national de la statistique (INS).

² Source : BEAC, Administrations nationales.

³ Analyse de la pauvreté multidimensionnelle des enfants au Congo, en 2017. INS & UNICEF.

des épidémies et des catastrophes : les insuffisances observées dans la préparation et la riposte à la pandémie de COVID-19 en sont une illustration parfaite.

La faible mobilisation du partenariat au développement sanitaire est également un trait caractéristique du contexte du Congo. En dépit des initiatives de plaidoyer prises en faveur de la mobilisation des partenaires, le nombre d'intervenants dans le secteur de la santé au Congo est peu important, comparativement aux autres pays de la sous-région. Les institutions du système des Nations Unies, l'Union européenne et la Banque mondiale sont les principaux partenaires multilatéraux. La France, la Chine, l'Italie, le Japon et les États-Unis représentent les principales coopérations bilatérales. Quelques organisations non gouvernementales (ONG) internationales et locales interviennent également dans le secteur de la santé, notamment en qualité d'agences d'exécution au niveau opérationnel.

C'est dans ce contexte que le PNDS 2018-2022 a inscrit dans ses priorités la couverture sanitaire universelle. Défi à relever à travers quatre programmes : i) renforcement de la gouvernance et du pilotage du secteur de la santé ; ii) amélioration de l'accès équitable des populations à des paquets de services essentiels et de qualité en vue d'atteindre la couverture sanitaire universelle ; iii) sécurité sanitaire et gestion des situations d'urgence selon l'approche englobant l'ensemble des menaces ; et iv) promotion d'un meilleur état de santé et de bien-être de la population.

Face à ces défis et en tirant les leçons des expériences antérieures, une réorientation

stratégique a été opérée sur la vision de l'appui de l'OMS au Congo, à compter de l'année 2020. Il s'agit d'une mutation forte qui porte sur le repositionnement des soins de santé primaires avec une focalisation sur la revitalisation des districts sanitaires. À cet effet, une stratégie opérationnelle a été conjointement adoptée par le ministère en charge de la santé et l'OMS, pour la période 2020-2021. En intégrant le cadre global du PNDS 2018-2022, cette stratégie de mise en œuvre du treizième Programme général de travail de l'OMS met l'accent sur la production des résultats au niveau périphérique. Sa mise en œuvre devra permettre de mesurer réellement la contribution du Congo à l'atteinte des objectifs du « triple milliard » du treizième Programme général de travail de l'OMS et au-delà, des objectifs de développement durable (ODD).

3 PROGRÈS RÉALISÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE DU TREIZIÈME PROGRAMME GÉNÉRAL DE TRAVAIL

Les progrès réalisés au cours de cette première année de mise en œuvre de la stratégie opérationnelle du treizième PGT sont présentés ici en fonction des quatre piliers à savoir l'instauration de la couverture sanitaire universelle, l'intervention dans les situations d'urgence, la promotion de la santé des populations, le leadership et la gouvernance.

3.1 Couverture sanitaire universelle

3.1.1 Progrès en matière de planification en santé.

L'analyse situationnelle issue de la revue des plans de travail budgétisés (PTAB) de l'année 2019 a souligné le réel défaut d'alignement des plans stratégiques des programmes et structures de santé sur le cadre de référence national qui est le PNDS 2018-2022. En outre la plupart de ces plans spécifiques, ont eu des cycles de planification différents de celui du PNDS. La planification opérationnelle au niveau des départements, des districts sanitaires et des formations sanitaires n'étant pas institutionnalisée, elle n'a toujours pas été intériorisée comme élément du cycle de management.

C'est dans ce contexte que pour la première fois, le pays s'est assuré avec le soutien de l'OMS que tous les 52 districts sanitaires ainsi

que toutes les 12 directions départementales de la santé disposent de plans de travail annuels validés. Sous le leadership de Mme la Ministre en charge de la santé et avec un appui conséquent de l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA, un atelier national de planification a été organisé pour valider la Stratégie opérationnelle 2020-2021. Celui-ci a été suivi d'ateliers locaux de planification opérationnelle organisés dans les 12 départements. En 2020, le bureau de pays a déployé les Coordonnateurs départementaux de l'OMS (CDO) dans les 12 départements pour participer à l'ensemble du processus de planification opérationnelle, afin d'apporter l'expertise technique nécessaire à la facilitation desdits ateliers, l'élaboration des documents et à leur validation.

Toutes les directions départementales ainsi que les 12 districts sanitaires soutenus par l'OMS sont parvenues à élaborer et faire adopter leurs plans de travail budgétisés de l'année 2020, alignés sur le PNDS 2018-2022. Ces plans ont été ensuite utilisés au niveau national par les partenaires afin d'y allouer les financements destinés à leur mise en œuvre. Ce processus a représenté une étape historique dans la gestion du plan national de développement sanitaire au Congo et a

contribué de fait, à renforcer la gouvernance et le pilotage du secteur de la santé.

La mise en place du plan stratégique multisectoriel de lutte antitabac s'inscrit dans la même logique. En effet, face aux défis posés par la lutte antitabac et en conformité avec les objectifs du PNDS 2018-2022, le bureau de pays a soutenu le Ministère de la santé dans l'élaboration d'un plan stratégique multisectoriel de lutte antitabac. Les priorités de ce plan stratégique sont déclinées en cinq axes stratégiques : i) renforcement de la gouvernance, du leadership et du partenariat ; ii) renforcement des ressources humaines ; iii) mobilisation des financements ; iv) renforcement de la prévention, la promotion de la santé et la prise en charge des personnes affectées par le tabagisme ; et v) renforcement du système de suivi-évaluation, de surveillance épidémiologique et de recherche opérationnelle.

En matière de lutte contre le paludisme, l'OMS et ses partenaires ont soutenu le Programme national de lutte contre le paludisme dans la réalisation de la revue à mi-parcours du plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2018-2022. L'objectif visé était de donner la mesure des performances du programme et d'identifier les priorités d'action pour la suite de la mise en œuvre de ce plan stratégique. Les résultats de cette revue ont guidé la rédaction de la demande de financement soumise au Fonds mondial par le Congo.

3.1.2 Mise en place des documents normatifs des programmes

L'adaptation et la diffusion des documents normatifs, guides et directives sont essentiels pour renforcer les capacités des pays en matière d'offre des soins et des services de santé de qualité et sécurisés. L'OMS a fourni un appui technique pour renforcer les capacités du pays dans la production des normes et directives techniques nationales pour guider les personnels de santé dans leurs prises de décisions de diagnostic et traitement des malades. La disponibilité des directives et des normes des soins est essentielle pour améliorer la qualité des soins de santé et contribuer à la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU).

A titre d'exemple, avant 2020, la prise en charge des cas de la tuberculose dans les formations sanitaires se faisait avec des anciennes directives non mises à jour aux normes de l'OMS. Les services offerts par les formations sanitaires pour traiter la tuberculose n'étaient sûrs et efficaces. Cette situation est susceptible de créer de la résistance aux antituberculeux. C'est pourquoi en 2020, en collaboration avec les autres partenaires du secteur et sur demande du pays, l'OMS a mobilisé des experts internationaux et nationaux, et à assurer un appui logistique pour aider le pays à mettre à jour les normes utilisées dans les formations sanitaires publiques et privées.

Normes et procédures en santé reproductive

Les objectifs de développement durable recommandent à tous les pays d'assurer, d'ici à 2030, l'accès pour tous à des services de

soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux. Face aux défis posés par l'ampleur de la mortalité maternelle observée au Congo et en réponse aux recommandations des ODD, le ministère en charge de la santé a pris une série d'initiatives qui visent l'amélioration de la qualité et la disponibilité des services de la santé reproductive. Leur mise en œuvre doit être opérée dans le cadre global de la revitalisation des districts sanitaires. Afin de renforcer ces directives techniques et protocoles d'une part et de standardiser la prise en charge des bénéficiaires des soins et services de santé d'autre part, le bureau de pays a accompagné les services techniques du ministère dans l'élaboration et la validation des normes et procédures en santé reproductive. Ce document constitue également un cadre de référence pour la réalisation des audits des décès maternels, néonataux et périnataux en vue d'une meilleure qualité des soins et services offerts et de meilleures performances. Dans la même optique, le manuel de monitoring des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet dans les formations sanitaires a été élaboré et mis à jour selon les recommandations de l'OMS.

Orientations et directives techniques relatives aux maladies transmissibles et non transmissibles

Au cours de cette année 2020, le Bureau de l'OMS a permis au pays de disposer de documents techniques essentiels pour la lutte contre le paludisme, le VIH/sida et la

tuberculose. Il s'agit notamment des guides de prise en charge de la tuberculose multirésistante, de la co-infection tuberculose-VIH et du guide de prise en charge de la tuberculose chez l'enfant et l'adolescent. Il s'agit également du guide de contrôle de l'infection tuberculeuse et des directives relatives à la pharmacovigilance et la gestion des effets secondaires liés aux médicaments de seconde ligne pour le traitement de la tuberculose ainsi que des directives sur la recherche active des cas contacts de tuberculose.

Dans la même logique, en matière de lutte contre la drépanocytose et grâce à l'appui technique de l'OMS le pays s'est doté d'un guide national qui permet aux personnels de santé d'assurer le dépistage et diagnostic, la prise en charge médicale et le soutien psychologique des patients drépanocytaires et de leurs familles dans les districts sanitaires.

Toujours au niveau central, un appui technique et logistique a été fourni au pays pour lutter efficacement contre les maladies tropicales négligées (MTN). Cet appui a contribué à renforcer les capacités du pays à assurer un suivi efficace de la mise en œuvre la feuille de route sur les MTN. Un plan quinquennal de lutte contre les MTN a été adopté et permet au pays de mobiliser les ressources requises pour mettre en œuvre des activités en faveur des populations vulnérables victimes de ces maladies dites « orphelines ».

Dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite, un appui important a été apporté au renforcement de la surveillance particulièrement, à l'organisation de la revue

externe de la surveillance des PFA. Un rapport a été produit et transmis au comité régional de certification de la poliomyélite.

L'OMS a soutenu la production des rapports conjoints de suivi (rapport conjoint GVT-OMS-UNICEF, rapport annuel de mise à jour des activités de la poliomyélite, rapport annuel du Programme élargi de vaccination (PEV) et du POA 2021). Ces rapports ont produit des informations qui ont servi à la prise des décisions : i) taux de PFANP : 3,33 (cible=3) ; ii) proportion des échantillons des selles prélevés dans les 14 jours : 86, 81 % ; iii) taux d'adéquation des selles : 89 % ; iv) six sites de surveillance environnementale sont fonctionnels. Ces éléments ont permis au Congo d'être parmi les pays qui vont expérimenter le vaccin VPOn2 pour consolider l'éradication de la poliomyélite.

Enfin, les capacités de diagnostic du pays ont été renforcées. L'opérationnalisation du laboratoire P3 de culture des mycobactéries en République du Congo a été amorcée. L'OMS a mobilisé un consultant international qui a facilité l'élaboration le plan du bâtiment annexe pouvant contenir des locaux et des activités connexes de ce laboratoire afin d'assurer une sécurité de l'environnement. Toutes ces actions sont essentielles pour amener le pays à acquérir des normes requises en matière de diagnostic biologique et de contrôle dans ce contexte de menace des épidémies de COVID-19 ou de maladie à virus Ebola.

3.1.3 Progrès dans l'accès aux soins et services de santé en dépit de la pandémie.

La stratégie opérationnelle de mise en œuvre du treizième PGT consacre une importance majeure à la revitalisation des districts sanitaires. En pratique, le soutien de l'OMS a été adressé à 12 districts sanitaires, sélectionnés à raison d'un district par département. Ces districts sanitaires cibles de l'OMS ont bénéficié d'appuis substantiels, déterminés localement en fonction de leurs spécificités. Les progrès réalisés sont présentés ici par département selon l'ordre alphabétique de leurs dénominations.

Département de la Bouenza

Dans le département de la Bouenza, le district sanitaire de Mouyondzi a bénéficié du soutien technique et financier de l'OMS en vue de renforcer l'offre et augmenter l'utilisation des services de vaccination. À cet effet, un atelier de formation des agents de santé sur la continuité des soins et services de santé dans le contexte de la pandémie de COVID-19 a été tenu. L'accent a été mis sur le renforcement de la surveillance des autres maladies sous surveillance épidémiologique, l'organisation de la vaccination systématique, l'organisation des soins prénatals ainsi que la prise en charge des malades dans les formations sanitaires. Au total 35 personnels de santé ont pris part à cet atelier de formation sur la continuité des soins et services de santé.

Pour améliorer la couverture vaccinale des activités de vaccination en rapport avec la recherche des abandons et les stratégies avancées ont été réalisées dans les toutes les aires du district sanitaire de Mouyondzi. Ces activités ont été précédées par un atelier regroupant les responsables de la vaccination dans le district sanitaire avec les membres de la communauté. Il a été organisé en vue d'identifier et localiser les enfants insuffisamment ou non vaccinés. Les participants à cet atelier se sont attelés à des travaux d'analyse des données de la vaccination et

à cette situation, l'état des lieux du district sanitaire de l'île Mbamou a été réalisé. Cet exercice a permis d'identifier les atouts, les insuffisances, les dysfonctionnements et

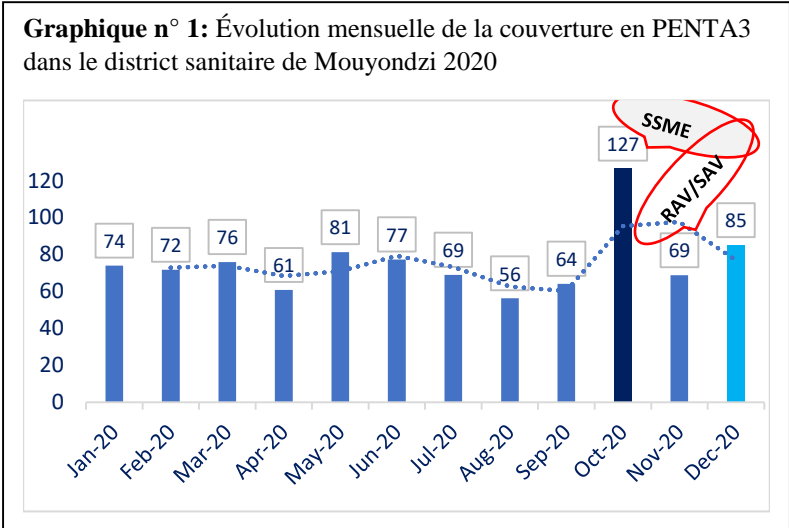
d'élaboration d'un microplan dédié à la recherche des abandons vaccinaux. Ce qui a considérablement facilité l'organisation des activités de vaccination de rattrapage des abandons vaccinaux et amélioré remarquablement les couvertures vaccinales dans le district sanitaire. En effet, le taux de couverture vaccinale en Penta 3 est passée de 74 % en janvier à 85 % en décembre 2020.

Département de Brazzaville, district sanitaire de l'île Mbamou.

Encadré n° 1. Revitalisation du district sanitaire de l'île Mbamou

En 2019, aucun centre de santé du district sanitaire de l'île Mbamou n'offrait le paquet minimum d'activité (PMA) requis d'un centre de santé intégré (CSI). Pour remédier

opportunités présents dans le district afin d'affiner les interventions majeures à mettre en œuvre. Un plan opérationnel du district sanitaire a été élaboré. L'appui technique et financier de l'OMS a facilité la mise en œuvre de diverses activités prévues dans ce plan opérationnel. C'est ainsi que trois (3) comités de santé ont été mis en place respectivement dans les aires de santé de Lissanga, Loubassa et Kitengué. Ces comités ont facilité l'organisation de la vaccination des enfants et des femmes à travers l'ouverture de trois (3) centres fixes de vaccination et l'organisation séances de vaccination en stratégies fixes et mobiles. Il en a résulté une augmentation des taux de couvertures vaccinales en antigènes cibles, ainsi que l'illustre le graphique n° 2.



En définitive, au cours de l'année 2020, trois aires de santé ont été rendues fonctionnelles avec chacune un CSI qui offre des soins et services de santé essentiels à la population. L'OMS a facilité l'engagement des autorités politiques et administratives locales et de la communauté sous le leadership du directeur départemental de la santé de Brazzaville.

Département de la Cuvette, district sanitaire de Mossaka – Loukolela

Renforcer l'offre des soins et améliorer la couverture vaccinale dans les aires de santé de Mossaka 2 et de Boleko sont les objectifs visés par l'appui de l'OMS au district sanitaire de Mossaka – Loukolela, en s'appuyant sur les stratégies mobiles dans les zones accessibles essentiellement par voie fluviale. Les activités menées dans cette double perspective ont renforcé la supervision formative des agents en poste dans les aires de santé. Ce qui s'est traduit par une amélioration de certains indicateurs de couverture vaccinale et d'accès aux soins de santé maternelle et infantile dans les aires de santé. En effet, une légère augmentation de la couverture vaccinale en Penta 3 dans l'aire de santé de Mossaka 1 a été constatée, passant de 67 à 74 % entre 2019 et 2020. Dans l'aire de santé de Loukolela, une hausse du nombre de consultations prénatales est observée entre 2019 et 2020 passant de 239 et 316. Quant aux consultations des enfants d'âge préscolaire, leur fréquence a connu une

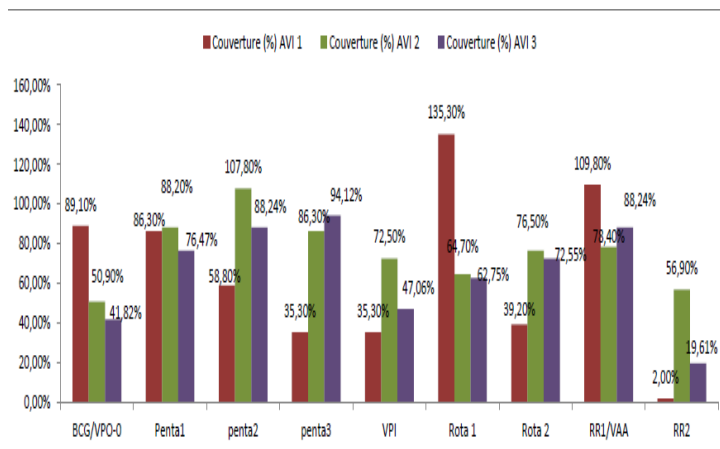


Figure 1 : Comparaison des couvertures vaccinales des AVI à Ile Mbomou par antigène

forte augmentation pendant le même période, passant de 646 à 1150 soit une croissance de 178 % en une année.

A l'hôpital de base de Mossaka, la proportion des accouchements assistés avec le partogramme entre 2019 et 2020 est passée de 79,1 à 81,9 % alors qu'un léger recul a été observé à Loukolela avec 98,1 % en 2019 et 95,7 % en 2020. Toutefois, ces niveaux d'utilisation du partogramme restent appréciables.

Département de la Cuvette ouest, au district sanitaire d'Ewo

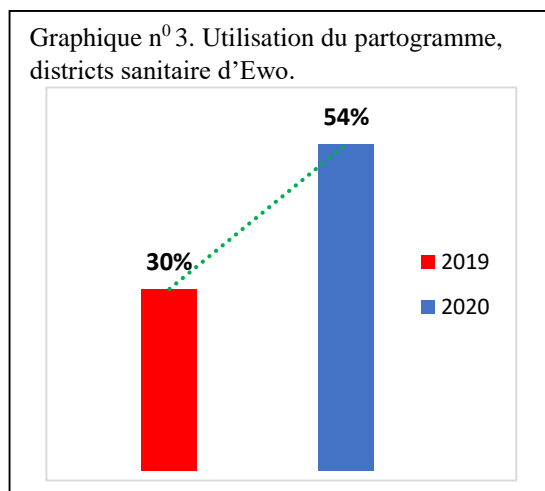
Le soutien apporté au district sanitaire d'Ewo a contribué à une amélioration de la disponibilité des médicaments dans les centres de santé et à l'hôpital de référence du district sanitaire. En effet sur un total 50 médicaments de la liste, 22 médicaments ont été rendus disponibles en fin 2020, soit 72 % au CSI et à l'hôpital de base d'Ewo. Par ailleurs la proportion des centres de santé intégrés utilisant correctement leurs registres de consultations s'est améliorée. L'utilisation des registres de consultations

était effective dans tous les centres de santé ; cet indicateur était de 60 % en 2019. De même, contrairement à la situation observée l'année précédente, des efforts ont été faits dans la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles. La moitié des centres de santé intégrés dont les données ont été collectées assuraient le diagnostic et la référence de l'hypertension artérielle (HTA) pour un traitement approprié à l'hôpital de référence du district sanitaire.

En outre, l'OMS a soutenu la mise en place et la formation des membres des comités de santé (COSA) des aires de santé d'Ewo et de d'Okoyo. À l'issue de la restauration de ces deux COSA, leurs membres ont été formés sur la participation communautaire. Après cela, ils se sont attelés à identifier les relais communautaires, et à élaborer leurs micros plans de relance des activités de vaccination dans leurs aires de santé. Les relais communautaires et les membres des comités de santé ont soutenu l'organisation des stratégies mobiles en sensibilisant et en mobilisant la population sur la vaccination. Il en a résulté une nette augmentation du taux de couverture vaccinale en Penta 3 qui est passé de 83,1 % en octobre à 97,4 % en novembre 2020, dans les aires de santé d'Okoyo et Ewo.

En matière de santé reproductive, le partogramme est outil essentiel qui permet la réalisation d'un accouchement de qualité. Il guide l'accouchement et sécurise les femmes qui accouchent. L'OMS a facilité l'utilisation du partogramme dans le District d'Ewo par la mise à disposition des registres et la formation des sages-femmes afin d'améliorer la qualité des accouchements dans les

centres de santé intégrés. Sur un total de 588 accouchements réalisés dans le district sanitaire d'Ewo, 316 ont été réalisés avec



partogramme soit un taux d'utilisation du partogramme égal à 54 % en 2020 contre 30 % en 2019.

Département du Kouilou, district sanitaire de Madingo - Kayes

Le département du Kouilou, a bénéficié du soutien de l'OMS à travers les aires de santé de Madingo-Kayes et Nzambi, en vue de renforcer l'offre de soins et augmenter l'utilisation de services de vaccination. C'est ainsi que 30 agents de santé ont été formés sur la continuité des soins et services de santé dans le contexte de la COVID-19. Les contenus de cette formation ont porté sur les lignes directrices de l'OMS concernant la continuité des soins et des services de santé et de nutrition essentiels pendant la pandémie, le renforcement de la surveillance des autres maladies sous surveillance épidémiologique, l'organisation de la vaccination systématique et des soins prénatals dans les centres de santé intégrés

et la prise en charge des malades dans les centres de santé intégrés et à l'hôpital de référence du district sanitaire, dans le contexte de la COVID-19.

Cette formation a été suivie de travaux d'élaboration d'un microplan dédié à la recherche des abandons vaccinaux dans les aires de santé par les responsables de la vaccination et à diverses activités qui visent le renforcement de la vaccination systématique dans ces aires de santé. Au terme de ces interventions, les couvertures vaccinales ont été améliorées dans toutes les aires du district sanitaire de Madingo-Kayes. En effet, les couvertures vaccinales de tous les antigènes présentés ont sensiblement augmenté en novembre 2020, grâce au soutien apporté à l'organisation des activités de rattrapage des abandons vaccinaux et des stratégies avancées. La couverture en vaccin anti rougeoleux et rubéole, première dose (RR1) est passée de 50,6 % en octobre à 90,4 % en novembre 2020.

Au cours de la même période, l'hôpital de référence du district sanitaire de Madingo-Kayes a bénéficié du soutien de l'OMS pour des interventions visant à améliorer son utilisation. Il s'est agi en premier lieu d'identifier les mesures de renforcement des capacités opérationnelles de cet hôpital de base, puis de définir les responsabilités des différentes parties prenantes dans la mise en œuvre desdites mesures. Pour ce faire, le processus suivi a consisté à tenir des assises consacrées au développement de cet hôpital de district. Organisées le 19 novembre 2019 dans la salle de conférence de la sous-préfecture de Madingo-Kayes sous la présidence de Monsieur le Préfet du Kouilou,

ces assises ont connu la participation des autorités politico-admiratives locales, de plus d'une centaine de cadres du département, du personnel de santé du département, des représentants des organisations de la société civile et des cadres du bureau de pays.

Au terme de ces assises une feuille de route a été adoptée par l'ensemble des parties prenantes, pour le renforcement de l'hôpital de Madingo-Kayes. Elle met l'accent sur les problèmes prioritaires de l'hôpital, notamment : l'insuffisance des ressources humaines, la sous fréquentation de l'établissement et la faible participation communautaire aux activités de santé.

Pour assurer le suivi de la mise en œuvre des recommandations de cette feuille de route, un comité de suivi a été mis en place. Il est placé sous l'autorité du préfet du département et compte parmi ses membres, le représentant de l'OMS, des autorités politico-administratives locales, des représentants du Conseil départemental du Kouilou, de la direction départementale de la santé et des délégués des autorités religieuses.

Département de la Lékoumou, district sanitaire de Sibiti

Le district

Encadré n°2. Amélioration de la gestion financière des CSI de Komono et de Mayéyé

sanitaire de Sibiti compte 16 aires de santé dont deux ont été retenues comme prioritaires pour l'appui de l'OMS. Il s'agit des aires de santé de Komono et Mayéyé. Animés chacun par 5 agents de santé, leurs centres

de santé intégrés sont en cours de rationalisation.

En vue de contribuer à la revitalisation de ce district sanitaire, son équipe cadre a été redynamisée en y intégrant des médecins de l'hôpital de référence en qualité de superviseurs des agents de santé des centres de santé intégrés. Et les compétences des agents en poste de ces deux CSI ont été renforcées. Conformément aux paquets d'activités attendus de ces centres de santé intégrés, les contenus des sessions de formation adressées à leurs agents ont été focalisés sur l'offre de soins curatifs, préventifs et promotionnels. La gestion des médicaments essentiels et autres produits de santé a également pris une part importante dans ces sessions de remise à niveau. Par ailleurs, les deux centres de santé ont été dotés chacun d'un stock initial de médicaments essentiels génériques et de divers équipements et fournitures techniques. De même, les compétences du personnel en charge des opérations de caisse ont été renforcées grâce à leur formation sur la tenue des registres financiers et autres supports de gestion financière du CSI.

Parallèlement, le processus de développement de ces aires de santé a été poursuivi par l'organisation des assemblées générales pour des élections transparentes des membres de leurs comités de santé en présence des autorités locales. L'implication effective des sous-préfets, chefs de quartiers, de zones et chefs de blocs aux côtés des communautés dans ces processus a été la traduction pratique de l'expression de la volonté populaire. Les centres de santé de Komono et Mayéyé disposent désormais des

comités de santé représentatifs et intégrant chacun en son sein un chargé des relations avec les peuples autochtones. Pour qu'ils aient une bonne compréhension de leurs rôles à la cogestion et qu'ils assurent efficacement leurs mandats, les capacités des membres des comités de santé ont été également renforcées. Depuis lors, les réunions des comités de santé des centres de santé intégrés de Komono et Mayéyé sont régulièrement tenues, sanctionnées par des comptes rendus.

