

MINISTERE DE SANTE ET DE
LAPOPULATION

DIRECTION GENERALE DES SOINS ET
SERVICES DE SANTE

DIRECTION DE L'EPIDEMIOLOGIE ET
DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE

REPUBLIQUE DU CONGO



Unité –Travail –Progrès

**DEPLOIEMENT DE L'EQUIPE SURGE DANS LE
CONTEXTE DES INONDATIONS EN REPUBLIQUE
DU CONGO**

**RAPPORT DE MISSION
(16 JANVIER AU 25 FEVRIER 2024)**

Avec l'appui technique et financier



Table des matières

Liste des tableaux.....	4
Listes figures	5
Liste des abréviations.....	6
INTRODUCTION	7
OBJECTIFS DE LA MISSION	8
1. Objectif général.....	8
2. Objectifs spécifiques.....	8
METHODOLOGIE	9
1. Période de la mission	9
2. Cadre de travail	9
3. Phases de la mission.....	9
4. Ressources humaines	9
5. Les outils de travail	10
6. Activités planifiées	10
7. Moyens logistiques	10
RESULTATS	11
1. La cartographie des zones touchées par les inondations :	11
1-1. Zones touchées par les inondations.....	11
1-2. Populations déplacées	14
1-3. Décès par inondations.....	14
2. Evaluation de l'accessibilité des soins	15
2-1. Structures de santé visitées	15
2-2. Fonctionnalité des formations sanitaires (FoSa)	17
2-3. Besoins des formations sanitaires visitées.....	18
3. Evaluation du système de surveillance épidémiologique	19
4. Renforcement de la surveillance épidémiologique dans les départements touchés par les inondations.....	25
4-1. Structures de santé visités	26
4-2. Nombre de personnes briefées par département et par profil	27
4-3. Difficultés rencontrées par l'équipe.....	27
5. Recherche active des cas couplée à la collecte des données de la surveillance épidémiologique	28
6. Sensibilisation des communautés et des autorités	30
7. Investigation de l'épidémie de Mpox dans la Cuvette et dans la Likouala.....	31

7-1. Description des alertes de Mpox	31
7-2. Description des cas de Mpox	32
7-3. Listage des contacts.....	Erreur ! Signet non défini.
8. D'investigation des cas de diarrhée des suites de l'inondation dans le département de la Likouala en février 2024.....	36
8-1. Données des cas de diarrhées observés dans la communauté	36
8-2. Difficultés rencontrées par les équipes d'investigation	38
CONCLUSION.....	39

Liste des tableaux

Tableau 1: Répartition des experts déployés par département	9
Tableau 2: Répartition des aires de santé et des centres de santé touchés par les inondations	11
Tableau 3: Répartition des formations sanitaires visitées par département et par district sanitaire	16
Tableau 4: Répartition du personnel interrogé par grade	19
Tableau 5: Evaluation de la simplicité du système de surveillance épidémiologique	20
Tableau 6: Evaluation de l'acceptabilité du système de surveillance épidémiologique	21
Tableau 7: Evaluation de la stabilité du système de surveillance épidémiologique..	21
Tableau 8: Synthèse des principaux problèmes et faiblesses	22
Tableau 9: Nombre de personnes sensibilisées par départements	30
Tableau 10: Répartition des alertes par aire de santé	32
Tableau 11: Répartition des cas par tranche d'âge	35
Tableau 12: Répartition des cas par sexe	35
Tableau 13: Répartition des cas par aire de santé	34
Tableau 14: Répartition des cas selon les quartiers de résidence.....	34
Tableau 15: Répartition des contacts par sexe.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 16: Répartition des contacts par tranche d'âge ...	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 17: Répartition des contacts selon le lieu de contact avec le cas	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 18: Répartition des contacts selon le type de contact	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 19: répartition des cas de diarrhée répertoriés au niveau communautaire dans les localités enquêtées au 09 février 2024.....	36
Tableau 20: Présentation des cas de diarrhée par FOSA visitées et vu dans les registres de consultation de la S1 à la S5 2024.....	37

Listes figures

Figure 1: Répartition des personnes déplacées par départements	14
Figure 2: Répartition des décès par départements.....	15
Figure 3: Répartition du nombre de structures de santé visitées.....	16
Figure 4: Fonctionnalité des structures de santé par département.....	18
Figure 5: Répartition des formations sanitaires évaluées par département.....	19
Figure 6: Formation du personnel sur la surveillance épidémiologique	20
Figure 7: Répartition du nombre de structures de santé briefées par département..	26
Figure 8 : Répartition des alertes par date de notification.....	32
Figure 9: Courbe épidémique de l'épidémie de Mpox dans le district sanitaire de Mossaka selon la date de notification	33
<i>Figure 10: Circonstances de contact avec les cas.....</i>	Erreur ! Signet non défini.
Figure 11 : revue des cas de diarrhée reçu dans les FOSA visités au 09 février 2024 dans le département de la Likouala.....	37
Figure 12 : répartition par sexe des cas de diarrhée revue dans les registres des FOSA visitées de la S1 à la S5 2024	38

