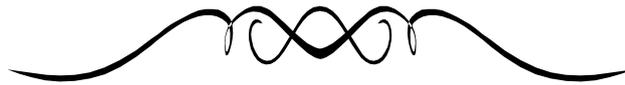




REPUBLIQUE DU CONGO  
Ministère de la Santé et de la Population



**Direction Générale de la  
Population**



**PLAN STRATEGIQUE INTEGRE DE LA SANTE DE  
LA REPRODUCTION MATERNELLE,  
NEONATALE, INFANTILE, DES ADOLESCENTS  
ET LA NUTRITION DU CONGO (PSI SRMNIA)  
2022-2026**



*Novembre 2021  
Avec l'appui technique et financier de*



## TABLE DES MATIERES

		Page
PREFACE		3
ACRONYMES, ABREVIATIONS ET SIGLES		4
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES		7
INTRODUCTION		8
<b>I.</b>	<b>CONTEXTE / POFIL PAYS</b>	<b>9</b>
	I.1 Situation géographique, démographique et socio-économique	9
	I.2 Organisation administrative et sanitaire	10
	I.3 Organisation de la SRMNIA au Congo	13
<b>II.</b>	<b>ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA REPONSE EN SRMNIA</b>	<b>15</b>
	2.1 Situation épidémiologique	15
	2.1.1. Santé de l'enfant	15
	2.1.2. Santé maternelle	18
	2.1.4. Santé des adolescents	22
	2.2. Réponse nationale en matière de la SRMNIA	26
	2.2.1. Gestion du programme SRMNIA	26
	2.2.2. Offre des services en SRMNIA	30
	2.2.3. Réponse du secteur privé	41
	2.2.4. Réponse communautaire	42
<b>III</b>	<b>PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN</b>	<b>42</b>
<b>IV</b>	<b>PRINCIPAUX PROBLEMES ET DEFIS MAJEURS</b>	<b>43</b>
	4.3 Domaines prioritaires	46
<b>V</b>	<b>PLAN STRATEGIQUE SRMNIA 2022-2026</b>	<b>47</b>
	V.1-3 Vision, But, Objectifs et Stratégies d'intervention	48
	V.4 Budget	57
	V.5 Cadre logique	58
<b>VI</b>	<b>CADRE DE MISE EN OEUVRE</b>	<b>78</b>
	VI.3 Cadre de performance	80
	VI.4- Mesures d'accompagnement et Analyse des risques	89
<b>VII</b>	<b>DOCUMENTS DE REFERENCE</b>	<b>91</b>
<b>VIII</b>	<b>ANNEXES</b>	<b>92</b>

## PREFACE



Le gouvernement de la République du Congo s'est doté au mois de décembre 2021 d'un Plan National de développement 2022-2026 et en cohérence avec la politique Nationale de santé 2018-2025 et en accord avec Le PNDS 2022-2026. Cependant sa mise en œuvre effective nécessite qu'il y ait des plans opérationnels sous-sectoriels. C'est dans cette perspective que s'inscrit le plan stratégique intégré santé de la Reproduction maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNIA) que le Ministère de la Santé et de la Population vient de se doter.

Il s'aspire aussi des cadres de référence globaux sur la santé notamment la déclaration d'Astana sur les Soins de Santé Primaire durables, les Objectif de Développement Durable (ODD) et à la stratégie Mondiale pour la Santé de la femme, de l'Enfant et de l'Adolescent 2016-2030. En outre, il est en cohérence avec l'ODD-3 "donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges" et l'ODD-22 relatif à la malnutrition.

L'élaboration de ce plan dont le but est de contribuer à l'amélioration du bien-être de la population à travers la réduction de la mortalité et morbidités évitables par l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité aux femmes, enfants et adolescents, surtout les plus vulnérables et qui est fondé sur des valeurs de respect de la dignité humaine, d'équité, de développement durable et de redevabilité a fait l'objet d'une approche participative incluant tous les intervenants clés dans la santé maternelle, infantile et de l'adolescent . Ce plan stratégique SRMNIA a quatre objectifs spécifiques relatifs à la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.

La mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre de ce plan stratégique ainsi qu'une coordination de différents intervenants pour une mise en œuvre efficiente de différentes interventions à haut impact qui y sont inscrites restent des défis majeurs pour tous les acteurs de mise en œuvre de ce plan.

Nous exhortons donc tous les intervenants à s'aligner à ce cadre de référence national pour toutes les interventions qui touchent à la santé maternelle, infantile et de l'adolescent dans notre pays. C'est seulement à ce prix que nous allons tirer le meilleur parti des investissements onéreux que le gouvernement avec ses partenaires mettent dans l'amélioration de la santé maternelle et infantile.

Gilbert Mokoki

Ministre de la santé et de la Population

## ACRONYMES, ABREVIATIONS ET SIGLES

ACBEF	Association Congolaise pour le Bien Etre Familial
ACT	Combinaisons à base de l'artémisinine
ARV	Anti Retro Viral
AVS	Activités de Vaccination Supplémentaires
BNS	Besoins non satisfaits
CAMEPS	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Produits de Santé
CCIA	Comité de Coordination Inter Agences
CDT	Centres de Dépistage et Traitement
CDV	Conseil et dépistage volontaire
CFR	Case Facility Rate
CHUB	Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville
COSA	Comité de Santé
CPN	Contact prénatal
CPS	Consultation préscolaire
CRS	Catholic Relief Services
CSI	Centre de santé Intégré
CTA	Centre de traitement ambulatoire
DDS	Direction départementale de la santé
DGHOS	Direction Générale des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins
DHIS:	District Health Information Software
DS	District sanitaire
DGSSSa	Direction Générale de Service de Soins et de Santé
DHPPS	Direction de l'Hygiène Publique et de la Promotion de la Santé
DMNI	Décès maternels néonataux et infantiles
EC/DS	Equipe cadre de district sanitaire
EDS	Enquête Démographique et de Santé
éTME	Elimination de la Transmission de la Mère à l'Enfant
EVVIH	Enfant vivant avec le VIH
FAP	Femme en âge de procréer
FEFA	Femme enceinte et allaitante

FOSA	Formation sanitaire
FVVIH	Femme vivant avec le VIH
GATPA	Gestion Active de la Troisième Phase d'Accouchement
GAVI	Alliance Globale pour les Vaccins et l'Immunsation
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
INS	Institut National de la Statistique
IOM	Intervention obstétricale majeure
ISF	Indice synthétique de fécondité
JNV	Journées Nationales de Vaccination
MAG	malnutrition aiguë globale
MAM	malnutrition aiguë modérée
MAS	malnutrition aiguë sévère
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey
MIILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MSP	Ministère de la Santé et de la Population
Nv	Naissance vivante
OBC	Organisation à Base Communautaire
ODD	Objectif de Développement Durable
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDMNI	Observatoire National des Décès Maternels, Néonataux et Infantiles
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCIMNE	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PCR	Polymérase Chain reactive / Réaction de polymérisation en chaîne
PEC	Prise en charge
PF	Planification familiale / Planning familial
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMAE	Paquet Minimum d'Activités Elargi
PMAS	Paquet Minimum d'Activités Standard
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNS	Politique Nationale de Santé

PPAC	Plan Pluriannuel Complet
PSN	Plan Stratégique National
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTME	Prévention de la transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RH	Ressources Humaines
SDMNIR	Surveillance des décès maternels, néonataux, infantiles et riposte
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SPN	Soin prénatal
SPSR	Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction
SRMNIA	Santé de la Reproduction/Santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent
SSRAJ	Santé sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes
TAR	Traitement Anti Rétroviral ou Thérapie Anti rétro Virale
TB	Tuberculose
TME	Transmission de la mère à l'enfant
TPI	Traitement préventif intermittent
TPIg	Traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine-Pyriméthamine pendant la grossesse
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
URNA	Unité de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire
URNI	Unité de Récupération Nutritionnelle Intensive
VAD	Visite à domicile
VAT	Vaccin antitétanique / vaccination antitétanique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## **LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES**

<b><u>Tableaux</u></b>		<b><u>Page</u></b>
<b>Tableau I :</b>	Répartition de la population par département en 2020	<b>9</b>
<b>Tableau II:</b>	Estimation des populations cibles de la SRMNIA au Congo en 2020	<b>10</b>
<b>Tableau III:</b>	Distribution du taux de morbidité paludisme par département chez les femmes enceintes par département	<b>19</b>
<b>Tableau IV:</b>	Distribution selon les tranches d'âge des femmes enceintes dépistées VIH+	<b>20</b>
<b>Tableau V :</b>	Répartition des nouveaux cas et rechutes TB notifiés selon le sexe et l'âge	<b>20</b>
<b>Tableau VI:</b>	Apports des partenaires de financement à la SRMNIA par année (FCFA).	<b>59</b>
<b>Tableau VII:</b>	Pourcentage de bouclage budgétaire par année (%)	<b>59</b>
<b>Tableau VIII:</b>	Répartition du Budget par axe stratégique d'intervention et par année FCFA.	<b>60</b>
<b><u>Graphiques</u></b>		<b><u>Page</u></b>
<b>Figure n°1</b>	Evolution de la mortalité des enfants de 2005 à 2020	<b>15</b>
<b>Figure n°2</b>	Evolution des contributions des mortalités néonatale, post néonatale, infantile et post infantile dans la mortalité infanto-juvénile	<b>15</b>
<b>Figure n°3</b>	Tendance évolutive de la mortalité maternelle de 1990 à 202	<b>18</b>
<b>Figure n°4</b>	Taux de fécondité par âge selon le milieu de résidence	<b>22</b>
<b>Figure n°5</b>	Evolution selon l'âge de la proportion des adolescentes ayant commencé une vie féconde	<b>23</b>
<b>Figure n°6</b>	Proportion des femmes au premier contact prénatal selon l'âge de la grossesse en 2020	<b>24</b>
<b>Figure n°7</b>	Couverture en TPIg des femmes enceintes de 2018 à 2020 dans les FOSA visitées lors de la revue	<b>24</b>
<b>Figure n°8</b>	Fonctions SONU de base les plus offertes de 2018 à 2020 dans les FOSA visitées	<b>33</b>
<b>Figure n°9</b>	Proportion des accouchements enregistrés dans les FOSA de 2018 à 2020	<b>33</b>
<b>Figure n°10</b>	Evolution des taux de césarienne de 2005 à 2020	<b>33</b>
<b>Figure n°11</b>	Utilisation des SPON de 2018 à 2020 dans les FOSA visitées	<b>34</b>
<b>Figure n°12</b>	Evolution de l'alimentation de l'enfant jusqu'à 6 mois (%)	<b>37</b>
<b>Figure n°13</b>	Moment de première mise au sein des nouveau-nés dans les FOSA de 2018 à 2020	<b>37</b>
<b>Figure n°14</b>	Recherche de financement par année	<b>59</b>

## **INTRODUCTION**

Les politiques de population et de santé ont été réorientées dans le monde suite à certaines recommandations mondiales auxquelles la République du Congo avait souscrit. Il s'agit notamment de celles de (i) la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD 1994) du Caire avec l'adoption du concept de Santé de la Reproduction (SR), (ii) du sommet du Millénaire à New York en 2000 avec les objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), et (iii) de la stratégie mondiale de la santé de la femme et de l'enfant 2030 en lien avec les objectifs de développement durable (ODD). Cette stratégie vise la réduction de 10% des risques sanitaires pesant sur les adolescents et les jeunes notamment les infections sexuellement transmissibles (IST) et à virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les grossesses précoces et non désirées, l'alcoolisme, la toxicomanie, ainsi que la morbidité de la femme dues aux cancers gynécologiques et autres violences basées sur le genre

A la suite de la revue finale de sa Feuille de route pour accélérer la réduction de la Mortalité Maternelle, Néo-natale et Infantile 2008-2015, le Congo a élaboré avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers (PTF), sa stratégie intégrée pour la Santé de la Reproduction maternelle, néonatale, infantile de l'adolescent et la nutrition (SRMNIA) 2018-2020. Celle-ci, alignée sur les ODD et la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030, vise à contribuer à l'amélioration de la santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et spécifiquement la réduction en 2022 des ratios de mortalité maternelle de 436 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (NV) en 2015 à 230, néonatale de 21 décès pour 1000 NV à 17‰, (infantile de 36 décès pour 1000 NV à 24‰, et (iv) infanto juvénile de 52‰ à 41‰.

Le Plan SRMNIA 2018-2022, arrivé à mi-parcours, a fait l'objet d'aout à octobre 2021, d'une revue décidée par le Ministère de la santé en concertation avec ses partenaires, afin d'évaluer les progrès réalisés, réorienter et/ou renforcer les orientations stratégiques. L'approche méthodologique de cette revue qui vient à propos dans la perspective du PND 2022-2026 en élaboration, était participative avec l'utilisation du guide générique OMS de revue des programmes sur la santé génésique, la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et la nutrition (SGMNEA-N, et comportait une revue documentaire couplée à des visites de terrain et entretiens avec les acteurs et partenaires impliqués, et sanctionnée par un atelier de revue.

## I.- PROFIL PAYS

### 1.1. Situation géographique, démographique et socio-économique du Congo

#### Situation géographique

Située en Afrique centrale et à cheval sur l'équateur entre les latitudes 3°30' Nord et 5° Sud, et les longitudes 11° et 18° Est, la République du Congo s'étend sur une superficie de 342.000 km<sup>2</sup>. Disposant d'une façade maritime de 170 km sur l'Atlantique, elle partage ses frontières avec 5 pays: le Gabon à l'Ouest sur 1.903 km, le Cameroun au Nord-Ouest sur 523 km, la République Centrafricaine au Nord sur 467 km, la République Démocratique du Congo à l'Est sur 2.410 km le long du fleuve Congo, et l'Angola par l'enclave du Cabinda au Sud sur 201 km.

#### Situation démographique

Tableau I : Répartition de la population par département en 2020

Départements	2020		
	Hommes	Femmes	Ensemble
Kouilou	69 747	66 274	136 021
Niari	167 690	174 351	342 041
Lékoumou	68 116	74 432	142 548
Bouenza	220 519	236 561	457 080
Pool	170 784	179 125	349 909
Plateaux	125 381	132 823	258 204
Cuvette	113 394	117 391	230 785
Cuvette-Ouest	52 765	55 197	107 961
Sangha	63 832	62 984	126 816
Likouala	114 103	113 845	227 948
Brazzaville	1 006 062	1 025 195	2 031 257
Pointe-Noire	531 858	526 194	1 058 052
<b>Total</b>	<b>2 704 251</b>	<b>2 764 371</b>	<b>5 468 622</b>
	49,5%	50,5%	100,0%

Source: INS, Perspectives démographiques 2020

Le dernier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) remonte à 2007 avec une population résidente de 3 697 490 habitants, et un taux d'accroissement annuel de 3%. Selon l'Institut National de la Statistique en 2020, cette population est estimée à 5.468.622 habitants en 2020, dont 50,5% des femmes et 49,5 % d'hommes. Pays de faibles densités avec 8,8 hab. /km<sup>2</sup>, il a la majeure partie de sa population urbanisée (67,1 %) et concentrée à Brazzaville et Pointe-Noire (56%).<sup>1</sup>

Le Congo a une population jeune avec près de 45% des moins de 20 ans, les moins de 60 ans n'en constituant que 4,5% en 2020, et la tranche d'âge de 15 à 59 ans 55%.<sup>2</sup> Les enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes représentent respectivement 4% et 4,32% de la population totale<sup>3</sup>, et les femmes en âge de procréer (FAP) environ 20 % de la population, et près de 40% de la population féminine. Les adolescents, représentaient 21,4% de la population et avec les jeunes de 20 à 24 ans 31% selon le RGPH 2007.

<sup>1</sup> Institut National de la Statistique (INS) Congo, Perspectives démographiques, 2020 et 2012

<sup>2</sup> Tabutin D et Schoumaker B: La démographie de l'Afrique subsaharienne au 21e siècle. Bilan des changements de 2000 à 2020, perspectives et défis d'ici 2050. INED, In Population, 2020/2-3 Vol. 75, pg 7, 109,113,

<sup>3</sup> PPAC 2012-2016

Selon l'EDS 2005, la mortalité générale est estimée à 14‰, la mortalité néonatale à 35‰, la mortalité infantile à 75‰, la mortalité infanto-juvénile à 117‰ et le ratio de mortalité maternelle à 781 décès maternels (DM) pour 100 000 Nv. L'espérance de vie est estimée à 62,7 pour les femmes et 60,5 pour les hommes selon le PNUD.

Tableau II : Estimation des populations cibles de la SRMNIA au Congo en 2020

Départements	Population Totale	Femmes en âge de procréer	Enfants de 0 à 11 mois	Enfants de 12 à 59 ans	Adolescents de 10-19 ans	Jeunes de 20-24 ans	Naissances vivantes
Kouilou	136 021	27 204	5 441	21 763	29 108	13 058	5 849
Niari	342 041	68 408	13 682	54 727	73 197	32 836	14 708
Lékoumou	142 548	28 510	5 702	22 808	30 505	13 685	6 130
Bouenza	457 080	91 416	18 283	73 133	97 815	43 880	19 654
Pool	349 909	69 982	13 996	55 985	74 881	33 591	15 046
Plateaux	258 204	51 641	10 328	41 313	55 256	24 788	11 103
Cuvette	230 785	46 157	9 231	36 926	49 388	22 155	9 924
Cuvette-Ouest	107 961	21 592	4 318	17 274	23 104	10 364	4 642
Sangha	126 816	25 363	5 073	20 291	27 139	12 174	5 453
Likouala	227 948	45 590	9 118	36 472	48 781	21 883	9 802
Brazzaville	2 031 257	406 251	81 250	325 001	434 689	195 001	87 344
Pointe-Noire	1 058 052	211 610	42 322	169 288	226 423	101 573	45 496
<b>Total</b>	<b>5 468 622</b>	<b>1 093 724</b>	<b>218 745</b>	<b>874 980</b>	<b>1 170 285</b>	<b>524 988</b>	<b>235 151</b>
		20,0%	4,0%	16,0%	21,4%	9,6%	4,3%

### Situation socio-économique

Le Congo, pays à revenu intermédiaire inférieur, est classé au 138<sup>ème</sup> rang mondial sur 189 pays avec un indicateur du développement humain (IDH) de 0,574 en 2019 contre 0,608 en 2018. <sup>4</sup> Selon la Banque mondiale, avec un revenu national brut (RNB) par habitant relativement élevé estimé à 1705 US\$ en 2019 et 1732 US\$ en 2020, 35 % de sa population vivait en-dessous du seuil de pauvreté en 2016 contre 39,6% en 2011. Le taux brut de scolarisation (TBS) primaire est de 107,6 pour les filles et 100,6% pour les garçons en 2019, tandis que le taux d'alphabétisation des personnes âgées de 15 ans et plus est de 79,3% (86,4% pour les hommes et 72,9% pour les femmes).

### **1.2.- Organisation administrative et sanitaire du Congo**

Le pays est structuré en 12 départements, 16 communes, 52 communautés urbaines, 23 arrondissements et 86 districts administratifs selon les lois n°3-2003 du 17 janvier 2003 et n°8-2005 du 23 mai 2005, fixant organisation administrative territoriale.

### Organisation structurelle du système de santé

La structuration pyramidale de l'organisation du système de santé comporte 3 niveaux hiérarchiques: le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique.

Le niveau central, stratégique et normatif dans la planification, le suivi, l'évaluation, la coordination, la mobilisation et l'allocation des ressources, est constitué du cabinet du

<sup>4</sup>PNUD, Rapport sur le Développement Humain, 2019

ministre, de l'Inspection Générale de la Santé (IGS), des directions générales et centrales, des structures sous tutelles et des programmes spécialisés. Les directions générales (DG) comprennent (i) la Direction Générale de Service de Soins et de Santé (DGSSSa), (ii) la DG de l'administration, de la réglementation et des ressources financières (DGARRF); (iii) la DG du médicament, de la pharmacie et des laboratoires (DGMPL); (iv) la DG des infrastructures, des équipements et de la maintenance (DGIEM); (v) la DG de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies (DGELM) et (vi) la DG de la population (DGPOP).

Le niveau intermédiaire, représenté par les 12 directions départementales de la santé (DDS), créées par décret n° 2018-270 du 02 juillet 2018, joue un rôle d'appui technique aux districts sanitaires (DS) dans la transmission des informations, l'adaptation des normes nationales aux conditions locales et la supervision des DS.

Le niveau périphérique, représenté par 52 DS, subdivisés chacun en aires de santé, est l'unité opérationnelle de planification et de mise en œuvre du plan.<sup>5</sup> Le DS, administré par une équipe cadre (EC/DS) avec cinq fonctions principales (gestion des ressources, planification des activités, formation/encadrement du personnel, supervision, approvisionnement en médicaments essentiels et génériques, recherche-action), dispose d'un réseau de FOSA ambulatoires publiques et privées organisé autour d'un hôpital de base (HB) ou hôpital référence (HR) du district. Deux organes de participation communautaire soutiennent le fonctionnement du système de santé du district: les comités de gestion (COGES) et les comités de santé (COSA).

#### Organisation fonctionnelle et opérationnelle du système de santé

L'offre des soins, organisée en 3 niveaux, repose sur les structures opérationnelles, réparties selon leur statut juridique en 3 secteurs étatique ou public, paraétatique et privé, et classifiées en FOSA ambulatoires, d'hospitalisation, et spécialisées.<sup>6</sup> Les structures publiques disposent pour leur gestion selon le décret n° 96-525 du 31 décembre 1996 des organes de participation de la population : les comités de santé (COSA) au niveau des centres de santé intégré (CSI), les comités de gestion (COGES) au niveau des hôpitaux de base (HB), et les comités de direction (CODIR) au niveau des hôpitaux généraux (HG).

1) Les FOSA ambulatoires constituent avec les CSI le premier maillon de recours du système de santé et l'interface entre le service de santé et la communauté à laquelle elles délivrent en priorité un paquet minimum d'activités (PMA) composé des soins ambulatoires préventifs, promotionnels et curatifs.

- Le secteur public dispose de deux types de CSI: (i) les CSI à PMA standard ou simple (CSI PMAS) offrant tout le paquet de soins de santé primaires (SSP) à la

---

<sup>5</sup>Arrêté n°5369 du 2 août 2017

<sup>6</sup>Décret n° 96 / 525 du 31 décembre 1996, portant définition, classification et mode de gestion des formations sanitaires publiques en République du Congo

population excepté les accouchements, et (ii) les CSI à PMA élargi (CSI PMAE) qui, outre des activités dévolues au CSI/PMAS, offrent les activités d'accouchement et de chirurgie ainsi que l'hospitalisation.

- Le secteur privé à but lucratif et non lucratif, régi par le décret n°88/430 du 6 juin 1988 fixant les conditions d'exercice libéral de la médecine, dispose des centres médico-sociaux (CMS) relevant des ONG et des confessions religieuses, des cabinets médicaux et des soins paramédicaux, ouverts par des particuliers.
- 2) Les FOSA d'hospitalisation, dont les cliniques privées, comptent à ce jour 8 HG et 36 HB. Ce sont des établissements dotés de lits d'hospitalisation et classés de la base au sommet en fonction de leur plateau technique et de leur capacité de prise en charge (PEC) des patients.
- Les HB ou hôpitaux de référence (HR) pour le DS, délivrent un paquet complémentaire d'activités (PCA) comprenant au minimum les consultations de référence, la PEC des urgences, l'imagerie médicale, la biologie médicale de base, et quatre services d'hospitalisation (pédiatrie, médecine, chirurgie et maternité)
  - Les HG, au nombre de 8, représentant le 3<sup>e</sup> échelon dans la référence et servant d'appui technique aux HB de leur zone de couverture, assurent le rôle d'hôpital de référence (HR) pour les DS où ils sont implantés. Ils disposent outre du PCA, d'unités spécialisées de soins et d'un plateau technique complet permettant de réaliser une activité médicale continue. Ce sont: le Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB), l'Hôpital Central des Armées (HCA) P.Mobéngo, l'Hôpital Spécialisé Mère-Enfant (HSME) Blanche Gomes à Brazzaville, HG de Loandjili et HG. A. Sicé à Pointe-Noire, HG de Dolisie dans le Niari, HG 31 juillet d'Owando et l'HG Edith Bongo Ondimba d'Oyo dans la Cuvette.
- 3) Les FOSA spécialisées viennent en appui au diagnostic, au traitement, à la recherche et à la formation à l'ensemble des structures opérationnelles.
- Le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), disposant d'un plateau technique de plus haut niveau avec un labo P3, est chargé du contrôle de la qualité des examens biologiques pratiqués dans les laboratoires du pays.
  - Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) a pour mission d'assurer la disponibilité des produits sanguins sécurisés en organisant leur collecte, traitement, stockage et distribution. sur l'ensemble du pays.
  - La Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Produits de Santé (CAMEPS), est chargée de l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques notamment ceux des initiatives de gratuité comme les antirétroviraux (ARV) et les combinaisons à base d'artémisinine (CAT ou ACT) et en matériels médicaux des FOSA publiques et des organismes privés à but non lucratif.

- Les centres de traitement ambulatoires spécialisés assurent la PEC des pathologies spécifiques : le Centre National de Référence de la drépanocytose (CNRD) de Brazzaville, 2 centres de traitement ambulatoire (CTA) pour l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH), et 2 centres antituberculeux (CAT) à Brazzaville et Pointe-Noire

Le réseau des FOSA des Forces Armées Congolaises (FAC) comprend l'Hôpital Central de l'Armée P. Mobéngo, les deux hôpitaux régionaux de Pointe-Noire et Dolisie, la clinique médico-chirurgicale Océan de Pointe-Noire et 10 infirmeries. Celui du secteur privé, est composé de structures pharmaceutiques, de soins, de laboratoire et d'imagerie médicale. Ce secteur, régi par le décret n°88/430 du 6 juin 1988 fixant les conditions d'exercice libéral de la médecine et des professions paramédicales et pharmaceutiques au Congo, se subdivise en privé à but lucratif et privé à but non lucratif des confessions religieuses, des ONG et Associations.

### **1.3.- Organisation de la SRMNIA au Congo**

#### ❖ Place de la SRMNIA dans le développement sanitaire

La promotion de la SRMNIA constitue à côté des maladies transmissibles et non transmissibles, l'une des 3 principales priorités en matière de santé publique dans le paquet des services essentiels (PSE) du PNDS. Le Congo a ratifié plusieurs conventions intéressant la santé et prenant en compte directement ou indirectement la SRMNIA.

#### ❖ Organisation structurelle et fonctionnelle de la SRMNIA

La SRMNIA est organisée aux 3 niveaux du système de santé avec (i) la DGPOP et certains programmes du MSP au niveau central, pour l'élaboration des normes, le suivi et l'évaluation de sa mise en œuvre, (ii) les DDS au niveau intermédiaire, et (iii) les DS au niveau opérationnel pour la supervision des activités dans les aires de santé. La DGPOP est constituée de 5 directions centrales : (i) Direction de la santé de la reproduction (DSR), (ii) la Direction de la santé de l'enfant (DSE), (iii) la Direction de la santé scolaire et universitaire (DSSU), (iv) la Direction des populations vulnérables (DPV), et (v) la Direction administrative et financière (DAF).

##### ○ Structures opérationnelles de la SRMNIA et paquet de service

L'offre des soins prénatales (SPN) et préscolaires pour les enfants de moins de 5 ans est disponible en ambulatoire dans le public dans les CSI et dans le privé dans les centres médicaux sociaux (CMS) et certains cabinets médicaux. L'hospitalisation des enfants est assurée dans les services de pédiatrie des hôpitaux et les cliniques. Les accouchements sont réalisés dans les maternités des hôpitaux, les CSI à PMAE, les cliniques et quelques CSI à PMA simple en milieu rural. Pour la santé des adolescents et des jeunes (SSRAJ), le pays dispose d'un centre de santé universitaire à Brazzaville et de quelques centres de santé scolaire implantés dans les établissements scolaires.

○ Acteurs clés de la SRMNIA

Ces acteurs sont constitués (i) du ministère en charge de la santé, (ii) des structures des autres départements ministériels, et (iii) des partenaires au développement.

