



**République du CONGO**

Unité\*Travail\*Progrès  
=: : : =



**Ministère de la Santé et de la  
Population**

**Direction Générale de la Population**

**RAPPORT DE LA REVUE DE LA  
STRATEGIE INTEGREE DE LA  
SANTE DE LA REPRODUCTION  
MATERNELLE, NEONATALE,  
INFANTILE, DES ADOLESCENTS  
ET LA NUTRITION DU CONGO  
2018 - 2022**

Novembre 2021

Avec l'appui technique et financier de



Organisation  
mondiale de la Santé



SWEDEN

**OCRS**  
CATHOLIC RELIEF SERVICES

## TABLE DES MATIERES

			Page
PREFACE			5
ACRONYMES, ABREVIATIONS ET SIGLES			6
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES			10
RESUME ANALYTIQUE			12
INTRODUCTION			16
<b>I.</b>	CONTEXTE ET JUSTIFICATION		<b>16</b>
<b>II.</b>	OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS		<b>17</b>
<b>III</b>	METHODOLOGIE DE LA REVUE		<b>18</b>
	3.1	Approches méthodologiques	<b>18</b>
	3.2	Outils de collecte des données	<b>19</b>
	3.3	Analyse	<b>19</b>
<b>IV</b>	CONTEXTE NATIONAL DE LA SRMNIA		<b>20</b>
	4.1	Situation géographique, démographique et socio-économique du Congo	<b>20</b>
	4.2	Organisation administrative	<b>22</b>
	4.3	Organisation structurelle et fonctionnelle du système de santé	<b>22</b>
	4.4	Politique de santé et Développement sanitaire	<b>24</b>
	4.5	Organisation de la SRMNIA au Congo	<b>26</b>
<b>V.</b>	RESULTATS DE LA REVUE		<b>28</b>
	5.1	Mesure des progrès dans l'amélioration de l'état de santé	<b>28</b>
	5.1.1.	Pertinence et cohérence des objectifs du plan SRMNIA	<b>28</b>
	5.1.2.	Insuffisances des documents de plan de la SRMNIA	<b>28</b>

	5.1.3.	Insuffisances de l'organisation structurelle et fonctionnelle de la SRMNIA	<b>28</b>
	5.1.4.	Analyse des indicateurs de l'état de santé des populations cibles	<b>28</b>
	<b>5.2</b>	<b>Couverture des interventions en SRMNIA</b>	<b>40</b>
	5.2.1.	Planification Familiale	<b>41</b>
	5.2.2.	Soins prénatals	<b>42</b>
	5.2.3.	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence	<b>47</b>
	5.2.4.	Soins postnatals	<b>49</b>
	5.2.5	Soins néonataux d'urgence	<b>49</b>
	5.2.6	Soins postnatals dans la période post-partum et néonatale	<b>50</b>
	5.2.7	Soins des enfants	<b>52</b>
	5.2.8.	Prise en charge des adolescents	<b>55</b>
	5.2.9	Surveillances des décès maternels, néonataux et infantiles	<b>56</b>
	<b>5.3</b>	<b>Indicateurs des politiques et système de la SRMNIA</b>	<b>58</b>
	5.3.1.	De la bonne gouvernance et planification	<b>58</b>
	5.3.2.	Financement de la SRMNIA	<b>59</b>
	5.3.3.	Du système d'information sanitaire	<b>60</b>
	5.3.4.	Gestion des médicaments, matériels médicotechniques et intrants et des produits	<b>61</b>
	5.3.5	Des ressources humaines de santé	<b>64</b>
	<b>5.4</b>	<b>Analyse de la mise en œuvre du plan intégré SRMNIA 2018-2022</b>	<b>65</b>
	5.4.1.	Interventions mises en œuvre pendant les périodes anténatale et prénatale	<b>65</b>
	5.4.2.	Interventions pendant la période d'accouchement et chez le nouveau-né	<b>71</b>
	5.4.3.	Interventions mises en œuvre dans de postpartum et dans la période néonatale	<b>76</b>
	5.4.4	Interventions mises en œuvre chez les moins de 5 ans	<b>78</b>

	5.4.5	Interventions mises en œuvre chez les adolescents et les jeunes	<b>82</b>
	5.4.6.	Interventions insuffisamment ou non prises en compte dans la stratégie	<b>82</b>
	5.4.7	Gaps programmatiques en matière de SRMNIA	<b>91</b>
	<b>5.5</b>	<b>Evaluation des réalisations et des lacunes</b>	<b>94</b>
	5.5.1.	Gouvernance, Leadership, Politiques et Planification	<b>94</b>
	5.5.2	Financement	<b>94</b>
	5.5.3.	Suivi et évaluation	<b>95</b>
	5.5.4.	Ressources humaines	<b>96</b>
	5.5.5.	Médicaments, matériel médico-technique et fournitures	<b>97</b>
	5.5.6.	Prestations de services	<b>98</b>
	<b>5.6</b>	<b>Goulots d'étranglement et Problèmes identifiés</b>	<b>101</b>
	5.6.1	Goulots d'étranglement	<b>101</b>
	5.6.2.	Problèmes identifiés	<b>102</b>
	5.6.3	Domaines et interventions prioritaires	<b>104</b>
<b>VI</b>	<b>RECOMMANDATIONS</b>		<b>105</b>
<b>VII</b>	<b>DOCUMENTS DE REFERENCE</b>		<b>107</b>
<b>VIII</b>	<b>ANNEXES</b>		<b>108</b>

## PREFACE



*Après cinq ans de mise en œuvre de la stratégie intégrée pour la santé de la Reproduction, maternelle, néonatale, infantile, des adolescents et jeunes y compris la Nutrition, le Ministère de la Santé et de la Population avec l'appui de l'organisation mondiale de la santé, de CRS a procédé à l'analyse de la situation de la santé de la femme, de l'enfant et des adolescents dans la perspective de l'alignement du Congo aux indicateurs des objectifs de développement durable. Très attendu, le rapport de la revue finale constitue un document de référence sur lequel s'appuie la Direction Générale de la Population et, au-delà, toutes celles et ceux qui ont pour mission de définir les interventions prioritaires des cinq prochaines années dans le domaine de la santé de la femme, de l'enfant et des adolescents y compris la nutrition dans le paysage national.*

*Ledit rapport est en accord avec le projet du chef de l'Etat, « Ensemble, poursuivons la marche ». Il intervient dans le contexte de la pandémie de Covid-19, de la restructuration du système de santé et de la mise en œuvre de la couverture maladies universelle.*

*Le remarquable recueil d'analyses qu'il contient sera précieux pour nourrir la réflexion sur l'élaboration du nouveau plan national de développement sanitaire.*

*Il servira également de référence à tous les partenaires engagés dans le domaine de la santé en générale et celui de la santé de la femme, des enfants et des adolescents dans la cadre de la mise en œuvre de la stratégie intégrée pour la santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et des adolescents 2022-2026.*

*Ce rapport fera l'objet d'une publication électronique sur un site internet du Ministère de la santé et de la Population. Sa consultation et sa diffusion en seront grandement facilitées, lui donnant ainsi une visibilité à la hauteur de son impact auprès de toutes les parties prenantes.*

*Je remercie toutes celles et ceux qui se sont mobilisés dans la production de ce rapport collectif de premier plan, tout particulièrement les cadres de la Direction Générale de la Population, les sociétés savantes, les ONG et associations, les Ministères connexes et les partenaires techniques et financiers en particulier le Bureau de la Représentation de l'OMS au Congo .*

**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
CNLSE	Conseil National de Lutte contre le Sida et Épidémiologie
CODIR	Comité de Direction
COGES	Comité de Gestion
COSA	Comité de Santé
CPN	Consultation prénatale
CPON	Consultation post natale
CPS	Consultation préscolaire
CRS	Catholic Relief Services
CSI	Centre de santé Intégré
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
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
DMNI	Décès maternels, néonataux et infantiles
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
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
FOSA	Formation sanitaire
FVVIH	Femme vivant avec le VIH
GARPR	Rapport des progrès de la riposte mondiale au VIH/Sida
GATPA	Gestion Active de la Troisième Phase d'Accouchement
GAVI	Alliance Globale pour les Vaccins et l'Immunisation
GYTS	Global Youth Tobacco Survey
IDA	International Development Association (Banque Mondiale)
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
INS	Instut 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 / Enquête par grappes à indicateurs multiples
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
PARAMED	Projet d'Appui à la Formation Continue du Personnel Paramédical
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
PPS	Point de Prestation des Services
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
RMMNI	Réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile
RSS-GAVI	Projet de Renforcement des Services de Santé
SARA	Service Availability and Readiness Assessment (évaluation de la préparation et de la disponibilité des services)
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
SOE	Soins Obstétricaux Essentiels
SONE	Soins obstétricaux et néonataux essentiels
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
SR	Santé de la reproduction
SRMNIA	Santé de la Reproduction/Santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent
SSME	Semaines de Santé de la Mère et de l'Enfant
SSRAJ	Santé sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes
TAR	Traitement Anti Rétroviral ou Thérapie Anti rétro Virale
TB	Tuberculose
TDCI	Troubles dus à la carence en iode
TME	Transmission de la mère à l'enfant
TPI	Traitement préventif intermittent
TPIg	Traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine-Pyriméthamine pendant la grossesse
TPIt	traitement préventif à l'isoniazide (TPIt)
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>20</b>
<b>Tableau II:</b>	Estimation des populations cibles de la SRMNIA au Congo en 2020	<b>21</b>
<b>Tableau III:</b>	Ratios des mortalités des enfants de moins de 5 ans	<b>29</b>
<b>Tableau IV:</b>	Distribution du taux de morbidité paludisme par département chez les femmes enceintes par département	<b>31</b>
<b>Tableau V</b>	Distribution selon les tranches d'âge des femmes enceintes dépistées VIH+	<b>32</b>
<b>Tableau VI :</b>	Répartition des nouveaux cas et rechutes TB notifiés selon le sexe et l'âge	<b>33</b>
<b>Tableau VII:</b>	Distribution des mort-nés par département en 2020	<b>57</b>
<b>Tableau VIII:</b>	Distribution par département des décès néonataux précoces et tardifs en 2020	<b>58</b>
<b>Tableau IX</b>	Répartition des taux de couvertures vaccinales par département et par antigène de janvier à décembre 2020	<b>80</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>29</b>
<b>Figure n°2</b>	Evolution des contributions des mortalités néonatale, post néonatale, infantile et post infantile dans la mortalité infanto-juvénile	<b>29</b>
<b>Figure n°3</b>	Tendance évolutive de la mortalité maternelle de 1990 à 2021	<b>30</b>
<b>Figure n°4</b>	Evolution de la vulnérabilité, de la mortalité et du risque de décéder de la Covid-19 selon les tranches d'âge	<b>36</b>
<b>Figure n°5</b>	Taux de fécondité par âge selon le milieu de résidence	<b>38</b>
<b>Figure n°6</b>	Méthodes contraceptives utilisées dans les FOSA entre 2018 et 2021	<b>41</b>
<b>Figure n°7</b>	Distribution des utilisatrices des méthodes contraceptives et de celles ayant abandonné entre 2018 et 2021	<b>41</b>
<b>Figure n°8</b>	Proportion des femmes à la CPN-1 selon l'âge de la grossesse en 2020	<b>43</b>
<b>Figure n°9</b>	Distribution des femmes ayant accouché dans 4 hôpitaux de Brazzaville en 2020 selon le nombre de CPN réalisées	<b>43</b>
<b>Figure n°10</b>	Répartition de taux de la couverture en TPIg-3 par département entre 2019 et 2020	<b>44</b>

<b>Figure n°11</b>	Courbe évolutive de la TPIg- 3 entre 2014 et 2020	<b>44</b>
<b>Figure n°12</b>	Répartition de taux de la couverture en TPIg-3 par département entre 2019 et 2020	<b>45</b>
<b>Figure n°13</b>	<b>Couverture en TPIg des femmes enceintes de 2018 à 2020 dans les FOSA visitées lors de la revue</b>	<b>45</b>
<b>Figure n°14</b>	Répartition par département des 1488 MIILDA distribuées en routine au cours des SPN en 2020	<b>45</b>
<b>Figure n°15</b>	Evolution des femmes enceintes selon le nombre des échographies réalisées de 2018 à 2020	<b>46</b>
<b>Figure n°16</b>	Les fonctions SONU de base les plus offertes de 2018 à 2020 dans les FOSA visitées	<b>47</b>
<b>Figure n°17</b>	Proportion des accouchements enregistrés dans les FOSA de 2018 à 2020	<b>48</b>
<b>Figure n°18</b>	Proportion des accouchements réalisés avec le partogramme	<b>48</b>
<b>Figure n°19</b>	Proportion des accouchements par césarienne par département en 2019	<b>48</b>
<b>Figure n°20</b>	Evolution des taux de césarienne de 2005 à 2020	<b>49</b>
<b>Figure n°21</b>	Taux de césarienne selon les départements en 2020	<b>49</b>
<b>Figure n°22</b>	Utilisation des SPON de 2018 à 2020	<b>50</b>
<b>Figure n°23</b>	Soins néonataux d'urgence dans les FOSA visitées de 2018 à 2020	<b>50</b>
<b>Figure n°24</b>	Evolution de l'alimentation de l'enfant jusqu'à 6 mois (%) de 2005 à 2014	<b>51</b>
<b>Figure n°25</b>	Moment de première mise au sein des nouveau-nés dans les FOSA de 2018 à 2020	<b>51</b>
<b>Figure n°26</b>	Evolution des décès maternels notifiés et audités de 2010 à 2020	<b>56</b>
<b>Figure n°27</b>	Evolution de l'utilisation de l'échographie par les femmes enceintes	<b>71</b>
<b>Figure n°28</b>	Evolution des accouchements en milieu de soins et des accouchements assistés par un prestataire de santé	<b>72</b>

## RESUME ANALYTIQUE

Le plan stratégique 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. La méthodologie de cette revue qui vient à propos dans la perspective du PND 2022-2026 en élaboration, participative, 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. Ces visites avec déploiement de 17 enquêteurs ont concerné 91 FOSA retenues sur un échantillon raisonné de 133, constituées de 27 hôpitaux généraux et de base et 64 FOSA de 1<sup>er</sup> niveau offrant le paquet d'interventions SRMNIA dont 46 CSI à PMAE et 18 cliniques et centres médico-sociaux du secteur privé.

### **1. Gestion du programme SRMNIA**

Le plan SRMNIA 2018-2022 dont les cibles de mortalité maternelle, néonatale et infantile, répondent de la stratégie mondiale et des ODD, a son but et ses objectifs en adéquation avec la PNS 2018-2030 et le PNDS 2018-2022. Sa grande faiblesse 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. Des insuffisances ont été observées dans l'organisation structurelle et fonctionnelle de la SRMNIA avec notamment sa coordination insuffisante par la DGPOP et la non mise en place des mécanismes de coordination et de concertation. Ce qui a eu pour conséquence le chevauchement et la duplication des interventions favorisés entre autre par la non synergie des plans élaborés et la faible connaissance et observation pour dissémination insuffisante des documents stratégiques et techniques.

### **2. Situation épidémiologique des populations cibles de la SRMNIA**

Nonobstant l'absence des données récentes sur les indicateurs d'impact avec la non réalisation des enquêtes d'envergure nationale après 2018, l'état de santé des populations cibles estimé à partir des données de routine, est encore caractérisé par une mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto juvénile élevée, sur un terrain de dysfonctionnement du système de santé. Tous les ratios de mortalité des enfants de 5 ans et des mères sont en hausse par rapport à leur situation de 2015. La morbi-mortalité infantile avec un soubassement de malnutrition et d'infections, est dominée par la triade paludisme, infections respiratoires aiguës et maladies diarrhéiques. La malnutrition reste préoccupante chez les enfants de < 5 ans, avec une prévalence de 5% pour la MAG, 3,8% pour la MAM, 1,3% pour la MAS et environ 4% pour la surcharge pondérale. L'évaluation de l'état nutritionnel des femmes enceintes montre que 2,1% d'entre elles souffrent de dénutrition dont 1,9% de MAM et 0,2% de MAS.

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, tandis que les femmes avec 58,6% restent les plus infectées avec des ratios plus élevés chez les adolescentes et les jeunes filles (2,33 et 1,64). 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 et ceux de 10-14 ans 2%. (Rapport PNLIS 2020). En matière de tuberculose, les enfants de < 15 ans n'ont représenté que 8% des cas TB bactériologiquement confirmés, les femmes 43,2% et celles en âge de procréer 23,8% (Rapport PNLIS 2020). La Covid-19, dont la létalité est de 1,86%, comptait au 20 décembre 2021, 19.704 cas confirmés dont 34,27% des femmes, 4,78% d'adolescents et 1,12% des enfants de < 10 ans. Des flambées épidémiques ont été signalées en 2020, dont celles de la rougeole (141 cas suspects) et de la fièvre jaune (330 cas suspects).

Le Congo est un pays à forte fécondité, avec un ISF de 4,4 enfants par femme. La fécondité des adolescentes comporte des défis énormes avec leur entrée très précoce et à un niveau élevé dans la vie féconde. Les taux des grossesses précoces augmentent avec l'âge, passant à 19,8% à 16 ans, et doublant à 17 ans (25,9%). En dépit des dispositions répressives, les avortements à la base d'un nombre important de complications infectieuses et de décès, bien que faiblement notifiés, sont récurrents.

### **Offre des services et prestations en SRMNIA**

Le paquet d'interventions essentielles en SRMNIA selon le continuum des soins est constitué de: (i) la planification familiale, (ii) des soins prénatals, (iii) des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, (iv) des soins essentiels du nouveau-né dans le post-partum immédiat, (v) des soins postnatals dans le post-partum et la période néonatale, (vi) la PCIMNE, et (vi) la PEC des adolescents.

#### ***Planification familiale (PF)***

Une utilisation plus importante des méthodes contraceptives injectables et des implants est observée bien que leur cession ne soit pas gratuite. La non intégration du conseil pour le dépistage volontaire du VIH dans la PF, ne permet pas de renseigner sur les femmes VIH+ sous méthodes contraceptives, et celles utilisatrices du service PF ayant bénéficié du CDV. La PF n'est pas spécifiquement organisée à l'endroit des adolescentes.

#### ***Soins prénataux (SPN)***

Malgré l'offre accrue des SPN et sa disponibilité dans plus de 90% des FOSA, son accessibilité est quelque peu limitée notamment en milieu rural, du fait de l'éloignement de certaines FOSA et la concentration du personnel qualifié dans les villes. Bien que près de la moitié (46,1%) des inscriptions aux SPN soient précoces, elles sont le plus souvent tardives, et compromettent l'atteinte des 8 contacts prénatals (CPN) recommandés que moins de 10% des femmes réalisent. La forte déperdition des femmes entre les CPN, et particulièrement entre le CPN-1 et le CPN-8 (96,7%), hypothèque l'offre complète du paquet d'intervention des SPN.

### ***Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)***

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. Bien que l'on observe une utilisation plus grande du partogramme dans plus de 60% des accouchements, celle-ci est encore faible et non optimale avec quelques insuffisances. Le taux de césarienne en dessous des normes de 5 à 15% de l'OMS est de 3,7% en 2020. .

### ***Soins du post-partum (SPON) et soins essentiels du nouveau-né (SENN)***

Une utilisation plus importante de la SPON les 2 premiers jours suivant l'accouchement est observée en 2020 avec 74,2% versus 64,4% en 2018. Beaucoup des FOSA réalisant les accouchements ne disposent pas d'un coin bébé. Bien que le contact peau contre peau soit assuré, la méthode mère kangourou, est faiblement appliquée. La disponibilité de la réanimation néonatale n'est pas uniforme et adéquate sur l'ensemble du pays. Les unités de néonatalogie n'existent qu'à Brazzaville et Pointe-Noire,

### ***Soins du nourrisson et de l'enfant***

Le taux de l'allaitement précoce avec 60,5% des nouveau-nés mis au sein dans la première heure après la naissance, est encore en deçà de la cible de 80% du plan SRMNIA 2018-2020. L'allaitement pendant les six premiers mois de la vie, en augmentation de 32,7% en 2014 à 37% en 2021, reste encore faible. Sa poursuite jusqu'à l'âge d'un an est pratiquée chez 62,3% des enfants. Les aliments de complément sont introduits pour 84% d'enfants de 6 à 9 mois (MICS5/Congo 2014-2015). Des dysfonctionnements sont observés dans la mise en œuvre de la PCIMNE avec (i) la non disponibilité d'intrants dont certains médicaments traceurs tel que le violet de gentiane, (ii) la mauvaise qualité des services et (iii) l'insuffisance des RH formées. Les couvertures de la PEC de la malnutrition (MAS et MAM) restent très faibles avec respectivement 12% et 8%. La couverture vaccinale avec comme traceur le vaccin Pentavalent de 73% en 2020 est en dessous de la cible de 83% au niveau national.

### ***Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)***

L'offre de la PTME, appelée à être disponible tout au long du continuum des soins de la FAP, est disponible dans au moins 2/3 des FOSA. La cascade observée entre la proportion des femmes attendues aux SPN, 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, laissant entrevoir de nombreuses occasions manquées de PEC des femmes VIH+, et de mise sous ARV, accentuée par les ruptures des intrants. Bien que l'offre de la prise en charge pédiatrique du VIH se soit améliorée d'une vingtaine d'unités (56 FOSA en 2020 contre 34 en 2012), son plateau technique diagnostique notamment précoce, n'est constitué que de 3 ou 4 automates PCR, basés à Brazzaville et Pointe-Noire. 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.

### ***Surveillance des décès maternels, néonataux et infantiles***

Des faiblesses subsistent dans le fonctionnement de l'Observatoire national des décès maternels néonataux et infantiles (ONDMNI) avec notamment (i) son faible financement, (ii) le faible fonctionnement des comités d'audits départementaux mis en place, et (iii) la faible réalisation des audits entre 2018 et 2020 avec seulement 33,9% des DM audités en trois ans contre 37% en 2017, et 0,4% des décès néonataux audités. 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 ces décès, aucune cartographie n'a été réalisée sur eux.

### ***Soins de santé des adolescents et des jeunes***

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 l'implication des intéressés ainsi que celle de l'association des parents d'élèves : (i) l'éducation à la vie sexuelle 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 consommation des substances psycho actives pour prévenir les traumatismes et violences de toutes sortes, et (iii) l'hygiène alimentaire et du milieu pour prévenir toute infection nosocomiale et autre péril en lien avec l'environnement et la nutrition.

### ***Interventions insuffisamment ou non prises en compte***

Certaines interventions dont celles à impact ont été insuffisamment développées dans la mise en œuvre de la stratégie SRMNIA 2018-2020. Il s'agit entre autres de (i) la PEC de la TB et de la TB/VIH chez les enfants < 15 ans, (ii) la surveillance de la TB chez les femmes enceintes VIH+, (iii) la prévention et la PEC de la drépanocytose, (iv) la surveillance des décès maternels, périnataux, néonataux et infantiles, (v) la PEC des dysfonctionnements sexuels et des stérilités, (vi) la prévention des cancers du col utérin et du sein, (vii) la PEC des fistules obstétricales, (viii) la relance des bénéficiaires irréguliers et perdus de vue des prestations SRMNIA, (ix) la santé scolaire et universitaire, et (x) la prévention et la PEC de la Covid-19 chez les femmes enceintes et allaitantes.

### ***Problèmes prioritaires***

Neuf (09) problèmes prioritaires ont été identifiés :

1. Faiblesse dans la coordination stratégique et le partenariat
2. Insuffisance du financement de la SRMNIA,
3. Faible qualité des services et soins en SRMNIA
4. Insuffisance de la couverture des populations ciblées en SRMNIA
5. Faible disponibilité des médicaments essentiels, intrants et fournitures de qualité,
6. Insuffisance dans le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan SRMNIA
7. Inadéquation de la réponse apportée aux problèmes et comportements sociaux
8. Insuffisance de la référence des urgences obstétricales, pédiatriques et chirurgicales
9. Problèmes en lien avec la prévention et la PEC de la Covid-19 des populations cibles

## **INTRODUCTION**

Les politiques de population et de santé ont été réorientées dans le monde suite à certaines recommandations 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, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 en lien avec les objectifs de développement durable (ODD). Cette stratégie vise à réduire 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, Néonatale et Infantile (FDR RMNI) 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 2016-2030 sus-citée, 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 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‰.

## **I.- CONTEXTE ET JUSTIFICATION**

L'adoption en 2006 par l'Union Africaine du Plan d'Action de Maputo pour la mise en œuvre du cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique 2007-2010, traduit l'engagement des pays africains dont le Congo à réaliser les OMD et à améliorer la santé des femmes, des enfants et des adolescents. La réduction de la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales, infanto-juvéniles et des adolescents a constitué l'un des défis majeurs que le Congo entendait relever pour l'atteinte des OMD 4 et 5 en 2015. Une revue finale de la Feuille de route élaborée en 2011 a sanctionné l'atteinte des objectifs fixés.

A l'instar des autres pays, le Congo en souscrivant aux ODD, dont l'ODD3 qui consiste à « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », s'est engagé à améliorer la santé du couple mère et enfant y compris la santé des adolescents dans le cadre de la stratégie mondiale de la santé de la femme et de l'enfant 2030. Il a élaboré en 2017, le plan stratégique SRMNIA 2018-2022 afin de contribuer à

l'amélioration de la santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent au Congo. Avec l'émergence de la pandémie de la Covid-19, des pesanteurs se sont invitées dans sa mise en œuvre et la continuité des services de santé.

La revue de cette stratégie décidée par le Ministère de la santé en concertation avec ses partenaires, particulièrement ceux du système des Nations Unies, permettra d'évaluer les progrès réalisés dans sa mise œuvre et de mesurer les impacts éventuel dont celui de la Covid-19 sur les services de la SRMNIA.

## **II.- OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS DE LA REVUE**

### **2.1.- But**

Le but de cette revue est de réorienter et/ou renforcer les orientations stratégiques dans le domaine de la santé de la reproduction maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNIA)

### **2.2.- Objectifs**

L'objectif général était d'apprécier le niveau de mise en œuvre de la SRMNIA 2018-2022 y compris le niveau d'intervention en lien avec la riposte à la pandémie Covid-19.

Plus spécifiquement, il s'agit de :

1. Faire une analyse de la situation actuelle de la mise en œuvre de cette stratégie en tenant compte des contraintes et opportunités présentes
2. Apprécier les progrès réalisés dans l'atteinte des résultats attendus et le niveau de mise en œuvre des différents axes stratégiques
3. Apprécier le niveau de mise en œuvre des mesures d'accompagnement nécessaires pour optimiser le succès de la SRMNIA.
4. Apprécier l'alignement de la stratégie intégrée de la SRMNIA 2018-2022 au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2018-2022
5. Apprécier les ressources mobilisées pour la mise en œuvre de la stratégie
6. Formuler les recommandations pertinentes pour réorienter et/ou renforcer les orientations stratégiques pour la période 2022-2026.

### **2.3.- Résultats attendus**

A l'issue de la revue à mi-parcours, les résultats suivants sont attendus :

- Le rapport de la revue à mi-parcours de la stratégie SRMNIA est disponible ;
- Les ajustements nécessaires sont formulés pour en accélérer la mise en œuvre

## III.- METHODOLOGIE

### 3.1. Approches méthodologiques

La revue, organisée sous la coordination de la Direction Générale de la Population (DGPOP) s'est déroulée en 4 phases : (i) phase préparatoire, (ii) phase de collecte des données à travers la revue documentaire et les visites de terrain, (iii) l'atelier de revue, et (iv) l'élaboration et /ou la reprogrammation du plan stratégique. Basée sur une approche participative, elle a impliqué tous les acteurs de la SRMNIA, dont les cadres du MSP des différents niveaux du système de santé, les PTFs, les associations professionnelles de santé (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes), et les acteurs de terrain.

#### La phase préparatoire

Cette phase débutée en mai 2021 a permis l'élaboration des termes de référence de la revue et la mobilisation des fonds. Deux partenaires ont répondu favorablement à l'appel du Ministère: l'OMS et le CRS. Un atelier résidentiel d'adaptation des outils de la revue facilité par le consultant s'est tenu à l'Hôtel Elonda, du 30 août au 3 septembre 2021

#### La phase de collecte des données

La collecte s'est réalisée en deux modalités : la première à travers une revue documentaire organisée en atelier résidentiel du 10 au 14 septembre 2021 à Brazzaville (Hotel Muéssei), et la deuxième avec les visites de terrain du 29 septembre au 10 octobre 2021 pour une évaluation rapide et complément des informations. Cette phase, clôturée par 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.

La revue documentaire, conduite sous forme de travaux de groupe précédés des exposés liminaires et conclus par des restitutions en plénière, s'est appuyée sur la consultation (i) des documents nationaux de politique, stratégie et planification ayant trait à la SRMNIA, (ii) des rapports d'enquêtes et de recherche, et (iii) des revues et rapports d'activités des programmes et projets. La collecte des informations s'est faite à l'aide des fiches sur les indicateurs de l'état de santé et de couverture. Les participants ont été répartis en 4 groupes selon les périodes du continuum des soins en SRMNIA: (i) la préconception, (ii) période prénatale, (iii) l'accouchement et le postpartum incluant les SPON pour la mère jusqu'au 42<sup>e</sup> jour et les soins essentiels du nouveau-né (iv) la période préscolaire avec l'enfant de moins de 5 ans, l'enfance à partir de 5 ans et l'adolescence.

Les visites de terrain ont concerné 91 formations sanitaires (FOSA) sur un échantillon raisonné de 133 FOSA (67,4%) réparties après pondération selon leur typologie et leur masse critique dans les 12 départements. Sur les 91 FOSA visitées, 27 étaient des hôpitaux (7 hôpitaux généraux et 20 hôpitaux de base), et 64 des FOSA de 1<sup>er</sup> niveau

offrant le paquet d'interventions SRMNIA dont 46 publiques (centres de santé intégré à paquet minimum d'activités élargi) et 18 privées (clinique et centres médico-sociaux). Les FOSA non visitées l'ont été pour accès difficile ou fermeture au moment de l'enquête..

Les activités suivantes ont été menées déployées par les 17 enquêteurs déployés sur le terrain : (i) l'interview des représentants des institutions du ministère en charge de la santé, et des autres départements ministériels impliqués, ainsi que des partenaires au développement, (ii) la collecte des données sanitaires des 91 FOSA, et (iii) l'observation des activités SRMNIA offertes dans ces FOSA.

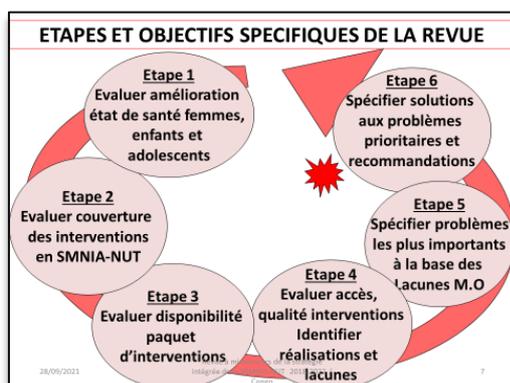
### L'atelier de revue

L'atelier de revue organisé du 2 au 3 décembre à Brazzaville a permis l'amendement et la validation du rapport de revue élaborée jusqu'à l'étape 6.