Liste des abréviations

COGES	: Comité de Gestion
COSA	: Comité de Santé
CSI	: Centre de Santé Intégré
CSU	: Couverture Sanitaire Universelle
DARH	: Direction de l'Administration et des Ressources Humaines
DGAR	: Direction Générale de l'Administration et des Ressources
DGPOP	: Direction Générale de la Population
DGSSSa	: Direction Générale des Soins et Services de Santé
DOT	: Traitement sous Observation Directe
DS	: District Sanitaire
ECD	: Equipe Cadre du District
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
LNSP	: Laboratoire National de Santé
MSP	: Ministère de la Santé et de la Population
ODD	: Objectif de Développement Durable
OMS	: Organisation mondiale de la Santé
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activité
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PMA	: Paquet Minimum d'Activité
PMAE	: Paquet Minimum d'Activité Elargi
PMAS	: Paquet Minimum d'Activité Standard
POS	: Procédure Opératoire Standardisée
RHS	: Ressources en Humaines en Santé
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SSID	: Système de Santé Intégré de District
SSP	: Soins de Santé Primaire
SSPE	: Service de Santé de Premier Echelon
SSR	: Santé Sexuelle et de la Reproduction
VBG	: Violences Basées sur le Genre
VIH	: Virus d'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Depuis le mois de décembre 2023, la République du Congo subit des précipitations exceptionnellement graves. Ces pluies diluviennes ont plus précisément touché les départements de la Likouala, de la Sangha, de la Cuvette, des Plateaux, du Niari, de Pointe-Noire, du Kouilou et de Brazzaville.

Selon les experts, ces précipitations sont deux fois plus importantes que la moyenne habituelle ; d'autres part, il est relevé que le niveau des eaux de la rivière Oubangui, affluent majeur du fleuve Congo, a atteint un record de hauteur sur la période 2022 – 2023.

Cette situation est à l'origine de l'inondation totale ou partielle de 361 villages et 36 quartiers dans les départements précités. Ces événements climatiques se produisent alors que les populations ne sont pas encore relevées de l'impact des inondations précédentes, lesquelles avaient déjà affecté leurs moyens d'existence.

Selon le communiqué du Gouvernement du 29 décembre 2023, 320 891 personnes sont directement affectées par ces inondations. Le nombre des populations affectées dépasse largement celui des années passées. Un total de 17 décès a été notifié dans les départements de la Likouala, des Plateaux, de Brazzaville et de Pointe-Noire et 06 personnes sont portées disparues dans les départements de la Likouala et de la Cuvette. Plus de 2 292 hectares de terres cultivées ont été inondées, des maisons d'habitations sont complètement détruites, des administrations ont été également inondées, tandis que des sources d'approvisionnement en eau potable ont été polluées rendant ainsi les populations vulnérables aux maladies hydriques à potentiel épidémique telles que le choléra, la shigellose, la fièvre typhoïde, la poliomyélite et bien d'autres. Il sied de rappeler que la République du Congo a connu trois épidémies successives de ces maladies hydriques (choléra, shigellose et fièvre typhoïde) dans les départements du Niari, de Pointe-Noire, Bouenza, Brazzaville, Cuvette-Ouest, Lékoumou, Likouala et Pool entre juin et octobre 2023.

Il ressort des prévisions mises à la disposition du Gouvernement que ces phénomènes de crues ne reflueront pas dans l'immédiat ; il est donc à craindre que les inondations se poursuivent durant toute la saison pluvieuse. C'est dans ce contexte que le Gouvernement a déclaré une urgence humanitaire dans les départements de la Likouala, de la Sangha, de la Cuvette, des Plateaux, de Pointe-Noire, du Kouilou et de Brazzaville et la mise en place d'un fonds d'urgence par un acte réglementaire du

Premier Ministre. Afin de réduire le risque de survenue des épidémies liées aux maladies hydriques et d'identifier précocement ces épidémies, il est nécessaire de faire une évaluation de la situation sanitaire et de renforcer la surveillance épidémiologique dans les départements touchés. Ceci dans le but de réduire la morbidité et la mortalité imputable à ces maladies et d'orienter les prochaines actions.

OBJECTIFS DE LA MISSION

1. Objectif général

L'objectif général de la mission du déploiement des experts SURGE était d'évaluer la situation sanitaire et renforcer la surveillance épidémiologique dans les départements inondés en République du Congo.

2. Objectifs spécifiques

L'objectif général a été décliné aux es objectifs spécifiques suivants :

1. Cartographier les zones touchées par les inondations ;
2. Evaluer l'accessibilité aux soins et services de santé dans les départements touchés par les inondations ;
3. Faire une évaluation rapide du système de surveillance épidémiologique ;
4. Renforcer les capacités des agents de santé et RECO sur la surveillance épidémiologique des MPE en général et des maladies hydriques en particulier ;
5. Organiser la recherche active des cas des MPE en général et des maladies hydriques en particulier dans les formations sanitaires et dans la communauté ;
6. Organiser les séances de sensibilisation des autorités et des communautés sur les risques liés aux MPE en général et des maladies hydriques en particulier ;
7. Organiser des investigations autour des cas suspects des maladies à potentiel épidémique identifiés.

METHODOLOGIE

1. Période de la mission

Les équipes ont été déployés sur le terrain au cours de la période allant du 16 janvier au 25 février 2024.

2. Cadre de travail

Au total, les experts SURGE ont été déployés dans 8 départements touchés par les inondations. Il s'agit des départements de : Brazzaville, Likouala, Cuvette avec deux axes (Fluvial et Terrestre), Plateaux, Niari, Pointe-Noire, Kouilou et Sangha.

3. Phases de la mission

Cette mission s'est déroulée en deux phases : La première phase consistait à faire la cartographie des populations touchées par les inondations et l'évaluation de l'accessibilité aux soins et services de santé ; la deuxième phase concernait le renforcement de la surveillance épidémiologique.