- Le MSP, premier acteur de la SRMNIA, est chargé de la définition de la politique, l'élaboration des outils stratégiques et normatifs, la mobilisation des ressources, le suivi de la mise en œuvre des activités ainsi que la coordination des partenaires.
- Certains ministères, de par leurs attributions de formation et de recherche ou de PEC des problèmes des femmes, des adolescents et des jeunes, sont des partenaires de la SRMNIA. Il s'agit notamment des ministères de : (i) la défense avec ses structures d'offre de soins, (iii) l'enseignement supérieur et la recherche scientifique avec ses instituts de formation des professionnels de santé, et leur potentiel de renforcement de l'information stratégique sur la SRMNIA, (iii) l'enseignement technique en charge de la formation des paramédicaux, (iv) l'enseignement primaire en charge des enfants d'âge scolaire, et (iv) ceux en charge des Affaires sociales, de la Promotion de la Femme, et de la Jeunesse.
- Parmi les partenaires nationaux, on peut retenir : (i) le secteur privé avec ses FOSA ayant intégré la SRMNIA dans leur offre de service ; (ii) les institutions de formation et de recherche, avec leur potentiel de formation des professionnels de santé et de renforcement de l'information stratégique sur la SRMNIA, (iii) les associations professionnelles des gynécologues-obstétriciens, pédiatres, et sages-femmes, et (iv) les ONGs / associations dans la promotion des services SRMNIA.
- Le partenariat international de par ses appuis diversifiés est représenté par les organismes bi et multilatéraux, dont les agences du SNU et les bilatéraux.

## **II.- ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA REPONSE DE LA SRMNIA**

De l'analyse situationnelle de la SRMNIA réalisée au cours de la revue du plan stratégique SRMNIA 2018-2022 organisée en aout - novembre 2021, il ressort que, malgré quelques progrès observés, les prestations de soins et de services de santé connaissent des problèmes prioritaires récurrents, dont : (i) la faible couverture sanitaire des interventions, (ii) la capacité opérationnelle insuffisante des structures, (iii) la faible qualité des soins et services offerts, (iv) leur sous-utilisation et (v) la faible redevabilité des services.

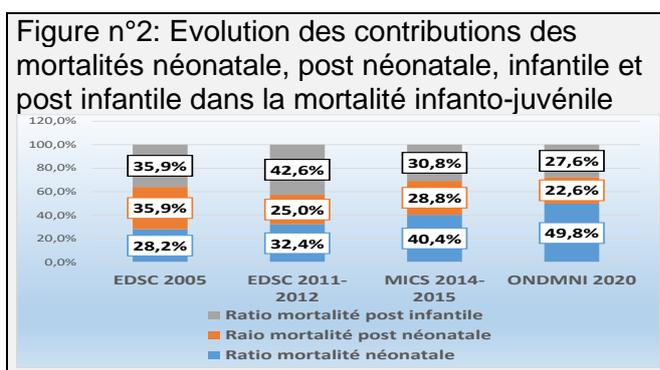
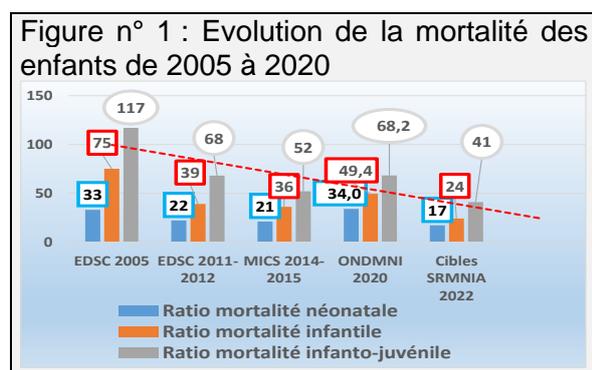
## II.1.- Situation épidémiologique

Le profil épidémiologique de la SRMNIA est déterminé par les indicateurs de mortalité, de morbidité, ainsi que ceux liés à la SR. Nonobstant l'absence des données récentes sur les indicateurs d'impact avec la non réalisation d'une enquête d'envergure nationale sur la démographie et la santé après 2015, l'état de santé des populations cibles de la stratégie SRMNIA, estimé à partir des données de routine, dont celles de l'Observatoire National des Décès Maternels Néonataux et Infantiles (ONDMNI), est encore caractérisé par une mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto juvénile élevée sur un terrain de dysfonctionnement du système de santé accentué par la Covid-19 .

### II.1.1.- Santé de l'enfant

#### II.1.1.1. La mortalité des enfants

Avec 60.264 naissances vivantes (NV) enregistrées en 2020, les ratios des mortalités chez les enfants de < 5 ans obtenus à partir des données préliminaires du rapport de l'ONDMNI, sont de 34,0 décès pour 1.000 NV pour la mortalité néonatale, de 15,4‰ pour la mortalité post néonatale, 49,4‰ pour la mortalité infantile, 18,8‰ pour la mortalité post infantile et 68,2‰ pour la mortalité infanto-juvénile. Bien que ces ratios issus des données de routine ne puissent être comparables à celles des enquêtes antérieures, une tendance évolutive nettement à la hausse s'observe en 2020 par rapport à 2015.



Les décès des enfants de < 1 an contribuent à au moins 2/3 (>60%) de l'ensemble des décès des enfants de < 5 ans, tandis que la mortalité néonatale ne concernant que ceux n'ayant vécu que 28 jours y contribue pour au moins 30% et plus que la mortalité postnatale. Le poids important de la mortalité infantile dans la mortalité infanto-juvénile,

suggère une attention particulière et soutenue pour les enfants de < un an, très vulnérables, dans les interventions d'accélération de la réduction de la mortalité mises en œuvre avant leur premier anniversaire, et particulièrement les nouveau-nés, d'autant plus que 89,7% des décès néonataux sont précoces et se produisent dans les 7 premiers jours après la naissance<sup>7</sup>.

### **II.1.1.2. Déterminants de la mortalité infanto-juvénile**

Parmi les facteurs les plus déterminants de la mortalité infanto-juvénile, il y a d'une part les causes de morbi-mortalité, et d'autre part la faible couverture des populations ayant bénéficié des soins de qualité, tant pour les soins curatifs, préventifs que promotionnels. Les causes de décès dans la période néonatale selon le rapport de l'ONDMNI 2020 sont dominées par la prématurité (36%), les infections néonatales/sepsis (27%), l'asphyxie (23%), et les malformations (4 %). Ces causes, vulnérables, sont tributaires de la qualité de la PEC de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum. Celles des décès des enfants de < 5 ans restent dominées par le paludisme (31%), la malnutrition (29%), la diarrhée (26%), les infections respiratoires aiguës (IRA) avec 14% et l'anémie (6 %).

### **II.1.1.3. Morbidité chez les enfants**

La morbi-mortalité infantile avec un soubassement de malnutrition et d'infections, est dominée par la triade des trois maladies tueuses des enfants : paludisme, IRA et maladies diarrhéiques. Le paludisme, dont l'incidence est de 389 pour 1000 chez les enfants de moins de 5 ans<sup>8</sup>, constitue chez ces enfants 52,8% des causes de consultation externe, la première cause d'hospitalisation avec 44,1% et 28% des décès.<sup>9</sup> Les IRA, avec la pneumonie comme infection la plus fréquente avec 22,4% en 2009 et une mortalité hospitalière de 7%, constituent la deuxième cause de morbidité et de mortalité. Relativement faible pour les moins de 6 mois, la prévalence de la diarrhée augmente rapidement et atteint son niveau le plus élevé chez les enfants de 6-23 mois, avant de redescendre pour atteindre le niveau le plus bas chez les 48-59 mois avec 11%.

#### **❖ La malnutrition et la carence en micronutriments**

La prévalence des faibles poids à la naissance (poids < 2500g) pour lesquels sont incriminés la prématurité, le retard de croissance intra-utérine, les infections et le mauvais état nutritionnel de la mère pendant la grossesse, est de 11,3% en 2019 selon les données de routine versus 10,2% selon le MICS-5/2014-2015, et celle des nouveau-nés en surpoids (>4000 g) de 5%.<sup>10</sup> Selon les données préliminaires de l'enquête nutritionnelle SMART 2021, la malnutrition reste préoccupante chez les enfants de moins

<sup>7</sup> Rapport ONDMNI 2020, Données préliminaires

<sup>8</sup> MICS-5/Congo 2014-2015

<sup>9</sup> Revue de performance du programme paludisme du Congo, Rapport final, 2014

<sup>10</sup> DGPOP, Rapport sur la santé maternelle et néonatale des trois premiers trimestres 2019

de 5 ans, avec une prévalence de 5% pour la malnutrition aigüe globale (MAG), 3,8% pour la malnutrition aigüe modérée (MAM), 1,3% pour la malnutrition aigüe sévère (MAS) et environ 4% pour la surcharge pondérale.

La carence en fer, fréquente chez les enfants, touche 66,7% de ceux âgés de 6-59 mois dont 32,3% sous la forme légère, 33,5% sous la forme modérée et 0,7% sous la forme sévère selon EDSC-II-2011-2012. Cette prévalence au-dessus du seuil critique de l'OMS de 5%, légèrement plus élevée en milieu urbain que rural (67,9% contre 65,1%), diminue progressivement avec l'âge, passant d'un maximum de 87% chez les enfants de 9-11 mois à 54% chez ceux de 48-59 mois. La carence en vit A affecte 51,8% des enfants de 6-59 mois (> seuil OMS de 40%) selon une enquête de Médecins d'Afrique réalisée avec l'appui de l'UNICEF en 2003.

#### ❖ L'infection à VIH, la Tuberculose et la Covid-19

La transmission du VIH dans cette tranche d'âge essentiellement verticale, correspond dans la majorité des cas à la transmission de la mère à l'enfant (TME). Le nombre estimé d'enfants de < 15 ans infectés par le VIH en augmentation est passé de 1320 en 2012 (Spectrum 2013) à 7997 en 2020. En matière de TB, les enfants de < 15 ans n'ont représenté que 8% des cas TB bactériologiquement confirmés en 2020.<sup>11</sup> Du fait de son diagnostic difficile notamment chez les moins de 5 ans, la TB chez l'enfant est faiblement notifiée. En matière de Covid-19, les enfants de < 10 ans dont le moins âgé n'avait que 06 jours, n'ont représenté au 20 décembre 2021 que 1,12 % des personnes infectées avec 0,41% pour les enfants de < 5 ans et 0,71% pour les 5-9 ans. Aucun décès n'a encore été enregistré sur les 218 cas confirmés.

#### ❖ Maladies évitables par la vaccination

En dépit des bonnes performances enregistrées dans le cadre des maladies du PEV avec la réduction de leurs prévalences, le Congo n'est pas à l'abri des épidémies avec des niveaux de couverture encore insuffisants pour protéger sa population. La couverture vaccinale avec comme traceur le vaccin Pentavalent de 73% en 2020 est en dessous des cibles de 83%. Des flambées épidémiques ont été signalées en 2019 et 2020, notamment celle de la fièvre jaune avec 330 cas suspects en 2019 et 152 en 2020 à Brazzaville et Pointe-Noire, la rougeole avec 141 cas suspects dans plusieurs départements, (iii) la rubéole avec 3 cas confirmés avec IgM+ au laboratoire en 2020, et (iv) les paralysies flasques aiguës (PFA) avec 99 cas en 2020 dont 89 cas classés non polio (90,81%).

#### ❖ La drépanocytose

Première maladie génétique au Congo, la drépanocytose constitue un véritable problème de santé publique par sa morbidité et sa mortalité. Des analyses effectuées en 2005 sur

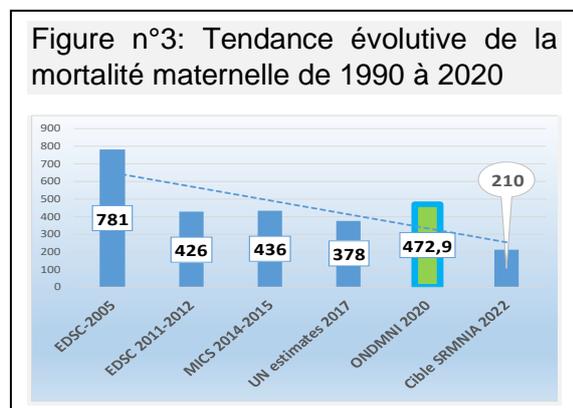
---

<sup>11</sup> Rapport PNL T 2020

le sang prélevé à partir du cordon de 1.186 nouveau-nés à Brazzaville et Pointe-Noire, 20% d'entre eux était hétérozygotes (AS) et 1 % homozygote (SS).<sup>12</sup>

## II.1.2.- Santé maternelle

### II.1.2.1. Mortalité maternelle



Avec 60.264 naissances vivantes et 285 DM en 2020 selon les données préliminaires de l'ONDMNI 2020, le ratio de mortalité maternelle est estimé à 472,9 DM pour 100.000 NV. Ce ratio bien que non comparable à ceux des enquêtes, loin de la cible de 210 DM pour 100.000 NV en 2022 du PS SRMNIA 2018-2022 à une nette tendance à la hausse, contrairement à celle à la baisse observée entre 1990 et 2015. Cette tendance haussière

pourrait traduire non seulement la mauvaise santé des femmes pendant la période gravidique, mais aussi la dégradation de l'offre avec la faible disponibilité et la faible qualité des soins obstétricaux, ces décès survenant le plus souvent pendant le post-partum immédiat.

### II.1.2.2. Déterminants de la mortalité maternelle

Parmi les déterminants de la mortalité maternelle, il y a d'une part la morbidité et d'autre part les déterminants liés aux pratiques obstétricales et à l'organisation des soins. Les causes des DM reportées dans le rapport préliminaire de l'ONDMNI 2020 sont constituées des causes directes les plus importantes (85,4%), des causes indirectes (14,1%) et celles indéterminées (4,9%). Les causes directes sont dominées par les hémorragies avec 58,9% des cas, suivies de l'éclampsie (25,1%), les infections du postpartum et du post abortum (10,2%) et l'embolie amiotique (2,12%). Les causes indirectes résultent des maladies préexistantes ou développées durant la grossesse et non dues à des causes obstétricales directes, mais aggravées par les effets physiologiques de la grossesse (paludisme, drépanocytose, infection à VIH, diabète, anémie), ainsi que les complications d'anesthésie (3%). Selon une étude réalisée à Brazzaville, parmi les causes obstétricales indirectes (69 décès de 2013 à 2015 sur 716), trois cas sur sept étaient dû à l'anémie (42,0%) suivies du VIH (27, 5%) et de l'insuffisance cardiaque (24,6%).<sup>13</sup>

### II.1.2.2.- Morbidité de la femme en âge de procréer (FAP)

<sup>12</sup> MPEMBA LOUFOUA B et al, Dépistage néonatal de la drépanocytose au Congo Brazzaville

<sup>13</sup> Anki Yambare, Analyse des déterminants de la mortalité maternelle pré partum en République du Congo 2013-2015

Au Congo comme dans la Région africaine, les femmes sont plus susceptibles de mourir de maladies transmissibles (paludisme, VIH et tuberculose), de carences nutritionnelles et des pathologies liées à la grossesse et à l'accouchement.

#### ❖ Le paludisme

Tableau III: Distribution du taux de morbidité du paludisme par département chez les femmes enceintes

Départements	Cas toute cause confondue	Cas du paludisme chez femmes	Taux de Morbidité
Bouenza	17 195	920	5,4%
Brazzaville	9 803	428	4,4%
Cuvette	19 633	935	4,8%
Cuvette Ouest	3 889	122	3,1%
Kouilou	9 570	177	1,8%
Lékoumou	667	49	7,3%
Likouala	7 158	333	4,7%
Niari	19 240	572	3,0%
Plateaux	7 588	229	3,0%
Pointe-Noire	115 121	3 972	3,5%
Pool	22 540	783	3,5%
Sangha	165	-	0,0%
<b>CONGO</b>	<b>232 569</b>	<b>8 520</b>	<b>3,7%</b>

Source: Données DHIS2-2020

Les femmes enceintes constituent avec les enfants de < 5 ans et surtout ceux de moins d'un an, les populations clés et vulnérables touchées par le paludisme. Le paludisme pendant la grossesse comporte des risques importants pour la femme enceinte, le fœtus et le nouveau-né. Sa charge chez les femmes enceintes est passée de 1% à 4% de 2019 à 2020 avec une morbidité plus élevée dans la Lékoumou (7,3%) et la Bouenza (5,4%) selon le tableau III.<sup>14</sup>

#### ❖ La malnutrition chez les FAP

L'évaluation de l'état nutritionnel des femmes enceintes par le périmètre brachial montre que 2,1% d'entre elles souffrent de dénutrition dont 1,9% de MAM et 0,2% de MAS. La maigreur ou la déficience énergétique chronique (IMC < à 18,5 kg/m<sup>2</sup>) affectait 14% des femmes en 2011, et l'obésité (IMC ≥ 30) moins d'une femme sur dix (9%). Les femmes en général et particulièrement celles allaitantes souffrent plus de surcharge pondérale (surpoids et obésité) que de dénutrition. La prévalence de la malnutrition par excès est de 29,4% contre 10,4% pour la malnutrition par déficience d'apport alimentaire.

#### ❖ Les carences en micronutriments chez les FAP

L'anémie ferriprive est plus importante pendant la grossesse avec 58,4% des femmes enceintes contre 54,5% non enceintes. Plus fréquente en milieu urbain (56,4%) que rural (49,8%), elle touchait un peu plus d'une femme sur deux (54,2%) avec 43% sous la forme légère, 11% sous la forme modérée et 0,3% sous la forme sévère en 2012.<sup>15</sup> La vitamine A dont la carence affecte 44,4% des femmes enceintes et allaitantes (FEFA), prévient la cécité et les infections. La carence en iode, dont le taux le plus élevé a été observé en 2006 avec 18,2% dans la Sangha, est à l'origine du crétinisme et de troubles du développement cognitif et moteur de l'enfant.

#### ❖ L'infection à VIH et la Tuberculose

<sup>14</sup> PNLP, Rapport annuel 2020

<sup>15</sup> EDSC 2011-2012

La population féminine reste la plus infectée par le VIH avec 58,6% contre 41,4% d'hommes selon les données des activités de dépistage du VIH en 2020. Ces données confortent la féminisation de l'infection observée dans les enquêtes antérieures de séroprévalence dont l'ESISC de 2009 avec une prévalence deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes (4,1% contre 2,1 % en 2009). La non réalisation des enquêtes régulières de séro-surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes depuis une dizaine d'année, ne permet pas d'avoir les données actualisées de leur prévalence. Celle-ci était de 6 % en 2003<sup>16</sup> et de 3,6% en 2011<sup>17</sup>. Plus des ¾ des patients diagnostiqués et traités pour les IST sont des femmes (77,8 %), tandis que les adolescents de 15 à 19 ans dont 86% de sexe féminin, représentent 14 % des patients traités, et ceux de 10-14 ans 2%. (Rapport PNL 2020).

Tableau IV: Distribution selon les tranches d'âge des femmes enceintes dépistées VIH+

Tranche d'âge	Femmes enceintes		Taux de séropositivité
	Testées	VIH +	
10 - 14 ans	504	13	2,58%
15 - 19 ans	5 905	85	1,44%
20 - 24 ans	8 931	151	1,69%
25 - 29 ans	8 431	157	1,86%
30 - 34 ans	6 205	127	2,05%
35 - 39 ans	3 923	91	2,32%
≥ 40 ans	1 133	28	2,47%
Ensemble	35 032	652	1,86%

Source : Données Rapport annuel PNL 2020

Tableau V : Répartition des nouveaux cas et rechutes TB notifiés selon le sexe et l'âge

Tranche d'âge	Homme		Femme		TOTAL	
	0 - 4 ans	139	2,2%	149	3,1%	288
5 - 14 ans	301	4,7%	308	6,4%	609	5,4%
15 - 24 ans	1 039	16,4%	853	17,6%	1 892	16,9%
25 - 34 ans	1 452	22,9%	906	18,7%	2 358	21,1%
35 - 44 ans	1 430	22,5%	901	18,6%	2 331	20,9%
45 - 54 ans	1 029	16,2%	745	15,4%	1 774	15,9%
55 - 64 ans	549	8,7%	515	10,7%	1 064	9,5%
≥ 65 ans	403	6,4%	456	9,4%	859	7,7%
Ensemble	6 342	100,0%	4 833	100,0%	11 175	100,0%
	56,8%		43,2%		100,0%	

Source: Base des données PNL

En recrudescence et fortement associée à l'infection à VIH, la TB touche l'ensemble de la population, les femmes, et les enfants. Son taux de notification par âge et par sexe montre des proportions plus élevées chez les hommes par rapport aux femmes, sauf pour les groupes d'âge de 0 à 15 ans et des ≥ 55 ans. Sur un total de 11.175 cas de TB bactériologiquement confirmés (nouveaux cas et rechutes) dans les centres de dépistage et traitement (CDT) de la TB du Congo en 2020, les femmes ont représenté 43,2% des cas et celles en âge de procréer 23,8%.<sup>18</sup>

#### ❖ La Covid-19

La Covid-19, dont le 1<sup>er</sup> cas importé a été notifié au Congo le 14 mars 2020, comptait au 20 décembre 2021, 19.704 cas confirmés avec une nette prédominance masculine (65,73% versus 34,27%). Les femmes (6.752 contaminées dont 13 femmes enceintes),

<sup>16</sup>CNLS - Evaluation nationale de la séroprévalence des infections à VIH et de la Syphilis- CREDES - 2004

<sup>17</sup> Rapport de l'enquête de séro-surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes en CPN, Congo 2011

<sup>18</sup> PNL, Rapport annuel 2020, Congo

avec 107 décès représentent 29,16% des personnes décédées versus 70,84% d'hommes (260 décès), avec une létalité spécifique ou risque de décéder (CFR) de 1,60% versus 2,03% pour les hommes et 1,86% pour la population générale. .

L'émergence de cette pandémie, qui a mobilisé vers elle toutes les énergies, a impacté sur le financement des programmes de santé, et perturbé la mise en œuvre de certaines interventions de la santé et la continuité des services et des soins dont ceux de la SRMNA. Avec l'instauration du couvre-feu, le recours aux services et soins de santé d'urgence particulièrement ceux des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) n'était plus possible au-delà de 23 h. Le circuit des patients dans certains hôpitaux dont le CHU, l'HB de Mfilou, la clinique A. Léyono, le CMS Mouissou Madeleine a été fortement perturbé avec la mise en place des unités de PEC de la Covid-19.

La pandémie a aggravé l'insécurité alimentaire, la malnutrition et la vulnérabilité aux maladies et infections, avec la diminution des revenus de nombreux ménages. Les femmes en général et particulièrement celles allaitantes souffrant plus de surcharge pondérale que de dénutrition, comme celles enceintes et sous-alimentées risquent plus de développer des complications sévères en cas de Covid-19.

#### ❖ La drépanocytose

L'association drépanocytose homozygote- grossesse est responsable d'une morbidité maternelle et fœtale importante, dont l'aggravation de l'anémie chez toutes les gestantes, de fréquentes crises vaso-occlusives (45%) et des infections urogénitales à répétition (36%), et pour le fœtus le retard de croissance intra-utérine (14%) et la mort fœtale in utero (9,9%).<sup>19</sup>

#### Les cancers du sein et du col utérin

Les cancers du sein et du col utérin sont de loin les plus fréquents des cancers de la femme, avec respectivement 31,6% et 21,8%. L'âge moyen des patientes est de 50,7 ans pour le cancer du sein. L'incidence du cancer invasif du col, qui vient en 2<sup>e</sup> rang après celui du sein, augmente avec l'âge et atteint son maximum entre 40 et 50 ans.<sup>20</sup> Leur PEC thérapeutique est orphelin de la radiothérapie depuis plusieurs années.

#### ❖ La fistule obstétricale

Bien que peu connue des femmes (17,4%) et les affectant très peu (0,3%) selon l'EDSC 2011-2012, le contexte de survenue de la fistule chez les patientes opérées pour fistule génitale à Brazzaville et Ewo entre 2008 et 2017 était obstétrical dans 70% des cas.<sup>21</sup>

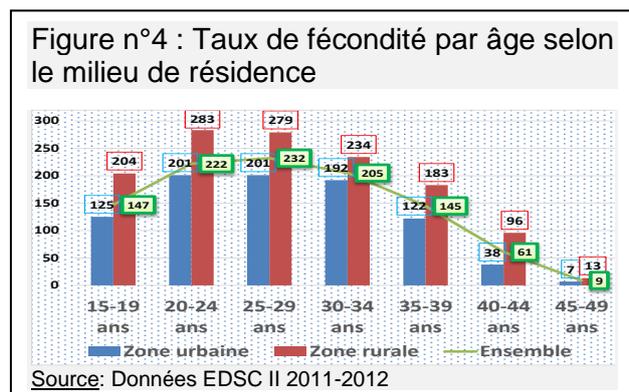
---

<sup>19</sup> Galiba Atipo Tsiba FO et al, Drépanocytose et Grossesse: Expérience du Centre National de Référence de la Drépanocytose de Brazzaville

<sup>20</sup>Registre des cancers de Brazzaville. Rapport de fonctionnement, année 2012

<sup>21</sup> P.M. Tebeu et al; Réinsertion psycho-sociale et économique des femmes opérées pour fistules obstétricales et non obstétricales au Congo, 2019

### II.1.2.3. Fécondité des femmes



Le Congo est un pays à forte fécondité, avec un ISF de 4,4 enfants par femme selon le MICS-5/Congo 2014-2015, un taux brut de natalité (TBN) ou nombre annuel moyen de naissances dans la population totale de 41 ‰, et un taux global de fécondité générale (TGFG) ou le nombre moyen de naissances vivantes pour 1000 FAP pour une année donnée de 182‰ selon l'EDSC 2011-2012.

Cette fécondité, plus élevée dans toutes les tranches d'âge en milieu rural, y débute plus précocement et s'achève plus tardivement comme illustré dans la figure n°4. Débutée précocement et à un niveau élevé à l'adolescence, elle se poursuit pendant toute la vie génésique de la femme, culminant rapidement à 232‰ entre 25 et 29 ans et régressant progressivement et rapidement surtout après 39 ans vers une fécondité tardive résiduelle de 9‰ à la fin de la vie génésique entre 45 et 49 ans.

### II.1.3. Santé des adolescents

L'adolescence, période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, est également une période de vie pendant laquelle une personne n'est plus un enfant, mais n'est pas encore un adulte. Elle est caractérisée par de multiples changements tant sur le plan physique, psychologique, affectif et économique avec apparition des caractères sexuels secondaires et beaucoup d'autres transformations. Les décisions qui sont prises au cours de cette période affectent non seulement le bien-être individuel des jeunes, mais aussi celui collectif et de la société.

Des comportements à risque sont observés chez les adolescents sur un terrain de sexualité précoce, de faible prévalence contraceptive moderne, et de faible utilisation de préservatifs, entraînant un taux élevé de grossesses et maternités précoces avec risque de déperdition scolaire, des avortements clandestins et d'exposition aux IST/VIH/SIDA. Ils sont confrontés par ailleurs aux accidents, aux violences, aux problèmes en lien avec les grossesses et les maladies que l'on peut prévenir ou guérir, et un grand nombre d'entre eux développe des pathologies chroniques, dont les troubles de l'alimentation, qui nuisent à leurs chances d'accomplissement personnel.<sup>22</sup> Bien que la mortalité dans cette tranche d'âge soit inférieure à celle des enfants en général, de nombreuses raisons justifient l'attention à apporter à leur PEC spécifique.