### **3.2. Outils de collecte des données**

Quatre (04) types d'outils ont été utilisés : les fiches de référence et de travail pour la collecte des données lors de l'atelier de revue documentaire, les fiches de collecte des données sanitaires, les guides d'entretien et d'observation pour les visites de terrain. Certains outils dont les fiches des données sanitaires et les fiches d'observation, préalablement chargés dans des tablettes avec une application « CAPI » ont permis la collecte électronique des informations au niveau des directions départementales de la santé, des districts sanitaires et des FOSA. Les enquêteurs ont été briefés sur tous ces outils et initiés à leur utilisation avec simulation.

### **3.3 Analyse**



L'analyse de la mise en œuvre de la stratégie pour la période allant de janvier 2018 à juin 2022 a été effectuée en six étapes comme illustré dans le diagramme ci-contre. Celle-ci a permis d'examiner, d'identifier et évaluer (i) l'évolution des indicateurs de l'état de santé des populations cibles de la SRMNIA, (ii) leur couverture par les services offerts, (iii) la disponibilité des paquets de prestation aux différents niveaux du système des soins, (iv) l'accès et l'utilisation des paquets

d'intervention en SRMNIA ainsi que les lacunes et entraves éventuelles dans leur mise en œuvre, (v) les problèmes et leur priorisation, et (vi) les solutions préconisées.

### **3.4. Difficultés rencontrées**

Les difficultés majeures rencontrées ont été d'ordre organisationnel et technique sur un terrain de fonctionnement déficient du comité d'organisation. Ce qui a eu pour conséquence, (i) le non-respect du chronogramme de la revue, (ii) le report de plus deux semaines de l'atelier d'adaptation des outils pour conflits d'agenda, (iii) le non assemblage

de la documentation pour l'atelier de revue documentaire, (iv) le retard enregistré d'une quinzaine de jours pour le lancement des visites de terrain, (iv) la non mise à disposition à temps des tablettes apprêtées, et (v) la non acquisition comme prévu d'un compte Dropbox pour la transmission en temps réel des données collectées sur le terrain. Un impondérable lié à la covid-19 survenu au décours des visites de terrain avec le décès d'un enquêteur et l'indisponibilité pour suivi et traitement du principal gestionnaire de la base des données de l'enquête, a significativement perturbé le processus dans la constitution et reconstitution de la base des données de l'enquête.

## IV.- CONTEXTE NATIONAL DE LA SRMNIA

### 4.1. 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>

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

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.

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 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).

<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

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

## **4.2.- Organisation administrative 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.

## **4.3.- Organisation du système de santé**

### 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 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 de santé du district: les comités de gestion (COGES) et les comités de santé (COSA).

### Organisation fonctionnelle et opérationnelle du système de santé

---

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

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 est le premier maillon de recours du système de santé et 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 (CSI PMAS) offrant tout le paquet de soins de santé primaires (SSP) à la 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

---

<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

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, en expansion, 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 deux sous-secteurs : le privé à but lucratif et le privé à but non lucratif des confessions religieuses, des ONG et Associations.

#### **4.4.- Politique de santé et développement sanitaire**

De tout temps, le droit à la santé est garanti par les lois fondamentales du Congo. Dans le développement et l'organisation de son système de santé, le Congo a connu plusieurs approches, dont (i) celle des services de santé de base de 1960 à 1979, et (ii) celle des SSP de 1979 à 1992 avec la promotion des 8 composantes d'Alma-Ata, dont la protection maternelle et infantile, la vaccination et la nutrition. Avec l'élaboration du PNDS de 1<sup>ère</sup> génération en 1992, le Congo a associé aux SSP, l'Initiative de Bamako (IB), pour la revitalisation du système de santé et particulièrement celui du 1<sup>er</sup> échelon, et adopté en 2000 la 1<sup>ère</sup> Politique Nationale de Santé (PNS)..

La PNS 2018-2030, adoptée en 2018, dont le but est de permettre à toute la population congolaise de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge, a pour

objectif général de contribuer à l'amélioration de la santé de la population d'ici 2030. En lien avec le PND 2018-2022, elle repose sur quatre (4) orientations stratégiques: (i) renforcement de la gouvernance, du pilotage et du leadership du secteur, (ii) amélioration de l'accès équitable des populations à des paquets de services essentiels et de qualité, (iii) sécurité sanitaire et gestion des situations d'urgences selon l'approche englobant l'ensemble des menaces, et (iv) promotion de la santé de la population.

### **Le Plan National de Développement (PND) 2018-2022**

Le PND 2018-2022, à travers le Programme Pluriannuel des Actions Prioritaires sur toute la période du PND (PPAP 2018-2022), s'articule autour de six (06) piliers : (i) le renforcement de la gouvernance ; (ii) le renforcement et valorisation des ressources humaines ; (iii) la diversification et la transformation de l'économie ; (iv) le développement et modernisation des infrastructures ;(v) le développement social et l'inclusion des groupes défavorisés ; et (vi) le développement durable et équilibré.

Dans son 5<sup>ème</sup> pilier relatif au développement social, et particulièrement dans le domaine de la santé, le PND 2018-2022 poursuit l'objectif stratégique d'améliorer l'état de santé de la population sur l'ensemble du territoire à travers (i) le renforcement de la gouvernance et le pilotage du secteur de la santé, (ii) l'amélioration quantitative et qualitative de l'offre des soins et des services de santé, (iii) l'amélioration de leur utilisation, et (iv) la mise en place d'un environnement favorable à l'amélioration de l'état de santé de la population.

### **Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2018-2012**

Le PNDS institué par la Loi n°014-92 du 29 avril 1992 est le cadre stratégique de mise en œuvre de la PNS qui guide toute l'action gouvernementale en matière de la santé. Plusieurs plans ont été élaborés et mis en œuvre avec des fortunes diverses depuis 1992, dont le PNDS 1992-1996, le PNDS 2006-2011, le PNDS 2014-2018 avec sa déclinaison sectorielle, le Programme Biennal de Développement Sanitaire (PBDS) 2015-2016. Le PNDS 2018-2022, adopté en septembre 2018 se fonde sur les 4 orientations stratégiques de la santé retenues dans le PND 2018-2022 et les actions prioritaires découlant des orientations de la PNS 2018-2030. Malheureusement, malgré la réalisation de la revue à mi-parcours de PNDS, aucune disposition n'a été prise pour sa reprogrammation et sa budgétisation pour la période 2022-2026 pour son alignement au nouveau PND 2022-2026 en cours d'élaboration.

### **Cadre de mise en œuvre de la politique nationale et des PNDS**

Ce cadre prévoit trois organes techniques: le comité interministériel de pilotage, le comité technique de suivi du PNDS et son secrétariat technique permanent, dont le texte réglementaire est encore attendu. Les organes de consultation, de plaidoyer et d'aide à la décision suivants accompagnent le ministère en charge de la santé: (i) le Conseil national de santé, (ii) le Conseil national de lutte contre le VIH/Sida, les IST et les épidémies

(CNLSE), (iii) le Comité de coordination nationale (CCN) des projets de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/Sida financés par le Fonds Mondiale, et (iv) le Comité de coordination inter agences (CCIA) pour la vaccination et les vaccins. Un Groupe H6 a été mis en place au sein des agences du système des Nations Unies, regroupant l'UNFPA, l'UNICEF, l'ONUSIDA, ONU Femme, la Banque Mondiale et l'OMS pour appuyer le Gouvernement dans ses efforts d'amélioration de la SRMNIA.

#### **4.5.- 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, (ii) 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 (v) 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.

## **V.- RESULTATS DE LA REVUE**

## **5.1.- MESURE DES PROGRES DANS L'AMELIORATION DE L'ETAT DE SANTE**

### **5.1.1.- Pertinence et cohérence des objectifs de la stratégie 2018-2022**

Le plan stratégique SRMNIA 2018-2022, aligné au cycle de planification du PNDS, a son but et ses objectifs en adéquation avec la PNS 2018-2030 et le PNDS 2018-2022. Les cibles visées, relatives aux mortalités maternelle, néonatale et infantile, répondent de la stratégie mondiale et des ODD. Ce plan, insuffisamment vulgarisé, bien qu'élaboré avec l'appui des partenaires et validé techniquement avant le PNDS 2018-2022, n'a pas été budgétisé. Ses activités reprises pour l'essentiel dans le PNDS 2018-2022 ont été financées et exécutées dans le cadre de ce plan.

### **5.1.2.- Insuffisances de l'organisation structurelle et fonctionnelle de la SRMNIA**

Bien que la coordination de la mise en œuvre de la stratégie SRMNIA 2018-2020 relève à la DGPOP, celle-ci partage cette responsabilité avec des programmes, fonctionnant souvent sur un mode vertical et rattachés à d'autres structures du ministère de la santé et même des autres départements ministériels. C'est le cas de la nutrition, la vaccination et la PTME relevant de la DGSSSa à travers la Direction de l'Hygiène Publique et de la Promotion de la Santé (DHPS) et celle des maladies transmissibles et du VIH/SIDA.

Les mécanismes de coordination pour la mise en œuvre de cette stratégie, n'ont pas été redynamisés comme prévus. Aucune plateforme de concertation n'a été formalisée aussi bien en intrasectoriel qu'intersectoriel. Bien qu'une intégration progressive des activités soit observée au niveau opérationnel, l'absence de concertation entre les acteurs et de synergie des plans spécifiques élaborés et mis en œuvre, est souvent source de leur chevauchement et duplication. Ceci ne facilite pas la mise à échelle rapide des programmes tels que la PTME et la Prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant (PCIMNE). Dans le cadre du partenariat international, en dehors du CCIA, seul le Groupe H6, a été mis en place pour appuyer la stratégie de la SRMNIA.

### **5.1.3.- Analyse des indicateurs de santé des populations cibles de la SRMNIA**

Malgré l'absence des données récentes sur les indicateurs d'impact avec la non réalisation des enquêtes d'envergure nationale après 2017 telles que l'enquête démographique et de santé (EDS), celle par grappes à indicateurs multiples (MICS) et celle de séroprévalence et sur les indicateurs du Sida (ESIS), on peut estimer que l'état de santé de ces populations est encore caractérisé par une mortalité néonatale, infantile, infanto juvénile et maternelle élevée, sur un terrain de dysfonctionnement du système de santé accentué entre autres par l'émergence de la pandémie du Covid-19.

#### **A. Indicateurs de mortalité de la mère et de l'enfant**

##### **❖ La mortalité des enfants**

Tableau III : Ratios des mortalités des enfants de moins de 5 ans en 2018

PERIODE	DECES	RATIO p.1000 NV
Néonatale	2048	34,0
Post néonatale	929	15,4
Infantile	2977	49,4
Post infantile	1133	18,8
Infanto juvénile	4110	68,2

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'Observatoire National des Décès Maternels Néonataux et Infantiles (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 ne soient pas comparables à ceux des enquêtes antérieures (EDS et du MICS 2014-2015), une tendance évolutive à la hausse s'observe en 2020 pour tous les ratios de mortalité des enfants de moins de 5 ans comme illustré dans la Figure n°1.

post infantile et 68,2‰ pour la mortalité infanto-juvénile. Bien que ces ratios ne soient pas comparables à ceux des enquêtes antérieures (EDS et du MICS 2014-2015), une tendance évolutive à la hausse s'observe en 2020 pour tous les ratios de mortalité des enfants de moins de 5 ans comme illustré dans la Figure n°1.

Figure n° 1 : Evolution de la mortalité des enfants de 2005 à 2020

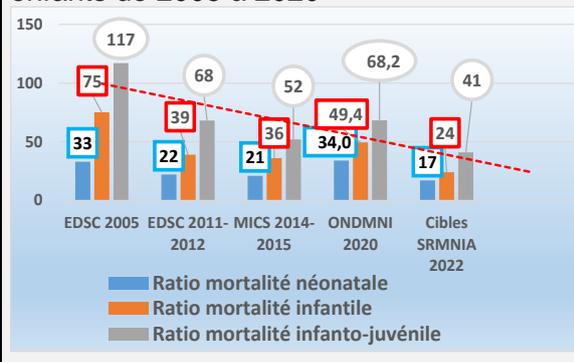
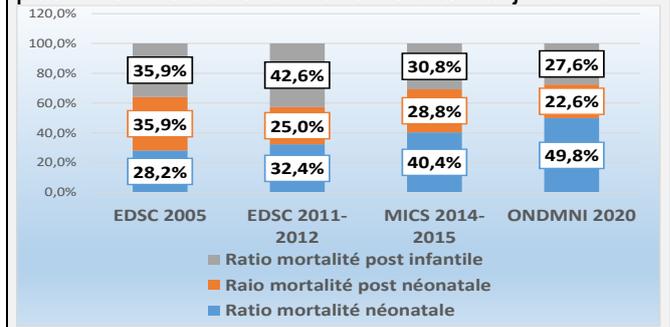


Figure n°2: Evolution des contributions des mortalités néonatale, post néonatale, infantile et post infantile dans la mortalité infanto-juvénile



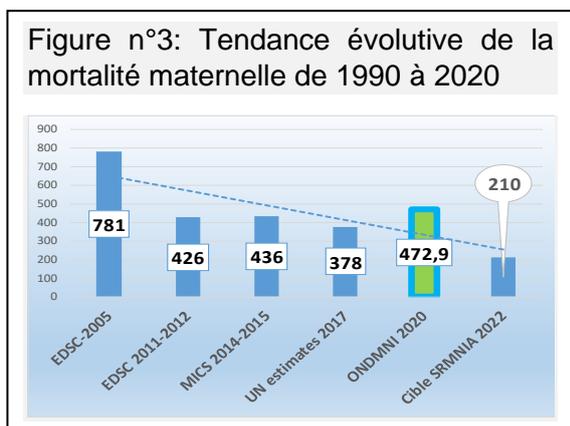
Les décès des enfants de < 1 an contribuent à au moins 2/3 (>60%) de l'ensemble des décès des enfants de < 5 ans, tandis que la mortalité néonatale ne concernant que ceux n'ayant vécu que 28 jours y contribue pour au moins 30% et plus que la mortalité postnatale. Pour les données 2020 de l'ONDMNI, la mortalité néonatale contribue même pour la moitié des décès (49,8%). Le poids important de la mortalité infantile et surtout de la mortalité néonatale dans la mortalité infanto-juvénile, suggère une attention particulière et soutenue pour les enfants de moins d'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>.

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

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

de la PEC de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum. Celles des décès des moins de 5 ans restent dominées par le paludisme (31%), la malnutrition (29%), la diarrhée (26%), les infections respiratoires aiguës (IRA) avec 14%, l'anémie (6%) et autres maladies (23% dont le Sida et la TB).

### ❖ La mortalité maternelle



Selon les estimations des Nations Unies, le ratio de mortalité maternelle au Congo était de 378 en 2017.<sup>8</sup> Avec 60.264 naissances vivantes et 285 décès maternels 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 issus des enquêtes antérieures, à une nette tendance à la hausse, contrairement à celle à la baisse observée entre 1990 et 2015.

A moins d'un reporting déficient des DM et des naissances vivantes, cette faible performance, traduit non seulement la mauvaise santé des femmes pendant la période gravidique, notamment le paludisme, l'anémie, infection à VIH et malnutrition, HTA, mais aussi la faible disponibilité et qualité des soins obstétricaux offerts, ces décès survenant le plus souvent pendant le post-partum immédiat. En 2012 et 2013, près de la moitié des DM (46,1% en 2012 et 47,1% en 2013), est survenue pendant le post-partum immédiat, faisant de cette période, la plus critique, devant l'accouchement.<sup>9</sup>

### **B. Indicateurs de morbidité de la mère et de l'enfant**

La morbi-mortalité infantile avec un soubassement de malnutrition chronique et du VIH/SIDA, est dominée par la triade paludisme, IRA et maladies diarrhéiques. Ces trois maladies tueuses de l'enfance constituent les principaux motifs de consultation dans les services de santé chez les enfants de < 5 ans, avec 46,6% pour le paludisme, 52,1% pour les IRA et 36,9% pour les maladies diarrhéiques.<sup>10</sup> Les femmes comme dans la Région africaine sont plus susceptibles de mourir de maladies transmissibles (VIH, tuberculose et paludisme), de carences nutritionnelles et de pathologies liées à la grossesse et à l'accouchement.

### ❖ Le paludisme

<sup>8</sup> Trends in maternal mortality 2000 to 2017, Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division

<sup>9</sup> MSP : Evaluation des besoins en matière de SONU au Congo- juin 2013

<sup>10</sup> Plan stratégique d'accélération de la survie de l'enfant 2014-2016

Le paludisme, première cause de morbidité avec une incidence de 114,54 pour 1000 dans la population générale et de 389 pour 1000 chez les enfants de moins de 5 ans.<sup>11</sup> Les populations clés et vulnérables touchées par le paludisme sont essentiellement les femmes enceintes et les enfants de < 5 ans et surtout ceux de < 1 an et les femmes enceintes. Le paludisme constitue pour les enfants de < 5 ans, 52,8% des causes de consultation externe, la première cause d'hospitalisation avec 44,1% et 28% des décès.<sup>12</sup>

Tableau IV: Distribution du taux de morbidité 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

Le paludisme pendant la grossesse comporte des risques importants pour la mère, le fœtus puis le nouveau-né. Sa charge chez les femmes enceintes sur l'ensemble des consultations au niveau national 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%).<sup>13</sup>

#### ❖ Les maladies diarrhéiques et les IRA

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%.

#### ❖ L'infection à VIH

Le nombre estimé d'enfants de 0 à 14 ans infectés par le VIH a pratiquement sextuplé, passant de 1320 en 2012 selon le Spectrum 2013 à 7997 en 2020.<sup>14</sup> 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). La population féminine reste la plus infectée avec 58,6% contre 41,4% d'hommes<sup>15</sup> selon les données des activités de CDV du VIH en 2020. Ces données confortent la féminisation de l'infection observée dans les enquêtes antérieures de séroprévalence dont l'ESISC de 2009. Les ratios plus élevés

<sup>11</sup> MICS-5/Congo 2014-2015

<sup>12</sup> Revue de performance du programme paludisme du Congo, Rapport final, 2014

<sup>13</sup> PNLP, Rapport annuel 2020

<sup>14</sup> ONUSIDA, Spectrum 2021 V 6.06

<sup>15</sup> PNLS, Rapport annuel 2020, Congo

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.

Tableau V: 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

La non réalisation des enquêtes régulières de sérosurveillance 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>. Selon les données de la PTME, sur 35.033 femmes enceintes pré conseillées ayant accepté de faire le test, 652 femmes ont

été dépistées VIH+ (1,86%) en 2020, dont 15% des adolescentes et 23,2% des jeunes de 20 à 24 ans, avec d'importantes disparités départementales allant de 4% dans le Kouilou à moins de 1% dans la Lékoumou, la Bouénza, la Cuvette et la Sangha.<sup>18</sup>

#### ❖ Les infections sexuellement transmissibles (IST)

La faible notification des cas syndromiques des IST dans les FOSA publiques rend difficile la disponibilité de leurs données. Plus des ¾ des patients diagnostiqués et traités pour les IST sont des femmes (77,8 %). La tranche d'âge la plus touchée est celle de 20 à 24 ans (20%) et 25 à 29 ans (19%) suivie de celle de 30 à 34 ans (15%). Les adolescents de 15 à 19 ans dont 86% sont de sexe féminin, représentent 14 % des patients traités, et ceux de 10-14 ans seulement 2%.<sup>19</sup> Les syndromes fréquemment observés sont les douleurs abdominales basses (44%), l'écoulement vaginal (39%), l'écoulement urétral (9 %), les ulcérations génitales (5%), les adénopathies inguinales (2%), les tuméfactions et douleurs scrotales (1%) et la conjonctivite du nouveau-né.

#### ❖ 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 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>20</sup> 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

<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 Suivi et Evaluation du VIH et au sida 2020

<sup>19</sup> PNL : Rapport annuel Suivi et Evaluation du VIH et au sida 2020

<sup>20</sup> MPEMBA LOUFOUA B et al, Dépistage néonatal de la drépanocytose au Congo Brazzaville

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>21</sup> Elle a constitué dans une étude menée de janvier 2014 à décembre 2016 dans les hôpitaux de Brazzaville et Pointe-Noire à décembre 9,09% des causes obstétricales indirectes des décès maternels chez les femmes adultes et 2,22% chez les adolescentes.<sup>22</sup>

#### ❖ La tuberculose (TB)

Tableau VI : 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	2,6%
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 PNLT

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. Du fait de son diagnostic difficile notamment chez les moins de 5 ans, la TB chez

l'enfant est faiblement notifiée. 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 enfants de < 15 ans n'ont représenté que 8% des cas notifiés<sup>23</sup> contre 2,08% des cas TPM+ déclarés en 2013<sup>24</sup>, les femmes 43,2% des cas et celles en âge de procréer 23,8%.<sup>25</sup>

#### ❖ Situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans et des FAP

##### 1) Chez les enfants de moins de 5 ans.

La malnutrition déterminée par l'indice poids pour taille (P/T) avec ou sans œdèmes, souvent accompagnée d'anémie peut affecter à différents âges, notamment entre 6 et 59 mois. Son évolution variable selon l'âge est en rapport avec les périodes d'allaitement exclusif, de sevrage et de changement du régime alimentaire de l'enfant.

La dénutrition dont souffre souvent les enfants, comprend (ii) l'émaciation ou malnutrition aiguë sévère (MAS), faible rapport poids/taille avec ou sans œdème, signe souvent d'une

<sup>21</sup> Galiba Atipo Tsiba FO et al, Drépanocytose et Grossesse: Expérience du Centre National de Référence de la Drépanocytose de Brazzaville

<sup>22</sup> Malonga Slovie P, Mortalité maternelle chez les adolescentes dans les hôpitaux de Brazzaville et Pointe Noire, thèse de médecine, 2017.

<sup>23</sup> PNLT, Rapport annuel 2020, Congo

<sup>24</sup> MSP, Revue de performance du programme tuberculose du Congo, Rapport final, août 2014

<sup>25</sup> PNLT, Rapport annuel 2020, Congo

perte de poids récente et grave due au fait qu'une personne n'a pas ingéré assez d'aliments et/ou qu'elle a été atteinte d'une maladie infectieuse, (ii) le retard de croissance ou la malnutrition aiguë globale (MAG), faible rapport taille/âge, résultant d'une sous nutrition chronique ou récurrente à laquelle sont habituellement associés plusieurs facteurs, et (iii) l'insuffisance pondérale ou malnutrition aiguë modérée (MAM), faible rapport poids/âge, souvent associée à un retard de croissance et/ou à une émaciation.

Selon les données préliminaires de l'enquête nutritionnelle SMART 2021, la prévalence de la MAG est de 5%, celle de la MAM de 3,8% et de la MAS de 1,3%. Par ailleurs, environ 4% d'enfants de moins de 5 ans sont en surcharge pondérale.<sup>26</sup> Ces taux sont en dessous des standards de l'OMS de < 10% pour le retard de croissance, et de moins de 5% pour l'émaciation et la surcharge pondérale. Selon le MICS-5 2014-2015, un peu plus d'un enfant de < 5 ans sur cinq (21,2%) présentait une malnutrition chronique ou un retard de croissance, tandis que 8,2% souffraient de malnutrition aiguë (émaciation ou maigreux plus œdèmes), 12,3% d'insuffisance pondérale et de 5,9% d'obésité.

## 2) Chez les femmes en âge de procréer (FAP)

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Signification clinique
< 16	Maigreux sévère
16 - < 17	Maigreux modérée
17 - < 18,5	Maigreux légère
18,5 - < 25	Normal
25 - < 30	Surcharge pondérale
30 - < 35	Obésité de type I
35 - < 40	Obésité de type II
≥ 40	Obésité de type III (obésité morbide)

L'état nutritionnel des FAP, un des déterminants du bon déroulement de la grossesse ainsi que de son issu, influe aussi sur la morbidité et la mortalité des jeunes enfants ainsi que sur le statut du poids à la naissance. Sa mesure chez les femmes est déterminée par l'indice de masse corporelle (IMC) défini par le poids en kilogrammes divisé par la taille en mètres carrés. L'IMC normal est compris

entre 18,5 et 24,9 kg/m<sup>2</sup>. La maigreux ou la déficience énergétique chronique (IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup>) affectait 14% des femmes en 2011, et l'obésité (IMC ≥ 30) pour moins d'une femme sur dix (9%). Cette maigreux 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.

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. Près de 25% d'adultes sont en surpoids ou obèses (IMC ≥ 25)<sup>27</sup>, ainsi que 7,1% des adolescents<sup>28</sup>. L'évaluation de l'état nutritionnel des femmes enceintes par le périmètre brachial montre que 2,1% de femmes enceintes souffrent de dénutrition dont 1,9% de

<sup>26</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>27</sup> WHO : Nutritional transition (2010). AFRO, Brazzaville

<sup>28</sup> Mabilia-Babela R et al : Profil épidémiologique et clinique de l'obésité de l'enfant à Brazzaville (Congo)

MAM et 0,2% de MAS. Le pic de la MAS a été enregistré au Kouilou avec une prévalence de 1,7% et celui de la MAM dans la Lékoumou avec une prévalence de 8%.

#### ❖ Carences nutritionnelles ou malnutrition en matière de micronutriments

La déficience des micronutriments (vitamines et sels minéraux), essentiels pour le développement non seulement de l'enfant mais aussi pour la santé de la femme, contribue à l'augmentation du risque de maladie et de décès, ainsi qu'à des complications pendant la grossesse et l'accouchement. Les carences les plus rencontrées sont celles en fer se manifestant par l'anémie ferriprive, en vitamine A et en iode.

##### 1) Chez les enfants de moins de 5 ans.

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 avec l'appui de l'UNICEF en 2003.

##### 2) Chez les femmes en âge de procréer (FAP)

Plus importante pendant la grossesse avec 58,4% des femmes enceintes contre 54,5% non enceintes, 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). 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>29</sup> La vitamine A dont la carence affecte 44,4% des femmes enceintes et allaitantes, 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.

#### ❖ Le faible poids à la naissance

Le poids à la naissance, important indicateur de la croissance et de la survie des enfants, n'est pas mesuré pour une naissance vivante sur dix (9,8%).<sup>30</sup> 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

---

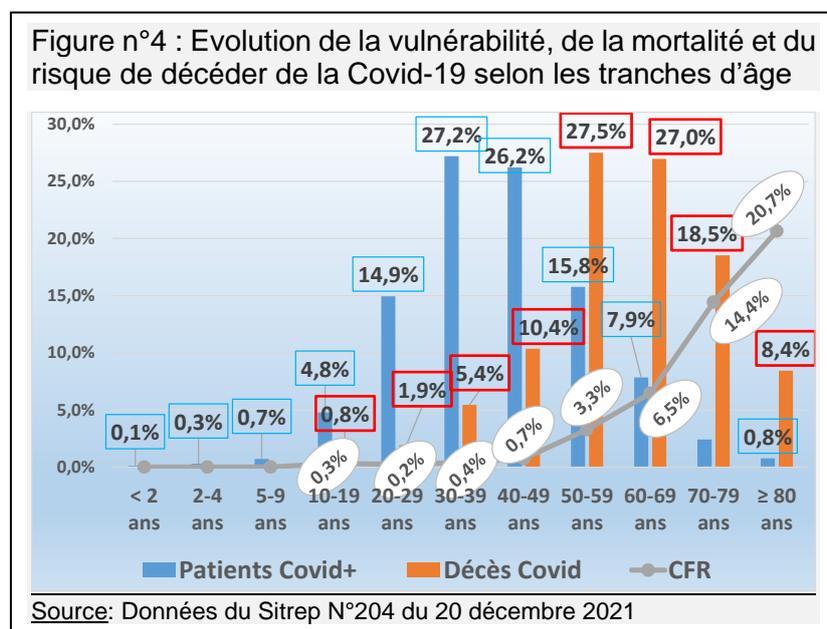
<sup>29</sup> EDSC 2011-2012

<sup>30</sup> MICS-5/Congo 2014-2015

pendant la grossesse, est de 11,3% en 2019 versus 10,2% selon le MICS-5/2014-2015, et celle des nouveau-nés en surpoids (>4000 g) de 5%.<sup>31</sup>

#### ❖ La pandémie du Covid-19

Le Congo, dont le 1<sup>er</sup> cas importé était notifié le 14 mars 2020, comptait au 20 décembre 2021, 19.704 cas confirmés (65,73% d'hommes et 34,27% des femmes), dont 18.324 guéris (93,0%), 1.156 actifs (5,93%) et 367 décès (1,86%). La pandémie, dont les épïcètres sont situés à Brazzaville (60,6% des cas et 56,4% des décès) et Pointe-Noire (34,7% des cas et 38,1% des décès), affecte environ 0,37% de la population avec 6,8% des décès pour 100.000 personnes. Elle a connu sa 3<sup>e</sup> vague au 4<sup>e</sup> trimestre 2021 avec un pic de 94 décès en octobre 2021. Le séquençage en routine du SARS-CoV2 par la Fondation Congolaise pour la Recherche Médicale (FCRM) a révélé la présence de plus en plus importante du variant Alpha depuis juin 2021, et celle du Delta en juillet 2021.



La Covid-19 touche toutes les tranches d'âge avec un âge moyen des personnes contaminées de 41 ans (extrêmes de 6 jours à 98 ans), et celui des décédés de 60 ans. Les tranches d'âge les plus atteintes avec 52,87% se situent entre 30 et 50 ans avec 26,91% pour les trentenaires et 25,96% pour les quadragénaires. Au moins neuf décès sur dix surviennent chez les personnes de ≥ 40 ans (91,83%) avec un risque de

décéder ou « case facility rate » (CFR) de la Covid-19, préoccupant à partir de 50 ans (CFR=3,3%) et augmentant avec l'âge (6,5% chez les sexagénaires, 14,4% chez les septuagénaires et 20,7% chez les octogénaires) comme illustré dans la Figure n°4. Le recul observé de cette vulnérabilité vers les classes d'âge plus jeunes au Congo (≥ 40 ans) contrairement en Europe Occidentale à partir de 70 ans<sup>32</sup>, est le reflet de la jeunesse de sa population et de son espérance de vie plus faible.

Les adolescents et les enfants constituant près de 45% de la population, ne représentent que 5,90% des cas Covid+ avec respectivement 4,78% et 1,12% des personnes contaminées. Les adolescents avec un CFR de 0,3% n'ont connu que 3 décès (0,82%),

<sup>31</sup> DGPOP, Rapport sur la santé maternelle et néonatale des trois premiers trimestres 2019

<sup>32</sup> Institut National des Etudes Démographiques (INED), "La démographie des décès par Covid-19 (2020)

tandis qu'aucun décès n'a été enregistré chez les enfants. Les femmes (6.752 contaminées dont 13 femmes enceintes), avec 107 décès représentent 29,16% des personnes décédées versus 70,84% d'hommes (260 décès), avec un CFR de 1,60% versus 2,03% pour les hommes.