4. Ressources humaines

L'équipe de mission était composée des épidémiologistes membres de l'équipe SURGE. En effet, l'équipe SURGE est une équipe de 59 volontaires formés par l'OMS au Congo mobilisables dans les 24h à 48 suivant la confirmation d'une urgence de santé publique au Congo. Au total, 16 experts ont été mobilisés selon la répartition suivante :

Tableau 1: Répartition des experts déployés par département

Lieu du déploiement	Noms et prénoms des experts
La Sangha	Dr LEZA Stély Grâce Elvire
	M. NANGA ASSEH Fortuné Blaise
La Cuvette	M. KINOUBANI Guy Roger
	M. MALONGA Duc Magloire
Cuvette axe fluvial	M. MASSALA PEYA Jethro
	M. AKOUNDZE Beal-Junior
Le Niari	Dr ITOUA-IYOLO Prince Berdy
	M.KANKOU Amour Chabrelle
Les Plateaux	M. OKEMBA Emery
	M. BOLANDA Jean Daniel
Pointe- Noire- Kouilou	Dr OLLESSA MEKOYO Rêve Delvie
	M. DIANZINGA Aleph Merveil
La Likouala	M. M'PAN Rolly-Rhold Berche
	M. DZUNU KINOUBANI Jérusalem
Brazzaville et ses environs	Dr MAKANGA Née ONGOUYA Liana Dalcantara
	Dr GNEKOUMOU LIBABA Youssef Ludovic Hervé

Après évaluation de la situation dans le département du Niari au cours de la première phase, les experts de ce département ont été envoyés dans le département de la Cuvette afin de renforcer les effectifs des équipes déjà en place. Ainsi, un expert a été ajouté sur l'axe fluvial et l'autre sur l'axe terrestre.

5. Les outils de travail

Les outils de travail de travail ont été : les téléphones smartphones, les formulaires électroniques de collecte de données, les définitions de cas des maladies à potentiel épidémique, les formulaires d'investigation et la connexion internet.

6. Activités planifiées

Dans chaque localité, le paquet d'interventions a été composé des activités suivantes :

- ✓ La cartographie des zones touchées par les inondations ;
- ✓ L'évaluation de l'accessibilité aux soins et service de santé dans les zones touchées par les inondations ;
- ✓ L'évaluation rapide du système de surveillance ;
- ✓ La formation des agents de santé des formations sanitaires publiques et privées sur la détection et la notification des maladies à potentiel épidémique avec l'accent sur les maladies hydriques ;
- ✓ Dotation des formations sanitaires des définitions de cas, des supports de communication, de notification et d'investigation autour des cas ;
- ✓ Organisation de la réunion de sensibilisation des autorités locales sur les maladies à potentiel épidémique et les maladies hydriques ;
- ✓ Organisation de la recherche active des cas suspects des maladies hydriques dans les formations sanitaires et dans la communauté ;
- ✓ Organisation des investigations autour des cas suspects des maladies à potentiel épidémique identifiés.

7. Moyens logistiques

Dans chacun des départements, les épidémiologistes ont sillonné les principaux villages et quartiers concernés par les inondations et les formations sanitaires. Les équipes ont été transportées dans chaque localité principale par, véhicules, canot rapide et utiliseront d'autres moyens de déplacements (motos, pirogues motorisées, etc.) pour les déplacements à l'intérieur des principales localités.

RESULTATS

1. La cartographie des zones touchées par les inondations :

1-1. Zones touchées par les inondations

Sur le total des aires de santé visitées dans le cadre de la cartographie des inondations, 86 aires de santé ont été touchées par les inondations et 26 centres de santé ont été inondés. La répartition des aires de santé touchées et des centres de santé inondés par département et district sanitaire est présenté par le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2: Répartition des aires de santé et des centres de santé touchées par les inondations

Département	DS	AS touchées	FOSA Inondée
Cuvette	Mossaka	AS de Mossaka 1	CSI de Mossaka 1 HB de Mossaka
		AS de Mossaka 2	CSI de Libelle
		Loukolela	PS de Sossolo
		Loboko	Aucune
		Boleko	Aucune
		Bokoma	Aucune
		Boniala	CSI de Boniala PS de Konda
	Owando	Owando 1	Aucune
		Owando 2	Aucune
		Ntokou	Aucune
		Equateur	Aucune
		Mariélé	Aucune
		Issengué	Aucune
		Kouyoungandza	Aucune
		Ossangou	Aucune
	Oyo-Alima	Ngoko	Aucune
		Tongo	Aucune
		Tchikapika	Aucune
		Oyo	Aucune
		Edou	Aucune
	Bokouélé	CSI de Bokouélé	

Département	DS	AS touchées	FOSA Inondée
		Obouya	Aucune
		Boundji	Aucune
		Engana	Aucune
	Mossaka Loukoléla	Boniala	CSI de Boniala
Brazzaville	Talangai	Fleuve Congo	Aucune
		Maman Mboulé	Aucune
		Mpila-Yoro	Pas de FOSA
	Madibou	Massissia/Mafouta	Aucune
		Mbouono	Aucune
	Île Mbamou	Mbamou	Aucune
		Lissanga	Aucune
		Kitengue	CSI Kitengue
		Loubassa	Aucune
		Maguenguengue	Centre médical de Maguenguengue
KOUILOU	Mvouti-Kakamoueka	Kakamoeka, Loaka, Louvoulou	Aucune
	Madingo Kayes-Nzambi	Nzambi	Aucune
	Hinda-Loango	Loubou	Aucune
Pointe-Noire	Tchiamba-Nzassi	Fouta	Aucune
	Ngoyo	AS de Ngoyo, Jean Denis Tchimbakala	Ngoyo
	TIE-TIE	Loussala et Ndaka Soussou, de MPK8, Pambou Benjamin, Moussou Madeleine et CSI 303 hôpital	Aucune
	Lumumba	KM4 A, KM4B, de Tchimbamba, de Jeane-Vialle, OCH et Mpita.	OCH, Tchimbamba
	Loandjili	Vindoulou et Simon Kibangou	Aucune
	Mvoumvou	Mvoumvou, dans les aires de santé (AS) de Sinaï et de Caritas.	Aucune