Par ailleurs, le Bureau de l'OMS a soutenu les interventions qui visent l'amélioration de la qualité de l'offre et de la demande des services par les populations : i) par le recrutement et l'affectation d'un consultant national responsable de l'appui au département ; et ii) par le soutien à l'organisation des stratégies fixes, avancées et mobiles.

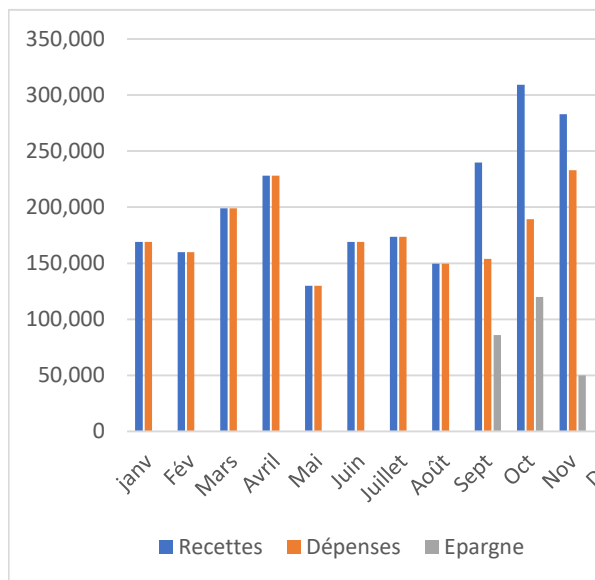
La conjonction de toutes ces interventions a abouti à une réelle amélioration de l'offre des paquets d'activités de ces deux CSI et à de meilleures performances techniques et financières. C'est ainsi que le taux couverture vaccinale en Penta 3 est passé de 73,8 % en 2019 à 78,8 % en 2020. Au total, 6321 enfants de moins de cinq ans ont été déparasités, dont 1179 enfants autochtones soit 23 % et 2829 femmes enceintes ont bénéficié de la première consultation prénatale (CPN1) parmi lesquelles 966 femmes autochtones soit 34,1 %. De même, la proportion des accouchements réalisés avec le partogramme est passée de 5,5 % en 2019 à 52,2 % en 2020.

En 2019, la situation financière des aires de santé de Komono et de Mayéyé était déficitaire et ne permettait pas à leurs CSI de

fonctionner correctement. En 2020, la mise en place des organes de participation communautaire dans ces deux aires de santé a amélioré l'équilibre de leurs comptes ainsi que l'offre des soins à la population.

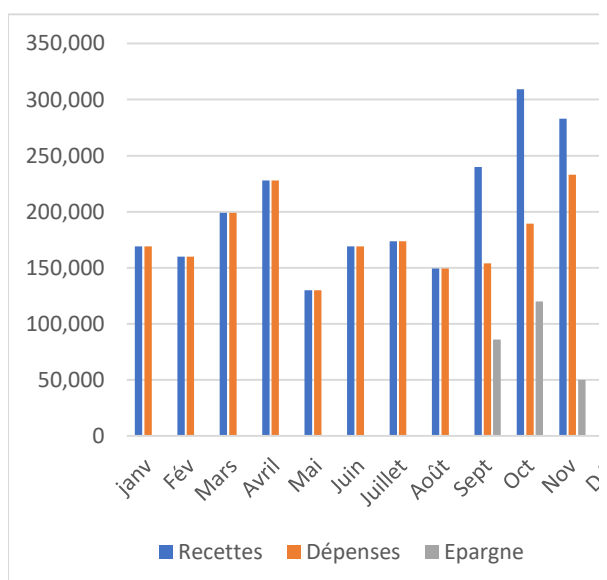
Ainsi donc, les centres de santé intégrés de Mayéyé et Komono ont présenté à la fin de l'année 2020 un niveau appréciable de développement de leurs capacités. En effet, l'épargne financière générée par le recouvrement des coûts est passée de 0 FCFA de janvier à août 2020 à 440 000 FCFA de

Graphique n° 4. Gestion financière au CSI de Mayéyé, Janvier- Décembre 2020



septembre à décembre 2020, pour le centre de santé intégré de Mayéyé soit 13,5 % des recettes annuelles et de 0 FCFA à 305 950 FCFA soit 13 % des recettes annuelles pour le centre de santé intégré de Komono comme le montrent les graphiques n° 4 et 5 ci-dessous. Les progrès ainsi réalisés devront permettre d'améliorer l'offre des services notamment le renouvellement des stocks de médicaments essentiels, la réalisation des stratégies avancées et mobiles de vaccination ainsi que l'entretien desdits CSI.

Graphique n° 5. Gestion financière au CSI de Komono, Janvier-Décembre 2020



Département de la Likouala, district sanitaire d'Enyéllé-Bétou

Dans ce département, le district sanitaire d'Enyéllé-Bétou a bénéficié du soutien de

l'OMS pour i) la mise en place du comité de santé au CSI de Bétou avec une implication des autorités politiques, administratives et des populations ; ii) la formation des membres dudit COSA à la cogestion de l'aire

de santé, un accent particulier étant mis sur leurs rôles et responsabilités ; et iii) l'amélioration de l'accès aux services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant au CSI de Bétou. L'encadré ci-dessous décrit le processus suivi ainsi que les résultats obtenus de cet appui de l'OMS au district sanitaire d'Enyellé-Bétou.

Département du Niari : districts sanitaires de Dolisie, Mossendjo, Kibangou, Mayoko et Kimongo

Encadré n°3 : Renforcement de la Prévention de la transmission mère-enfant du VIH au CSI de Bétou. Insérer l'encadré

Dans les districts sanitaires de Dolisie et Mossendjo l'OMS a soutenu le renforcement des capacités d'offre des soins et services de santé dans les centres de santé intégrés, les hôpitaux de base et à l'Hôpital Général de Dolisie. Il s'agit de la formation de 31 agents de santé dont les compétences ont été renforcées dans les domaines des soins obstétricaux et néonataux d'urgence et de la pratique des audits des décès maternels et infantiles. Cette formation a mis à jour les connaissances des participants sur les nouvelles recommandations de l'OMS relatives à la prise en charge des complications obstétricales dans les maternités des districts sanitaires de Dolisie, Mossendjo, Kibangou, Mayoko et Kimongo. À cette occasion, tous les décès maternels et infantile juvéniles survenus dans le département en 2020 ont été analysés.

S'agissant de ces décès, au total 12 cas ont été notifiés contre 16 en 2019. Les audits de ces décès ont été conduits afin d'en identifier

les principales causes. De leur analyse il ressort que l'hémorragie de la délivrance demeure la première cause de mortalité maternelle avec 83 % des cas et 95 % de ces décès maternels étaient évitables. Ces informations ont été utilisées pour renforcer la planification du district.

Département des Plateaux, District sanitaire d'Abala

Caractérisé par ses faibles performances, le district sanitaire d'Abala a bénéficié du soutien technique et financier de l'OMS. Ce qui a contribué au renforcement des capacités du personnel, et à l'amélioration des taux de couverture vaccinale au cours de l'année 2020. De même, l'utilisation du partogramme a été améliorée dans les districts sanitaires du département, notamment dans celui d'Abala avec 160 accouchements réalisés dont 104 sous partogramme, soit 65 % au premier trimestre contre 99 dont 95 soit 97 % au dernier trimestre 2020.

Département de Pointe-Noire, district sanitaire de Ngoyo

Dans le département de Pointe-Noire, le soutien technique et financier de l'OMS a été principalement adressé au district sanitaire de Ngoyo, avec une extension dans les autres districts du département. Les interventions soutenues visaient à renforcer l'offre de soins et services de santé et à augmenter l'utilisation de services de vaccination. C'est ainsi qu'elles comprennent : i) la formation de 96 agents de santé sur la continuité des soins et services de santé dans le contexte de la pandémie de COVID-19 ; ici un accent

particulier a été mis sur le PMA, le renforcement de la surveillance épidémiologique des autres maladies sous surveillance épidémiologique, l'organisation des activités de vaccination et les soins prénatals. De même 40 sages-femmes ont été formées sur l'utilisation du partogramme afin de les rendre capables d'assurer des accouchements sécurisés, conformément aux normes établies.

En vue d'améliorer les couvertures vaccinales, des activités de rattrapage des abandons vaccinaux associées à des stratégies avancées ont été réalisées dans toutes les 14 aires de santé de la ville de Pointe-Noire. Elles ont été précédées par un atelier regroupant les acteurs de la vaccination et les membres de la communauté. L'analyse des performances de la vaccination et l'élaboration des micros plans ont été au centre des travaux de cet

atelier. Ces actions ont facilité l'analyse des goulots d'étranglement de la vaccination avec les comités de santé et permis de définir les besoins de renforcement des capacités des équipes des centres de santé intégrés afin de relancer les activités de vaccination. À l'issue de cette formation les séances de rattrapage des abandons vaccinaux et des stratégies avancées ont pu être organisées efficacement, pour vacciner les enfants perdus de vue. Les résultats obtenus ont permis de constater une amélioration des performances dans tous les districts sanitaires aux mois d'octobre et de novembre 2020. La mise en œuvre du rattrapage des abandons vaccinaux et des enfants non atteints avec l'implication des communautés et le soutien de l'OMS au cours de la période d'octobre à novembre 2020 ont contribué à ces résultats étayés dans le tableau¹ ci-dessous.

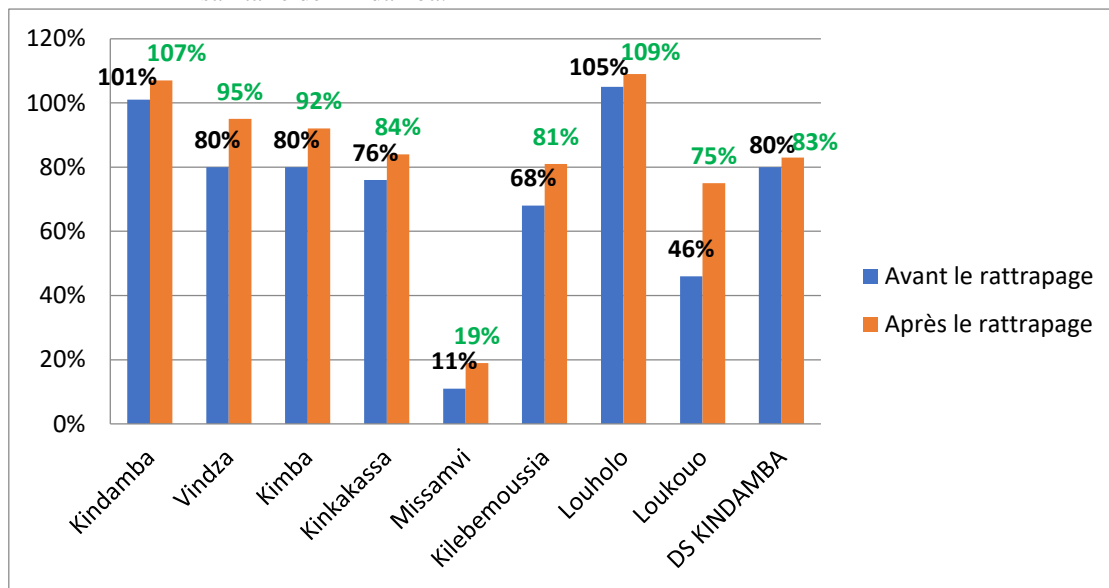
Département de Pointe-Noire, de juin à novembre 2020

Districts sanitaires	Couverture vaccinale au Penta-3 (%)					
	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre
Lumumba	55,4	82,6	83,3	65,2	75,7	89,5
Mvoumvou	44,7	54,2	74,2	69,9	91,4	136,5
Tié-Tié	54,2	77,3	81,8	87,2	80,6	113,3
Loandjili	46,3	112,7	98,8	128,7	247,9	215,0
Mongo-Mpoukou	58,3	61,9	85,8	96,4	98,4	110,8
Ngoyo	44,6	63,4	61,0	69,4	71,15 %	94,3
Tchiamba-Nzassi	72,0	78,0	91,0	77,9	125,24 %	107,5

Département du Pool : District sanitaire de Kindamba

De même, au terme de cet appui technique, le taux d'utilisation du partogramme est

Graphique n° 6 : Taux de couverture vaccinale, après rattrapage des abandons vaccinaux, district sanitaire de Kindamba.



En vue du rattrapage des abandons vaccinaux, les activités organisées avec le soutien de l'OMS comprennent le renforcement de la vaccination systématique et l'organisation des missions de vaccination en stratégies avancées et mobiles. Parallèlement, en matière de soins obstétricaux de base, des sessions de formation des agents de santé de l'hôpital de Base Kindamba ont été organisées sur l'utilisation du partogramme. Ces efforts ont permis des progrès substantiels en matière de couverture vaccinale. Leurs indicateurs ont enregistré des gains de 15 points dans certaines aires de santé du district. En moyenne, la couverture vaccinale en Penta 1 est passée de 80 % à 83 % comme le montre le graphique n° 6 ci-dessus.

passé de 0 % à 38 % entre janvier et décembre 2020. Et une réduction considérable du nombre de références obstétricales vers l'hôpital de Mindouli a été observée. En effet le nombre de cas obstétricaux référés est passé de 9 en 2019 à 2 en 2020, soit une réduction de 78 %. De façon similaire, une importante réduction des cas de mortalité néonatale précoce a été enregistrée, le nombre de cas notifiés étant passé de 5 en 2019 à 2 en 2020.

Département de la Sangha, district sanitaire de Ouesso.

Ici, le soutien de l'OMS a porté sur le renforcement des capacités de participation communautaire et de cogestion. Pour ce faire, des séances de travail ont été tenues

avec la présidence de la Fédération des comités de santé (FECOSA) du district sanitaire de Ouessou, suivies par des travaux d'élaboration d'un plan de travail couvrant la période de novembre à décembre 2020.

Des missions de supervision des agents affectés aux points d'entrées et du personnel des formations sanitaires ont bénéficié du soutien de l'OMS. Elles ont été combinées aux activités de vaccination en stratégies mobiles sur les trois axes fluviaux (Ngoko, Haute-Sangha et Basse Sangha). De même, des visites de travail ont été organisées dans les centres de santé de la commune de Ouessou (Nzalangoye et Mbindjo) et de Pokola.

Le renforcement des capacités des membres des équipes de santé des différentes unités opérationnelles des centres de santé intégrés a été au cœur des travaux de ces visites de terrain, avec pour principe l'accompagnement et le transfert de compétences in situ. C'est ainsi que les thèmes aussi variés que l'intérêt et l'application des stratégies plaintes et traitement (SPT) ou ordinogrammes, le rangement des médicaments dans la pharmacie, les documents de travail du CSI, l'importance des réunions hebdomadaires, la présentation du canevas d'un compte rendu de réunion, le rappel des mesures de prévention et contrôle de l'infection dans le contexte de la pandémie COVID-19 ont été au centre de ces travaux.

En sus, un atelier départemental de validation des données du PEV, a été organisé en décembre 2020. Il a regroupé plus de 20 participants issus de la direction départementale de la santé, des districts

sanitaires de Ouessou et Sembé, ainsi que des services départementaux (PEV, Surveillance épidémiologique, hygiène, PNLs). Le but visé était de contribuer à l'amélioration des couvertures de la vaccination systématique dans au moins 90 % des aires de santé.

Opérationnalisation du laboratoire de culture des mycobactéries

Parallèlement aux efforts fournis pour garantir la continuité des soins et en améliorer l'accès dans les districts sanitaires, l'OMS a contribué à l'opérationnalisation du laboratoire de niveau P3 pour la culture des mycobactéries. Et ce, dans le cadre de la surveillance de la tuberculose. Le processus engagé à cet effet comprend la formation des techniciens de laboratoire au Laboratoire national de référence de Cotonou (Bénin) et la mobilisation de l'assistance technique internationale pour l'accompagnement in situ des agents du Centre antituberculeux (CAT) de Brazzaville.

3.2 Préparation et réponse aux situations d'urgence

3.2.1 Préparation et réponse efficace à l'urgence due aux inondations

L'OMS a facilité la mobilisation des fonds CERF, d'un montant de 150 000 dollars É.-U. et du Fonds africain pour les urgences de santé publique d'un montant de 80 000 dollars É.-U., destinés à l'assistance sanitaire aux populations affectées par des inondations dans les départements de la Likouala, de la Cuvette, des Plateaux et de la Sangha. La disponibilité de ces ressources a été un important facteur de renforcement de

la collaboration avec ses partenaires opérationnels, notamment, les ONG Terre sans frontière (TSF) et Médecins d'Afrique (MDA). Ces deux ONG ont été contractualisées afin d'assurer l'assistance humanitaire aux populations sinistrées, respectivement dans les départements de la Likouala et des Plateaux pour TSF ; les départements de la Sangha et de la Cuvette pour MDA. Les interventions soutenues comprennent la prise en charge médicale, la sensibilisation sur la prévention des maladies et le renforcement de la surveillance épidémiologique, un accent particulier étant mis sur la surveillance du choléra.

S'agissant de la surveillance épidémiologique, 45 agents de santé ont été formés à la détection et la prise en charge des maladies à potentiel épidémique (choléra, shigellose, etc.) et 30 relais communautaires ont été formés et impliqués dans la prévention et la surveillance des maladies d'origine hydrique et vectorielle ainsi que l'hygiène et assainissement du milieu. Et dans ce même cadre, des kits choléra ont été acheminés et pré-positionnés dans les quatre départements concernés par les inondations (Cuvette, Sangha, Likouala et Plateaux) afin de faire face à d'éventuelles flambées d'épidémies.

En outre, les kits d'urgence ont été acquis pour couvrir 40 000 personnes bénéficiaires. Leur distribution a amélioré l'accès des populations affectées aux soins et services de santé de base. De même, la prévention du paludisme a été renforcée grâce à la distribution et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée d'action dans ces communautés.

Grâce à ces activités, au total 33 157 personnes soit environ 19,5 % des populations affectées par ces inondations ont bénéficié d'une prise en charge médicale assurée aussi bien dans les formations sanitaires qu'en stratégies mobiles (clinique mobile polyvalente) le long des villages situés sur les axes fluviaux des zones affectées par les inondations. Leur répartition par acteur opérationnel indique 16889 bénéficiaires pour TSF et 16268 pour MDA. Ces données traduisent une excellente accessibilité et un très fort taux d'utilisation de l'assistance médicale fournie. Il correspond en moyenne à 5,1 consultations par personne pour la période, dans un pays où le taux moyen d'utilisation des consultations ne dépasse guère 0,4 consultation par personne et par an.

Les activités de sensibilisation sur les maladies d'origine hydrique, y compris le choléra, les maladies dues aux vecteurs et sur la pandémie de COVID-19 ont touché 15 806 personnes. La répartition par sexe est de 6797 femmes pour 9009 hommes. Par ailleurs, 1137 personnes handicapées ont été prises en charge par les équipes médicales et ont bénéficié de médicaments. Leur distribution par département indique 995 bénéficiaires dans la Likouala, 62 dans les Plateaux et 77 dans la Cuvette et la Sangha.

3.2.2 Préparation face au risque d'épidémie de la maladie à virus Ebola.

Suite à l'apparition de la 11^e épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) en République démocratique du Congo, le bureau de pays a efficacement contribué au renforcement des

activités de préparation et riposte à une éventuelle épidémie de maladie à virus Ebola au Congo. Les départements de la Likouala, de la Cuvette et des Plateaux qui partagent les frontières avec la Province de l'Équateur (République démocratique du Congo) étant les plus à risque. Les principales activités soutenues par l'OMS ont abouti d'une part à l'élaboration et la mise à disposition du plan national de contingence de préparation et de réponse à la maladie à virus Ebola et d'autre part au renforcement des capacités minimales de préparation pour la détection d'éventuels cas suspects de MVE.

S'agissant de l'élaboration du plan de contingence, cet exercice a été précédé par une évaluation des capacités de préparation et de riposte à la MVE au niveau central, puis dans les départements à haut risque. Ensuite une mission d'appui pour le renforcement des capacités de préparation a été effectuée dans les localités à haut risque, des départements de la Likouala, de la Cuvette et des Plateaux qui se trouvent le long du corridor fluvial, avec le concours de l'OMS. Ce renforcement des capacités minimales de préparation et de riposte à la MVE a concerné les principaux piliers du plan de contingence, à savoir la coordination, la surveillance pour la détection et la réponse rapide et efficace aux éventuels cas, les laboratoires, ainsi que la lutte anti-infectieuse.

Le département de la Likouala étant le plus à risque d'importation des cas de MVE, l'OMS y a déployé une forte équipe constituée d'une douzaine d'experts, spécialisés dans les différents domaines clés de la préparation et de la riposte à une épidémie de MVE d'une part et à la pandémie de COVID-19 d'autre

part. Les points saillants de la préparation à la riposte à la MVE dans ce département sont décrits ci-après.

Coordination du système de gestion de l'incident dans le département de la Likouala.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a mis à disposition un gestionnaire d'incident afin de soutenir la préparation à la riposte à éventuelle une épidémie de MVE dans le département de la Likouala. Cet appui a permis : i) la finalisation de l'organigramme de la riposte à la pandémie du COVID-19 et de la préparation à la riposte à l'épidémie de MVE avec affectation des ressources humaines ; ii) l'élaboration des termes de référence de la coordination et des commissions techniques chargées de la préparation à la riposte à l'épidémie de MVE et de la riposte à la pandémie de COVID-19 ; iii) la participation aux réunions de coordination des trois niveaux de l'OMS (Siège, Bureau régional, bureau de pays) sur la préparation de la riposte à l'épidémie de MVE ; et iv) la production des rapports de situation sur la préparation à la riposte à la MVE dans le département de la Likouala.

Renforcement de la surveillance épidémiologique de la maladie à virus Ebola.

Ce renforcement a été réalisé à travers la formation des agents de santé sur la surveillance épidémiologique et la communication sur les risques de la MVE ; la mise en place des équipes d'intervention rapide et la recherche active des cas de MVE et de COVID-19 dans les formations sanitaires. L'OMS a soutenu l'identification des points d'entrée, leur évaluation, ainsi que la formation des acteurs concernés sur les dispositions à prendre.

Renforcement des capacités en ce qui concerne la lutte anti-infectieuse, de laboratoire, de communication sur les risques et engagement communautaire. Au titre des activités qui ont contribué à ces améliorations figurent: i) la formation d'une centaine de relais communautaires et de volontaires de la Croix-Rouge congolaise d'Impfondo, Epéna, Dongou et Liranga sur la lutte anti-infectieuse au niveau communautaire, la communication sur les risques et l'engagement communautaire.; ii) la dotation des districts sanitaires concernés en sacs mortuaires, pulvérisateurs et divers intrants pour la réalisation des désinfections ; iii) la distribution d'affiches, de dépliants sur la MVE, du matériel de prélèvement d'échantillons de MVE, de surveillance épidémiologique et des équipements de protection individuelle aux formations sanitaires des deux districts sanitaires du département.

L'appui de l'OMS dans le département de la Likouala a été essentiel dans la mesure où six sujets touchés par la MVE et provenant de la République démocratique du Congo avaient été notifiés, grâce à la collaboration de la coordination de la riposte en République démocratique du Congo. Les intéressés ont été régulièrement suivis dans le cadre du dispositif mis en place dans la Likouala.

Ces actions d'appui ont particulièrement renforcé les capacités de la direction départementale de la santé de la Likouala en matière de coordination de la riposte à la MVE tout en capitalisant les mécanismes mis en place pour la riposte à la pandémie de COVID-19. C'est ainsi que cette direction départementale dispose désormais de

l'équipement de base requis pour animer le centre des opérations d'urgence du département et de facilités de communication avec le niveau central comme avec l'international. Par ailleurs, cet appui a impulsé une nouvelle dynamique à la collaboration transfrontalière du niveau opérationnel, à travers des échanges réguliers entre la Direction départementale de la santé de la Likouala et la coordination de la riposte de Mbandaka, pour le suivi des contacts venus de la localité de Buburu (République démocratique du Congo), et enregistrés dans le district sanitaire d'Impfondo.

En définitive, les efforts conjugués des différentes parties prenantes associés aux activités d'appui à la préparation et à la riposte à la MVE réalisées tant au niveau central qu'au niveau départemental ont permis d'éviter l'importation de la maladie à virus Ebola dans le département de la Likouala et au Congo. La poursuite de l'appui de l'OMS aux deux niveaux central et départemental s'avère indispensable.

3.2.3 Au Congo, la pandémie de la maladie à COVID-19 a été contenue.

3.2.3.1 Appui à l'élaboration et la révision du plan national de préparation et de riposte à la riposte à la pandémie de COVID-19 au Congo

L'appui à l'élaboration du plan national de préparation et de riposte à la pandémie a été engagé à la mi-janvier 2020, sur la base des orientations générales du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, présentées dans le Plan

régional de riposte aux épidémies, un document de référence partagé avec tous les bureaux de pays de l'OMS pour être adapté au contexte de chaque pays et servir à la mobilisation de ressources. Ce plan régional a été communiqué au Ministère de la santé afin servir effectivement de cadre de référence pour la formulation du plan national de préparation et de riposte à la pandémie. Après sa validation, il a été répliqué par les équipes des directions départementales de la santé, afin de produire les plans départementaux de préparation et de riposte à la pandémie.

Le plan national de préparation et de riposte à la pandémie adopté le 14 février 2020 a été mis à jour six semaines plus tard afin de répondre aux impératifs de la riposte, puis révisé après trois mois d'exécution. Cette révision a été opérée sur initiative conjointe du ministère en charge de la santé et de l'OMS. Il s'est agi, pour l'OMS, de saisir cette opportunité pour améliorer la complétude et la cohérence du plan initial et de tirer les leçons de l'expérience. Pour y parvenir, une attention particulière a été portée sur : i) la redéfinition des différentes phases de riposte à la pandémie : (zéro cas, absence de cas importé : phase 1 ; notification d'un cas importé : phase 2 ; notification des cas en grappe : phase 3 ; passage en mode transmission communautaire : phase 4), chacune de ces phases induisant une stratégie spécifique ; ii) la définition de la stratégie et l'intégration des activités de la riposte dans le fonctionnement régulier des districts et des formations sanitaires ; iii) une

meilleure implication des communautés dans les actions de riposte, en raison de la transmission communautaire de la maladie ; iv) le renforcement de la décentralisation de la riposte à la pandémie, à travers les districts sanitaires ; et v) la continuité des soins et services de santé dans les districts sanitaires.