#### ❖ Les 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. Des flambées épidémiques ont été signalées : (i) la fièvre jaune dont 330 cas suspects en 2019 et 152 en 2020 surtout à Pointe-Noire et Brazzaville, (ii) la rougeole avec 141 cas suspects notifiés en 2020 dans plusieurs départements, (iii) la rubéole avec 3 cas confirmés avec IgM+ au laboratoire en 2020 à Pointe-Noire, dans la Likouala et la Lekoumou, et (iv) les paralysies flasques aiguës (PFA) avec 99 cas en 2020 dont 89 cas classés non polio (90,81%).

Bien que le Congo ait atteint depuis 2009 le stade de pré élimination du tétanos néo natal et maternel (TMN), le dernier cas notifié remonte au 1er Aout 2015 à Makotimpoko dans le DS de Gamboma. C'est ainsi que face à la menace d'importation du poliovirus sauvage (PVS), se poursuivent la surveillance des PFA débutée en 1999 comme les activités de vaccination visant à maintenir un niveau élevé d'immunisation, malgré l'atteinte en 2009 de l'objectif requis pour la certification de l'élimination de sa transmission.

### **Morbidité spécifique de la femme en âge de procréer**

#### ❖ 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>33</sup>

#### ❖ 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>34</sup>

## **C. Indicateurs de santé de la reproduction**

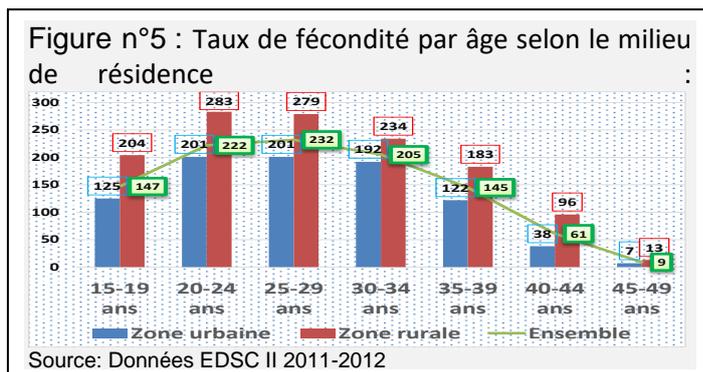
#### ❖ La fécondité des femmes

---

<sup>33</sup>Registre des cancers de Brazzaville. Rapport de fonctionnement, année 2012

<sup>34</sup> P.M. Tebeu et al; Réinsertion psycho-sociale et économique des femmes opérées pour fistules obstétricales et non obstétricales au Congo, 2019

Le Congo est un pays à forte fécondité, avec un ISF mesurant le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme en fin de période féconde, 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°5.



Celle des adolescentes, précoce et à un niveau élevé, se poursuit pendant toute la vie génésique, 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

#### ❖ L'âge moyen du premier rapport sexuel

L'âge au premier rapport est un déterminant direct de l'exposition au risque de grossesse et des IST quand ces rapports sexuels ne sont pas protégés. Dans l'enquête CAP réalisée en milieu scolaire en 2021, cet âge est de 15 ans pour 52% d'adolescentes à Kindamba dans le Pool et de 16 ans pour 76% des adolescentes à Mossendjo dans le Niari.<sup>35</sup> 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.

#### ❖ Les grossesses précoces

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. Dans une étude rétrospective sur les grossesses précoces, 13% des accouchées dont 50,4% des élèves, étaient âgées de 12 à 18 ans.<sup>36</sup>

#### ❖ Les mariages précoces

<sup>35</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.*

<sup>36</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.*

Le code de la famille en son article 128, n'autorise pas de contracter le mariage « avant 21 ans révolus pour l'homme et 18 ans révolus pour la femme », sauf accord des dispenses d'âge pour des motifs graves du Procureur de la République près le Tribunal d'Arrondissement ou de District.<sup>37</sup> Les femmes entrent en union ou vivent maritalement avec un partenaire plus précocement que les hommes. L'enquête CAP en milieu scolaire en 2021 montre que sur les 114 filles interviewées, 1,83% était en union à Kindamba et 17% à Mossendjo<sup>38</sup>. Les mariages ou unions avant 15 ans ont concerné 6,7% des femmes et 0,3% d'hommes, et ceux avant 18 ans, 26,9 % des femmes et 0,4% d'hommes selon le MICS-5 2014-2015.

#### ❖ Les avortements

L'avortement est l'interruption volontaire ou non d'une grossesse avec expulsion complète ou non du produit de conception avant 22 SA ou dont le fœtus pèse moins de 500g. Il se distingue en (i) avortement spontané dû aux causes naturelles, (ii) avortement thérapeutique réalisé sous prescription médicale en milieu de soin pour préserver la santé ou l'intégrité physique et mentale de la femme et (iii) avortement provoqué ou l'interruption volontaire de la grossesse (IVG).

En dépit des dispositions répressives du code pénal du Congo, l'avortement bien que faiblement notifié, est un phénomène récurrent. Pratiqués sur les FAP indifféremment de leur âge et statut matrimonial, à différents âges de la grossesse, ces avortements se réalisent dans les FOSA publiques (39,8%) et privées (32,6%) ainsi qu'à domicile (25,2%) par des professionnels de santé (71,1%) dont les médecins généralistes (25,9%), les infirmiers (17,0%), et 14,1% aussi bien pour les gynécologues que les sages-femmes<sup>39</sup>.

Parmi les 57,5% des femmes de 20 à 39 ans qui y ont recouru dans cette étude, 18,9% n'avaient aucun enfant, 62,8% entre 1 et 4 enfants et 18,3% avec  $\geq 5$  enfants. Trois avortements sur quatre (75,3%) relevaient des femmes de 15 à 29 ans avec une moyenne de 25 ans. L'âge moyen des grossesses interrompues était de 13 SA avec plus d'un avortement sur trois (37,1%) à 6-17 SA et 2% à 25 SA et plus. Les avortements et leurs complications qui touchent dans la plupart des cas des femmes moins âgées ont constitué la troisième cause de DM pré partum (18%) dans une étude réalisée à Brazzaville.<sup>40</sup>

#### ❖ Les violences basées sur le genre (VBG)

---

<sup>37</sup> Code de la Famille du Congo

<sup>38</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.*

<sup>39</sup> ACBEF, *Rapport d'étude sur les avortements provoqués et leurs conséquences au Congo, mars 2016.*

<sup>40</sup> Anki Yambare, *Analyse des déterminants de la mortalité maternelle pré partum en République du Congo 2013-2015*

Les VBG, violation grave des droits de l'homme dont les conséquences sont souvent des urgences médico-psychologiques, se manifestant sous différentes formes (sexuelle, physique, psychosociale, économique), y compris les harcèlements en milieu scolaire et de travail, revêtent fréquemment la forme sexuelle. Les violences domestiques avec coups et blessures volontaires, et surtout les violences sexuelles dont les viols et abus sexuels, constituent un problème social avec des séquelles souvent psychologiques.

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>41</sup> Les agressions sexuelles ont constitué 2,6% des motifs de consultation aux urgences gynécologiques du CHUB de janvier 2014 en décembre 2015. Les victimes, essentiellement féminines (98%), et dont l'âge moyen de 14 ans variait de 2 à 49 ans, étaient en majorité des élèves et étudiants (77,3%). Ces viols, réprimés par le Code pénal (art. 330-334), ne sont pas toujours dénoncés et sanctionnés, la plupart des victimes recourant très tardivement aux services de santé et rarement aux instances judiciaires.

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.

## **5.2.- COUVERTURE DES INTERVENTIONS EN SRMNIA**

Le paquet d'interventions essentielles en SRMNIA selon le continuum des soins est constitué de: (i) la planification familiale (PF), (ii) les soins prénatals (SPN), (iii) les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), (iv) les soins essentiels du nouveau-né (SENN) dans le post-partum immédiat, (v) les soins postnatals (SPON) dans le post-partum et la période néonatale, (vi) la PCIMNE, et (vi) la PEC des adolescents.

### **5.2.1.- Planification familiale (PF)**

#### **❖ Besoins non satisfaits en PF et prévalence contraceptive**

---

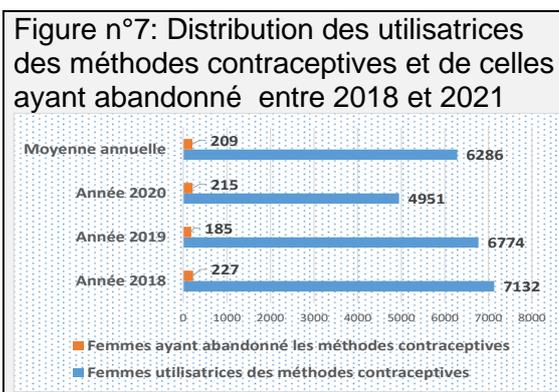
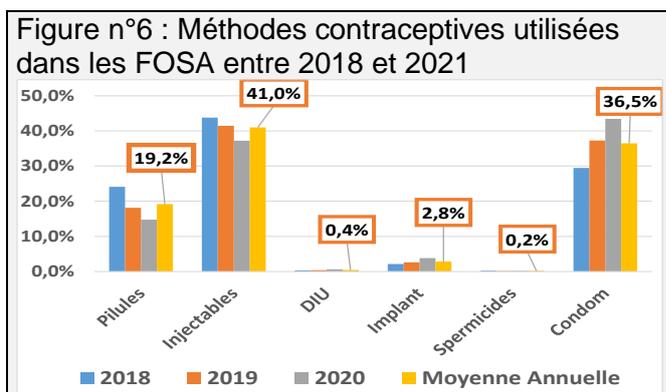
<sup>41</sup> Mbemba Moutounou G, *Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et jeunes en milieu scolaire de Kindamba et de Mossendjo face à la sexualité et la contraception en 2021.*

Les besoins non satisfaits (BNS) en PF déterminent la proportion des FAP mariées, en union ou non, fécondes, n'utilisant aucune méthode contraceptive et souhaitant soit différer la prochaine grossesse d'au moins deux ans, soit ne plus en avoir. Estimés à 17,9% selon le MICS-5/Congo 2014-2015, les BNS augmentent avec l'âge pour ceux en lien avec la limitation de la descendance, et régressent pour ceux liés à l'espacement des naissances. La prévalence contraceptive chez les femmes en union qui s'améliore au détriment de la prévalence traditionnelle avec l'utilisation croissante des méthodes modernes, est estimée à 30,1% selon le MICS-5/Congo 2014-2015.

#### ❖ Disponibilité des services de PF

Selon la revue à mi-parcours du PNDS 2018-2022, les activités de promotion de PF sont réalisées dans 38,5% des DS (20 DS). Les services de PF sont intégrés dans près des 2/3 des FOSA prévues (228 FOSA sur 366 soit 62,3%), dont la moitié à Brazzaville et Pointe-Noire. Près des ¾ des PPS (74,3%) disposent d'au moins un agent formé à la prestation de services de PF contre 70,8% en 2017. La proportion des PPS disposant d'au moins un agent formé à la pose et au retrait d'implants est passée de 46% en 2015 et 49,7% en 2017 à 56,4% en 2019, et celle des PPS dont le personnel formé dispense effectivement les services de PF en baisse de 82,9% en 2017 à 21% en 2019.<sup>42</sup>

#### ❖ Méthodes contraceptives modernes utilisées



Selon les données de routine de 2018 à 2020 collectées dans les FOSA lors des visites de terrain, en dehors des préservatifs (36,5%), les contraceptifs injectables et oraux sont les méthodes les plus prescrites, vendues et utilisées par les femmes avec respectivement 41,0% et 30,1%. L'implant supplante le DIU avec 2,8% contre 0,4%, tandis que les spermicides ont une utilisation marginale (0,2%). Sur 18.857 femmes ayant utilisé des méthodes contraceptives de 2018 à 2020, 627 ont abandonné, soit un taux d'abandon moyen de 3,3%. (3,2% en 2018, 2,7% en 2019 et 4,3% en 2020).

#### ❖ La PEC des IST et de l'infection à VIH au cours des consultations PF

<sup>42</sup> Enquete SPSSR Congo 2014

En 2020, 306 FOSA sur 665 (soit 46%) ont assuré la PEC syndromique des IST, tandis que 318 FOSA sur 665 (soit 48%) ont offert les services de CDV du VIH. On observe l'absence des données non seulement sur les utilisatrices du service PF traitées des IST, ayant bénéficié d'un CDV du VIH ou connaissant leur statut sérologique, mais aussi sur les proportions des femmes vivant avec le VIH (FVVIH) sous contraceptifs ou utilisant les méthodes contraceptives.

### 5.2.2.- Soins prénatals (SPN)

Modèle OMS de soins prénatals ciblés	Modèle OMS 2016 de soins prénatals
<i>Premier trimestre</i>	
Visite 1 : 8-12 semaines	Contact 1 : jusqu'à 12 semaines
<i>Deuxième trimestre</i>	
Visite 2 : 24-26 semaines	Contact 2 : 20 semaines Contact 3 : 26 semaines
<i>Troisième trimestre</i>	
Visite 3 : 32 semaines	Contact 4 : 30 semaines Contact 5 : 34 semaines
Visite 4 : 36-38 semaines	Contact 6 : 36 semaines Contact 7 : 38 semaines Contact 8 : 40 semaines
Revenir pour l'accouchement à 41 semaines si l'enfant n'est pas encore né.	

Les SPN visent à prévenir, reconnaître, diagnostiquer et traiter les problèmes de santé spécifiques pendant la grossesse et préparer la femme enceinte à l'accouchement. Leur paquet d'intervention comprend en sus de l'examen d'échographie, les soins préventifs avec (i) la PTME, (ii) la vaccination antitétanique (VAT), et (iii) la prévention du paludisme, de l'anémie et des carences nutritionnelles. Ces soins prodigués au cours des visites prénatales ou des

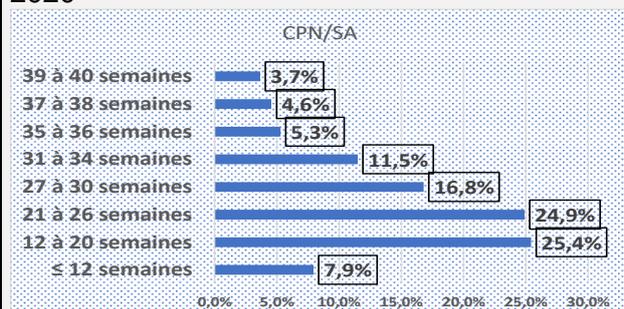
contacts prénatals (CPN) par un professionnel de santé qualifié répondant au profil de médecin, sage-femme et infirmier diplômé d'Etat (IDE) formé en SPN dans une FOSA au Congo, peuvent réduire les risques liés à la grossesse et à l'accouchement..

#### ❖ Disponibilité et utilisation des SPN

Suite aux recommandations de l'OMS de 2016, le nombre des CPN au Congo, est passé de 4 à 8, le premier, précoce, avant la 12<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée (SA), et le dernier entre la 38<sup>e</sup> et la 40<sup>e</sup> SA afin de multiplier les opportunités et les moments de contact de la femme avec le service de santé, notamment au 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse.

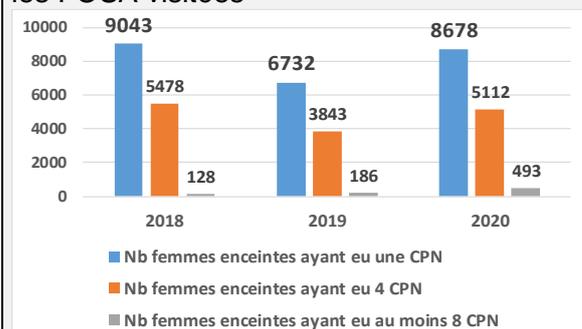
L'offre des SPN est disponible dans 654 FOSA. Selon les normes et procédures, la première visite prénatale (SPN-1) correspondant à l'inscription aux SPN ou aux CPN précoces, se réalise au cours du 1<sup>er</sup> trimestre, avant le 4<sup>e</sup> mois de grossesse ou la 15<sup>e</sup> SA, tandis que l'inscription tardive se situe au-delà de la 30<sup>e</sup> SA ou 6 mois de grossesse. Selon les données de routine de 2020, moins d'une femme enceinte sur dix (4,9%) réalise son premier contact (CPN-1) avant 12 SA et une femme sur quatre (25,4%) s'inscrit entre la 12<sup>e</sup> et la 20<sup>e</sup> SA. Dans 25% des cas, l'inscription aux SPN est tardive.

Figure n°8 : Proportion des femmes au premier contact prénatal selon l'âge de la grossesse en 2020



Source : Données de routine FOSA 2020

Figure n°9 : Nombre des femmes enceintes ayant réalisé les SPN de 2018 à 2020 dans les FOSA visitées



Les données collectées à partir des registres des FOSA visitées dans les 12 départements de 2018 à 2020, montrent que si les femmes ayant bénéficié de 4 CPN représentent plus de la moitié de celles ayant réalisé au moins un CPN avec une moyenne annuelle de 59,9% (60,6% en 2018, 57,1% en 2019 et 58,9% en 2020), celles ayant réalisée les 8 CPN recommandés, n'en représentent que moins de 5% avec une moyenne annuelle de 3,3% (1,4% en 2018, 2,8% en 2019 et 5,7% en 2020).

#### ❖ Vaccination antitétanique (VAT)

La couverture en VAT-2 en 2019 était de 79% contre 75,1% en 2014.<sup>43</sup> Seuls 4 départements sur 12 avaient atteint la couverture universelle de 80%: la Sangha (89%), Brazzaville (85%), Kouilou (84%) et Pointe-Noire (83%). La couverture du vaccin combiné Diphtérie-Tétanos (Td) introduite en 2020 n'est que de 29%.

#### ❖ Dépistage de la syphilis chez les femmes au cours des SPN

Sur les 85.773 femmes bénéficiant des SPN en 2020, seules 23% ayant fait le test Bordet-Wassermann (BW), pour la mise en évidence de la présence des anticorps non spécifiques de la syphilis, ont été dépistées avec une séroprévalence de 3,5% versus 7,1% en 2019<sup>44</sup>

#### ❖ Déparasitage et supplémentation en micronutriments des femmes au cours des SPN

Pour couvrir les besoins en fer très élevés des femmes pendant la grossesse et diminuer la prévalence de l'anémie, celles-ci sont à titre prophylactique non seulement déparasitées au 1<sup>er</sup> trimestre au mebendazole (600 mg repartis sur 3 jours), mais aussi supplémentées en fer à partir du 2<sup>e</sup> trimestre, pendant au moins 90 jours jusqu'à la période du post-partum

<sup>43</sup>MICS-5/Congo 2014-2015

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

à raison de 60mg et 400 µg d'acide folique par jour. Cette supplémentation compte parmi les interventions à haut impact dans la lutte contre la mortalité maternelle.

Les mesures prises dans le cadre du processus national de fortification des aliments de large consommation engagé en 2006, ont permis de rendre disponible sur le marché, la farine de blé fortifiée en fer et en acide folique, et de généraliser la consommation du sel iodé dans plus de huit ménages sur dix (85%)<sup>45</sup>. Actuellement, la farine de soja, l'huile de tournesol et de palme sont utilisées pour prévenir la carence en micronutriment chez les femmes enceintes et femmes allaitantes (FEFA). La réduction/absence des Troubles dus à la carence en iode (TDCI), traduit ainsi l'impact positif de la stratégie du sel iodé pour leur prévention, et leur élimination théorique comme problème de santé publique au pays.

#### ❖ Prévention du paludisme pendant la grossesse

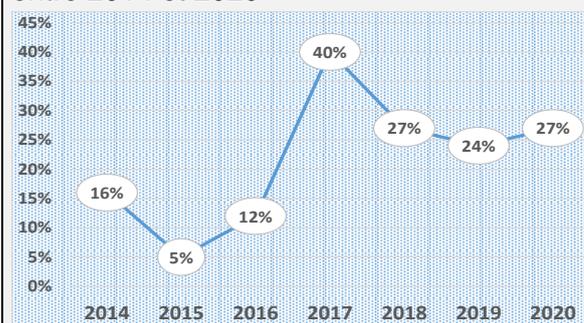
Le paludisme pendant la grossesse comporte des risques importants pour la mère, le fœtus, et le nouveau-né. Pour sa prévention, l'administration aux femmes enceintes du Traitement Préventif Intermittent pendant la grossesse (TPIg) à base de Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP), et l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MIILDA) par les femmes enceintes sont recommandées.<sup>46</sup>

Figure n°10: Répartition de taux de la couverture en TPIg-3 par département entre 2019 et 2020



Source :Rapport annuel PNLP 2020

Figure n°11 : Courbe évolutive de la TPIg- 3 entre 2014 et 2020



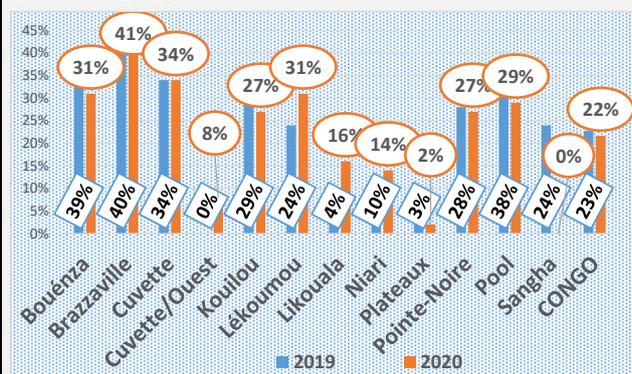
Source: Rapport annuel PNLP 2020

Selon le rapport 2020 du PNLP, 81% et 76% des femmes avaient bénéficié respectivement des deux premières doses de la SP (TPIg-2) et 27% ont pris la troisième dose (TPIg-3). Cette couverture en TPIg-3 de 27% en 2020, varie selon les départements avec des couvertures élevées à Brazzaville (41%), la Cuvette (34%), la Bouenza et la Lékoumou comme illustré dans le graphique ci-dessous. A part la Sangha qui n'a pas renseigné dans la nouvelle application DISH2 en 2020, les départements des Plateaux et de la Cuvette-Ouest sont moins couverts.

<sup>45</sup> MICS-5/Congo 2014-2015

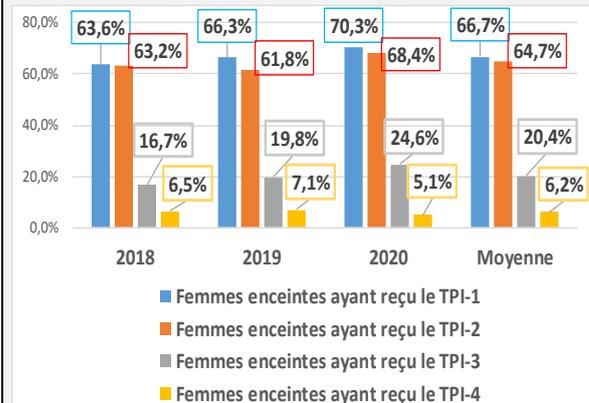
<sup>46</sup> Politique nationale de lutte contre le paludisme au Congo, Février 2006,

Figure n°12 : Répartition de taux de la couverture en TPIg-3 par département entre 2019 et 2020



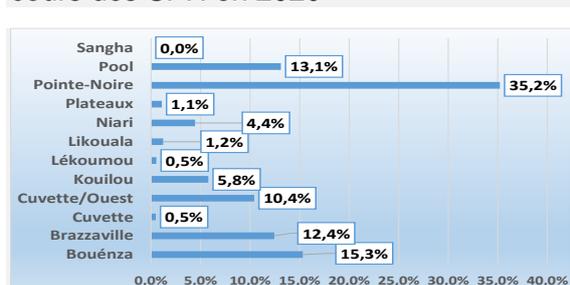
Source : Rapport PNLP 2020

Figure n°13 : Couverture en TPIg des femmes enceintes de 2018 à 2020 dans les FOSA visitées lors de la revue



Le Congo est passé du TPIg-2 à 3 et 4 doses de SP administrées en prise unique par voie orale entre la 16<sup>e</sup> et la 36<sup>e</sup> SA avec un mois d'intervalle minimum entre les prises conformément aux recommandations de l'OMS et pour une couverture d'au moins 80% des femmes enceintes avec TPIg-3 d'ici fin 2023.<sup>47</sup> La courbe évolutive de la couverture en TPIg-3, passée de 5% en 2015 à 40% en 2017 correspondant à la fin de la mise en œuvre de la FDR 2008-2015 du Congo, a connu une baisse avec un minimum de 24% en 2019 avant d'atteindre 27% en 2020. Les registres des FOSA visitées au cours de la revue montrent que 66,7% des femmes ont reçu le TPIg-1 entre 2018 et 2020, 64,7% le TPIg-2 et 20,4% le TPIg-3. La couverture moyenne en TPIg-4 pour ces 3 années est de 6,2% (6,5% en 2018, 7,1% en 2019 et 5,1% en 2020).

Figure n°14 : Répartition par département des 1488 MIILDA distribuées en routine au cours des SPN en 2020



Source : Rapport annuel PNLP 2020

Dans le cadre du PNDS 2018-2022 et d'une campagne de distribution de masse en 2019, un total de 2 640 360 MIILDA ont été distribuées à 1 040 332 ménages. Les résultats préliminaires de l'enquête d'évaluation post campagne réalisée en décembre 2021 estiment à 68,3% la couverture des femmes enceintes en MIILDA. Par ailleurs selon le rapport annuel du PNLP en 2020, seules 1.488 MIILDA, inégalement réparties dans les

départements, ont été distribuées en routine à 33.633 femmes reçues en CPN-1 avec un faible taux de couverture de 4% au niveau national avec 30% dans la Cuvette Ouest et moins de 10 % dans les autres départements.

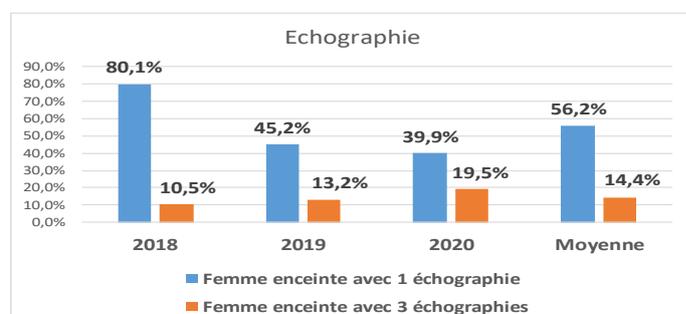
<sup>47</sup> Rapport annuel, PNLP, 2020

### ❖ Conseil et Dépistage du VIH au cours des SPN

L'offre spatiale de ce service en augmentation est disponible dans tous les DS et dans 45% des FOSA publiques et privées offrant les SPN (297 FOSA sur 654) en 2020<sup>48</sup>, contre 29% des FOSA en 2011 avec 102 FOSA sur 350 assurant les SPN. Plus de 1/3 de ces FOSA (38,7%) sont situées à Brazzaville et Pointe-Noire avec une faible implication du secteur privé. En 2014, celle-ci était disponible dans au moins 67,7% FOSA, avec 36,8% des FOSA publiques et 28,6% confessionnelles.<sup>49</sup> Sur 85.773 femmes reçues en CPN en 2020, seules 44.520 pré conseillées ont accepté de faire le test de dépistage (52%), et 652 dépistées VIH+ (3,8%) dont seulement 455 mises sous ARV (69,8%).<sup>50</sup>

### ❖ Echographie

Figure n°15 : Evolution des femmes enceintes selon le nombre d'échographies réalisées de 2018 à 2020



L'échographie est un examen important dans le dépistage des anomalies d'insertion placentaire, le diagnostic de la morphologie, la présentation et le nombre de fœtus, ainsi que la détermination de son âge. Sa disponibilité a été observée dans tous les départements (sauf le Kouilou et la Lékoumou), notamment dans les hôpitaux généraux et 67 FOSA de 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> niveaux des

secteurs public.<sup>51</sup> L'examen des carnets de maternité des parturientes montre que toutes les femmes ne bénéficient pas des 3 échographies recommandées, la première entre la 11<sup>e</sup> et la 15<sup>e</sup> SA, la seconde entre la 21<sup>e</sup> et la 25<sup>e</sup> SA, et la troisième à 7 mois entre la 32<sup>e</sup> et la 35<sup>e</sup> SA. Selon les données collectées dans les registres des FOSA visitées, en moyenne, 56,2% des femmes enceintes inscrites aux SPN ont bénéficié d'une échographie entre 2018 et 2020, et seulement 14,4% des 3 échographies (Figure n°15). L'enquête réalisée dans 24 hôpitaux en 2017 et 2018, avaient relevé que 52% des femmes ayant accouché avaient réalisé au moins une échographie obstétricale, 9,38% en ont réalisé 3, et une femme sur dix (10,42%) n'en a même pas réalisé.<sup>52</sup>

<sup>48</sup> PNLS : Rapport annuel Suivi et Evaluation du VIH et au sida 2020

<sup>49</sup> Enquête SPSR 2014

<sup>50</sup> PNLS : Rapport annuel Suivi et Evaluation du VIH et au sida 2020

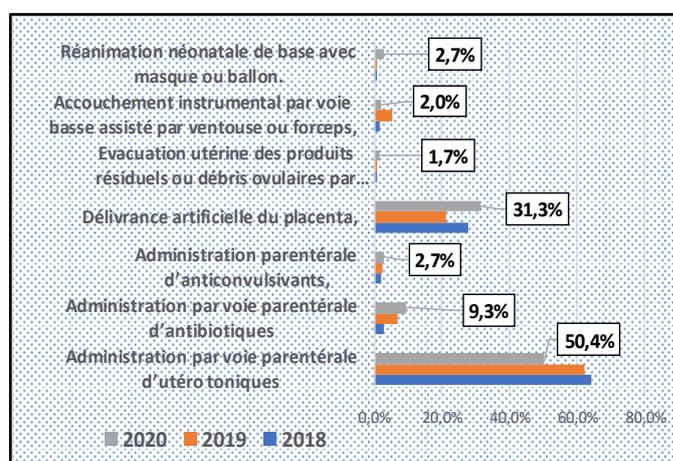
<sup>51</sup> Rapport à mi-parcours du PNDS 2018-2022

<sup>52</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,

### 5.2.3.- Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

Le paquet de SONU de base (SONUB) comporte 7 fonctions essentielles dont: (i) l'administration parentérale des antibiotiques, (ii) l'administration parentérale d'utéro toniques ou d'ocytociques (iii) l'administration parentérale d'anticonvulsivants, (iv) la délivrance artificielle du placenta, (v) l'évacuation utérine des produits résiduels ou débris ovulaires par aspiration ou curetage, (vi) l'accouchement instrumental par voie basse assisté par ventouse ou forceps, et (vii) la réanimation du nouveau-né avec masque ou ballon. Les FOSA à SONU complet (SONUC) disposant de 9 fonctions, offrent en plus des SONUB, (i) la chirurgie obstétricale dont la césariennes et les interventions obstétricales majeures (IOM) et (ii) la transfusion sanguine.