#### II.1.3.1. La Mortalité maternelle liée aux adolescentes

<sup>22</sup> Adolescent Friend Health Service, WHO, 2002

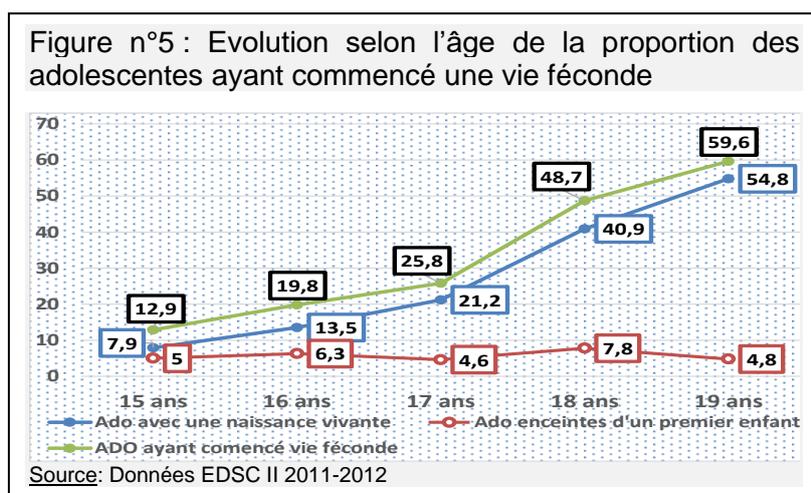
La mortalité maternelle est fortement influencée par celle des adolescentes avec 15,2% des décès en 2012, 10,8% en 2013 et 14,2% en 2018, particulièrement liés aux complications des grossesses précoces et non désirées selon les rapports de l'ONDMNI. Les infections post-abortum et les avortements hémorragiques ont constitué respectivement 25% et 20,83% des causes obstétricales directes des DM chez les adolescentes dans une étude réalisée janvier 2014 à décembre 2016 dans les hôpitaux de Brazzaville et Pointe-Noire.<sup>23</sup>

### II.1.3.2. Problèmes majeurs de la santé des adolescents

#### ❖ Situation nutritionnelle des adolescents

La maigreur est plus importante chez les adolescentes (21%) avec une grande probabilité de donner naissance à un bébé de petit poids, perpétuant ainsi le cycle des problèmes de santé qui passent d'une génération à l'autre. Près de 7,1% des adolescents sont en surpoids ou obèses (IMC  $\geq 25$ )<sup>24</sup>. L'anémie ferriprive est relativement plus marquée chez les adolescentes avec 55,1% (43,2% pour l'anémie légère et 11,1% pour la modérée et 0,1% pour la sévère).

#### ❖ Précocité de la vie sexuelle et féconde et du mariage



La fécondité des adolescentes, précoce et à un niveau élevé et dont le taux est passé de 129‰ (EDSC-I-2005) à 147‰ (EDSC-II-2011-2012) et 110‰ (MICS5 Congo 2014-2015), comporte des défis énormes avec d'une part leur entrée très précoce dans la vie féconde et à un niveau élevé, et d'autre part une vie féconde allongée du fait de sa précocité. Selon le

MICS-5 2014-2015, la proportion des jeunes de 15-24 ans ayant des rapports avant l'âge de 15 ans était de 13,7% chez les femmes et de 16,8% chez les hommes, et 26 % des femmes de 20 à 24 ans avait au moins une naissance vivante avant l'âge de 18 ans contre 21,2% selon l'ESC-II 2011-2012. Dans une étude rétrospective sur les grossesses

<sup>23</sup> Malonga Slovie P, Mortalité maternelle chez les adolescentes dans les hôpitaux de Brazzaville et Pointe Noire, thèse de médecine, 2017.

<sup>24</sup> Mabilia-Babela R et al : Profil épidémiologique et clinique de l'obésité de l'enfant à Brazzaville (Congo)

précoces, 13% des accouchées dont 50,4% des élèves, étaient âgées de 12 à 18 ans.<sup>25</sup> Les femmes entrent en union ou vivent maritalement avec un partenaire plus précocement que les hommes, 6,7% des femmes et 0,3% d'hommes avant 15 ans , et 26,9 % des femmes et 0,4% d'hommes avant 18 ans selon le MICS-5 2014-2015.

#### ❖ Grossesse et adolescence

Les grossesses chez les adolescentes, sont l'expression des besoins non satisfaits en matière de PF sur un terrain de faible prévalence contraceptive moderne ( 22,4% dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans <sup>26</sup>), de faible ou non utilisation des préservatifs, sur un terrain de faible connaissance et d'accès limité à l'éducation sexuelle. Malgré l'exposition plus grande aux risques de complication de la grossesse et de l'accouchement, la proportion des grossesses précoces augmente avec le temps et l'âge, passant de 12,9% à 15 ans à 19,8% à 16 ans, et doublant à 17 ans (25,9%)<sup>27</sup>.

Ces grossesses, source de conflits familiaux surtout quand elles sont précoces et non désirées, exposent ces dernières à un retard/arrêt de la scolarisation, au mariage ou à une cohabitation plus ou moins forcée avec l'auteur de la grossesse, aux avortements provoqués, aux conséquences souvent graves pour leur santé et leur vie génésique future, à l'infanticide et parfois même aux actes d'autolyse en cas de défaut/refus d'accompagnement des parents ou de l'auteur de la grossesse avortée ou un refus de paternité de cette grossesse.

En dépit des dispositions répressives, les avortements bien que faiblement notifiés, sont récurrents. Le plus souvent provoqués et clandestins, et pratiqués pour certains dans de mauvaises conditions d'asepsie, ils sont à la base comme observé d'un nombre important de complications infectieuses, responsables des DM, mais qui à long terme peuvent se traduire par des troubles gynécologiques, des fausses couches ou des naissances prématurées, ou encore une stérilité.et de décès maternels.

#### ❖ IST et Infection à VIH chez les adolescents et les jeunes

Les IST constituent une menace majeure pour la santé des adolescents sexuellement actifs. Selon le Rapport 2020 du PNLS, les adolescents de 15 à 19 ans dont 86% de sexe féminin, ont représenté 14 % des patients diagnostiqués traités pour les IST en 2020, et ceux de 10-14 ans 2% selon le Rapport PNLS 2020. Les ratios plus élevés observés chez les adolescentes et les jeunes filles (2,33 et 1,64), signent leur plus grande vulnérabilité et leur contamination très rapide dès qu'elles commencent la vie sexuelle.

#### ❖ La Covid-19

---

<sup>25</sup> Ministère de la Promotion de la femme et de l'Intégration de la femme au développement, Rapport d'analyse, Les grossesses précoces à Brazzaville, juillet 2015.

<sup>26</sup> EDSC-II-2011-2012, Rapport, Déc. 2012

<sup>27</sup> EDSC 2011-2012

Les adolescents (10-19 ans), qui constituent près de 21,45% de la population, ne représentent que 4,78% des patients contaminés au 20 décembre 2021. Avec 3 décès enregistrés sur 931 cas confirmés, leur létalité spécifique est estimée à 0,32%, contre 1,86% pour la population générale.

#### ❖ Les violences chez les adolescents

Dans l'enquête CAP réalisée en milieu scolaire en 2021, 67,58% des adolescents était victime de violence sexuelle dans la ville de Kindamba (dont 12% avec battue, 11% d'harcèlement et 38% avec d'injure) et 65% à Mossendjo (dont 11 viols et d'harcèlement et 32% d'injure).<sup>28</sup> Dans les agressions sexuelles qui ont constitué 2,6% des motifs de consultation aux urgences gynécologiques du CHUB de janvier 2014 en décembre 2015, les victimes essentiellement féminines (98%), avec un âge moyen de 14 ans variant de 2 à 49 ans, étaient en majorité des élèves et étudiants (77,3%).

Les violences et autres maltraitances, en dehors du travail des mineurs dans lequel 23,3% d'enfants de 5-17 ans sont impliqués selon le MICS-5/Congo 2014-2015, revêtent en général des formes de discipline violente surtout sur les moins âgés. Le phénomène des enfants de la rue, autre aspect de violence, a entre autres déterminants les maltraitances et autres injustices que subissent ces derniers à la disparition de l'un ou des deux parents géniteurs, à leur abandon suite à l'extrême précarité des familles, des considérations ou croyances religieuses et des prétextes de « sorcellerie » somme toute fallacieux.

#### ❖ Consommation des substances psycho actives

Bien que l'utilisation des substances psychoactives soit peu documentée, une montée de leur consommation est observée chez les jeunes. Ces substances réduisant la prudence, le jugement et l'évaluation des risques, les exposent aux violences de tout genre, traumatismes, accidents de voie publique, psychoses et à l'inadaptation à l'environnement psychosocial. Selon le MICS 2014-2015, le taux de prévalence du tabagisme chez les moins de 15 ans, est de 4,5% chez les hommes et 0,7% chez les femmes, et celle de la consommation de l'alcool est de 14,3% chez les hommes et 7,7% chez les femmes.

Les conséquences de ces substances chez les adolescents et jeunes sont : les violences, la prostitution, la délinquance juvénile, le trouble de comportement avec risque de contamination aux IST/VIH, de survenue des grossesses non désirées et avortements, l'abandon scolaire, les maladies non transmissibles, la criminalité et la recrudescence du phénomène enfant en rupture familiale ou enfant de la rue. Parmi les facteurs prédisposant à ces pratiques nocives pour la santé, on peut retenir le déficit d'information, la difficulté d'insertion socio-économique, les pesanteurs socio-culturelles, et la non application des textes, lois et conventions protégeant cette tranche d'âge

---

<sup>28</sup> Mbemba Moutounou G, *Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et jeunes en milieu scolaire de Kindamba et de Mossendjo face à la sexualité et la contraception en 2021.*

## **II.2.- Réponse nationale en matière de la SRMNIA**

### **II.2.1. Gestion du programme SRMNIA**

#### **II.2.1.1.- Gouvernance, coordination et partenariat**

Des insuffisances ont été observées dans l'organisation structurelle et fonctionnelle de la SRMNIA avec notamment sa coordination insuffisante par la DGPOP avec la non mise en place des mécanismes de coordination et la non formalisation des plateformes de concertation aussi bien en intrasectoriel qu'en intersectoriel. Ce qui a pour conséquence le chevauchement et la duplication des interventions favorisés entre autre par la non synergie des plans, et la faible connaissance pour dissémination insuffisante des documents stratégiques et techniques. Aucune stratégie n'a été mise en œuvre pour la mobilisation des ressources et l'intégration des priorités SRMNIA dans les plans des départements, DS et même des projets et programmes. La DGPOP ne dispose d'aucune unité de S&E, ni d'une base des données spécifique, et encore moins de production régulière sur la SRMNIA. En matière de partenariat, aucune cartographie des interventions des PTFs et ONG œuvrant dans la SRMNIA n'a été mise en place.

En matière de la santé des adolescents, les documents stratégiques de politique et de planification dont la stratégie nationale de la santé scolaire et des adolescents ainsi que les normes et standards n'ont pu être rendus disponibles. Dans le cadre de la redevabilité, un seul rapport annuel concernant seulement les 9 premiers mois de 2019 a été produit après deux ans de mise en œuvre de la stratégie. Aucune direction, ni programme SRMNIA n'a procédé à une évaluation périodique annuelle de ses activités.

#### **II.2.1.2.- Financement de la SRMNIA**

La grande faiblesse du plan SRMNIA 2018-2022 est de n'avoir pas été budgétisé ni financé, bien qu'élaboré avec l'appui des partenaires et validé techniquement avant le PNDS 2018-2022. Ses activités reprises pour l'essentiel dans le PNDS 2018-2022 ont été financées et exécutées dans ce cadre.

La part du budget de l'Etat allouée à la santé, longtemps en deçà des engagements d'Abuja de 15%, et tournant en moyenne autour de 7%, n'a atteint 11,3% qu'en 2018 selon les comptes nationaux de santé (CNS) pour la période 2016-2018. Le financement de la SRMNIA estimé à 40.851.480.358 FCFA en 2018, représentait environ 29% de l'ensemble des DTS. Les dépenses de santé en la matière, principalement supportées par le Congo avec 84 % en 2018, étaient réparties entre les ménages avec une moyenne de 50%, suivis du Gouvernement (34%), et le reste avec au moins 16 % par les partenaires à travers le financement externe. Les produits pharmaceutiques ont représenté, en

moyenne 22% de l'ensemble des dépenses de la SRMNIA.<sup>29</sup> Les dépenses des ménages, constituant la moitié des dépenses de santé en 2018, sont principalement orientées vers l'achat des médicaments et le paiement entre autres des frais d'hospitalisation, de consultation et des soins.

Ces dépenses, réalisées à travers le recouvrement des coûts avec le paiement direct par acte ou épisode maladie, limitent parfois l'accès aux soins pour les ménages particulièrement les plus pauvres. Les initiatives de gratuité mises en place pour les soins des femmes enceintes et les enfants de < 5 ans pour la PEC du paludisme, du VIH et la césarienne, bien que non évaluées, ont permis quelque peu d'alléger la charge des ménages souvent exposés aux risques de dépenses catastrophiques de santé, ne sont pratiquement plus fonctionnelles, les bénéficiaires étant amenées à s'acquitter de frais inhérents à l'acquisition de certains intrants tel que le TPIg.

L'espoir repose sur l'Assurance maladie universelle (AMU) inscrite dans le PNDS 2018-2022, mais encore non opérationnelle et effective, bien que les paniers de soins aient déjà été définis, et le document de nomenclature et de tarification des actes et la grille d'évaluation initiale des structures élaborés. En l'absence des données actualisées des comptes nationaux de santé post 2018, et des sous comptes, notamment de la SRMNIA, il est difficile d'estimer le poids du financement de la SRMNIA jusqu'en 2020.

### **II.2.1.3.- Suivi et évaluation**

Le système National d'Information Sanitaire (SNIS), est organisé autour des trois niveaux de la pyramide sanitaire producteurs des données. Au niveau central, ses missions relèvent de deux directions : (i) la Direction des Systèmes d'Informations Sanitaires et de la Recherche (DSISR) pour la collecte, le traitement, l'analyse et la diffusion trimestrielle et annuelle des statistiques sanitaires, et (ii) la Direction de l'Informatique pour la gestion et la maintenance du réseau internet et du parc informatique. Au niveau intermédiaire, les DDS à travers les services de l'action sanitaire, des études et planification et le secteur opérationnel des grandes Endémies produisent des rapports trimestriels et annuels des données collectées dans les départements, les DS et les FOSA de leur ressort. Les équipes cadres des DS le font mensuellement pour toutes leurs structures opérationnelles.

Bien que l'application de gestion du système d'information du district sanitaire (DHIS2) ait été déployée dans les 12 départements, son utilisation n'est pas optimale en termes de complétude et de promptitude. Les données des hôpitaux généraux n'y sont pas encore intégrées, à l'exception de celles de l'HG A. Sicé. La transmission des données fait face à l'existence de plus d'un circuit, (i) l'un classique partant du niveau opérationnel (communauté et CSI vers le DS) au niveau intermédiaire (DDS) avant d'atterrir au niveau central (DSISR), (ii) un deuxième amenant l'information de la DDS au niveau central, et (iii) un troisième propre à certains projets et programmes, amenant l'information des unités

---

<sup>29</sup> Ministère de la santé, de la Population, de la Promotion de la Femme et de l'Intégration de la Femme au Développement, Comptes nationaux de la santé Période 2016-2018, Congo

de prestation des services au niveau opérationnel ou intermédiaire directement vers le niveau central. Cette multiplicité de circuits, associée à la faible standardisation des outils et au non respect des délais de transmission, rend difficile la transcription et la compilation des données à la base de leur discordance au niveau central. La solution serait de procéder à leur validation à chaque niveau de la pyramide sanitaire, trimestrielle au niveau départemental et semestrielle au niveau central et d'institutionnaliser la rétro-information, aussi bien du niveau central vers les départements, que de ces derniers vers les DS.

La DGPOP en charge de la mise en œuvre de la stratégie intégrée SRMNIA 2018-2022 n'a pas encore produit comme prévu un bulletin trimestriel sur la SRMNIA. Bien qu'elle ait initié sa revue à mi-parcours, elle n'a produit qu'un seul rapport d'activité pour une période de 9 mois en 2019 sur les trois rapports annuels attendus, et dans lequel la contribution de certaines de ses directions centrales n'est pas perceptible. A défaut d'une unité de S&E, sa coordination, animée par une seule personne, sera appelée à en jouer le rôle. Bien qu'un plan stratégique de la SDMNR ait été élaboré et validé dans le cadre de la collecte et l'analyse des données sur les décès maternels néonataux et infanto-juvéniles, aucune cartographie de la mortalité néonatale et infantile n'a été réalisée. La recherche en santé en SRMNIA, non structurée, irrégulière, insuffisamment coordonnée et financée, tarde à fournir, actualiser et capitaliser les données factuelles, et à vendre les acquis des programmes. Depuis l'enquête SONU de 2011, aucune autre n'a pu informer sur l'évolution des SONU et le niveau de réalisation de ses fonctions essentielles

#### **II.2.1.4.- Gestion des médicaments, matériels médico-techniques et intrants**

Le Congo dispose d'une Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) adoptée en 2004, dont le but est de garantir la disponibilité et l'accès équitable aux médicaments et aux soins et d'une liste nationale des médicaments essentiels (LNME), élaborée en 2019, et contenant outre des médicaments essentiels pour les adultes et les enfants, ceux de la santé génésique, dont les produits d'importance vitale pour la mère et l'enfant recommandés à la Conférence internationale d'Abuja de 2012. Deux réseaux d'approvisionnement et de distribution des médicaments existent dans le pays : (i) le réseau public avec la CAMEPS et ses deux agences de Brazzaville et Pointe-Noire, et (ii) le réseau privé constitué des grossistes répartiteurs au nombre de sept (7) et des détaillants. Bien que les médicaments essentiels de la SRMNIA, soient intégrés dans la LNME, il n'existe pas de plan d'approvisionnement pour ces produits dont le mode d'acquisition repose beaucoup plus sur des dons, particulièrement des partenaires pour les méthodes contraceptives (contraceptifs oraux, injectables, DIU et implants).

Les insuffisances observées dans les FOSA visitées ont concerné la gestion des approvisionnements et stocks avec (i) les insuffisances qualitatives et quantitatives du personnel en charge de leur gestion, (ii) la faible disponibilité de certains médicaments vitaux pour la mère et l'enfant, (iii) le coût élevé de certains intrants de la contraception dont les DIU et implant, (iv) les faiblesses dans la disponibilité et l'appropriation des outils de gestion (bon de commande, fiches de stock et rapport mensuel), (v) de fréquentes

ruptures des réactifs de laboratoire et intrants de la PTME (ARV et tests de dépistage) et surtout de certains produits d'urgence dont le méthyl ergométrine, le misoprostol, l'ocytocine, et le sulfate de magnésium pour le traitement de la pré éclampsie sévère et de l'éclampsie, (vi) la non disponibilité des médicaments d'urgence dans les salles d'accouchement et au bloc opératoire, et (vii) la non-conformité et la faible disponibilité des kits d'accouchement et des césariennes.

Dans le cadre de la vaccination, les approvisionnements en vaccins et intrants se font à travers l'UNICEF sur fonds propres pour les vaccins traditionnels (BCG, rougeole, poliomyélite et le tétanos), et sur cofinancement GAVI Alliance pour les nouveaux vaccins. Réceptionnés et stockés au niveau de la chaîne de froid (CDF) centrale, ils sont distribués dans les dépôts départementaux, qui à leur tour approvisionnent les DS, et ces derniers les CFV. Les capacités de stockage des départements et des DS ont été renforcées par l'installation de 24 réfrigérateurs à énergie photovoltaïque avec une capacité nette de 55,5 litres chacun afin de sécuriser le vaccin tant de routine que des AVS et riposte. Environ 2/3 des CFV (67,2%) disposent d'une CDF fonctionnelle, et près de 1/3 sont logés dans les FOSA privées. Les ruptures des antigènes de 10 à 90 jours observées en 2020 dans 24 DS de 7 départements avec d'importants taux de perte de vaccins, ont concerné le BCG, le RR, le vaccin antitétanique (VAT) et le Penta-3.

Le CNTS organisé en quatre (4) réseaux transfusionnels, est l'opérateur unique en charge de la gestion des produits sanguins labiles (PSL) sécurisés pour les marqueurs HIV, HVB, HVC et syphilis. L'ensemble du réseau constitué de 42 postes de transfusion sanguine (PTS) contre 25 il y a 3 ans, implantés notamment dans les hôpitaux, met les PSL dont les services de pédiatrie et de maternité constituent les « gros consommateurs », à la disposition des services des soins. Les 42 PTS, assurent la disponibilité des PSL pour les hôpitaux et les CSI/PMAE disposant d'une CDF pour leur stockage, tandis que les dépôts de sang ne sont chargés uniquement que du stockage et de la délivrance des produits testés aux FOSA.

Bien que la stratégie nationale de la promotion du don de sang ait été élaborée, ainsi que le référentiel des bonnes pratiques de la transfusion sanguine (normes ISO sur la transfusion sanguine), la disponibilité des PSL aux différents niveaux du système reste en deçà des attentes, du fait de l'insuffisance de donneurs réguliers fidélisés, les dons familiaux représentant environ 60% des dons de sang. Le CNTS n'est pas pour l'instant en mesure de produire du sang spécifique au nouveau-né, à la mère et à l'enfant du fait de l'insuffisance du plateau technique et du coût supplémentaire qu'apporte l'acquisition des intrants entrant dans la production de ce type de produits.

La gestion des PSL est confrontée à : (i) leur utilisation peu rationnelle essentiellement liée à l'insuffisance de vulgarisation de leur guide d'utilisation et de formation des prescripteurs, , (ii) l'approvisionnement insuffisant en réactifs de phénotypage nécessaires pour leur traitement, (iii) aux difficultés de recouvrement des contributions ou contrepartie

des bénéficiaires liées à l'acceptabilité de leur paiement et l'indigence, et (iv) l'absence d'une stratégie de recrutement et de fidélisation des donneurs.

L'absence d'inventaire et de répertoire des matériels et équipements ne permet pas d'en déterminer le gap. Les FOSA offrant les SONU, ne disposent pas toutes du matériel nécessaire conforme aux normes OMS, avec son insuffisance et son obsolescence, particulièrement pour les tables d'accouchement, le matériel de stérilisation et les couveuses. La nécessité de son renouvellement ainsi que l'instauration d'une maintenance préventive et curative s'imposent pour en prévenir l'usure prématurée.

La pandémie de la Covid-19 dans le cadre de la prévention et contrôle de l'infection (PCI) a révélé beaucoup d'insuffisance dans la gestion des déchets biomédicaux (GDBM) et la désinfection des locaux (salles de consultation, d'accouchement et d'hospitalisation) et de l'environnement au contact des personnes contaminées ou suspectes avec souvent défaut des intrants tels que les détergents et désinfectants et absence ou mauvaise tenue des fiches y relatives. Les équipements de protection individuelle (EPI) utilisés (masques, gants et bottes), dont la disponibilité n'est pas toujours assurée, faute d'incinérateurs, de lieux d'entreposage ou de moyens pour leur évacuation, restent longtemps et parfois des journées entières dans les poubelles et bacs à ordures, ou jetés à même le sol avant leur enlèvement, décontamination et/ou destruction.

#### **II.2.1.5.- Ressources Humaines de santé (RHS)**

Les agents de santé en charge des problèmes de la SRMNIA majoritairement de sexe féminin, sont les médecins, les sages-femmes, ainsi que le personnel infirmier ayant reçu une formation dans la PEC de la grossesse, l'accouchement, les soins et l'alimentation des enfants. La non finalisation de la cartographie des professionnels de santé de toutes catégories qualifiés et formés en SRMNIA, ne permet pas d'en évaluer avec exactitude la disponibilité. Selon l'Annuaire statistique 2018, sur 499 médecins exerçant dans le secteur publique, 57,1% sont basés à Brazzaville (dont 70,5% au CHU), 24,2% à Pointe-Noire (dont 90,1% dans les HG A. Sicé et Loandjili) et seulement 18,6% pour les 10 autres départements. Sur 891 sages-femmes répertoriées, 56,2% sont à Brazzaville, 10,7% à Pointe-Noire (dont 88,4% dans les HG A. Sicé et Loandjili) et 33,1% pour le reste du pays. La majorité des ceux qui assurent l'offre SONU est depuis plusieurs décennies concentrée dans ces deux villes avec 91,8% des gynécologues obstétriciens et 73% des sages-femmes, et il en est de même des pédiatres, et des chirurgiens généralistes.<sup>30</sup>

Les ratios de 1 médecin pour 28.103 habitants, de 1 infirmier pour 2.585 habitants et 1 sage-femme pour 1.032 FAP, sont largement en dessous des normes de l'OMS de 1 médecin pour 10.000 habitants et 1 sage-femme d'état pour 500 FAP. Cette disproportion se retrouve aussi au niveau des hôpitaux qui n'ont pas la même disponibilité en RHS de

---

<sup>30</sup>MSP : *Evaluation des besoins en matière de SONU au Congo- Rapport préliminaire juin 2013*

qualité pour assurer le service et maintenir des équipes de garde notamment dans les services de maternité et de pédiatrie 24h sur 24h.

Les curricula des instituts de formation des professionnels de santé n'intègrent pas suffisamment les approches innovantes de la SRMNIA dont la PCIMNE. Pour rehausser le niveau de formation des sages-femmes suite à l'arrêt de la filière des sages-femmes principales à l'École JJ. Loukabou, un cursus universitaire pour l'obtention d'une licence en soins obstétricaux a été ouvert à la Faculté des Sciences de la Santé (FSSA).

En matière de formation continue et de supervision, il n'a pas été développé un plan de formation continue en SRMNIA pour le personnel de santé et les relais communautaires (RECO), les modules de formation des prestataires, un plan de supervision formative et un guide intégré de supervision. Des formations des prestataires ont été organisées sur les accouchements propres, les techniques de counseling, la délégation des tâches et la PEC du VIH. Malheureusement, un décalage est observé entre ces formations et la pratique sur le terrain. Tous ceux qui sont formés aux différentes fonctions ne les pratiquent pas à 100%, certains soins étant offerts par des personnels souvent non qualifiés ou insuffisamment formés notamment en périphérie et dans les CSI. Bien que plus d'un millier de postes budgétaires aient été alloués au secteur de la santé pour la période 2018-2020, le déficit en personnel persiste avec une densité de 1,17 médecin-infirmier-sage-femme pour 1000 habitants au lieu de 4,4 ‰ requis par les ODD.

## **II.2.2.- Offre des services en SRMNIA**

### **II.2.2.1.- Services et soins de santé de la femme**

Les soins de santé de la femme comportent selon le continuum des soins, ceux pendant la période de la préconception, les soins prénataux (SPN) pendant la grossesse, les soins obstétricaux pendant l'accouchement, les soins pendant la post partum, et les soins durant la pré et post ménopause.

- Services et soins préconceptionnels

Les activités de promotion de PF sont réalisées dans 38,5% des DS (20 DS).<sup>31</sup> Les services de PF sont intégrés dans près de 2/3 des FOSA prévues (228 FOSA sur 366 soit 62,3%), dont la moitié à Brazzaville et Pointe-Noire. Une utilisation plus importante des méthodes contraceptives injectables et des implants est observée bien que leur cession ne soit pas gratuite et les actes des prestataires facturés tels que la pose des implants et DIU au cours des consultations spécifiques de PF ou des SPoN. Bien qu'il y ait une amélioration substantielle dans l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, leurs coûts associés à la non implication de l'homme à la PF contribuent à leur faible utilisation chez certaines femmes qui n'ont pas toujours la capacité d'en négocier l'utilisation notamment en milieu rural.

---

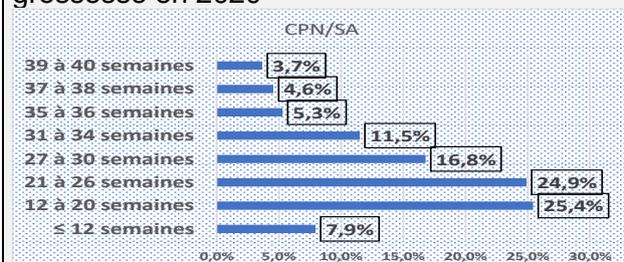
<sup>31</sup> Revue à mi-parcours du PNDS 2018-2022

La non intégration du conseil pour le dépistage volontaire (CDV) du VIH dans la PF, ne permet pas de renseigner sur les femmes VIH+ sous méthodes contraceptives, et les utilisatrices du service PF ayant bénéficié du CDV. La composante prévention et PEC des IST comme celle de l'infection à VIH n'est pas suffisamment intégrée dans la PF, et la PF n'est pas spécifiquement organisée à l'endroit des adolescentes, dont la prévalence contraceptive moderne n'est que de 22,4% dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans<sup>32</sup>, et les besoins non couverts en PF énormes.