3.2.3.2 Mise en place des postes de contrôles aux points aux points d'entrée

Bien avant l'importation du premier cas de COVID-19 au Congo, l'OMS a soutenu l'identification des points d'entrée, leur évaluation, la sensibilisation des acteurs concernés sur les dispositions à prendre ainsi que la définition et la mise en place des circuits d'accueil des usagers dans les aéroports et ports. Au total, 60 postes de contrôle et points d'entrée ont été identifiés sur l'ensemble du territoire. En moyenne 3,5 agents étaient affectés à chaque poste. Les départements du Pool et de la Sangha avaient le plus faible nombre d'agents affectés par point d'entrée ou de contrôle, avec une moyenne inférieure à deux agents par poste. Toutes ces équipes ont été dotées d'un thermo flash.

L'implication directe de l'OMS dans la mise en place et l'opérationnalisation de la surveillance épidémiologique aux postes de contrôle et aux points d'entrée était effective dans six départements sur dix. L'appui de l'OMS a porté sur l'élaboration des orientations relatives à l'organisation et au fonctionnement de ces postes, l'identification des points d'entrée et des postes de contrôle par des visites de terrain,

la formation et la supervision des agents, le financement des frais de prise en charge des équipes placées dans ces postes, tout comme la rédaction et la tenue des rapports.

3.2.3.3 Mise en place et coordination du système de gestion de l'incident aux niveaux central et décentralisé

Dans ce cadre et conformément aux orientations du Bureau régional, le bureau de pays a mis en place un système de gestion de l'incident afin de répondre efficacement à la riposte à la pandémie, dès mars 2020. Ce système a été structuré autour de six piliers : i) l'administration et finances ; ii) l'expertise technique ; iii) la logistique et les opérations logistiques ; iv) le partenariat et la mobilisation des ressources ; v) le soutien ; et vi) la coordination. L'organisation mise en place fixe, pour chaque pilier, les postes, les principales fonctions à accomplir et les livrables qui leurs sont attachés. Les animateurs des différents postes ont également été nommément désignés. Les missions assignées aux différents animateurs ont fait l'objet de termes de références précis. Au regard de son poids particulier, le pilier expertise technique a été structuré de façon à couvrir les principales lignes d'action de la riposte contre la pandémie : prévenir la maladie, identifier, isoler et traiter les cas.

Pour renforcer ce dispositif, le bureau de pays a sollicité et obtenu du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, l'affectation d'un « gestionnaire d'incident » au sein de son équipe, au lendemain de la déclaration officielle du premier cas de COVID-19 au Congo, pour coordonner le système de gestion de l'incident sous la supervision du

Représentant de l'OMS. Vu le contexte local, cette requête était fondée sur : i) le besoin de crédibiliser davantage l'Organisation et d'avoir une position technique forte auprès du Ministère de la santé et des partenaires ; ii) la nécessité de « poster » une ressource technique de haut niveau au Comité technique national ; et iii) l'impératif de permettre au Représentant de l'OMS au Congo de se consacrer davantage à ses obligations de conseil auprès du Ministère de la santé et de soutien à la coordination des interventions.

Ce système de gestion de l'incident a été consolidé avec le recrutement et le déploiement, à compter de mai 2020, d'un groupe de 37 consultants dans l'ensemble des départements, placés chacun sous la supervision d'un gestionnaire d'incident départemental. Ce déploiement a été opéré progressivement à compter du 23 mars 2020 (soit à peine 10 jours après la déclaration du premier cas de COVID-19 au Congo), après une période de briefing et d'entraînement à Brazzaville organisée pour permettre aux intéressés de maîtriser le fonctionnement du système de gestion des incidents. En fait, il s'est agi d'une décentralisation, au niveau opérationnel, du système de gestion des incidents.

3.2.3.4 Mise en place du Centre des opérations d'urgence de santé publique

L'historique de l'implantation du Centre des opérations d'urgence de santé publique (COUSP) date de la période du 10 au 15 mars 2019, au cours de laquelle une évaluation des capacités du pays en matière d'application

des dispositions du Règlement sanitaire international (RSI) 2005 avait été réalisée conjointement par le Ministère de la santé et l'OMS. Cette évaluation donnait la mesure du niveau des capacités du pays à répondre à un éventuel risque sur la sécurité sanitaire. Ses résultats ont conduit à l'élaboration d'un plan d'action national de sécurité sanitaire en fin d'année 2019. L'implantation d'un COUSP est l'une des recommandations de ce plan.

C'est donc pour aider le pays à mettre en œuvre cette recommandation que l'OMS a soutenu : i) la configuration et la structuration du COUSP ; ii) l'orientation technique de son fonctionnement et ses activités ; iii) la définition des termes de référence de ses missions ; iv) l'acquisition de divers équipements techniques ; et v) l'opérationnalisation du numéro vert 34 34, composante essentielle recommandée pour la fonction information et veille épidémiologique assignée au COUSP pour la gestion des alertes, rumeurs et divers événements qui surviennent auprès des malades ou des cas potentiels.

Parallèlement, un plan d'implantation de Centres départementaux d'opérations d'urgences de santé publique (COUSPD) a été initié, afin de renforcer leurs capacités. Dans cette perspective, des licences Zoom ont été obtenues et mises à disposition dans les douze départements que compte le pays. Deux objectifs étaient visés par cette disposition : i) faciliter les communications des COUSPD avec le COUSP ; et ii) renforcer les capacités des équipes des directions départementales de la santé sur des thématiques en lien avec la riposte à la pandémie de COVID-19 grâce à leur

participation à des séries de webinaires organisées par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. En pratique, un membre du personnel de l'OMS a sillonné tous les départements pour mettre à disposition les licences, former leurs utilisateurs, installer les applications dans leurs ordinateurs et procéder à des démonstrations usuelles.

La coordination de ce système au niveau décentralisé, a été confiée à un professionnel du bureau de pays soutenu par des consultants recrutés et déployés dans tous les départements. L'intégration des équipes décentralisées de l'OMS dans les organes de coordination départementale de la riposte a été effective notamment dans le rôle de conseiller en fournissant l'appui technique, la préparation des réunions, la rédaction des comptes rendus, la validation et la diffusion quotidienne et régulière des rapports de situation (SITREP)

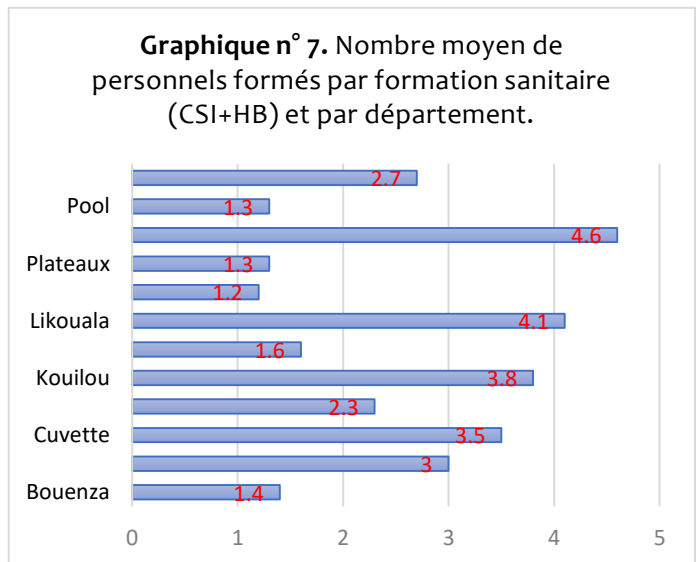
3.2.3.5 Renforcement des compétences techniques des équipes départementales, en matière de riposte à la pandémie

Le renforcement des capacités des équipes des directions départementales de la santé et des districts sanitaires a été au cœur de la stratégie de l'appui de l'OMS à la riposte à la pandémie. Dans ce cadre un effort particulier a été mis sur le renforcement des compétences techniques, notamment à travers l'organisation des sessions de formation et l'accompagnement in situ, par des professionnels avertis. Les domaines prioritaires couverts par ces formations sont la surveillance épidémiologique, la prise en charge des cas ainsi que la lutte anti-infectieuse.

Les contenus de toutes ces formations ont été focalisés sur les matières essentielles à l'organisation de la riposte à la pandémie. Il s'agit de la définition des cas COVID-19, la prise de la température et l'identification des cas suspects, la conduite à tenir devant un cas suspect, la surveillance active, la lutte anti-infectieuse, les mesures barrières, la prise en charge de la femme enceinte suspecte ou positive à la COVID-19, la technique de lavage des mains, l'utilisation de thermo flash, la préparation des solutions de désinfection ainsi que le port des équipements de protection individuelle (EPI).

Le nombre de personnels de santé formés par formation sanitaire et par domaine varie de 0,4 à 12,9 selon les départements (graphique n° 7). Les ratios les plus élevés sont observés

à Pointe-Noire. Ils concernent le suivi des contacts ainsi que la lutte anti-infectieuse avec respectivement des ratios de 12,9 et 6,3 personnels formés par formation sanitaire. Plus globalement, le nombre moyen de



personnels formés varie de 1,2 dans le Niari à 4,6 à Pointe-Noire. Ces ratios indiquent pour chaque formation sanitaire, une masse critique de personnel formé suffisante, pour soutenir la riposte à la pandémie.

En raison de la transmission communautaire de la maladie, un accent particulier a été mis sur la formation des relais communautaires, en vue de leur implication dans la prévention et la surveillance épidémiologique de la maladie. Les contenus de ces formations portaient principalement sur la définition des cas, le suivi des contacts, le dépistage des cas, la technique de lavage des mains, la surveillance des contacts, la désinfection, la gestion des rumeurs, l'orientation et la vulgarisation du numéro vert, la prise en charge psychosociale des malades et de leurs proches, la recherche des contacts, le rôle des relais communautaires dans la

surveillance épidémiologique, la désinfection, les mesures barrières et le port correct du masque de protection. En moyenne, 34 relais communautaires ont été formés par département.

Pour l'organisation de ces sessions de formation, le soutien de l'OMS est intervenu dans l'élaboration de leurs termes de référence et leurs modules, la formation des formateurs, la facilitation des sessions, la prise en charge des frais de transport des participants et en assurant un appui logistique tel que la reprographie et la mise à disposition des supports de formation.

Les résultats de l'évaluation externe de l'appui de l'OMS à la riposte à la pandémie de COVID-19 montrent qu'au terme de ce processus de renforcement des compétences techniques, 9 directions départementales sur 10 s'estiment capables d'organiser des sessions de formation sans nécessiter le soutien de l'OMS. Les domaines de formation cités par ces derniers sont la prise en charge des cas simples de COVID-19, la lutte anti-infectieuse, la communication, la surveillance épidémiologique y compris la surveillance à base communautaire, la continuité des soins en contexte COVID-19, ainsi que l'identification des cas et le suivi des contacts. Ceci est la traduction d'un réel processus de transfert de compétences conduit efficacement dans les départements.

Encadré n°4. Renforcement des capacités du département de la Lékoumou en production d'un bulletin épidémiologique hebdomadaire

3.2.3.6 Soutien à la surveillance épidémiologique et la production des rapports de situation

Bien avant l'importation du premier cas de COVID-19 au Congo, l'OMS a soutenu l'identification des points d'entrée, leur évaluation ainsi que la sensibilisation des acteurs concernés sur les dispositions à prendre. Le soutien technique et logistique du bureau de pays a également été mis à contribution pour la définition et la mise en place des circuits d'accueil des usagers dans les aéroports et ports. Au total, 60 postes de contrôle et points d'entrée ont ainsi été identifiés et rendus opérationnels sur l'ensemble du territoire.

Parallèlement, une commission surveillance épidémiologique a été mise en place dans chaque département. Tous les 12 départements du pays ont été dotés de protocoles, instructions et directives techniques et divers supports de gestions de la surveillance épidémiologique. Il s'agit notamment des protocoles et procédures relatives au tri des malades, à l'isolement des cas suspects, à la notification des cas et au transfert des cas suspects vers les sites de prise en charge, des fiches de définition, notification, d'investigation des cas, des fiches de suivi des contacts des protocoles à exécuter en cas de grippe ou de fièvre persistante, des listes linéaires pour l'actualisation de la base de données des cas positifs et autres supports de surveillance épidémiologique.

Dans sept départements sur 10, la reproduction et la diffusion de ces supports ont été réalisés avec le soutien de l'OMS. Au

total, 206 formations sanitaires publiques ont bénéficié de ces supports soit plus de 58 % des Centres de santé intégrés. Et huit formations sanitaires privées sur 10 en ont également bénéficié. En outre, dans chacun des 12 départements que compte le pays, le soutien de l'OMS a été déterminant pour la mise en place et la gestion des bases de données de surveillance épidémiologique, la présentation des résultats et la production des rapports épidémiologiques périodiques.

S'agissant des rapports de situation, le premier SITREP lié à la pandémie a été diffusé le 17 février 2020 au terme d'un processus collaboratif soutenu par l'OMS, à travers la mise à disposition d'une expertise technique. Le format et le contenu des SITREP ont été améliorés progressivement au fil du temps. C'est dans ce cadre que le bureau de pays a initié un sondage en ligne sur la perception du SITREP par les partenaires techniques et financiers. Les résultats et recommandations de ce sondage ont permis de réelles améliorations du format et du contenu des SITREP.

Dans les départements, les différentes équipes d'appui ont été impliquées dans la production et la diffusion des rapports de situation quotidiens. La production des SITREP est emblématique du principe de renforcement des capacités et de transfert des compétences par un accompagnement in situ. En effet, le premier SITREP a été initié

Encadré n°5. Renforcement des capacités de prévention de l'importation du COVID-19 dans une zone frontalière entre le Congo et Gabon : cas d'Impini

par l'OMS et produit avec le concours des

services de la Direction de l'épidémiologie et de la lutte contre la maladie. Puis, progressivement la production et la diffusion de ces rapports ont été transférées au COUSP. Depuis lors, cette tâche est accomplie régulièrement par le COUSP.

3.2.3.7 Mise en place des équipes d'intervention rapide

Le soutien de l'OMS a été requis d'une part, pour asseoir le concept d'équipe d'intervention rapide (EIR) et assurer la formation de ces équipes d'autre part. Le processus de mise en place a été accéléré avec la notification du premier cas, ces équipes ayant été placées initialement sous la tutelle de la commission surveillance. Il s'est agi de rendre opérationnelles des équipes multidisciplinaires. Initialement, 25 EIR étaient prévues à l'échelle du pays qui compte 52 districts sanitaires.

Au total une quinzaine d'EIR ont été installées dans le pays avec le soutien de l'OMS, soit environ 60 %. Exception faite de celles de Brazzaville et Pointe-Noire, pour diverses raisons, l'opérationnalité de ces différentes équipes n'est pas évidente. Nombre d'insuffisances sont observées dans leur fonctionnement, tant à Brazzaville qu'à Pointe-Noire. Au regard des disparités observées d'un département à un autre, il est indispensable de procéder à une évaluation fine de la situation des EIR dans tous les départements. L'objectif étant de mettre en place un dispositif d'accompagnement soutenu visant soit à les rendre opérationnelles, soit à améliorer leur opérationnalité.

3.2.3.8 Développement des capacités de prise en charge des cas de COVID-19

Le soutien de l'OMS a été déterminant dans l'organisation de la prise en charge des cas de COVID-19. En sus de l'appui à la mise en place de l'organe de coordination de la prise en charge, ce soutien s'est traduit notamment à travers la mise à disposition des protocoles, la formation des équipes, l'appui direct à l'organisation des sites, la structuration des espaces de travail ainsi que la supervision et le suivi des équipes. Et s'agissant de l'organe de coordination, une commission prise en charge a été mise en place dans chaque département.

Les spécificités de la maladie à COVID-19 ont imposé d'accorder une attention particulière à l'organisation du travail, la circulation à l'intérieur des infrastructures par rapport à leur architecture ainsi qu'à l'utilisation des moyens de ventilation. Face à ces exigences qui sont liées au fait qu'il s'agit d'une maladie respiratoire à forte contagiosité, le soutien de l'OMS a été considérablement sollicité afin de

Encadré n°6. Sécurisation des accouchements dans le contexte de la pandémie de COVID-19, dans la ville de Dolisie

s'assurer du respect des normes dans l'installation, l'aménagement et l'organisation des espaces de travail et des sites de prise en charge des cas. Par ailleurs, des appuis financiers ont également été apportés pour cette prise en charge au même titre que la mise à disposition de médicaments, de divers intrants et autres produits de santé. Et certains districts

sanitaires ont été dotés en ambulances afin de faciliter le transfert des malades.

Grâce à ce soutien dans plus de 50 % des hôpitaux de base, des espaces de pré-tri et d'isolement des cas suspects de COVID-19 ont été mis en place. Ces restructurations ont bénéficié de l'implication effective de l'OMS à travers la formation sur l'organisation du circuit des malades ou des cas suspects, des exercices de simulation, la mise à disposition de la documentation ainsi que des visites de terrain et des supervisions. Complémentaires à ces mesures, des unités dédiées à l'accueil des gestantes suspectes ou testées positives à la COVID-19 et admises pour accouchement devraient être mises en place. Cette disposition a été appliquée dans trois hôpitaux de base. Le processus suivi pour aboutir à la mise en place de ces unités a été structuré autour de deux axes. Le premier est l'organisation des sessions de formation des agents sur la gestion de l'accouchement chez une femme positive à la COVID-19, le suivi prénatal et l'utilisation du partogramme. L'identification des salles d'accouchement destinées aux gestantes testées ou suspectes d'être positives à la COVID-19 ainsi que l'appui logistique pour l'opérationnalisation des dites salles a constitué le second axe de travail. La Bouenza et le Niari sont les seuls départements où ces dispositions ont été prises.

En ce qui concerne les centres de santé intégrés, les unités « accueil » ont été restructurées afin de mettre en place des espaces de pré-tri et revisiter le circuit du malade. Les proportions des centres de santé intégrés dans lesquels ces dispositions ont



Pré tri, CSI Joséphine Pemba Salou district sanitaire n° 6

été prises varient de 94,1 % à Pointe-Noire à 24,5 % dans les Plateaux. Les principales raisons qui justifient la non-structuration des unités accueil de ces centres de santé intégrés, en dépit du soutien de l'OMS, concernent i) l'inadéquation des locaux, le manque d'espace ou encore l'absence de salles appropriées pour la restructuration du système d'accueil et d'orientation des patients, ii) l'absence d'organisation et de moyens logistiques, iii) l'insuffisance de personnels et iv) le manque d'équipements.

Toutefois, conformément aux orientations nationales, des sites de prise en charge des cas COVID-19 ont été emménagés, au moins de façon sommaire dans tous les départements. De leur évaluation il ressort que tous ces sites disposaient du matériel de désinfection ; 60 % d'entre eux étaient dotés en médicaments et autres produits de santé, en matériels et fournitures techniques ainsi qu'en équipements de protection individuelle. Outre l'apport de ces intrants, l'OMS a concouru à leur opérationnalisation

particulièrement à travers : la formation des médecins sur la prise en charge médicale et psychosociale ; la mise à disposition d'une expertise technique sur le site ; l'organisation des missions d'initiation des traitements et de suivi des malades particulièrement dans le département du Kouilou ; la fourniture de la documentation nécessaire ; la vérification des critères de conformité des sites de prise en charge entre autres, les conditions d'hygiène ; la mise en place des dispositions relatives à la distanciation physique ; la tenue des rapports

Encadré n°7. Renforcement des capacités de riposte à la pandémie de COVID-19 dans le département de la Bouenza.

de prise en charge, ainsi que la prise en charge de divers coûts opérationnels.

3.2.3.9 Développement des capacités de diagnostic de la COVID-19

Dans 8 départements sur 10 du matériel et des fournitures techniques de laboratoire ont été distribués aux formations sanitaires afin de faciliter le prélèvement et le transfert des échantillons, en complément de la mise à disposition des orientations techniques, et du briefing des équipes. Et, dans de nombreux cas, le soutien logistique de l'OMS a été sollicité pour assurer le transfert des échantillons prélevés dans les districts sanitaires, vers le laboratoire national pour la réalisation des tests de dépistage. S'agissant

du renforcement des capacités diagnostiques, l'OMS a mis à la disposition du Laboratoire national de santé publique (LNSP) un expert chargé d'assurer la formation du personnel de cet établissement sur les techniques de prélèvement des échantillons, les tests de diagnostic et la biosécurité, dès le début de l'épidémie, courant janvier 2020. Les personnels dont les compétences techniques ont ainsi été renforcées ont constitué par la suite le noyau dur à partir duquel les EIR ont été constituées. Ces derniers ont également été déployés dans les départements pour la formation des équipes locales sur les techniques de prélèvement et la biosécurité.

En outre, des formations en ligne focalisées particulièrement sur les techniques de diagnostic, ont été ouvertes à la participation des cadres du LNSP. L'un des résultats produits par ce coaching à distance est l'acquisition des compétences techniques relatives à l'inactivation du virus par la chaleur. Cette technique était jusque-là inconnue au LNSP. Par ailleurs, le réseautage mis en place par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a considérablement facilité le partage des expériences entre le LNSP et divers laboratoires étrangers. L'appui technique a également porté sur la mise à disposition de protocoles, la surveillance et l'évaluation de nouveaux tests de confirmation, l'expertise et la configuration de certaines plateformes d'analyse moléculaire.

Afin de s'assurer de la qualité des résultats des tests de diagnostic produits par le LNSP dont les capacités étaient assez limitées, l'OMS a fait faire une contre-expertise des

tests effectués par cet établissement à l'Institut Pasteur de Dakar. De même, un laboratoire d'Afrique du Sud a systématiquement assuré le contrôle qualité des premiers tests moléculaires effectués au LNSP. À l'issue de ce processus d'accompagnement et de renforcement du contrôle qualité, les capacités du LNSP ont été confirmées ; la qualité de ses tests ayant été jugée conforme aux normes.

En sus de la formation des cadres, le soutien de l'OMS s'est également traduit par la fourniture au LNSP de divers équipements et intrants, notamment des réactifs, des kits de prélèvement et des kits d'amplification. Ces dons ont été effectués aussi bien sur initiative propre de l'OMS après évaluation de la situation, qu'en réponse à des requêtes formelles du Ministère de la santé, telles que celles relatives aux écouvillons ainsi que la centralisation de l'approvisionnement en réactifs achetés au niveau global afin de minimiser les risques de pénuries dans le pays. S'agissant de ces intrants, l'OMS était impliquée dans trois départements sur douze par la mise à disposition des fournitures techniques des prélèvements. L'organisation a aussi apporté un appui logistique à la commande et la gestion rationnelle des intrants, ainsi qu'à l'acheminement des échantillons vers les laboratoires.

Le contrôle qualité des tests réalisés par le LNSP, le renforcement des compétences techniques, l'insertion du LNSP dans le réseau des établissements similaires sont autant d'activités pour lesquelles le support de l'OMS a été déterminant. Avec pour acquis

majeurs : i) la constitution du noyau de compétences à partir duquel les EIR ont été formées à travers le territoire ; ii) l'appartenance et la participation du LNSP à un réseau, une plateforme de travail collaboratif et de formation ; et iii) l'acquisition de nouvelles techniques qui jusque-là n'avaient pas cours au LNSP telles que l'inactivation du virus par la chaleur, alternative à l'utilisation des kits d'extraction.

3.2.3.10 Renforcement des capacités de prévention et contrôle de l'infection.

Au niveau central, le soutien de l'OMS a été concrétisé entre autres par l'affectation à demeure de deux experts de l'OMS. La contribution de ces derniers a été déterminante pour l'élaboration des documents normatifs et des modules de formation, la formation du pool de formateurs nationaux et l'exécution de diverses activités de terrain. De façon plus détaillée, les résultats suivants ont pu être atteints grâce au soutien de l'OMS : i) renforcement du cadre juridique à travers la préparation des projets de notes de service, arrêtés et décrets relevant des matières dévolues à la commission PCI, en s'appuyant sur les directives de l'OMS ; ii) formation de 135 agents de santé et 250 volontaires de la Croix-Rouge congolaise (CRC) dans le domaine de la lutte anti-infectieuse ; iii) mise à disposition des modules de formation, protocoles et manuels de directives techniques ; iv) initiation des agents et lancement des exercices d'évaluation de la

PCI dans les formations sanitaires, en utilisant les cartes de score et iv) initiation des travaux de préparation d'un plan national de lutte anti-infectieuse.

S'agissant de la formation dans le domaine de la lutte anti-infectieuse, des efforts conséquents ont été accomplis. Au total 335 formations sanitaires ont été concernées pour un effectif global de 6841 personnels de santé dont 1072 (15,7 % du total) ont bénéficié des sessions de formation à la PCI. Et le nombre moyen de personnels de santé formés à la PCI par formation sanitaire varie de 1,1 dans le département de Brazzaville, à 7,8 agents dans le département de la Likouala. Enfin, le bureau de pays de l'OMS a également soutenu les travaux d'initiation à l'évaluation de la PCI dans les hôpitaux et les centres de santé intégrés en utilisant les cartes de scores. Ces exercices ont été réalisés dans 6 départements sur 10 et ce dans 8 départements sur les 12 que compte le pays.

3.2.3.11 Soutien à la communication et l'engagement communautaire

Les interventions préconisées pour rompre la chaîne de transmission du COVID-19 comprennent : i) la mobilisation sociale et la promotion de la santé ; ii) la production, la diffusion des émissions, la réalisation des reportages ; iii) la conception, la production et la diffusion des supports ; iv) la communication par les médias traditionnels et le recours aux nouvelles technologies, notamment la création et l'animation de sites

internet et réseaux sociaux ; et v) la vulgarisation des mesures prises par le gouvernement à travers des chansons des spots, des affiches, des affichettes et des kakemonos.

Face à ces orientations, le soutien de l'OMS à la coordination du comité technique a consisté à poster une expertise technique à demeure afin de contribuer efficacement aux actions prioritaires, notamment : i) l'élaboration de la stratégie et du plan de communication sur le COVID-19 ; ii) la conception et la validation des supports de communication ; iii) la formation des animateurs chargés de la communication, identifiés pour servir au niveau des plateformes aéroportuaires, maritimes, fluviales et terrestres, ainsi que dans les directions départementales. Le soutien de l'OMS a également été requis pour le financement des missions de sensibilisation et de formation dans les départements de Pointe-Noire et du Kouilou dès le début de l'épidémie. Le plan de communication développé au niveau national a été répliqué dans l'ensemble des départements. Il a été révisé après trois mois afin de tenir compte de l'évolution de l'épidémie.

Le site Web a été redynamisé et le réseau WhatsApp mis à contribution pour la communication avec les équipes de terrain et divers acteurs du Ministère de la santé. De même, la communication digitale en appui au COUSP a été renforcée. Dans ce cadre, des membres du personnel de l'OMS ont fait plusieurs passages dans les médias nationaux

et sur des plateformes digitales, en collaboration avec des opérateurs de téléphonie mobile, afin de renforcer la sensibilisation de la population.