Figure n°16 : Les fonctions SONU de base les plus offertes de 2018 à 2020 dans les FOSA visitées



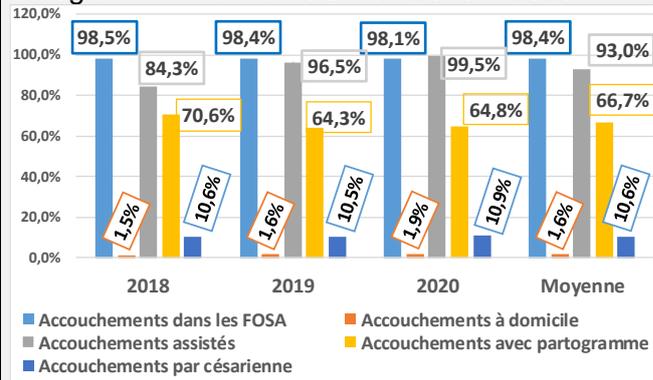
De l'observation des activités des FOSA et de l'examen de leurs registres, il ressort que toutes les fonctions SONU ne sont pas assurées dans ces maternités. Parmi les fonctions les plus fréquemment assurées entre 2018 et 2020, trois (03) émergent: (i) l'administration parentérale d'utéro tonique avec 50,4% des FOSA, (ii) la délivrance artificielle du placenta (31,3%) et (ii) l'administration parentérale d'antibiotique (9,3%). Les moins assurées comme dans l'enquête

SONU 2013, ont été (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

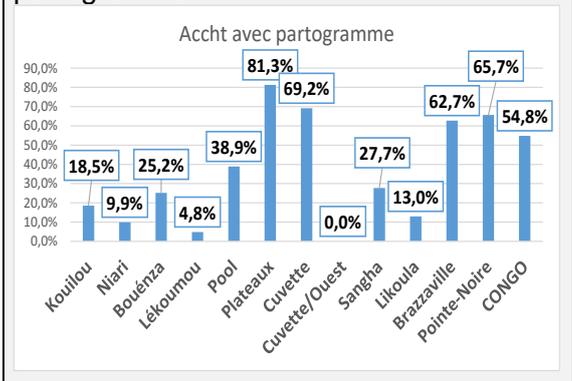
Des registres des FOSA visitées, il ressort que sur 71.514 accouchements enregistrés de 2018 à 2020, 98,4% se sont réalisés en milieu de soin et 1,6% à domicile, tandis que 93,0% étaient assistés d'un prestataire de santé qualifié (médecin, sage-femme et IDE formé en SONU) et 10,6% réalisés par césariennes. Selon le rapport 2019 de la DGPOP, sur 53.971 accouchements enregistrés, 52.298 se sont réalisés dans les FOSA (96,9%), et 1651 à domicile (3,1%) contre 97,9% et 2,1% en 2016. Ces accouchements étaient pour la plupart eutociques (85,9%) tandis que 3,3% dystociques et 10,8% par césarienne.

Figure n°17: Proportion des accouchements enregistrés dans les FOSA de 2018 à 2020



Source : Registres des FOSA 2018-2020

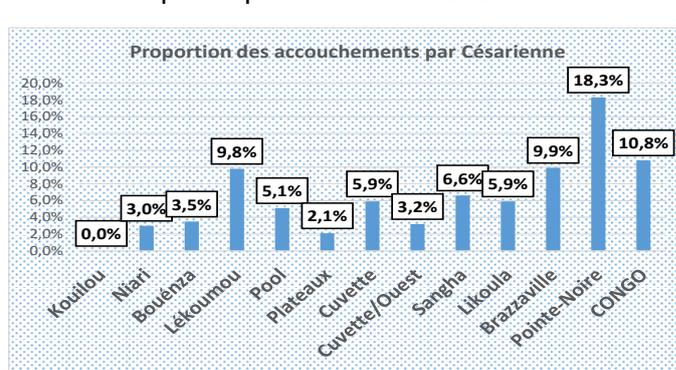
Figure n°18: Proportion des accouchements réalisés avec le partogramme



Le partogramme, outil de suivi de l'évolution du travail d'accouchement a été retrouvé dans pratiquement toutes les FOSA réalisant les accouchements. 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.

#### ❖ Les accouchements par césarienne

Figure n°19: Proportion des accouchements par césarienne par département en 2019



Source : Rapport DGPOP 2019

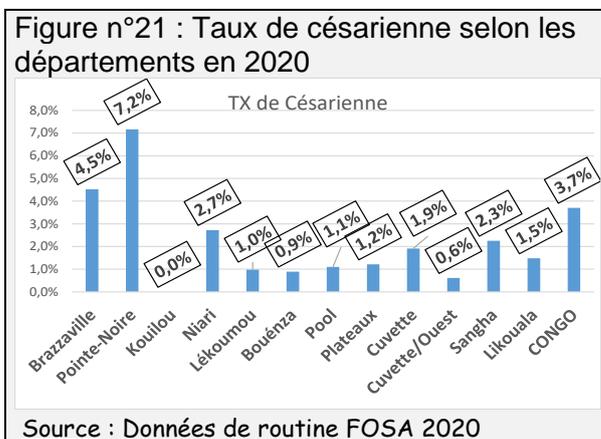
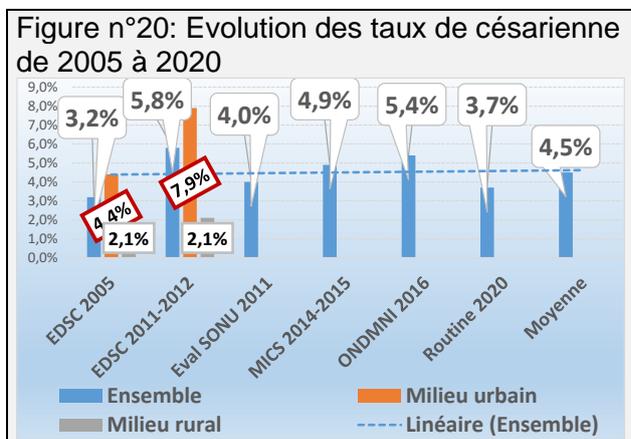
Selon les données des registres des FOSA visitées au cours de la revue dans les 12 départements, un peu plus d'un accouchement sur dix s'est produit par césarienne, 10,6% entre 2018 et 2020. Selon le rapport 2019 de la DGPOP, sur 52.320 accouchements réalisés dans les FOSA au cours des 3 premiers trimestres, 5 661 se sont terminés par une césarienne (10,8%), avec des disparités départementales allant de 18,3% à Pointe-Noire à 2,1% dans les

Plateaux, et 0% dans le Kouilou. Plus de huit césariennes sur dix (83,8%) a été réalisée à Pointe-Noire (59,8%) et Brazzaville (24,0%), contre 81,8% en 2016 et 70,52% en 2013 avec 36,26% à Brazzaville et 34,26% à Pointe-Noire.<sup>53</sup>

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

<sup>53</sup> Enquête SONU 2013,

de naissances attendues est de 3,7% en 2020 au niveau national contre 5,4% en 2016<sup>54</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).



Les principales indications des césariennes de 2018 à 2020 ont été, le HTA (16,3%) avec ses complications l'éclampsie (14,9%) et la pré éclampsie (4,4%), les dystocies (23,1%), le placenta prævia (12,2%). l'utérus cicatriciel (10,8%), la souffrance fœtale (10,2 %), et l'hématome rétroplacentaire (7,9%)

#### ❖ L'offre de la PTME dans les SONU

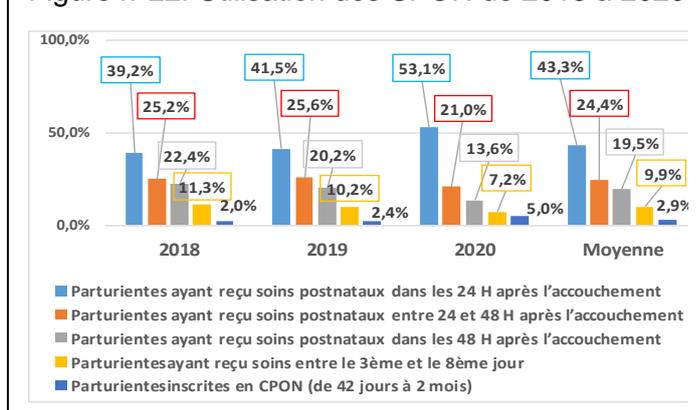
Le CDV du VIH est systématiquement proposé aux parturientes ne connaissant pas leur statut sérologique et la prophylaxie ARV initiée pour celle dépistées VIH+ et leur nouveau-né dans la salle de travail et en postpartum. Sur 2385 femmes enceintes VIH+ attendues en 2020, seules 969 femmes (40,6%) ont été suivies et mises sous ARV, dont près de 2/3 (63,8%) à Brazzaville (34,7%) et Pointe-Noire (29,1%). Un total de 312 femmes VIH+ ont accouché dont 56,9% dans ces villes, 5,2% ont été perdues de vue et 1,5 % décédées.

#### **5.2.4.- Soins postnatals (SPON)**

Les SPON dont la surveillance de l'accouchée, aident à prévenir les complications après l'accouchement, une proportion importante de décès maternels (DM) et des nouveau-nés survenant dans la période néonatale se produisant dans les 48 heures qui suivent l'accouchement.

<sup>54</sup> Rapport ONDMI 2016

Figure n°22: Utilisation des SPON de 2018 à 2020



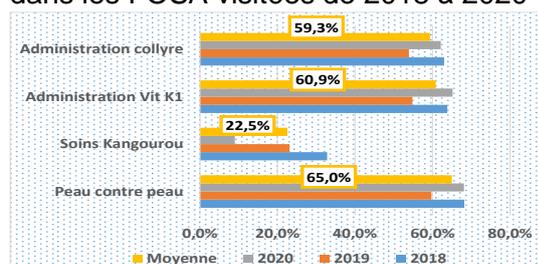
Selon les données recueillies dans les registres des FOSA visitées, en moyenne, de 2018 à 2020, 43% des parturientes ont bénéficié des SPON dans les 48 h après l'accouchement, 4,4% entre 24h et 48h, 19,6% entre dans les 48h et moins d'une femme sur dix (5,9%) entre le 3<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> jour, seulement 2,9% à partir du 42<sup>e</sup> jour. Une utilisation plus importante des SPON dans les 2 premiers jours

suivant l'accouchement est plus observée en 2020 avec 74,2% qu'en 2018 (64,4%).

### 5.2.5.- 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 dans la salle d'accouchement ou au besoin à proximité, avec un équipement apprêté pour l'accueil et la réanimation éventuelle du nouveau-né : au minimum une paillasse ou une table de réanimation, un matelas, une source lumineuse et chauffante, un matériel d'aspiration et de désobstruction des mucosités, de perfusion, de ventilation et d'oxygénation, ainsi qu'un stéthoscope médical et des gants stériles. Toutes les maternités ne disposent pas de ces coins bébé, ceux retrouvés dans certaines FOSA avec souvent l'absence d'une lampe chauffante ne répondent pas toujours aux normes.

Figure n°23: Soins néonataux d'urgence dans les FOSA visitées de 2018 à 2020



Source : Données des registres des FOSA

En dehors des soins Kangourou 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. L'enquête réalisée dans les services de santé maternelle et infantile (SMI) de 24 hôpitaux, montre que le contact peau contre peau est assuré dans 81% des naissances, et seulement 6% des nouveau-nés

sont séparés de leurs mères les premiers moments pour garantir une meilleure PEC.<sup>55</sup>

Dans certains hôpitaux, des services de néonatalogie assurent la surveillance médicale des nouveau-nés et la réanimation néonatale. Ces services animés généralement par des pédiatres appuyés par une équipe d'infirmiers, d'agents techniques de santé (ATS) et d'auxiliaires puéricultrices pour la PEC prioritairement des nouveau-nés malades, sont soit

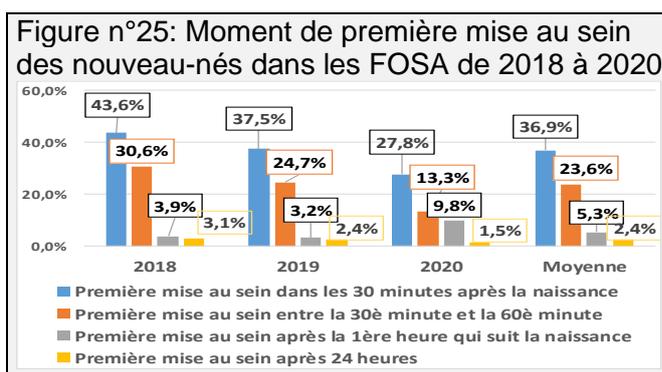
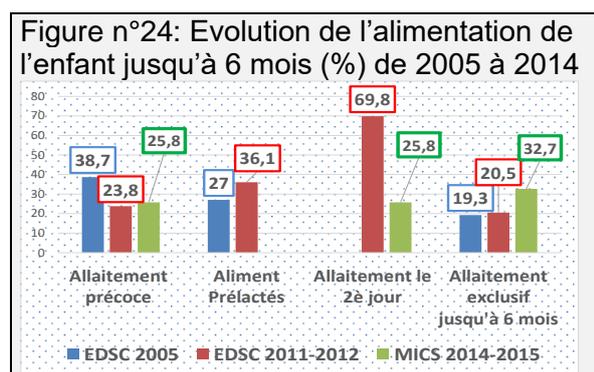
<sup>55</sup> Rapport d'enquête sur la perception de la qualité des soins dans les services de SMI dans 24 hôpitaux du Congo en 2017 et 2018 par les bénéficiaires et les prestataires,

des structures autonomes comme au CHUB, à l'HSME Blanche Gomes et dans les HG A Sicé et Loandjili, 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 dans certains hôpitaux est rarement maintenue au-delà de 24 heures.

### 5.2.6.- Soins postnatals dans le postpartum et la période néonatale

#### ❖ Allaitement et aliment de complément

La pratique de l'allaitement, pourvoyeur de nutriments essentiels et d'anticorps indispensables à une bonne croissance et à la défense de l'organisme contre les infections, est très répandue au Congo. 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>e</sup> minute et la 60<sup>e</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>56</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). Un peu plus de la moitié des accouchées (55,1%) ont allaité leurs nouveau-nés plus d'une heure après l'accouchement en 2017 et 2018 selon l'enquête sur la perception de la qualité des soins dans les services de SMI dans 24 hôpitaux du Congo.

Le taux d'allaitement pendant les six premiers mois de la vie, bien qu'en augmentation, est de 37% en 2021 avec un minimum de 18% à Pointe-Noire et un maximum de 54%

<sup>56</sup> MICS-5/Congo 2014-2015

dans la Likouala<sup>57</sup> contre 32,7% en 2014<sup>58</sup>, reste encore faible. 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>59</sup> La durée moyenne de l'allaitement de 12 mois varie de 11 à 14 mois au lieu de 24 mois recommandée par l'OMS. Les aliments de complément (purées, aliments solides ou semi-solides), riches en nutriments sont introduits chez les enfants de 6 à 9 mois, l'allaitement seul n'étant plus suffisant.

#### ❖ Immunisation

Pendant la période néonatale, l'immunisation concerne essentiellement 2 antigènes: le vaccin contre la poliomyélite (VPO) administré à la naissance et le BCG.

### **5.2.7.- Soins des enfants**

#### ❖ Prise en charge intégrée des maladies du Nouveau-né et de l'enfant (PCIMNE)

La PCIMNE s'appuie sur trois composantes, l'amélioration des compétences des agents de santé, l'amélioration du système de santé nécessaire à une bonne PEC des maladies et l'amélioration des pratiques familiales et communautaires en matière de santé du nouveau-né et de l'enfant. Lancée au Congo en 2001 avec la composante clinique pour faire face à la morbi-mortalité infantile, elle comporte outre les interventions curatives, préventives et promotionnelles dont la vaccination, l'allaitement exclusif et l'alimentation complémentaire). La composante communautaire de la PCIMNE avec entre autre la mobilisation communautaire et la communication pour la promotion de l'allaitement exclusif, l'alimentation complémentaire, la PEC des cas de diarrhée infantile, des cas présumés de paludisme et de pneumonie au niveau communautaire, et les visites à domicile (VAD), a connu un retard pour son démarrage.

La composante clinique dans son premier volet s'appuie sur l'amélioration des techniques de PEC des cas (diarrhée, pneumonie, paludisme, malnutrition...) par le personnel de santé à travers la formation et l'utilisation des directives locales adaptées. Dans son deuxième volet, elle vise l'amélioration du système de santé à travers le renforcement de la planification, la disponibilité des médicaments essentiels, des fournitures nécessaires à la PEC efficace des cas, la surveillance de qualité, la supervision, l'amélioration des systèmes d'orientation, d'information sanitaire et l'organisation efficiente du travail. La stratégie mise en œuvre prend en compte les causes directes de mortalité infantile

---

<sup>57</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>58</sup> MICS-5/Congo 2014-2015

<sup>59</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,

juvénile : les IRA en particulier la pneumonie, la diarrhée, le paludisme, la rougeole, la malnutrition, le SIDA pédiatrique et certains aspects de la nutrition et de la vaccination.

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%). Près des  $\frac{3}{4}$  des hôpitaux de district (71,9%) appliquent la stratégie Tri-Evaluation-Traitement des Urgences (TETU) pédiatriques (71,9%), 69 maternités ont été équipées en matériels de soins du nouveau-né dans les départements.<sup>60</sup> En dehors de quelques formations 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<sup>61</sup>. Le recours à d'autres modes de traitement (comprimés, sirop, injection, solution intraveineuse), est une pratique courante et concerne 48% des cas.

#### ❖ Déparasitage et supplémentation en micronutriments

La supplémentation en Vit A et le déparasitage systématique sont intégrés dans le PMA des CSI. En 2019 les campagnes de masse ont permis de supplémenter plus de 700 mille enfants de 6 mois à 5 ans en Vit A et leur déparasitage au Mebendazole, une couverture de 89% a été atteinte à cette occasion.<sup>62</sup> En raison de la survenue de la COVID-19, les campagnes prévues en 2020 n'ont pas pu être réalisées et les activités du programme ont été fortement impactées, avec entre autres conséquences la chute du taux de couverture, passant de 79% en 2019 à 68,8% en 2020. Ici le défi majeur concerne l'initiative globale sur la Vit A. Il s'agit de préparer le pays à l'autonomie d'approvisionnement en vit A.

#### ❖ Utilisation des MIILDA chez les enfants

Selon les données provisoires de l'enquête d'évaluation post campagne nationale 2019 de distribution des MIILDA réalisée en décembre 2020, la couverture des enfants de moins d'un an est de 67,7% et celle des moins de 5 ans de 59,9%.

#### ❖ PEC du SIDA pédiatrique (PECP)

La PECP consiste entre autres à la PEC des infections opportunistes, à la mise sous traitement ARV, la PEC nutritionnelle et psycho sociale des EVVIH de 0 à 14 ans. Son

---

<sup>60</sup> Rapport à mi-parcours du PNDS 2018-2022, Congo

<sup>61</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>62</sup> Revue à mi-parcours PNDS 2018-2020

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.

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 VIH+ ayant bénéficié de la prophylaxie ARV, un total de 274 enfants (soit 87,8%) en 2020 contre 257 en 2019, a été mis sous traitement ARV dont 196 dans les 72 h suivant leur naissance, 41 après 72 h et 27 sont décédés dans leur premier mois de vie.<sup>63</sup>

#### ❖ Couverture vaccinale

Le PEV, dont l'objectif est d'assurer l'immunisation universelle des enfants et la réduction de l'incidence de ses maladies cibles, s'est doté d'un Plan Pluri Annuel Complet (PPAC) couvrant la période 2018-2022, et aligné sur le PNDS 2018-2022. Sa population cible de routine est constituée des enfants de 0 à 18 mois et des femmes enceintes représentant respectivement 4% et 4,32% de la population générale. Son calendrier vaccinal pour les enfants comporte 12 antigènes pour leur protection contre 12 maladies graves évitables par la vaccination (Tuberculose, Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Méningites à haemophilus type b et à Pneumocoques, Hépatite B, Fièvre jaune, pneumonie, rougeole et rubéole et les diarrhées dues au rotavirus).

Les vaccinations se font selon 3 stratégies fixe, avancée et mobile. Les vaccinations de routine se réalisent en stratégie fixe au cours des consultations préscolaires (CPS) pour les enfants de moins de 5 ans dans les 382 centres fixes de vaccination (CFV) implantés dans les FOSA dont 84,5% publiques et 13,8% privés. La stratégie avancée est souvent organisée dans l'aire de santé par l'équipe de santé du CFV. Au cours des deux premières années de mise en œuvre du PPAC 2018-2022, la couverture vaccinale (CV) est passée de 69% à 79%, inversant sa tendance à la baisse entre 2014 et 2017, où elle avait chuté de 86% à 69%.<sup>64</sup> Seule celle du BCG est de 73% en 2020 contre 80% en 2019.

#### ❖ PEC en charge la malnutrition

L'offre de la PEC de la malnutrition est disponible selon le rapport à mi-parcours du PNDS dans 267 FOSA disposant d'une unité de PEC. 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

---

<sup>63</sup> PNLS : Rapport annuel Suivi et Evaluation du VIH et au sida 2020

<sup>64</sup> Rapport annuel PEV 2020, Congo

7361 ont été récupérés (55,5%) et 69 sont décédés (0,5%).<sup>65</sup> Dans le cadre du projet Food For Peace avec l'appui financier de l'USAID/UNICEF, 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).

### **5.2.8.- PEC des adolescents**

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. 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 en sus des violences de tout genre, aux traumatismes, accidents de voie publique, aux psychoses et à l'inadaptation à l'environnement psychosocial. 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.

Des réponses ont été apportées à ces comportements déterminés par certaines variables d'identification sociale telles que : l'âge, le sexe et les variables contextuelles comme la communication avec les parents, la fréquentation des structures d'encadrement des jeunes. Des programmes de sensibilisation des adolescents et des jeunes pour la prévention des IST/VIH-SIDA et des grossesses non désirées ont été mis en place. Les services d'hygiène scolaire actuellement service de santé scolaire et universitaire (SSSU) ont entre autres missions de surveiller le milieu scolaire et universitaire ainsi que la santé collective et individuelle des élèves et étudiants, à travers (i) l'organisation des visites médicales systématiques (VMS) avec suivi des paramètres biométriques en vue de dépister de façon précoce les maladies et handicaps physiques, sensoriels, et mentaux, (ii) la prévention des maladies y compris les IST/VIH/SIDA, les grossesses précoces et non désirées, et (iii) les premiers secours, le traitement et l'orientation des cas pathologiques vers les services compétents.

Malheureusement, toutes ces actions n'ont pas permis d'améliorer de façon significative la situation de la santé des intéressés du fait de l'inexistence d'orientation stratégique, de l'insuffisance de couverture géographique et de coordination des interventions, ainsi que de faibles taux de réalisation des plans élaborés dont le plan SRMNIA 2018-2022. Les centres de santé scolaires implantés dans les établissements scolaires, estimés à une vingtaine il y a une trentaine d'année, pour la plupart délabrés, sous équipés et

---

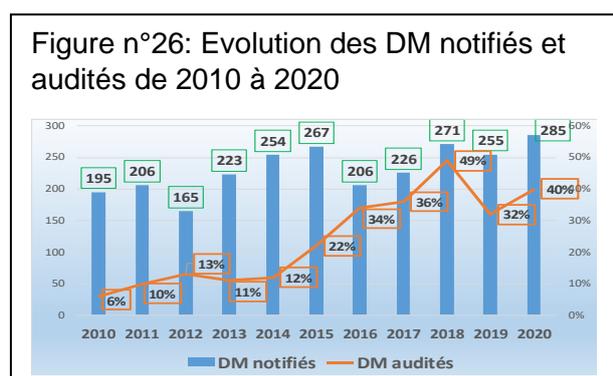
<sup>65</sup> Rapport à mi-parcours du PNDS 2018-2022, Congo

insuffisamment financés et dotés en médicaments essentiels et en intrants, ne sont pratiquement plus opérationnels et occupés pour certains par d'autres institutions.

### 5.2.9.- Surveillance des décès maternels, néonataux et infantiles (SDMNI)

L'ONDMNI mis en place en 2010 en réponse à l'importance des décès maternels (DM) comme cadre de mise en œuvre a pour mission principale de collecter, d'analyser, de traiter et de diffuser les données relatives aux décès maternels, néonataux et infantiles (DMNI).<sup>66</sup> Il s'est doté des documents juridiques et techniques, dont une Charte, un Règlement intérieur, et des textes institutionnalisant les audits des DM. Des comités départementaux de ces audits, coordonnés par les préfets et animés par les DDS et comprenant les médecins-chefs des DS, les représentants des hôpitaux, les administrateurs de l'Etat civil et un représentant de la communauté ont été mis en place. Des formations ont été organisées, des relevés épidémiologiques hebdomadaires publiés, et des revues et audits des décès maternels et néonataux réalisés dans quelques hôpitaux, avec 33,9% des DM audités entre 2018 et 2020.

#### Ampleur et causes des décès maternels (DM)



Les DM surviennent pendant la grossesse, l'accouchement ou dans les deux mois suivant l'accouchement. La proportion des DM audités en augmentation constante jusqu'en 2018 avec 49%, a connu une baisse en 2019, signe d'un relâchement de la surveillance comme illustré dans le graphique ci-contre. Entre 2018 et 2020, 696 DM dont 117 extrahospitaliers (16,8%) ont été enregistrés dans les FOSA visitées.

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 des causes indéterminées (4,9%). Les causes directes sont dominées par les hémorragies avec 58,9% des cas, suivies de l'éclampsie avec 25,1%, les infections du postpartum et du post abortum (10,2%) et l'embolie amniotique (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%).

#### ❖ Ampleur des décès périnataux, néonataux et infantiles

<sup>66</sup>Note de service n°000277/MSP-CAB.10, du 12 mai 2010 mettant en place l'Observatoire, renouvelé par note de service n°000 316/MSP-CAB.16, du 16 juillet 2016.

Les décès des enfants de moins de 5 ans sont constitués des ceux de moins de 28 jours (décès néonataux), de 1 mois à < 12 mois (décès postnatals) et des enfants à partir de 12 mois jusqu'à 59 mois (décès juvéniles). Les décès périnataux, surviennent dans la période s'étendant de la 28<sup>e</sup> SA au 7<sup>e</sup> jour de vie extra utérine, et comprennent les mortinatalités ou mortinaissance et les décès néonataux précoces.

La mortinatalité, expulsion d'un fœtus mort après 22 SA, (avant 22 SA cette expulsion correspondant à un avortement ou une fausse couche), se distingue en décès antepartum (mort-nés macérés) avant le début du travail et décès intrapartum (mort-nés frais) après le début du travail. Selon les données de l'ONDMNI en 2020, sur 60.264 naissances, 1564 mort-nés ont été notifiés (2,6%) dont 52,3% mort-nés macérés (818 soit 15 décès par semaine) et 47,7% frais (746 soit 14 décès par semaine) contre 1779 mort-nés sur 82.922 naissances<sup>67</sup> (1,42%) en 2016. Le taux de mortinaissance est de 26‰ en 2020 contre 25,3‰ en 2016.

Tableau VII: Distribution des mort-nés par département en 2020

DEPARTEMENTS	Mort-nés macérés		Mort-nés frais		Total des Mort-nés	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Brazzaville	351	42,9%	228	30,6%	579	37,0%
Pointe-Noire	265	32,4%	258	34,6%	523	33,4%
Kouilou	1	0,1%	3	0,4%	4	0,3%
Niari	25	3,1%	55	7,4%	80	5,1%
Lékoumou	2	0,2%	1	0,1%	3	0,2%
Bouéza	39	4,8%	39	5,2%	78	5,0%
Pool	13	1,6%	23	3,1%	36	2,3%
Plateaux	12	1,5%	19	2,5%	31	2,0%
Cuvette	38	4,6%	35	4,7%	73	4,7%
Cuvette-Ouest	17	2,1%	5	0,7%	22	1,4%
Sangha	38	4,6%	49	6,6%	87	5,6%
Likouala	17	2,1%	31	4,2%	48	3,1%
CONGO	818	100,0%	746	100,0%	1564	100,0%
	52,3%		47,7%		100,0%	

Source : Rapport ONDMNI 2020.

Ce taux qui a augmenté de 1,42% en 2016 à 2,6% en 2020 est attribuable certainement à une grande sensibilisation et formation des prestataires à l'importance de la notification des mortinaissances. Nonobstant cette augmentation, ce taux est assurément sous-estimé, avec la faible notification de ces décès malgré l'évidence de leur survenue dans certains départements, notamment dans le Kouilou (4 décès pour 738 naissances soit un taux de

mortinatalité de 5,4‰) et la Lékoumou (3 décès pour 369 naissances soit un taux de mortinatalité de 8,1‰). Plus des 2/3 de ces décès (70,4%) se sont produits à Brazzaville (37,0%) et Pointe-Noire (33,4%). Chaque semaine, 30 mort-nés sont enregistrés dont 16 macérés et 14 frais. La cible visée dans tous les pays d'ici 2030 est d'au plus 12 mort-nés pour 1000 naissances selon l'Assemblée mondiale de la santé de 2014. Le Congo est actuellement à 26 décès pour 1000 naissances en 2020.

<sup>67</sup>Rapport ONDMNI en 2016, Congo

Tableau VIII : Distribution par département des décès néonataux précoces et tardifs en 2020

DEPARTEMENT	Décès néonataux	Décès Neonatals précoces ( 0 à 7 j)	Décès Neonatals tardifs (8 à 28 j)
Kouilou	2	2	
Niari	5	5	
Bouéza	2	2	
Lékoumou	39	17	22
Pool	34	34	
Plateaux	5	5	
Cuvette	24	23	1
Cuvette/Ouest			
Sangha	13	13	
Likouala	27	25	2
Brazzaville	147	135	12
Pointe-Noire	492	448	44
<b>CONGO</b>	<b>790</b>	<b>709</b>	<b>81</b>
		<b>89,7%</b>	<b>10,3%</b>

Source : Rapport ONDMNI 2020,

Les décès néonataux, concernant les enfants nés vivants et morts avant le 28<sup>e</sup> jour de vie, comprennent les décès néonataux précoces relatifs aux enfants nés vivants puis décédés au cours de la 1<sup>ère</sup> semaine de vie extra-utérine, et les décès néonataux tardifs survenant entre le 7<sup>e</sup> et le 28<sup>e</sup> jour de vie extra-utérine. Selon le rapport préliminaire de l'ONDMNI 2020, sur 790 décès néonataux notifiés, 709 étaient précoces (89,7%) et 81 tardifs (10,3%). Le ratio de mortalité néonatale est estimé à 34,0‰ et celui de la mortalité infantile à 49,4‰, celui de la mortalité infanto-juvénile à 68,2‰.

De nombreux décès extrahospitaliers parmi les enfants de 0 à 10 ans ont été enregistrés en 2019 notamment à Brazzaville et surtout à Pointe-Noire. Sur un total de 2832 corps en dépôt enregistrés à Brazzaville, plus de 1/3 relevait des enfants de 0 à 10 ans (1069 corps soit 38%), dont 756 corps en dépôt à la morgue de Makélékélé (71%), et 313 corps en dépôt à la morgue de Talangai (29%). A Pointe-Noire, sur un total 853 corps en dépôt, plus de neuf corps sur dix relevaient des enfants de < 10 ans (830 soit 97%), dont 730 enregistrés à l'hôpital A Sicé (88%) et 100 à l'hôpital de base de Tié-Tié (12%).