- Services et soins prénatals

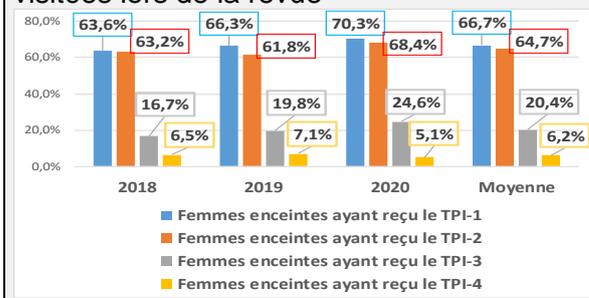
Malgré l'offre accrue des SPN et leur disponibilité dans plus de 90% des FOSA, leur accessibilité est quelque peu limitée notamment en milieu rural, du fait de l'éloignement de certaines FOSA et de la concentration du personnel qualifié dans les villes.

Figure n°6 : Proportion des femmes au premier contact prénatal (CPN-1) selon l'âge de la grossesse en 2020



Source : Données de routine FOSA 2020

Figure n°7 : Couverture en TPIg des femmes enceintes de 2018 à 2020 dans les FOSA visitées lors de la revue



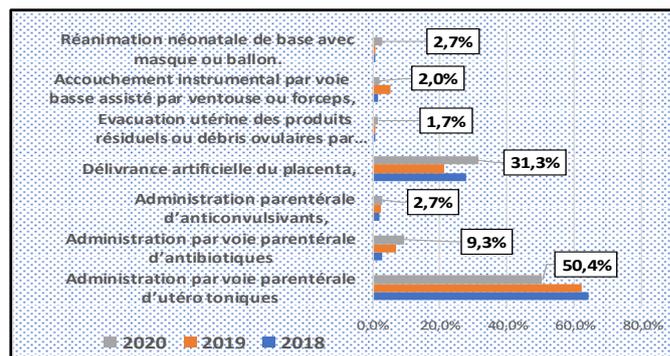
Le paquet d'interventions des SPN comprend en sus de l'examen d'échographie qui s'intègre de plus en plus dans la pratique des SPN avec au moins une femme enceinte sur deux bénéficiaire d'au moins une échographie, et une sur dix des 3 recommandées pendant la grossesse, les soins préventifs avec (i) la PTME, (ii) le VAT, et (iii) la prévention du paludisme, de l'anémie et des carences nutritionnelles. Bien que près de la moitié des inscriptions aux SPN (46,1%) soient précoces, elles sont le plus souvent tardives, et compromettent l'atteinte des 8 contacts prénatals (CPN) recommandés dont bénéficie moins de 10% des femmes. La forte déperdition des femmes entre les CPN, et particulièrement entre le CPN-1 et le CPN-8 (96,7%), comme les CPN tardifs hypothèquent l'offre du paquet complet d'intervention des SPN avec entre autres conséquences de nombreuses occasions manquées et de faibles couvertures en TPIg-4 avec < 10% (6,2%), en VAT (79% 40 2020 contre 75,1% selon le MICS/Congo 2014-2015), et des femmes dépistées VIH+ accédant à la TAR.

- Les services et soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

<sup>32</sup> EDSC-II-2011-2012, Rapport, Déc. 2012

En 2016, sur 301 FOSA potentielles SONU, le Congo comptait 40 FOSA SONU (13,7%), dont 10 SONUB (3,3%) et 30 SONUC (10,0%).<sup>33</sup> L'intégration éventuelle avec le temps de certaines fonctions manquantes dans les FOSA potentielles SONU, aurait pu au regard de la norme OMS de 5 SONU dont au moins 1 SONUC pour 500.000 habitants, amener le Congo avec une population de 5.468.622 habitants en 2020 à disposer d'au moins 55 FOSA SONU pour combler le déficit estimé à 27,3%.

Figure n°8 : Les fonctions SONU de base les plus offertes de 2018 à 2020 dans les FOSA visitées



En dehors des césariennes et de la transfusion sanguine relevant des SONUC, toutes les fonctions SONUB ne sont pas adéquatement assurées dans les maternités, notamment (i) l'administration par voie parentérale d'anticonvulsivants (2,7%), (ii) la réanimation néonatale de base avec masque et ballon (2,7%), (iii) les accouchements assistés par voie basse avec ventouse ou forceps (2,0%), et (iv) l'évacuation utérine

des produits résiduels par aspiration ou curetage (1,8%).

Les accouchements se réalisent de plus en plus et depuis plus d'une vingtaine d'années en milieu de soins (98%) et avec l'assistance d'un prestataire de santé. Le paradoxe de ces accouchements réside dans l'importance des décès intrapartum. Des registres des FOSA visitées, il ressort que sur 71.514 accouchements enregistrés de 2018 à 2020, 98,4% se sont réalisés en milieu de soins et 1,6% à domicile, tandis que 93,0% étaient assistés d'un prestataire de santé et 10,6% réalisés par césariennes.

Figure n°9: Proportion des accouchements enregistrés dans les FOSA de 2018 à 2020

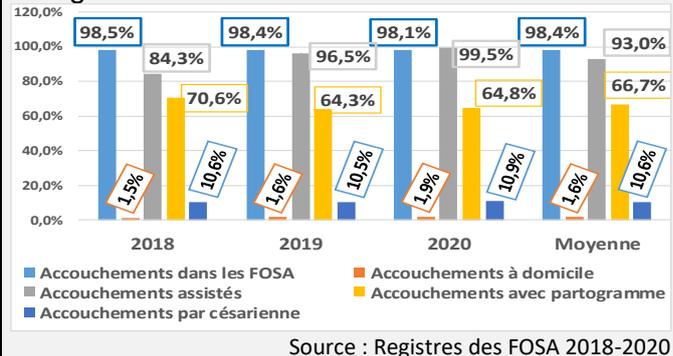
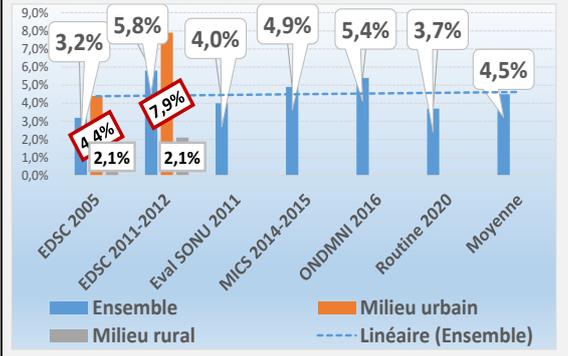


Figure n°10: Evolution des taux de césarienne de 2005 à 2020



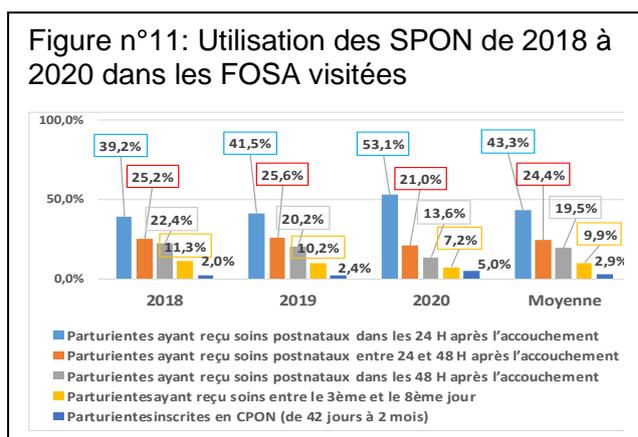
Bien que l'on observe une utilisation plus grande du partogramme dans au moins 2/3 des accouchements contre 43,3% selon l'enquête SONU de 2013, celle-ci est encore faible

<sup>33</sup> Enquête SPSR 2016

et non optimale avec quelques insuffisances dans le remplissage des items. Il a été utilisé dans 66,7% des accouchements entre 2018 et 2020 selon les registres de ces FOSA (70,6% en 2018, 64,3% en 2019 et 64,8% en 2020), et dans 54,8% des accouchements selon le rapport 2019 de la DGPOP avec des variations allant de 81,3% dans les Plateaux à 4,8% dans la Lékoumou.

Le taux estimé de césarienne, un des indicateurs d'utilisation et de disponibilité des SONU, indique le nombre de césariennes réalisées dans les FOSA rapporté au nombre de naissances attendues est de 3,7% en 2020 au niveau national en dessous des normes de 5 à 15% de l'OMS contre 5,4% en 2016<sup>34</sup>, avec des disparités départementales importantes, avec les taux les plus élevés à Pointe-Noire (7,2%) et Brazzaville (4,5%). Ce taux, qui est plus important en milieu urbain, et dont la courbe a peu évolué entre 2005 et 2020, est passé de 3,2% en 2005 (EDSC-I) à 4,9% en 2014 (MICS5/Congo 2014-2015). Le plan SRMNIA 2018-2020 prévoyait de porter ce taux de 4,9 % à 7,5 % au niveau national. La disparité importante de ce taux entre les départements et surtout entre Brazzaville et Pointe-Noire est en lien avec les références du Kouilou, mais aussi la capacité de capture des données pas toujours disponibles du secteur privé en expansion.

- Soins du post-partum (SPON)



Bien que les SPON soient très importantes pour la santé et la survie de l'enfant et de la mère en particulier pendant les six semaines après l'accouchement (42<sup>e</sup> jour), leur utilisation les 2 premiers jours suivant l'accouchement entre 2018 et 2020 est de 77,7% des parturientes (43,3% dans les 24h et 24,4% entre 24 h et 48h) contre 85,5% du MICS 2014-2015 et loin de la cible 2020 du Plan SRMNIA 2018-2020 de 90%.

- La Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

L'éTME fait partie des stratégies phares de l'objectif zéro nouvelle infection d'ici 2030. Le CDV est le moyen indiqué pour prévenir la TME pouvant survenir in utero, au cours de l'accouchement, ou pendant l'allaitement. La PTME, dont l'offre est appelée à être disponible tout au long du continuum des soins de la FAP est retrouvée dans tous les départements et DS, dans 45% des FOSA publiques et privées offrant les SPN contre 29% des FOSA en 2011 avec 102 FOSA, dont plus de 1/3 situé à Brazzaville et Pointe-Noire (32,8%). Son intégration dans les SPN et les SONU consiste à offrir à la femme lors des SPN, en salle de travail ou en postpartum, le conseil dépistage du VIH à l'initiative

<sup>34</sup> Rapport ONDMI 2016

du prestataire, l'initiation de la prophylaxie ou thérapie ARV pour celle dépistée séropositive et à prendre en charge le nouveau-né infecté.

Malheureusement, la PTME n'est pas suffisamment intégrée dans aussi bien dans les SPN que dans les SONU. La plupart de ces structures, n'offrent que le CDV, la PEC en l'absence de la délégation de la prescription des ARV n'étant assuré que dans quelques hôpitaux et par quelques médecins référents. Le CDV du VIH n'est pas systématique, toutes les femmes enceintes n'étant pas conseillées et testées. Sur 85.773 femmes reçues en CPN en 2020, seules 52% (44.520) ont bénéficié du conseil prétest et 35.033 pré conseillées ont accepté de faire le test, et 652 dépistées VIH séropositives (3,8%) dont seulement 455 mis sous ARV (69,8%).<sup>35</sup>

La cascade observée entre la proportion des femmes attendues aux SPN ou SONU, celles conseillées et testées pour le VIH, et celles mises sous ARV, révèle des faiblesses dans l'application de l'option B+, avec la non systématisation du CDV du VIH, et l'inobservation du dépistage et conseil initié par le prestataire (DCIP), laissant entrevoir de nombreuses occasions manquées de PEC des femmes VIH+, et d'initiation de la prophylaxie ou thérapie antirétrovirale (TAR), accentuée par les ruptures récurrentes des intrants.

Le suivi de la femme enceinte VIH+ reste faible et concentré dans les grands centres urbains du pays. Plus de la moitié des femmes enceintes VIH+ ont été suivies dans les deux CTA de Brazzaville et Pointe-Noire. Toutes les femmes enceintes dépistées VIH+ ne sont pas mises sous ARV, un peu plus des 2/3 de ces femmes (69,8%) l'ont été en 2020.<sup>36</sup> Un total de 312 femmes VIH+ a accouché dont plus de la moitié (56,9%) dans ces deux villes, et 5,2% perdues de vue et 1,5 % décédées.

- La PEC des violences basées sur le genre (VBG)

Les femmes, particulièrement les adolescentes, sont victimes des violences de toutes sortes comme les harcèlements, les battues, les abus sexuels et les viols. Les VBG, pour lesquelles la loi est insuffisamment appliquée, identifiées parmi les facteurs de vulnérabilité des femmes, et surtout des adolescentes, mettent en danger leurs vies hypothéquées et/ou précarisées par les grossesses non désirées, ainsi que le risque infectieux avec les contaminations aux IST/VIH, les séquelles psychologiques, la stigmatisation et la discrimination.

Ces violences en milieu scolaire et universitaire entre les élèves/étudiants eux-mêmes ou avec le personnel enseignant et d'encadrement, ne favorisent pas le maintien des apprenants et surtout des filles à l'école/université. L'offre pour la PEC clinique et le suivi psychosocial des victimes est insuffisamment organisée. Des actions préventives devront être prises en vue d'assainir cet environnement, avec entre autres l'intégration de la lutte

---

<sup>35</sup> PNLs : *Rapport annuel Suivi et Evaluation du VIH et au sida 2020*

<sup>36</sup> PNLs : *Rapport annuel Suivi et Evaluation du VIH et au sida 2020*

contre les violences, dont le harcèlement moral et sexuel, dans les règlements intérieurs de ces établissements, et l'instauration de mécanismes de concertation régulière au sein de la communauté éducative (parents d'élèves, élèves et enseignants).

### **II.2.2.2.- Services et soins de santé de l'enfant**

Les soins des enfants concernent les soins du continuum des soins allant des soins essentiels du nouveau-né (SENN), la réanimation néonatale, les consultations préscolaires (CPS) avec le suivi de la croissance, la vaccination, les soins nutritionnels, la PEC de différentes pathologies de l'enfance avec l'approche de la PEC Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME), la PEC du SIDA pédiatrique (PECP) et autres.

- Soins essentiels du nouveau-né (SENN)

Les SENN constituent les premiers soins administrés au nouveau-né dès sa naissance, y compris la réanimation néonatale. Pour ce, un espace approprié ou un coin bébé est aménagé pour l'accueil et la réanimation éventuelle du nouveau-né dans la salle d'accouchement ou à proximité, avec un équipement apprêté constitué d'une paillasse ou une table de réanimation ou un matelas, d'une source lumineuse et chauffante, d'un matériel d'aspiration et de désobstruction des mucosités, de perfusion, de ventilation et d'oxygénation, ainsi que d'un stéthoscope médical et des gants stériles. Toutes les maternités ne disposent pas de ces coins bébé, ceux retrouvés dans certaines FOSA ne répondent pas toujours aux normes. En dehors des soins Kangourou utilisée pour la protection thermique après la naissance des nouveau-nés prématurés ou de petits poids de naissance, et qui sont faiblement appliquées, le contact peau contre peau, l'administration de la Vit K1 et du collyre sont pratiqués chez plus de la moitié des nouveau-nés des FOSA visitées.

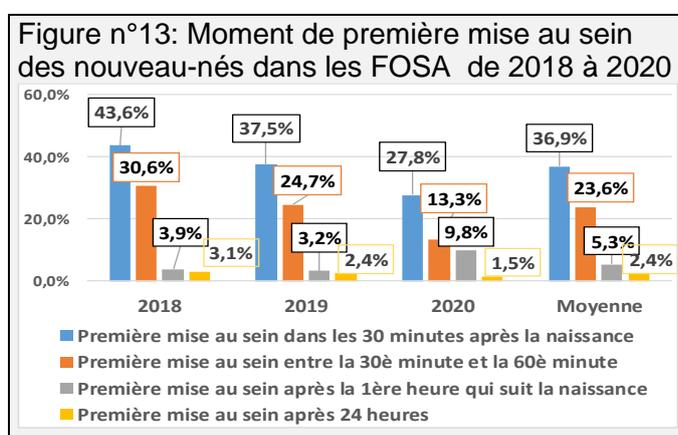
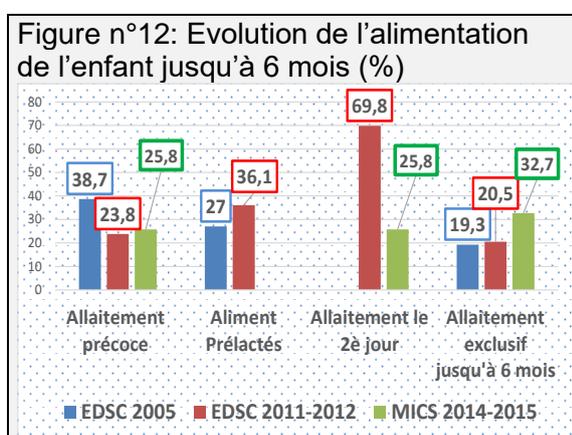
La disponibilité de la réanimation néonatale n'est pas uniforme et adéquate sur l'ensemble du pays. Les unités de néonatalogie ou de PEC du nouveau-né n'existent qu'à Brazzaville et Pointe-Noire, soit comme structure autonome comme au CHUB, soit comme unité implantée dans les services de pédiatrie dans d'autres hôpitaux, sont animés généralement par des pédiatres, déontologues quand ils existent, appuyés par une équipe d'infirmiers, d'agents techniques de santé (ATS) et d'auxiliaires puéricultrices pour la PEC prioritairement des nouveau-nés malades, soit des structures autonomes comme au CHUB qui reçoit les cas référés de Brazzaville, soit des unités implantées dans les services de pédiatrie. Compte tenu du nombre élevé d'accouchement, de la faible capacité d'accueil et du plateau technique matériel et humain pas toujours performant et adéquat, l'observation des nouveau-nés y est rarement maintenue au-delà de 24 heures dans certains hôpitaux.

En dehors de Brazzaville et Pointe-Noire qui disposent d'un plateau technique matériel et humain acceptable, notamment au CHUB, les capacités de réanimation néonatale sont très faibles à l'intérieur du pays. Les causes principales de la faible disponibilité des SENN

en général et de la réanimation néonatale en particulier, en dehors des moyens financiers, sont l'insuffisance de la formation, du suivi, ainsi que la faible disponibilité ou absence des intrants et équipements nécessaires

- La nutrition

Bien que la pratique de l'allaitement soit très répandue au Congo avec 96,5% de femmes allaitant leur dernier enfant né vivant, à n'importe quel moment<sup>37</sup>, seul un peu plus de six nouveau-nés sur dix (60,5%) étaient mis au sein dans la première heure après la naissance, avec 36,9% dans les 30 minutes et 23,6% entre la 30<sup>è</sup> minute et la 60<sup>è</sup> minute après la naissance de 2018 à 2020 selon les données des registres des FOSA visitées. Ce taux de l'allaitement précoce en augmentation de 60,5% versus 25% en 2014<sup>38</sup>, est encore en deçà de la cible de 80% du plan SRMNIA 2018-2020. En moyenne, seuls 5,3% des nouveau-nés l'ont été une heure après la naissance et 2,4% après 24 heures.



Selon les données préliminaires de l'Enquête nutritionnelle SMART réalisée de janvier à février 2021, 38% de nouveau-nés sont mis au sein dans l'heure qui suit la naissance, avec des disparités départementales allant de 23% (Pointe-Noire) à 58% (Cuvette-Ouest). Neuf accouchées sur dix (91,84%) ont déclaré nourrir leurs nouveau-nés au lait, seul 8,16% donnent un substitut de lait à leurs nouveau-nés.<sup>39</sup>

L'allaitement pendant les six premiers mois de la vie, dont le taux en augmentation est passé de 32,7% en 2014<sup>40</sup> à 37% en 2021 avec un minimum de 18% à Pointe-Noire et

<sup>37</sup>MICS-5/Congo 2014-2015

<sup>38</sup>MICS-5/Congo 2014-2015

<sup>39</sup> Rapport d'enquête sur la perception de la qualité des soins dans les services de SMI dans 24 hôpitaux du Congo en 2017 et 2018 par les bénéficiaires et les prestataires,

<sup>40</sup> Enquête nutritionnelle SMART 2021 avec volet sécurité alimentaire couplée à l'évaluation des effets de la pandémie de la COVID-19 sur l'utilisation des SSP par les ménages en République du Congo. Données préliminaires

un maximum de 54% dans la Likouala<sup>41</sup>, reste encore faible. Sa poursuite jusqu'à l'âge de 12 mois est pratiquée chez 62,3% des enfants, et pour 11,3% jusqu'à 24 mois comme recommandé par l'OMS. Les aliments de complément riches en nutriments (purées, aliments solides ou semi-solides), sont introduits pour 84% d'enfants de 6 à 9 mois.<sup>42</sup>

Bien que l'offre de la PEC de la malnutrition soit disponible selon le rapport à mi-parcours du PNDS dans 267 FOSA disposant d'une unité de PEC, les couvertures de la PEC de la malnutrition (MAS et MAM) restent très faibles avec respectivement 12% et 8%. Un total de 564 agents a été formé sur la PEC de la malnutrition dans les 52 DS régulièrement dotés en intrants de PEC. Dans le cadre de l'amélioration de cette PEC, 13 268 malnutris ont été dépistés, parmi lesquels 7361 ont été récupérés (55,5%) et 69 sont décédés (0,5%).<sup>43</sup> En vue de mettre à échelle la PEC intégrée de la MAS des unités de récupération nutritionnelle ambulatoire (URNA) ont été implantées en 2018 au niveau de quelques CSI (notamment à Bétou), et des unités de récupération nutritionnelle intensive (URNI) dans les services de pédiatrie des hôpitaux notamment à Pointe-Noire (HG A.Sicé, HB de Tié-Tié et hôpital régional des armées) dans le cadre du projet Food For Peace avec l'appui financier de l'USAID/UNICEF

- La PEC du SIDA pédiatrique (PECP)

La PECP consiste entre autres à la PEC des infections opportunistes, à la mise sous traitement ARV (TAR), la PEC nutritionnelle et psycho sociale des EVVIH de 0 à 14 ans. Son offre était disponible dans 56 FOSA sur 665 (8%) dont les 2 CTA de Brazzaville et Pointe-Noire en 2020 contre 34 en 2012 avec 16 FOSA à Brazzaville et 11 à Pointe-Noire. Son plateau technique diagnostique et particulièrement celui du diagnostic précoce, n'est constitué que de 3 ou 4 automates PCR, basés à Brazzaville et Pointe-Noire et desservant le reste du pays à travers des mécanismes de transport des échantillons DBS (Dried Blood Spots) avec souvent des problèmes de recrutement des prélèvements au niveau périphérique. Ce qui justifie la faiblesse du dépistage précoce du VIH avec moins d'un nourrisson sur cinq dépisté, et la concentration de la file active dans ces deux villes avec seulement 13% d'enfants de 0 à 14 ans sous ARV.

En 2020, seuls 19% d'enfants ont bénéficié du dosage de la charge virale contre 7% en 2019. La file active des EVVIH de 0 à 14 ans en 2020 était de 1380 enfants dont plus des  $\frac{3}{4}$  (75,8%) suivis à Brazzaville et Pointe-Noire, sur une cible annuelle de 2638 (soit 52%). De cette file active, seuls 13% d'enfants avec statut sérologique connu (1380) étaient sous ARV et 1248 sous cotrimoxazole (87%). Sur 312 nouveaux nés de mères

---

<sup>41</sup> Enquête nutritionnelle SMART 2021 avec volet sécurité alimentaire couplée à l'évaluation des effets de la pandémie de la COVID-19 sur l'utilisation des SSP par les ménages en République du Congo. Données préliminaires

<sup>42</sup> MICS5/Congo 2014-2015

<sup>43</sup> Rapport à mi-parcours du PNDS 2018-2022, Congo

VIH+ ayant bénéficié de la prophylaxie ARV, 274 enfants (soit 87,8%) en 2020 contre 257 en 2019, ont été mis sous TAR dont 196 dans les 72 h suivant leur naissance, 41 après 72 h et 27 sont décédés dans leur premier mois de vie.<sup>44</sup> La cascade observée entre le nombre des bébés nés des mères VIH+ et ceux exposés ayant bénéficié du test virologique précoce (PCR) et du TAR, illustre assez bien la déperdition des enfants, les occasions manquées pour le diagnostic et la non disponibilité de ses intrants, dont le PCR.

Cette PEC est confrontée à plusieurs obstacles liées à (i) l'offre des services et son accessibilité notamment pour le diagnostic précoce et le dépistage chez les plus de 18 mois, (ii) l'insuffisance des sites de PECP et la non intégration du SIDA pédiatrique dans tous les sites ARV et PTME ainsi que dans les services SMI, (iii) la faible capacité des prestataires, les prescriptions des ARV étant réservées aux seuls médecins, ainsi que (iv) les pesanteurs socioculturelles avec la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.

- La Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant (PCIMNE)

Selon le rapport à mi-parcours du PNDS 2018-2020, l'offre de la PCIMNE en fin 2020 et particulièrement sa composante clinique est disponible dans 142 FOSA de premier échelon sur 366 (38,8%). Bien que la stratégie Tri-Evaluation-Traitement des Urgences (TETU) pédiatriques soit appliquée dans  $\frac{3}{4}$  des hôpitaux districts (71,9%) et que 69 maternités aient été équipées en matériels de soins du nouveau-né, les SENN ne sont pas encore intégrés dans tous les DS.<sup>45</sup> En dehors de quelques formations parcellaires réalisées dans certains DS, aucune formation des prestataires n'a été organisée ces deux dernières années par le pool des formateurs mis en place en 2017. Bien que la présence de la solution de réhydratation orale (SRO) nouvelle formule et le zinc (SRO/zinc) ait été observée dans la plupart des pharmacies des FOSA de premier niveau visitées dans le cadre de la revue, seuls 4% des cas de diarrhée sont traités avec de l'eau sucrée salée et 10% avec de la SRO selon l'enquête nutritionnelle SMART de 2021.

La couverture vaccinale avec comme traceur le vaccin Pentavalent de 73% en 2020 est en dessous des cibles de 83% au niveau national et d'au moins 80% pour tous les DS. La couverture des enfants de moins d'un an est de 67,7% et celle des moins de 5 ans de 59,9% selon les données provisoires de l'enquête d'évaluation post campagne 2021 de distribution des MILDA réalisée en novembre 2019 sur l'ensemble du territoire national. Celles-ci, en régression par rapport à celles de 2013 (93% et 80,9%)<sup>46</sup>, bien en dessous de la couverture universelle de 80% sont encore faibles.

Des dysfonctionnements sont observés dans l'approche diagnostique et thérapeutique de la PCIMNE, ainsi que dans la mise en œuvre de la stratégie avec (i) une faible disponibilité de certains intrants dont les médicaments traceurs tel que le violet de gentiane, le zinc et

---

<sup>44</sup> PNLS : Rapport annuel Suivi et Evaluation du VIH et au sida 2020

<sup>45</sup> Rapport à mi-parcours du PNDS 2018-2022, Congo

<sup>46</sup> Evaluation post campagne sur la possession et l'utilisation des MILDE dans 6 départements du Congo, 2013

surtout la SRO, (ii) la mauvaise qualité des services, (iii) l'insuffisance des RH formées (iii) l'utilisation de plus en plus fréquente de la tarification éclatée ou par acte au détriment de la forfaitaire ne favorisant pas l'accès aux soins, (iv) la non organisation des VAD pour la relance des patients irréguliers, présentant notamment une malnutrition et (iv) le manque des données statistiques.

### **II.2.2.3.- Services et soins de santé des adolescents et des jeunes**

Les adolescents et les jeunes, qui représentent 31% de la population générale du Congo selon le RGPH 2007, constituent une population à risque dans la mesure où à cette période de la vie, les relations sexuelles sont généralement instables et le multi partenariat pas une exception. Les comportements à risques observés dans ces tranches d'âge, souvent accompagnés de tabagisme, alcoolisme et toxicomanie, sur un terrain de sexualité précoce, de faible prévalence contraceptive (22,4% chez les 15 à 19 ans et 29,6% chez les 20 à 24 ans<sup>47</sup>) et utilisation de préservatifs, les exposent aux grossesses précoces et non désirées, aux avortements clandestins et leurs complications, sans oublier des violences de toutes sortes notamment celles basées sur le genre, ainsi qu'aux IST et à l'infection à VIH. Parmi les déterminants de ces pratiques, on peut retenir l'ignorance, la difficulté d'insertion socio-économique, les pesanteurs socio-culturelles, la non application de quelques textes et lois protégeant cette tranche d'âge, et la non disponibilité des services adaptés à sa PEC.