À l'instar des autres domaines, une commission communication a été mise en place dans tous les départements et chacun d'eux s'est doté d'un plan de communication. On note que quatre départements sur 10 ont bénéficié de l'implication de l'OMS en ce qui concerne l'élaboration de leurs plans de communication. Ce sont les départements de la Lékoumou, des Plateaux, du Pool et de la Sangha. Cette implication s'est traduite par la mise à disposition de la documentation disponible, en particulier les directives de l'OMS, la participation aux réunions de travail, l'identification des interventions majeures de communication et par un appui technique et financier pour la rédaction du plan de communication, y compris des messages pour la sensibilisation.

Dans l'ensemble des départements, l'OMS s'est investie dans la mise en œuvre des activités de communication, notamment à travers : i) la formation des agents de santé et relais communautaires dans le domaine de la communication ; ii) le soutien à la traduction des messages de sensibilisation en langues locales, leur adaptation en fonction de l'évolution de l'épidémie ; iii) l'analyse des réactions des populations en lien avec la maladie à COVID-19, dans cinq départements sur 12 et dans quatre départements des rapports de ces analyses ont été produits ; iv) la prise en charge de divers coûts

opérationnels des activités de sensibilisation ; et v) la participation des consultants et membres du personnel de l'OMS aux activités sur le terrain. Pour l'essentiel, les coûts opérationnels pris en charge sont relatifs à la production et la diffusion des spots de sensibilisation dans les médias, dans huit départements sur 10 et des affiches et dépliants de sensibilisation, dans quatre départements sur 10, l'organisation des sessions d'information des travailleurs sur leurs sites de travail dans cinq départements sur 10 et sur la mise en route des actions de gestion des rumeurs ou de la désinformation, dans un département sur deux.

Par ailleurs, le site web a été redynamisé et le réseau WhatsApp mis à contribution pour faciliter la communication avec les équipes de terrain et divers acteurs du Ministère de la santé. Des membres du personnel de l'OMS ont fait plusieurs passages dans les médias nationaux et sur des plateformes digitales, en collaboration avec des opérateurs de téléphonie mobile, afin de renforcer la sensibilisation de la population

3.2.3.12 Principaux acquis de l'appui de l'OMS à la riposte à la pandémie

Les réalisations ci-dessous décrites, présentées par domaine d'intervention, ont vocation de marquer durablement le fonctionnement du système de santé.

Dans le domaine de la coordination de la réponse aux urgences on note que : i) les capacités d'élaboration, d'organisation, de mise en œuvre et de suivi d'un plan de

préparation et de riposte à une situation d'urgence ont été renforcées tant au niveau national qu'à l'échelle des départements. Toutefois, des différences sont observées en fonction des départements ; ii) le cadre juridique du système de santé du pays a été enrichi par de nombreux textes réglementaires initiés grâce au soutien de l'OMS ; iii) la décentralisation des opérations de riposte au niveau des départements et des districts sanitaires est désormais acquise ; et iv) de nombreux documents normatifs relatifs à divers domaines couverts par la riposte à une épidémie sont désormais disponibles. Il s'agit particulièrement des normes, procédures, protocoles, instructions et directives diverses. Tous ces documents rentrent dans le patrimoine commun du secteur de la santé.

Dans le domaine de la surveillance épidémiologique, le COUSP est opérationnel mais sa « construction » n'est nullement achevée. Les chantiers restants comprennent la mise en place de son cadre juridique, son financement, le renforcement de son organisation et de son fonctionnement ainsi que le développement des centres départementaux. Par ailleurs, les équipes des directions départementales disposant en leurs seins de personnels requis pour la gestion des données ont vu leurs capacités renforcées, grâce au transfert de compétences opéré par les consultants recrutés par l'OMS. Ces agents de santé sont à présent capables de créer et mettre des bases de données de surveillance épidémiologique et produire régulièrement des rapports de situation.

En ce qui concerne prise en charge des cas, on note que : i) le pays dispose désormais d'un pool de formateurs et de personnes ressources (personnel médical, infirmiers, sage-femme) formées et ayant expérimenté la prise en charge médicale des cas de COVID-19 ; ii) le système de pré-tri mis en place à l'accueil dans les centres de santé intégrés et les hôpitaux de base a valeur de modèle organisationnel et gagnerait à être formalisé, accompagné d'instructions et de directives techniques et vulgarisé en conséquence ; et iii) l'intégration des actions de riposte dans le fonctionnement régulier des formations sanitaires, de façon à garantir la continuité des soins et services de santé, cas de la mise en place des dispositifs de pré-tri et des unités d'accouchement destinées aux femmes enceintes dépistées positives à la COVID-19.

Dans le domaine des laboratoires et de la recherche, les principaux acquis comprennent : i) la création des capacités à réaliser les tests de diagnostic du COVID-19 au LNSP ; ii) le renforcement des compétences techniques spécifiques telles que celles relatives à l'inactivation du virus par la chaleur ; et iii) l'insertion du LNSP dans un réseau de laboratoires pour un travail collaboratif sur des sujets d'intérêt commun et ce sous l'égide du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.

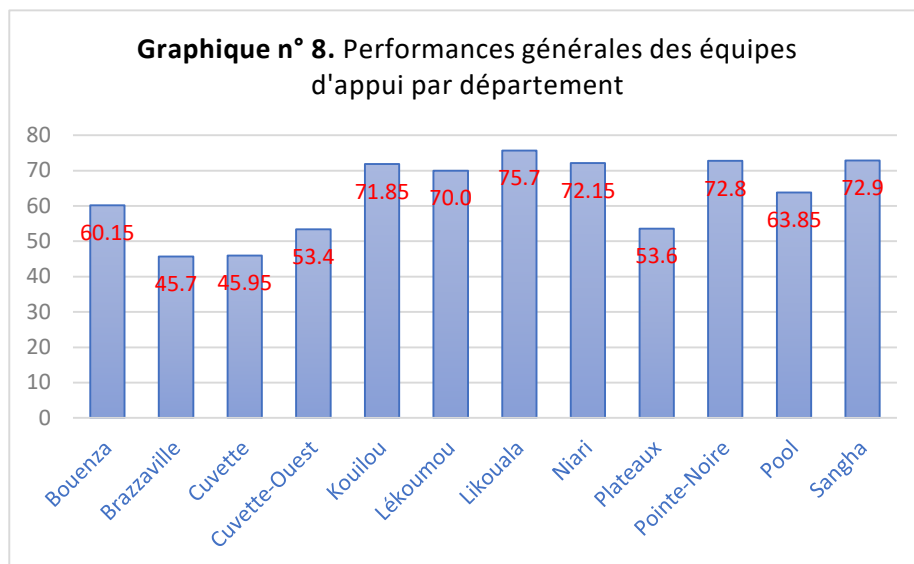
Au nombre des acquis réalisés dans le domaine de la prévention et du contrôle de l'infection, on peut citer : i) l'existence dans tous les départements du personnel formé dans le domaine de la lutte anti-infectieuse ; ii) l'intégration de l'évaluation des formations sanitaires dans le domaine de la lutte anti-

infectieuse dans les activités des équipes des districts sanitaires ; et iii) la disponibilité d'un ensemble de documents d'instructions techniques, de normes et procédures standards.

Enfin, les spots diffusés dans les médias locaux et les messages de prévention traduits dans les langues locales sont de réels acquis de l'appui en matière de communication. Par ailleurs, les approches utilisées pour gérer les rumeurs et les faits de désinformation gagneraient à être systématisées en termes de bonnes pratiques. Il en est de même des enquêtes de type connaissance, aptitude et pratiques qui ont été faites afin de mieux ajuster les messages en fonction de leurs populations cibles.

3.2.3.13 Performances de l'appui de l'OMS à la riposte à la pandémie

Tous ces acquis ont été réalisés grâce aux efforts consentis pour conduire le plus efficacement possible l'exécution des différentes interventions soutenues par l'OMS et atteindre les objectifs visés. En effet, l'indice de performance générale des équipes d'appui aux départements développé à la faveur de l'évaluation externe de l'appui de l'OMS à la riposte à la pandémie après six mois d'intervention donne une image nette des efforts accomplis dans chaque département. Il indique des valeurs qui varient 45,7 % à 71,8 %. Au total, 10 départements sur 12 ont des indices de performances supérieurs à 50 %. Les départements de Brazzaville et de la Cuvette ont les performances générales les plus faibles avec 45,7 % et 45,9 %, respectivement. Quatre départements ont



des indices compris entre 53,4 % et 63,8 %. Il s'agit de la Cuvette-Ouest, des Plateaux, du Pool et de la Bouenza. Pour les six autres départements l'indice de performance générale est supérieur ou égal à 70 %, (graphique n° 8).

3.2.3.14 Leçons tirées de l'appui de l'OMS à la riposte à la pandémie de COVID-19 au Congo.

L'expérience issue de la coordination des partenaires techniques et financiers et de la mobilisation des ressources dans le contexte de la crise sanitaire de la COVID-19 montre qu'il est possible de l'assurer efficacement au Congo. La coordination des partenaires exige, comme dans tout autre composante du développement une vision partagée des ressources, une organisation et des mécanismes appropriés de communication et de concertation. Cette expérience considérée comme prometteuse mérite d'être poursuivie et consolidée.

Le contexte de la riposte contre la COVID-19 en 2020 a renforcé la position de l'OMS en tant qu'agence technique, dans ses fonctions de conseil auprès du gouvernement, de chef de file des partenaires techniques et financiers du secteur de la santé, tout en gardant une

distance suffisante pour garantir l'indépendance de l'organisation vis-à-vis du gouvernement.

La gestion et le partage de l'information assurés par l'OMS ont été très appréciés par les partenaires techniques et financiers. La diffusion régulière du SITREP sur l'évolution de la pandémie dans le pays, le partage d'informations ainsi que les échanges entre PTF entrepris essentiellement lors des réunions hebdomadaires ont permis à plusieurs PTF, non seulement de mieux suivre l'évolution de la situation, d'identifier les défis, mais aussi et surtout de prendre des décisions d'allocation ou de réorientation de leurs contributions en faveur de la riposte, et

de suivre l'utilisation de celles-ci. Par ailleurs, les actions de coordination ont contribué à faciliter l'harmonisation et l'alignement des partenaires sur les priorités et les sollicitations du gouvernement.

Enfin la production et la diffusion de la cartographie des contributions des partenaires techniques et financiers en appui à la riposte contre le COVID-19 a eu entre autres effets : i) d'améliorer l'information du gouvernement et des acteurs sur les interventions des différents partenaires ; ii) de mettre davantage de transparence sur la nature des interventions et leurs allocations budgétaires ; et iii) de disposer d'un outil de dialogue, de suivi de la mise en œuvre des interventions et de mobilisation des ressources.

3.2.4 Initiative pour l'éradication de la poliomyélite

La résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé pour l'éradication de la polio a été adoptée en 1988 alors que l'épidémie atteignait 350 000 cas avec plus de 35 000 morts dans 125 pays du monde avec un embrasement de tous les pays d'Afrique. Dès lors de multiples actions ont été mises en œuvre à travers l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite, conformément aux objectifs adoptés sur le plan mondial. C'est ainsi que la mise en œuvre de l'initiative a conduit à la certification mondiale de l'éradication du poliovirus de type 2 en 2015 et du type 3 en 2019 et, enfin, à la certification de l'éradication du poliovirus de

type 1 en Afrique, le 25 août 2020. Cependant la Région africaine reste confrontée à la persistance des cas de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (PVDVc2)

Malgré ce faciès épidémiologique du PVDVc2, le Congo n'a notifié aucun cas de poliovirus circulant dérivé du vaccin jusqu'en août 2020. Et ce, alors que le pays fait frontière avec quatre pays épidémiques, dont la République démocratique du Congo avec laquelle la République du Congo partage le fleuve Congo sur 2410 kilomètres, du Nord au Sud du pays. C'est en septembre 2020 que le pays a notifié son premier cas de PVDVc2. Et les résultats de la revue documentaire réalisée en octobre 2020 montrent quelques goulots d'étranglement dans la mise en œuvre de la surveillance, confortant l'hypothèse d'un risque élevé d'émergence mais, surtout, d'importation du PVDV de type 2 compte tenu de la proximité de flambées mais aussi de la présence d'une importante frange de population à risque (les déplacés et les réfugiés) à la frontière Est du pays, et au regard de la perméabilité des frontières.

Pour faire face à cette situation, l'OMS et les autres partenaires de la coordination de l'initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite ont apporté un appui conséquent au renforcement de la surveillance des cas de paralysies flasques aiguës (PFA), la vaccination systématique et à l'organisation des activités supplémentaires de vaccination.

Dans le cadre du renforcement de la surveillance des PFA et de la surveillance environnementale, au total 99 cas de PFA ont été notifiés en 2020 dont 89 soit 90,8 % ont été classés non poliomyélitique. Le taux de cas de PFA non poliomyélitique est 3,6 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans à la 53^e semaine de surveillance (cible=3). La proportion des selles recueillies dans les 14 jours est 85,9 % (cible 80 %) avec un taux d'adéquation de 78,8 % (cible 80 %).

On note que six sites de la surveillance environnementale ont été mis en place à Brazzaville et à Pointe-Noire. Et un cas de PVDVc2 a été notifié dans le district sanitaire de Mvouti-Kakamoeka (Département du Kouilou) et 1 cas de poliovirus de type 2 (PV2) identifiés sur des échantillons de surveillance environnementale dans le district sanitaire de Poto-Poto (Département de Brazzaville). Le tableau ci-dessous illustre la situation des principaux indicateurs de la surveillance des PFA. Ils traduisent les progrès réalisés dans le domaine, avec le soutien de l'OMS. En effet, les deux principaux indicateurs de la surveillance des PFA sont maintenus au niveau de certification requis : taux de PFA non poliomyélitique = 3,67 (cible =3) ; proportion des cas de PFA prélevés dans les 14 jours = 86 % (cible 80 %).

Encadré n° 8. Indicateurs de surveillance des PFA par départements.

Par ailleurs, le soutien de l'OMS a été apporté aux 12 districts sanitaires cibles, afin de contribuer au renforcement de la

vaccination et à l'amélioration de l'accès aux soins et services de santé. Pour ce qui concerne le renforcement de la vaccination systématique dans ces districts, l'OMS a soutenu, l'organisation des stratégies avancées ainsi que le rattrapage des abandons vaccinaux. Par ailleurs, en dépit des efforts accomplis, les deux passages des activités de vaccination supplémentaires planifiés pour prévenir les cas de poliovirus sauvage et les cas de PVDVc2, n'ont pas pu être réalisées, à cause de la riposte à la pandémie de COVID-19. Toutefois, étant donné que le pays est en épidémie de PVDVc2, il compte parmi les pays prioritaires pour bénéficier de l'appui de l'OMS et des partenaires dans ce domaine. Des activités intenses vont être poursuivies en 2021, avec notamment l'introduction du vaccin VPOn2.

3.3 Contribution à un meilleur état de santé et un plus grand bien être

Promouvoir la santé et le bien être selon les approches de la « santé dans toutes les politiques » est l'un des résultats majeurs prévus dans la stratégie opérationnelle de mise en œuvre du treizième PGT. En conformité avec cette orientation, le bureau de pays a mené un plaidoyer auprès des ministères en charge respectivement de la santé et de l'environnement, dans le cadre de la mise en œuvre de la Déclaration de Libreville. À l'issue de ce plaidoyer un groupe de travail technique santé-environnement a été mis en place. Celui-ci est composé de sept personnes formellement désignées. Outre le délégué du bureau de pays, quatre membres relèvent du ministère en charge de la santé et

deux du ministère de l'environnement. Le rôle et les principales attributions de ce groupe de travail sont entre autres de définir les priorités dans le domaine et d'élaborer les documents stratégiques et opérationnels et ainsi que des propositions pour la mobilisation des ressources.

Les activités du secteur eau-hygiène-assainissement ont été par contre intensifiées, tirant profit des interventions en lien avec la riposte à la pandémie. Et plusieurs d'entre elles ont bénéficié d'un appui technique et financier de l'OMS. Il s'agit essentiellement de la formation des personnels de santé en charge de l'hygiène ainsi que des organisations non gouvernementales et d'autres structures privées sur les procédures de désinfection des établissements publics (marchés, écoles, hôpitaux...), le traitement des déchets et la gestion des enterrements dignes et sécurisés) et la mise à disposition du matériels et autres intrants, tels que les solutions de désinfection.

Par ailleurs, en dépit des contraintes du moment, la célébration des journées internationales a été mise à contribution pour mettre un accent particulier sur la diffusion des messages de prévention et de promotion de la santé.

3.4 Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien au pays

L'année 2020 a manifestement marqué un tournant décisif dans le renforcement des

capacités du Bureau et l'amélioration de la visibilité de son action, tant au niveau central que dans les districts sanitaires. Les efforts initiés pour soutenir la mise en œuvre de la stratégie opérationnelle du treizième PGT ont été amplifiés pour contribuer à répondre efficacement aux défis posés par la riposte à la pandémie. Des efforts remarquables ont été consentis et des progrès réels accomplis principalement dans les domaines de la coordination du partenariat en santé, de la mobilisation des ressources, de la communication et de la présence de l'expertise technique de l'Organisation au niveau opérationnel.

3.4.1 Coordination du partenariat et mobilisation des ressources renforcées.

Avant l'avènement de la pandémie de COVID-19, la coordination des partenaires techniques et financiers était marquée par des insuffisances dans l'accompagnement harmonieux du secteur de la santé, notamment dans la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire. Ces insuffisances se traduisaient entre autres par l'absence d'un cadre de concertation fonctionnel, l'irrégularité des rencontres aussi bien entre partenaires qu'avec le gouvernement, la faible circulation de l'information et une implication insuffisante de certains partenaires dans les activités gouvernementales. Cette situation se traduisait aussi par une incapacité des partenaires techniques et financiers à agir d'une manière concertée et coordonnée pour accompagner le gouvernement dans la

mise en œuvre de son plan. C'est ainsi que les partenaires n'étaient pas toujours en mesure de parler d'une même voix et avaient parfois des prises de positions discordantes, voire concurrentielles. Ce qui augmentait de facto les risques d'inefficacité de leur appui au gouvernement. Par ailleurs, le Ministère de la santé ne disposait pas d'informations complètes et à jour sur les activités, les lieux ou les bénéficiaires des interventions des différents partenaires dans le secteur. Face à cette situation, des choix stratégiques et des actions majeures synthétisés ci-dessous, ont été entrepris par le bureau de pays en vue d'améliorer la coordination du partenariat dans le secteur de la santé et la mobilisation des ressources.

La coordination au sein du bureau de l'OMS, a été redynamisée par la création d'un secrétariat à la coordination des partenaires techniques et financiers avec un fonctionnaire dédié exclusivement à cette tâche incluant la mobilisation des ressources. Ce secrétariat contribue à renforcer la coordination des interventions des partenaires techniques et financiers à travers diverses activités. Elles comprennent l'organisation des rencontres bilatérales, la systématisation des réunions de coordination des partenaires techniques et financiers, impliquant parfois des délégués du Ministère de la santé, la diffusion des informations et la mise en place de groupes de travail thématiques des partenaires techniques et financiers.

Une assistance exécutive a été mise en place auprès du cabinet du Représentant. Cette disposition participe du choix stratégique de renforcer résolument la capacité du bureau de pays. Dans la même logique, les rencontres bilatérales entre le Représentant de l'OMS et les chefs de missions diplomatiques accréditées au Congo ont été multipliées et renforcées, y compris avec les chefs des institutions du système des Nations Unies (SNU).

Dans le cadre de la préparation à la riposte à

Encadré n° 9. Renforcement de la coordination des partenaires techniques et financiers en santé au Congo : une expérience prometteuse.

la COVID-19, le bureau de pays avait initié en février 2020, peu avant l'annonce de l'épidémie au Congo, une réunion d'information générale sur la pandémie à laquelle avait participé entre autres la plupart des chefs de missions diplomatiques accréditées au Congo et des chefs d'institutions du SNU. Cette réunion avait offert à l'OMS l'opportunité de présenter la situation de l'épidémie dans le monde, passer en revue ses enjeux au Congo et de mobiliser l'ensemble des partenaires techniques et financiers en faveur de la riposte à la pandémie dans le pays. De façon globale, l'OMS a intensifié les rencontres et les échanges avec les partenaires techniques et financiers en vue de répondre à des besoins en information ou en facilitation.

3.4.2 Mise en place de la plate-forme de coordination des partenaires techniques et financiers

En sa qualité de chef de file du secteur de la santé, l'OMS organise une réunion périodique de coordination des partenaires. Avec la survenue de la pandémie de COVID-19, ce dispositif a été renforcé en tirant profit des initiatives prises et a facilité de fait l'engagement du gouvernement et ses partenaires dans un dialogue politique en vue de favoriser la couverture sanitaire universelle et la riposte à cette urgence.

Des réunions hebdomadaires des partenaires techniques et financiers ont été instituées. A travers son secrétariat de coordination des partenaires techniques et financiers, le Bureau de l'OMS a fait en sorte que tous les partenaires du secteur de la santé puissent se réunir en mode présentiel ou virtuel. Les réunions en présentiel étaient organisées initialement dans la salle de réunions de l'OMS et par la suite, elles ont été délocalisées de façon tournante dans les locaux des différents partenaires comme l'Union européenne.

Outre les réunions hebdomadaires instituées dans le cadre de l'appui à la riposte à la pandémie, cinq (5) groupes de travail techniques des partenaires techniques et financiers ont été mis en place, dédiés respectivement : i) à la coordination ; ii) aux interventions techniques ; iii) à la gestion des approvisionnements ; iv) au suivi-évaluation ; et v) aux aspects socioéconomiques liés à la COVID-19. Ces groupes thématiques dirigés

chacun par un « lead » et un co-lead » ont été mis en place par un appel à manifestations d'intérêt. Chaque groupe a la mission d'interagir directement avec les acteurs nationaux impliqués dans les différentes commissions techniques de coordination nationale de la riposte à la COVID-19.

Le bureau de pays est également pleinement engagé dans les travaux du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF). L'OMS joue le rôle de lead du groupe de résultats santé, VIH/Sida, Nutrition, eau et assainissement de l'UNDAF. En cette qualité l'OMS s'est particulièrement impliquée dans la planification, le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation du plan de travail conjoint 2020 ainsi que l'élaboration du plan de travail de l'année 2021, en collaboration avec les autres institutions du système des Nations Unies.

La réduction du déficit en information qui prévalait avant la mise en place du cadre de concertation des partenaires techniques et financiers est l'un des résultats saillants qui découlent des efforts fournis par le bureau de pays. En effet, le partage des informations et de documents entre PTF a été facilité par le secrétariat de la coordination des partenaires techniques et financiers jouant le rôle de point focal auprès de ces derniers. Le cadre de concertation des partenaires techniques et financiers santé est un creuset d'échanges approprié et de partage sur les problématiques de santé. En 2020, au total 40 réunions virtuelles et huit réunions en présentiel ont été tenues dans le cadre de la

coordination des interventions des partenaires techniques et financiers.

Les échanges entrepris lors des réunions ont également eu une importante fonction d'information des partenaires techniques et financiers sur l'action du ministère en charge de la santé et des autres secteurs. Ces réunions ont aidé les partenaires techniques et financiers à travailler de façon plus concertée afin de mieux accompagner le gouvernement dans des actions telles que la revue à mi-parcours de PNDS 2018-2022, la préparation et de réponse à la maladie à virus Ebola et à la riposte à la COVID-19, grâce à des appuis synergiques et complémentaires aux sollicitations du gouvernement.

Le bureau de pays a pleinement joué ce rôle d'information dans le cadre de la préparation et la riposte à la maladie à virus Ebola et à la pandémie de COVID-19 et ce à travers le soutien à la coordination nationale pour la production et la diffusion régulière des rapports de situation. L'enquête réalisée en ligne auprès des partenaires techniques et financiers sur leur perception du SITREP et du rôle de l'OMS dans la gestion de l'information a montré que de manière générale, la majorité des partenaires sont complètement satisfaits (54 %) du rôle de l'OMS dans la gestion de l'information liée à la COVID-19. Une partie des partenaires est satisfaite partiellement (39 %). Ce résultat encourageant se traduit en pratique par un intérêt croissant des partenaires techniques et financiers du secteur de la santé à participer activement aux rencontres

hebdomadaires instituées. Les résultats de l'enquête et les recommandations des partenaires techniques et financiers sur la gestion et le partage d'informations, incluant leurs attentes constituent un outil de plaidoyer auprès des instances nationales. Ils ont contribué à alimenter le dialogue politique entre les partenaires techniques et financiers et le gouvernement.

3.4.3 Mobilisation des ressources renforcée

Dans le cadre de la riposte à la COVID-19, le fonctionnement régulier de la plateforme des partenaires techniques et financiers a considérablement contribué à lever des fonds en faveur de la riposte à la pandémie. En fin décembre 2020, le montant total des contributions financières des partenaires techniques et financiers était estimé à plus de 36 millions de dollars É.-U. Au total, 15 partenaires techniques et financiers constitués des institutions du système de Nations Unies, des institutions de coopération bilatérale et multilatérale ont complété l'outil de compilation des contributions des partenaires techniques et financiers initié par l'OMS.

Par ailleurs, les efforts entrepris par le bureau de pays dans ce domaine ont abouti à l'identification des opportunités de financement auprès des partenaires et à l'initiation des requêtes qui ont été adressées aux bailleurs de fonds potentiels. Ainsi donc, la soumission de ces requêtes s'est soldée par le financement de deux projets dont

l'exécution est à charge du bureau de pays. Le projet PEF COVID-19 (Pandemic emergencies funding facilities) est le premier. D'un montant de 500 000 dollars É.-U., il a été financé par la Banque mondiale en vue de renforcer la riposte à la pandémie en impliquant le secteur privé de santé, incluant la société civile, les ONG et associations communautaires dans tous les départements du pays. Tout en contribuant au renforcement du système de santé, ce financement a renforcé l'implication de la société civile et des formations sanitaires privées dans la riposte à la pandémie. Ce faisant, sa mise en œuvre a également offert à l'OMS une opportunité supplémentaire pour jouer le rôle de facilitation du dialogue entre le ministère et le secteur privé de santé. En ce sens, l'OMS a favorisé la signature d'un protocole d'accord entre le ministère en charge de la santé et l'alliance du secteur privé de la santé, dans le cadre de l'appui à la riposte à la pandémie de COVID-19. Le second projet vise à renforcer le système de santé et à soutenir le renforcement de la résilience du système de santé dans le contexte de la pandémie de COVID-19 au Congo. Il est financé à hauteur de 360 000 dollars É.-U. par la coopération japonaise.