### 5.3.- INDICATEURS DES POLITIQUES ET SYSTEME DE SANTE EN SRMNIA

Ces indicateurs concernent la gestion du programme SRMNIA, son financement, ses approvisionnements et ses stocks d'intrants, ses RH et son information stratégique.

#### 5.3.1.- De la gouvernance et planification en SRMNIA

La grande faiblesse du plan SRMNIA 2018-2020 est celle de ne pas avoir été budgétisé et surtout vulgarisé. Elaboré et validé avant le PNDS 2018-2020, elle a l'essentiel de ses interventions intégrées dans ce PNDS. Pour sa mise en œuvre, aucune stratégie ni aucun plan de plaidoyer et de mobilisation des ressources financières internes et externes n'ont été développés.

Il en a été de même pour le développement des instruments de sa mise en œuvre et suivi prévus tels que (i) un cadre de concertation pour la coordination et le suivi du plan au niveau central dont le comité de coordination intersectorielle en SR et en santé des adolescents et des jeunes et la plateforme de concertation des structures du MSP impliquées dans la mise en œuvre des activités, (ii) une cartographie des interventions des PTFs et ONG impliqués et œuvrant dans la SRMNIA, ainsi que celle des FOSA SONU

y compris privées, (iii) des mécanismes de certification et d'accréditation des FOSA privées pour le développement du partenariat public privé autour de la SRMNIA. Dans le cadre de la planification, la DGPOP et ses directions centrales n'ont pas accompagné l'élaboration des plans de développement et des POA des DDS et DS comme ceux des projets et programmes impliqués pour y intégrer les priorités de la stratégie.

La faible coordination des interventions à tous les niveaux et l'insuffisance de concertation entre les différents programmes de santé impliqués, ont entraîné leur chevauchement et duplication. La faible dissémination des documents techniques tels que la stratégie intégrée SRMNIA 2018-2022, les ordiogrammes, normes et procédures de la SRMNIA au niveau intermédiaire et opérationnel ont eu pour conséquence, leur insuffisante application. 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.

### **5.3.2.- Du financement de la SRMNIA**

Selon les comptes nationaux de santé (CNS) pour la période 2016-2018, 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. Le financement de la santé pendant cette période a été essentiellement assuré par les ménages avec 46,7%, le Gouvernement (39,0%), les entreprises (8,1%), le Reste du Monde (5,9%) et les ONGs et fondations nationales (0,3%).<sup>68</sup> La dépense totale de santé (DTS), passée de 177.663.966.584 francs CFA en 2016 à 149.785.996.550 francs CFA en 2018, a connu une baisse de 15,7% entre 2016 et 2018. Cette baisse s'explique essentiellement par : (i) la diminution du financement des PTFs, (ii) l'arrêt de certains de leurs projets, et (iii) le faible taux de décaissement des dépenses de santé du Gouvernement.

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>69</sup>

---

<sup>68</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

<sup>69</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

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. Leur suivi en général insuffisant et déficient en hypothèque la pérennisation. 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.

Contrairement à la lutte contre le VIH /SIDA et la vaccination, dont les programmes sont relativement mieux financés et fortement appuyés par les PTFs, le financement public est très faible pour certains domaines d'intervention de la SRMNIA tels que la PF, la lutte contre la malnutrition et la promotion de l'hygiène. En l'absence des données actualisées des CNS et des sous comptes spécifiques de la SRMNIA, il est difficile d'estimer le poids du financement réservé à chacun d'entre eux.

### **5.3.3.- De l'information sanitaire en SRMNIA**

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 de l'information sur les statistiques sanitaires à travers des rapports trimestriels et annuels, et (ii) la Direction de l'Informatique pour la gestion et la maintenance du réseau internet et du parc informatique à tous les niveaux. Au niveau intermédiaire, les DDS à travers les services de l'action sanitaire, des études et planification et le secteur opérationnel des grandes Endémies (SOGE) 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.

Avec la non reprogrammation du plan de développement du S&E (PDSE) 2011-2015 arrivé à terme et non évalué, le SNIS semble fonctionner à vue. Le plan d'amélioration de la qualité des données tel que prévu par le PNDS n'a pas été élaboré. Bien que l'application de gestion du système d'information du district sanitaire (DHIS2) ait été déployée dans les 12 départements du pays, son utilisation n'est pas encore 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 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 malheureusement 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 dans le domaine de la SRMNIA, non structurée, irrégulière, insuffisamment coordonnée et financée, tarde à fournir, actualiser et capitaliser les données factuelles, et à vendre les acquis des programmes.

#### **5.3.4.- Gestion des médicaments, matériels médicaux 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. Cette 8<sup>e</sup> version compte 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.

Le Congo dispose de deux réseaux d'approvisionnement et de distribution des médicaments dans le pays : (i) le réseau public avec la CAMEPS et ses deux agences (Brazzaville et Pointe-Noire), et (ii) le réseau privé organisé à deux niveaux : les grossistes répartiteurs au nombre de sept (7) et les détaillants.

La CAMEPS est organisé à 3 niveaux. Au niveau central, la centrale d'achats assure l'approvisionnement, le stockage la distribution de l'ensemble des médicaments essentiels, et produits de santé. Au niveau intermédiaire, les DS jouent le rôle de dépôt de district et distribuent les médicaments aux CSI et HB. Le plan de distribution est normalement d'un approvisionnement trimestriel mais également en fonction des commandes reçues. Au niveau périphérique, les CSI et les HB, ainsi que les HG disposent en leur sein de points de dispensation de médicaments, qui approvisionnent les différents services et dispensent les médicaments aux patients.

Dans le réseau privé, les grossistes répartiteurs s'approvisionnent auprès de leurs centrales de distribution basées à l'étranger sans tenir compte de la LNME. L'autorisation de mise sur le marché rendu obligatoire, constitue un relais de contrôle. Ces grossistes assurent la fourniture des médicaments aux détaillants régulièrement autorisés par le ministère de la santé que sont, les officines de pharmacie, les dépôts pharmaceutiques, les entreprises ou organismes bénéficiant de l'assistance effective d'un pharmacien, les cabinets médicaux, cliniques médicales et coopératives, les organismes de bienfaisance bénéficiant ou non de l'assistance d'un pharmacien et éventuellement les FOSA publiques, notamment les hôpitaux et d'autres structures publiques lorsque la CAMEPS n'arrive pas à répondre à leurs besoins.

#### ❖ Disponibilité des médicaments et des produits SRMNIA

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 au développement pour les méthodes contraceptives (contraceptifs oraux, injectables, DIU et implants). Malgré les progrès enregistrés dans la sécurisation et la traçabilité de ces produits au niveau central avec le logiciel SAGE, on note une faible utilisation et appropriation du logiciel Channel au niveau intermédiaire et périphérique.

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) 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 methyl ergometrine, 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.

#### ❖ Gestion des vaccins

Les approvisionnements en vaccins et intrants de la vaccination 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 VAT et le Penta-3.

#### ❖ Gestion des produits sanguins

Le CNTS organisé en quatre (4) réseaux transfusionnels, est l'opérateur unique en charge de la transfusion sanguine au Congo. 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 produits sanguins labiles (PSL) à la disposition des services des soins. Ces PSL, dont les services de pédiatrie et de maternité constituent les « gros consommateurs », sont sécurisés pour les marqueurs HIV, HVB, HVC et syphilis. Les 42 PTS, assurent la disponibilité des PSL pour les hôpitaux et les CSI PMAE disposant d'une CDF pour leur stockage. Les dépôts de sang sont chargés uniquement 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), la disponibilité des PSL aux différents niveaux 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 manque de sang est incriminé dans près de la moitié des cas de décès d'enfants pour complication d'anémie liée au paludisme, ainsi que pour 40% des femmes qui perdent la vie suite aux complications hémorragiques de l'accouchement. Le CNTS n'est pas encore 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.

#### ❖ Gestion du matériel et des équipements

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, les couveuses et autres pèse-bébés. La nécessité de son renouvellement ainsi que l'instauration d'une maintenance primaire préventive et curative s'imposent pour en

prévenir l'usure prématurée. Les services de maintenance et d'équipements bio médicaux sont peu performants aussi bien au niveau des hôpitaux que de la DG des infrastructures, des équipements et de la maintenance. Dans le cadre du PEV la maintenance des chambres froides est assurée régulièrement par la société C. DANDRES, tandis que le personnel des CSI a été formé pour l'entretien de la CDF.

#### ❖ Prévention et contrôle des infections (PCI)

La destruction des déchets se fait en général selon 3 méthodes : par brûlure sur le site, enfouissement dans les décharges spéciales, et l'incinération. La majorité des FOSA ne disposent pas d'incinérateurs fonctionnels. Dans certaines FOSA visitées, les conteneurs pour objets tranchants, dont les « safety box », pas toujours disponibles, sont remplacés par des bouteilles en plastique. La pandémie de la Covid-19 a révélé beaucoup d'insuffisance dans la gestion des déchets biomédicaux (GDBM) et la désinfection nécessaire des locaux et de l'environnement au contact des agents pathogènes avec souvent 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. Les salles de consultation, d'accouchement et d'hospitalisation après le passage d'un sujet contaminé ou suspect et même les sites de mise en quarantaine n'ont pas toujours été nettoyés et désinfectés à temps comme exigé par manque d'intrants (détergents, désinfectants et autres). Le circuit des patients comme les modalités des enterrements dignes et sécurisés (EDS) des victimes de la Covid-19 n'ont pas toujours été observées. Certaines dépouilles mortelles transférées vers d'autres localités, étant souvent inhumées dans des conditions non optimales de sécurité sanitaire.

#### **5.3.4.- Des ressources humaines en SRMNIA**

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 et la répartition. Néanmoins, une concentration de ce personnel à Brazzaville et Pointe-Noire s'observe au détriment des autres départements.

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. Pour ce qui est des sages-femmes, sur 891 recensées, 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>70</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 qualité pour assurer le service et maintenir des équipes de garde notamment dans les services de maternité et de pédiatrie 24h sur 24h. Le CHU dispose de plus de 1/3 des 39 gynécologues obstétriciens répertoriés à Brazzaville et Pointe-Noire (36%), et de plus de la moitié des 42 pédiatres.

#### ❖ Formation

La formation initiale des médecins y compris celle des gynécologues et des pédiatres est assurée depuis 1975 au niveau national par la Faculté des Sciences de la Santé (FSSA) de l’Université Marien Ngouabi, et celle des paramédicaux dans les 5 écoles de formation paramédicale JJ. Loukabou de Brazzaville, Pointe-Noire, Dolisie, Kinkala et Owando. 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 FSSA. Il en est de même pour le cycle de maîtrise en Santé Publique et Epidémiologie ouvert au Centre Inter Etats d’Enseignement Supérieur en Santé Publique (CIESPAC). Les curricula de ces instituts de formation des professionnels de santé n’intègrent pas suffisamment les approches innovantes de la SRMNIA dont la PCIMNE.

En matière de formation continue et de supervision, il n’a pas été développé comme prévu 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 journées de formation médicale et para médicale sont organisées dans les hôpitaux ainsi que des staffs de renforcement des capacités. Des formations de centaines des prestataires de plusieurs départements ont été organisés, dont celle de la PTME sur les techniques de counseling, la délégation des tâches et la PEC du VIH, et celle sur les accouchements propres. 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%. Le goulot d’étranglement pour la disponibilité de ces ressources humaines en santé (RHS) et surtout du personnel qualifié en SRMNIA, n’est pas seulement leur production, mais aussi leur recrutement et redéploiement sur l’ensemble du territoire, ainsi que leur motivation et évaluation. 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

---

<sup>70</sup>MSP : *Evaluation des besoins en matière de SONU au Congo- Rapport préliminaire juin 2013*

une densité de 1,17 médecin-infirmier-sage-femme pour 1000 habitants au lieu de 4,4 pour mille requis par les ODD.

#### **5.4.- ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE SRMNI 2018-2022**

L'analyse a consisté à identifier les réalisations et les lacunes, à déterminer la disponibilité des paquets d'interventions mises en œuvre ainsi que les interventions requérant un renforcement ou une extension. Certaines interventions clés encore limitées, tardent à passer à l'échelle, telles que la PTME, la PCIMNE, la PEC de la malnutrition, et la SDMNI..

##### **5.4.1.- Interventions mises en œuvre pendant les périodes anténatale et prénatale**

###### **❖ Avant la conception**

Une utilisation plus importante des méthodes contraceptives injectables et des implants est observée contrairement aux données du MICS-5/Congo 2014-2015. Cette importante utilisation est le fait de plusieurs campagnes organisées dans les départements au cours des semaines mère-enfant avec sensibilisation, formation des prestataires et dotation en intrants de contraception. Bien qu'il y ait une amélioration substantielle dans l'utilisation des méthodes contraceptives, leur rupture, leur cession non gratuite au cours des consultations PF, des SPN et SPON, la facturation des actes des prestataires spécialisés et 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.

La PF gagnerait à être effectivement intégrée dans les services de SSP (PEV, SMI, PTME, nutrition, SPN, SONU et CPON). Son offre au profit des femmes VIH+, pratiquement pas renseignée et documentée, se réalise beaucoup plus dans les sites de PTME, les deux CTA de Brazzaville et Pointe-Noire, et dans certaines associations de lutte contre le VIH dont le Réseau national des positifs du Congo (RENAPC). Ces OBC, préalablement formées aux techniques de communication et de distribution des contraceptifs, ont développé des programmes de communication autour de la maternité responsable avec orientation vers les FOSA des FVVIH qui optent pour la contraception. La prévention des grossesses non désirées chez les FVVIH, un des 4 piliers de la PTME, recommande la double protection (contraceptif + préservatif) surtout après accouchement quelle que soit la méthode choisie. La prévention des IST comme celle de l'infection à VIH dont la féminisation est avérée et la prévalence plus élevée chez les FAP, n'est pas suffisamment intégrée dans la PF. La PF n'est pas spécifiquement organisée à l'endroit des adolescentes, au regard de leur fécondité précoce et à un niveau élevé (110‰ à 15-19 ans selon le MICS5/Congo 2014-2015), leurs besoins non satisfaits importants, et leur faible prévalence contraceptive couplée à un faible accès à l'information. Des efforts sont

nécessaires pour lutter contre les grossesses des adolescentes dont les effets préjudiciables s'étendent à la santé des nourrissons.

Dans le cadre de la prévention primaire du VIH, conformément à la Loi n°17-2010 du 17 novembre 2010, autorisant la promotion contraceptive, des actions de communication et de mobilisation sociale sont menées avec l'appui des OBC. Ces actions encore insuffisantes visent à amener un plus grand nombre des bénéficiaires, particulièrement les adolescents et les jeunes à utiliser le préservatif lors des rapports sexuels occasionnels, et à connaître leur statut sérologique. Le marketing social des contraceptifs et surtout des préservatifs se réalisent à travers certaines OBC, telle que l'ACBEF. Bien que le préservatif masculin soit cité parmi les intrants de la contraception les plus utilisés, le préservatif féminin, orphelin d'action soutenue de promotion, est très faiblement utilisé.

### ❖ Soins prénatals

#### 1) Couverture en SPN

Malgré l'offre accrue des SPN et leur disponibilité dans plus de 90 % des FOSA, son accessibilité est quelque peu limitée notamment en milieu rural, du fait de l'éloignement de certaines FOSA, la concentration du personnel qualifié et particulièrement des sages-femmes dans les villes, les SPN étant plus souvent réalisés en milieu rural par des IDE et des ATS qui n'ont pas toujours la formation requise en SPN. Par ailleurs, les frais induits par l'inscription, les bilans prénataux, peuvent constituer un frein à l'utilisation adéquate des SPN et justifier les SPN tardifs. Bien que près de la moitié (46,1%) des inscriptions aux SPN soient précoces, elles sont le plus souvent tardives, et compromettent l'atteinte des 8 CPN recommandés et l'espacement nécessaire. Les SPN tardifs, cause de nombreuses occasions manquées pour les prestations du paquet des SPN, et de faibles couvertures des interventions, ont des répercussions sur la survie des enfants.

La couverture en CPN-8 avec moins de 10% des femmes enceintes en 2020 est encore très faible. Ceci conforte les résultats de l'enquête sur la perception de la qualité des soins réalisée dans 24 hôpitaux entre 2017 et 2018, qui avait relevé que si plus de huit accouchées sur dix (85%) avaient bénéficié d'au moins un CPN, seul 7,4% avait eu les 8 contacts recommandés. Plus le CPN-1 est tardif, plus est grand l'hypothèque sur la réalisation du paquet complet des SPN et le risque de morbi-mortalité maternelle et néonatale important. Les femmes, peu informées des risques encourus, ne consultent qu'au dernier mois de leur grossesse. Ce risque est plus grand en l'absence de SPN, et selon une étude réalisée à Brazzaville, les femmes n'ayant bénéficié d'aucun contact prénatal, avaient un risque trois fois plus élevé de décéder avant l'accouchement.<sup>71</sup>

La forte déperdition des femmes de 41,0% entre le CPN-4 et le CPN-1, et de 96,7% entre le CPN-8 et le CPN-1, hypothèque l'offre complète du paquet d'intervention des

---

<sup>71</sup> ANKI YAMBARE, *Analyse des déterminants de la Mortalité maternelle pré partum en République du Congo 2013-2015*

SPN. Ces déperditions constituent avec les CPN tardifs un obstacle à l'offre du paquet complet des interventions, dont les 4 doses de TPIg et la mise sous ARV des femmes enceintes VIH+ le plus tôt possible au 1<sup>er</sup> trimestre. Ce paquet souffre, soit d'une insuffisance d'intégration des prestations le composant, soit de la non disponibilité des intrants, ou tout simplement d'une insuffisance de formation des prestataires.

Un effort de sensibilisation est indiqué pour amener les femmes enceintes à commencer plus tôt leur SPN et se donner plus de chance pour effectuer les 8 CPN recommandés. L'utilisation non optimale des visites prénatales hypothèque l'initiation du continuum des SPN, maillon essentiel dans la réduction de la morbi-mortalité maternelle et périnatale. La régulation des coûts de certaines interventions de ce paquet pourrait contribuer à accroître la fréquentation des FOSA, la proportion de la couverture des SPN précoces et la réalisation des contacts recommandés.

## 2) Le dépistage de la syphilis en SPN

Bien que les femmes enceintes réalisent le BW fréquemment prescrit lors des SPN, les résultats obtenus de cet examen sont souvent négligés avec des sérologies variables allant de 3% en 2014 à 7,1% et 3,5% en 2019 et 2020.<sup>72</sup>

## 3) Couverture en MIILDA en TPIg

L'utilisation des moustiquaires, composante majeure de la prévention du paludisme est l'une des options efficaces retenue particulièrement pour les populations vulnérables que constituent les enfants de < 5 ans et les femmes enceintes. La faible couverture des femmes enceintes en MIILDA est attribuable à leur distribution insuffisante en routine lors du CPN-1. En 2020, 11 départements sur 12 n'ont pu dépasser 10% de couverture par manque de MIILDA.<sup>73</sup> Au regard de leur durée de vie de 3 à 5 ans, la distribution de masse tous les 3 à 4 ans associée à leur distribution adéquate en routine au cours des SPN, permettrait de maintenir dans la population une couverture en MIILDA proche de celle recommandée de 1 MIILDA pour 1,8 personne, et d'améliorer sensiblement celle des femmes enceintes.

Le TPIg administré sous surveillance à la femme enceinte, permet de réduire les épisodes de paludisme chez la mère, l'anémie maternelle et fœtale, la parasitémie placentaire, le faible poids de naissance et la mortalité néonatale. Une amélioration de la couverture en TPIg-3 est observée par rapport à celle de 12,2% du MICS-5/Congo 2014-2015. Les couvertures en TPIg-3 de 31,1% et 27,0% observées en 2019 et 2020, en deçà des cibles de la stratégie SRMNIA 2018-2022 de 45% en 2019 et 60% en 2020 sont encore très faibles, et loin de la cible 2023 de 80% recommandée par l'OMS.

---

<sup>72</sup> PNLIS : Rapport annuel Suivi et Evaluation du VIH et au sida 2020

<sup>73</sup> Rapport PNLP /Congo, 2020

La couverture de TPIg-4 est encore plus faible (6,2%) avec une déperdition de plus de 60% des femmes entre le TPg-1 et le TPIg-4. Cette faible couverture est tributaire non seulement de l'inscription tardive aux SPN et de la formation insuffisante des prestataires, mais aussi de l'administration pas toujours surveillée de la SP, de sa rupture souvent observée et sa cession souvent non gratuite au cours de SPN malgré la politique adoptée de sa gratuité. A cela s'ajoute le faible taux de rapportage de certains services dans la nouvelle application DHIS2

#### 4) Vaccination antitétanique

Bien que le Congo ait atteint depuis 2009 le stade de pré élimination du TNM, l'attention reste soutenue pour assurer la protection du nouveau-né par l'administration du VAT à la femme enceinte avec 2 injections à l'anatoxine, à intervalle d'un mois pendant la grossesse ou une seule si elle en a déjà reçue une au cours de la grossesse précédente. Bien que le VAT soit disponible et accessible dans les SPN, toutes les femmes enceintes ne sont pas couvertes de façon satisfaisante. La couverture en VAT-2 de 79% en 2019, en dessous de 83% de la cible PEV 2019-2020 et de celle de 90% attendue du plan stratégique SRMNIA 2018-2022 en 2020, n'est pas encore satisfaisante. L'introduction de l'immunisation antitétanique en santé scolaire pourrait être l'une des solutions de renforcement de la couverture en VAT chez les adolescentes et les FAP.

#### 5) Elimination de la TME

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. Bien que disponible dans tous les départements, la PTME offerte par 45% des FOSA publiques et privées offrant les SPN, dont plus de 1/3 situé à Brazzaville et Pointe-Noire (32,8%), est insuffisamment intégrée dans les SPN. Le CDV du VIH n'est pas systématique, toutes les femmes enceintes n'étant pas conseillées et testées. 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 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. Pour 2385 femmes enceintes VIH+ attendues en 2020, seulement 969 femmes ont été suivies et mises sous ARV (40,6%), dont 63,8% suivies à Brazzaville (34,7%) et Pointe-Noire (29,1%), comparativement au nombre important de femmes enceintes ayant reçu un résultat positif au test du VIH. 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>74</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.

Les SPN sont une opportunité d'offre du CDV aux femmes enceintes, et d'initiation de la prophylaxie ou du traitement antirétroviral (TAR) pour celles dépistées VIH+. L'intégration des stratégies d'éTME dans les SPN est indispensable pour améliorer la couverture en FOSA offrant la PTME, garantir la disponibilité des tests rapides de dépistage (TDR) du VIH et des ARV, et assurer une PEC de qualité des femmes enceintes VIH+ avec proposition systématique du dépistage du VIH et initiation précoce de la TAR conformément aux recommandations de l'OMS de 2013.

D'importants efforts sont encore nécessaires pour améliorer l'accès à la PTME à de nombreuses femmes enceintes VIH+. Ce qui devrait se traduire par une intensification et une amélioration de la qualité de la communication, et une meilleure intégration de la PTME dans les activités de prévention et de promotion de la santé en général et de la SR en particulier. La qualité des SPN reste à améliorer à travers notamment l'intégration de la PTME dans le paquet des SPN. Les SPN précoces sont à encourager pour permettre le dépistage du VIH et l'initiation du TAR le cas échéant à 14 SA.

La cascade observée dans la PEC des femmes enceintes entre la proportion des gestantes attendues et celles mises sous ARV, montre outre la non disponibilité de la PTME dans tous les centres offrant les SPN, avec 3 moments de dysfonctionnement: (i) la non systématisation du CDV du VIH, et la non application du dépistage et conseil initié par le prestataire (DCIP), avec 83,7% des gestantes reçues ayant bénéficié du test de dépistage, (ii) de nombreuses occasions de dépistage manquées avec moins de 50% des gestantes attendues testées, (iv) des insuffisances dans l'application de l'option B+ avec moins de la moitié des gestantes VIH+ mises sous prophylaxie ARV ou TAR (44,7%).

La faiblesse du suivi associée aux pannes des compteurs CD4 disponibles limitent souvent l'accès à cette stratégie. Les ruptures récurrentes des stocks des tests de dépistage du VIH au niveau périphérique peuvent expliquer en partie la non réalisation de cet examen chez certaines femmes enceintes. Il y a nécessité tout en faisant la promotion des SPN et de la DCIP, de doter les FOSA en intrants de dépistage du VIH, de renforcer l'information sur les sites PTME existants, et de mettre en place des services d'accompagnement psychosocial des femmes séropositives surtout celles nouvellement testées VIH+, et d'impliquer autant que faire se peut leurs partenaires.

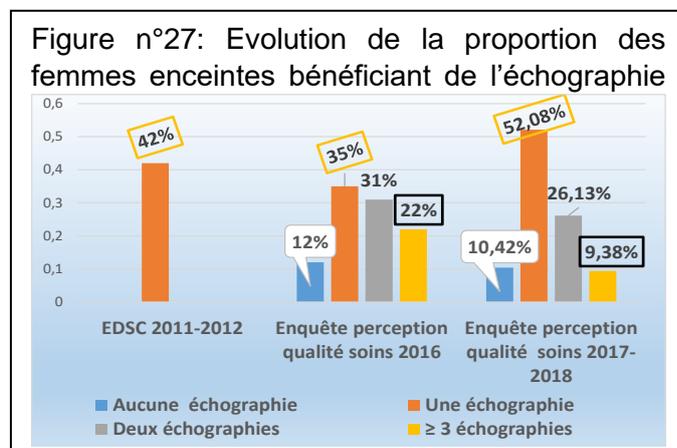
La non PEC diagnostique de toutes les femmes enceintes, prophylactique et thérapeutique de toutes celles déclarées séropositives, est l'expression d'un manque d'intégration réelle des activités de PTME, de la faiblesse de la coordination et du suivi des activités, ainsi que de l'absence de délégation de la fonction de prescription des ARV

---

<sup>74</sup> PNLs : *Rapport annuel Suivi et Evaluation du VIH et au sida 2020*

au niveau périphérique. La prescription des ARV au Congo est encore l'apanage des médecins et la dispensation limitée aux hôpitaux et quelques CSI à PMAE.

## 6) Réalisation des examens d'échographie



Bien que non disponible dans tous les DS et non accessible à toutes les femmes enceintes, l'échographie avec une proportion plus importante de bénéficiaires et des utilisateurs formés dont les sages-femmes, s'intègre de plus en plus dans le suivi de la grossesse au Congo. Si en 2011-2012, moins de la moitié des femmes enquêtées avait bénéficié d'une échographie (42%)<sup>75</sup>, au moins huit femmes sur dix en ont bénéficié au

moins une selon les données des enquêtes sur la perception de la qualité des soins réalisées 4 années plus tard (88% en 2016<sup>76</sup> et 87,59% en 2017-2018<sup>77</sup>). Une déperdition importante s'observe dans la réalisation des 3 échographies recommandées, la proportion de celles qui ont bénéficié de 3 échographies recommandées ne représente que 25% en 2016 et 10,71% en 2017-2018 de celle qui en a réalisé au moins une.

La cause la plus évoquée pour la non réalisation de cet examen est son coût assez prohibitif pour certains ménages, variant de 10.000 à 15.000 FCFA par séance. La réalisation de cet examen ne dépend pas seulement de son offre mais aussi des besoins ressentis par les femmes enceintes, de la demande et de son accès financier. La baisse de son coût et sa disponibilité dans tous les hôpitaux et progressivement dans les CSI/PMAE pourraient favoriser la réalisation d'échographies recommandées et améliorer sa couverture chez les femmes enceintes.

### 5.4.2.- Interventions pendant l'accouchement et chez le nouveau-né

#### ❖ Couverture en FOSA SONU

La non assurance de certaines fonctions SONU dans les FOSA est attribuable entre autres à (i) la non disponibilité des RH qualifiées notamment au niveau périphérique, (ii) l'insuffisance de formation des prestataires dont la plupart des IDE et des ATS exercent la fonction de sage-femme sans exécution de certaines fonctions telles que l'accouchement instrumental et l'aspiration manuel intra-utérine, (iii) la faible disponibilité

<sup>75</sup> Enquête Démographique, et de Santé du Congo (EDSC-II)-2011-2012, Rapport final, Déc. 2012

<sup>76</sup> Rapport d'enquête sur l'Évaluation de la qualité des soins maternels, néonataux, et pédiatriques intégrés dans les hôpitaux de Brazzaville et Pointe-Noire, juin 2016.

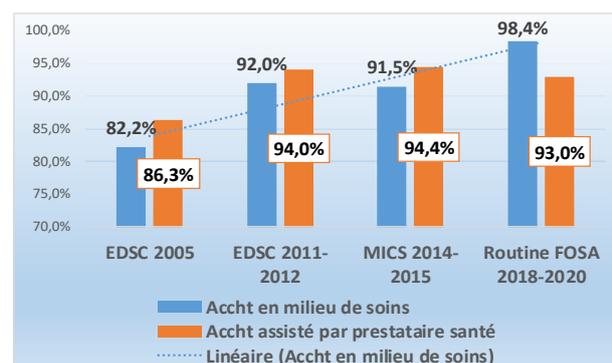
<sup>77</sup> Rapport d'enquête sur la perception de la qualité des soins dans les services de santé maternelle et infantiles dans 24 hôpitaux du Congo par les bénéficiaires et les prestataires, septembre 2021

des médicaments et autres intrants suite aux ruptures de stocks, (iv) la non disponibilité de certains équipements associée à leur obsolescence consécutive à l'absence de maintenance et à leur non renouvellement (ventouses, seringues AMIU et les masques de réanimation pour le nouveau-né), et (iv) la non observation de certaines instructions avec la vulgarisation insuffisante des documents normatifs.

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>78</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%.

#### ❖ Soins pendant l'accouchement

Figure n°28: Evolution des accouchements en milieu de soins et des accouchements assistés par un prestataire de santé



Les accouchements se réalisent de plus en plus et depuis plus d'une vingtaine d'années en milieu de soins et avec l'assistance d'un prestataire de santé qualifié. Selon l'EDSC 2011-2012 les accouchements étaient plus réalisés en milieu de soins par les sages-femmes dans 66,5% des cas, suivies des médecins (13,7%) et des infirmiers (9,4%). Les proportions de plus de 98% des accouchements en milieu des soins enregistrées entre 2018 et 2020 confrontées à celles de 91,5% du MICS-

5/Congo 2014-2015 montrent un recul progressif des accouchements, et l'amélioration des taux des accouchements assistés. L'Annuaire statistique 2018 signale la présence de 54 matrones accoucheuses dont 10 à Brazzaville.