Département	DS	AS touchées	FOSA Inondée
	Mongo-Poukou	Siafoumou, Mont Sinaï, Mont Kamba et Makayabou.	Aucune
Sangha	Ouessou	Mbindjo	Aucune
		Mokéko	Aucune
		Kabo	Aucune
		Pikounda	Aucune
Plateaux	Gamboma	Makotimpoko	CSI de Makotimpoko
			Clinique Marjean
			PS de Bobanda
			PS Bounda
			PS de Bobi
		Bodouango	CSI de Bodouango
			PS de Bodzeka
			PS de Mbatse
	Ossa 2	Aucune	
	Bouemba	Aucune	
Ngo-Mpouya	Mpouya	PS Balemon	
		PS Mongolo	
Niari	Kibangou	Divenié	Aucune
		Nyanga	Aucune
	Kimongo	Londela-Kayes	Aucune
Likouala	Impfondo	Moungoungui	Aucune
		Bohona	Aucune
		Liranga	Aucune
		Epena	Aucune/ Pas visité
		Mokengui	Mokengui
		Dzeke	Aucune / Pas visité
		Bouanela	Aucune / Pas visité
	Enyéle-Bétou	Dongou	Aucune
		Boyele	Aucune
		Betou	PS Landza, PS Ikpembele

1-2. Populations déplacées

En l'absence des opérations de dénombrement des populations affectées et déplacées dans les départements, ce nombre a été estimé par les responsables des structures de santé et des autorités politico-administratives. Dans les zones visitées par les équipes, 111 204 personnes se seraient déplacées suite aux inondations et se sont rendues dans les familles d'accueil, les bâtiments administratifs non inondés (sous-préfecture, écoles), les églises et d'autres localités. Les départements de la Likouala (35,7% de la population déplacée) et de la Cuvette (29,0%) ont enregistré les plus grandes proportions des personnes déplacées représentant plus de deux tiers des personnes déplacées (64,7%).

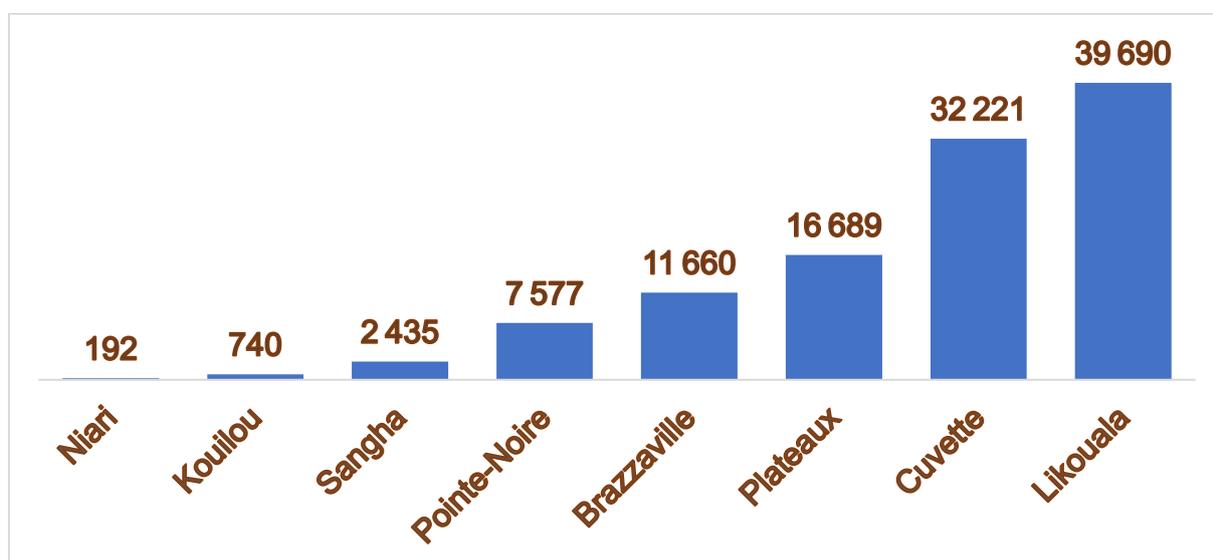


Figure 1: Répartition des personnes déplacées par départements

1-3. Décès par inondations

Les données collectées rapportent 15 décès dans les départements touchés par les inondations. Ces décès sont enregistrés dans les départements de la Cuvette, de la Likouala, du Niari et de la Sangha.