Les besoins en santé génésique et sexuelle des adolescents de 15 à 19 ans ne sont pas suffisamment pris en compte par les programmes de PF et de lutte contre les maladies. La majorité des services de promotion de la santé et d'offre des soins de santé ne sont pas adaptés aux problèmes de santé sexuelle des adolescents. Avec le dysfonctionnement des services de santé scolaire et la fermeture de la plupart de ses structures implantés dans les établissements scolaires, en dehors du centre de santé universitaire de Brazzaville et des centres de de certaines Organisations à base communautaire (OBC) dont l'ACBEF, les DS et les FOSA desservant toute la population, sans espace ni horaires réservés aux adolescents et jeunes, n'ont pratiquement pas amorcé le processus d'intégration des interventions de soins de santé adaptés aux problèmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents. Ces derniers n'ont pas accès à une information et à des services qui les aident à comprendre leur sexualité et à se protéger contre les IST/VIH/SIDA et les grossesses non désirées.

Les interventions de prévention et de PEC des IST et de l'infection à VIH, et même la PF sont axées sur la population générale et visent faiblement les adolescents. Les services de la santé des adolescents et jeunes, ne devrait pas seulement se limiter à la PEC et à la santé sexuelle et reproductive, mais ils devraient développer certains volets tels que la nutrition, la lutte contre les VBG, la lutte contre la toxicomanie, l'alcoolisme, la prévention du cancer du col utérin, le suivi psychologique et comportemental. Dans l'offre de la santé des adolescents et des jeunes, et particulièrement de la santé scolaire et universitaire, les domaines suivants souvent négligés méritent d'être intégrés avec la participation et

---

<sup>47</sup> EDSC-II-2011-2012, Rapport, Déc. 2012

l'implication des intéressés ainsi que des associations des parents d'élèves : (i) l'éducation à la vie sexuelle et familiale pour prévenir les grossesses précoces et non désirées ainsi que les IST/VIH/SIDA et leurs conséquences, (ii) la lutte contre les fléaux sociaux tels que la toxicomanie, le tabagisme et l'alcoolisme pour prévenir les violences de toutes sortes, les accidents et autres traumatismes, (iii) l'hygiène alimentaire et du milieu pour prévenir toute infection nosocomiale et autre péril en lien avec l'environnement et la nutrition, et (iv) la santé buccodentaire.

#### **II.2.2.4.- Communication et la mobilisation sociale**

Dans l'offre de service en SRMNIA, la communication et la mobilisation sociale existent à tous les niveaux pour répondre à certains déterminants de la santé et à l'émergence de certains comportements sociaux et pratiques nocives pour la santé. Malheureusement, cette intervention transversale pour le changement des comportements et la promotion des services en vue d'en améliorer l'utilisation, n'est pas suffisamment développée aussi bien en milieu des soins que communautaire. La faible utilisation des services de de la SRMNIA est tributaire de l'ignorance, des pratiques et croyances socioculturelles néfastes à la santé de la femme et de l'enfant.

Des problèmes de santé persistent au niveau communautaire avec l'utilisation non optimale des SPN et SPON, l'importance des grossesses non désirées et précoces et des avortements à risques, des complications de l'accouchement dues au recours tardif aux services de santé, de la malnutrition, l'anémie et l'infection dues au manque d'hygiène, au faible poids à la naissance et la prématurité,

#### **II.2.3.- Réponse du secteur privé**

Le secteur privé à travers ses structures des prestations des soins ambulatoires et en hospitalisation, d'exploration biologique et d'imagerie médicale, de distribution et dispensation des médicaments et produits pharmaceutiques, et de formation, contribue à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, et à la SRMNIA. Cette contribution malheureusement ne répond pas toujours aux conditions de cession par l'Etat du service public, à savoir, (i) le respect de la réglementation en vigueur en matière d'ouverture et implantation des structures, de la politique de santé et des stratégies mises en œuvre dans le cadre de la SRMNIA, des directives et des normes et procédures dans l'offre des services et la formation, ainsi que (ii) la participation au renforcement du SNIS y compris la surveillance des décès maternels, néonataux et infantiles et riposte (SDMNIR).

#### **II.2.4.- Réponse communautaire**

La réponse communautaire s'exprime à travers l'implication des organes de participation communautaire, les RECOs et les ONGs/associations. Caractérisée par la faible implication communautaire et l'insuffisance des capacités matérielles, financières et humaines et organisationnelles du système communautaire pour soutenir les interventions de la SRMNIA, la réponse communautaire souvent non expressément sollicitée n'a pas pu s'organiser dans la coordination et le suivi du plan stratégique SRMNIA 2018-2022 aussi bien au niveau national que départemental et des DS. Les OBC, y compris les

COSA au niveau des aires de santé, ne se sont pas suffisamment impliqués dans la mise en œuvre de ce plan, la promotion de ses activités, et le renforcement de son système d'information, particulièrement la surveillance des naissances et des décès. Les données des activités délivrées au niveau communautaire, pas toujours coordonnées et insuffisamment documentées, ne sont pas souvent reportées dans le SNIS. Les VAD ont été particulièrement inexistantes pour la relance des irréguliers et perdus de vue en CPN, CPoN, la PTME, la PECP et les soins nutritionnels.

La contribution de la communauté, bien que non mesurée, a été insuffisante dans (i) l'identification des signes de danger en SRMNIA pour le recours aux soins pour les enfants et les femmes, notamment lors de la grossesse et l'accouchement, (ii) la promotion des services offerts et des pratiques familiales et communautaires clés, et (iii) le don du sang. Cette faiblesse est entre autres imputable au non démarrage de la PCIMNE communautaire, à l'insuffisance de sensibilisation de la communauté et de formation des RECOs sur les pratiques familiales et communautaires. Bien que beaucoup d'OBC se soient mobilisées dans la prévention contre les IST et surtout le VIH/SIDA et le marketing social du préservatif, très peu se sont impliquées dans la promotion de la PF, des SONU, de la santé des adolescents et surtout de la nutrition.

### **III.- PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN**

#### **3.1.- Evaluation des performances du programme**

Le plan stratégique de la SRMNIA pour la période allant de 2022 à 2026 a été élaboré sur la base des résultats de la revue du plan stratégique 2018-2022 dont le but était de réorienter et/ou renforcer les orientations stratégiques dans le domaine de la SRMNIA après appréciation de son niveau de mise en œuvre y compris le niveau d'intervention en lien avec la riposte à la pandémie Covid-19.

Après une étape de préparation sanctionnée par l'adaptation des outils du 30 août au 3 septembre 2021, une collecte des données a été organisée du 10 au 14 septembre 2021 à travers une revue documentaire, couplée des visites de terrain dans les 12 départements du 29 septembre au 10 octobre 2021 pour une évaluation rapide et complément des informations.

Un atelier de mise en commun et d'analyse des résultats organisé du 17 au 21 octobre a permis d'identifier les problèmes prioritaires et les domaines d'intervention. Le rapport provisoire de la revue a été présenté pour amendement et validation à un atelier du 2 au 3 décembre 2021.

#### **3.2.- Elaboration du cadre stratégique**

L'élaboration du plan, amorcée au décours de cet atelier, a permis de formuler les orientations stratégiques, remplir le cadre logique des interventions identifiées après de multiples échanges avec certaines personnes ressources, et procéder à la budgétisation.

#### **IV.- PRINCIPAUX PROBLEMES ET DEFIS MAJEURS**

De l'analyse des résultats de la revue du plan stratégique 2018-2022, des problèmes et défis ont été identifiés, découlant pour certains de l'état de santé des mères, des nouveau-nés, enfants et adolescents, et pour d'autres, des dysfonctionnement du système de santé avec la faible couverture des interventions de SRMNIA de qualité.

##### **4.1.- Problèmes identifiés**

1. Faiblesse dans la coordination et la mise en œuvre du plan
2. Insuffisance du financement de la SRMNIA,
3. Faible qualité des soins en SRMNIA
4. Insuffisance de la couverture des populations ciblées en SRMNIA
5. Faible disponibilité des produits médicaments vitaux, produits et intrants de qualité
6. Insuffisance dans le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PS SRMNIA 2018-2022
7. Insuffisance de la référence/contre-référence des urgences obstétricales, néonatales, chirurgicales et pédiatriques
8. Inadéquation de la réponse aux comportements sociaux déviants des adolescents,
9. Problèmes en lien avec la prévention et la PEC de la Covid-19 des populations cibles de la SRMNIA

##### **4.2.- Défis et priorités**

La revue a fait ressortir de nombreux défis face auxquels il est urgent de développer des stratégies et actions permettant d'améliorer la SRMNIA. Les problèmes énumérés sont favorisés et aggravés par divers déterminants, ayant un impact réel sur la santé des populations ciblées, et partant sur les performances du système de santé en matière de SRMNIA. Ces défis concernent d'une part l'état de santé des populations cibles de la SRMNIA, et d'autre part le système de santé, l'offre de soins et des services.

<b>1.</b>	<b>Défis liés à la bonne gouvernance et la gestion des programmes</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Renforcement des instances de coordination de la SRMNIA pour le suivi de la mise en œuvre des plans stratégiques sous sectoriels dont celui de la SRMNIA</li><li>• Mise en place d'une plateforme de concertation et de collaboration des structures du ministère en charge de la santé impliquées dans la SRMNIA</li><li>• Alignement du PS SRMNIA 2022-2026 sur l'ODD-3, la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030, le PND 2022-2026</li><li>• Elaboration des plans d'action à tous les niveaux afin d'opérationnaliser le plan stratégique SRMNIA 2022-2026</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication de tous les programmes et services de SRMNIA dans le processus de planification et de revue du PS SRMNIA 2022-2026</li> </ul>
<b>2.</b>	<b>Défis liés au financement adéquat des programmes SRMNIA</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'un plan de mobilisation des ressources financières internes et externes pour le PS SRMNIA 2022-2026,</li> <li>• Mise en place des mécanismes de financement alternatif avec l'implication de la communauté et des partenaires afin d'augmenter progressivement la part du budget santé alloué à la SRMNIA</li> <li>• Poursuite de la mise en œuvre des mesures de gratuité en attendant la mise en place effective de l'AMU</li> <li>• Mise à jour des comptes nationaux de santé et des sous comptes santé spécifiques à la SRMNIA ;</li> <li>• Mise à disposition à temps des ressources financières de l'Etat et des partenaires pour réduire des écarts dans l'exécution des programmes SRMNIA, et en accroître le taux d'exécution</li> </ul>
<b>3.</b>	<b>Défis liés au Suivi et Evaluation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'une base des données SRMNIA intégrant les données les services de santé des forces armées, du secteur privé et du système communautaire;</li> <li>• Organisation des revues périodiques, annuelles, à mi-parcours et finales du PS SRMNIA 2022-2026</li> <li>• Organisation de la SDMNIR à tous les niveaux</li> <li>• Disponibilité des données désagrégées par âge, sexe, département et DS, pour une meilleure appréciation de la santé des enfants et des adolescents</li> </ul>
<b>4.</b>	<b>Défis liés à la disponibilité des RH de qualité en SRMNIA</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboration et mise en œuvre d'un plan de redéploiement des RHS en SRMNIA pour une répartition équitable du personnel répondant aux minima requis</li> <li>• Mise en œuvre des plans de formation et de supervision formative systématique et régulière des RHS en SRMNIA</li> <li>• Mise en place des mécanismes de certification et d'accréditation des FOSA, particulièrement du secteur privé ainsi que des professionnels de santé en matière de SRMNIA pour assurer une offre des soins de qualité</li> </ul>
<b>5.</b>	<b>Défis liés à la gestion adéquate des approvisionnements en médicaments, réactifs, équipements, consommables médicaux et autres intrants</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sécurisation des médicaments et produits essentiels de la grossesse, de l'accouchement, du post partum et de la PF, y compris les produits sanguins afin d'assurer la continuité des services et soins à tous les niveaux de l'offre</li> <li>• Inventaire des matériels et équipements de la SRMNIA en vue du renouvellement et/ou renforcement du plateau technique des FOSA</li> <li>• Évaluation des besoins en équipements en matière des SONE.</li> </ul>
<b>6.</b>	<b>Défis liés à l'amélioration de la santé de la femme</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de la couverture nationale des services de santé essentiels de qualité pour les femmes à chaque étape de la vie (enfance, adolescence, procréation et autres)</li> <li>• Amélioration des compétences des prestataires sur le continuum des soins de la femme</li> <li>• Amélioration de la prévalence contraceptive moderne</li> <li>• Renforcement de l'offre de services complets, intégrée et de qualité des SPN et du suivi post natal à tous les niveaux</li> <li>• Vaccination anti Covid des femmes enceintes et allaitantes</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement de l'assistance qualifiée à l'accouchement en milieu rural.</li> <li>• Intégration effective de la PTME dans l'offre de service tout au long du continuum des soins des FAP, et la délégation de la prescription des ARV en SPN et SPoN notamment aux sages-femmes</li> <li>• PEC précoce des urgences obstétricales, des complications du postpartum et du post abortum</li> <li>• Disponibilité et accessibilité des kits obstétricaux d'urgence pour les accouchements et les césariennes ;</li> <li>• Disponibilité du paquet de soins obstétricaux d'urgence complet au niveau de référence requis;</li> <li>• PEC de la violence basée sur le genre, et particulièrement des violences sexuelles à l'égard des femmes et des filles</li> <li>• Dépistage précoce et PEC des cancers du sein et du col de l'utérus</li> </ul>
<b>7.</b>	<b>Défis liés à l'amélioration de la Santé du nouveau-né</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de la qualité du suivi de la grossesse, de l'accouchement et des soins postnatals en vue de réduire les décès néonataux et les mortalités évitables ;</li> <li>• Renforcement des capacités techniques et opérationnelles des agents de première ligne en soins usuels, réanimation, dépistage précoce et PEC des complications néonatales</li> <li>• Renforcement du plateau technique pour la réanimation du nouveau-né avec la création de nouvelles unités de néonatalogie dans les hôpitaux généraux</li> </ul>
<b>8.</b>	<b>Défis liés à l'amélioration de la Santé de l'enfant</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'une stratégie de développement intégré de la petite enfance</li> <li>• Développement d'une stratégie nationale de santé scolaire</li> <li>• Amélioration de la couverture vaccinale des enfants,</li> <li>• Mise à l'échelle de la PCIMNE y compris sa composante communautaire avec son extension dans tous les DS</li> <li>• Renforcement des capacités du personnel en PCIMNE afin d'augmenter la proportion d'agents de santé formés</li> <li>• Renforcement de la PEC des urgences pédiatriques au niveau des hôpitaux,</li> <li>• Amélioration de la PEC pédiatrique de l'infection à VIH</li> </ul>
<b>9.</b>	<b>Défis liés à l'amélioration de la Santé de l'adolescent</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement d'une stratégie nationale de santé scolaire</li> <li>• Développement d'une feuille de route pour l'éducation complète à la sexualité</li> <li>• Elaboration des normes et standards du paquet des soins des adolescents à chaque niveau</li> <li>• Mise à l'échelle des services adaptés aux besoins des adolescent(e)s et des jeunes avec extension de l'offre des structures de santé scolaire et universitaire</li> <li>• Développement des volets nutritionnel, psychologique, comportemental, et la prévention de la consommation d'alcool, du tabac et des drogues ;</li> <li>• Promotion de la vaccination HPV pour la prévention du cancer du col de l'utérus</li> <li>• Amélioration des conditions d'hygiène et des commodités (eau, électricité, sanitaires) dans les établissements scolaires et universitaires</li> </ul>
<b>10.</b>	<b>Défis liés à la Nutrition de l'enfant et de la femme enceinte</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de l'état nutritionnel des enfants et des femmes</li> <li>• Renforcement de l'intégration des activités de nutrition dans le paquet des services de santé et de soins à chaque niveau de la pyramide sanitaire ;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement des actions de soutien à l'offre de services de nutrition (supervision, monitoring, contrôle), avec accent spécial sur la mise à l'échelle des directives sur la surveillance de la croissance de l'enfant</li> <li>• Promotion de la communication sur les bonnes pratiques en nutrition</li> <li>• Mise à l'échelle des unités de récupération nutritionnelle au niveau des FOSA.</li> </ul>
<b>11.</b>	<b>Défis liés à la participation de la communauté dans les activités de SRMNIA</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilisation des communautés sur les programmes mis en œuvre pour l'amélioration de la SMNI (PEV, PF, SPN/SPoN, PTME,),</li> <li>• Participation effective de la communauté aux activités de vaccination supplémentaires (AVS) telles que Journées Nationales de Vaccination (JNV), les Semaines Santé Mère-Enfant) et de distribution des MIILDA</li> <li>• Mobilisation des communautés sur le don de sang afin de garantir la qualité des SONU</li> </ul>
<b>12.</b>	<b>Défis liés à l'organisation de la Référence et contre référence</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboration du document de référence et contre référence en matière de SRMNIA</li> <li>• Mise en réseau des FOSA SONU</li> <li>• Mise en place d'un SAMU obstétrical et infantile</li> <li>• Dotation des hôpitaux des DS en ambulances « médicalisées »</li> </ul>
<b>13.</b>	<b>Défis liés à la prévention et contrôle des infections en milieu des soins</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement de la prévention des infections nosocomiales</li> <li>• Disponibilité des équipements de promotion de la protection individuelle</li> <li>• Renforcement de la gestion des déchets biomédicaux et de la désinfection des locaux des FOSA</li> </ul>
<b>14.</b>	<b>Défis liés à la Promotion de la santé</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Régression des comportements sociaux déviants (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie) surtout chez les adolescents</li> <li>• Régression des violences liées au genre particulièrement, les violences sexuelles et le harcèlement moral et sexuel</li> <li>• Observation des mesures barrières dans le cadre de la lutte contre la Covid-19</li> </ul>

#### 4.3.- Domaines prioritaires

1. Renforcement de la coordination, du partenariat, et de la mobilisation des ressources pour la SRMNIA
2. Amélioration du Financement de la SRMNIA
3. Renforcement du système de S&E en SRMNIA:

4. Disponibilité des RH de qualité en SRMNIA à tous les niveaux
5. Disponibilité de matériel médicotechnique, des médicaments et produits essentiels pour la SRMNIA
6. Prévention des grossesses non désirées
7. Renforcement de la qualité du suivi des grossesses.
8. Renforcement de la qualité et de la couverture des SONU y compris les soins essentiels du nouveau-né
9. Organisation de la référence et contre-référence pour la PEC à temps des urgences obstétricales et infanto-juvéniles
10. Renforcement du suivi post-natal y compris la recherche des fistules obstétricales
11. Renforcement de la PCIMNE clinique et communautaire
12. Renforcement des services de santé adaptés aux adolescents et aux jeunes y compris la santé scolaire
13. Renforcement de la PEC communautaire des mères, des nouveau-nés, enfants et Adolescents/Jeunes.
14. Renforcement de la communication sociale et la mobilisation communautaire

## **PLAN STRATEGIQUE SRMNIA 2022-2026**

### **5.1.- Vision**

Avoir un Congo où chaque enfant qui naît soit désiré, et à l'abris des décès dus aux maladies évitables ; où chaque femme jouit d'une bonne santé maternelle à l'abris des décès dus aux complications en lien avec la grossesse ou l'accouchement ; où les hommes, les femmes, les jeunes et les adolescents jouissent d'une santé sexuelle de bonne qualité à l'abri des IST/VIH/SIDA, ainsi qu'aux comportements et pratiques à risque y compris les violences basées sur le genre.

### **5.2.- Valeurs et Principes**

Ce plan, dans son élaboration, exécution, suivi et évaluation, est aligné sur la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030. En droite ligne de l'ODD-3, il vise à "donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges".

## Valeurs

Limité à la sphère du secteur santé, ce plan prend en compte l'approche post 2015 basée sur la continuité et la qualité des soins, la couverture sanitaire universelle, la redevabilité et le développement durable.

## Principes directeurs

Ces principes directeurs se résument en (i) un seul leadership, (ii) un partenariat coordonné, actif et inclusif, (iii) une bonne gouvernance avec redevabilité, (iv) des stratégies et interventions basées sur les évidences, les données factuelles et les résultats, et (v) et l'équité dans la mise en œuvre des interventions.

### **5.3.- But et objectifs**

#### **But**

Améliorer la santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent au Congo.

#### **Objectif général**

Accroître la couverture, l'accessibilité et l'utilisation des services et soins en SRMNIA de qualité par la population avec équité d'ici 2026

#### **Objectifs Spécifiques**

- OS.1 Réduire de 56% par rapport au niveau de 2017 le ratio de mortalité maternelle de 378 décès pour 100.000 NV à 165 d'ici 2026
- OS.2 Réduire de 31% le ratio de mortalité néonatale de 21 décès pour 1000 NV en 2015 à 14‰ d'ici 2026
- OS.3 Réduire de 39% le ratio de mortalité infanto juvénile de 52 ‰ en 2015 à 31‰ d'ici 2026
- OS.4 Réduire de 20% la prévalence des comportements à risque chez les adolescents et chez les jeunes d'ici 2026

#### **Résultats attendus**

- RA.1 Les cadres de coordination impliquant tous les intervenants en matière de SRMNIA mis en place sont fonctionnels aux niveaux central, départemental, et des DS
- RA.2 Les dépenses de la SRMNIA sont passées de 29% à 35% des dépenses totales de santé
- RA.3 Le système de S&E est fonctionnel et génère des informations stratégiques fiables en matière de SRMNIA
- RA.4 La SRMNIA dispose de RHS suffisantes qualifiées et compétentes pour offrir des soins de qualité aux populations ciblées

- RA.5 Les médicaments et les produits essentiels, et vitaux pour la santé de la mère, du nouveau-né, et de l'enfant sont disponibles dans les FOSA
- RA.6 Les services de qualité en SRMNIA sont assurés dans 50 % des FOSA de premier niveau et dans 100% des structures de référence

#### **5.4.- Stratégies d'interventions**

1. Renforcement de la Gouvernance, de la coordination, des capacités de planification et du partenariat en SRMNIA
2. Amélioration du financement de la SRMNIA
3. Renforcement du système de S&E en SRMNIA
4. Disponibilité des RH de qualité dans les points de prestation des services SRMNIA
5. Disponibilité permanente de médicaments essentiels, vaccins, produits sanguins, et technologies médicales (des équipements et matériel médico technique) en bon état pour l'offre des services en SRMNIA
6. Renforcement des prestations et des interventions à haut impact sur la SRMNIA
7. Renforcement de la communication et de la mobilisation sociale dans les FOSA et dans la communauté

#### **Stratégie 1: Renforcement de la Gouvernance, de la coordination, des capacités de planification et du partenariat en SRMNIA**

- Cible1. D'ici fin 2023, le cadre de coordination de la SRMNIA est renforcé pour le suivi du PS SRMNIA 2022-2026
- Cible2. D'ici fin 2023, la SRMNIA dispose des documents stratégiques et normatifs nécessaires
- Cible3. D'ici fin 2024, le PS SRMNIA 2022-2026 est opérationnalisé à tous les niveaux

#### **Interventions ou actions prioritaires**

- Mise en place des organes de coordination de la SRMNIA à tous les niveaux pour le suivi de la mise en œuvre du PS SRMNIA 2022-2026
- Mise en place d'une plateforme de concertation de collaboration entre les structures du MSP impliquées dans la SRMNIA (PNLS, PEV, PNLP, nutrition.....)
- Organisation du partenariat autour de la SRMNIA, y compris public/privé
- Elaboration, actualisation et finalisation des documents stratégiques, techniques et normatifs en SRMNIA
- Appui à l'élaboration des plans prenant en compte ses priorités stratégiques

#### **Approches de mise en œuvre**

Le renforcement de la Gouvernance, consistera à (i) mettre en place des mécanismes de coordination de la mise en œuvre et du suivi du PS SRMNIA 2022-2026, (ii) formaliser les cadres de concertation intra et intersectorielle au niveau central et départemental sur la SRMNIA, et (iii) réaliser une cartographie des partenaires en SRMNIA, y compris le secteur privé, tenant compte de leurs domaines et zones

d'interventions. Pour le fonctionnement de ces cadres, l'accent sera mis sur l'organisation des réunions régulières selon des périodicités consensuelles : (i) semestrielle pour réunions avec la participation du ministre de la santé, (ii) trimestrielle au niveau départemental, (iii) bimestrielle en intra sectoriel pour la concertation des programmes impliqués avec la DGPOP.

La vulgarisation à tous les niveaux et à tous les partenaires des normes et standards en matière de SRMNIA, renforceront le leadership du ministère et de la DGPOP en matière de SRMNIA. L'opérationnalisation du PS SRMNIA consistera pour une meilleure synergie à veiller à la prise en compte dans tous les plans de ses orientations stratégiques et priorités.

### **Stratégie 2: Amélioration du financement de la SRMNIA**

Cible4. D'ici 2024, la SRMNIA dispose des ressources financières nécessaires pour la mise en œuvre de son plan stratégique 2022-2026

#### **Interventions**

- Mise en œuvre d'un plan de plaidoyer et mobilisation des ressources financières
- Promotion des initiatives innovantes du financement de la SRMNIA

#### **Approches de mise en œuvre**

Un plan de plaidoyer sera développé pour la mobilisation des ressources internes et externes pour la SRMNIA. Toutes les opportunités seront saisies pour la sensibilisation du gouvernement, des parlementaires, des entreprises publiques et privées, ainsi que la société civile et la communauté. Une table ronde sera organisée pour la mobilisation des ressources. Une réorientation des ressources financières sera réalisée par le ministre en charge de la santé pour favoriser l'allocation efficace et équitable des ressources destinées à la SRMNIA,.

### **Stratégie 3: Renforcement du Suivi et évaluation.**

Cible5. D'ici fin 2026, les données de qualité de routine, de la surveillance et de recherche en SRMNIA sont disponibles

Cible6. D'ici fin 2026, une revue à mi-parcours et une revue finale du PS SRMNIA 2022-2026, ainsi que celles des programmes impliqués plan sont organisées

#### **Interventions**

- Renforcement des capacités à l'utilisation des outils de collecte des données en SRMNIA
- Mise en place à la DGPOP d'une base des données en SRMNIA intégrant les données sanitaires collectées à tous les niveaux
- Renforcement de la surveillance épidémiologique et des évènements en SRMNIA,
- Développement de la recherche en SRMNIA
- Organisation des évaluations périodiques, annuelles et finales des plans SRMNIA

### **Approches de mise en œuvre**

Il s'agira de renforcer les capacités des gestionnaires des données des départements, des DS et des FOSA dans l'utilisation des outils de collecte des données y compris le DHIS2 afin d'alimenter efficacement le SNIS en général et la base des données SRMNIA logée à la DGPOP.

La surveillance épidémiologique sera renforcée avec (i) la notification passive et active des cas dans les FOSA, y compris des décès maternels et périnataux, (ii) la systématisation des revues des DMNI dans les hôpitaux, (iii) l'organisation régulière de la sérosurveillance sentinelle du VIH couplée à celle de la syphilis chez les femmes enceintes en collaboration avec le PNLS, (iv) la réalisation de la recherche opérationnelle et/ou action en SRMNIA sur des thématiques porteuses identifiées et en partenariat avec les DS, les FOSA et les institutions de formation, et (v) l'organisation des études/enquêtes spécifiques d'envergure nationale nécessaires et requises (EDS, nutrition et autres) avec l'appui des institutions de recherche et des consultants.