En outre, le support de l'OMS a été déterminant dans l'élaboration et le suivi des demandes de financement auxquels le pays est éligible. Ceci est notamment le cas de la requête pour le financement de la campagne nationale de vaccination contre la fièvre jaune obtenu auprès de GAVI. C'est

également le cas des notes conceptuelles adressées au Fonds Mondial pour la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose, programmes dont les financements d'un montant global de 57 106 306 euros ont été obtenus pour la période 2021-2023. Tout comme l'appui de l'OMS à la rédaction des demandes de financements C19RM phase 1, devant permettre d'adapter les interventions des subventions VIH, tuberculose et paludisme au contexte de la COVID-19. Et, dans le cadre du Programme conjoint pour l'amélioration de l'accès des populations autochtones et vulnérables aux services sociaux de base dans le département de la Lékoumou, un financement de 560 748 dollars É.-U. a été mobilisé pour la période 2020-2021.

3.4.4 Concertations régulières et dialogue politique avec les autorités nationales.

Au cours de l'année, le bureau de l'OMS a organisé des réunions tant présentes que virtuelles avec le cabinet du ministre en charge de la santé. Ces rencontres, ont permis d'une part, de faire le point sur le plan de riposte et des différentes activités afférentes, de faire le suivi, d'identifier les goulots d'étranglement qui freinent la réalisation de ces activités et, d'autre part, de contribuer au renforcement de la collaboration avec la partie nationale et également au renforcement du leadership de l'OMS au Congo.

C'est ainsi que parmi les plus importantes figurent les réunions tenues avec le ministre en charge de la santé et son cabinet, dont les discussions ont porté sur : i) la situation de la COVID-19 ; ii) la situation de la maladie à virus Ebola ; iii) l'organisation de la campagne de lutte contre la poliomyélite ; iv) l'évaluation indépendante de l'appui de l'OMS à la riposte à la pandémie de COVID-19 ; et v) la planification de l'UNDAF. Des séances de travail ont été tenues avec les autorités sanitaires nationales dédiées à des sujets majeurs tels que la mobilisation des ressources auprès des partenaires techniques et financiers, la présentation des projets mis en œuvre par l'OMS, le suivi de la riposte à la pandémie et la revue à mi-parcours du PNDS 2018-2022. Hormis les échanges d'informations, toutes ces rencontres ont permis, de mettre en lumière certains aspects mais surtout, de faciliter les prises de décisions affirmant ainsi l'effectivité de la présence de l'OMS et la visibilité de son action au niveau stratégique.

3.4.5 Capacités nationales renforcées pour la mise en œuvre du PNDS

Dans la suite logique du renforcement des capacités de planification opérationnelle des directions départementales de la santé et des districts sanitaires, l'OMS a mis en place un outil de suivi des progrès accomplis dans les aires de santé, en matière d'amélioration de la demande et d'offre de soins et services de santé. Il s'agit d'une plateforme informatisée, construite avec 18 indicateurs à même de renseigner sur le développement d'une aire

de santé et qui ont vocation de constituer un outil de suivi mensuel de l'accès des populations aux soins et services de santé. Conçue et développée en 2020, cette plateforme a été utilisée pour la collecte et l'analyse des données des districts cibles de l'OMS. Les résultats produits de son utilisation ont servi de base pour une planification plus ciblée du travail des coordonnateurs départementaux de l'OMS.

Par ailleurs, les capacités de leadership de plus de trente femmes travaillant à différents niveaux ont été renforcées à travers une session de formation qui leur a été spécifiquement dédiée. Et, plus de cinquante jeunes titulaires de diplômes de Master en santé publique issus du programme de formation en santé publique de l'Université Marien Nguabi et du CIESPAC ont été recrutés comme consultants juniors et déployés dans les 12 départements du pays. Ces derniers ont préalablement bénéficié d'une session de briefing sur l'organisation et le fonctionnement des districts sanitaires et sur les fondamentaux d'une riposte aux épidémies avant leur mise en route sur le terrain. Les capacités opérationnelles de riposte à la pandémie de COVID-19 des départements ont par conséquent été renforcées par cet apport en ressources humaines qualifiées dont par ailleurs, les compétences ont été mises à contribution pour le soutien au processus de revitalisation des districts sanitaires qui les ont accueillis.

Afin de permettre un fonctionnement continu et une meilleure coordination des

activités des directions départementales de la santé, l'OMS a renforcé les capacités de télétravail des 12 directions départementales (déploiement de la plateforme Zoom dans les 12 directions départementales de la santé avec acquisition des licences et formation des utilisateurs).

3.4.6 Recherche en santé dynamisée et Comité consultatif mis en place

Le Congo dispose désormais d'un comité consultatif pour les évaluations et la recherche. Mis en place le 22 janvier 2020, il est constitué de sept membres issus des institutions nationales de recherche, dont une fondation. Conformément aux orientations du treizième PGT, ce comité a pour rôles : i) d'identifier les domaines prioritaires pour les évaluations et la recherche liées à la mise en œuvre de la politique nationale de santé au Congo ; ii) de conseiller le Représentant de l'OMS au Congo sur les voies et moyens devant permettre au bureau de pays d'améliorer son soutien aux évaluations et à la recherche ; iii) de soutenir la recherche en santé au Congo ; iv) de faire les recommandations sur les projets soumis par les institutions de recherche et devant être financés par l'OMS ; v) d'examiner les résultats des travaux des évaluations et de la recherche soutenus par l'OMS ; vi) de faire des recommandations pour l'utilisation de ces résultats afin de passer à l'action ; et vii) d'accompagner le bureau de l'OMS dans la dissémination des résultats. C'est ainsi qu'en fin 2020, le Comité Consultatif a élaboré et validé son plan de travail de l'année 2021

avec l'appui de l'OMS. Les recommandations de ce plan ont été approuvées par le Représentant de l'OMS au Congo. Au terme de ce processus, le Congo dispose désormais d'un comité consultatif fonctionnel pour les évaluations et la recherche.

Diverses études en lien avec des programmes de lutte contre la maladie ont été réalisées grâce au soutien de l'OMS. Il s'agit d'une série d'enquêtes qui portent respectivement sur la riposte à la pandémie, l'entomologie de l'onchocercose, le tabagisme chez les jeunes de 13 à 15 ans en milieu scolaire, les déterminants des décès extrahospitaliers des enfants dans les départements de Brazzaville et de Pointe-Noire et sur les connaissances, attitudes et pratiques, des jeunes scolarisés de la ville de Brazzaville face au VIH/sida.

Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé face à la COVID-19. Cette enquête a été réalisée courant juin 2020, auprès d'un échantillon de 399 agents de santé recrutés dans 19 formations sanitaires des départements de la Bouenza et du Niari. L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé des départements du Niari et de la Bouenza sur la COVID-19. Ses résultats montrent que 58 % des agents avaient un bon niveau de connaissance sur la COVID-19 ; 53 % avaient un niveau d'attitudes favorables et 57 % avaient des bonnes pratiques. Il est apparu que les agents de santé ayant des connaissances suffisantes étaient plus aptes à avoir des attitudes favorables et ceux qui avaient des connaissances suffisantes et des

attitudes favorables avaient de bonnes pratiques. En définitive, elle a montré que les connaissances des agents de santé enquêtés sur la maladie à COVID-19 étaient globalement satisfaisantes. Toutefois, de nombreux défis en lien avec leurs attitudes et leurs pratiques demeuraient importants, en raison de leurs implications dans les conduites professionnelles des intéressés.

Évaluation des capacités des formations sanitaires en matière de lutte anti-infectieuse. Initiée à la faveur des interventions de la riposte à la pandémie de COVID-19, l'évaluation des capacités des formations sanitaires en matière de lutte anti-infectieuse a été conduite dans les districts sanitaires cibles de l'appui de l'OMS, en utilisant les cartes de scores recommandées à cet effet. Les résultats ont révélé le niveau exact de chaque formation sanitaire en ce qui concerne la lutte anti-infectieuse. Ils ont servi de base pour élaborer des plans d'action dont la mise en œuvre est destinée à corriger les insuffisances constatées en la matière.

Cartographie des gîtes larvaires productifs de simulies. Une étude entomologique sur l'onchocercose a été réalisée dans les départements du Niari, de la Bouenza, du Pool et de Brazzaville. L'objectif général de cette étude était d'identifier les gîtes productifs des larves de simulies. Plus spécifiquement, il s'est agi de former ou de recycler les équipes sur les techniques de prospection, de collecte et de conservation des larves de simulies ; de prospecter les rivières des départements ciblés ; de collecter les larves des simulies ; et de

déterminer les villages de premières lignes par rapport aux gîtes productifs identifiés. Au terme de l'étude, 68 gîtes ont été prospectés parmi lesquels 12 ont été positifs à *Simulium damnosum*; 19 points ont été sélectionnés comme éventuels points de capture et 40 villages de première ligne ont été identifiés. Dans l'optique d'établir un réseau de surveillance entomologique, qui permettra d'avoir la situation de productivité simulidienne durant les saisons sèche et pluvieuse, il est important de reconduire les mêmes activités de prospection et de capture dans toutes les zones où sévit l'onchocercose au Congo.

Enquête sur le tabagisme chez les jeunes de 13 à 15 ans en milieu scolaire. Commencée en 2019, l'enquête sur le tabagisme chez les jeunes de 13 à 15 ans en milieu scolaire a été achevée en 2020. L'objectif principal visé par cette enquête est de renforcer les capacités du pays à élaborer, appliquer et évaluer les interventions de lutte antitabac. L'enquête s'inscrivait dans le cadre de la mise en œuvre des stratégies recommandées par la Convention-Cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT). Elle a permis d'avoir des données probantes sur la prévalence du tabagisme chez les jeunes de 13 à 15 ans en milieu scolaire. En effet, ses résultats montrent que la consommation de la cigarette chez les jeunes est un phénomène urbain. Elle concerne 15,7 % des jeunes à Brazzaville et 9,2 % des jeunes à Pointe-Noire. La moyenne nationale est évaluée à 9,9 %. En d'autres termes, chez les moins de 15 ans, le tabagisme concerne un jeune sur 10. Ce qui en fait un réel problème de santé

publique qui nécessite une réponse appropriée.

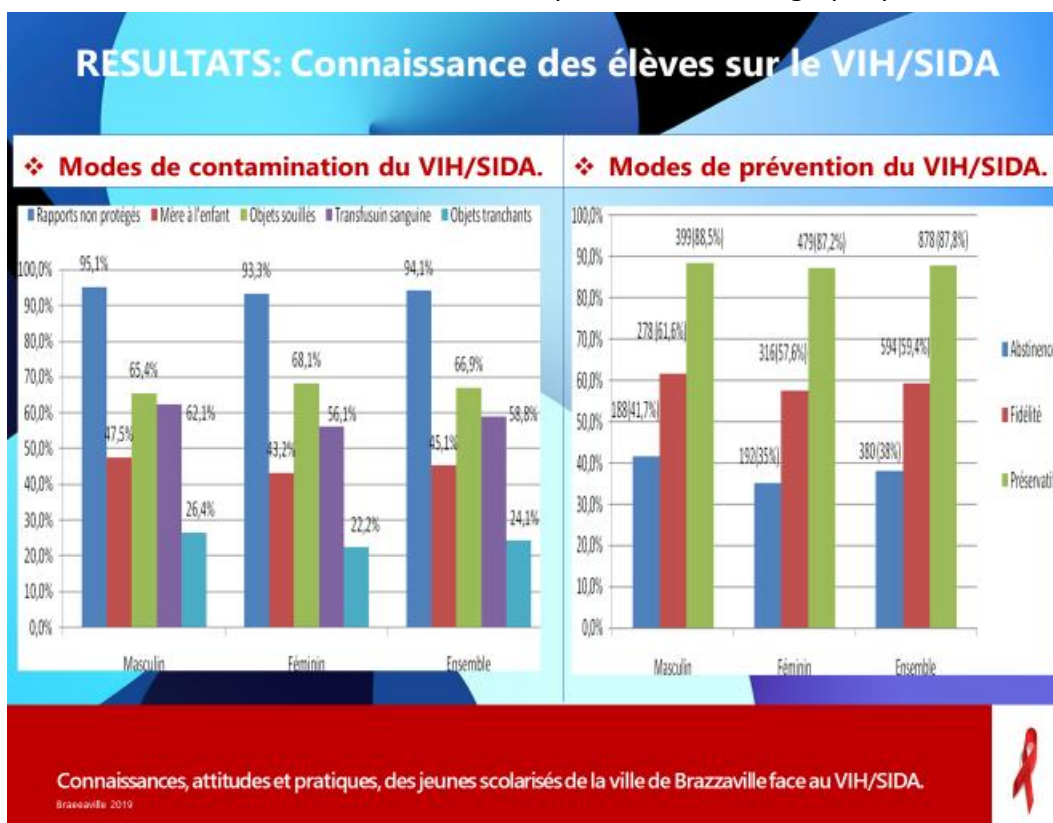
Déterminants des décès extrahospitaliers des enfants dans les départements de Brazzaville et de Pointe-Noire L'enquête sur les déterminants des décès extra hospitaliers des enfants de 0 à 10 ans s'inscrivait dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie intégrée pour la santé reproductive, maternelle, infantile et des adolescents (SRMNIA). Elle a été réalisée dans les départements de Brazzaville et de Pointe-Noire du fait de leurs poids démographiques, mais aussi de la prévalence du phénomène en 2018. Il s'agit d'une étude de type cas - témoins réalisée sur 330 cas d'enfants de 0 à 10 ans décédés en dehors des hôpitaux mais qui y ont été malgré tout enregistrés et 360 enfants hospitalisés dans les mêmes hôpitaux et ayant survécu. Les données ont été collectées à partir des registres des hôpitaux et des questionnaires adressés aux parents. Les variables étudiées concernent les facteurs sociaux, démographiques, économiques, culturels, environnementaux et sanitaires.

La réalisation de cette enquête a permis au pays de disposer de données réelles sur les déterminants des décès extrahospitaliers d'enfants dans ces deux grandes villes, d'étudier le profil socio-épidémiologique des parents des enfants décédés, de décrire les itinéraires de soins des enfants, de déterminer les causes probables des décès et de préciser les déterminants en rapport avec ces décès ainsi les causes en rapport avec les faiblesses et les dysfonctionnements du

système de santé. Tel est le cas des retards apparus dans la prise des décisions thérapeutiques par des agents de santé pour les cas d'urgence ; retards incriminés dans 49,8 % des décès. Il en est également ainsi de la qualité des soins qui a été jugée insuffisante et de l'absence des produits sanguins impliqués respectivement dans 19 % et 8,3 % cas des décès. Ces résultats ont conduit à la formulation des recommandations dont la mise en œuvre effective devra permettre la réduction de l'ampleur de ces décès dans ces deux villes et par conséquent dans tous les autres départements.

Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes scolarisés de Brazzaville face au VIH/sida. L'enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes scolarisés de Brazzaville face au VIH/sida a évalué le degré d'appropriation de la lutte contre le sida dans le milieu des jeunes scolarisés. Il s'est agi de faire une évaluation des connaissances de base sur le VIH à travers ses modes de propagation et ses moyens de lutte ; d'identifier les attitudes des jeunes vis-à-vis du VIH et des PVVIH ;

connaissances, attitudes et pratiques des jeunes scolarisés de la ville de Brazzaville face au VIH/sida. Elles indiquent que la très grande majorité des adolescents enquêtés pratiquent des rapports sexuels non protégés (94,1%); en moyenne 66% et 58,8% ont connaissance de la transmission du VIH respectivement par objets souillés et la transfusion sanguine et 47,5% cette de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Les principaux résultats de cette enquête sont présentés dans le graphique n° 9



d'identifier les comportements à risque des jeunes scolarisés et d'évaluation leur usage du condom. Les données issues de cette enquête ont mis en exergue certaines

Graphique n° 9. Principaux résultats de la connaissance des élèves sur le VIH/sida

3.4.7 Présence de l’OMS plus effective avec une visibilité accrue à tous les niveaux

3.4.7.1 Des capacités de communication renforcées

La stratégie de communication d’impact mise en œuvre par le bureau de pays a eu pour effet une meilleure visibilité de la présence et de l’action de l’OMS, tant au niveau des autorités nationales, des partenaires que des communautés. La communication du bureau de pays a été renforcée et améliorée aux plans interne et externe. De ce fait, il participe de façon plus active à la diffusion de l’information sanitaire, contribuant efficacement au travail du Groupe de communication des Nations Unies et sur les plateformes de communication de propres à l’OMS de façon générale. Une communication interactive est établie avec les différentes structures médiatiques, tant nationales que communautaires. Et un appui non moins important est apporté au ministère en charge de la santé et aux secteurs connexes en matière de communication.

Dans cette optique, le bureau de pays a substantiellement contribué à la mise en place et au fonctionnement d’une plateforme dédiée à la communication digitale. Dans ce cadre, une consultante junior spécialisée dans le domaine a été recrutée et mise à la disposition du ministère en charge de la santé. Le bureau de pays a également contribué de façon efficace à l’élaboration, l’adoption, la validation et la mise en œuvre

du plan national de communication sur les risques et l’engagement communautaire de riposte à la pandémie. Ici également, un consultant a été recruté pour apporter un appui direct à la Commission communication sur les risques et mobilisation sociale, du comité national de riposte à la pandémie.

L’année 2019 a constitué pour le bureau de l’OMS au Congo, non pas seulement celle de la consolidation d’un socle d’ancrage ou d’une fondation solide devant permettre d’accompagner le développement sanitaire du pays de façon plus participative, stratégique et cohérente, mais aussi, de donner le ton à une mise en œuvre pragmatique du treizième PGT de l’OMS en général, et des objectifs du triple milliard en particulier. En matière de communication, ces objectifs se sont concrétisés par une vision essentiellement basée sur le triple objectif suivant : faire connaître, reconnaître et apprécier l’action de l’OMS dans le pays. Par conséquent, l’année 2020 s’est révélée être celle d’une communication plus tactique et plus dynamique dans la mise en œuvre, non pas seulement de la stratégie opérationnelle du treizième PGT, mais également dans l’accompagnement de la gestion de la pandémie de COVID-19.

A la lecture des différentes rubriques de ce rapport annuel, apparaît nettement l’intégration du volet communication par tous et à tous les niveaux. La nécessité de consentir l’effort de communiquer, de partager les informations tant pour créer une dynamique d’engagement communautaire que pour assurer la visibilité de l’action de l’OMS sur le terrain, porte sûrement et progressivement ses fruits. Et de façon

pratique, l'accent a été mis sur un plan de communication intégré au niveau des différents programmes prioritaires. Les capacités des chargés de programmes se sont progressivement enrichies en matière de pratique de la communication et de production des supports requis à cet effet. Il en a résulté notamment une meilleure documentation des résultats des actions réalisées sur le terrain, principalement dans les 12 districts sanitaires cibles de l'appui de l'OMS.

3.4.7.2 Des progrès substantiels en matière de communication digitale

De façon plus globale, l'année 2020 aura été marquée par la mise en place d'un cadre dynamique de communication, incluant la création et la certification des comptes des réseaux sociaux (Twitter et Facebook), ainsi que d'autres outils et approches de communication de proximité. Ce qui a manifestement largement facilité la perception et la mise en œuvre de la vision d'une OMS plus connue, plus reconnue et mieux appréciée.

C'est ainsi que des progrès substantiels ont été effectivement réalisés dans le domaine de la conception des supports et autres canaux de communication, notamment avec la formalisation, la redynamisation et la certification des comptes Twitter (<https://twitter.com/omscongo>) et Facebook (<https://www.facebook.com/OMSCongo/>), dont le nombre d'abonnés n'a cessé de croître, de façon constante. De la centaine d'abonnés que comptait le compte Twitter entre juin 2018 date de sa création et du

lancement de son fonctionnement en informel et mai 2020, date de certification et de sa relance formelle, ce compte a dépassé les 2000 abonnés en fin 2020. D'une dizaine de tweets postés dans sa phase informelle, il a dépassé 400 tweets en fin 2020. Cet état de fait correspond également au compte Facebook qui, de 7000 abonnés, a dépassé les 30 000 en fin d'année 2020. De même, d'un millier de « J'aime » à sa création ce compte a dépassé les 9000 « J'aime » en fin 2020. Ces résultats résument à eux seuls l'intérêt accordé aux communications réalisées par les équipes techniques de l'OMS sur le terrain, tant dans le cadre de l'appui à la gestion de la pandémie, que dans le soutien à la revitalisation des districts sanitaires et à la continuité des soins.

Cette expérience de la communication a largement contribué à l'atteinte de résultats probants par le ministère en charge de la santé, notamment dans la promotion de la santé à travers la communication digitale. Selon le rapport d'activités de communication digitale produit par la consultante junior recrutée et mise à la disposition du Ministère de la santé, il ressort que dans la période de juillet à septembre 2020, les données des publications se présentent telles que décrites ci-après.

Facebook. Le nombre d'abonnés sur la page Facebook du Ministère de la santé et de la population de la République du Congo au 19 juin était de 9815 abonnés ; au 19 septembre, cette page comptait 22 288 abonnés. La majorité de l'acquisition des abonnés durant

cette période s'est faite grâce à des promotions et à la redynamisation des publications. Au total, 56 publications ont été faites durant cette période, comprenant des vidéos, photos et articles. Les publications sur la situation épidémiologique suscitent le plus d'intérêt ainsi que celles qui traitent des mesures annoncées par le gouvernement. Ces publications sont partagées et commentées de manière abondante. La page est principalement suivie au Congo, en France et en République démocratique du Congo. Et 77 % des personnes qui suivent cette page sont des hommes, 22 % sont des femmes. En majorité, ceux qui constituent cette audience ont l'âge compris entre 25 et 34 ans.

Twitter. Cinquante publications ont été effectuées sur le compte Twitter @msppfifd_cg. On constate une augmentation du nombre d'abonnés. On compte 2307 abonnés au 19 septembre, il y en avait 1756 au mois de juin. Il importe de noter que Twitter n'est pas un réseau très utilisé au niveau local par la population. Toutefois, on constate que les informations qui y sont publiées sont beaucoup suivies par les diplomates et organismes internationaux. C'est également le cas dans la promotion de la stratégie de communication de l'OMS en général, et du système des Nations Unies au Congo en particulier, au niveau desquels la contribution du bureau de pays est effective.

3.4.8 La gestion de l'information sanitaire est plus stratégique

Au Congo, le système d'information sanitaire (SIS) fait face à plusieurs défis et reste à ce jour un des maillons les plus faibles du système de santé. En effet, en 2019 le pays ne disposait ni d'une stratégie de développement du système d'information sanitaire, ni d'un plan de travail annuel budgétisé, ni d'un mécanisme électronique de rapportage de données et ne publiait aucun produit d'information sanitaire. Et au niveau national, il n'existait pas de dispositif électronique de rapportage des données dans toutes les formations sanitaires. Enfin, la production du bulletin épidémiologique était irrégulière et restait l'apanage du niveau central à travers la direction de l'épidémiologie et de la lutte contre la maladie. Il n'y avait pas de publication de bulletins épidémiologiques par les districts sanitaires.

C'est dans ce contexte que le bureau de l'OMS a collecté des données primaires dans les formations sanitaires des districts cibles de la mise en œuvre de la stratégie opérationnelle du 13^{ème} PGT. L'objectif visé était de mesurer la qualité de l'offre de soins et services de santé ainsi que la performance des établissements de santé dans ces districts. Ce qui permettait ainsi d'avoir une situation sanitaire de base pour lesdits districts. La plateforme informatisée dénommée « KOBO » a été utilisée à cet effet. Elle intègre et renseigne la mesure des

18 indicateurs de suivi des progrès réalisés dans les aires de santé.

Les résultats issus du traitement des données collectées en utilisant cette plateforme ne manquent pas d'intérêt. A titre illustratif, il ressort qu'aucune formation sanitaire des districts cibles de l'appui de l'OMS ne disposait pas de l'ensemble des 25 médicaments traceurs tout au long de l'année 2020 ; que moins de 4% des personnels étaient formés à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) et seulement 16% des accouchements étaient réalisés à l'aide du partogramme.

Ces résultats ont été présentés aussi bien à la réunion régionale des Représentants de l'OMS dans les pays (RPM) qu'à la revue des plans de travail annuels budgétisés de l'année 2020, des services du ministère de la santé. Cet exercice a été particulièrement apprécié par le ministère de la santé qui dispose désormais d'éléments tangibles et probants pour planifier et orienter certaines interventions.

Par ailleurs, l'OMS a renforcé les capacités des agents de santé dans les départements de Pointe-Noire, de la Lékoumou, de la Bouenza et du Pool à la production régulière de leurs bulletins épidémiologiques. Ils s'en inspirent pour décider des actions sanitaires à mener aux niveaux intermédiaire et périphérique. En outre, le Bureau pays a également apporté son expertise technique à l'élaboration et à l'adoption de la stratégie de

l'information sanitaire 2020-2024 ainsi qu'à la validation du plan de travail 2020 de la Direction de l'information sanitaire, de l'évaluation et de la recherche (DISER).

Pour améliorer le système de rapportage des données de routine, l'OMS soutient le pays à déployer le DHIS-2 (District Health Information Software) dans tout le pays et à faire de cette application, la seule plateforme centralisée destinée à recueillir toute l'information sanitaire de routine à travers le renforcement des capacités des agents de santé à l'utilisation de cet outil.

Pour accélérer le renforcement du système d'information sanitaire en général et le déploiement du DHIS-2 en particulier, un cadre de concertation régulière entre le ministère de la santé, le bureau pays et le bureau Régional de l'OMS a été mis en place. Ce cadre servira de canal de discussions et d'analyse des goulots d'étranglement du SNIS, d'identification des activités prioritaires et d'accélération de leur mise en œuvre.

En collaboration avec le bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique, une dizaine d'experts nationaux ont bénéficié d'une formation technique et stratégique sur la certification médicale des causes de décès, la classification internationale des maladies (CIM-11) et la réalisation des autopsies verbales pour la détermination des causes des décès survenus dans la communauté. A la suite de ces formations, le pays a été appuyé pour le développement d'une feuille de route pour le déploiement de ces trois outils. Le

déploiement effectif de ces trois outils permettra au pays d'améliorer la disponibilité, la qualité et le rapportage des données sur les décès et les causes de décès.