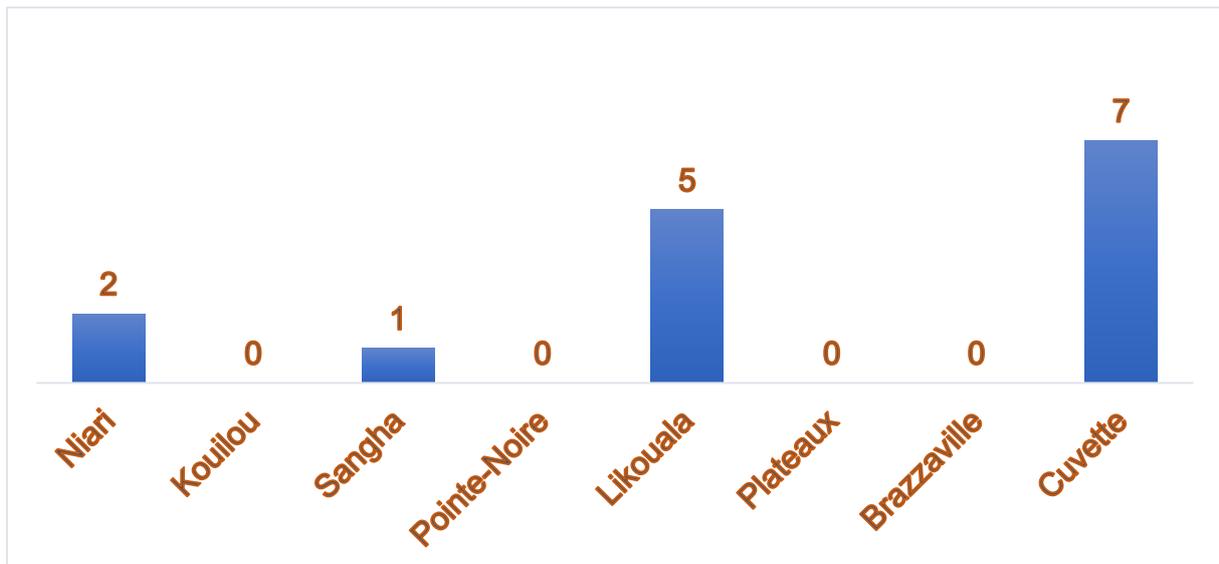


Figure 2: Répartition des décès par départements

- **Niari**
 - ✓ Les 2 enfants âgés chacun de 2 et 3 ans décédés des suites de l'écroulement de la toiture et d'un mur après la pluie dans l'aire de santé de Divinié ;
- **Cuvette**
 - ✓ Les décès enregistrés étaient dû à la noyade ;
- **Likouala**
 - ✓ Les cinq (05) décès de la Likouala également dû à la noyade ;
- **Sangha**
 - ✓ Décès d'un nourrisson de 2 mois des suites d'une diarrhée aigue avec déshydratation.

2. Evaluation de l'accessibilité des soins

2-1. Structures de santé visitées

Au total, 114 structures de santé ont été visités dans les huit départements concernés. Ces structures comprennent les centres de santé publiques et privées, les hôpitaux et les postes de santé.

Le graphique ci-dessous représente la répartition des formations sanitaires visitées par département.

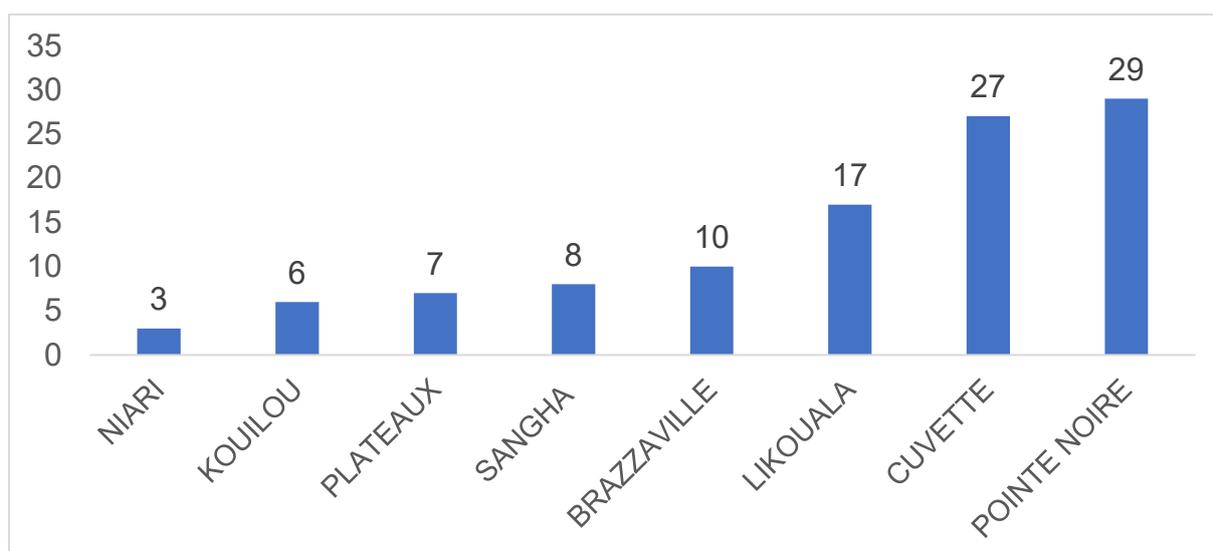


Figure 3: Répartition du nombre de structures de santé visitées

Il ressort de ce graphique que près de 29 dans le département de Pointe-Noire et 27 des structures ont été visité dans la Cuvette.

Dans la Likouala, 7 postes de santés privés ont été identifié dans des villages n'ayant pas de Fosa publiques et qui contribue à l'accessibilité aux soins. Le Département a pris sur lui de les associer pour les stratégies avancées de vaccination et pour les rapports mensuels de surveillance.