### **Stratégie 4: Disponibilité des ressources humaines en santé de qualité dans les points de prestation des services SRMNIA**

Cible7. D'ici fin 2026, les ressources humaines en santé de qualité en SRMNIA sont disponibles dans au moins 50 % des FOSA des DS

Cible8. D'ici fin 2026, les RHS en santé de qualité en SRMNIA sont disponibles dans 100% des Hôpitaux généraux

#### **Interventions**

- Plaidoyer pour la formation, le recrutement, l'affectation ou le redéploiement des RHS avec des compétences en SRMNIA
- Renforcement des capacités des RHS en SRMNIA à tous les niveaux
- Elaboration et mise en œuvre des plans de formation et de supervision formative systématique et régulière en SRMNIA pour le personnel de santé

### **Approches de mise en œuvre**

L'approche pour rendre disponibles les RHS de qualité en SRMNIA dans tous les départements et DS, consistera dans le cadre du plan national de développement des RH pour la santé (PDRHS), à (i) la mise en place d'un répertoire de tous les professionnels de santé de toutes catégories formés en SRMNIA, (ii) l'identification du gap en RHS en SRMNIA pour faciliter le plaidoyer pour le redéploiement éventuel du personnel existant ou recruté et mis à la disposition des programmes et services SRMNIA, (iii) leur perfectionnement et suivi post formation, et (iv) la mise en place des mesures incitatives pour leur fidélisation aux lieux et postes d'affectation afin de réduire leur mobilité interne et externe.

Dans la stratégie de formation d'un nombre plus grand de prestataires, (i) un plan de formation continue et de supervision formative systématique et régulière en SRMNIA sera élaboré, ainsi que (ii) la formation en cascade et in situ seront privilégiées, avec le développement des pools de formateurs nationaux et départementaux.

Un plaidoyer sera fait pour (i) la révision des curricula des écoles de formation des professionnels de santé en vue d'y introduire des modules SRMNIA, ainsi que (ii) le perfectionnement et le développement des RHS dans les domaines particuliers et sensibles de la pédiatrie, la gynéco obstétrique, l'anesthésiologie, la psychologie clinique, sans oublier la spécialisation des sages-femmes.

**Stratégie 5: Disponibilité permanente de médicaments essentiels, vaccins, produits sanguins, et technologies de santé (des équipements et matériel médico technique) fonctionnelles pour l'offre des services en SRMNIA**

Cible9. D'ici fin 2026, les médicaments et les produits essentiels, et vitaux pour la santé de la mère, du nouveau-né, et de l'enfant sont disponibles dans 100% des FOSA ciblées

Cible10. D'ici fin 2026, le plateau technique des FOSA et particulièrement des FOSA SONU est renforcé

**Interventions**

- Renforcement des capacités du personnel des FOSA dans la gestion des médicaments, produits et intrants SRMNIA
- Approvisionnement régulier en médicaments et produits vitaux
- Renforcement du plateau technique des FOSA pour l'offre des paquets d'interventions de SRMNIA avec instauration de la maintenance préventive et curative du matériel médicotechnique
- Réhabilitation des infrastructures SONU

**Approches de mise en œuvre**

La disponibilité des médicaments et intrants de qualité requiert leur gestion idoine tout le long de la chaîne d'approvisionnement, de stockage, de distribution et de dispensation. Aussi parmi les actions à retenir, il y a (i) la mise en place d'un répertoire de l'équipement médico-technique disponible pour la SRMNIA et d'un plan d'équipement, de maintenance et de renouvellement de ce matériel, (ii) le renforcement des capacités techniques et opérationnelles dans la gestion des approvisionnements et des stocks (GAS) et leur quantification, et (iii) la formation/recyclage des prestataires à la prescription et l'usage rationnel des médicaments essentiels génériques et produits vitaux. Dans le cadre de la réhabilitation des infrastructures, il s'agira de mettre aux normes les locaux devant abriter les services spécifiques.

**Stratégie 6.1 : Renforcement de la prévention des grossesses précoces et non désirées**

Cible11. D'ici fin 2026, la prévalence contraceptive est améliorée de 30,1% à 40%

**Interventions**

- Intégration de la PF dans les PMA de toutes les FOSA de 1<sup>er</sup> niveau et SPON des hôpitaux, les services des SSP y compris les centres de santé scolaire
- Disponibilité des technologies contraceptives et intrants
- Renforcement de la communication sur la PF, les IST/VIH/SIDA

### **Approches de mise en œuvre**

Pour diminuer significativement la fréquence des grossesses précoces et non désirées, il est indiqué de (i) augmenter la couverture des FOSA offrant la PF par l'intégration de la consultation PF dans toutes les FOSA publiques et privées, y compris les FOSA relevant des confessions religieuses, (ii) de les approvisionner régulièrement en technologies contraceptives et intrants requis, (iii) de rendre disponibles les contraceptifs à travers la distribution à base communautaire, et (iv) de renforcer la sensibilisation de la communauté y compris des couples sur la PF, et la communication sur la promotion des services PF afin d'en améliorer l'utilisation.

### **Stratégie 6.2 : Renforcement de la qualité du suivi des grossesses**

- Cible12. D'ici fin 2026, la couverture des SPN précoces améliorée de 7,91% à 50%
- Cible13. D'ici fin 2026, l'offre du paquet complet des SPN est assurée dans toutes les FOSA prestataires
- Cible14. D'ici fin 2026, au moins 30% des femmes enceintes bénéficient du TPI-4
- Cible15. D'ici fin 2026, 95% des femmes enceintes dépistées séropositives au VIH sont mises sous TAR

### **Interventions**

- Dissémination du document des normes et procédures en SRMNIA
- Application correcte des normes et procédure actualisées en SPN
- Renforcement de l'offre du paquet complet des SPN
- Renforcement des capacités des prestataires en SPN

### **Approches de mise en œuvre**

L'approche consistera à (i) à la vulgarisation des normes et procédures en SPN élaborées, (ii) leur stricte application par les prestataires préalablement formés et/ou recyclés, (iii) la dotation régulière des FOSA en intrants nécessaires et requis des SPN avec l'appui des programmes et projets impliqués, et (iv) l'offre de leur paquet complet aux femmes enceintes.

Afin de permettre aux femmes enceintes de bénéficier de l'offre complète de la PTME et limiter la rupture de la continuité des soins, le conseil/dépistage du VIH à l'initiative du prestataire sera systématique, les laboratoires des FOSA offrant les SPN seront dotés en réactifs et consommables pour dépistage du VIH et la délégation de la prescription des ARV instaurée aux sages-femmes préalablement formées.

### **Stratégie 6.3: Renforcement de la qualité de PEC de l'accouchement et ses complications**

- Cible16. D'ici fin 2026, la proportion des accouchements assistés par le personnel qualifié est améliorée de 94,4% (MICS 2014-2015) à 98 %
- Cible17. D'ici 2026, la proportion des accouchements avec partogramme est améliorée de 66,7% à 80%

Cible18. D'ici fin 2026, la proportion des femmes ayant accouché en consultation postnatale est améliorée de 85,5% (MICS 2014-2015) à 90%

Cible19. **Selon classification Robson**

Cible20. D'ici fin 2026, les besoins satisfaits en SONU sont améliorés de 5,6 % (Evaluation SONU 2013) à 50% pour les FOSA SONU

### **Interventions**

- Développement du nombre des FOSA SONU de 40 à au moins 55 unités
- Renforcement des capacités des RH dans la gestion des SONU à tous les niveaux
- Dotation FOSA SONUB et SONUC en médicaments, équipement et intrants nécessaires pour la gestion des périodes d'accouchement et du post-partum
- Renforcement des mécanismes de supervision formative des FOSA SONU
- Renforcement des capacités des FOSA dans la PEC des urgences et complications obstétricales ainsi que celle des complications des avortements
- Renforcement du système de référence et contre référence pour les urgences chirurgicales, obstétricales et pédiatriques dans toutes les DDS ;

### **Approches de mise en œuvre**

L'approche consistera à (i) intégrer dans les FOSA potentielles SONU les fonctions essentielles manquantes, (ii) harmoniser le dossier obstétrical contenant le partogramme, (iii) rendre disponible le personnel qualifié et formé dans les FOSA SONU, (iv) renforcer le plateau technique des blocs d'accouchements y compris en tables, boîtes et kits d'accouchement, (v) renforcer ces FOSA en médicaments d'urgence et intrants pour l'accouchement, (vi) proposer le test de dépistage du VIH en salle de travail pour les femmes enceintes qui n'en ont pas bénéficié au cours des SPN.

Le renforcement des capacités des FOSA dans la PEC des urgences chirurgicales, obstétricales et pédiatriques, et des complications des avortements consistera à (i) renforcer le plateau technique des blocs opératoires des SONUC et de tous les hôpitaux, (ii) d'assurer leur dotation régulière en kit de césarienne ainsi qu'en produits sanguins et d'urgence et en oxygène, et (iii) de renforcer les compétences chirurgicales et obstétricales des médecins affectés dans ces structures dans la PEC de ces urgences.

Pour assurer une disponibilité en produits sanguins sécurisés et la promotion du don de sang bénévole, (i) le réseau des structures pour leur production et distribution (CNTS) sera renforcé par l'implantation des PTS dans les HB ciblés avec dotation en CDF, (ii) un appui apporté aux associations des donneurs pour favoriser leur recrutement et fidélisation, et (iii) des campagnes de collecte mobile de sang organisées.

Afin de réduire l'importance des retards et faciliter la PEC à temps des accouchements, complications et urgences obstétricales, un plaidoyer sera organisé auprès du ministère de la santé et des partenaires y compris le secteur privé pour la mise en place d'un service d'aide médicale d'urgence obstétricale (SAMUO) avec des supports d'information pour une PEC rapide, formation du personnel et dotation en ambulance et en matériel de téléphonie mobile pour faciliter la communication.

**Stratégie 6.4: Renforcement de la qualité des Soins du nouveau-né, et de l'enfant**

- Cible21. D'ici fin 2026, l'offre des soins essentiels du nouveau-né de qualité est assurée dans les FOSA
- Cible22. D'ici fin 2026, la proportion des FOSA menant des activités de PCIMNE clinique est portée à 50%
- Cible23. D'ici fin 2026, la proportion de DS menant des activités de PCIMNE est portée 80%
- Cible24. D'ici fin 2026, le niveau de la malnutrition aigüe sévère chez les enfants de < 5 ans à moins 1%
- Cible25. D'ici fin 2026, tous les enfants nés de mères VIH+ connaissent leur statut sérologique, sont suivis et pris en charge
- Cible26. D'ici fin 2026, la couverture vaccinale de tous les antigènes du PEV est d'au moins 90%

### **Interventions**

- Accroissement de l'offre des services de la santé néonatale et infanto-juvénile
- Renforcement des compétences des prestataires de la maternité en soins essentiels du nouveau-né (SENN), y compris la réanimation du nouveau-né
- Amélioration du plateau technique des FOSA pour l'offre des SENN (équipement, matériel, et consommables)
- Développement de 5 unités de néonatalogie dans les HG /
- Développement des activités de PCIMNE clinique dans 50% des FOSA
- Multiplication des Centres de PEC de malnutrition
- Renforcement des compétences du personnel et des communautés sur la promotion des pratiques clés dans les familles
- Renforcement du PEV et de la PEC du SIDA pédiatrique

### **Approches de mise en œuvre**

L'approche consistera à (i) renforcer le plateau technique matériel et humain en matière des SENN, (ii) augmenter la couverture du pays en service de néonatalogie et en coins bébé, (iii) promouvoir les unités Kangourou dans les services de pédiatrie, et (iv) à institutionnaliser le Triage, Evaluation et Traitement des Urgences (TETU) dans tous les hôpitaux de district selon un protocole standard.

Pour ce qui est de la PCIMNE, l'approche consistera à (i) l'augmentation de la couverture et de la disponibilité de la PCIME clinique dans tous les CSI, (ii) l'amélioration des compétences des agents de santé et des RECOs par la formation des formateurs, le renforcement des formations et surtout des supervisions formatives intégrées, (iii) la promotion des pratiques clés dans les familles et la communauté, (vi) la promotion des interventions de nutrition et de vaccination devant permettre de réduire les différentes formes de malnutrition et les maladies évitables par la vaccination, ainsi que (vii) la mise à échelle de la stratégie éTME afin de réduire au maximum l'incidence des nouvelles infections pédiatriques

### **Stratégie 6.5: Renforcement de la PEC des Adolescents/jeunes**

- Cible27. D'ici fin 2026, les paquets de services de santé de qualité adaptés aux adolescents et jeunes sont intégrés dans les FOSA (15)

Cible28. D'ici 2026, la collaboration multisectorielle dans la PEC des problèmes de santé des adolescents et des jeunes est renforcée

Cible29. D'ici fin 2026 les comportements à risque chez les jeunes et adolescents ont sensiblement diminué

### **Interventions**

- Développement des services de santé adaptés aux besoins des adolescents et jeunes y compris des centres de santé scolaire
- Développement des modules de formation des prestataires pour l'offre des services adaptés aux besoins des ADO et jeunes
- Renforcement des capacités des prestataires en santé et droits sexuels et reproductifs des adolescents et jeunes
- Promotion des interventions adaptées en tenant compte des vulnérabilités

### **Approches de mise en œuvre**

L'approche consistera à définir au préalable les standards des services de santé des adolescents et des jeunes y compris en santé scolaire en renforçant la composante prévention avec la surveillance de leur santé, de leur milieu, et des activités de communication dans la lutte contre les fléaux sociaux tels que la consommation des substances psycho actives, les violences, ainsi que les IST/VIH, les grossesses précoces, l'addiction aux réseaux sociaux. Il sera procédé à (i) l'identification des sites d'implantation/développement des centres de santé scolaire et/ou de SRAJ, (ii) renforcement des FOSA en plateau technique, matériel et humain, (iii) renforcement des compétences du personnel, et (iv) l'intégration des paquets de services adaptés aux adolescents et jeunes.

## **Stratégie 7: Renforcement de la communication et mobilisation sociale**

Cible30. D'ici fin 2026, 80% des populations ont une meilleure connaissance des services de SRMNIA pour une utilisation accrue

Cible31. D'ici fin 2026, au moins 20% de la population scolaire adopte des comportements favorables à la santé

Cible32. D'ici fin 2026, l'implication des communautés dans la SRMNIA est renforcée

### **Interventions**

- Renforcement des capacités des RECOs et des OBC pour la reconnaissance des signes de danger (lors de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum) en vue de l'orientation des femmes vers les structures de soins;
- Organisation des VAD pour la relance des femmes enceintes irrégulières et perdues de vue aux SPN, les parturientes aux SPON, et les mères des enfants malnutris à l'éducation et récupération nutritionnelle
- Mobilisation de la communauté pour le don du sang
- Mobilisation et renforcement des capacités de la communauté, des OBC et confessions religieuses, pour leur implication dans la SRMNIA, le plaidoyer pour l'amélioration du statut de la femme et les droits de l'enfant.

### **Approches de mise en œuvre**

Les actions seront développées prioritairement dans (i) le plaidoyer pour renforcer l'engagement et susciter la mobilisation des ressources de l'Etat et des partenaires, des ressources additionnelles, des appuis techniques en SRMNIA, ainsi que la participation des communautés (ii) le renforcement du partenariat entre la communauté et les FOSA, (iii) la promotion des services disponibles en SRMNIA, (iv) le renforcement des capacités en communication des prestataires et des RECOs, et (v) la mobilisation sociale pour l'amélioration des pratiques familiales et communautaires, l'adhésion et l'implication de la communauté et des partenaires aux campagnes de don de sang, de distribution des MIILDA, de prévention de cancer du col de l'utérus et autres dont l'application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

#### **5.4.- Budget par axe d'intervention du plan stratégique SRMNIA 2022-2026**

Au cours de la période 2022-2026, le coût global de la SRMNIA Budgétisé de la République du Congo est estimé à 111,5 milliards FCFA soit \$ 223,08 millions sur une période de 5 ans. En moyenne par année ce Budget représente 22,30 milliards FCFA, soit \$ 44,61 millions.

Il ressort du tableau VI que sept (7) axes d'intervention constituent la charpente Budgétaire et la plus grande partie de ce budget revient à la disponibilité permanente de médicaments essentiels, vaccins, produits sanguins, et technologies médicales (des équipements et matériel médico technique) en bon état pour l'offre des services en SRMNIA, avec 44,84 milliards FCFA, soit 42,2 % du budget total.

Par ailleurs, le budget alloué au renforcement des prestations et des interventions à haut impact sur la SRMNIA devrait coûter 19,62 milliards FCFA, soit 17,6% du montant total contre celui aux activités de l'amélioration du financement de la SRMNIA avec 4,23 milliards FCFA, soit 3,8 % du total.

Le tableau VI montre que la principale source de financement de ce budget demeure le Gouvernement avec 37,9 milliards FCFA, soit 34% contre 4,4 milliards FCFA, soit 4% de l'apport du financement pour les PTFs traditionnels de notre pays. Cette contrainte financière permettra la recherche de financement additionnelle en 5 ans à hauteur de 69,1 milliards FCFA, soit 62% auprès des autres institutions financières à savoir ; les ménages, les entreprises, les sociétés et quasi sociétés et le reste du monde. En moyenne par année, il est estimé à 22,3 milliards FCFA soit \$ 4,46 millions.

Le Plan de mobilisation des ressources doit inclure une analyse des écarts budgétaires et un plan pour combler les lacunes de financement. A cet effet, le Ministère de la santé organisera une table ronde des bailleurs de fonds pour présenter le plan stratégique afin de mobiliser les ressources nécessaires à sa mise en œuvre. Tous les programmes impliqués dans la SRMNIA seront invités à participer à cette rencontre ; ce sont notamment les PTFs, certains ministères (DGPOP, ministères impliqués, DGELM, PNLS, PNLP, PNLT, Nutrition, DG Hôpitaux, DDS, DIS, Programmes SRMNIA,...). Le budget de l'Etat assurera les charges salariales, les infrastructures et la plupart des équipements et procédera à l'achat des médicaments. En outre, le Ministère de la santé explorera à tout moment, d'autres potentielles sources de financement nationales et internationales pour la mobilisation de ressources complémentaires.

Afin de coordonner les interventions des partenaires et de mobiliser des ressources complémentaires, un plan de mobilisation des ressources devrait être développé et des réunions périodiques, dont la périodicité sera déterminée de commun accord entre les parties. La répartition du budget par année montre que la première année de la SRMNIA correspondant à 2022, coûtera 26,8 milliards FCFA (24,11 %). De 2022 à 2026, les parts du budget se situeront entre 26,8 à 17,7 milliards F CFA (24,11% à 20,11%). La répartition des contributions des acteurs de financement et par année présentée à la figure n°14 montre les efforts à fournir pour la mise en œuvre de la SRMNIA au Congo.

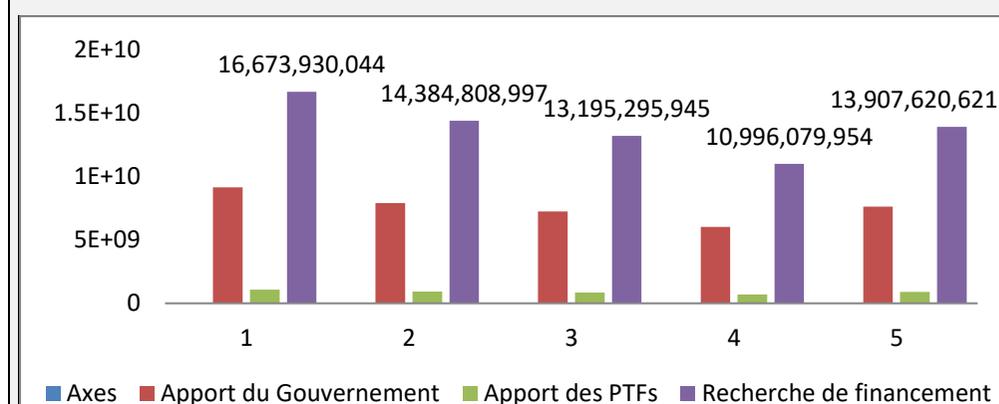
93  
94 **Tableau VI : Apports des partenaires de financement à la SRMNIA par année (FCFA) Répartition du Budget par axe stratégique**  
95 **d'intervention et par année FCFA.**  
96

<i>Axe d'intervention</i>	<b>2022</b>	2023	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>Total</b>
<b>1. Apport du Gouvernement</b>	9 143 768 089	7 888 443 643	7 236 130 034	6 030 108 362	7 626 759 696	<b>37 925 209 824</b>
<b>2. Apport des PTFs</b>	1 075 737 422	928 052 193	851 309 416	709 424 513	897 265 847	<b>4 461 789 391</b>
<b>3. Recherche de financement</b>	16 673 930 044	14 384 808 997	13 195 295 945	10 996 079 954	13 907 620 621	<b>69 157 735 561</b>
<b>4. Cout Total</b>	<b>26 893 435 555</b>	<b>23 201 304 833</b>	<b>21 282 735 395</b>	<b>17 735 612 829</b>	<b>22 431 646 164</b>	<b>111 544 734 776</b>

97  
98  
99  
00  
01  
Tableau VII : Pourcentage de bouclage budgétaire par année (%)

Axes	2022	2023	2024	2025	2026	Cout Total
Pourcentage de fixation budgétaire (%)	24,11	20,8	19,08	15,9	20,11	100

Figure n°14: Recherche de financement par année



**Tableau VIII : Répartition du Budget par axe stratégique d'intervention et par année FCFA.**

<i>Axe d'intervention</i>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>Total</b>
<b>5.</b> Renforcement de la Gouvernance, de la coordination, des capacités de planification et du partenariat en SRMNIA	2 877 597 604	2 482 539 617	2 277 252 687	1 897 710 573	2 400 186 139	<b>11 935 286 621</b>
<b>6.</b> Amélioration du financement de la SRMNIA	1 021 950 551	881 649 584	808 743 945	673 953 288	852 402 554	<b>4 238 699 922</b>
<b>7.</b> Renforcement du système de S&E en SRMNIA	2 689 343 555	2 320 130 483	2 128 273 540	1 773 561 283	2 243 164 616	<b>11 154 473 478</b>
<b>8.</b> Disponibilité des RH de qualité dans les points de prestation des services SRMNIA	2 608 663 249	2 250 526 569	2 064 425 333	1 720 354 444	2 175 869 678	<b>10 819 839 273</b>
<b>9.</b> Disponibilité permanente de médicaments essentiels, vaccins, produits sanguins, et technologies médicales (des équipements et matériel médico technique) en bon état pour l'offre des services en SRMNIA	10 811 161 093	9 326 924 543	8 555 659 629	7 129 716 357	9 017 521 758	<b>44 840 983 380</b>
<b>10.</b> Renforcement des prestations et des interventions à haut impact sur la SRMNIA	4 733 244 658	4 083 429 651	3 745 761 430	3 121 467 858	3 947 969 725	<b>19 631 873 321</b>
<b>11.</b> Renforcement de la communication et de la mobilisation sociale dans les FOSA et dans la communauté	2 151 474 844	1 856 104 387	1 702 618 832	1 418 849 026	1 794 531 693	<b>8 923 578 782</b>
<b>TOTAL</b>	<b>26 893 435 555</b>	<b>23 201 304 833</b>	<b>21 282 735 395</b>	<b>17 735 612 829</b>	<b>22 431 646 164</b>	<b>111 544 734 776</b>

13  
14

## 5.5.- Cadre logique du plan stratégique SRMNIA 2022-2026

Axe stratégique 1		Renforcement de la Gouvernance, de la coordination, des capacités de planification et du partenariat en SRMNIA									
<b>Résultat attendu 1</b> : Les cadres de coordination impliquant tous les intervenants en matière de SRMNIA mis en place sont fonctionnels aux niveaux central, départemental, et des DS											
Activités	Données initiales 2020	Cible 2026	Chronogramme					Responsable	Programmes impliqués	Financement	Observations
			22	23	24	25	26				
<b>Cible 1.1</b>	<b>D'ici fin 2023, le cadre de coordination du PNDS est renforcé pour le suivi du plan stratégique SRMNIA 2022-2026</b>										
A1.1.1. Mettre en place un cadre de concertation pour la coordination et le suivi du PS SRMNIA 2022-2026 au niveau central	0	1						MSP/ DGPOP			Cadre regroupant le MSP et principaux partenaires
A1.1.2. Organiser des réunions semestrielles du cadre de concertation pour la coordination et le suivi du PS SRMNIA 2022-2026 mis en place au niveau central	0	10	2	2	2	2	2	MSP	DGPOP ministères impliqués, PTFs		réunions coordination 2 fois par an dans le domaine SRMNIA.
A1.1.3. Mettre en place une plateforme de concertation des structures du MSP impliquées dans la mise en œuvre des activités de la SRMNIA	0	1						MSP/ DGPOP	(PNLS, P NLP, PNLT, Nutrition, ..)		Plateforme regroupant autour de la DGPOP tous les programmes et projets du MSP impliqués dans activités SRMNIA
A1.1.4. Organiser des réunions trimestrielles de concertation des programmes et projets impliqués dans la SRMNIA	0	20	4	4	4	4	4	DGPOP	(PNLS, P NLP, PNLT, Nutrition, ..)		
A1.1.5. Développer une cartographie dynamique des interventions des PTFs et ONG impliqués et œuvrant dans la SRMNIA	0	1						DGPOP			Répertoire des domaines/zones d'interventions des partenaires
A1.1.6. Renforcer le partenariat public/privé et la collaboration intersectorielle autour de la SRMNIA	0	1									
<b>Cible 1.2</b>	<b>D'ici fin 2023, la SRMNIA dispose des documents stratégiques et normatifs nécessaires</b>										

A1.2.1. Appuyer l'élaboration et/ou l'actualisation des documents stratégiques, de la SRMNIA	0											(stratégie nationale de la santé scolaire)
A1.2.2. Actualiser les documents des normes, procédures et standards en SRMNIA	0											Santé du nouveau-né, PF, SONU, Audits décès
A1.2.3. Elaborer /Actualiser les modules de formation des prestataires en SRMNIA	0											PF, SPN, SPON, SONU, PTME,
A1.2.4. Assurer la reproduction des documents stratégiques et normatifs y compris les modules élaborés	0											
A1.2.5. Appuyer la dissémination et la vulgarisation des documents stratégiques et normatifs y compris les modules élaborés	0											
<b>Cible 1.3 D'ici fin 2023, le plan stratégique SRMNIA 2022-2026 est opérationnalisé à tous les niveaux</b>												
A1.3..1. Elaborer 5 plans d'action annuels (PAA) de mise en œuvre de la SRMNIA au niveau central	0	5	1	1	1	1	1	DGPOP				Plans d'action du PS SRMNIA 2022-2026
A1.3..2.Appuyer l'élaboration des plans de développement et des plans d'action annuels (PAA) des Départements et DS intégrant les priorités de la SRMNIA	0	64						DGPOP	DDS, DS			La DGPOP veillera à la prise en compte dans ces plans des priorités du PS
A1.3..3.Appuyer l'élaboration des documents de planification intégrant les priorités de la stratégie et du PS SRMNIA 2022-2026	0	16						DGPOP				13 Programmes et 3 projets impliqués...