La discordance observée entre les proportions des accouchements en milieu des soins et celles des accouchements assistés par un personnel de santé devrait interpeller. Cette discordance pourrait s'expliquer soit par la non réalisation de tous les accouchements en milieu de soins par un prestataire qualifié en cas d'excédent de la proportion des accouchements en milieu de soins, soit par l'existence des accouchements réalisés par les professionnels de santé mais en dehors des structures sanitaires, dans un cabinet médical ou de soins non agréé et/ou accrédité, et enregistrés par la suite dans les FOSA. Ici se pose un triple problème, (i) la clarification des concepts « accouchement à domicile », « accouchement en milieu de soin, et « accouchement assisté par un

<sup>78</sup> Enquête SPSR 2016

prestataire qualifié », (ii) l'accréditation des FOSA publiques et privées réalisant les accouchements, et (iii) l'organisation de la référence avec utilisation des outils y afférents. Bien que l'on observe une utilisation plus grande du partogramme avec à 54,8% en 2019 et plus de 60% en 2020 dans les FOSA visitées lors de la revue contre 41% selon les données de routine du SNIS en 2015, celle-ci est encore faible au regard des cibles escomptées de 65% et 70% en 2019 et 2020 dans le plan SRMNIA 2018-2020.

En dépit de sa large diffusion et vulgarisation dans les CSI/PMAE et les maternités des hôpitaux et des formations organisées, des insuffisances sont encore observées dans le remplissage de certains items. Parmi les causes de sa faible utilisation, la plus évoquée est le manque ou insuffisance de formation du personnel et secondairement la non disponibilité de l'outil. Ce manque ou insuffisance de formation pourrait se justifier par l'éventuelle mutation des agents de santé antérieurement formés dans le cadre du projet PARAMED en 2015, et l'irrégularité ou la non poursuite de ces formations après 2017. La pratique de la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA) permettant d'accélérer la délivrance et de minimiser les pertes de sang chez les parturientes, assez bien maîtrisée par le personnel, nécessite d'être renforcée.

.L'intégration de la PTME dans les SONU consistant à offrir le CDV du VIH pour la PEC de la parturiente et du nouveau-né, et l'initiation de la prophylaxie ARV à la femme dans la salle de travail et dans le postpartum, n'est pas effective dans toutes les maternités.

#### ❖ Accouchement par césarienne

La proportion des accouchements par césarienne a légèrement augmenté, passant de 9,7% en 2016 à 10,9% en 2020 selon les registres des FOSA visitées au cours de la revue. La gratuité de césariennes, dont 83,8% sont réalisées à Pointe-Noire et Brazzaville contre 81,8% en 2016<sup>79</sup>, n'est pratiquement plus assurée depuis 2018. Ces villes ont l'avantage de couvrir plus de 60% de la population du pays avec une densité plus forte en infrastructure sanitaire, et de disposer d'un plateau technique matériel et humain mieux outillé, des produits sanguins et autres intrants nécessaires pour leur réalisation. Les césariennes sont beaucoup plus réalisées dans les hôpitaux que dans les CSI à PMAE. Si à Brazzaville et Pointe-Noire, elles sont réalisées en grande partie par les gynécologues-obstétriciens, elles le sont par des médecins généralistes et autres en zone rurale, cette ressource n'étant pas reproductible sur l'ensemble du territoire.

Le taux de césarienne estimé à 4,9% en 2014 (MICS-5/2014-2015), à 5,4% selon les données de l'ONDMNI de 2016, et à 2,53% en 2019 selon les données collectées lors de la revue dans les FOSA, est en dessous des normes OMS de 5 à 15 %. 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

---

<sup>79</sup> Enquête SONU 2013,

est en lien avec les références du Kouilou, mais aussi de la capacité de capture des données pas toujours disponibles du secteur privé en forte expansion.

Les césariennes ne sont pas toujours réalisées de façon optimale et sécurisée, et d'autres ne les réalisent même pas. Bien que les salles d'opération soient disponibles dans les hôpitaux et prêtes 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, il a été déploré entre autres (i) la non complétude du kit de césarienne et de la boîte de chirurgie, (ii) le manque de pédiatre pour les soins du nouveau-né, (iv) l'incapacité de réaliser la césarienne en urgence dans un délai de 30 minutes après la prise de la décision d'opérer. Les formations prévues sur les césariennes et les IOM n'ont pas été réalisées. Il y a donc nécessité de renforcer les capacités des RHS et de réglementer la délégation au besoin des tâches surtout en milieu rural, à défaut de le redéployer autant que faire se peut conformément à la carte sanitaire.

Le poids des dystocies dans les indications des césariennes réalisées se justifie quelque peu par la présence des primipares parmi les opérées et des femmes insuffisamment préparées à l'accouchement. Par ailleurs la présence des adolescentes, et particulièrement des filles de moins de 15 ans, atteste d'une part de la prévalence élevée des grossesses précoces et d'autre part des difficultés obstétricales auxquelles sont exposées ces jeunes filles.

#### ❖ Référence et contre référence dans le cadre des SONU

Les complications obstétricales étant imprévisibles et leur PEC constituant souvent une urgence, nécessitent la disponibilité des services obstétricaux essentiels aussi près que possible du lieu où vivent les femmes pour en faciliter l'accès et fonctionnant tous les jours, 24 heures sur 24, et l'existence d'un système de référence et contre référence efficace. La référence et contre référence entre les différents niveaux du système de santé est peu fonctionnelle. Sa faible organisation et fonctionnement avec l'insuffisance du plateau technique matériel de qualité, la faible disponibilité du personnel qualifié, et l'insuffisance de poche de sang sécurisé, ne permettent pas toujours une PEC efficace des urgences et des complications dans des conditions requises dans les FOSA de référence. La hiérarchisation des FOSA n'est pas accompagnée d'un plateau technique matériel et humain conséquent et des instructions précises. L'absence des moyens logistiques en matière de transport et de communication limite l'accès aux SONU et ne met pas à l'abri des retards observés. Le dispositif de ce système reste à organiser avec la mise en place des documents et outils de référence.

#### ❖ Soins chez le nouveau-né

L'offre des soins essentiels du nouveau-né (SENN) n'est pas disponible dans toutes les FOSA réalisant les accouchements. Beaucoup d'entre elles ne disposent pas encore d'un coin bébé. La méthode mère kangourou, utilisée pour la protection thermique après la naissance des nouveau-nés prématurés ou de petits poids, n'est pas assez appliquée dans tous les services, bien que certains hôpitaux dont l'HG A-Sicé disposent d'une

dizaine de lits mère-enfants pour les soins Kangourou. Cette méthode, non encouragée surtout dans certains hôpitaux généraux dont le CHUB et l'HG de Loandjili où ces nouveau-nés sont placés dans des couveuses tout au long de leur séjour, gagnerait à être promue dans les FOSA notamment celles ne disposant pas des couveuses.

La disponibilité de la réanimation néonatale n'est pas uniforme sur l'ensemble du pays. Les unités de néonatalogie ou de PEC du nouveau-né n'existent qu'à Brazzaville et Pointe-Noire. Ces services dont les performances sont souvent impactées par la gestion et le niveau de leur plateau technique, souffrent d'un déficit en personnel qualifié pour assurer efficacement la continuité des soins en dehors des heures normales de travail, en particulier les weekends, les jours fériés et pendant la garde. Le Congo ne dispose que de xx pédiatres dont 3 néonatalogistes en service au CHU.

Le service de néonatalogie du CHUB, le mieux équipé avec 80% du matériel et produits nécessaires pour un bon fonctionnement, dont 46 berceaux, 22 couveuses et 8 tables chauffantes, est celui vers lequel la plupart des hôpitaux de Brazzaville réfèrent les nouveau-nés malades. Du fait certainement de cette utilisation, il y est souvent déploré paradoxalement une disponibilité limitée voire faible des médicaments et produits essentiels. En 2016, sa disponibilité en médicaments essentiels était la plus faible avec 23% contre 60% à l'HG de Loandjili et 79% à l'HB de Mfilou.<sup>80</sup>

En matière d'allaitement, le taux d'allaitement précoce est encore en deçà de la cible de 80% du plan SRMNIA 2018-2020 pour 2020. Les données préliminaires de l'Enquête nutritionnelle SMART de 2021 situent ce taux à 38%<sup>81</sup>, en régression par rapport à celles de 45% de l'enquête sur l'évaluation de la qualité des soins de 2015<sup>82</sup>. Celles collectées à partir des registres des FOSA visitées lors de la revue indiquent qu'un peu plus de six nouveau-nés sur dix (60,5%) avaient été mis au sein dans la première heure après la naissance en 2020, avec 36,9% dans les 30 minutes et 23,6% entre la 30<sup>e</sup> minute et la 60<sup>e</sup> minute après la naissance. Bien qu'en augmentation, le taux d'allaitement pendant les six premiers mois de vie, dont la pratique décroît avec l'augmentation de l'âge du nourrisson, reste encore faible avec 37% en 2020<sup>83</sup> contre 32,7% en 2014<sup>84</sup>. La cible attendue dans le plan SRMNIA 2018-2022 est 42% en 2020 et de 50% en 2022.

La proportion d'enfants de 6 à 23 mois qui bénéficient d'une alimentation minimale acceptable est encore très faible (6%), la majeure partie des mères utilisant souvent des

---

<sup>80</sup> Rapport d'enquête sur l'Évaluation de la qualité des soins maternels, néonataux, et pédiatriques intégrés dans les hôpitaux de Brazzaville et Pointe-Noire, juin 2016.

<sup>81</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>82</sup> Enquête sur l'évaluation de la qualité des soins de 2015,

<sup>83</sup> Enquête nutritionnelle SMART avec volet sécurité alimentaire, *ibidem*

<sup>84</sup> MICS-5/Congo 2014-2015

aliments de complément locaux, en général de faible densité énergétique (moins de 100 kcal/ml), et limités en protéines et micronutriments. Ceux conformes aux normes de l’OMS, essentiellement importés, se vendent à des coûts élevés souvent non accessibles aux ménages démunis. Ce qui explique le niveau de prévalence assez élevé de la malnutrition chronique à la suite d’un sevrage mal conduit chez les enfants de < 5 ans. Les facteurs favorisant la survenue de cette malnutrition chez les nourrissons et les jeunes enfants et contribuant à l’élévation du taux de mortalité chez les enfants < 5 ans en général et de 0 à 23 mois en particulier, sont constitués des pratiques alimentaires inadaptées avec la mise au sein tardive, l’utilisation de liquides autre que le lait dans les 6 premiers mois de vie et l’introduction précoce/ tardive de l’alimentation de complément.

#### **5.4.3.- Interventions mises en œuvre pendant le postpartum**

Les interventions du continuum des soins chez les femmes dans le postpartum immédiat (pendant 24h après l’accouchement) sont peu renseignées au regard de leur séjour postpartum écourté dans les maternités et la présence de celles ayant accouché en dehors des FOSA notamment en milieu rural, et n’y venant qu’après l’accouchement. Ces SPON sont relativement bien dispensés particulièrement pour les femmes ayant accouché dans une FOSA, et les informations et conseils assez bien donnés.

Bien que les SPON soient offerts dans les FOSA, elles sont plus utilisées dans les deux jours suivant l’accouchement qu’au cours du reste de la période postnatale. Leur utilisation dans les 48 après l’accouchement passée de 64,4% à 74,2% en 2020, est encore inférieure à celle de 85% relevé dans le MICS-5/Congo 2014-2015. Ceci s’explique par le fait que, certaines femmes ayant accouché à domicile et admises assez tardivement à la maternité n’en bénéficient pas, et qu’une fois sorties de la maternité, les femmes ne reviennent auprès des services de santé que pour les besoins de soins et de pesée de leur bébé, et le plus souvent au-delà d’un mois. Par ailleurs les femmes ayant subi une césarienne et celles présentant les suites de couches pathologiques, séjournent un peu plus longtemps dans les maternités (3 à 8 jours) et reçoivent souvent leur SPON après 72 h voir même après 5 jours. En général, aucune structure des soins de référence, notamment les hôpitaux, ne libère les femmes moins de 48 heures après un accouchement eutocique. En milieu urbain le temps de séjour dans les hôpitaux se situe entre 24 heures et 72 heures contrairement au milieu rural avec plus 72 heures. Selon l’EDSC 2011-2012, dans près d’un cas sur cinq, les premiers SPON ont été dispensés par une sage-femme (18%) et dans 7% des cas, par un médecin.

L’importance de ces soins réside dans le fait qu’à leur occasion et avant leur sortie de la maternité, sont proposées aux mères les méthodes PF, l’éducation nutritionnelle y compris les conseils sur l’allaitement et la supplémentation en micronutriments des femmes allaitantes qui en ont besoin. Ce qui justifie le nécessaire renforcement de la promotion des SPON et l’organisation des VAD pour relancer les parturientes qui insuffisamment y recourent et en améliorer l’utilisation. La supplémentation en vit A, introduite depuis 2006 chez les femmes en postpartum, est administrée avec 200.000 UI immédiatement après l’accouchement ou dans les 6 semaines qui suivent. Plus de la

moitié des femmes allaitantes (56%) ont été supplémentées en vitamine A avec des variations allant de 35% à 77% selon les départements, et près d'un tiers (63%) ont reçu des comprimés de fer acide folique avec des variations allant de 34% dans la Cuvette et à 84% à Brazzaville.<sup>85</sup>

#### ❖ Surveillance des décès maternels, périnataux, néonataux et infantiles

Malgré l'engagement du MSP et la prise en compte de l'ONDMNI dans les programmes nationaux, des faiblesses subsistent dans son fonctionnement, notamment (i) son faible financement, (ii) le faible fonctionnement des comités d'audits départementaux, et (iii) la faible réalisation des audits entre 2018 et 2020 avec seulement 33,9% des DM audités (74 audits sur 218 DM enregistrés) en trois ans contre 37% pour la seule année 2017, et 0,4% des décès néonataux et infantiles. La faiblesse des données factuelles avec une seule revue des décès néonataux et infantiles réalisées en 2020, ne permet pas de renseigner exactement sur l'ampleur et les causes de ces décès. La mortalité maternelle, paradoxalement élevée malgré le taux d'accouchement assisté satisfaisant (> 90%), pose un problème d'insuffisance de la qualité des soins offerts pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

La notification des décès périnataux, très complexe, n'est pas systématique. La maîtrise insuffisante de la définition des cas, notamment de mortinaissance dont le taux est élevé, ne permet pas la capture de tous ces décès, non seulement au niveau des services de santé mais aussi dans la communauté. La distinction entre les mort-nés frais et mort-nés macérés n'est pas toujours relevée dans les départements. La présence des mort-nés macérés (52,3%) traduit les faiblesses dans les SPN, tandis que celle des mort-nés frais (47,7%) les insuffisances dans la surveillance du travail d'accouchement et le retard dans la PEC des complications obstétricales. Ces facteurs pourraient être réduits en agissant sur (i) la qualité des SPN, (ii) la surveillance du travail pendant l'accouchement avec l'utilisation du partogramme, (iii) la PEC des nouveau-nés pendant la période néonatale avec la mise à échelle des SENN et de la méthode kangourou, ainsi que (iv) l'amélioration de la couverture en services spécialisés et en personnel qualifié dans la PEC des pathologies médico chirurgicales des nouveau-nés.

Au regard de l'importance des décès néonataux, l'amélioration de l'offre et l'accès aux SEEN et à la réanimation du nouveau-né dans tous les HB et éventuellement les CSI à PMAE est nécessaire, ainsi que la notification systématique et obligatoire des décès périnataux. Le renforcement souhaité du SNIS permettra de capturer un maximum d'informations sur les DM ainsi que ceux des enfants, notamment dans la période périnatale et néonatale.

#### **5.4.4.- Interventions mises en œuvre chez l'enfant de moins de 5 ans**

---

<sup>85</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

Les interventions jugées pertinentes pour couvrir les enfants de moins de 5 ans sont les suivantes : (i) la vaccination, (ii) la nutrition, (iii) la PEC des enfants VIH+, et (iv) la PCIMNE. Ces interventions ont été prises en compte dans la stratégie et le plan SRMNIA.

#### ❖ PCIMNE

Bien que la stratégie TETU soit appliquée dans  $\frac{3}{4}$  des hôpitaux 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, dont certains ne disposent pas encore des prestataires qualifiés et formés en SEN-Réanimation. Les intrants pour les SEN de qualité ne sont pas toujours disponibles dans les FOSA réalisant les accouchements, notamment les aspirateurs des mucosités, les ballons d'Ambu, les linges stériles et propres pour le bébé en salle d'accouchement. La vitamine K1 est fournie par la parturiente, et non par le service.

Bien que les directives et les affiches murales pour l'identification des enfants selon la gravité de la maladie, aient été retrouvées pratiquement dans tous les CSI visités, et le SRO en dépôt dans leurs pharmacies, des dysfonctionnements ont été observés dans l'approche diagnostique et thérapeutique de la PCIMNE. Ceux-ci ont notamment concerné la conduite de l'examen, les conseils nutritionnels, la prescription des antibiotiques en cas de pneumonie et des ACT recommandées par la politique nationale de lutte contre le paludisme avec l'utilisation abusive de certaines molécules. Il a été par ailleurs relevé (i) une faible disponibilité de certains médicaments traceurs dont le violet de gentiane, (ii) 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, et (iii) la non organisation des VAD pour la relance des patients irréguliers, présentant notamment une malnutrition.

Les couvertures en MIILDA des enfants de moins d'un an et de < 5 ans respectivement de 67,7% et 59,9%, en régression par rapport à celles de 2013 (93% et 80,9%)<sup>86</sup>, bien en dessous de la couverture universelle de 80% sont encore faibles. Ceci est attribuable à la distribution insuffisante et non adéquate des MIILDA en routine au cours des CPS et à l'irrégularité de la distribution de masse. La distribution en routine en CPS devrait servir pour le maintien de la couverture à un niveau élevé ou son renforcement post campagne. Malheureusement, ces campagnes qui devraient s'organiser tous les 4 à 5 ans, ne l'ont pas été, en dehors de celle de 2020, la précédente remonte à 2011.

#### ❖ PEC de la malnutrition

La lutte contre la malnutrition en développement au niveau opérationnel, et dont la couverture est encore faible, repose essentiellement sur la mise en œuvre du paquet essentiel des interventions en nutrition (PEIN). Ce paquet est constitué de : (i) dépistage et PEC de la MAS et de la MAM au niveau des FOSA et des unités de nutrition thérapeutique (UNT), (ii) la promotion d'une bonne alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), (iii) la lutte contre les carences en micronutriments ; (iv) la communication

---

<sup>86</sup> *Evaluation post campagne sur la possession et l'utilisation des MILDE dans 6 départements du Congo, 2013*

pour le changement de comportement des populations, (v) le renforcement des capacités des agents de santé et sociaux opérant dans le secteur de la nutrition et (vi) le suivi-évaluation des activités.

En considérant les données préliminaires de l'enquête nutritionnelle SMART 2021, la situation nutritionnelle des enfants de < 5 ans semble s'améliorer en comparaison de celle décrite dans le MICS-5/2014-2015. Les normes de l'OMS fixent les seuils à moins de 10% pour le retard de croissance, et de moins de 5% pour l'émaciation et la surcharge pondérale. La prévalence de la MAS est en dessous du seuil de 2%.

Il existe un pool de formateurs, une stratégie nationale pour l'ANJE, un guide des recettes pour alimentation de complément et des documents de formation dont le manuel de formation sur le suivi et la promotion du développement de l'enfant, et les guides de terrain sur la nutrition, et de formation sur la CCC en nutrition. Bien que la COVID-19 ait perturbé la réalisation de certaines activités en 2020, plusieurs d'entre elles, dont le lancement du projet « prise en charge intégré de la malnutrition aiguë (PCIMA) » à Pointe-Noire ont été appuyées par les PTFs, dont l'OMS, le PAM, l'Unicef, USAID et quelques ONG dont Terre Sans Frontières (TSF) et Médecins d'Afrique. La célébration de la semaine mondiale de l'allaitement à Pointe-Noire a été couplée à la formation des sages-femmes sur le conseil en allaitement et le dépistage communautaire de la malnutrition aiguë. Des ateliers de formation ont été organisés dans les départements avec l'appui de l'UNICEF et du PAM sur la PCIMA et l'ANJE pour 328 agents de santé, et sur le dépistage de la malnutrition pour 500 RECOs.

Une supplémentation nutritionnelle a été organisée avec l'appui du PAM dans une trentaine de CSI du Pool au bénéfice de 10 000 enfants de 6 à 59 mois et 4000 femmes enceintes et allaitantes souffrant de MAM. Avec l'OMS et l'Unicef, des campagnes conjointes de supplémentation en Vit A, de déparasitage systématique au mebendazole et de dépistage communautaire de la malnutrition aiguë ont été organisées à Brazzaville et Pointe-Noire lors de la campagne de vaccination contre la rougeole et la rubéole et la Semaine Africaine de Vaccination. Les FOSA notamment les CSI ont été dotées en matériel anthropométrique, en intrants de PEC intégrée de la MAS et de la MAM. .

Le dépistage et la PEC de la malnutrition aiguë ne sont pas systématiques du fait de la faible implication des RECOs, de l'opérationnalisation insuffisante de la PEC nutritionnelle à assise communautaire, et des faibles performances du système de surveillance nutritionnelle. Des efforts restent à fournir dans le renforcement du service de nutrition avec (i) le renforcement des unités de PEC et leur extension sur l'ensemble des FOSA, (ii) la formation du personnel à tous les niveaux, (iii) la dotation en équipements notamment pour les démonstrations culinaires (batteries de cuisines), et la prise des mesures anthropométriques (toise, pèse- bébé), et (iv) l'approvisionnement des FOSA en intrants, dont les médicaments, le purificateur d'eau et le lait thérapeutique F75 et F100.

#### ❖ Immunisation

L'analyse des couvertures vaccinales (CV) par antigène et par département, regroupées dans le Tableau ci-dessous montre que 8% des DS avaient une CV  $\geq$  90% en 2020 contre 18% en 2019, 31% des DS ont une CV  $\geq$  80% en 2020 contre 27% en 2019, et 4% des DS avec une CV  $<$  50% en 2020 contre 2% en 2019. Le taux d'abandon du Penta était de 5% en 2020 contre 4 % en 2019 avec trois départements sur douze (Likouala, Niari et Sangha) présentant des taux d'abandon  $>$  10 % en 2020. Le taux de déperdition en VPO est de 4% en 2020 entre le VPO-1 et le VPO-3 contre 3% en 2019.

Tableau IX : Répartition des taux de couvertures vaccinales par département et par antigène de janvier à décembre 2020

Département	BCG	VPO1	VPO3	Penta1	Penta3	PCV13/1	PCV13/3	VPI	Rota1	Rota2	RR1	VAA	VitA	Td2+	RR2
Bouenza	83%	85%	79%	85%	79%	85%	79%	79%	82%	70%	76%	76%	76%	73%	32%
Brazzaville	78%	79%	74%	79%	75%	79%	75%	74%	72%	62%	71%	71%	74%	76%	23%
Cuvette	76%	85%	79%	85%	79%	85%	79%	79%	85%	79%	79%	79%	76%	70%	34%
Cuvette-Ouest	57%	81%	75%	80%	75%	81%	75%	75%	80%	73%	54%	62%	62%	62%	54%
Kouilou	81%	97%	90%	97%	90%	89%	84%	89,80%	96%	86%	76%	79,80%	84%	85%	60%
Lekoumou	72%	88%	81%	88%	81%	88%	81%	81%	74%	65%	65%	63%	83%	67%	40%
Likouala	66%	66%	51%	67%	51%	65%	49,70%	51%	60%	45%	49%	45%	48%	74%	50%
Niari	70%	70%	62%	70%	62%	70%	62%	61%	70%	62%	58%	58%	57%	78%	25%
Plateaux	78%	80%	75%	80%	75%	79%	74%	74%	79%	75%	75%	75%	69%	98%	10%
Pointe-Noire	60%	67%	72%	68%	71%	62%	65%	67%	53%	43%	65%	67%	72%	65%	24%
Pool	63%	76%	71%	76%	71%	76%	72%	70%	75%	68%	67%	67%	71%	82%	44%
Sangha	77%	73%	62%	73%	62%	73%	62%	62%	70%	64%	60%	60%	60%	75%	30%
CONGO	72%	76%	72%	77%	73%	75%	71%	71%	70%	60%	68%	69%	71%	74%	29%

Source : Rapport annuel PEV 2020

En prenant le vaccin Pentavalent (DTC-HepB-Hib)3 comme traceur pour apprécier les performances du système de vaccination, avec une CV de 73% en 2020, l'ensemble du pays se trouve en catégorie 3, celle des pays où les enfants sont peu vaccinés, en dessous des cibles visées de 83% au niveau national et d'au moins 80% dans tous les DS en fin 2020. Brazzaville et Pointe-Noire regroupent le plus grand nombre d'enfant non vaccinés en Penta3 et au vaccin combiné Rougeole-Rubéole (RR1) avec respectivement 64% et 56%. Le Kouilou et Lekoumou ont des taux de CV en Penta 3 comprises entre 80% et 90%. Pour le rota 2 introduit en 2014, deux départements (Likouala et Pointe-Noire) ont des taux de CV en dessous de 50%. Pour le RR2 d'introduction récente pour la 2<sup>e</sup> dose en 2020, seul le département du Kouilou a atteint le taux de couverture vaccinale 60%.

La déperdition observée entre les doses et les antigènes traduit une utilisation encore faible des services de vaccination, l'ignorance et la non observation du calendrier vaccinal par les parents. Ce qui a justifié l'organisation des activités de vaccination supplémentaire (AVS), dont les journées nationales et locales de vaccination, les semaines africaines de vaccination, les semaines de la santé de la mère et de l'enfant et les campagnes contre la RR et la campagne fièvre jaune. Ces AVS ont permis de dispenser un paquet d'interventions à haut impact pour la SRMNIA telles que la supplémentation en Vit A et le déparasitage des enfants.

Au regard de l'importance de la vaccination dans la réduction de la morbi-mortalité infantile, des efforts doivent être consentis pour renforcer le PEV de routine, notamment

la CDF, les capacités du personnel, la mobilité permettant l'organisation régulière des stratégies avancées et mobiles ainsi que les supervisions, l'intégration de la vaccination dans l'ensemble des FOSA privées et l'approvisionnement régulier en vaccins. D'importants efforts devront également être consacrés à l'amélioration de la gestion des vaccins dans les FOSA ainsi qu'à la promotion de la vaccination dans les communautés afin d'une part, de réduire les taux de pertes observés et d'autre part susciter davantage de demandes des services de vaccination

#### ❖ PEC du SIDA pédiatrique (PECP)

Malgré l'existence des documents normatifs, des lacunes persistent encore dans l'application des directives de l'OMS sur le dépistage et le traitement des < 5 ans, le transport des échantillons, la récupération et la remise des résultats. Le diagnostic du SIDA pédiatrique chez les nourrissons nés de mères VIH+ se réalise à deux moments, le premier précoce à 2 mois de la naissance avec la PCR, et le deuxième après 18 mois.

Bien que l'offre de la PECP se soit améliorée d'une vingtaine d'unités (56 FOSA en 2020 contre 34 en 2012), son plateau technique diagnostique et particulièrement celui du diagnostic précoce, n'est constitué que de quelque 3 ou 4 automates PCR (Abbott m2000rt), basés à Brazzaville et Pointe-Noire notamment au LNSP et dans les 2 CTA, et desservant le reste du pays à travers des mécanismes de transport des échantillons DBS (Dried Blood Spots). Ce qui justifie le dépistage précoce encore faible du VIH avec moins d'un nourrisson sur cinq dépistés, et la concentration de la file active dans ces deux villes avec seulement un peu plus d'un enfant de 0 à 14 ans sous ARV.

Ce dépistage insuffisant et souvent tardif, est caractérisé par plusieurs occasions manquées malgré la mise en œuvre de la PCIMNE. Les enfants qui ont échappé à la PTME pourraient être recrutés au niveau de la CPS, des services de nutrition, de pédiatrie, et des vaccinations avec le renforcement le DCIP. Le mécanisme d'identification précoce et de suivi des enfants infectés n'est pas opérationnel, et le système de référence et contre référence inexistant. Le circuit du suivi des enfants exposés et de la PEC des enfants VIH+ issus de la PTME n'est pas clairement défini dans les FOSA. La faible collaboration entre les services de PEC du VIH et de la SMI, hypothèque la référence interne des patients suspects VIH, entraînant souvent un dépistage et une PEC tardifs, la faible observance du traitement et de nombreux perdus de vue parmi les EVVH.

La PECP, est confrontée à plusieurs obstacles, dont ceux liés à (i) la concentration de l'offre à Brazzaville et Pointe-Noire et à l'accessibilité limitée au diagnostic précoce et au dépistage pour les plus de 18 mois, (ii) l'insuffisance et la mauvaise répartition des sites de PECP et la non intégration de la PECP dans tous les sites de PEC par les ARV, de PTME et dans les services de SMI, (iii) la faible disponibilité et la qualité insuffisante du plateau technique et des RH pour le diagnostic et le traitement, (iv) la faible disponibilité des ARV pédiatriques avec des ruptures récurrentes obligeant les prescripteurs à fractionner les formes adultes, ainsi que (v) la perception socioculturelle du SIDA

alimentant le rejet, la stigmatisation, la discrimination et la persistance des croyances erronées.

#### **5.4.5.- Interventions mises en œuvre chez les adolescents et les jeunes**

Les adolescents et jeunes (10 à 24 ans) représentant environ 31% de la population totale soit 1.695.273 personnes en 2020, ne bénéficient pas d'une attention à la hauteur de leurs problèmes de santé en général et des problèmes de santé sexuelle et de la reproduction en particulier. Dans le cadre du renforcement de l'offre des soins et services de santé scolaire et universitaire, la création prévue des centres de santé scolaire dans les lycées de Sibiti, Djambala, Ouesso, Pointe-Noire et Oyo n'a pas été réalisée. Il en a été de même des missions pour la supervision des ceux existants, leur dotation en médicaments et matériels médico techniques. Aucune visite médicale systématique n'a été réalisée dans les écoles. Nonobstant les efforts déployés et les stratégies mises en place par les acteurs œuvrant dans la SSRAJ, la situation de la SSR des adolescents et jeunes demeure encore préoccupante, et les indicateurs sont alarmants

#### **5.4.6.- Interventions insuffisamment prises en compte et/ou développées**

Dans la mise en œuvre de la stratégie SRMNIA 2018-2020, certaines interventions à impact sur la santé des enfants particulièrement en âge scolaire, de la jeune femme avant la conception, mais aussi de toutes les FAP ont été insuffisamment pris en compte et développées. Il s'agit de (i) la PEC de la TB et de la TB/VIH chez les enfants moins de 15 ans, (ii) la surveillance de la TB chez les femmes enceintes VIH+, (iii) la surveillance de la syphilis chez les femmes enceintes, (iv) la prévention et la PEC de la drépanocytose, (v) la SDMNIR avec seulement 0,4% des décès néonataux audités en 2020, (vi) la PEC des dysfonctionnements sexuels et des stérilités, (vii) la prévention des cancers du col utérin et du sein, (viii) la PEC des fistules obstétricales, (ix) l'organisation de la référence et contre référence, (x) la relance des utilisateurs et bénéficiaires irréguliers et perdus de vue (PDV) des activités de prévention et de PEC en SRMNIA, (xii) la prévention et la PEC de la Covid-19 notamment l'immunisation des femmes enceintes et allaitantes, et (xi) la santé scolaire et universitaire avec la PEC des problèmes des adolescents et des jeunes liés notamment à leur sexualité, la violence, les traumatismes, la consommation des substances nocives, la nutrition et l'hygiène dans leur milieu de vie et de socialisation.