Les différentes structures de santé visitées par département sont les suivantes :

Tableau 3: Répartition des formations sanitaires visitées par département et par district sanitaire

Département	District sanitaire	FOSA
Brazzaville	Talangaï	Fleuve Congo, Maman MBOUALE et Mpila Yoro
	Madibou	Massissia/Mafouta et Mbouono
	Ile Mbamou	Mbamou, Lissanga, Kitengue, Loubassa et Manguengue
Niari	Kibangou	Divénié, Nyanga
	Kimongo	Londela Kayes
Cuvette	Owando	Owando 1, Owando 2, Ntokou, Equateur, Mariélé, Issengué, Kouyoungandza, Ossangou, Ngoko
	Oyo-alima	Tongo, Tchikapika, Oyo, Edou, Bokouélé, Obouya, Bokouélé, Boundji, Engana
	Mossaka	Boniala, Mossaka 1, Mossaka 2, Hôpital de base, Loukolela, Matoko, Boleko, Loboko, Ndollet, Bokoma
Sangha	Ouessou	Mokeko, Kabo, Pikounda, Mbindjo, Pounga

Département	District sanitaire	FOSA
Plateaux	Gamboma	CSI de Makotimpoko, Clinique Marjean, PS de Bobanda, PS Bounda, PS de Bobi, CSI de Bodouango, PS de Bodzeka, PS de Mbatse, OSSA 2, Bouemba
	Ngo-Mpouya	CSI de Mpouya, PS Balemon, PS Mongolo
Kouilou	Mvouti-kakamoeka	Louvoulou, Kakamoeka, Loaka, Loubou, Manzi et Nzambi
Pointe-Noire	Tchiambanzassi	CSI de Fouta, de Tchiamba Nzassi, de Tandou-Binzéné, de Cayo
	Ngoyo	CSI de Ngoyo, Jean Denis Tchimbakala, Tchimani
	Tié-Tié	Ndaka Sossou, Loussala, Pambou Benjamin, Moussou Madeleine, CSI 303 Hôpital
	Lumumba	CSI de Mpita, Tchimbamba, KM4A, KM4B, Hygiène scolaire et Jane Vialle
	Loandjili	Simon Kimbangou et Vindoulou,
	Mvoumvou	Sinaï, Caritas, AS de ironnelle, de Saint Joseph et Caritas
	Mongo-Mpoukou	Siafoumou, Mont Sinai, Makayanou, Mont Kamba
Likouala	Impfondo	L'infirmierie de Garnison, CSI de Mougoungui, CSI de Bohona, H.R. d'Impfondo, CSI de Mokengui, PS Bopkokoto, CSI de Bolémbé, CSI Mombenzele, CSI de Ndjoundou, CSI de Liranga.
	Enyelle-Bétou	PS Nyangué, PS du Village Malala, CSI de Boyele, PS de Ibenga, CSI d'Enyellé, PS de Landza, Hôpital de Betou, CSI de Ikpengbele, CSI de Dongou.

2-2. Fonctionnalité des formations sanitaires (FoSa)

La fonctionnalité des différentes FoSa visitées a été évaluée et les résultats sont résumés par le graphique ci-dessous. Au total 10 FoSa sont non fonctionnelles et 2 structures semi fonctionnelles. Les structures non fonctionnelles ont été identifiées dans les départements de la Cuvette (Poste de santé de Sossolo, détruit par les inondations, les postes de santé de Matoko et Ndollet, fermés par manque d'animateurs, Mbataka et Boundji), de Brazzaville (CSI de Mpila Yoro fermé suite aux événements du 04 mars 2012), de la Sangha (Centre de santé de Pandama, fermé depuis 2 ans) et de la Likouala (CSI de Ndjoundou, PS de Landza, PS du Village Malala, tous fermés par manque de personnel). Les 2 FOSA semi fonctionnelles ont été répertoriées dans les départements de Brazzaville et de la Likouala. Il s'agit à

Brazzaville du centre de santé de Manguénguégué dans le district sanitaire d'Ile Mbamou et dans la Likouala il s'agit du poste de santé de Nyangué dans le district sanitaire d'Impfondo.