Face à la situation de la pandémie en constante évolution les systèmes d'informations sanitaires sont mis à rude épreuve avec des difficultés de disponibilité de données pour suivre l'ampleur des perturbations dans les services de santé essentiels, pour informer les stratégies d'atténuation et faire face à l'évolution des besoins des communautés et des obstacles à l'accès aux soins. Dans ce contexte et avec la collaboration du bureau régional, l'OMS apporte un appui au Congo à la mise en place d'un système de surveillance de la continuité des services essentiels. Ce système de surveillance permettra au pays de remédier aux lacunes critiques en matière de données de routine et de disposer des données précises et récentes sur les capacités des formations sanitaires de première ligne à fournir des outils essentiels à la lutte contre la Covid-19. Dans le même temps, ce système permettra de déterminer les besoins prioritaires en termes de disponibilité des services, de capacités, formation et protection des personnels, de disponibilité des produits de santé et de fournitures essentielles, de capacités de lutte anti-infectieuse et de mesures de sécurité.

3.4.9 Collaboration renforcée entre le gouvernement et les prestataires de services non étatiques

A la suite de la notification du premier cas positif à la COVID-19, le Congo a élaboré et lancé la mise en œuvre du plan national de préparation et de riposte à la pandémie. Bien que représentant 56 % de l'offre de soins et services de santé de premier contact dans le pays,⁴ les prestataires des soins et services de santé non étatiques n'y étaient malheureusement pas pris en compte de manière effective. En effet, l'appui au système de santé prévu dans le cadre de ce plan national de riposte s'était exclusivement focalisé sur le seul secteur public. Or, la non-implication des prestataires de services de santé non étatiques risquait de limiter la portée et l'efficacité même de la riposte. Les formations sanitaires privées courraient aussi le risque de devenir de véritables foyers de contamination au virus, en raison de l'afflux des malades fuyant la stigmatisation qui avait cours au sein de certaines formations sanitaires publiques, notamment aux premières heures de la pandémie. Quant aux ONG et associations communautaires, leur non-implication en particulier au niveau de la communication sur les risques et l'engagement communautaire réduisait également la portée et l'impact des campagnes de sensibilisation des populations sur la pandémie. C'est donc pour réduire

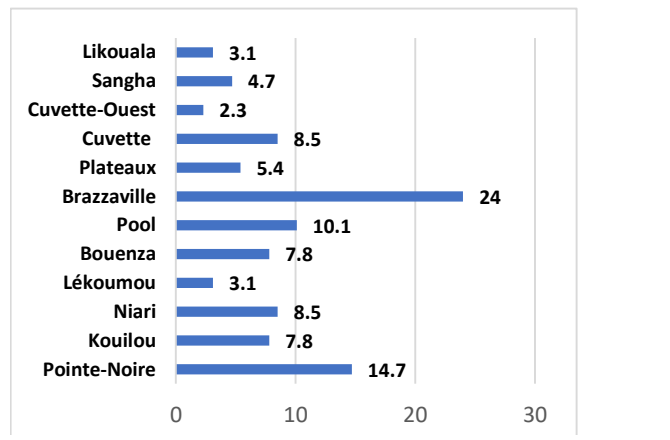
⁴ Enquête démographique et de santé (EDS) et Enquête congolaise auprès des ménages (ECOM), 2005,

l'ensemble de ces risques et aussi rendre plus inclusive la riposte, que le bureau de pays avait été amené, à l'issue d'un plaidoyer auprès des autorités sanitaires nationales, à concevoir et à mettre en œuvre le projet PEF/COVID-19. Cette initiative a été prise conformément au cadre de collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques. Et le financement a été obtenu avec l'appui de la Banque mondiale à travers son mécanisme de financement d'urgence en cas de pandémie.

Financé par la Banque mondiale pour un montant global de 500 000 dollars É.-U., le Projet PEF-COVID-19 vise le renforcement de la riposte à la pandémie de COVID-19 en impliquant le secteur privé de santé, y compris la société civile, les ONG et associations dans tous les départements du pays. Et ce, grâce à l'identification, la cartographie et au renforcement des capacités des prestataires de services non étatiques (PSNE).

Ces prestataires de soins et services de santé non étatiques, ainsi que les ONG et des associations communautaires n'ayant jamais été ni identifiées ni cartographiées, le bureau de pays a dû au préalable les identifier et les cartographier avant d'envisager le renforcement de leurs capacités. La cartographie des PSNE a répertorié au total 129 ONG et associations communautaires, réparties à travers le territoire dont 38,7 % dans les deux principales villes du pays, soit 24 % à Brazzaville et 14,7 % à Pointe-Noire. Il

Graphique n° 10. Répartition des ONG et des associations bénéficiaires du Projet PEF par département



est important de noter que 61,3 % des ONG et associations sont actifs dans les autres départements notamment en milieu rural. Le graphique n° 10 indique la répartition des ONG et associations communautaires bénéficiaires du projet. S'agissant des formations sanitaires privées, au total 31 ont été identifiés, les effectifs les plus importants étant enregistrés dans les départements des Plateaux, de Brazzaville et de Pointe-Noire avec respectivement 7, 6 et 5 établissements privés.

En vue du renforcement de leurs capacités, les PSNE identifiés ont bénéficié de sessions de formation sur la communication et l'éducation de la population à la COVID-19, la prévention, le contrôle de l'infection, le dépistage et la prise en charge des cas simples, modérés ou sévères de COVID-19. S'agissant de ces formations, elles ont été organisées dans les 12 directions départementales de la santé que compte le pays sous formes d'ateliers destinés aux volontaires des ONG et associations communautaires d'une part et aux

personnels des formations sanitaires privées d'autre part.

Toutes les ONG et association identifiées ont pris part aux sessions qui leurs étaient dédiées,

pour un effectif global de 377 participants. À l'issue de leur formation, ces ONG et associations communautaires ont été dotées en moyens de communication et d'éducation des populations à la COVID-19. De même, au total 356 membres du personnel de 31

formations sanitaires privées ont été formés dans le cadre du projet. Et leurs établissements ont été dotés de divers équipements et intrants requis pour prendre efficacement part à la riposte à la pandémie. La distribution des volontaires des ONG et associations communautaires, de formations sanitaires privées et de leurs personnels formés figure dans le tableau n° 2.

Tableau n° 2. Répartition des bénéficiaires des sessions de formation du Projet PEF par département, République du Congo

DÉPARTEMENTS	ONG OU ASSOCIATIONS				FORMATIONS SANITAIRES PRIVÉES			
	Nbre	%	Membres formés		Nbre	%	Personnels formés	
			Nbre	%			Nbre	%
Pointe-Noire	19	14,7	48	12,7	5	16,1	90	25,3
Kouilou	10	7,8	21	5,6	1	3,2	18	5,1
Niari	11	8,5	42	11,1	1	3,2	18	5,1
Lékoumou	4	3,1	14	3,7	1	3,2	14	3,9
Bouenza	10	7,8	35	9,3	1	3,2	18	5,1
Pool	13	10,1	48	12,7	2	6,5	18	5,1
Brazzaville	31	24,0	69	18,3	6	19,4	90	25,3
Plateaux	7	5,4	21	5,6	7	22,6	18	5,1
Cuvette	11	8,5	33	8,8	1	3,2	18	5,1
Cuvette-Ouest	3	2,3	14	3,7	1	3,2	18	5,1
Sangha	6	4,7	18	4,8	1	3,2	18	5,1
Likouala	4	3,1	14	3,7	4	12,9	18	5,1
TOTAL	129	100	377	100	31	100	356	100

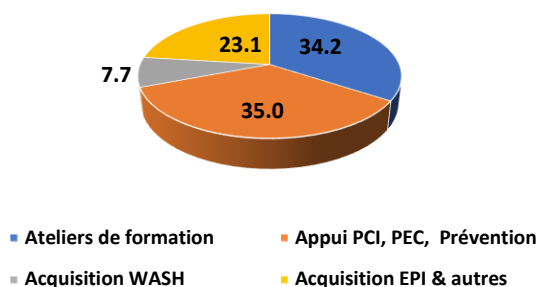
En ce qui concerne le financement de ces activités, il ressort que le coût de l'organisation des différents ateliers de renforcement des capacités des ONG et associations communautaires a été de 46 497 873 FCFA et l'appui apporté aux formations sanitaires du secteur privé concernant à la fois la prévention et le contrôle des infections, la prise en charge et le dépistage des cas de COVID-19 a été évalué à hauteur de 47 618 212 FCFA. L'acquisition et la dotation des ONG et associations communautaires en moyens de communication et de sensibilisation des populations à la COVID-19 a coûté 10 458 500 FCFA alors que le coût des dotations des formations sanitaires du secteur privé en équipements de protection individuelle, moyens de dépistage, divers intrants et équipements en lien avec la riposte à la pandémie a été évalué à 31 355 387 FCFA. Le montant global des dépenses exécutées au titre de cette intervention au terme de l'année 2020 est ainsi évalué à 135 929 972 FCFA. Le graphique n° 11 présente la répartition des dépenses en fonction des interventions financées.

Tout en contribuant au renforcement du système de santé, ce financement a permis une meilleure implication de la société civile et des formations sanitaires privées dans la riposte à la pandémie. Il a aussi remarquablement contribué à la continuité des soins, dans le contexte de la pandémie. Ce faisant, l'exécution de ce projet a renforcé le rôle de facilitation

du dialogue entre le ministère en charge de la santé et le secteur privé, joué par l'OMS. Grâce à ce projet, un protocole d'accord a été signé entre le ministère en charge de la santé et l'alliance du secteur privé de santé. Ses dispositions fixent les conditions de l'implication du secteur privé à la riposte à la pandémie. En effet, la signature de ce protocole a ainsi acté l'intégration réelle de la part du gouvernement, des formations sanitaires privées dans la mise en œuvre du plan national de riposte, avec comme implication factuelle l'accès de ces dernières aux équipements de protection individuelle, d'hygiène et assainissement et autres intrants en lien avec la pandémie au même titre que les formations sanitaires publiques. Enfin, le pays dispose ainsi désormais, grâce au projet PEF/COVID-19, d'une base de données des PSNE susceptibles d'être mobilisés dans le cadre des actions de mobilisation sociale et de communication sur les risques à base communautaire.

En définitive, la mise en œuvre du projet PEF/COVID-19 a assurément comblé le gap de la non implication des prestataires de services non étatiques qui subsistait dans la

Graphique n° 11. Répartition des dépenses du Projet PEF, par type d'intervention, en %



mise en œuvre du plan national de riposte à

la pandémie. L'implication des ONG et des associations communautaires a indéniablement renforcé la prévention et la mobilisation sociale au niveau communautaire, notamment dans les départements ruraux.

Quant à l'implication des formations sanitaires du secteur privé, le projet a renforcé leur intégration dans la mise en œuvre du plan national de riposte et les a mis en capacité d'assurer une prise en charge plus sécurisée des malades du COVID-19, tout en protégeant au mieux leurs personnels et en réduisant les risques de propagation du virus en leur sein. Ce projet a démontré l'intérêt d'une approche plus inclusive et holistique de la riposte à la pandémie. La collaboration féconde qu'elle a rendu possible entre d'une part le bureau de pays et d'autre part le ministère en charge de la santé, l'Alliance du secteur privé de la santé et le Conseil consultatif de la société civile et des ONG gagnerait à être capitalisée. Il s'agirait également à l'avenir, de travailler à la labélisation si possible, des interventions à base communautaire pour une meilleure efficacité des prestataires de services non étatiques qui ont été impliqués dans ce projet.

Encadré n° 10. Le renforcement de la riposte à la pandémie de COVID-19 par la mobilisation des acteurs non étatiques

4 RESSOURCES

Le bureau de pays a efficacement contribué à la mise en œuvre de la stratégie opérationnelle en disponibilisant les ressources humaines, matérielles et financières au niveau central et départemental. En complément des premières initiatives entreprises dès les premières heures de la pandémie, le bureau de pays de l'OMS a surtout apporté au Congo des appuis structurels multiformes tant au niveau national, central, départemental que du district sanitaire dans la mise en œuvre du plan national de riposte à la pandémie de COVID-19. A cette fin, huit domaines d'intervention standard ont été retenus pour aider les pays à faire face à la riposte, garantir la multisectorialité des interventions et leur bonne coordination.

4.4 Ressources humaines

Sur le plan des ressources humaines, plus de cinquante jeunes diplômés en santé publique issus du programme de formation en santé publique de l'Université Marien Ngouabi et d'autres établissements ont été recrutés comme consultants juniors et déployés dans les 12 départements que compte le pays, pour initialement renforcer les capacités opérationnelles de riposte à la pandémie de COVID-19, et par la suite, soutenir le processus de revitalisation des districts sanitaires. Il importe de souligner que selon les résultats de l'évaluation externe de l'appui de l'OMS à la pandémie, le bureau de pays a déployé l'équivalent de 132 homme-mois consultants pour l'appui aux directions départementales,

au 30 septembre 2020, soit une moyenne de 11 homme-mois consultants par département sur une période minimale de 6 mois. Il s'agit d'un appui massif, expérience unique qui n'a jamais été réalisée dans le pays. L'impact de cet appui a été particulièrement effectif dans la coordination des interventions, la surveillance épidémiologique et la communication. Par ailleurs, le bureau de pays a mis à la disposition du LNSP un expert en charge de la formation sur les techniques de prélèvement des échantillons, les tests de diagnostics et la biosécurité. L'objectif visé étant le renforcement des capacités de l'établissement, à travers le transfert de compétences.

4.5 Ressources matérielles

Le bureau de pays a renforcé les capacités des 12 directions départementales en télétravail par une formation des utilisateurs et une dotation des licences Zoom. Dans la même lancée, en vue de faciliter la remontée de l'information sanitaire, douze ordinateurs portables ont été achetés et mis à la disposition des 12 districts sanitaires cibles afin de soutenir la mise en œuvre de la stratégie opérationnelle du treizième PGT.

De même, divers équipements, médicaments et autres intrants ont été mis à la disposition du Ministère de la santé et des districts sanitaires, afin de soutenir les interventions des différents domaines de la riposte à la pandémie, notamment la prise en charge des cas, la prévention et le contrôle des infections ainsi que la communication et l'engagement

communautaire. Il en est ainsi des machines à coudre, des normes AFNOR et accessoires pour la confection des masques en tissus, des EPI, des gels hydroalcooliques, des pulvérisateurs, des thermo flash, des réactifs de laboratoire, des matériels et équipements pour le fonctionnement du COUSP, des véhicules, ainsi que des équipements, réactifs et kits de prélèvements.

Afin de désengorger les hôpitaux saturés par les malades testés positifs à la COVID-19, l'OMS a mis à la disposition de la direction départementale de Pointe-Noire un appartement hôtel pour l'hébergement des malades testés positifs.

4.6 Ressources financières

Sur le plan financier, le bureau de pays avait réussi à mobiliser plusieurs sources de financement pour soutenir la mise en œuvre du plan national de riposte. Ainsi, les ressources financières destinées initialement à la mise en œuvre de la stratégie opérationnelle 2020-2021 et les fonds GAVI dédiés à la couverture sanitaire universelle ont été réorientées vers la riposte à la pandémie de COVID-19. D'autres financements ont été également mobilisés auprès des partenaires pour un montant global de dix milliards cent deux millions deux cent vingt-cinq mille cent soixante-trois (10 102 225 163) FCFA.

Malgré le contexte difficile, le Bureau a mobilisé et alloué aux activités opérationnelles de mise en œuvre du treizième PGT, un montant de 2 242 237 dollars É.-U. répartis ainsi qu'il suit : 51 % ont

été alloués à la riposte à la pandémie ; 10 % aux autres urgences de santé publique ; et 39 % à l'accès aux soins et services de santé de qualité.

4.6.1 Ressources consommées au niveau central

En vue de soutenir la coordination de la riposte, un « gestionnaire d'incident » de niveau international a été affecté par le Bureau régional pour assurer la coordination du système de gestion de l'incident sous la supervision du Représentant de l'OMS.

Il importe de rappeler que le bureau de pays a exécuté deux projets en appui à la riposte à la pandémie, à savoir : i) le projet PEF-COVID-19 qui visait à renforcer la mise en œuvre du plan national de la riposte en impliquant le secteur privé de la santé ainsi que les ONG et associations communautaires, doté d'un budget de 500.000 dollars É.-U. ; et ii) le projet de la coopération avec le Japon financé à hauteur de 360 000 dollars É.-U. et destiné au renforcement de la résilience du système de santé dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Sur le montant total des financements mobilisés, l'appui direct au niveau central a été évalué à 542 734 193 FCFA, soit environ 43 % de l'appui total apporté au pays. Les deux premiers postes de dépenses ont été l'achat du matériel et des équipements de prise en charge des malades de COVID-19 pour un montant de 69 712 840 FCFA et l'achat de 4 véhicules pour les besoins de surveillance des zones frontalières pour un montant de 68 943 575 FCFA, les deux appuis représentant 48 % du montant total apporté par le bureau de

pays de l'OMS au niveau central. Les autres domaines d'appui qui ont bénéficié de ces ressources sont la formation des relais communautaires sur la surveillance à base communautaire et la formation du personnel de soin en charge des cas suspects et confirmés de COVID-19 dans les différents sites. Ils représentent 16 % de l'allocation globale. Puis viennent l'acquisition des machines à coudre et la reprographie de guides AFNOR pour la production locale des masques alternatifs de protection contre la COVID-19 destinés au ministère en charge de la santé, avec 7 % du montant global.

4.6.2 Ressources financières consommées au niveau des directions départementales

Conformément aux dispositions de la stratégie opérationnelle de mise en œuvre du treizième PGT, le niveau départemental a bénéficié de nombreux appuis de la part du bureau de pays au cours de l'année 2020. Elles sont présentées par département, en fonction des interventions qui y ont été réalisées.

Direction départementale de la santé de la Bouenza

La Direction départementale de la santé de la Bouenza a bénéficié d'un appui du bureau de pays dans le cadre de la riposte à la COVID-19 évalué à 15 711 420 FCFA. La formation des relais communautaires sur la surveillance à base communautaire du COVID-19 a constitué le premier poste de dépense avec un coût global de 4 810 800 FCFA, représentant 30 % du montant total de l'appui apporté à ce département. Les deux

autres postes de dépenses les plus importants ont été la formation du personnel de santé du secteur privé aux mesures de protection contre la COVID-19 et le renforcement des capacités des ONG et associations communautaires à la sensibilisation et l'éducation de la population à la COVID-19. Ils représentent 42 % du montant total de l'appui, avec un coût de 3 287 000 FCFA. Et le soutien logistique (location des véhicules pour les missions de supervision) a absorbé 3 000 000 FCFA, soit 7 % de l'appui apporté.

Direction départementale de la Cuvette

La direction départementale de la Cuvette a reçu un appui évalué à 18 209 919 FCFA. Cet appui a été pour l'essentiel technique avec notamment la formation du personnel de santé du secteur privé et publique aux mesures de protection contre la COVID-19, pour un montant de 10 879 661 FCFA, représentant 57 % de l'ensemble de l'appui apporté. Le renforcement des capacités communautaires sur la prévention et détection des cas affectés de la COVID-19 a été le deuxième poste de dépense dans le cadre de cet appui, avec 5 413 050 FCFA, soit 29 %. La formation des membres des ONG et associations communautaires sur la sensibilisation et l'éducation des populations à la COVID-19 a représenté le troisième poste de dépense avec 11 % du montant total des différents appuis.

Direction départementale de la santé de la Cuvette-Ouest

L'appui apporté à la direction départementale de la santé de la Cuvette-

Ouest a été évalué à 9 323 589 FCFA. Avec un financement de 3 187 800 dollars É.-U., le renforcement des capacités communautaires sur la prévention et détection des cas affectés de la COVID-19 a absorbé 34 % de l'appui apporté par le bureau de pays au département de la Cuvette-Ouest. La lutte anti-infectieuse, à travers la formation du personnel de santé du secteur privé aux mesures de protection contre la COVID-19 a mobilisé 22 % du montant global, alors que la communication sur les risques et engagement communautaire a absorbé 2 000 000 FCFA, soit 22 % de l'appui apporté. Enfin, 16 % de cette allocation ont été consacrés à la logistique, essentiellement à la location des véhicules pour les missions de supervision.

Direction départementale de la santé du Kouilou

La direction départementale de la santé du Kouilou a bénéficié d'un appui global de 16 793 392 FCFA dans le cadre de la riposte à la COVID-19. Le premier poste de dépenses a été la formation du personnel de santé du secteur privé aux mesures de protection contre la COVID-19 avec un montant de 6 574 000 FCFA représentant 39 % du montant global des appuis apportés. La formation des agents de santé dans le domaine de la lutte anti-infectieuse, l'isolement, la notification et la prise en charge des cas de COVID-19 ont absorbé 26 %, soit 4 428 400 FCFA du montant global des appuis apportés. Le renforcement des capacités des ONG et associations communautaires dans le domaine de la sensibilisation et de l'éducation de la population à la COVID-19 a bénéficié d'un

appui global de 3 287 000 FCFA soit 20 % de l'allocation affectée au département

Direction départementale de la santé de la Lékoumou

Le département de la Lékoumou a bénéficié d'un appui global de 13 470 457 FCFA, au titre de la riposte à la pandémie. De manière globale, 48 % de cette allocation ont été consacrées au renforcement des capacités du personnel de santé du secteur privé aux mesures de protection contre la COVID-19 et des ONG et associations communautaires sur la sensibilisation et l'éducation de la population à la COVID-19. La formation des agents de santé sur la surveillance épidémiologique et la lutte anti-infectieuse a absorbé 22 % de ces ressources.

Direction Départementale de la santé de la Likouala

Enfin, le bureau de pays de l'OMS a également apporté à la direction départementale de la santé de la Likouala un appui global dans le cadre de la riposte à la pandémie de COVID-19 évalué à 7 121 418 FCFA. La logistique a absorbé 34 % de cet appui (location de véhicules pour les missions de supervision). La formation des agents de santé du secteur privé aux techniques de dépistage des cas de COVID-19, a constitué le second poste avec 29 % des dépenses (2 085 629 FCFA). Vient ensuite la communication sur les risques et engagement communautaire, à travers le renforcement des capacités des ONG et associations communautaires sur la sensibilisation et l'éducation de la population sur la maladie à COVID-19, avec 28 % des dépenses.

Direction départementale de la santé du Niari

La direction départementale de la santé du Niari a bénéficié pour sa part d'un appui dont le montant global et évalué à 11 764 120 FCFA. La somme de 4 440 300 FCFA, soit 38 % du montant global des appuis apportés à ce département a été consacrée à la formation des relais communautaires à la surveillance à base communautaire du COVID-19. Le renforcement des capacités des formations sanitaires privées en matière de lutte anti-infectieuse et celles des ONG et associations communautaires dans le domaine de la sensibilisation et de l'éducation des populations à la COVID-19 a bénéficié de 40 000 000 FCFA, représentant 34 % du montant global des appuis apportés au Niari. L'évaluation des structures sanitaires du district sanitaire de Dolisie sur la PCI dans le contexte de la COVID-19 et l'appui à la supervision des postes frontaliers ont bénéficié de 26 % du montant global de ces ressources, soit 3 069 200 FCFA.

Direction départementale de la santé des Plateaux

La direction départementale de la santé des Plateaux a été soutenue à hauteur de 28 209 913 FCFA. La formation des agents de santé des districts sanitaires sur la surveillance épidémiologique, la lutte anti-infectieuse et la prise en charge des cas de COVID-19 a constitué l'essentiel de l'appui technique apporté par le bureau de pays, avec un coût global de 11 721 893 FCFA, soit 41 % de cette allocation. La formation de l'équipe d'intervention rapide du Département a constitué le second poste de dépense, pour un coût total de 9 914 020 soit 35 % de

l'appui. Viennent ensuite la formation du personnel de santé du secteur privé aux mesures de protection contre la COVID-19, ainsi que celle des ONG et associations communautaires à la sensibilisation et l'éducation de la population à la COVID-19 qui ont absorbé chacune 3 287 000 FCFA, soit 12 % de cet appui.

Direction départementale de la santé de Pointe-Noire

La direction départementale de la santé de Pointe-Noire a bénéficié d'un montant global de 59 925 001 FCFA au titre des appuis réalisés dans le cadre de la riposte à la pandémie de COVID-19. Environ 40 % de cette somme, soit 23 760 000 FCFA ont été consacrés, aux frais d'hébergement des malades du COVID-19 dans les hôtels réquisitionnés à cet effet, pour leur prise en charge. Les interventions réalisées au titre de la logistique (location de véhicules pour les missions de supervision) ont représenté le deuxième poste de dépenses avec 25 % du montant total des appuis apportés à ce département.

Direction départementale du Pool

La Direction départementale du Pool a bénéficié d'un appui global de 19 520 814 FCFA. Le volet technique a constitué l'essentiel de cet appui. À ce titre, la formation des relais communautaires et des membres des comités de santé sur la surveillance à base communautaire et au suivi des contacts a absorbé 61 % de cet appui, soit 11 891 990 FCFA. Celle des formateurs des agents des formations sanitaires publiques sur la surveillance

épidémiologique, la lutte anti-infectieuse et la prise en charge de la COVID-19 a représenté le second poste de dépense avec 15 %, suivi de la formation des agents du secteur privé et des membres des ONG et associations communautaires sur la COVID-19 avec un taux de 12 %. Le quatrième poste de dépense a été celui relatif à la revue des programmes, des plans d’actions 2020 et de la riposte à la pandémie.

Direction départementale de la Sangha

La direction départementale de la Sangha a bénéficié d’un appui global évalué à 7 626 981 FCFA, dédiés à la riposte à la pandémie de COVID-19. Le premier poste de dépenses a été la surveillance épidémiologique avec 31 % (2 376 981 FCFA) de l’appui apporté (supervision des différents points d’entrée). La lutte anti-infectieuse et la communication sur les risques et engagement communautaire ont absorbé chacun 2 000 000 FCFA (26 %), soit 52 % de la totalité des appuis apportés pour les interventions. La location des véhicules pour les missions de supervision a, pour sa part absorbé, 17 % de l’appui apporté au département.

5 DÉFIS ET OPPORTUNITÉS

5.1 Principaux défis

Au regard des progrès réalisés au cours de l'année 2020 et du contexte global marqué par de faibles performances du système de santé comme l'indiquent les résultats de la revue à mi-parcours du PNDS 2018-2022, les principaux défis auxquels le bureau de pays est appelé à faire face relèvent essentiellement des capacités opérationnelles d'une mise en œuvre efficace et performante de la stratégie opérationnelle du treizième PGT. En effet, garder le cap fixé par la vision de cette stratégie, poursuivre avec plus d'efficacité l'appui à la riposte à la pandémie et parallèlement accélérer la revitalisation des districts sanitaires dont le processus a été mis à mal par la survenue de la pandémie imposent divers défis, aussi multiples que variés. Les plus importants méritent d'être relevés.

Maintenir et renforcer le leadership du pays et l'habilitation des communautés

Une des grandes leçons tirées de cette première année de la mise en œuvre de la stratégie opérationnelle est la réceptivité, l'engagement rapide des autorités en charge de la santé du niveau central dans l'élaboration, l'adoption de la stratégie opérationnelle et sa mise en œuvre.