##### **❖ PEC de la TB et de la coïnfection TB/VIH chez les enfants**

La TB demeure un problème majeur de santé publique de par sa morbi mortalité et son diagnostic assez difficile chez les enfants de < 5 ans. Bien que le Congo compte 41 CDT, le diagnostic de la TB chez ces enfants nécessite souvent le recours à un pédiatre ou un pneumophtisiologue pas toujours disponible en dehors du CHU et de certains hôpitaux généraux. Il y a nécessité de renforcer la formation des agents de santé au dépistage de la TB chez les enfants notamment ceux âgés de moins de 5 ans et de monitorer la chimioprophylaxie à l'INH chez les enfants contact de cas de TB.

La PEC des enfants infectées par le VIH présentant un risque élevé d'infection TB, serait incomplète sans celle de la TB. Aussi, la recherche active de la TB chez l'enfant VIH+ à chaque visite de suivi et la proposition systématique du dépistage du VIH chez les enfants TB sont nécessaires. Les unités de PEC de la TB et du VIH quand bien même implantées dans une même FOSA, ont une communication très déficiente en matière de transfert et de référence des patients avec la non standardisation des outils et indicateurs de la TB/VIH. Cette faible collaboration entre le PNLN et le PNLT a des répercussions sur la PEC du VIH et de la TB dans le cadre de la SRMNA. La promotion des partenariats stratégiques prônée par la stratégie « Halte à la TB », comme les synergies entre les programmes (PNLT, PNLN, PEV, PCIMNE) et les parties prenantes, pourraient avantageusement faciliter la détection et la PEC précoces des enfants infectés.

La stratégie (DOTS) repose sur le traitement de courte durée sous surveillance directe tient compte de formes cliniques atypiques de la TB et de son développement rapide chez les sujets en bas âge, même immunocompétents, et plus encore chez l'enfant immunodéprimé. Elle recommande entre autres : (i) la réalisation d'enquêtes autour des contacts, l'enfant étant habituellement contaminé par un adulte bacillifère, et le plus souvent en milieu familial quand il est plus jeune, (ii) le traitement préventif à l'INH (TPIt) pour prévenir l'évolution d'une TB latente vers une TB active chez les enfants de moins de 5 ans VIH+, (iii) la sensibilisation et la formation des agents de santé et la communauté à la TB, et (iv) l'intégration à travers la PCIMNE des approches familiales aux activités de lutte contre la TB et le VIH. Des mesures de contrôle de l'infection, y compris d'ordre environnemental et individuel, devront accompagner l'offre des soins afin de prévenir la contamination et minimiser sa survenue aussi bien en milieu de soins que de vie où les individus vivent en promiscuité (orphelinats et établissements scolaires et préscolaires).

#### ❖ Surveillance et PEC de la TB chez les femmes en âge de procréer

La TB expose la femme enceinte infectée à la dénutrition, au risque de donner naissance à un enfant prématuré et de faible poids, ainsi qu'à son décès et à celui du nouveau-né. Elle doit être recherchée chez toute femme enceinte présumée TB ou vivant avec un sujet index tuberculeux à microscopie positive (TPM+), ainsi que chez toute gestante VIH+ même sous traitement préventif à l'isoniazide (TPIt) ou d'un TAR. La chimiothérapie anti-TB appliquée à temps et correctement chez la femme enceinte ou allaitante TB, est le meilleur moyen d'éviter la TME. Il faudrait néanmoins s'assurer d'une grossesse chez toute FAP avant l'initiation d'une chimiothérapie anti-TB au regard du risque de néphrotoxicité et d'ototoxicité de la streptomycine pour le fœtus, et éviter des interactions médicamenteuses avec la rifampicine dans l'offre de la PF chez les femmes allaitantes. Le bacille de Koch (BK) pouvant se transmettre comme le VIH de la mère à l'enfant, rend nécessaire l'intégration de son dépistage dans les soins prénataux.

#### ❖ Prévention et PEC de la drépanocytose

Au regard de la fréquence de la drépanocytose et du lourd tribut moral, social et financier que cette hémoglobinopathie fait payer aux nombreux ménages, le Congo avec la mise en place d'un Centre National de Référence de la drépanocytose (CNRD) à Brazzaville, devrait à la PEC curative qui s'y réalise associer la prévention et la systématisation du dépistage néonatal ciblé notamment aux enfants nés de couples à risques pour une prise en charge précoce des patients et de leurs familles. Dans le cadre de la prévention primaire, la méthode la plus plausible pour limiter la naissance d'enfants homozygotes serait de promouvoir les examens prénuptiaux et de déconseiller les unions à risque.

L'association drépanocytose et grossesse mettant en jeu le pronostic vital de la mère ainsi que celui du fœtus, est à haut risque. La grossesse chez la femme atteinte de syndrome drépanocytaire majeur aggrave l'anémie, l'expose à des crises vaso-occlusives plus fréquentes et à des infections à répétition, et le fœtus à la prématurité, au faible poids de naissance, à la souffrance fœtale et à la mort *in utero*. Ce qui nécessite un suivi strict et régulier de la femme drépanocytaire pendant la grossesse au cours des SPN, pendant le travail d'accouchement et en CPON. La grossesse chez la femme atteinte d'un syndrome drépanocytaire majeur est à risque pour la mère et pour l'enfant, avec la possibilité d'une issue favorable lorsque le suivi est précoce et multidisciplinaire.

#### ❖ Surveillance de la syphilis

Bien que toutes les femmes diagnostiquées positives aient été traitées en 2020, son dépistage reste faible avec la non systématisation de sa prescription au cours des SPN avec moins d'un quart des femmes enceintes bénéficiaires. Avec une séoprévalence de la syphilis de 3,5% chez les femmes enceintes en 2019, le risque de la syphilis congénitale, très rarement décrite au Congo, est avéré. Seuls son dépistage prénatal et le traitement des femmes infectées permettraient d'éliminer cette maladie grave mais évitable. Cette faiblesse pourrait s'expliquer entre autres par la faible disponibilité des réactifs, le suivi non effectif des tests de VDRL ou à la réagine (RPR) souvent prescrits, et la faible sensibilisation des prestataires sur les variables de suivi pour son élimination. Sa surveillance active au cours des SPN qui gagnerait à être couplée à celle périodique du VIH chez les gestantes, contribuerait entre autres à la réduction de la prévalence des avortements spontanés, des naissances d'enfants prématurés ou de faible poids, de risque des maladies congénitales, de mortinaissance et des décès périnataux en général.

#### ❖ La surveillance des décès maternels, périnataux, néonataux et infantiles

Le renforcement souhaité de cette surveillance dont la nécessité est avérée permettra de cerner l'ampleur du phénomène « décès » dans les différentes tranches d'âge, et les différents paramètres ayant concouru à sa matérialisation. Il consistera à considérer la surveillance des décès comme une activité normale de la surveillance épidémiologique. Les FOSA, particulièrement les hôpitaux généraux et de base devront notifier dans le

cadre de la redevabilité tous les décès, et organiser leurs revues et audits. Pour ce, l'ONDMNI devra être redynamisé, et les capacités des équipes renforcées.

❖ Prévention et PEC des cancers du col utérin et du sein

Un programme national de lutte contre le cancer a été mis en place sur la base du décret n°2019-228 du 13 août 2019 portant création, attributions et organisation de ce programme. Des campagnes de sensibilisation sur le cancer du sein et du col utérin ont été organisées avec entre autres l'initiative "Octobre Rose", ainsi que l'immunisation des Jeunes adolescentes de 10 à 12 ans contre le papilloma virus humain (VPH). Bien que le dépistage et la chimiothérapie soient disponibles dans le service de cancérologie du CHUB, le service de radiothérapie, unique dans le pays, n'est plus fonctionnel. Le dépistage du cancer du col utérin n'est pas encore intégré dans les CSI, aucune affiche ni directives sur sa prévention n'y ont été observées.

Le «Projet de PEC des femmes fistuleuses au Congo» exécuté à partir de 2010 avec l'appui de l'UNFPA, avait permis l'organisation des campagnes de sensibilisation et de renforcement des capacités. Bien que la PEC de ces fistules ait été assurée au CHU et dans le Bateau Hôpital Mercy Ship en 2014, ainsi que dans 4,1% de FOSA de 6 départements sur les 12 selon les enquêtes SPSR 2014 et 2016, les activités de lutte pratiquement ralenties ne sont plus visibles. La formation prévue des prestataires au dépistage selon l'approche IVA/IVL n'a pas été réalisée. Il en est de même de la campagne de sensibilisation de la population couplée des prestations sur le dépistage des fistules et la PEC chirurgicale des femmes porteuses de fistule, et la célébration de la journée mondiale de lutte contre la fistule obstétricale (23 mai).

❖ PEC des stérilités et des dysfonctionnements sexuels

Bien qu'il n'existe pas de service structuré de prévention et de PEC des dysfonctionnements sexuels, de la stérilité masculine et féminine, et des troubles de la pré et post-ménopause, les patients présentant ce genre de problème s'orientent eux-mêmes vers les prestataires qu'ils jugent capables de les aider, gynécologues pour les femmes et urologues et andrologues pour les hommes. Le seul service d'urologie et andrologie fonctionnel au CHUB ne peut couvrir la forte demande. Une mise à niveau des prestataires de soins pour la PEC de ces dysfonctionnements est à promouvoir dans différentes structures de soins, ainsi que le redéploiement progressif des quelques urologues et andrologues dans les autres hôpitaux généraux.

❖ Prévention et PEC de la Covid-19

L'émergence de cette pandémie, qui a mobilisé vers elle toutes les énergies, en impactant sur la situation socio-économique du pays avec une chute du PIB de 6% et sur le financement des programmes de santé, a perturbé la mise en œuvre de certaines interventions de santé programmées et la continuité des services et des soins dont ceux

de la SRMNIA. Avec l'instauration du couvre-feu, le recours aux services et soins de santé d'urgence particulièrement ceux des 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. Face à la menace que fait peser la Covid-19 sur la situation sanitaire et le développement socio-économique durable du pays, le Congo a engagé depuis le 24 mars 2021 et à l'instar des autres pays, un processus d'immunisation de sa population contre la Covid-19. Jusqu'au 20 décembre 2021, moins de 10% de la population ciblée (9,99%) a été complètement vaccinée, loin des 60% escomptée.

Elle a aggravé l'insécurité alimentaire, la malnutrition et la vulnérabilité aux maladies et infections, avec la diminution des revenus de nombreux ménages, et la réduction de la mobilité des populations actives avec les exigences des mesures barrières et restrictives en lien avec leur protection individuelle et collective. Les femmes en général et particulièrement celles allaitantes souffrant plus de surcharge pondérale que de dénutrition, comme celles enceintes et sous-alimentées risquent davantage de développer des complications sévères en cas de Covid-19. L'obésité, l'une des comorbidités fréquemment rencontrée au Congo, facteur de risque important du diabète et des pathologies cardiovasculaires, affectant 8,6% de la population avec une prédominance féminine dans plus de 80% des cas<sup>87</sup>, accroît la létalité induite par la pandémie.

Les femmes, semblent non seulement moins atteintes de la Covid-19 que les hommes, mais en meurent aussi moins avec un CFR de 1,62% versus 2,0% pour les hommes. Cette inégalité genre en matière de vulnérabilité au SARS-CoV-2 et de susceptibilité de décéder de la Covid-19, qui ne les épargnent nullement de la nécessité de la vaccination anti-covid, pourrait s'expliquer en partie par le niveau de la réponse immunitaire plus forte chez les femmes surtout avec l'âge, et le fait que les hommes plus nombreux et souvent porteurs des comorbidités, développent comme les personnes âgées, des tableaux cliniques plus sévères avec le déclin de la fonction immunitaire. La plupart des cas très graves sont associés en effet à une sur-activation du système immunitaire souvent sollicité et poussé à bout par les pathologies préexistantes.

Les contaminations enregistrées en période infantile et même néonatale pourraient signer une contamination familiale et maternelle, même si le nombre de cas d'infection par TME reste faible dans le monde et la maladie généralement bénigne chez les nouveau-nés. Contrairement aux adultes, les enfants infectés, en faible proportion avec une susceptibilité moindre au SARS-CoV-2, en général asymptomatiques ou pauci-symptomatiques, ne développent qu'une forme relativement atténuée et frustrée, souvent difficile à diagnostiquer. Bien que les adolescents et surtout les enfants présentent moins de risques, les conditions de santé déplorables et les faibles capacités de résilience du

---

<sup>87</sup> Kimbally-Kaki G. HTA et les autres facteurs de risque cardiovasculaires à Brazzaville: rapport d'enquête, Brazzaville. OMS/AFRO, 2004.

système de santé, peuvent constituer pour tous autant de risques de s'infecter et même d'en mourir. .

L'offre de service portera sur : (i) des actions de communication pour le changement des comportements (CCC) face à la désinformation et au déni de la maladie sur les mesures barrières, le dépistage volontaire et l'intérêt de la vaccination contre le Covid-19, (ii) la promotion de l'immunisation des femmes enceintes et allaitantes au 2<sup>e</sup> trimestre de la grossesse avec les vaccins anti-covid atténués disponibles au Congo pour éviter le risque tératogène éventuel et prévenir celui de l'avortement, de mort fœtale intra-utérine, des complications de la grossesse et de l'accouchement avec une pré éclampsie/éclampsie, (iii) la promotion de la vaccination anti-covid des adolescents et des jeunes notamment en milieu scolaire et universitaire pour l'atteinte de la couverture vaccinale escomptée de 60% dans la population congolaise, (iv) l'offre des SPON à la mère déclarée positive et les soins aux nouveau-nés de mères Covid+, (v) la surveillance nutritionnelle et la recherche chez les FAP, et particulièrement chez les femmes au cours des SPN des pathologies chroniques et systémiques, potentialisant de la morbidité Covid-19 dont le HTA, le diabète, et l'obésité, et (vi) la surveillance épidémiologique autour des cas avec ventilation des données selon le sexe et l'âge et standardisation des indicateurs selon les facteurs de risque pour l'aide à la décision des interventions de santé publique idoines et efficaces..

#### ❖ Relance des irréguliers et perdus de vue dans le continuum des soins

Face à l'importance des irréguliers et perdus de vue tout le long du continuum des soins en SRMNIA et aux conséquences sanitaires, sociales et économiques négatives sur les ménages et la survie de leurs membres, un renforcement de leur relance devrait être organisé ainsi que des VAD avec l'implication de la communauté à travers les OBC dont les COSA. La déperdition des femmes enceintes entre les différents contacts des SPN, hypothèque leur chance de bénéficier à temps de toutes les prestations prévus dans le cadre des SPN, tels que les trois doses de la TPIg, la complétude de leur couverture vaccinale en VAT, la connaissance de leur statut sérologique VIH pour une initiation précoce du TAR. Il en est de même des SPON pour le choix d'une méthode contraceptive, une hygiène de vie et surtout l'information et l'éducation nutritionnelle des mères pour elles-mêmes et leurs nourrissons, ainsi que la supplémentation en micronutriment pour celles qui en ont besoin.

En ce qui concerne les enfants, leur régularité aux CPS leur permet de bénéficier de l'immunisation contre les maladies cibles du PEV, du suivi nutritionnel et de la croissance, et pour ceux exposés ou nés des mères VIH+ du diagnostic précoce au PCR à 2 mois, du dépistage chez les > de 18 mois et du traitement requis. Il en est de même des enfants dénutris dans les unités nutritionnelles, et des drépanocytaires pour les vaccinations supplémentaires, la prévention et le traitement des crises vaso-occlusives.

### ❖ PEC des violences particulièrement celles basées sur le genre

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. Les VBG 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 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 (élèves ; parents d'élèves et enseignants).

### ❖ La santé des jeunes et des adolescents

Les adolescents sont confrontés aux accidents, aux violences, aux problèmes liés à la grossesse ou maladies que l'on peut prévenir ou guérir, et un grand nombre d'entre eux développe des maladies chroniques, dont les troubles de l'alimentation, qui nuisent à leurs chances d'accomplissement personnel.<sup>88</sup> Particulièrement vulnérables ou difficiles à atteindre, ils ont besoin d'une assistance supplémentaire pour les accompagner dans leur maturation physique. 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. L'intégration dans leur offre des soins d'une PEC holistique de leurs problèmes de santé est nécessaire, afin de réduire le risque de mortalité, de maladie et d'handicap qui pèse sur leurs vies présentes et futures, de garantir l'accès aux soins de santé et particulièrement aux soins de SR. L'incapacité de répondre aux besoins de santé des jeunes femmes enceintes peut nuire à leur propre santé et à celle de leur enfant.

Dans l'offre de la santé scolaire et universitaire, les domaines suivants souvent négligés méritent d'être intégrés avec la participation et l'implication des adolescents et jeunes ainsi que de l'Association des Parents d'Elèves (APE) : (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

---

<sup>88</sup> Adolescent Friend Health Service, WHO, 2002

infection nosocomiale et autre péril en lien avec l'environnement et la nutrition, et (iv) la santé buccodentaire.

- L'éducation complète à la sexualité (ECS) et à la vie familiale

L'adolescence est la tranche d'âge au cours de laquelle se prennent des habitudes sexuelles et des décisions sur les risques et la protection. Les grossesses chez les adolescentes, 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. Le phénomène couramment appelé «fille-mère», qui peut en découler, est parfois le portail qui conduit vers la prostitution, certaines jeunes filles, abandonnées, étant amenées à se prendre en charge avec leur bébé.

Les avortements consécutifs à ces grossesses, expression des besoins non satisfaits en matière de PF sur un terrain de faible prévalence contraceptive, constituent à la fois un problème social et majeur de santé publique dont la réduction passe entre autre par l'amélioration de la qualité et de la couverture des services de PF. Réalisés pour la plupart des cas dans de mauvaises conditions d'asepsie, les avortements le plus souvent provoqués et clandestins, sont à la base d'un nombre important de complications infectieuses responsables des DM, mais qui à la longue peuvent se traduire par des troubles gynécologiques, des fausses couches, des naissances prématurées et même une stérilité. 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 de 2014 à 2016 dans les hôpitaux de Brazzaville et Pointe-Noire.<sup>89</sup> Les législations restrictives et répressives, la faible prévalence contraceptive, les normes sociales «procréatrices», l'expansion des médicaments de la rue, sont autant de facteurs sous tendant ces avortements clandestins au Congo.<sup>90</sup>

L'éducation complète à la sexualité, liée aux services SSRAJ devrait aider ces adolescentes à adopter des comportements idoines afin de les prémunir contre ces situations constituant à la longue des entraves à leur bien-être et épanouissement social. Des études montrent que l'éducation à la sexualité de qualité, loin d'augmenter l'activité sexuelle, recule l'âge des premiers rapports, réduit le nombre de partenaires et la fréquence des rapports, et accroît les pratiques à moindre risque (préservatif,

---

<sup>89</sup> Malonga Slovie P, *Mortalité maternelle chez les adolescentes dans les hôpitaux de Brazzaville et Pointe Noire, thèse de médecine, 2017.*

<sup>90</sup> Mbou Essie D.E. et al, *Avortements clandestins compliqués et médicaments de la rue à Brazzaville, Pan African Medical Journal. 2020*

contraception...).<sup>91</sup> Des mesures préventives et législatives devront être prises en vue de retarder autant que faire se peut le mariage et l'accouchement chez les filles jusqu'au moins à la maturité (18 ans), leur entrée précoce dans la vie reproductive réduisant considérablement leurs opportunités scolaires et, par conséquent leur autonomisation.

- L'hygiène alimentaire, buccodentaire et la nutrition chez les adolescents

Des problèmes nutritionnels se posent chez les adolescentes, avec l'anémie chez la moitié d'entre elles (55,1%) selon l'EDSC-II, l'obésité et les troubles d'alimentation à titre surtout d'anorexie pour se conformer à certains modèles véhiculés par les médias. Même s'il existe un programme de distribution des vivres dans certaines écoles avec l'appui entre autres du PAM et de l'International Partnership for Human Development (IPHD), aucune surveillance nutritionnelle n'est réalisée en milieu scolaire où se réalise la vente sans contrôle des denrées alimentaires.

L'hygiène alimentaire à travers l'éducation nutritionnelle et la surveillance des cantines scolaires et réfectoires des internats et campus universitaires devrait compléter le paquet offert en santé scolaire. Cette surveillance devrait s'étendre aux installations sanitaires et autres commodités telles que les latrines et les points d'eau. Les visites médicales systématiques (VMS) organisées dans les écoles ont montré une prépondérance des pathologies buccodentaires, et la nécessité d'y organiser des campagnes pour leur prévention dans le cadre de l'hygiène buccodentaire. L'organisation des campagnes de vaccination ciblée notamment en VAT pourrait renforcer la couverture des adolescentes et des FAP en général.

- Lutte contre la consommation des substances psychoactives

Les adolescents sont souvent tentés et entraînés à la consommation du tabac, de l'alcool et d'autres drogues, qui, réduisant la prudence, le jugement et l'évaluation des risques, les exposent à d'autres risques. 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. Bien que l'utilisation des substances psychoactives soit peu documentée, une montée de leur consommation est observée chez les jeunes. Il en résulte le plus souvent la délinquance juvénile, la prostitution, des violences de tout genre, et des problèmes de santé mentale à titre de dépression et de psychose en sus des traumatismes, des accidents et de l'inadaptation à l'environnement psychosocial.

---

<sup>91</sup> Consultation nationale pour les adolescents et les jeunes éduqués, en bonne santé et épanouis en République du Congp, Mars 2021

### 5.4.7.- Gaps programmatiques

Cibles du PS SRMNIA 2018-2022	Produits attendus en 2020	Résultats à mi-parcours en 2020	Recommandations
<b>Cible 1</b> Le cadre de coordination impliquant tous les intervenants en matière de SRMNIA mis en place est opérationnel au niveau central, départemental et des DS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadre de coordination et de suivi du PS SRMNIA 2018-2020 fonctionnel</li> <li>• Plateforme de concertation des structures du MSP impliquées dans la SRMNIA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadre de coordination et plateforme de concertation non mis en place</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer les organes de pilotage du PNDS pour le suivi de la mise en œuvre du plan stratégique SRMNIA</li> <li>• Mettre en place les mécanismes de la coordination des interventions dans le domaine de la SRMNIA</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'une cartographie des interventions des PTFs et des ONG en SRMNIA</li> <li>• Existence mécanismes de certification et accréditation des FOSA privées en SRMNIA pour le partenariat public-privé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographie des PTFs et mécanismes de certification et accréditation non disponibles</li> </ul>	
<b>Cible 2</b> La SRMNIA dispose des documents stratégiques et normatifs nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité de la stratégie nationale de la santé scolaire et des adolescents</li> </ul>	Non réalisé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diligenter l'élaboration de la stratégie nationale de la santé scolaire et des adolescents</li> <li>• Elaborer les modules de formation des prestataires en SRMNIA</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normes, procédures et standards en SRMNIA actualisées</li> <li>• Disponibilité Modules de formation des prestataires en SRMNIA</li> </ul>	Document disponible des normes et procédures actualisée	
<b>Cible 3</b> Le plan stratégique SRMNIA est opérationnalisé à tous les niveaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au moins 60% des départements et DS ayant intégré les priorités du PS SRMNIA dans leurs plans opérationnels</li> <li>• Deux (02) plans opérationnels annuels (POA) sur la SRMNIA élaborés à la DGPOP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en compte des priorités SRMNIA dans le PNDS 2018-2022</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiller à l'élaboration des plans annuels sur la SRMNIA par la DGPOP</li> <li>• Veiller à la prise en compte des priorités SRMNIA dans les plans des départements, des DS et programmes</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucun plan d'action annuel n'a été élaboré à la DGPOP</li> </ul>	
<b>Cible 4</b> Les données de qualité de routine, de la surveillance et de recherche en SRMNIA sont disponibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité d'une base des données informatisées en SRMNIA à la DGPOP</li> <li>• Existence d'un bulletin épidémiologique électronique trimestriel sur la SRMNIA</li> <li>• 4 rapports des recherches opérationnelles sur la SRMNIA réalisées</li> <li>• Hôpitaux réalisant des revues des décès maternels, néonataux et infantiles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Base des données non disponible à la DGPOP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promouvoir et appuyer les projets de recherche en SRMNIA</li> <li>• Encourager la réalisation des enquêtes sur la SRMNIA</li> <li>• Renforcer la surveillance des décès à tous les niveaux</li> <li>• Formaliser l'organisation des revues et audits des DMNI dans tous les hôpitaux</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inexistence d'un bulletin épidémiologique</li> <li>• Aucune recherche opérationnelle réalisée</li> <li>• 33,9% des DM audités entre 2018 et 2020</li> <li>• 0,4% des décès néonataux audités en 2020</li> </ul>	

<p><u>Cible 5</u> Les supervisions formatives en SRMNIA sont régulièrement organisées</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité d'un plan de supervision formative en SRMNIA</li> <li>• Disponibilité d'un guide intégré de supervision</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'un plan de supervision</li> <li>• Absence d'un guide intégré de supervision</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborer de concert avec les DDS et les DS des plans de supervision intégré en matière de SRMNIA</li> </ul>
<p><u>Cible 6</u> Une revue à mi-parcours et une revue finale sont organisées</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité de 02 rapports annuels d'activités</li> <li>• Disponibilité d'un rapport de revue à mi-parcours du plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un seul rapport annuel sur deux publié</li> <li>• Disponibilité d'un draft de la revue à mi-parcours de la SRMNIA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiller à l'organisation effective des évaluations périodiques du PS SRMNIA y compris l'élaboration de leurs rapports</li> </ul>
<p><u>Cible 7</u> La SRMNIA dispose des ressources financières accrues pour la mise en œuvre de son plan stratégique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité d'un plan plaidoyer et mobilisation des ressources financières pour plan SRMNIA</li> <li>• Budget SRMNIA passé de 2,7% à 15% du budget de la santé</li> <li>• Disponibilité du sous compte SRMNIA dans le cadre des comptes nationaux de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non budgétisation et financement du PS SRMNIA</li> <li>• Sous compte spécifique SRMNIA non disponible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiller à la finalisation des documents de planification élaborées jusqu'à la budgétisation</li> <li>• Renforcer le plaidoyer pour le financement de la SRMNIA</li> </ul>
<p><u>Cible 8</u> Les RHS de qualité en SRMNIA sont disponibles dans au moins 50 % des FOSA des DS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité cartographie professionnels de santé de toutes catégories formés en SRMNIA</li> <li>• Disponibilité du plan de formation continue du personnel en SRMNIA y compris les RECOs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographie des professionnels de santé formés non disponible</li> <li>• Absence d'un plan de formation continu en SRMNIA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place une cartographie des professionnels de la santé de formés et qualifiés en SRMNIA</li> </ul>
<p><u>Cible 9</u> 100 % des RECOs sont formés en SRMNIA (PCIME,)</p>	<p>RECOs formé en SRMNIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborer un plan de formation des RECOs en SRMNIA</li> </ul>
<p><u>Cible 10</u> Les produits vitaux pour la santé de la mère, du nouveau-né, et de l'enfant sont disponibles dans % des FOSA ciblées</p>	<p>% FOSA n'ayant pas connu une rupture en médicaments SR</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enquête non réalisée, bien que des ruptures aient été observées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diligenter la réalisation d'une enquête SONU et SPSR</li> </ul>
<p><u>Cible 11</u> Le plateau technique des FOSA SONU est renforcé pour l'offre SRMNIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité répertoire équipement SRMNIA</li> <li>• Disponibilité plan d'équipement, maintenance et de renouvellement matériel médicotechnique</li> <li>• % FOSA dotées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Répertoire équipement et plan d'équipement et maintenance non disponibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer le plateau technique matériel et humain des FOSA SONU à tous les niveaux</li> </ul>

<p><b>Cible 12</b> La prévalence des grossesses précoces chez adolescentes de 15 ans est réduite de 12,9% à %</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proportion des grossesses précoces à 15 ans : 7%</li> <li>• Proportion ADO de 15 ans avec un enfant : 3%</li> <li>• Adolescente ≤18 ans avec un enfant : 20%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enquête non réalisée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer la distribution des contraceptifs à base communautaire</li> <li>• Diligenter la réalisation des enquêtes MICS ou EDS</li> </ul>
<p><b>Cible 14</b> Le nb avortements provoqués a régressé chez les adolescentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proportion femmes ≤ 15 ans ayant avorté : 0,5%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enquête non réalisée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer l'éducation sexuelle et la PF en milieu des ADO/jeunes</li> </ul>
<p><b>Cible 15</b> L'offre du paquet complet des SPN est assurée dans FOSA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'inscription aux SPN précoce : 60 %</li> <li>• Couverture en CPN-4 : 90%</li> <li>• Couverture en VAT-2 : 95%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SPN précoce : 46,1% :</li> <li>• Couverture au 4è CPN en 2020 :58,9%</li> <li>• Couverture CPN-8 &lt; 5%</li> <li>• VAT : 79% en 2019</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer la CCC</li> <li>• Revoir la tarification du paquet SPN</li> </ul>
<p><b>Cible 16</b> Au moins 80 % des femmes enceintes bénéficient d'un TPIg-3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cible PS SRMNIA en 2020 = 60%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Couverture TPIg-3 = 27,0 en 2020</li> <li>• Couverture TPIg-4 = 6,2%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer la collaboration avec le PNLp pour rendre disponible la SP</li> <li>• Renforcer les capacités des prestataires des SPN dans l'administration du TPIg</li> </ul>
<p><b>Cible 17</b> Toute femme enceinte dépistée séropositive au VIH est prise en charge avec l'option B+</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proportion femmes enceintes VIH+ sous ARV : 85%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 69,8% des femmes enceintes sous ARV en 2020 (Rapport PNLs 2020).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer la PTME dans les SPN et les SONU en tenant compte de nouvelles recommandations</li> <li>• Assurer la disponibilité dans les SPN des ARV et tests de dépistage du VIH</li> </ul>
<p><b>Cible 18</b> L'utilisation des SPoN est améliorée de à 80%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation SPoN en 2020 dans les 48 h après accouchement = 90%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation SPoN en 2020 dans les 48 h après accouchement = 74,2%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer la CCC</li> </ul>
<p><b>Cible 19</b> Le taux des césariennes est porté de 4,9 % à 7,5 % au niveau national</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de césarienne = 5%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de césarienne en 2020 : 3,7%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer le plateau technique des CSI/PMAE pour la réalisation des césariennes et des IOM</li> </ul>

## 5.5.- EVALUATION DES REALISATIONS ET DES LACUNES

Cette évaluation a consisté à examiner dans quelle mesure les activités ont été bien menées. Son objectif était d'évaluer les réalisations et les lacunes de la stratégie pour la SRMNIA en fonction des éléments des systèmes de santé ainsi que d'en identifier les points forts et faibles.