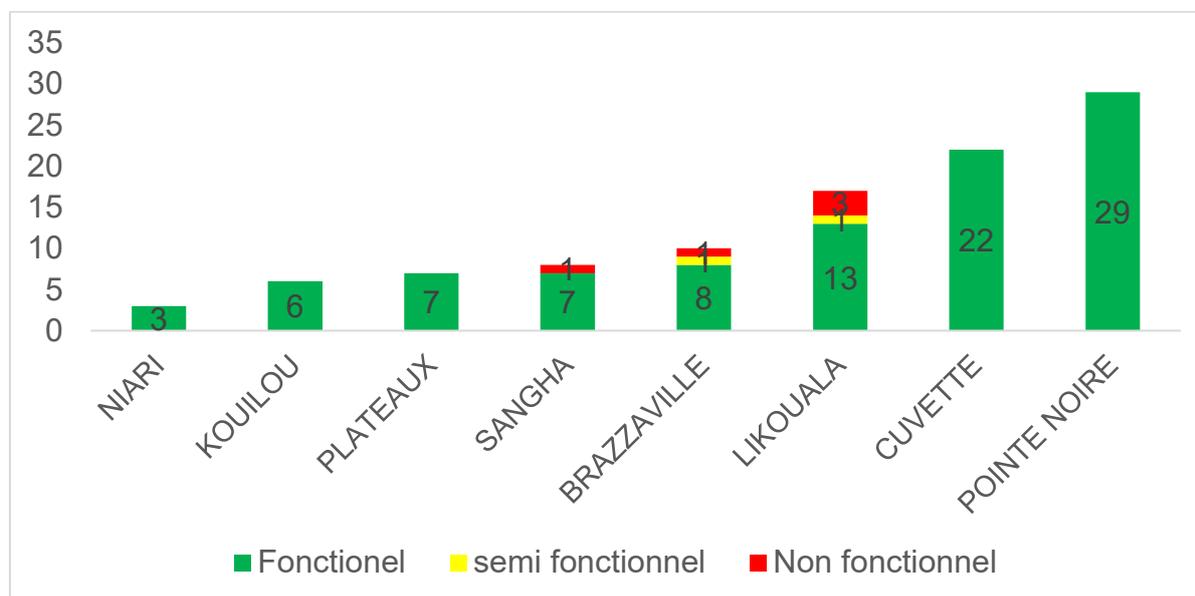


Figure 4: Fonctionnalité des structures de santé par département

2-3. Besoins des formations sanitaires visitées

Les besoins des formations sanitaires visitées sont quasiment les mêmes et sont les médicaments pour la prise en charge des malades et le renforcement des effectifs en ressources humaines. En effet, les rapports du Ministère de la santé montre une inégale répartition des ressources humaines surtout du personnel soignant avec une prédominance dans les départements de Brazzaville et Pointe-Noire. Les départements sans une situation de précarité des ressources humaines sont d'autant plus marqués dans les FOSA se trouvant dans les zones très éloignées des districts administratifs et est parfois à l'origine de la fermeture des centres de santé comme le cas des postes de santé de Matoko dans l'aire de santé de Loukolela et de Ndollet dans l'aire de santé de Loboko tous dans le district sanitaire de Mossaka. Aussi cette situation est encore amplifiée par certaines mutations des agents évoluant déjà dans ces formations sanitaires comme le cas des centres de santé de Liranga et de Bokoma. Face à cette situation, les autorités de ces districts implorent du ministère de la santé et de la population, un complément d'agents (infirmiers, sage-femme, laborantins).

3. Evaluation du système de surveillance épidémiologique

L'évaluation a été menée dans 4 départements sur les 8 affectés par les inondations (Brazzaville, Plateaux, Cuvette et Sangha). Elle a bénéficié de la participation de 28 FOSA dont 86% (24/28) étatiques. Un participant par FOSA a été interrogé dont 79% (22/28) des chefs de centres et pour le reste les responsables de la consultation curative. 46% (13/28) des participants avaient moins de 2 ans de fonction dans la structure.

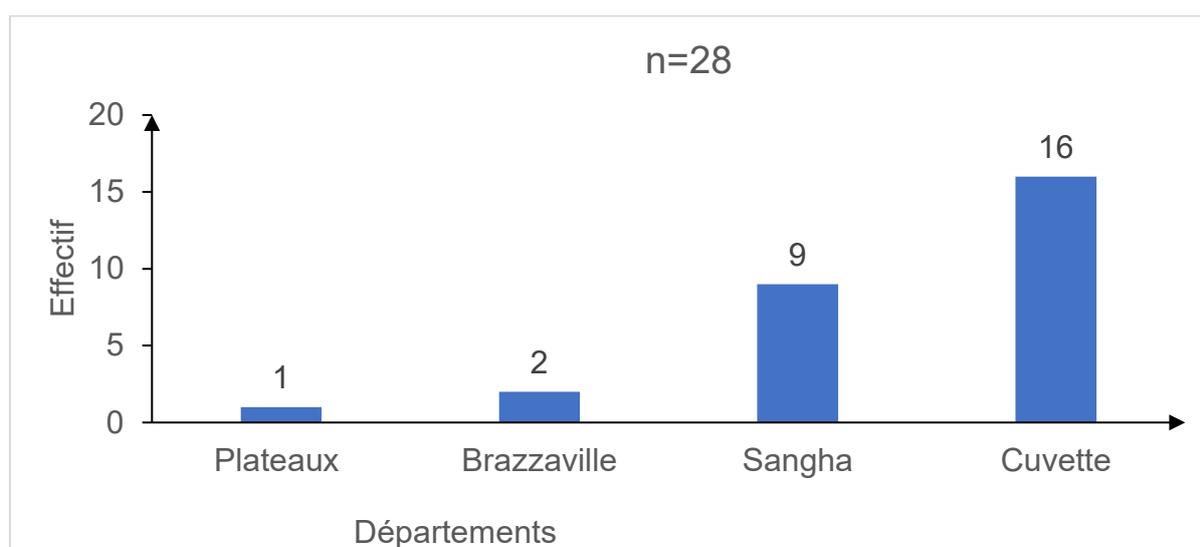


Figure 5: Répartition des formations sanitaires évaluées par département

Dans l'ensemble du personnel interrogé, plus de deux tiers sont des infirmiers (67,9%). Les médecins représentent 10,7% des personnes interrogés.

Tableau 4: Répartition du personnel interrogé par grade

Grade	Effectif	%
Médecin	3	10,7
IDE	19	67,8
Agent communautaire	2	7,1
Autres	4	14,71
Total	28	100,0

Pour ce qui est de la formation sur la surveillance épidémiologique, seulement 25% (7/28) de ce personnel ont déjà bénéficié de la formation sur la surveillance

épidémiologique et plus de moitié (57,1%) avaient déjà rempli un formulaire de notification des cas.