15  
16  
17  
18

<b>Axe stratégique 2</b>		Amélioration du financement de la SRMNIA									
<b>Résultat attendu 2</b> : Le budget de la SRMNIA est passé de 29% à 35% du budget de la santé											
Activités	Données initiales 2020	Cible 2026	Chronogramme					Responsable	Programmes impliqués	Financement	Observations
			22	23	24	25	26				
<b>Cible 2.1</b>	<b>D'ici 2023, la SRMNIA dispose des ressources financières accrues pour la mise en œuvre de son plan stratégique 2022-2026</b>										
A2.1.1. Elaborer un plan de plaidoyer et de mobilisation des ressources financières internes et externes pour la mise en œuvre du plan SRMNIA 2022-2026	0	1	1					DGPOP			
A2.1.2. Organiser une table ronde de mobilisation de fonds pour le plan SRMNIA 2022-2026 au niveau national auprès des PTFs et autres	0	1	1					DGPOP			
A2.1.3. Soutenir le plaidoyer annuel auprès de la commission parlementaire santé pour l'amélioration du budget annuel santé et de la stratégie SRMNIA	0	4	1	1	1	1	1	MSP	DGPOP		
A2.1.4. Soutenir l'élaboration annuelle du sous compte SRMNIA dans le cadre des comptes nationaux de santé	0	4						DRF/MSP	DGPOP		
A2.1.5. Créer une ligne budgétaire pour le fonctionnement de l'ONDMNI	0	1									
A2.1.6. Evaluer le dispositif actuel du recouvrement des coûts en SRMNIA dans les FOSA	0	5						DGPOP			
A2.1.7. Soutenir l'évaluation des initiatives de gratuité et d'exemption au recouvrement des coûts en faveur des populations cibles de la SRMNIA	0	3						DGPOP			Tarifcation des actes et soins (CPN, SONU et PF)
A2.1.8. Soutenir le développement de l'Assurance Maladie Universelle avec la mise en place de ses instruments	0	1						DGPOP			

Axe stratégique 3		Renforcement du système de S&E en SRMNIA									
Résultat attendu 3 : Le système de S&E est fonctionnel et génère des informations stratégiques fiables en matière de SRMNIA											
Activités	Données initiales 2020	Cible 2026	Chronogramme					Responsable	Programmes impliqués	Financement	Observations
			22	23	24	25	26				
<b>Cible 3.1</b>	D'ici fin 2023 la base des données SRMNIA est disponible et fonctionnel à la DGPOP										
A3.2.1. Produire les outils spécifiques de collecte des données SRMNIA	ND							DGPOP	DIS ..		carnet de la maternité
A3.2.2. Assurer la dotation des DDS et les DS des outils de collecte des données produits	ND							DGPOP	DIS		
A3.2.3. Soutenir l'organisation des formations des gestionnaires des données sur la SRMNIA								DGPOP	DIS		
A3.2.4. Assurer la mise en place et la gestion d'une base des données informatisée en SRMNIA au sein de la DGPOP	0	1						DGPOP	DIS		La gestion sera assurée par une cellule de S&E
A3.2.5. Organiser semestriellement une réunion de validation des données SRMNIA au niveau central	0	10	2	2	2	2	2	DGPOP			
A3.2.6. Produire un bulletin épidémiologique électronique trimestriel sur la SRMNIA	0	20	4	4	4	4	4	DGPOP			
<b>Cible 3.2</b>	<b>La surveillance des événements de santé publique dans le domaine de la SRMNIA est organisée</b>										
A3.2..1.Réaliser des audits des DMNI dans tous les hôpitaux	30%	90%	50 %	60	70	80	90 %	DGPOP	DDS, DS, Hôpitaux		
A3.2..2. Organiser les missions semestrielles de suivi et collecte des données des revues des DMNI à tous les niveaux	0	10	2	2	2	2	2				
A3.2..3.Soutenir la production du rapport annuel de la SDMNIR des audits des DMNI dans tous les hôpitaux	0	5	1	1	1	1	1	ONDMNI	DGPOP		

A3.2.4. Organiser avec le PNLS au moins 3 enquêtes de séro-surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes, dont 2 couplées à celles de la syphilis	0	3	1		1		1	PNLS	DGPOP		
A3.2.5. Assurer le suivi et la supervision des activités SRMNIA dans les situations humanitaires des zones identifiées								DELM	DGPOP		
A3.2.6. Produire annuellement la carte de suivi des indicateurs de santé de la mère et de l'enfant	0	5	1	1	1	1	1	DGPOP			Utilisation de l'outil «Score card management tool »
<b>Cibls 3.3.</b>	<b>Des recherches en SRMNIA sont organisées</b>										
A3.3.1. Soutenir l'organisation d'au moins 2 recherches opérationnelles par an sur des thématiques ciblées de la SRMNIA	0	10	2	2	2	2	2	DGPOP			
A3.3.2. Organiser l'évaluation semestrielle des bonnes pratiques ou le monitoring des interventions à haut impact dans le domaine de la SRMNIA dans les FOSA	0	10	2	2	2	2	2	DGPOP			
A3.3.3. Organiser les enquêtes SONU, SPSR et qualité des soins	1	5	1	1	1	1	1				
A3.3.4. Soutenir l'organisation des enquêtes d'envergure nationale sur les indicateurs démographiques, de santé, de nutrition et autres	1	5	1	1	1	1	1				
A3.3.5. Appuyer l'organisation des enquêtes nationales sur les indicateurs de santé-nutrition (SMART et autres) y compris au niveau des institutions de formation et de recherche	1	5	1	1	1	1	1				
<b>Cible 3.4.</b>	<b>Des évaluations périodiques en SRMNIA sont organisées</b>										
A3.4.1. Evaluer annuellement la mise en œuvre du plan stratégique SRMNIA 2022-2026	0	5	1	1	1	1	1	DGPOP	DDS, DS		Rapports annuels d'activités élaborés

A3.4..2.Organiser un atelier annuel de restitution/ validation des indicateurs SRMNIA	0	5	1	1	1	1	1	DGPOP	DDS, DS		
A3.4..3.Réaliser une revue à mi-parcours et finale du PS SRMNIA 2022-2026	0	2						DGPOP	DDS, DS Programmes		Des rapports de revue sont élaborés
A3.4..4.Soutenir la réalisation des évaluations périodiques des programmes impliqués dans la SRMNIA (à mi-parcours et finales)	0							DGPOP	DDS, DS Programmes	2	

<b>Axe stratégique 4</b>		<b>Disponibilité des RH de qualité dans les points de prestation des services SRMNIA</b>									
<b>Résultat attendu 4 : La SRMNIA dispose d'une masse critique de personnels qualifiés et compétents pour offrir des soins de qualité aux populations ciblées</b>											
Activités	Données initiales 2020	Cible 2026	Chronogramme					Responsable	Programmes impliqués	Financement	Observations
			22	23	24	25	26				
<b>Cible 4.1</b>	<b>D'ici fin 2021, les ressources humaines de santé (RHS) de qualité en SRMNIA sont disponibles dans au moins 50 % des FOSA des DS</b>										
A4.1..1.Faire une cartographie des professionnels de santé de toutes catégories formés qualifiés et formés en SRMNIA	0	1						DGPOP			
A4.1..2.Appuyer l'organisation des stages de formation des prestataires des soins dans différentes thématiques du SRMNIA											
A4.1..3.Appuyer la formation des prestataires en SRMNIA selon l'approche par compétence (mentorat/tutorat) dans les FOSA, notamment pour la PTME et les SONU	0	1						DGPOP	DS et les hôpitaux		Mentorat et tutorat à organiser entre les HG et les HB, et les HB et les CSI
A4.1..4.Soutenir la participation annuelle de 2 prestataires à des conférences et congrès internationaux sur la SRMNIA	0	10	2	2	2	2	2	DGPOP			

A4.1..5. Faire le plaidoyer pour l'introduction dans les curricula de toutes les écoles de formation des professionnels de santé des modules sur la SRMNIA								DGPOP			
<b>Cible 4.2</b>	<b>D'ici fin 2021, les supervisions formatives en SRMNIA sont régulièrement organisées</b>										
A4.2.1. Elaboration d'un plan de supervision formative en SRMNIA	0	1						DGPOP	DGPOP		
A4.2.2. Soutenir l'élaboration d'un guide intégré de supervision	0	1						DGPOP	DGPOP		
A4.2.3. Organiser des supervisions formatives intégrées des prestataires des soins de SRMNIA à tous les niveaux (à raison de 4 départements par an)	0	20						DGPOP	DGPOP		
A4.2.4. Organiser des réunions semestrielles de monitoring des activités SRMNIA	2	10	2	2	2	2	2				

<b>Axe stratégique 5</b>	<b>Disponibilité permanente de médicaments essentiels, vaccins, produits sanguins, et technologies de santé (des équipements et matériel médico technique) fonctionnelles pour l'offre des services en SRMNIA</b>										
<b>Résultat attendu 5 : Les produits vitaux pour la santé de la mère, du nouveau-né, et de l'enfant ainsi que les équipements et matériels medicotechniques sont disponibles dans les FOSA</b>											
Activités	Données initiales 2020	Cible 2026	Chronogramme					Responsable	Programmes impliqués	Financement	Observations
			22	23	24	25	26				
<b>Cible 5.1</b>	<b>D'ici fin 2024, les produits vitaux pour la santé de la mère, du nouveau-né, et de l'enfant sont disponibles dans % des FOSA ciblées</b>										
A5.1.1. Elaborer un plan de sécurisation des produits SR (compact)								DGPOP	DGMPL CAMEPS		
A5.1.2. Former tous les gestionnaires des pharmacies des DS sur la gestion logistique et l'utilisation du logiciel Channel pour la gestion des stocks des produits de SRMNIA								DGPOP	DGMPL CAMEPS		En collaboration avec la DGPML et la CAMEPS

A5.1.3. Évaluer les besoins en médicaments de la SRMNIA y compris les contraceptifs, réactifs de laboratoire et MIILDA								DGPOP	DGMPL DGIEM		En collaboration avec la DGPMP, la CAMEPS et DGIEM
A5.1.4. Organiser la formation du personnel de santé des FOSA à la gestion rationnelle des médicaments de la SRMNIA, y compris leur prescription dans les 52 DS	0	52						DGPOP	DGMPL DGIEM		
A5.1.5. Doter toutes les pharmacies des DS en médicaments essentiels et particulièrement en produits vitaux pour la SRMNIA.								DGMPL, CAMEPS	DGPOP		
A5.1.6. Assurer l'approvisionnement des FOSA en technologies contraceptives et intrants PF								DGPOP			
A5.1.7. Assurer avec le PNLS l'approvisionnement de toutes les FOSA en intrants pour la PTME (test de dépistage du VIH, ARV)								PNLS	DGPOP		
A5.1.8. Assurer avec le PNLP l'approvisionnement de toutes FOSA offrant les SPN de la SP pour le TPI des femmes enceintes								PNLP	DGPOP		
A5.1.9. Assurer avec le PNLP l'approvisionnement en MIILDA des FOSA offrant les SPN et CPS pour les nourrissons								PNLP	DGPOP		
A5.1.10. Doter les FOSA des DS offrant le paquet d'interventions SRMNIA en médicaments spécifiques pour la SRMNIA y compris les kits de PEC des VBG	0	12						DGPOP	CAMEPS		
<b>Cible 5.2</b>	<b>D'ici fin 2024, le plateau technique des FOSA et particulièrement des FOSA SONU est renforcé pour l'offre des paquets d'interventions de SRMNIA</b>										
A5.2.1. Faire le répertoire de l'équipement médicotechnique disponible pour la SRMNIA	0	1						DGPOP	DGMPL DGIEM		
A5.2.2. Évaluer les besoins en équipements, matériels, et intrants de laboratoire en								DGPOP	DGMPL DGIEM		

matière de Maternité à moindre risque et SONE												
A5.2.3. Appuyer l'élaboration d'un plan d'équipement, de renouvellement et de maintenance du matériel médico-technique en SRMNIA au niveau de chaque département et de chaque DS								DGPOP	DGMPL DGIEM			
A5.2.4. Assurer la dotation en équipement technique, selon les normes de 100% des structures SONUC et 50% des structures SONUB dans chaque département								DGPOP	DGMPL DGIEM			
A5.2.5. Doter 50% des structures sanitaires SONU, notamment les hôpitaux en moyens logistiques (ambulance médicalisée, ...)								DGIEM	DGPOP			
A5.2.6. Assurer la dotation des maternités des hôpitaux en oxygène								DGMPL DGIEM	DGPOP			
A5.2.7. Appuyer les DDS dans la contractualisation des activités de maintenance des équipements et matériels SRMNIA avec les structures spécialisées												

<b>Axe stratégique 6</b>	Renforcement des prestations et des interventions à haut impact sur la SRMNIA											
<b>Résultat attendu 6 :</b> L'accessibilité, l'offre et la couverture des soins et services de qualité en SRMNIA sont assurée dans 50 % des FOSA de premier niveau et dans 100% des structures de référence												
Activités	Données initiales 2020	Cible 2026	Chronogramme					Responsable	Programmes impliqués	Financement	Observations	
			22	23	24	25	26					
<b>Cible 6.1.</b>	<b>La prévalence contraceptive est améliorée de 30,1% à au moins 50 %</b>											
A6.1.1. Organiser la formation de 540 agents de santé sur la PF et le counseling pour le	0	624	125	125	125	125	125	DGPOP				<b>20 sessions de formation</b>

dépistage du VIH à raison d'au moins 12 agents par DS											
A6.1.2. Intégrer les activités de PF dans les PMA d'au moins 2 CSI n'offrant pas encore ce service par DS	0	90						DGPOP			tictacado
A6.1.3. Intégrer la PF dans d'autres services de SSP (PEV, SMI, PTME, nutrition, SPN, accouchement et SPoN)											
<b>Cible 6.2</b>											
<b>D'ici fin 2021, l'offre du paquet complet des SPN est assurée dans les FOSA</b>											
A6.2.1. Organiser une session de formation de 25 formateurs en SPN								DGPOP			
A6.2.2. Organiser des sessions de formation/recyclage de 624 prestataires en SPN à raison d'au moins 12 agents par DS	0	624	125	125	125	125	125	DGPOP			
A6.2.3. Intégrer la PTME dans les SPN de 105 nouveaux CSI n'offrant pas encore ce service (au moins 2 FOSA par DS)	0	104	21	21	21	21	21	DGPOP	PNLS		
A6.2.4. Assurer le conseil et le dépistage du VIH à toutes les femmes en SPN								DGPOP	PNLS		
A6.2.5. Assurer le traitement ARV à toutes les femmes enceintes séropositives								DGPOP	PNLS		
A6.2.6. Assurer avec le PNLP et les PTFs la dotation en MIILDA de 80% des femmes enceintes en SPN	ND							DGPOP	PNLP		
A6.2.7. Assurer l'administration de 4 doses de TPI à 80% des femmes enceintes	12,2%	80%						DGPOP	PNLP		
A6.2.8. Assurer l'administration de 2 doses de VAT (Dc1 et Dc2 à 80% des femmes enceintes)	75,1%	95%						DGPOP	PEV		
A6.2.9. Assurer le déparasitage et la supplémentation en fer-acide folique des Femmes enceintes et allaitantes (FEFA)											
A6.2.10. Appuyer l'organisation en milieu rural des activités avancée intégrant les SPN et les SPoN								DGPOP	DS		

A6.2.11. Organiser l'appui nutritionnel à XX Femmes enceintes vivant avec VIH (FVVIH)												
A6.2.12. Organiser des réunions de monitoring des SPN dans les FOSA									DGPOP			
A6.2.13. Soutenir la vaccination anti Covid-19 des femmes enceintes et allaitantes (FEFA)												
<b>Cible 6.3</b>	<b>Taux d'utilisation du partogramme est amélioré de 66,7% à 80%</b>											
A6.3.1. Développer les SONU dans 15 FOSA supplémentaires à raison d'au moins 2 FOSA par département	40	55	3	3	3				DGPOP			
A6.3.2. Réaliser une cartographie dynamique des FOSA SONU y compris privées assurant les accouchements	0	1										
A6.3.3. Assurer la dotation en kit d'accouchement pour 1000 parturientes des populations vulnérables	0	1000	200	200	200	200	200		DGPOP	DGMPL DGIEM		
A6.3.4. Organiser la formation et le recyclage de 624 sages-femmes et prestataires en accouchement sur l'utilisation du guide de surveillance du travail d'accouchements à raison d'au moins 12 agents par DS	0	624	125	125	125	125	125		DGPOP			
A6.3.5. Former 624 prestataires de maternités sur les soins du post-partum y compris les SENN à raison d'au moins 12 agents par DS	0	624	125	125	125	125	125					
A6.3.6. Organiser la promotion des soins postnatals									DGPOP			
<b>Cible 6.4</b>	<b>Taux des césariennes porté de 4,9 % à 7,5%</b>											
A6.4.1. Organiser la formation/ recyclage de 20 médecins des HR à la PEC des urgences obstétricales (césariennes et IOM)	0	20	4	4	4	4	4		DGPOP			

A6.4.2. Assurer la dotation des FOSA en kit de césarienne pour la réalisation de xx césariennes											
A6.4.3. Organiser des stages résidentiels de formation de 20 médecins dans la réparation chirurgicale des fistules obstétricales et hystérectomie d'hémostase	0	20	4	4	4	4	4	DGPOP			4 à B/ville, 3 à P/N et 3 à Owando
A6.4.4. Appuyer l'implantation de xxx postes de transfusion sanguine dans les hôpitaux								CNTS	DGPOP		
A6.4.5. Appuyer la dotation des HB et des XX CSI à PMAE en CDF pour la conservation des produits sanguins								CNTS	DGPOP		
A6.4.6. Organiser 4 campagnes annuelles de mobilisation de la communauté sur le don de sang	0	20	4	4	4	4	4	DGPOP	CNTS		
<b>Cible 6.5</b>	<b>Les besoins satisfaits en SONU sont améliorés de 5,6 % à 50% pour les FOSA SONU</b>										
A6.5.1. Organiser un système de référence et contre référence avec la mise en place d'un service d'aide médicale d'urgence obstétricale (SAMUO) dans 2 départements pilotes											
A6.5.2. Organiser un atelier d'élaboration du document y compris les outils de référence et contre référence en matière de SRMNIA,											
A6.5.3. Développer un partenariat avec les sociétés de téléphonie mobile pour la dotation des FOSA SONUB périphériques en équipement de téléphonie mobile pour assurer contact avec les hôpitaux de référence											
A6.5.4. Développer le partenariat avec les autres secteurs pour le renforcement de la référence dans les districts								DGPOP			
A6.5.5. Appuyer le monitoring de la PEC des cas référés											

A6.5.6. Organiser la sensibilisation / formation du personnel de soutien (chauffeur d'ambulance, brancardier, garçon de salle) a la riposte en cas d'urgence									DGPOP			
<b>Cible 6.6</b>	<b>Les Soins essentiels au nouveau-né, la PCIME, y compris la PEC pédiatrique du SIDA sont renforcés et mis à échelle.</b>											
A6.6.1. Soutenir la création des coins bébé fonctionnels dans xx maternités des hôpitaux supplémentaires									DGPOP			
A6.6.2. Mettre en place de 1 unité de néonatalogie dans 3 HG	3	6							DGPOP			
A6.6.3. Renforcer le plateau technique de 3 unités de néonatalogie existant									DGPOP			
A6.6.4. Former 105 prestataires de maternité sur les soins essentiels du nouveau-né, à raison d'au moins 2 prestataires par DS	0	105	21	21	21	21	21		DGPOP			
A6.6.5. Promouvoir la mise en place de 10 unités Kangourou dans les services de pédiatrie des hôpitaux pour la PEC des bébés de faible poids	1	11	2	2	2	2	2					
A6.6.6. Organiser la formation de 624 prestataires en PCIMNE	180	804	125	125	125	125	125		DGPOP			
A6.6.7. Développer des activités de PCIMNE clinique dans 40 CSI supplémentaires	169	209	8	8	8	8	8		DGPOP			
A6.6.8. Développer les activités de PCIMNE communautaires/ paquet intégré dans 50 aires de santé supplémentaires	93	143	10	10	10	10	10		DGPOP			
A6.6.9. Soutenir l'organisation des 5 semaines mères enfants avec supplémentation en Vit A des enfants de 6 à 59 mois et le déparasitage des enfants de 12 à 59 mois	0	5	1	1	1	1	1		DGPOP	PEV		
A6.6.10. Assurer la distribution en CPS des MILDA à xx enfants de moins d'un an									DGPOP	PNLP		
A6.6.11. Appuyer la PEC de la malnutrition modérée, aigue et chronique chez les enfants de 6-59 mois dans toutes												

les unités de récupération nutritionnelle ambulatoire (URNA) implantées dans les CSI et celles de récupération nutritionnelle intensive (URNI) implantées dans les services de pédiatrie des hôpitaux											
A6.6.12. Renforcer la promotion des Initiatives et Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB) et les activités de la stimulation de la petite enfance dans les DS	0	5	1	1	1	1	1				
<b>Cible 6.7</b>											
<b>Les paquets de services de santé de qualité adaptés aux adolescents et jeunes sont intégrés dans les FOSA d'ici fin 2026</b>											
A6.7.1. Elaborer/ Actualiser la stratégie nationale de PEC des problèmes de la santé des adolescents et jeunes dans le milieu scolaire, non scolaire et universitaire								DGPOP			
A6.7.2. Elaborer les normes et standards du paquet des soins des adolescents y compris en santé scolaire et universitaire intégrant les volets nutritionnel, psychologique, comportemental, et la prévention de la consommation des substances psycho actives ;								DGPOP			
A6.7.3. Mettre en place un cadre de collaboration interministérielle pour la promotion de la SSRAJ, y compris la santé scolaire et d'une plateforme de concertation des acteurs et intervenants en SSRAJ								DGPOP			
A6.7.4. Mettre en place des services intégrés et adaptés aux besoins des adolescents et jeunes dans 5 FOSA par année	6	31	5	5	5	5	5	DGPOP			
A6.7.5. Organiser 5 sessions de formation annuelles de 100 prestataires en santé scolaire et SSRAJ								DGPOP			
A6.7.6. Former les enseignants, les prestataires de soins et les jeunes pairs éducateurs sur la prévention des VBG								DGPOP			

A6.7.7. Organiser des visites médicales systématiques dans 40 établissements scolaires et des chefs-lieux des départements								DGPOP			
A6.7.8. Organiser avec les services d'hygiène l'assainissement du milieu scolaire, notamment le vidange des sanitaires et la gestion des déchets								DGPOP	services d'hygiène		
A6.7.9. Organiser des campagnes annuelles d'hygiène buccodentaire en milieu scolaire											
A6.7.10. Organiser une campagne annuelle de vaccination HPV pour la prévention du cancer du col de l'utérus								DGPOP	Service de cancérologie		
A6.7.11. Assurer la PEC charge médicale des violences sexuelles basées sur le genre et des IST/VIH-SIDA											
A6.7.12. Mettre en place les mécanismes de suivi de l'application des lois portant protection de l'enfant et jeune											
A6.7.13. Mettre en place les mécanismes de collaboration avec les services juridiques pour les violences sexuelles et celles basées sur le genre											

<b>Axe stratégique 7</b>	Renforcement de la communication et de la mobilisation sociale										
<b>Résultat attendu 6 : L'utilisation des services SRMNIA est améliorée</b>											
Activités	Données initiales 2020	Cible 2026	Chronogramme	Responsable	Programmes impliqués	Financement	Observations				
<b>Cible 7</b>	<b>L'utilisation des services SRMNIA est améliorée</b>										

A7.1.1. Appuyer l'élaboration d'un plan intégré de communication (PIC) en appui à la SRMNIA)								DGPOP			
A7.1.2. Equiper la DGPOP et les DDS en matériel audio -vidéo (haut-parleur, microphone, téléviseur, mégaphone, caméra et accessoires, appareils photos, écran géant pour des messages déroulants et films éducatifs								DGPOP			
A7.1.3. Elaborer des supports de communication (affiches, dépliants, boîtes à images, panneaux publicitaires, autocollants, films éducatifs, t SMS dans les téléphones, les sketches, théâtres forum,) dans tous les domaines de la SRMNIA								DGPOP			
A7.1.4. Assurer la reproduction des supports de communication (Boîtes à image, prospectus.)								DGPOP			
A7.1.5. Organiser la formation du personnel de santé en techniques de communication pour le changement de comportement (CCC) en matière de SRMNIA								DGPOP			
A7.1.6. Former les agents de santé communautaire les leaders communautaires à la communication en matière de SRMNIA								DGPOP			
A7.1.7. Mobiliser et sensibiliser les autorités administratives sur la SRMNIA								DGPOP			
A7.1.8. Mettre en place un desk santé des journalistes sur la SRMNIA								DGPOP			
A7.1.9. Assurer la production des émissions TV/Radio sur la SRMNIA avec les journalistes formés dans le cadre du desk santé								DGPOP			
A7.1.10. Organiser les séances d'éducation et de sensibilisation des femmes, des hommes et des jeunes sur la SRMNIA, y compris les VBG, les IST, la								DGPOP			

vaccination, et dans le cadre de la lutte contre la consommation des substances psycho actives											
A7.1.11. Elaborer un plan de formation continue du personnel en SRMNIA y compris les RECOs	0	1						DGPOP			
A7.1.12. Appuyer l'organisation des journées nationales et internationales des populations cibles et en appui à la SRMNIA								DGPOP			Journée du 4 septembre
A7.1.13. Former les RECOs sur leur rôle dans la SRMNIA, notamment sur le dépistage, la référence et le suivi de la PEC des cas de malnutrition dans le cadre du paquet intégré communautaire								DGPOP			
A7.1.14. Organiser la formation des RECOs y compris les membres des OBC dont du réseau des PVVIH (RENAPC) dans les techniques de communication et de distribution des contraceptifs								DGPOP	PNLS, RENAPC		
A7.1.15. Assurer le suivi post-formation et les supervisions facilitantes des prestataires communautaires formés								DGPOP			
A7.1.16. Organiser des activités de sensibilisation axée sur la PF en faveur des communautés								DGPOP			
A7.1.17. Organiser avec les OBC la distribution des contraceptifs en stratégie avancée								DGPOP	AAISC, ACBEF		
A7.1.18. Organiser 4 campagnes annuelles de mobilisation de la communauté sur le don de sang								DGPOP			
A7.1.19. Sensibiliser la communauté sur les signes de danger pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.								DGPOP			
A7.1.20. Mettre en place les mécanismes de collaboration entre a DGPOP, et le réseau de téléphonie mobile											

A7.1.21. Appuyer les associations communautaires qui s'occupent de la santé des mères et des enfants.								DGPOP			
A7.1.22. Equiper les responsables des centres de santé périphériques de téléphones mobiles pour rester en contact permanent avec les hôpitaux de référence.								DGPOP			
A7.1.23. Organiser les VAD pour la recherche des irréguliers et PDV en CPN et CPoN, pour les femmes, et en récupération nutritionnelle pour les enfants											

24

25

## VI.- CADRE DE MISE EN OEUVRE

Le plan stratégique SRMNIA 2022-2026, aligné sur l'ODD-3 et la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030, est pour sa mise en œuvre sous la responsabilité du Ministère de la Santé et de la Population. Il devra être réalisé autour d'une vision, d'un même paquet consensuel ainsi que d'une structure cohérente de coordination. Ce qui exige, entre autres conditions, le soutien des autorités tant politiques qu'administratives, ainsi que des partenaires de la coopération bi et multilatérale, de la société civile et du secteur privé, ainsi que la collaboration des secteurs connexes.

### 6.1.- Structures et organes de mise en œuvre

Pour sa mise en œuvre, les structures et organes mis en place par décret n°95-3 du 4 janvier 1995 dans le cadre du PNDS pour la coordination aux différents niveaux et le suivi de sa mise en œuvre seront renforcés. Il s'agit du (i) Comité de Pilotage du PNDS, (ii) Comité Technique de Suivi (CTS/PNDS), et (iii) des Comités de coordination inter-agences (CCIA). Ces structures veilleront au suivi de son avancement à travers les plans opérationnels annuels qui seront élaborés, et à l'organisation des revues à mi-parcours et finale.

#### Au Niveau Central

La DGPOP coordonne la mise en œuvre et le suivi-évaluation de ce plan. Ce travail se fera sous la tutelle du cabinet du ministre en charge de la santé qui assurera la mobilisation des ressources humaines, financières et matérielles nécessaires. Un comité de coordination, dont les membres seront nommés par le ministre, et le secrétariat assuré par la DGPOP sera mis en place pour assurer le suivi de la mise en œuvre du plan

#### Au Niveau intermédiaire et opérationnel ;

Les DDS et les Equipes Cadre des DS, responsables de la mise en œuvre du plan, assureront la coordination des activités, la supervision des agents et le suivi des différents indicateurs. Les partenaires du Ministère de la santé et de la Population impliqués dans la promotion de la SRMNIA seront associés aux différents niveaux de l'exécution du plan.

### 6.2.- Suivi de la mise en œuvre et évaluation

Le suivi de la mise en œuvre se fera aux différents niveaux du système de santé. Les indicateurs de suivi et d'évaluation sont ceux présentés dans le cadre de performance au point 6.3. Les DDS seront chargées de la coordination de la mise en œuvre des activités de ce Plan au niveau des départements, de la synthèse des données pour le calcul des indicateurs de suivi. Les cadres de concertation au niveau des départements seront mis à profit pour discuter de la mise en œuvre du plan. Les équipes cadres des DS seront chargées du suivi de la mise en œuvre effective des activités dans leurs DS respectifs. Elles veilleront à la collecte et au traitement des données nécessaires pour le suivi des

indicateurs. Les différents cadres de concertation existant au niveau des DS seront mis à profit pour discuter de l'exécution du plan.