### 5.5.1.- Gouvernance, Leadership, Politique et Planification

Points Forts	Points Faibles	Causes	Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> <li>Existence des documents de politique et planification (PNS, PNDS 2018-2020)</li> <li>Existence des documents des normes et procédures en SRMNIA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documents et directives insuffisamment connus au niveau décentralisé</li> <li>Non mise à jour et validation de certains documents normatifs</li> <li>Faible synergie des plans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible dissémination/diffusion des documents stratégiques et normatifs</li> <li>Non budgétisation du plan</li> <li>Non opérationnalisation de la stratégie/plan à tous les niveaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vulgarisation des documents et directives</li> <li>Organisation de l'appui technique aux ateliers d'élaboration des plans de développement et opérationnels des DDS et DS</li> <li>Implication de tous les intervenants dans le processus de planification</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance de coordination des interventions de la SRMNIA à tous les niveaux</li> <li>Faible collaboration intersectorielle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non fonctionnement des structures de coordination et de suivi des programmes SRMNIA</li> <li>Services SRMNIA éparpillés dans différentes structures du MSP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place un cadre de coordination fonctionnelle en SRMNIA à tous les niveaux, particulièrement au niveau central</li> <li>Organisation des réunions de coordination de tous les intervenants de la SRMNIA sous le leadership du ministère</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible capacité de la communauté dans la PEC des problèmes de santé du couple mère-enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance de formation et d'actions de communication et de mobilisation sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer les capacités des communautés à l'auto prise en charge</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faiblesse du partenariat public-privé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible maîtrise et contrôle des FOSA privées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actualiser les mécanismes de certification et d'accréditation des FOSA privées en SRMNIA</li> </ul>

### 5.5.2.- Financement

Points Forts	Points Faibles	Causes	Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> <li>Existence d'une ligne budgétaire pour l'achat de médicaments dont ARV et ACT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance des ressources financières pour la SRMNIA</li> <li>Complexité des procédures de décaissement des fonds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non budgétisation du Plan SRMNIA 2018-2022</li> <li>Compétition des priorités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer une meilleure coordination de la contribution financière des PTF</li> <li>élaborer des plans annuels et produire des bilans physiques et financiers</li> </ul>

	du gouvernement et des partenaires <ul style="list-style-type: none"> <li>Absence de mécanisme de solidarité, protection sociale et assurance pour la SRMNIA en particulier,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible mobilisation des ressources de l'Etat et des autres sources de financement</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Appui financier des PTF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Forte dépendance au financement externe notamment pour l'achat des contraceptifs</li> <li>Absence de retro information sur le financement des activités des PTF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas d'activité de plaidoyer pour la mobilisation des ressources</li> <li>Faible alignement et harmonisation des appuis financiers des PTF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer les capacités pour mobiliser des ressources,</li> <li>Harmoniser et assouplir les procédures de décaissement des fonds</li> <li>Organiser des réunions périodiques de coordination des PTF sur les modalités de financement de la SRMNIA</li> </ul>

### 5.5.3.- Suivi et Evaluation (S&E)

Points Forts	Points Faibles	Causes	Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilité des outils des collecte des informations (registres, fiches....)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible complétude, et promptitude des rapports d'activités des FOSA notamment privées</li> <li>Formation insuffisante des prestataires pour l'utilisation des outils (DHIS2 et autres)</li> <li>Non validation des données aux différents niveaux,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non implication et participation des hôpitaux dans le DHIS2</li> <li>Verticalisation des programmes SRMNIA relevant de différentes directions</li> <li>Faible implication du secteur privé dans le SNIS</li> <li>Absence d'une unité de S&amp;E à la DGPOP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer l'intégration des indicateurs de la SRMNIA dans le DHIS-2 dans les hôpitaux généraux</li> <li>Renforcer l'implication du secteur privé dans le SNIS</li> <li>Organisation des évaluations et revues périodiques des programmes impliqués dans la SRMNIA</li> <li>Organiser une unité de S&amp;E au sein de la coordination de la DGPOP</li> <li>Promouvoir la publication d'un bulletin épidémiologique sur la SRMNIA</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Existence des données préliminaires de l'enquête nutritionnelle SMART 2020</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance des données factuelles récentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non validation de certains rapports</li> <li>Réalisation insuffisante des études et enquêtes en SRMNIA,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Validation des rapports d'études</li> <li>Renforcer la recherche opérationnelle et en diversifier les thématiques</li> <li>Impliquer les instituts de recherche et de formation dans la réalisation des études et enquêtes</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Existence de données sur le terrain au niveau des FOSA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance de données fiables et exploitables au niveau central</li> <li>Non disponibilité des rapports d'activités (annuels et autres)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faiblesse de mécanisme de compilation et remontée des données</li> <li>Non partage des données collectées par les ONG et par les programmes verticaux (PEV, ..)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser des réunions périodiques d'analyse et de validation des données aux 3 niveaux du système de santé.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance de la surveillance des décès.</li> <li>Faible réalisation des audits et revues</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance institutionnelle de l'Observatoire National des Décès Maternels Néonataux et Infantiles (ONDMNI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer les capacités de l'ONDMNI</li> <li>renforcer la surveillance des décès à tous les niveaux y compris le niveau communautaire et le secteur privé</li> <li>Systématiser la production et la diffusion des rapports de revue des décès au niveau de chaque FOSA impliquée ainsi qu'un rapport compilé au niveau central</li> </ul>

#### 5.5.4.- Ressources humaines

Points Forts	Points Faibles	Causes	Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> <li>Existence des institutions de formation des professionnels de santé</li> <li>(Ouverture d'une licence dans la formation des sages-femmes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>intégration insuffisante et/ou absente de la SRMNIA dans les curricula de formation des professionnels de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Harmonisation insuffisante des programmes</li> <li>Faible implication des institutions de formation dans le processus d'élaboration des stratégies et des plans en SRMNIA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcement de la collaboration entre les instituts de formation et le MSP et particulièrement avec le programme SRMNIA</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Existence du personnel qualifié en SRMNIA (médecins, sages-femmes, infirmiers)</li> <li>Existence du personnel spécialisé en SRMNIA (gynécologues et pédiatres)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance quantitative et qualitative du personnel chargé de la PEC en matière de SRMNIA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non mise en œuvre du plan de développement des RHS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en œuvre du plan de développement des RHS</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Inégale répartition du personnel de santé, notamment des sages-femmes avec leur concentration à Brazzaville et Pointe-Noire</li> <li>Insuffisance des compétences de certains prestataires en SRMNIA</li> <li>Insuffisance de supervision formative</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plaidoyer pour le recrutement/redéploiement du personnel formé en SRMNIA</li> <li>Renforcement des compétences du personnel sur le paquet SRMNIA</li> <li>Mise en réseau des FOSA SONU pour la continuité des soins avec organisation du coaching/mentoring à distance)</li> <li>Renforcement de la supervision formative</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Absence de plan de carrière</li> <li>Faible motivation du personnel pour l'intérieur du pays</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plaidoyer pour la mise en place d'un plan de carrière</li> <li>Renforcer mécanismes incitatifs pour le maintien du personnel au poste d'affectation,</li> </ul>

### 5.5.5.- Médicaments et Fournitures

Points Forts	Points Faibles	Causes	Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> <li>Existence liste nationale des médicaments essentiels intégrant les 13 produits qui sauvent la vie dans les FOSA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible disponibilité/ accessibilité des médicaments SRMNIA</li> <li>Faible qualité des médicaments avec la présence des marchés informels d'approvisionnement</li> <li>Rupture fréquente stock de certains produits essentiels de la SRMNIA, notamment les ARV en PTME</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible fonctionnement de la centrale d'achats</li> <li>Insuffisance dans la quantification des besoins</li> <li>Insuffisance du budget alloué à l'approvisionnement des médicaments</li> <li>Insuffisance de formation du personnel de santé et particulièrement ceux en charge de la gestion du médicament</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcement de capacité des acteurs à tous les niveaux</li> <li>Rendre disponible les 13 médicaments qui sauvent la vie dans les FOSA</li> <li>Plaidoyer pour la mise en place d'un mécanisme facilitant l'accès du couple mère-enfant au médicament</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coexistence de 2 systèmes de cession de médicaments (gratuit et payant)</li> <li>Faible disponibilité kits d'accouchement/ césarienne</li> <li>Absence ligne budgétaire pour achat contraceptifs</li> <li>Existence circuits parallèles d'approvisionnement des produits et d'un marché illicite en médicaments</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer la gestion des médicaments dans les pharmacies des FOSA</li> <li>Revoir la tarification des produits dans les points de ventes des FOSA</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Existence d'un CNTS et des centres interdépartementaux de transfusion sanguine</li> <li>Existence associations des donneurs de sang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible accessibilité du sang notamment en périphérie</li> <li>Absence de postes de transfusion sanguine dans certains hôpitaux.</li> <li>Insuffisance des poches de sang sécurisé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non disponibilité de la chaîne de froid (CDF) en périphérie pour la conservation du sang</li> <li>Difficulté d'acheminement et transport du sang sécurisé</li> <li>Rupture des intrants</li> <li>Insuffisance des donneurs fidélisés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcement du CNTS</li> <li>Rendre disponible de sang sécurisé aux points de prestation pour les urgences chirurgicales, obstétricales et pédiatriques</li> <li>Etendre l'offre en produits sanguins sécurisés ;</li> <li>Assurer la promotion du don de sang bénévole;</li> <li>Appuyer les associations des donneurs de sang bénévoles</li> <li>Assurer la disponibilité des flacons pédiatriques</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Existence d'un système de gestion intégré de la logistique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance de matériel médicotechnique des blocs opératoires et d'accouchement</li> <li>Vétusté/obsolescence du matériel médico-technique</li> <li>Non standardisation des équipements.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non renouvellement du matériel médico-technique</li> <li>Non standardisation des équipements avec la multiplicité des sources d'acquisition</li> <li>L'absence de maintenance des équipements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place un plan d'acquisition et de renouvellement du matériel médico-technique</li> <li>Mettre en place la maintenance préventive et curative</li> </ul>
--	---	---	--

### 5.5.6.-Prestations des services

Points Forts	Points Faibles	Causes	Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> <li>Existence des documents des normes et procédures en SRMNIA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible connaissance des normes par certains prestataires</li> <li>Faible application des normes et procédures existantes de SRMNIA</li> <li>Non actualisation des normes et procédures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible diffusion des normes et procédures</li> <li>élevée</li> <li>Insuffisance de supervision</li> <li>Absence de contrôle du secteur privé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actualisation/élaboration d'un document des normes standards nationales</li> <li>Diffusion et vulgarisation</li> <li>Renforcer les supervisions formatives et le contrôle</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilité de la <b>PF</b>,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible utilisation des méthodes contraceptives modernes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance des actions d'information et communication en faveur de la PF</li> <li>Faible disponibilité et accessibilité des contraceptifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promotion de la PF</li> <li>Implication de l'homme dans la PF</li> <li>Rendre disponibles et accessibles les méthodes contraceptives modernes</li> <li>Renforcer la distribution à base communautaire</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilité des <b>SPN</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inscription tardive aux SPN</li> <li>Faible couverture de SPN-8 et même des SPN-4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible promotion des SPN</li> <li>Non complétude du paquet</li> <li>Non-respect des normes par les prestataires à cause de la charge de travail élevé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcement des activités de promotion des SPN avec l'implication de la communauté</li> <li>Renforcer l'intégration des services</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible couverture en TPI3-4</li> <li>Utilisation insuffisante des MIILDA par les femmes enceintes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inscription tardive aux SPN</li> <li>Distribution irrégulière des MIILDA en routine au cours des SPN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promotion des SPN</li> <li>Renforcement de la collaboration avec le PNLP pour une meilleure dotation des FOSA en MIILDA pour la distribution en routine au cours des SPN</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible couverture PTME des femmes enceintes VIH+</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non application du DCIP</li> <li>Ruptures récurrentes des intrants pour la PTME</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Systématiser le DCIP au cours des SPN</li> <li>Renforcer les capacités des acteurs</li> <li>Assurer la disponibilité des intrants PTME</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilité des <b>SONU</b></li> <li>Existence des normes et procédures,</li> <li>Existence du partogramme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilisation insuffisante du partogramme dans les CSI et surtout dans secteur privé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formation insuffisante sur le partogramme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcement de la connaissance de la population sur les risques liés aux accouchements à domicile</li> <li>Renforcement des compétences des prestataires</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible couverture en PTME des parturientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non application du dépistage et conseil initié par le prestataire (DCIP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Systématiser le DCIP dans la salle de travail et au bloc d'accouchement</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance dans la PEC des urgences obstétricales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance de formation du personnel</li> <li>Faible disponibilité du personnel qualifié</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer la formation des spécialistes en gynécologie-obstétrique</li> <li>Renforcer les compétences du personnel dans la PEC des urgences obstétricales</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance du plateau technique matériel des FOSA</li> <li>Non disponibilité des kits d'urgence conformes aux directives nationales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dotation des FOSA SONU d'un plateau technique matériel adéquat de qualité y compris en kits d'urgence</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Non disponibilité des produits sanguins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rendre disponible les produits sanguins</li> <li>Plaidoyer pour le don du sang bénévole</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Coûts élevés des prestations et services</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plaidoyer pour l'accélération de l'AMU</li> <li>Plaidoyer pour l'actualisation des mesures de gratuite</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Retard dans le recours aux soins et services</li> <li>Faible organisation de la référence et contre référence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer le système de référence et c/référence avec la mise en place service d'assistance médicale des urgences (SAMU)</li> <li>Dotation des hôpitaux en ambulance</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilité des <b>SPoN</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible utilisation des consultations postnatales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible sensibilisation sur les SPoN</li> <li>Faible perception de l'importance des visites postnatale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer la communication et la promotion des SPON</li> <li>Renforcer et réorganiser les VAD avec l'implication du service social et de la communauté</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilité des des soins essentiels du nouveau-né (<b>SENN</b>)</li> <li>Précocité de l'allaitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non complétude de l'offre du paquet des SENN</li> <li>Faible disponibilité des unités de PEC et des coins des nouveau-nés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance de formation</li> <li>Faible disponibilité personnel qualifié</li> <li>Insuffisance du plateau technique</li> <li>Non disponibilité des kits de réanimation du nouveau-né</li> <li>Faible application de la méthode kangourou</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcement des compétences</li> <li>Dotation en kits de réanimation du nouveau-né</li> <li>Dotation en matériel de réanimation</li> <li>Dotation en médicaments</li> <li>Promotion de la méthode kangourou</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilité de la <b>PCIMNE</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible application des directives PCIMNE</li> <li>Faible couverture</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faiblesse de la supervision formative</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcement des capacités (formation, supervision intégrée, et disponibilité des médicaments)</li> <li>Mettre en place la composante communautaire</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilité du diagnostic précoce du VIH (PCR) dans 3 sites à Brazzaville et Pointe-Noire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance de la PEC pédiatrique du VIH (PECP)</li> <li>Insuffisance dans la dispensation des ARV</li> <li>Faible observance du traitement ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible disponibilité structures de dépistage et de PEC du VIH chez les enfants</li> <li>Insuffisance de formation des prestataires</li> <li>Insuffisance des intrants pour le dépistage et la PEC</li> <li>Ruptures récurrentes des formes pédiatriques des ARV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intégrer la PECP dans tous les sites ARV et PTME,</li> <li>Intégrer la PECP dans toutes les consultations préscolaires des CSI et dans les hôpitaux</li> <li>Renforcer les capacités des acteurs de santé à tous les niveaux sur la PECP.</li> <li>Assurer la disponibilité des intrants de dépistage et des médicaments pour la PECP (formes pédiatriques des ARV et médicaments pour les infections opportunistes)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Existence du centre de santé universitaire comme service de santé des jeunes et adolescents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faible couverture des services de PEC des adolescents</li> <li>Insuffisance et sous équipement des centres de santé scolaire</li> <li>Non complétude de l'offre des services</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Absence de formation sur les standards des services de santé adaptés aux adolescents/jeunes</li> <li>Insuffisance du financement de la santé scolaire</li> <li>Faible collaboration entre les ministères impliqués</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcement des capacités du personnel sur les conseils/soins apportés aux jeunes et adolescents.</li> <li>Mettre en place une unité de PEC des jeunes et adolescents dans les FOSA.</li> <li>Mettre en place une plateforme multisectorielle de concertation et de réponse pour les problèmes des jeunes</li> <li>Définition du paquet de l'offre en SSRAJ et en santé scolaire</li> <li>Développer les activités de santé scolaire dans les établissements scolaires</li> </ul>

## **5.6.- GOULOTS D'ETRANGLEMENT ET PROBLEMES IDENTIFIES**

### **5.6.1.- Goulots d'étranglement**

Dans la mise en œuvre de la SRMNIA, des goulots d'étranglement peuvent être identifiés, notamment :

1. La faible accessibilité des soins avec les facteurs ou déterminants socio-économiques tels que, la pauvreté et son corollaire l'inaccessibilité financière, l'analphabétisme et les pesanteurs socio-culturelle.
2. La disponibilité de l'offre des services et des soins avec la faible couverture observée aussi bien des structures de PEC avec leur capacité opérationnelle insuffisante, que des intrants tels (i) les médicaments , particulièrement les 13 médicaments vitaux pour la mère et l'enfant dont les ruptures sont récurrentes, (i) les et autres intrants pour le dépistage, le diagnostic et son orientation, ainsi que (iii) les prestataires qualifiés et formés insuffisamment motivés et en nombre limité notamment dans les spécialités de gynéco-obstétriques, pédiatrie, néonatalogie, et dans la fonction de sages-femmes.
3. L'insuffisance des soins de qualité liée non seulement à la compétence des prestataires, et la disponibilité des intrants de qualité indispensables pour l'offre des soins, dont l'équipement et les médicaments, mais aussi à l'organisation des services, l'offre complet du paquet essentiels requis dans l'optique du continuum des soins (SPN, SONU, SENN etc..)
4. La faible utilisation des services tributaire le plus souvent de l'accessibilité des services, de la qualité des soins offerts, et des relations opérationnelles entre les services et la population.
5. La faible disponibilité RHS formées et qualifiées concentrées dans les grandes villes notamment à Brazzaville et Pointe-Noire au détriment des zones rurales et enclavés du fait de leur inégale répartition sur le territoire national
6. La faible prévalence contraceptives notamment chez les adolescents, sur un terrain des besoins non satisfaits en PF élevé, avec comme conséquence la fréquence des grossesses précoces, non désirées et à risque, ainsi que des avortements souvent clandestins et leurs poids sur la vie génésique future et la mortalité maternelle

### **5.6.2.- Problèmes identifiés**

Les problèmes identifiés sont l'expression des dysfonctionnements créés par la rupture des équilibres entre composantes du système de santé, liés soit à l'état de santé des populations ciblées, soit au fonctionnement du système. Les plus importants, responsables des lacunes dans la disponibilité, l'accès, la qualité et la demande, se regroupent ainsi par pilier du système de santé:

#### ❖ Leadership et gouvernance:

- Non mise à jour de la stratégie nationale de la santé scolaire et des adolescents,
- Faible dissémination des documents stratégiques et normatifs aux différents niveaux de suivi et de prestation
- Absence de plateforme de concertation/coordination fonctionnel des intervenants en SRMNIA
- Insuffisance de coordination des interventions y compris des partenaires des partenaires

#### ❖ Ressources humaines:

- Répartition inéquitable du personnel avec leur concentration à Brazzaville et Pointe-Noire au détriment des zones rurales
- Insuffisance quantitative des RH, notamment celles qualifiées en SRMNIA (pédiatres, gynécologues obstétriciens, sages-femmes, et autres psychologues cliniciens et assistants et animateurs socio-éducatifs pour la santé scolaire et la santé des adolescents).
- Insuffisance des compétences en SONE/SONU
- Insuffisance de formation du personnel en SRMNIA
- Intégration insuffisante de la SRMNIA dans les curricula des écoles de formation des professionnels de santé

#### ❖ Produits et technologies de santé:

- Ruptures fréquentes de stocks des produits essentiels de la SRMNIA
- Faibles capacités de gestion des approvisionnements et des stocks
- Faible disponibilité des intrants pour les SPN (MIILDA, tests de dépistage du VIH,..)
- Insuffisance quantitative et qualitative du plateau technique matériel des FOSA, notamment pour la PEC des césariennes et des urgences obstétricales, la réanimation du nouveau-né, les SEN, la PECP du VIH et la PTME
- Insuffisance d'une chaîne de froid fonctionnelle dans les FOSA pour la conservation des réactifs de laboratoire et des produits sanguins

#### ❖ Financement:

- Non budgétisation du plan SRMNIA
- Insuffisance de financement par l'Etat (34%)

- Insuffisance des mécanismes de solidarité et de protection sociale et assurance pour la SRMNIA (>10%) moins de 7%

❖ Suivi et évaluation:

- Insuffisance de suivi/supervision à tous les niveaux
- Insuffisance de rapportage des données (fiabilité insuffisante et discordance des données, faible complétude et promptitude)
- Insuffisance des revues des décès maternels, néonataux et infantiles
- Absence d'unité de S&E chargée de la gestion des données à la DGPOP
- Insuffisances des données factuelles d'enquêtes et études récentes

❖ Prestation de services:

- Faible couverture géographique et disponibilité des FOSA SONU, des unités de réanimation néonatale, des centres de santé de santé scolaires
- Faible qualité des services et soins offerts (SPN, PF, SONU, SEN, PCIMNE)
- Faible complétude du paquet des interventions notamment au cours des SPN, PTME, et PCIMNE
- Faible utilisation des services des soins PF, des soins prénataux et postnatals
- Faiblesse du système de référence contre référence.
- Retard dans le dépistage du VIH de la mère et de l'enfant exposé
- Faible utilisation du partogramme dans les CSI à PMAE surtout dans les structures privées
- Insuffisance dans la PEC de la Covid chez les femmes enceintes et les enfants
- Faible couverture vaccinale anti-Covid des populations cibles de la SRMNIA
- Non développement de la PCIMNE communautaire
- Insuffisance de la participation communautaire et de l'offre des soins communautaire, avec la faible organisation des VAD pour la PF, les soins pré et postnatals notamment pour la relance des perdus de vue.

### **Problèmes prioritaires**

A l'analyse de ces problèmes, ces derniers ont été regroupés en 8 problèmes prioritaires

1. Faiblesse dans la coordination stratégique, la planification, la collaboration intra et intersectorielle, le partenariat y compris la communauté et le secteur privé
2. Insuffisance du financement de la SRMNIA avec des faiblesses dans la mobilisation et la gestion des ressources financières internes et externes,
3. Faible qualité des soins en SRMNIA due à l'insuffisance quantitative et qualitative du plateau technique matériel et humain, et le non-respect des normes et standards.
4. Insuffisance de la couverture des populations ciblées en SRMNIA du fait de la faible accessibilité et disponibilité des services de qualité requis,
5. Faible disponibilité des médicaments vitaux, des produits d'urgence ainsi que des produits sanguins, intrants, et autres fournitures de qualité de la SR,

6. Insuffisance dans le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan SRMNIA
7. Insuffisance de la référence/contre-référence des urgences obstétricales, néonatales, chirurgicales et pédiatriques
8. Inadéquation de la réponse apportée aux comportements sociaux déviants chez les adolescents, ainsi qu'à la malnutrition, aux violences selon le genre, aux fistules obstétricales, aux troubles de stérilité et aux cancers gynécologiques et mammaires,
9. Problèmes en lien avec la prévention et la PEC de la Covid-19 des populations cibles de la SRMNIA

#### **5.7.- DOMAINES D'INTERVENTIONS PRIORITAIRES**

1. Renforcement de la coordination, du partenariat, et de la mobilisation des ressources pour la SRMNIA
2. Renforcement du système de S&E en SRMNIA:
3. Financement de la SRMNIA
4. Disponibilité des RH de qualité à tous les niveaux
5. Disponibilité de matériel médicotechnique et des médicaments essentiels pour la SRMNIA
6. Prévention des grossesses non désirées
7. Renforcement de la qualité du suivi des grossesses au cours des SPN
8. Renforcement de la qualité et de la couverture des SONU avec l'assistance par un personnel qualifié pendant l'accouchement et le post-partum
9. Organisation de la référence et contre-référence pour faciliter la PEC à temps des complications et urgences obstétricales
10. Renforcement du suivi post-natal de la mère et des soins essentiels au nouveau-né
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. Prévention et PEC de la Covid
14. Renforcement de la PEC communautaire des mères, des nouveau-nés, enfants et ADO/Jeunes.
15. Communication et mobilisation sociale

## **VI.- RECOMMANDATIONS**

Au terme de cette revue les recommandations suivantes ont été formulées .:

**a) Au Ministère de la santé et de la population**

1. Renforcer fonctionnement des instances de coordination du PNDS pour une meilleure coordination des interventions en SRMNIA
2. Renforcer les capacités de la DGPOP dans la coordination des interventions dans le domaine de la SRMNIA
3. Favoriser la collaboration interministérielle et des secteurs connexes pour la mutualisation des ressources, la promotion des stratégies novatrices, le développement des interventions porteuses, dans le domaine de la SRMNIA
4. Veiller à la synergie entre les différents plans développés par les programmes du ministère de la santé impliqués dans la SRMNIA
5. Assurer le financement de la SRMNIA y compris la mobilisation des ressources financières additionnelles internes et externes et la coordination de la contribution financière des partenaires pour la mise en œuvre du plan stratégique sur la SRMNIA
6. Renforcer concomitamment avec le développement de l'assurance maladie universelle les mécanismes de solidarité et d'exemption pour la SRMNIA, en vue de garantir l'accès universel et équitable aux soins de santé de qualité et réduire les iniquités particulièrement pour les populations vulnérables telles que les mères, les nouveau-nés, les enfants, ainsi que les jeunes en situation de précarité
7. Renforcer le S&E par la formalisation de l'organisation des revues périodiques, annuelles, à mi-parcours et finales des programmes développés à tous les niveaux et mis en œuvre pour une meilleure maîtrise de l'information stratégique.
8. Mettre en œuvre le plan de développement de ressources humaines de santé pour leur gestion optimale répondant entre autres aux attentes des populations ciblées par le plan SRMNIA

9. Mettre en place un plan de recrutement et de redéploiement des ressources humaines en SRMNIA afin de palier à leur insuffisance quantitative et qualitative, et leur répartition inégale sur le territoire national
- 10 Renforcer l'appui à la formation des ressources humaines en santé particulièrement celles spécialisées en gynécologie-obstétrique, pédiatrie, urologie-andrologie, anesthésie réanimation, y compris les sages-femmes et les psychologues cliniciens pour les services de santé adaptés aux adolescents
- 11 Renforcer le comité national de quantification des médicaments afin de rationaliser les approvisionnements en médicaments et consommables médicaux et rendre disponibles les produits vitaux de la mère et l'enfant.

**b) A la Direction générale de la population**

1. Assurer la coordination des actions en matière de SRMNIA au sein du ministère de la santé
2. Renforcer la diffusion à tous les niveaux des documents normatifs développés
3. Développer le partenariat avec la communauté et toutes les organisations locales de la société civile, de manière à améliorer la SRMNIA
4. Elaborer un plan de plaidoyer et de mobilisation des ressources en SRMNIA
5. Mettre en place une unité de S&E des interventions au sein de la DGPOP

**c) Aux Partenaires Techniques et Financiers**

1. Appuyer le Ministère de la santé et de la population dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du plan stratégique sur la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent arrimé au PNDS, à l'ODD-3, et la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030
2. Renforcer les mécanismes de concertation avec les partenaires pour améliorer l'appui au financement, à la mise en œuvre et au suivi du plan stratégique SRMNIA

## VII.- 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-I)-2005, Mars 2006
- 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 – Décret n°88/430 du 6 juin 1988 fixant les conditions d'exercice libéral de la médecine et des professions paramédicales et pharmaceutiques en R.P. du Congo
- Congo – Rapport d'enquête sur la perception de la qualité des soins dans les services de SMI de 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.
- Mbou Essie D.E. et al, Avortements clandestins compliqués et médicaments de la rue à Brazzaville, Pan African Medical Journal. 2020
- 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
- OMS. - Surveillance des soins obstétricaux d'urgence : manuel d'utilisation, 2011
- 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 – Revue du Programme sur la Santé génésique et sur la Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et nutrition, Guide de mise en oeuvre, juin 2016
- WHO : Stratégie mondiale du secteur santé contre les IST 2016-2021 : cadre de mise en œuvre dans la Région africaine. Août 2017

## VIII.- ANNEXES

### Annexe 1 : Chronogramme de la Revue

ACTIVITES	Aout 2021				sept-21				oct-21				
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13
	2-7 A	9-11 A	16-21 A	23 aout -4 sept	6-11 S	13 - 25 sepi	27-2 O	4-9 O	11-16 O	18-23 O	25-30 O		
1- Préparation et prise contact du consultant													
2. Atelier d'adaptation des outils de la revue (4 jours)													
3. Atelier de revue documentaire (3 + 5 = 8 jours)													
4. Visites de terrain (5 à 7 jours)													
5. Elaboration du Draft 0 du Rapport de revue (7-10 jours)													
6. Atelier de revue (validation du Rapport de revue)/ 3 jours													
7. Amendement du document du rapport de revue (3 jours)													
8. Atelier planification/reprogrammation stratégie (5 jours)													
9. Elaboration du Draft 0 du document du plan 2022-2026													
10. Atelier de validation du plan (2 jours)													
11. Amendement du document du plan (3 jours)													
Report des activités et Reprogrammation des dates		30 Ao- 3 Sept	10-14 Sept	29 sept-10 oct	17-21 Oct	25 oct - 15 nov	2 - 3 déc		7-11 déc				20 dec

### Annexe 2 :

#### 1. Structures sanitaires visitées

	CSI et CSI/PMA	Coefficient de Pondération	FOSA 1er niveau	FOSA Privée	FOSA Publique	HB	HG + CHU	CNTS	LNSP	CAMEP S	Centre Drépano	TOTAL Structures
Brazzaville	37	11,1%	11	4	7	4	3	1	1	1	1	22
Pointe-Noire	34	10,2%	10	3	7	1	2	1				14
Kouilou	24	7,2%	7	2	5	0						7
Niari	39	11,7%	12	4	8	2	1					15
Bouenza	21	6,3%	6	2	4	4						10
Lekoumou	24	7,2%	7	2	5	1						8
Pool	51	15,3%	15	5	10	5						20
Plateaux	35	10,5%	10	3	7	3						13
Cuvette	23	6,9%	7	2	5	3	2					12
Cuvette/Oues	17	5,1%	5	2	3	2						7
Sangha	10	3,0%	3	1	2	2						5
Likouala	19	5,7%	6	2	4	1						7
<b>CONGO</b>	<b>334</b>	<b>100,0%</b>	<b>99</b>	<b>33</b>	<b>66</b>	<b>28</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>140</b>

**Annexe 3 :**

**1. Comité de pilotage**

**2. Participants**