L'OMS devra maintenir et renforcer cette énergie par un renforcement du leadership et de l'appropriation par le niveau national aux différents niveaux y compris le niveau communautaire.

L'OMS devra aussi renforcer le plaidoyer auprès du gouvernement pour un accompagnement des Collectivités territoriales décentralisées dans la mise en œuvre de la loi sur la décentralisation afin de renforcer les capacités opérationnelles des districts sanitaires, , notamment celles des hôpitaux de base, des centres de santé intégrés ainsi que celles des comités de santé.

Maintenir et renforcer la coordination des partenaires techniques et financiers et au-delà

La bonne appréciation que des partenaires techniques et financiers, dans leur grande majorité ont faite de la coordination de leurs interventions impose à minima au bureau de pays de maintenir ce niveau. Mais en réalité, les attentes suscitées auprès de ces partenaires font obligation à l'OMS d'améliorer cette coordination dans ses composantes essentielles telles que la facilitation, la gestion de l'information stratégique, la qualité des réunions et le suivi de leurs conclusions.

Aussi l'OMS devra envisager d'élargir sa collaboration avec les autres acteurs du secteur de la santé. Il s'agit ici de développer des partenariats avec les organisations de la société civile (OSC) et les ONG dans le cadre de la collaboration avec les acteurs non étatiques pour de renforcer les capacités de mise en œuvre des interventions essentielles de santé, au niveau opérationnel.

Mobiliser davantage de ressources financières pour le soutien aux interventions

L'immensité des besoins liés à la riposte à la pandémie d'une part et à la revitalisation des districts sanitaires d'autre part nécessitera encore plus d'accompagner le pays en matière de mobilisation des ressources destinées à financer les programmes qui en découlent. Relèverait de ce défi la mobilisation des ressources aussi bien auprès des partenaires techniques et financiers traditionnels, au niveau local que la recherche des financements innovants.

Poursuivre et améliorer la qualité et l'efficacité de l'appui à la riposte à la pandémie

Nombre d'acquis ont été réalisés grâce à l'appui du bureau de pays à la riposte à la pandémie. Il importe de les consolider. L'achèvement du processus de création du COUSP, l'opérationnalisation des équipes d'intervention rapide, la poursuite de l'intégration de la PCI dans le fonctionnement ordinaire des districts sanitaires et le renforcement de la gestion des données de surveillance épidémiologique dans les directions départementales de la santé en sont des illustrations.

Poursuivre et améliorer la qualité et l'efficacité de l'appui à la revitalisation des districts sanitaires.

L'expérience de l'année 2020 montre que de réels progrès sont possibles dans les districts sanitaires, grâce à un accompagnement in situ approprié. Dès lors il s'agirait de faire en sorte que cet appui passe progressivement du soutien à une activité prioritaire telle que

la vaccination, ou l'utilisation du partogramme à l'offre des paquets d'activités attendus respectivement des centres de santé intégrés et des hôpitaux de districts dans leurs globalités. Il s'agirait en d'autres termes de remettre la rationalisation des centres de santé intégrés et des hôpitaux de district ainsi que le développement des aires de santé au cœur des plans opérationnels des districts sanitaires, et partant des plans opérationnels départementaux.

À cet effet, l'OMS gagnerait à envisager un appui graduel allant du renforcement de toutes les aires de santé de chaque district sanitaire sélectionné et au soutien des hôpitaux de base et des équipes cadres des districts sanitaires.

Le renforcement des capacités du pays dans la production des normes et des directives nationales pour soutenir et guider les interventions au niveau opérationnel devra être intensifié afin de répondre efficacement aux défis de l'offre des soins et services de santé de qualité.

Renforcer les capacités du bureau de pays, les mettre en adéquation avec les attentes du pays et des partenaires techniques et financiers

Qu'il s'agisse de la coordination des partenaires techniques et financiers, de la mobilisation des ressources ou tout simplement du soutien aux différentes activités initiées par le Ministère de la santé, s'acquitter de ces obligations impose au bureau de pays de se doter des capacités requises pour y répondre efficacement. Ces besoins de renforcement des capacités

s'appliquent aussi bien au niveau technique qu'aux opérations. Et couvrent aussi bien les compétences techniques que les compétences personnelles et en matière de leadership.

5.2 Opportunités

Fort logiquement les opportunités identifiées au terme de ce rapport, sont en lien étroit avec la mise en œuvre de la stratégie opérationnelle de mise en œuvre du treizième PGT, et ne sauraient en être détachées. Elles sont considérées ici, aussi bien sur le plan interne qu'externe au bureau de pays.

Un fait est indéniable : le bureau de pays a accumulé une expérience qui peut être résumée en « *l'accompagnement in situ des équipes des directions départementale de la santé et des districts sanitaires* ». Ceci est un vrai atout et une opportunité non négligeable pour la mise en œuvre de la stratégie opérationnelle.

Le bureau de pays jouit d'une certaine crédibilité sur laquelle il faudra capitaliser à la fois pour mobiliser les ressources et remplir efficacement les fonctions institutionnelles assignées à l'Organisation dans le pays.

La riposte à la pandémie de COVID-12 est une formidable opportunité pour renforcer le système de santé. Les acquis réalisés avec le soutien de l'OMS le montrent à suffisance. Dès lors, il s'agirait de renforcer et accélérer l'intégration des opérations de riposte la pandémie effectivement dans les processus de revitalisation des districts sanitaires, un accent particulier étant mis sur les piliers du renforcement d'un système de santé, notamment : la prestation des services, les

médicaments et autres produits de santé et le personnel.

L'adhésion progressive des autorités politico-administratives et des acteurs locaux à l'appui décentralisé est également une réelle opportunité pour faire faire des progrès, dans les départements et les districts sanitaires, qui s'inscrivent dans la pérennité, grâce à l'appropriation des interventions soutenues par les acteurs locaux.

La publication des résultats de la revue à mi-parcours du PNDS 2018-2022 est une excellente opportunité pour revisiter les plans opérationnels des départements et des districts, pour plus d'adéquation.

Enfin, l'arrivée à la tête du Ministère de la santé d'un nouvel animateur gagnerait à être considérée comme une opportunité pour activer une nouvelle dynamique, une nouvelle impulsion.

6 CONCLUSION

Le plan de coopération de l’OMS avec le Congo au titre des années 2020 et 2021 a retenu 11 résultats. Au regard des informations contenues dans ce rapport, il ressort qu’au terme de la première année de sa mise en œuvre, 10 des 11 résultats planifiés, soit 90,9 % sont en cours de réalisation. La revitalisation des districts sanitaires étant au cœur de ce plan, c’est autant dire que le pays est résolument engagé pour réaliser progressivement le meilleur accès possible des populations à des soins et services de santé essentiels de qualité à travers les soins de santé primaires dans les 12 districts cibles de l’appui de l’OMS.

Cette observation s’impose d’autant plus que l’expérience issue de la mise en œuvre de la stratégie opérationnelle du treizième PGT au cours de cette année montre que des progrès sont possibles y compris dans des contextes relativement difficiles. Les améliorations concernant la couverture vaccinale, la couverture en services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l’enfant ou encore dans l’utilisation du partogramme le prouvent à suffisance. Et les expériences locales relatées dans ce rapport expriment à souhait cette dynamique.

On note aussi que l’année 2020 a été particulièrement marquée la riposte à la pandémie de COVID-19. Ici, de réels acquis ont été réalisés grâce à l’appui de l’OMS. Et des leçons apprises émergent de cette

expérience. C’est le cas notamment de l’accompagnement de proximité “in situ” des directeurs départementaux des soins et services de santé et de leurs équipes qui s’est avéré être une approche efficace pour le transfert de compétences. C’est également de l’intégration du processus d’autonomisation et partant de l’intégration des interventions de la riposte dans le cadre de la revitalisation des districts sanitaires.

Mais d’importants défis demeurent encore. Ils relèvent essentiellement de la mise en œuvre efficace et performante de la stratégie opérationnelle du treizième PGT, et de la poursuite de l’appui de l’OMS à la pandémie de COVID-19. Des défis qui imposent au bureau de pays de se doter de capacités requises pour répondre efficacement aux exigences de l’appui de l’OMS au Congo. Ici résident des enjeux majeurs auxquels est liée la notoriété du bureau de pays et partant de l’Organisation.

7 PERSPECTIVES

À l'instar des principaux défis auxquels le bureau de pays est appelé à faire face dans un avenir immédiat, les perspectives d'action suggérées au regard des progrès réalisés au cours de l'année 2020, s'inscrivent globalement dans le cadre de la mise en œuvre efficace et performante de la stratégie opérationnelle du treizième PGT. Ces perspectives sont présentées ici sous forme de points d'action.

Poursuivre le renforcement des capacités de planification stratégique et opérationnelle du Ministère de la santé

- Apporter un appui conséquent à l'élaboration de plan de mise en œuvre du PNDS 2018-2022 au cours des années 2021 et 2022 et des plans opérationnels subséquents au niveau des départements et des districts sanitaires, en particulier ceux ciblés par l'appui de l'OMS ;
- Planifier l'évaluation finale de la mise en œuvre de la stratégie opérationnelle de mise en œuvre du treizième PGT.

Accélérer et renforcer l'appui à la revitalisation des districts sanitaires

- Apporter un appui : i) au renforcement du leadership et à l'appropriation nationale aux différents niveaux du système de santé ; ii) à la production des normes et directives techniques nationales ; iii) aux missions de supervision des agents et aux travaux de revue des activités aux

différents niveaux ; iv) à la redynamisation

des équipes cadres des districts sanitaires cibles du soutien de l'OMS ; et v) à leur formation sur la gestion du district sanitaire ;

- Soutenir l'organisation d'une série de sessions de formation des animateurs des centres de santé intégrés à la rationalisation, la gestion des centres de santé intégrés, y compris l'offre des paquets complets d'activités, le recouvrement des coûts et la gestion financière du centre.
- S'agissant des paquets d'activités, identifier des interventions à haut impact immédiats sur la morbidité et la mortalité de l'enfant et les y intégrer systématiquement. A titre indicatif, cas des vaccinations, de la PTME, la PCIME, du partogramme y compris les interventions réalisées en approches communautaires ;
- Systématiser la mise à disposition des stocks initiaux de médicaments des pharmacies de districts ;
- Promouvoir la gouvernance et l'engagement communautaire dans les aires de santé.

Poursuivre les efforts de mobilisation des ressources financières pour le soutien aux interventions prioritaires

- Initier des réunions départementales de mobilisation des ressources au niveau local, destinées à financer les plans

opérationnels départementaux ou, à minima, des districts sanitaires cibles de l'appui de l'OMS.

- Systématiser les exercices d'évaluation de la capacité des formations sanitaires dans le domaine de la lutte anti-infectieuse et de mise en place de feuilles de route pour corriger les insuffisances constatées.
- Poursuivre le renforcement des capacités des directions départementales en traitement et gestion des données de surveillance épidémiologique.
- Soutenir l'achèvement du processus de mise en place du COUSP.

Faire la promotion des bonnes pratiques dans les districts sanitaires.

- Identifier les bonnes pratiques dans les districts sanitaires et les documenter.
- Encourager les activités de recherche opérationnelle dans les districts cibles de l'appui de l'OMS.
- Diffuser les bonnes pratiques et les résultats probants des travaux de recherche effectués dans les districts sanitaires.

8 Annexes

Encadré n°1. Revitalisation du district sanitaire de l'île Mbamou, Département de Brazzaville

Le renforcement du système de santé en vue d'améliorer les indicateurs de morbidité et de mortalité à travers la revitalisation des districts sanitaires est l'un des axes prioritaires du plan national de développement sanitaire 2018-2022. Le district sanitaire de l'île Mbamou qui présente des caractéristiques spécifiques en termes d'accessibilité à l'offre des soins a été ciblé de ce fait par la stratégie opérationnelle 2020-2021 de l'OMS pour la mise en œuvre du treizième programme général de travail.

Avec une population totale estimée à 15235 habitants, le district sanitaire de l'île Mbamou est géographiquement d'accès difficile car émergé dans le fleuve Congo. Elle dispose cinq aires de santé non fonctionnelles. Il n'y a pas de centres de santé public et privé qui répondent aux normes nationales. Les épisodes d'inondation récurrentes entraînent assez souvent le risque de maladies hydriques. Pour les soins de santé, la population a recours à l'automédication et l'évacuation des malades vers Brazzaville se fait au moyen de pirogues motorisées. Les couvertures vaccinales des enfants et des femmes enceintes sont faibles.

Dans le contexte de l'appui à l'exécution du Plan national de développement sanitaire 2018-2022 de nombreuses actions d'ampleurs ont été préconisées. Il s'agit d'organiser une mission prospective sur l'état des lieux de ce district et élaborer un plan opérationnel sur les interventions prioritaires à mettre en œuvre. De même, il a été envisagé de renforcer les organes de participation communautaire à travers la sensibilisation dans les cinq aires de santé que comptent ce district. Par ailleurs, d'autres propositions ont été considérées telles que la mise en œuvre des activités de vaccination intensifiées dans les aires de santé du district à travers les stratégies mobiles et fixes.

L'ensemble des interventions ci-haut relevées ont permis d'évaluer le niveau résiduel de fonctionnalité du district sanitaire de l'île Mbamou afin d'identifier les activités majeures à mettre en œuvre. Une planification judicieuse de ces interventions contribuera à faciliter le plaidoyer pour la mobilisation des ressources. Par ailleurs, elles ont contribué à l'amélioration des indicateurs de performances du système de santé tels que ceux en lien avec les couvertures vaccinales et les maladies sous surveillance. La redynamisation des organes de participation communautaire notamment les comités de santé dans les différentes aires de santé ainsi que le renforcement des capacités de leur membre ont été essentiels dans la gestion des structures de santé.

Dans une approche participative associant les autorités politico administratives locales, la direction départementale de la santé de Brazzaville, la communauté elle-même et les partenaires techniques en particulier l'OMS, des missions de terrain ont été réalisées. Elles

Encadré n°1. Revitalisation du district sanitaire de l'île Mbamou, Département de Brazzaville

portaient essentiellement sur la sensibilisation des communautés en vue de susciter leur adhésion et participation à l'organisation des élections des membres des organes de gestion. Les activités de vaccinations intensifiées ont été mises en œuvre suivant les stratégies mobiles et fixes en trois passages dans les aires de santé du district.

La mission de prospection effectuée dans le district sanitaire de l'île Mbamou par l'équipe mixte de la direction départementale de la santé et l'OMS a permis de faire un état de lieux et de définir les besoins fondamentaux pour la revitalisation de ce district. Il s'est avéré nécessaire d'élaborer un plan opérationnel avec des cibles et indicateurs essentiels des principales activités à mettre en œuvre. Des supports de surveillance épidémiologique, du matériel, médicaments, vaccins et autres intrants ont été dotés dans les aires de santé redynamisées. De même, des agents de santé ont été affectés pour offrir aux populations les soins adéquats.

De manière globale, le plan opérationnel du district sanitaire a été élaboré et validé. 3 comités de santé ont été mis en place dans trois aires de santé sur 5 que compte ce district. Il s'agit des aires de santé de Loubassa, Kiténgué et Lissanga. Les couvertures vaccinales ont été améliorées sur le dernier trimestre 2020 à travers la réalisation de trois passages en stratégies fixe et mobile. Au total, 100 enfants vaccinés au BCG, 128 au Penta1, 110 au Penta3, 141 au RR1 et 73 femmes enceintes vaccinées au VAT1 et 92 au VAT2+.

Bien que le leadership des cadres de la direction départementale des soins et services de santé de Brazzaville et du district sanitaire soit affirmé, il n'en demeure pas que l'engagement des autorités locales (député de la circonscription de l'île Mbamou) et la participation des communautés ont été également déterminants. Le rôle joué par les uns et les autres a été véritablement nécessaire pour atteindre les résultats tangibles présentés.

L'OMS pour sa part a fortement contribué au plaidoyer auprès des cadres du ministère en charge de la santé. Par son expertise technique et son appui financier subséquent, l'OMS a considérablement contribué au processus de revitalisation du district sanitaire de l'île Mbamou. Elle a apporté les outils et les supports techniques nécessaires pour le démarrage des activités. La mobilisation des ressources additionnelles reste encore un défi important pour le renforcement davantage des capacités de ce district.

Un fort engagement des autorités politiques et administratives ainsi qu'une adhésion soutenue des communautés a été manifestée pour amorcer à ce stade le processus de revitalisation des aires de santé du district sanitaire de l'île Mbamou.

Encadré n°2. Amélioration des capacités de gestion financière des centres de santé intégrés de Komono et Mayéyé, district sanitaire de Sibiti, Département de la Lékoumou

L'évaluation du plan de travail du district sanitaire de Sibiti réalisée en 2019 a révélé plusieurs problèmes. La faiblesse dans la gestion financière dans les centres de santé intégrés (CSI) constitue l'un des principaux problèmes identifiés dans les centres de santé intégrés de Komono et Mayéyé. En effet, les agents de santé ne sont pas formés à la gestion financière. Les outils de gestion ne sont pas mis en place. Les communautés par le biais des comités de santé (Cosa) ne sont pas impliquées dans la gestion des structures de santé notamment sur le volet financier.

En effet, lorsque les structures de santé ne présentent pas une situation financière viable, elles ne peuvent pas dégager une épargne. Actuellement, toutes les recettes générées sont systématiquement utilisées sans aucune épargne. Par conséquent, l'amélioration du fonctionnement de ces structures et donc la qualité des services offerts demeurent problématiques. La conséquence est aussi la mauvaise prise en charge des patients entraînant l'augmentation de la mortalité. Ceci se manifeste par les ruptures récurrentes de stock des médicaments essentiels, les stratégies avancées et mobiles de vaccination pour le rattrapage des abandons vaccinaux ne sont pas réalisées, la motivation financière des agents bénévoles évoluant au sein des centres de santé intégrés n'est pas effective, l'entretien des bâtiments et de la cour des centres n'est pas assuré.

Afin de palier à cette faiblesse, il a été recommandé plusieurs actions. Les autorités politiques et administratives ont été sensibilisées sur le fonctionnement actuel des centres de santé intégrés ; les comités de santé ont été mis en place de façon transparente et le système de recouvrement des coûts a été revu. Par ailleurs, les agents de santé ont été formés à la gestion financière et les outils liés à la gestion mis en place dans les centres de santé intégrés. Un stock initial de médicaments a été rendu disponible afin d'améliorer le taux d'utilisation.

Au terme de cet appui technique de qualité, l'épargne financière générée est passée de 0 franc cfa (de janvier à août 2020) à 440 000 francs (de septembre à décembre 2020) pour le centre de santé intégré de Mayéyé soit 13,48 % des recettes annuelles et de 0 FCFA à 305 950 FCFA, soit 12,97 % des recettes annuelles pour le centre de santé intégré de Komono. Les fonds épargnés seront destinés entre à améliorer l'offre des services notamment le renouvellement de stock des médicaments, la réalisation des stratégies avancées et mobiles de vaccination, le paiement de la motivation financière des agents bénévoles, et l'entretien des centres.

Ce processus d'amélioration de la gestion financière dans ces deux CSI a connu la participation de la direction départementale de la santé dont le rôle a été capital dans la

Encadré n°2. Amélioration des capacités de gestion financière des centres de santé intégrés de Komono et Mayéyé, district sanitaire de Sibiti, Département de la Lékoumou

sensibilisation des autorités politico-administratives à s'investir dans le développement des aires de santé, la mise en place des comités de santé et la conduite technique du déroulement des assemblées générales. Le leadership des sous-préfets et des maires a permis la mobilisation des chefs de quartier et des populations à la participation aux assemblées générales d'élection transparente. L'appui de l'OMS a permis la mise en place des comités de santé avec une forte implication des autorités politiques et administratives locales. Les membres des comités de santé ont été formés sur leurs missions dans la gestion des centres de santé intégrés. L'OMS a assuré la facilitation des formations organisées à l'endroit des agents sur le PMA y compris la gestion financière. Afin d'améliorer l'utilisation des centres, l'OMS a fait un don des médicaments essentiels et de petits matériels.

En conclusion, les centres de santé intégrés de Komono et Mayéyé peuvent améliorer leur gestion financière. Ceci est possible à condition que le personnel de santé soit correctement formé et supervisé et, que les communautés par le biais des comités de santé s'impliquent effectivement dans la gestion des centres de santé intégrés.

Encadré n° 3. Renforcement de la Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant au CSI de Bétou dans le district sanitaire d'Enyéllé-Bétou, Département de la Likouala.

Le centre de santé intégré de Bétou est l'une des 17 structures de soins du district sanitaire d'Enyéllé-Bétou. Il dessert une population estimée à 43 689 habitants. Le nombre de femmes enceintes attendues est de 1887. Le centre de santé intégré est très enclavé. Les voies de communication sont la route et le fleuve, avec quelques zones où le passage ne se fait que sur les petites pistes par la moto.

Lors de la réunion de haut qui s'est tenue à Dakar du 16 au 19 janvier 2019, le point sur les progrès réalisés par les pays de la Région africaine de l'Ouest et du Centre sur la voie de l'élimination de la transmission mère-enfant (TME), de l'accès universel au dépistage, au traitement et aux soins du VIH chez les enfants a été fait. Le Congo est le pays ayant obtenu de très faibles résultats : couverture de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) : 11 % ; couverture en dépistage précoce du VIH chez le nourrisson : 3 % ; et le traitement ARV chez les enfants et adolescents de moins de 15 ans : 18 %. Au CSI de Bétou, toutes les femmes enceintes vues en CPN1 ne bénéficient pas d'un dépistage du VIH et toutes les femmes séropositives ne sont mises sous traitement antirétroviral (TAR). En 2019, la proportion de femmes enceintes vues en CPN1 ayant bénéficié d'un dépistage du VIH est à peine de 21,04 % et celle des femmes VIH+ mises sous TAR de 50 %. C'est ce qui justifie le renforcement de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au CSI de Bétou en vue d'améliorer les performances.

Si les femmes enceintes ne sont pas testées au VIH et que celles qui sont séropositives ne sont pas mises sous TAR, ceci expose les nouveau-nés à la transmission du VIH. Au niveau du CSI, on note l'absence des normes et procédures de la PTME, une faible diffusion des directives opérationnelles sur la PTME et une faible prise en charge des patientes. L'offre de soins est limitée par les ruptures récurrentes en intrants (tests rapides de dépistage, médicaments antirétroviraux, réactifs et consommables de laboratoire) et le manque de formation du personnel à la PTME.

Face à cette situation, un processus d'accélération dans la mise en œuvre des interventions sur la PTME s'est avéré urgent. Il a été organisé la formation de 22 agents de santé sur les quatre piliers de la PTME notamment la prévention primaire chez les femmes en âge de procréer ; la prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH ; la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et traitement, les soins et le soutien pour les femmes infectées par le VIH et leurs familles. Afin de favoriser le dépistage du VIH, le centre de santé intégré a été doté d'un stock de tests. En matière de suivi et d'évaluation, les outils de collecte des données ont été mis en place et le personnel de santé formé à leur utilisation. Des missions de supervision formative des agents de santé ont été réalisées par les équipes des niveaux national et départemental ou de district. Les données

Encadré n° 3. Renforcement de la Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant au CSI de Bétou dans le district sanitaire d'Enyéllé-Bétou, Département de la Likouala.

ont mensuellement été collectées et transmises au district sanitaire pour analyse et prise des décisions.

Au terme de cet appui de qualité, l'acceptation des femmes enceintes au dépistage du VIH a considérablement augmenté car la proportion de femmes enceintes vues en CPN1 ayant bénéficié d'un dépistage du VIH est passée de 21,04 % (274/1302) en 2019 à 90,77 % (1289/1420) en 2020. La proportion des femmes enceintes séropositives au VIH est passée de 50 % (3/6) en 2019 à 100 % (16/16) en 2020.

La préparation et l'exécution de cette intervention de renforcement des capacités des agents de santé à la PTME ont connu une forte implication du Programme national de lutte contre le Sida dans l'élaboration de l'agenda de formation, la mise à disposition des directives nationales en matière de PTME et les outils de collecte des données. La direction départementale de la santé et l'équipe cadre du district sanitaire ont joué un rôle non moins important dans la sélection des agents, la préparation de la formation au niveau local (lieu de la formation et hébergement des participants) et la sensibilisation des autorités politiques et administratives de la tenue de l'activité à Bétou. L'appui technique de l'OMS a porté sur la finalisation des modules de formation, la validation des présentations et la facilitation du déroulement de la formation. L'OMS a aussi soutenu cette formation par la mobilisation des ressources financières. En vue d'un démarrage rapide des activités, une dotation du CSI en tests rapides de dépistage du VIH a été faite (Test Determine: 85 kits/100 soit 850 tests; SD Bioline : 17 kits/25 soit 425 tests; Unigold 17 kits/20, soit 340 test).

En définitive, l'amélioration des indicateurs actuels de la PTME au CSI de Bétou est possible. Ceci passe inéluctablement par le renforcement des capacités des prestataires de santé, en rendant disponibles les intrants pour le dépistage du VIH et par le suivi périodique de terrain de l'exécution des interventions.

Encadré n° 4. Renforcement des capacités de production du bulletin épidémiologique hebdomadaire du Département de la Lékoumou.

La gestion de l'information sanitaire au niveau décentralisé est essentielle pour une riposte rapide aux épidémies et autres événements de santé publique. En République du Congo, la plupart des directions départementales des soins et services de santé (DDSSSa) ne produisent pas un bulletin épidémiologique de façon régulière. Même lorsque ceci est fait, la complétude et la promptitude des rapports reste faibles. Cette situation ne permet donc pas de prendre les décisions idoines pour riposter aux épidémies d'une part, et de planifier les activités pour l'amélioration de la santé des populations d'autre part.

Pour remédier à cela, le département de la Lékoumou avait alors préconisé le renforcement de capacités de ses agents dédiés à la surveillance épidémiologique. Ce renforcement de capacités devait se faire dans les domaines de la collecte, du traitement, de l'analyse, et de l'interprétation des données de surveillance épidémiologique. Le choix de ce renforcement de capacités s'expliquait par le fait que des agents ayant les compétences ci-dessus, n'auraient aucune difficulté à traduire les données en leur possession, en information sanitaire. Mieux, ils pourraient produire sur une périodicité hebdomadaire, un bulletin épidémiologique, qui serait non seulement un document d'information, mais en plus un outil de plaidoyer et d'aide à la décision pour la planification des actions de santé.

À la demande du département de la Lékoumou, le bureau de l'OMS au Congo a alors organisé du 12 au 17 octobre 2020, une session de formation à Sibiti, visant à doter les participants des compétences requises pour produire le bulletin épidémiologique du département. Des outils tels que le calendrier épidémiologique et les seuils d'alerte et épidémique ont été mis à la disposition des agents formés pour les aider à mieux analyser et interpréter les données. Le premier bulletin, celui de la semaine 41 (du 5 au 11 octobre 2020) a paru et a été diffusé le 17 octobre 2020.