### **Supervision et monitoring des activités**

Le système de supervision et de monitoring sera renforcé à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Il sera élaboré par niveau un plan régulier de suivi des activités de SRMNIA. Le niveau central supervisera semestriellement les activités des départements, les DDS superviseront trimestriellement ou tous les deux mois celles des DS, et ces derniers assureront mensuellement, à leur tour, une supervision rapprochée des FOSA de leurs zones respectives.

### **Les enquêtes et études**

Pour disposer des données fiables capables de suivre les progrès, des enquêtes d'envergure nationale sur les indicateurs socio-démographiques et de santé, l'infection à VIH, la nutrition et autres, seront menées pour mesurer l'impact du programme sur la mortalité maternelle, néonatale et infantile. De même, la surveillance des DMNI et des causes de décès se fera à travers tout le pays.

### **L'évaluation**

L'évaluation du plan indispensable pour apprécier le niveau d'atteinte des objectifs du plan stratégique SRMNIA 2022-2026, sera réalisée à travers cinq évaluations annuelles, une revue à mi-parcours en 2024 et une revue finale au terme du plan en 2026.

Les évaluations annuelles seront réalisées à tous les niveaux, et sanctionnées par des rapports annuels d'activités. Le rapport annuel d'activités élaboré contribuera à l'analyse de l'évaluation finale et des revues de performances des programmes spécifiques.

La revue à mi-parcours au niveau central sanctionnée par un rapport de revue à mi-parcours, se tiendra au cours du premier semestre 2024 après celles des DDS et DS. Elle aura pour objectif de veiller à la cohérence et la complémentarité des interventions, de faire le point sur la mise en œuvre global du plan et d'adapter si possible certaines interventions et stratégies.

La revue finale, impliquant l'ensemble des DDS, des programmes SRMNIA et des partenaires, sera organisée au niveau national en fin 2026, et sanctionnée par un rapport de revue. Elle sera centrée sur les performances accomplies, l'atteinte des résultats, des objectifs visés par le plan ainsi que les taux de réalisation des budgets. Elle permettra de juger de la pertinence des objectifs, de l'efficacité des stratégies et de la performance des structures, préparera le processus de planification stratégique future.

### 6.3.- Cadre de performance

Résultat attendu	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification	Donnée de base	Année	Source	Chronogramme				
						2022	2023	2024	2025	2026
<b>RA. 1.</b> : Les cadres de coordination impliquant tous les intervenants en matière de SRMNIA mis en place sont fonctionnels aux niveaux central, départemental, et des DS	1) Nb de réunions tenues par le cadre de concertation pour la coordination et suivi du PS SRMNIA au niveau central	PV/compte rendu des réunions, Rapport d'activités	ND			1	2	2	2	2
	2) Nb de réunions tenues par la plateforme de concertation des structures du MSP impliquées dans la mise en œuvre des activités SRMNIA	PV/compte rendu des réunions, Rapport d'activités	ND			3	4	4	4	4
	3) Nb de plans opérationnels annuels (POA) sur la SRMNIA élaborés à la DGPOP	Rapport d'activités	0			1	1	1	1	1
	4) % des départements ayant intégré dans leur POA les priorités du PS SRMNIA	Rapport d'activités	ND							
	5) % des DS ayant intégré dans leur POA les priorités du PS SRMNIA	Rapport d'activités	ND							
<b>RA. 2.</b> : Le budget de la SRMNIA décaissé est passé de 29% à 38% du budget de la santé	6) Part du budget de santé allouée ou décaissée en faveur de la SRMNIA	Comptes nationaux	29%	2018	Cns 2018	30%	32%	34%	36%	38%
	7) Part du Budget SRMNIA décaissés	Rapports d'activités								
<b>RA. 3.</b> Le système de S&E est fonctionnel et génère des informations stratégiques fiables en matière de SRMNIA	8) Nb d'agents formés à la collecte, traitement et analyse des données par niveau	Rapport d'activités	ND							
	9) % des FOSA transmettant régulièrement les données sur les principaux indicateurs de la SRMNIA	Rapport d'activités	ND			80%	90%	100%	100%	100%
	10) % de structures privées qui transmettent au DS le rapport standardisé des données intégrant la SRMNIA	Rapport d'activités				10%	20%	40%	60%	80%
	11) % des DS transmettant dans les délais les données sur la SRMNIA	Rapport d'activités	ND			20%	40%	60%	80%	100%

	12) % de DDS transmettant dans les délais les rapports d'activités intégrant la SRMNIA	Rapport d'activités				20%	40%	60%	80%	100 %
	13) Nb de bulletins périodiques trimestriels publiés par la DGPOP	Rapport d'activités	0			4	4	4	4	4
	14) Nb d'évaluations annuelles réalisées au niveau central	Rapport d'évaluation	ND			1	1	1	1	1
	15) Nombre d'enquêtes réalisées	Rapports d'enquêtes	ND							
	16) Nb de rapports de recherche produits et publiés	Rapports d'activités et de recherche	ND							
	17) Nb d'agents formés à la recherche en santé	Rapports d'activités								
	18) Nb des hôpitaux réalisant des revues de DMNI	Rapport des revues Rapports d'activités	ND							
	19) % décès maternels audités	Rapport ONDMNI	33,9%	2020	Rapport ONDMNI	40%	45%	50%	55%	60%
	20) % décès néonataux audités	Rapport ONDMNI	0,4%	2020	Rapport ONDMNI	10%	25%	35%	50%	60%
	21) % des DS réalisant le monitoring sur les décès maternels	Rapport d'activités DS,	ND			20%	50%	80%	100 %	100 %
	22) % des visites de supervision du niveau central réalisées au niveau des DDS sur la SRMNIA	Rapports d'activités	ND			20%	50%	80%	100 %	100 %
	23) Nb de participation à des séminaires et ateliers SRMNIA internationaux effectués	Rapports d'activités	ND							
<b>RA.4.</b> : La SRMNIA dispose d'une masse critique de personnels qualifiés et compétents pour offrir des soins de qualité aux populations ciblées	24) % des FOSA disposant des RH formées en PF	Rapports d'activités	ND			10%	30%	50%	70%	100 %
	25) % des FOSA disposant des RH formées la SPN	Rapports d'activités								
	26) % des FOSA disposant des RH formées en SONU	Rapports d'activités								
<b>RA.5.</b> : Les produits vitaux pour la SRMNIA ainsi que les équipements et matériels médico-techniques sont	27) % des FOSA n'ayant pas connu une rupture en médicaments SRMNIA									
	28) % des FOSA n'ayant pas connu une rupture en intrants pour le dépistage du VIH									

disponibles dans les FOSA										
La prévalence contraceptive est améliorée de 30,1% à au moins 50 %	29) Proportion des jeunes filles de 15-24 ans ayant déjà eu des rapports sexuels avant 15 ans	Enquête	23,5%	2011	EDSC II	30%	27%	24%	20%	15%
	30) Age moyen des premiers rapports sexuels chez les filles	Enquête	23,5%	2011	EDSC II					
	31) Proportion des adolescentes ayant commencé leur vie féconde	Rapport d'enquête	32,9 %	2011	EDSC II	30%	27%	24%	20%	15%
	32) Proportion des adolescentes de 15 ans ayant commencé leur vie féconde à 15 ans	Rapport d'enquête	12,9%	2011	EDSC II	11%	9%	7%	5%	3%
	33) Proportion des grossesses précoces à 15 ans	Rapport d'enquête	12,9%	2011	EDSC II	11%	9%	7%	5%	3%
	34) Proportion des adolescentes ayant déjà un enfant à 15 ans	Rapport d'enquête	7,9%	2011	EDSC II	6%	5%	3%	2%	1%
	35) Proportion des adolescentes ayant eu un enfant avant 18 ans	Rapport d'enquête	26 %	2014	MICS 2014-2015	24%	22%	20%	18%	15%
	36) Taux des besoins non satisfaits en PF	Enquête	17,9%	2014	MICS 2014-2015	16%	14%	12%	10%	8%
	37) Prévalence contraceptive moderne (femme en union)	Enquête	30,1%	2014	MICS 2014-2015	32%	35%	40%	45%	50%
	38) Prévalence contraceptive moderne chez les adolescentes	Enquête	22,4%	2011	EDSC II	25%	30%	35%	40%	45%
	39) Prévalence contraceptive moderne chez les jeunes femmes (20 à 24 ans).	Enquête	29,6%	2011	EDSC II	35%	40%	45%	50%	55%
	40) % des femmes VIH+ utilisant des méthodes contraceptives modernes	Rapports d'activités Rapport d'enquête	ND			20%	30%	40%	50%	60%
	41) % des femmes utilisant les services PF accédant au test de dépistage du VIH	Rapports annuel d'activités Rapport d'enquête	ND			20%	30%	40%	50%	60%
	42) Taux de couverture en CND (proportion FAP en CND)	Enquête	22%	2011	EDSC II	30%	40%	60%	75%	80%

	43) % des adolescentes utilisant un préservatif lors des derniers rapports sexuels occasionnels	Rapport d'enquête	24,6 %	2009	ESIS Congo	30%	35%	40%	45%	50%
	44) % des jeunes femmes de 20 à 24 ans utilisant un préservatif lors des derniers rapports sexuels occasionnels	Rapport d'enquête	26,2 %	2009	ESIS Congo	30%	35%	40%	45%	50%
	45) % des garçons de 15 à 19 ans utilisant un préservatif lors des derniers rapports sexuels occasionnels	Rapport d'enquête	48,9 %	2009	ESIS Congo	50%	55%	60%	65%	70%
	46) % des garçons de 20 à 24 ans utilisant un préservatif lors des derniers rapports sexuels occasionnels	Rapport d'enquête	36,9%	2009	ESIS Congo	40%	45%	50%	55%	60%
	47) % des FOSA offrant les services de PF au niveau national	Rapport d'enquête	66,5%	2014	Enquête SPSR/ 2014	70%	75%	80%	80%	80%
	48) % des FOSA confessionnelles offrant les services de PF	Rapport d'enquête	57,1%			60%	65%	70%	75%	80%
	49) % des FOSA privées offrant les services de PF	Rapport d'enquête	45,6%			50%	55%	60%	65%	70%
	50) Proportion des femmes ayant recouru à un avortement dans leur vie	Rapport d'enquête	23%	2011	EDSC II	21%	19%	17%	15%	13%
	51) Proportion des femmes ayant avorté avant 15 ans	Rapport d'enquête	0,8%	2011	EDSC II	0,7%	0,6%	0,5%	0,4%	0,3%
R.A.8.- La qualité du suivi des grossesses et l'utilisation des SPN améliorées	52) Taux d'inscription en SPN précoces	Rapport d'activités, rapport d'enquête	46,1% (30,3% routine 2020)	2011	EDSC II	50%	55%	60%	65%	70%
	53) Taux de couverture du CPN-4	Rapport d'activités, rapport d'enquête	83,7% (59,9% 2020)	2014	Enquête qualité soins	85%	87,5 %	90%	92,5 %	95%
	54) Taux de couverture en CPN-8	Rapport d'activités, rapport d'enquête	< 10% (5,7%)	2020	Revue SRMNIA	15%	25%	35%	45%	55%
	55) Utilisation des MIILDA par les femmes enceintes	Rapport d'enquête	68,3%	2021	Enquête 2021	62%	65%	70%	75%	80%

	56) Taux de couverture des femmes enceintes en TPI-3	Rapport d'enquête	27%	2020	Rapport PNL					
	57) Taux de couverture des femmes enceintes en TPI-4	Rapport d'enquête	6,2%	2020	Revue SRM	20%	30%	40%	50%	60%
	58) Taux de prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes	Rapport d'enquête								
	59) Prévalence du VIH chez les femmes enceintes	Rapport d'enquête	3,6%	2011	Rapport enquête					
	60) % des femmes enceintes ayant bénéficié du CDV du VIH	Rapport d'activités, rapport d'enquête	52%	2020	Rapport PNL	55%	65%	75%	82%	85%
	61) % des femmes enceintes reçues à la CPN qui ont fait le test de dépistage du VIH	Rapport d'activités, rapport d'enquête	83,7%			84%	86%	88%	90%	92%
	62) % femmes enceintes ayant bénéficié du CDV dépistées VIH+	Rapport d'activités, rapport d'enquête	3,8%	2020	Rapport PNL					
	63) % des femmes enceintes VIH+ sous ARV	Rapport d'activités, rapport d'enquête	69,8%	2020	Rapport PNL	70%	75%	80%	85%	90%
	64) Taux de couverture en PTME	Rapport d'activités, rapport d'enquête	21%		Plan eTME	80%	85%	90%	95%	98%
	65) Prévalence de la tuberculose chez les femmes enceintes	Rapport d'enquête	ND							
	66) Prévalence de la MAM chez les femmes enceintes	Rapport d'enquête	1,9 %	2021	Enquête SMART 2021					
	67) Prévalence de la MAS chez femmes enceintes	Rapport d'enquête	0,2%	2021						
	68) % des femmes enceintes ayant reçu au moins 2 doses de VAT	Rapport d'activités, rapport d'enquête	79%	2019	Rapport PEV	80%	85%	90%	95%	95%
	69) Taux d'utilisation des SPoN dans les 24h après l'accouchement	Rapport d'activités, rapport d'enquête	43%	2020	Revue SRM	45%	50%	60%	70%	80%
	70) Taux d'utilisation des SPoN entre 24 h et 48 h après l'accouchement	Rapport d'activités, rapport d'enquête	19,6%	2020	Revue SRM	25%	30%	25%	20%	15%
	71) Taux d'utilisation des SPoN entre le 3è et 8è jour après l'accouchement	Rapport d'activités, rapport d'enquête	5,9%	2020	Revue SRM	10%	10%	10%	5%	5%
Taux d'utilisation du partogramme est	72) Taux des accouchements assistés.	Rapport d'activités, rapport d'enquête	94,4%	2014	MICS 2014-2015	95%	96%	97%	98%	99%

amélioré de 66,7% à 80%	73) Taux des accouchements en milieu des soins.	Rapport d'activités, rapport d'enquête	91,5%	2014	MICS 2014-2015	93%	94%	95%	96%	97%
	74) % des accouchements assistés avec le partogramme	Rapport d'activités, rapport d'enquête	66,7%	2020	Revue SRMNIA	68%	70%	73%	76%	80%
	75) Taux des accouchements à domicile	Rapport d'activités, rapport d'enquête	8,5%			8%	6%	4%	2%	1%
	76) Proportion des accouchements par césarienne	Rapport d'activités, rapport d'enquête	10,6%	2020	Revue SRMNIA					
	77) Taux des césariennes	Rapport d'activités, rapport d'enquête	4,5%	2020	Revue SRMNIA	5,5%	6%	6,5%	7%	7,5%
	78) Couverture en FOSA SONU	Rapport d'enquête								
	79) Nombre des FOSA SONU	Rapport d'enquête								
	80) Nb des FOSA SONUB	Rapport d'enquête								
R.A.10.- Les urgences et les complications obstétricales sont prises en charge à temps	81) Proportion des CSI offrant les SONUB	Rapport d'activités, rapport d'enquête								
	82) Taux de besoins satisfaits en SONU pour l'ensemble des FOSA	Rapport d'enquête	19,8%	2013	Enquête SONU	22%	25%	30%	35%	40%
	83) Taux de besoins satisfaits en SONU pour les FOSA SONU	Rapport d'enquête	5,6 %	2013	Enquête SONU	10%	15%	20%	25%	30%
	84) % décès post césarienne	Rapport d'enquête	26,2%	2013	Rapport ONDMNI	22%	18%	14%	10%	5%
	85) % des DM dus aux suites d'un accouchement par voie basse	Rapport d'enquête	50,2%	2013	Rapport ONDMNI	45%	35%	30%	20%	10%
	86) % de femmes avec fistules prises en charge	Rapport d'activités								
	87) Nombre de cas de fistules dépistés	Rapport d'activités								
R.A.10.- Les Soins essentiels au nouveau-né, et la PCIME y compris la PEC pédiatrique du SIDA sont renforcés et mis à échelle	88) Nb de postes de transfusion sanguine implantés dans les hôpitaux	Rapport d'activités	42							
	89) % des FOSA utilisant la méthode kangourou	Rapport d'activités, rapport d'enquête								
	90) Proportion des naissances avec contact peau contre peau	Rapport d'activités, rapport d'enquête	81%	2018	Enquête perception qualité	82 %	84 %	86 %	88 %	90 %
	91) % nouveau-nés mis au sein dans la première heure après la naissance,	Rapport d'activités, rapport d'enquête	38%	2020	Enquête SMART	40 %	45 %	50 %	55 %	60 %

92) % nouveau-nés mis au sein dans la deuxième heure après la naissance	Rapport d'activités, rapport d'enquête	5,3%	2020	Revue SRMNIA	10%	15%	20%	20%	20%
93) % nouveau-nés mis au sein 24 h après la naissance	Rapport d'activités, rapport d'enquête	2,4%	2020	Revue SRMNIA					
94) % nouveau-nés avec substitut de lait	Rapport d'activités, rapport d'enquête	8,6%	2018	Enquête perception qualité					
95) Nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les 6 premiers mois de vie	Rapport d'enquête	37%	2020	Revue SRMNIA	38 %	42 %	46 %	50 %	55 %
96) Poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge d'un an	Rapport d'enquête	62,3%	2020	Revue SRMNIA	64 %	66 %	68 %	70 %	72 %
97) Introduction des aliments de complément chez enfants de 6 à 9 mois	Rapport d'activités, rapport d'enquête	84%	2014	MICS 2014-2015	85 %	87%	88 %	89 %	90 %
98) Proportion d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés	Rapport d'activités, rapport d'enquête	19,1%	2014	MICS 2014-2015	25 %	35%	45 %	55 %	65 %
99) Nb de nouvelles infections pédiatriques dues au VIH	Rapport d'activités, rapport d'enquête								
100) Nb estimé d'enfants de 0 à 14 ans infectés par le VIH	Rapport d'activités, rapport d'enquête	7997	2020	Spectrum					
101) Taux de TME résiduel au niveau national	Rapport d'activités, rapport d'enquête								
102) Proportion d'enfants nés des mères VIH+ bénéficiant du dépistage précoce du VIH (PCR)	Rapport d'enquête	7%	2019	Rapport PNLs 2020	10%	15%	25%	40%	60%
103) % d'enfants exposés ayant bénéficié d'un test de dépistage du VIH à 18 mois	Rapport d'enquête								
104) Proportion d'enfants de 0 à 14 ans exposés au VIH et connaissant leur statut sérologique sous ARV	Rapport d'activités, rapport d'enquête	13%	2020	Rapport PNLs	15%	18%	25%	30%	35%
105) Proportion des enfants de 0 à 14 ans exposés au VIH recevant un traitement prophylactique par cotrimoxazole	Rapport d'activités, rapport d'enquête	87%	2020	Rapport PNLs					

106) Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous MIILDA	Rapport d'enquête	59,9%	2020	Enquête post campagne	62%	65%	70%	75%	80%
Prévalence des faibles poids à la naissance (poids<2500g)	Rapport d'activités, rapport d'enquête	11,3%	2019	Rapport DGPOP					
107) Prévalence des nouveau-nés en surpoids (>4000 g) à la naissance	Rapport d'activités, rapport d'enquête	5%	2019	Rapport DGPOP					
108) Prévalence de la malnutrition chronique (MAG) chez les enfants de moins de 5 ans	Rapport d'activités, rapport d'enquête	5%,	2021	Enquête SMART					
109) % d'enfants atteints de malnutrition aiguë sévère (MAS) pris en charge selon le protocole national	Rapport d'activités, rapport d'enquête	1,3%	2021	Enquête SMART					
110) % d'enfants atteints de malnutrition aiguë modérée (MAM) pris en charge selon le protocole national	Rapport d'activités, rapport d'enquête	3,8%	2021	Enquête SMART					
111) % de DS couverts par l'une des composantes de la PCIME clinique ou communautaire	Rapport d'activités, rapport d'enquête								
112) % des FOSA offrant la PCIME clinique	Rapport d'activités, rapport d'enquête								
113) % des enfants de moins de 5 ans bénéficiant de l'effectivité de la PCIME	Rapport d'enquête								
114) % des enfants traités selon l'approche PCIME	Rapport d'activités, rapport d'enquête								
115) % des enfants traités selon l'approche PCIME au niveau communautaire	Rapport d'activités, rapport d'enquête								
116) % d'enfants de moins de 5 souffrant de paludisme, d'IRA et de diarrhée pris en charge selon l'approche PCIME	Rapport d'activités, rapport d'enquête								
117) Couverture effective (ou qualité de PEC) de la pneumonie	Rapport d'enquête								
118) Couverture effective du paludisme	Rapport d'enquête								

	119) Couverture effective de la diarrhée	Rapport d'enquête									
R.A.11.- La PEC des adolescents est réalisée dans 10 % des FOSA	120) Nb de centres de santé scolaire fonctionnels										
	121) % de DS qui organisent les visites médicales systématiques en milieu scolaire										
	122) Nb des FOSA offrant des services adaptés aux adolescents et aux jeunes										
	123) Prévalence du VIH dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans	Rapport d'enquête									
	124) Proportion d'adolescents et jeunes consommant le tabac	Rapport d'enquête									
	125) Proportion d'adolescents et jeunes consommant les boissons alcoolisées	Rapport d'enquête									
	126) Proportion d'adolescents et jeunes consommant les drogues	Rapport d'enquête									
	127) Proportion de filles âgées de 9-13 ans complètement vaccinées contre HPV.	Rapport d'enquête									

## **VII.- MESURES D'ACCOMPAGNEMENT**

En vue de garantir le succès du Plan SRMNIA 2017-2021, une série de mesures accompagneront sa mise en œuvre. Ces mesures porteront sur: (i) les performances du système de santé et sa réactivité, (ii) l'environnement sanitaire et (iii) les ressources humaines, financières matérielles et autres.

### **1) Mesures relatives aux performances et à la capacité de la réponse**

- redéfinir l'organisation des comités de suivi du plan au niveau des départements et éventuellement des DS
- doter les structures des RH compétentes et des équipements nécessaires permettant l'offre de soins et des services de qualité;
- favoriser l'accès équitable des populations aux soins et services de santé;
- garantir un financement suffisant pour la SRMNIA à travers un budget global santé amélioré et sa gestion rationnelle à tous les niveaux ;
- promouvoir la culture de la gestion axée sur les résultats (GAR) ;
- motiver les RHS affectées dans les zones d'accès difficile

### **2) Mesures relatives à l'accès équitable aux soins**

- Pérenniser les programmes et projets spécifiques,
- Renforcer les mesures de gratuité ;
- Développer l'assurance maladie universelle (AMU);
- Développer les services de santé à base communautaire ;
- Améliorer les conditions d'hygiène et d'assainissement en milieu scolaire et universitaire.

### **3) Mesures relatives aux ressources humaines, financières et matérielles**

- Affecter de façon rationnelle et adéquate les ressources nécessaires au fonctionnement des services de santé, notamment ceux impliqués à la SRMNIA à tous les niveaux ;
- Mettre à disposition à temps les fonds pour la réalisation des activités
- Mettre en place des programmes d'amortissement pour les gros équipements (laboratoire, bloc technique, imagerie, etc...);

### **4) Mesures relatives à la gestion du Plan SRMNIA 2022-2026**

- Fonctionnement optimal des organes de coordination et de suivi du PNDS, de la DGPOP et des programmes et projets impliqués dans la SRMNIA
- Organisation des évaluations sur les aspects de pertinence, efficacité, visibilité, efficience;
- Implication de tous les acteurs (collectivité locale, secteur privé et la communauté).

## VIII.- ANALYSE DES RISQUES

Les risques majeurs susceptibles de compromettre la mise en œuvre de ce plan et l'atteinte de ses résultats et d'avoir un impact sur la qualité des services sont essentiellement :

- la perturbation de la paix sociale sans laquelle tout effort de développement est d'emblée compromis ;
- la persistance de la crise économique conjoncturelle avec la baisse de la croissance permettant la réduction de la pauvreté, obstacle à l'amélioration de l'état de santé de la population, et particulièrement de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune.
- la diminution de l'allocation budgétaire consacrée à la mise en œuvre du plan ;
- l'absence de bonne gouvernance nécessaire pour toute action en faveur du développement.
- Le non respect des directives nationales en matière de PEC des populations ciblées en SRMNIA
- la mobilité des animateurs et des acteurs à tous les niveaux avec la rupture de pilotage et de mise en œuvre créée,
- la non implication des acteurs à tous les niveaux du système de santé, comme constaté dans la revue finale du Plan stratégique 2018-2022
- la non-disponibilité des ressources humaines qualifiées et formées aussi bien professionnels de santé que RECOs pour réaliser l'ensemble des interventions planifiées accentuée par leur mauvaise gestion et leur motivation insuffisante.
- la non intégration des activités de suivi de l'observance et de recherche des perdus de vue dans les services offerts, assortie d'une insuffisance de collaboration avec les intervenants du secteur communautaire ;

## IX.- DOCUMENTS DE REFERENCE

- ACBEF, Rapport d'étude sur les avortements provoqués et leurs conséquences au Congo, mars 2016.
- Anki Yambare, Analyse des déterminants de la mortalité maternelle pré partum en République du Congo 2013-2015
- CNLS – Evaluation nationale de la séroprévalence des infections à VIH et de la Syphilis-CREDES – 2004
- CNSEE - Enquête Démographique, et de Santé du Congo (EDSC-II)-2011-2012, Rapport final, Déc. 2012
- CNSEE - “Le RGPH-2007 en quelques chiffres ”, RGPH 2010, Juillet 2010
- Congo – Rapport d'enquête sur la perception de la qualité des soins dans les services de santé maternelle et infantiles dans 24 hôpitaux du Congo par les bénéficiaires et les prestataires, septembre 2021
- DGPOP : Rapport sur la santé maternelle et néonatale des trois premiers trimestres 2019, Congo
- Enquête nutritionnelle SMART avec volet sécurité alimentaire couplée à l'évaluation des effets de la pandémie de la COVID-19 sur l'utilisation des SSP par les ménages en République du Congo, 2021
- Galiba Atipo Tsiba FO et al, Drépanocytose et Grossesse: Expérience du Centre National de Référence de la Drépanocytose de Brazzaville
- Malonga Slovie P, Mortalité maternelle chez les adolescentes dans les hôpitaux de Brazzaville et Pointe Noire, thèse de médecine, 2017.
- Ministère de la santé, de la Population, de la Promotion de la Femme et de l'Intégration de la Femme au Développement, Comptes nationaux de la santé Période 2016-2018, Congo
- Ministère de la santé, de la Population, de la Promotion de la Femme et de l'Intégration de la Femme au Développement, Liste nationale des médicaments essentiels, 8<sup>e</sup> édition, déc. 2019
- Ministère de la Promotion de la femme et de l'Intégration de la femme au développement, Enquête sur les grossesses précoces à Brazzaville, juillet 2015.
- MSP - Annuaire des Statistiques Sanitaires Année 2012, juillet 2013
- MSP – Observatoire national des Décès maternels, néonataux et Infantiles – Rapport de surveillance des décès maternels 2013. Brazzaville, Mars 2014
- MSP - Rapport de l'évaluation post campagne sur la possession et l'utilisation des MIILDA dans 6 départements du Congo- Rapport Final, Juin 2013
- MSP - Revue de performance du programme paludisme du Congo, Rapport final, 2014
- Rapport d'enquête sur la disponibilité des produits contraceptifs modernes et des médicaments essentiels de santé maternelle dans les points de prestation de services (PPS) au Congo, 2014
- Rapport d'enquête sur l'Evaluation de la qualité des soins maternels, néonataux, et pédiatriques intégrés dans les hôpitaux de Brazzaville et Pointe-Noire, juin 2016.
- Stratégie sectorielle de l'éducation 2015-2025
- Trends in maternal mortality:2000 to 2017, Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division
- UNFPA – Étude diagnostique sur la prise en charge médicale et l'accompagnement psychologique des victimes des violences basées sur le genre en République du Congo, Février 2016
- WHO : Stratégie mondiale du secteur santé contre les IST 2016-2021 : cadre de mise en œuvre dans la Région africaine. Août 2017

## X.- ANNEXES