La mise en place d'un mécanisme de saisie de données de toutes les formations sanitaires au niveau intermédiaire d'une part, d'une équipe de revue de la qualité et de traitement de ces données d'autre part a été une action déterminante ayant permis de rendre disponible l'information sanitaire au sein du département. Douze bulletins épidémiologiques ont été produits depuis le 22 octobre 2020. Les alertes sont désormais surveillées et investiguées le cas échéant. La notification d'un décès maternel à l'hôpital de base de Sibiti lors de la semaine S42 en est la parfaite illustration. In fine, les capacités du département à détecter de manière précoce une épidémie sont avérées.

La direction départementale des soins et services de santé du département de la Lékoumou, ses deux districts sanitaires ainsi que le bureau de l'OMS au Congo ont été les principaux acteurs impliqués dans ce processus d'élaboration du bulletin. Les deux premières entités ont eu essentiellement un rôle de collecte de données tandis que l'OMS a apporté son appui

Encadré n° 4. Renforcement des capacités de production du bulletin épidémiologique hebdomadaire du Département de la Lékoumou.

technique et financier à ce processus. L'appui technique de l'OMS a consisté lors de la formation des agents de santé au rappel des fondamentaux de la surveillance épidémiologique, à l'apprentissage de l'extraction des données sur la plateforme EWARS, à leur analyse et à leur interprétation pour produire le bulletin épidémiologique. Un travail de coaching et de supervision a été également fait pour s'assurer de la qualité des données produites et de la pertinence de l'information diffusée.

La principale leçon à tirer de cette expérience est que l'engagement du département d'une part et l'appropriation du processus d'élaboration du bulletin par ses équipes d'autre part sont suffisants pour le doter de capacités de détection précoce d'épidémies, ce qui est extrêmement important.

Encadré n° 5. Renforcement des capacités de prévention de l'importation de la COVID-19 dans une zone frontalière entre le Gabon et le Congo : cas d'Impini

La notification le 12 mai 2020 par les autorités consulaires du Congo à Franceville, de 60 cas positifs à la Covid-19 dans la Province du Haut-Ogoué a suscité une grande inquiétude dans la population de IMPINI, un village de 210 habitants situé dans le district sanitaire de Djambala-Lékana et frontalier avec le Gabon. Cette situation urgente a imposé de facto la mise en œuvre de mesures susceptibles de protéger ces populations transfrontalières exposées à un risque élevé d'importation du virus responsable de cette pandémie.

En effet, la porosité de la frontière entre le Congo et le Gabon et l'importance du flux de la circulation des populations entre les deux localités font de IMPINI une zone véritablement vulnérable à la pandémie de COVID-19 dont la transmission interhumaine est particulièrement rapide. Par ailleurs, aucune structure de santé n'est fonctionnelle pour offrir les soins et les services de santé requis à la population de cette localité.

Dans le contexte de la décentralisation de la réponse à la COVID-19 des actions d'ampleurs ont été menées. Il s'agit de l'organisation d'une mission de prospection dans le village de IMPINI par une équipe mixte santé/force publique. La sensibilisation de la population et des autorités locales sur les mesures barrières contre la COVID-19 a été également retenue par le Comité départemental de la gestion de la pandémie comme une option indispensable à réaliser afin de prévenir la population locale contre ce grave fléau. Par ailleurs, il a été considéré d'autres propositions telles que l'aménagement d'un poste de santé et l'installation d'un poste mixte de contrôle sanitaire et sécuritaire avec affectation de ressources de ressources humaines et la dotation en équipements de protection individuelle, médicaments, intrants de désinfection, matériels et moyens roulants.

Les interventions ci-dessus ont permis d'évaluer le risque de la transmission locale du virus de la COVID-19 dans la population et envisager les modalités pour mobiliser davantage des ressources financières, humaines, matérielles, logistiques et les infrastructures. Aussi, elles ont facilité le partage avec les populations de la localité de IMPINI sur les mesures de prévention/barrières afin d'empêcher l'importation du virus et rompre, le cas échéant la chaîne de transmission. Enfin, il s'est agi d'apprêter les structures adéquates pour la surveillance à base communautaire y compris les équipes d'intervention rapide et aussi pour la prise en charge des cas simples, lors d'une éventuelle importation.

Selon une approche participative associant les autorités consulaires, préfectorales, politico-administratives locales y compris sanitaires et sécuritaires, des missions de terrain mixtes de prospection et de sensibilisation des populations sur la maladie et les mesures de protection ont été réalisées. La réunion de concertation transfrontalière a été proposée mais elle n'a pas pu avoir lieu. Elle devrait permettre de développer une approche commune

Encadré n° 5. Renforcement des capacités de prévention de l'importation de la COVID-19 dans une zone frontalière entre le Gabon et le Congo : cas d'Impini

et concertée pour prémunir les populations des deux localités contre les effets néfastes de cette pandémie.

La mission de prospection effectuée par l'équipe mixte santé, la force publique et les responsables préfectoraux a permis de définir un état de besoin sur les interventions capitales à mettre en œuvre. Il s'est avéré nécessaire d'installer un point de contrôle mixte au point d'entrée transfrontalier d'IMPINI. Des supports de communication et de la surveillance, du matériel (thermo flashes, EPI...), un salon en rotin et deux motocyclettes de type « Djakarta » ont été dotés. Par ailleurs, deux agents de santé communautaires et trois agents de la force publique ont été affectés pour offrir les soins de santé et assurer le contrôle de sécurité. Les populations de cette localité ainsi que les autorités politico-administratives ont été sensibilisées sur les mesures de protection contre la COVID-19.

Il a été observé au sein de la population d'IMPINI un changement considérable de comportement sur le respect des mesures barrières notamment le port de masques. La non-importation à ce jour de cas de COVID-19 est un résultat important qui témoigne de l'efficacité des interventions entreprises en faveur de la protection des habitants de cette localité. En six mois de fonctionnement du poste, les taux de couvertures vaccinales ont été améliorés pour l'ensemble des antigènes et près de 80 % d'accouchements eutociques ont été réalisés.

Bien que le leadership du Ministre de l'intérieur et de la décentralisation ainsi que des autorités politico-administratives locales et préfectorales soient affirmés, il est aussi essentiel de souligner la participation et l'engagement des communautés. Le rôle joué par les uns et les autres a été déterminant dans la mise en place du dispositif de gestion de la riposte à la COVID-19 au niveau de la zone frontalière d'IMPINI entre le Gabon et le Congo.

L'OMS pour sa part a fortement contribué au plaidoyer auprès du Comité départemental de gestion de la pandémie de COVID-19 pour la mise en place d'un dispositif de contrôle sanitaire dans la zone frontalière. Elle a également plaidé en faveur de la mobilisation des ressources auprès des partenaires techniques tels que le HCR pour rendre opérationnel le poste de contrôle sanitaire et l'appui à l'organisation des séances de sensibilisation des populations sur les risques contre la COVID-19.

Un fort engagement des autorités politiques et administratives ainsi qu'une adhésion soutenue des communautés a été manifestée pour protéger l'ensemble de la population de la localité d'IMPINI contre la pandémie de COVID-19.

Encadré n° 6. Sécurisation des accouchements dans le contexte de la COVID-19 dans la ville de Dolisie

Le 29 mai 2020 est survenu à la clinique Municipale Albert Leyono de Brazzaville, après un séjour dans deux grandes maternités de la ville capitale, le décès d'une jeune dame de 30 ans, enceinte de 8 mois, de détresse respiratoire et faisant suspecter un cas de COVID-19. Pour rappel, la clinique Leyono avait été réquisitionnée par les autorités sanitaires nationales pour héberger les cas de COVID-19 au moment de la survenue de la pandémie.

Ce décès maternel semble être corrélé à la stigmatisation des malades et la peur des agents de santé non encore formés dans la prise en charge de cette nouvelle maladie. Cette situation tragique a eu un retentissement dans tous les départements, car il est consensuel que mourir en donnant la vie est une injustice sociale inacceptable même dans le contexte d'épidémie. Dans le Département du Niari, ce décès a interpellé la coordination départementale à travers la direction départementale des soins et service de santé du Niari à prendre les dispositions idoines pour assurer les accouchements sécurisés devant la survenue d'un éventuel cas similaire.

Les différentes réunions de la coordination de la riposte contre la COVID-19 dans le Département du Niari ont soulevé la nécessité de renforcer les capacités des maternités du Département du Niari, en particulier celles de la ville de Dolisie. C'est ainsi que la maternité de l'hôpital général de Dolisie a été retenue pour y aménager une unité d'accouchement dédiée à la prise charge éventuelle des cas de COVID-19. La sensibilisation des populations pour le respect des mesures barrières en particulier chez les femmes enceintes et la sensibilisation des prestataires de santé pour éviter la stigmatisation des malades infectées et assurer la continuité des soins essentiels comme les soins prénataux et les accouchements sécurisés, est une nécessité.

Les interventions ainsi identifiées devraient dans une large mesure contribuer à protéger les prestataires de santé sur leurs lieux de travail et rassurer les bénéficiaires contre le risque de discrimination et de les aider à accoucher dans les conditions de sécurité optimale.

L'effort a tout d'abord porté sur la réfection de l'espace de prise en charge des parturientes suspectes ou confirmées COVID-19. Des lits dédiés pour le travail d'accouchement ont été installés. Le personnel soignant composé de deux médecins, de 16 sages-femmes et deux infirmières a été amené à se mettre à niveau sur les aspects des accouchements sécurisés tels que la lutte anti-infectieuse, le port des équipements de protection individuelle, la gestion proprement dite de l'accouchement dans le contexte de la COVID-19, la gestion des déchets biomédicaux et les définitions opérationnelles des cas pour identifier les cas suspects. Les ressources techniques qui étaient absentes ont été identifiées et disponibilisées. Ceci a notamment concerné les guides de prise en charge de la COVID-19, le registre de partogramme, les affiches de ports des équipements de protection

Encadré n° 6. Sécurisation des accouchements dans le contexte de la COVID-19 dans la ville de Dolisie

individuelle et le lavage des mains. De même, les intrants essentiels tels que les thermo flashes, les équipements de protection individuelle ont été acquis.

Les actions ci-dessus décrites ont permis de rendre fonctionnel l'unité d'accouchement COVID-19 et permettre ainsi la réalisation des accouchements dans les conditions de sécurité aussi bien pour les prestataires que les clientes. Au 31 décembre 2020, en tout 270 accouchements avaient été réalisés à la maternité, dont cinq à l'unité COVID-19, cinq mois après son aménagement. Il s'est agi des cas suspects de COVID-19.

Ce résultat probant n'aurait pas été possible d'une part sans le leadership et l'engagement du directeur général de l'hôpital de Dolisie. Il a de ce fait mobiliser toutes les ressources nécessaires et d'autre part sans l'appui technique de l'OMS qui a apporté l'appui technique pour le renforcement des capacités des agents de santé et la mise aux normes de l'unité d'accouchement COVID-19.

L'appui technique de l'OMS a consisté à la mise à disposition des normes de fonctionnalité d'une telle unité, la formation des agents de santé sur la promotion de la lutte anti-infectieuse, le plaidoyer à la CAMEPS pour rendre disponible les médicaments et équipements de protection individuelle, la dotation de quelques intrants comme les thermo flashes, les visières, les blouses à usage unique, la supervision des acteurs et la collecte des données de l'unité.

L'engagement des autorités locales, l'adhésion des responsables de l'hôpital général et l'assistance technique de l'OMS, ont considérablement rendu possible l'aménagement de cette unité d'accouchement COVID-19, garantissant ainsi la prise en charge sécurisée des clientes.

Encadré n° 7. Renforcement des capacités de riposte à la pandémie de COVID-19 dans le département de la Bouenza

À la date du 24 mai 2020, alors que l'épidémie de COVID-19 bat son plein et qu'elle épargne jusque-là le département de la Bouenza, un cas suspect est notifié à l'hôpital de Base de Nkayi, après un parcours dans deux structures privées de la ville. L'absence d'un plateau technique pour une prise en charge adéquate a nécessité l'évacuation à Pointe-Noire de celui-ci. L'annonce de la positivité du cas aux autorités de la coordination départementale deux jours plus tard, fut accueilli avec beaucoup d'angoisse par l'ensemble des acteurs engagés dans la riposte contre la COVID-19. La gestion de ce cas index a mis en exergue l'absence d'une stratégie opérationnelle de prise en charge des cas de COVID-19 dans le département de la Bouenza.

La révélation de nombreux cas contacts au nombre de 95 cas, suite à l'investigation autour du cas index, le déni de la maladie par la population, le non-respect des mesures barrières ainsi que l'absence de stratégie opérationnelle de gestion des cas représentent un risque élevé d'accélération de la propagation de la maladie dans la communauté urbaine de Nkayi en particulier et dans tout le Département de la Bouenza en général.

Les orientations de la coordination départementale de préparation et de riposte contre la COVID-19 ont réaffirmé la nécessité de renforcer les capacités de prise en charge des cas dans le département et en particulier dans la ville sucrière de Nkayi, C'est ainsi qu'une unité de prise en charge à l'hôpital de base de Nkayi et un hôtel hôpital ont été identifiés pour accueillir des cas éventuels de COVID-19. La surveillance épidémiologique avec un focus sur la recherche active des cas contacts, la désinfection des infrastructures publiques et privées et la sensibilisation des populations au respect des mesures barrières devront être renforcées.

Les interventions ainsi identifiées devraient contribuer à court terme à l'amélioration de la prise en charge des cas, le renforcement de la connaissance de la maladie par la population et garantir l'interruption de transmission de la maladie dans la communauté.

La priorité a tout d'abord porté sur la mise aux normes des structures de prise en charge. Des travaux ont été engagés dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital de Nkayi afin des créer une zone orange et rouge. Le circuit de l'hôpital hôtel a été défini. Le personnel soignant composé de médecins, des assistants sanitaires, des infirmiers et du personnel de la surveillance épidémiologique a été amené à se mettre à niveau sur les aspects surveillance épidémiologique (les définitions opérationnelles des cas suivis, des contacts et la gestion des points d'entrée), la prise en charge médicale des cas de COVID-19, la gestion des déchets biomédicaux. Les ressources techniques qui étaient indisponibles ont été identifiées et mises à la disposition des acteurs de terrain. Il s'est agi notamment du

Encadré n° 7. Renforcement des capacités de riposte à la pandémie de COVID-19 dans le département de la Bouenza

guide de prise en charge de la COVID-19, les fiches d'investigation des cas et les définitions opérationnelles des cas. De même les médicaments de la prise en charge et les intrants essentiels tels que les équipements de protection individuelle ont été acquis.

Les actions ci-dessus développées ont permis d'améliorer la gestion de la prise en charge des cas et de contrôler la transmission communautaire de la maladie dans tout le département de la Bouenza en général, dans la ville de Nkayi en particulier.

Au 31 décembre 2020, 35 cas positifs ont été pris en charge dans les différentes structures identifiées et à domicile. Aucun décès n'a été enregistré en dehors du cas index survenu à Pointe-Noire et 220 cas contacts ont été testés.

Ce résultat n'aurait pas été possible, d'une part, sans le leadership et l'engagement du Préfet du Département de la Bouenza, qui a fait de la réussite de cette riposte une priorité personnelle, et avec lui toutes les commissions techniques sous la coordination de la direction des soins et services de santé ; d'autre part, sans l'appui technique de l'OMS dans les domaines de la surveillance, la lutte anti-infectieuse, la prise en charge des cas et dans la recherche opérationnelle.

L'appui technique de l'OMS a consisté à conseiller au quotidien la coordination départementale de la riposte contre la COVID-19, à mettre à la disposition des normes de fonctionnalité des structures de prise de charge et les directives nationales de prise en charge des cas à domicile, à former des prestataires de santé sur les domaines de la surveillance épidémiologique, la lutte anti-infectieuse sans oublier les relais communautaires, à faire le plaidoyer à la CAMEPS pour les médicaments et équipements de protection individuelle, à mettre à la disposition du département quelques intrants comme les thermo-flashes, les visières, les blouses à usage unique et assurer la supervision des acteurs après la formation et soutenir la recherche opérationnelle. À cet effet, deux enquêtes sur la connaissance, l'attitude et la pratique agents la santé sur la COVID-19 et l'enquête sur l'évaluation des capacités des structures sanitaires de la Bouenza sur la lutte anti-infectieuse ont été menées.

L'engagement des autorités administratives et sanitaires locales ainsi que l'appui technique de l'OMS ont rendu possible la gestion efficace de la riposte contre la COVID-19 dans le Département de la Bouenza.

Encadré n° 8. Indicateurs de surveillance des PFA dans les départements

TABLEAU 1: INDICATEURS DE SURVEILLANCE DES PFA PAR DEPARTEMENT (du 30/12/2019 au 03/01/2021)

Département	Pop inf 15 ans	Cas de PFA attendus	Cas PFA Notifiés	Cas PFA inf 5ans	Cas PFANP inf 15 ans	Taux de PFANP	PFA prélevés dans 14 jrs	% PFA prélevés dans les 14 jrs
Bouenza	210 508	6	11	7	11	5,23	10	90,91
Brazzaville	923 646	28	17	7	14	1,52	15	88,24
Cuvette	106 326	3	3	2	3	2,82	3	100,00
Cuvette-Ouest	49 720	1	0	0	0	0,00	0	NA
Kouilou	51 334	2	8	4	8	15,58	5	62,50
Lekoumou	65 664	2	7	3	6	9,14	7	100,00
Likouala	104 978	3	17	11	17	16,19	16	94,12
Niari	157 510	5	9	4	9	5,71	7	77,78
Plateaux	118 912	4	3	2	3	2,52	3	100,00
Pointe Noire	569 358	17	17	7	16	2,81	14	82,35
Pool	174 012	5	1	0	1	0,57	0	0,00
Sangha	58 452	2	7	7	7	11,98	6	85,71
Total	2 590 420	78	100	54	95	3,67	86	86,00

Encadré n° 9. Renforcement de la coordination des partenaires techniques et financiers en santé au Congo : une expérience prometteuse

Bien avant l'avènement de la pandémie de COVID-19, des insuffisances en matière de coordination et de mobilisation des partenaires techniques et financiers (PTF) avaient été constatées. Elles se traduisaient entre autres par l'absence d'un cadre de concertation fonctionnel, l'irrégularité des rencontres aussi bien entre partenaires qu'entre ces derniers et le gouvernement, la faible circulation de l'information et une implication insuffisante de certains partenaires dans les activités gouvernementales. Ces insuffisances se sont traduites par l'incapacité des partenaires techniques et financiers à agir d'une manière concertée et coordonnée pour accompagner le gouvernement à mettre en œuvre son plan national de développement sanitaire (PNDS). Dans ce même fait, les partenaires n'étaient pas en mesure de parler d'une même voie. Ceci a favorisé des prises de position discordantes voire concurrentielles entraînant ainsi l'inefficacité de leur appui au gouvernement.

Afin de remédier à cette situation, l'OMS, en sa qualité de chef de file des partenaires techniques et financiers du secteur de la santé, a procédé au recrutement d'un fonctionnaire spécifiquement chargé de l'appui à la coordination des partenaires et à la mise en place d'un véritable secrétariat à la coordination.

Un cadre de concertation et des groupes thématiques des partenaires techniques et financiers instituant les rencontres hebdomadaires et des séances de travail ont été préconisés pour favoriser le partage régulier d'information entre partenaire, mais aussi entre ces derniers et le gouvernement sur divers aspects, incluant les défis et les opportunités de mobilisation de ressources. Enfin, un outil permettant de compiler les contributions financières des partenaires à la mise en œuvre du PNDS, notamment pour ce qui concerne la riposte à la COVID-19 a été élaboré.

La mise en œuvre des solutions s'est faite de manière graduelle. D'abord, le cadre de concertation s'est fait en commençant par l'initiation des rencontres mensuelles réunissant un noyau restreint des partenaires (OMS, Banque mondiale, Union Européenne, Ambassade de France, Ambassade des USA, UNICEF, UNFPA). Des rencontres hebdomadaires virtuelles élargies à tous les autres partenaires en santé ont ensuite été initiées. Outre les rencontres hebdomadaires, un groupe WhatsApp des partenaires techniques et financiers a été créé pour contribuer au partage rapide d'information et de documents. Des groupes thématiques dirigés chacun par un « lead » et un co-lead » ont été mis en place par un appel à manifestations d'intérêt. Ces groupes ont pour mission d'interagir directement avec les acteurs nationaux impliqués dans les différentes commissions techniques de coordination nationale de la riposte à la COVID-19.

Encadré n° 9. Renforcement de la coordination des partenaires techniques et financiers en santé au Congo : une expérience prometteuse

L'organisation des réunions hebdomadaires de concertation entre les partenaires d'une part et entre les partenaires et le gouvernement d'autre part, ont permis : de renforcer le partage d'information, de favoriser l'implication des partenaires aux activités gouvernementales et de renforcer le fonctionnement du cadre de coordination. Ce renforcement de la coordination des partenaires a spécifiquement été bénéfique dans le cadre de la riposte contre la COVID-19.

Au total, pour l'année 2020, le nombre de réunions virtuelles tenue dans le cadre des activités liées à la coordination des partenaires techniques et financiers, est estimé à quarante et le nombre de réunions en présentielle est de huit. Un engagement fort et concertée des Partenaires à la riposte contre le COVID-19 a été enregistré. En décembre 2020, le montant des contributions financières des partenaires techniques et financiers en appui à la riposte contre la COVID-19 s'était élevé à 33 227 143 US \$ soit 19 936 285 884 F CFA.

Cette expérience qui a émergée dans le contexte de la crise sanitaire de la COVID-19 montre qu'une meilleure mobilisation et coordination des partenaires techniques et financiers en santé est possible. La coordination des partenaires exige, comme dans tout autre composante du développement une vision partagée, des ressources communes, une organisation et un renforcement des mécanismes de concertation. Cette expérience considérée comme prometteuse mérite d'être poursuivie et consolidée.

Encadré n° 10. Le renforcement de la riposte à la pandémie de COVID-19 par la mobilisation des acteurs non-étatiques

À la suite de la notification le 14 mars 2020 du premier cas positif à la COVID-19, le Congo avait élaboré et mis en œuvre un plan national de riposte. Toutefois, bien que représentant 56 % de l'offre de soins et services de santé dans le pays, les prestataires des soins et services de santé non étatiques n'y étaient malheureusement pas pris en compte de manière effective. En effet, l'appui au système de santé prévu dans ce plan national de riposte s'était hélas exclusivement focalisé sur le seul secteur public. Or, la non-implication des prestataires de services de santé non étatiques risquait de limiter la portée et l'efficacité même de la riposte. Les formations sanitaires privées courraient aussi le risque de devenir de véritables foyers de contamination à la COVID-19, en raison de l'afflux des malades fuyant la stigmatisation dans les formations sanitaires publiques. Quant aux ONG/associations communautaires, leur non-implication en particulier au niveau de la mobilisation sociale et de la communication sur les risques à base communautaire réduisait également la portée et l'impact des campagnes de sensibilisation des populations sur la prévention de la COVID-19. C'est donc pour réduire l'ensemble de ces risques et aussi rendre plus inclusive la riposte grâce à la mobilisation des acteurs non étatiques, que le Bureau de la représentation de l'OMS au Congo avait été amené, à l'issue d'un plaidoyer auprès de la Ministre de la santé, M^{me} Jacqueline Lydia MIKOLLO, à concevoir et à mettre en œuvre le projet PEF/COVID-19, avec l'appui de la Banque mondiale grâce à son mécanisme de financement d'urgence en cas de pandémie.

Toutefois, les prestataires de soins et services de santé non étatiques ainsi que les ONG/associations communautaires n'ayant jamais été ni identifiées et encore moins cartographiées, le bureau de la représentation de l'OMS au Congo a dû au préalable : i) les identifier et les cartographier, ii) renforcer leurs capacités en communication et éducation de la population à la COVID-19, en prévention, contrôle des infections, dépistage et prise en charge des cas simples, modérés ou sévères de COVID-19. Afin de les doter de réelles capacités opérationnelles, le projet PEF/COVID-19 intégrait également un volet dotation en moyens de communication et éducation des populations à la COVID-19 en ce qui concernait en particulier les ONG/associations communautaires et en intrants et équipements pour ce qui était des formations sanitaires privées. Le plaidoyer du bureau de pays de l'OMS, en vue de favoriser une réelle intégration du projet PEF/COVID-19 dans le plan national de riposte, a également permis la mise en place par le Ministère en charge de la santé de trois importants organes en charge de la gestion du projet, à savoir un Comité de pilotage, placé sous le patronage de la Ministre de la santé en personne, un Comité technique regroupant l'ensemble de parties prenantes du projet (OMS/Congo, Ministère de la santé, Alliance du secteur privé de la santé, Conseil consultatif de la société civile et des organisations non gouvernementales) et des comités opérationnels en charge de la mise en œuvre sur le

Encadré n° 10. Le renforcement de la riposte à la pandémie de COVID-19 par la mobilisation des acteurs non-étatiques

terrain des activités du projet intégrant également les différentes autorités locales. Il convient d'ailleurs de souligner également à ce sujet que la mise en œuvre du projet PEF/COVID-19 a permis ou du moins à accélérer la signature d'un protocole sanitaire entre le Ministère en charge de la santé et l'Alliance du secteur privé de la santé, actant ainsi l'intégration réelle des formations sanitaires privées dans le plan national de riposte, avec comme implication l'accès enfin de ces dernières, au même titre que les formations sanitaires publiques, aux équipements de protection individuelle, capacités WASH et autres intrants en lien avec la COVID-19 fournis gracieusement par le gouvernement.

La mise en œuvre du projet PEF/COVID-19 a donc permis de combler le gap de la non-implication des prestataires de services non étatiques qui subsistait au niveau du plan national de riposte contre la COVID-19. En effet, 129 ONG/associations communautaires ont pu être impliqués dans la sensibilisation et l'éducation de la population à la COVID-19, à la suite du renforcement de leurs capacités. De même, 30 formations sanitaires privées ont pu également intégrer le plan national de riposte en assurant une prise en charge désormais plus sécurisée des malades du covid-19, tout en protégeant au mieux leurs personnels et en réduisant les risques de propagation du virus en leur sein.

En définitive, le projet PEF/COVID-19 a démontré l'intérêt d'une approche plus inclusive et holistique de la riposte contre la COVID-19. L'expérience de la collaboration féconde dans le cadre de ce projet entre le bureau de pays de l'OMS et le Ministère en charge de la santé gagnerait à être capitalisée, tout comme la labélisation possible, pour une meilleure efficacité à l'avenir des interventions à base communautaire, des prestataires de services non étatiques qui ont été impliqués dans ce projet.