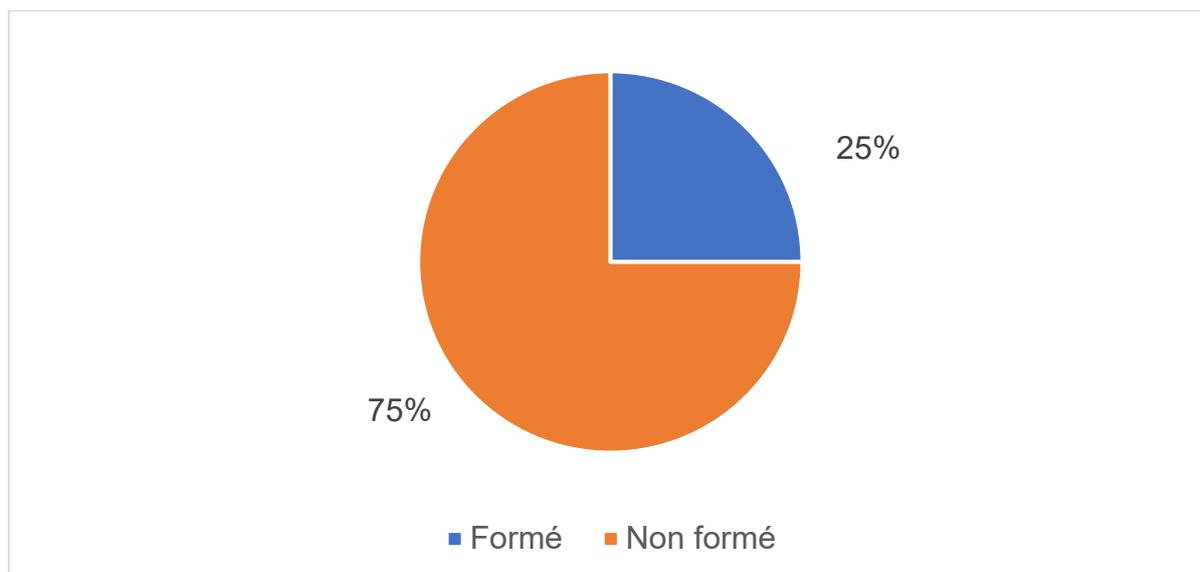


Figure 6: Formation du personnel sur la surveillance épidémiologique

Les quatre critères évalués étaient : la simplicité, l'acceptabilité, la stabilité et la réactivité.

Pour ce qui est de la simplicité du système de surveillance, elle a été cotée à 3 et correspondait à un système de surveillance simple. Mais ce résultat cache quelques disparités selon les items de l'évaluation. En effet, ce résultat révèle que 21,4% des agents n'ont pas la maîtrise des définitions de cas de MPE, n'ont pas la connaissance du circuit de notification d'une MPE et ne connaissait pas la personne à contacter en cas suspicion d'une MPE. Ces résultats montrent la nécessité d'organiser la formation des agents de santé sur la surveillance intégrée de la maladie et la riposte. Cette formation constituerait un volet majeur dans l'amélioration de la surveillance par une détection et une notification précoce des MPE.

Tableau 5: Evaluation de la simplicité du système de surveillance épidémiologique

Simplicité	Bonne réponse	Cote
Connaissance définition de cas	22/28	1
Temps moyen remplissage des formulaires	11/28	0
Connaissance le circuit de notification	22/28	1
Connaissance de la personne à contacter à l'échelle supérieur	22/28	1
Total		3/4

L'acceptabilité du système de surveillance épidémiologique a été jugée de moyenne avec une cote d'un point. Cette situation s'explique par le simple fait 14,3% (4/28) des agents ne déclarent pas tous les cas de MPE.

Tableau 6: Evaluation de l'acceptabilité du système de surveillance épidémiologique

Acceptabilité	Bonne réponse	Cote
Taches de la surveillance fait partie de votre travail de routine	28/28	1
Déclarer vous tous les MAPE	24/28	0
Total		½

La stabilité du système de surveillance épidémiologique a été jugée faible en raison de la faible cote obtenue soit 2. Cette faiblesse notamment due du fait que seulement 85,7% des formations sanitaires n'ont pas suffisamment des formulaires de notification de cas, 85,7% n'ont pas de kits de prélèvement, 78,6% n'ont pas de stocks suffisant de définitions de cas, 75% n'ont pas d'outil informatique pour la surveillance épidémiologique, 35,7% n'ont pas de moyen d'acheminements des échantillons et font recours à des systèmes de fortune pour le transport et 50% ont un réseau de communication ou une connexion internet instable.

Tableau 7: Evaluation de la stabilité du système de surveillance épidémiologique

Stabilité	Bonne réponse	Cote
Existence d'un stock suffisant de formulaire de notification de cas	4/28	0
Existence d'un stock suffisant de kits de prélèvement	4/28	0
Existence d'un stock suffisant de de définitions de cas	6/28	0
Existence d'un outil informatique ou téléphone Android	7/28	0
Existence d'un moyen d'acheminement des échantillons	18/28	1
Réseau de communication ou de connexion stable	14/28	1
Total		2/6

En fin pour ce qui est de la réactivité du système de surveillance, elle est jugée satisfaisante car pour 71,4% des formations sanitaires, le temps de notification des cas suspects est de moins de 6 heures.

Tableau 8: Evaluation de la réactivité du système de surveillance épidémiologique

Réactivité	Bonne réponse	Cote
Temps moyen mis pour la notification des cas suspects	20/28	1
Total		1/1

Synthèse des difficultés par structures de santé

Les principaux problèmes et faiblesses identifiées par structures de santé sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 9: Synthèse des principaux problèmes et faiblesses

Département	Structures	Principaux problèmes/faiblesses
CUVETTE	CSI MOSSAKA 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence des kits de prélèvement ; ▪ Connaissance insuffisante des MPE (cas de Mpox) ; ▪ Absence de formation du point focal sur la surveillance.
	CSI MOSSAKA 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence des formulaires de notification des cas ; ▪ Absence du point focal de la surveillance ; ▪ Méconnaissance du circuit de notification ; ▪ Méconnaissance de la personne à contacter en cas de suspicion d'un cas de MPE ; ▪ L'absence de formation du chef de centre sur la surveillance.
	Hôpital de base	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence des kits de prélèvement ; ▪ Absence de formation du point focal sur la surveillance ; ▪ Absence des formulaires de notification des cas.
	Clinique privée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence des définitions de cas ; ▪ Absence des formulaires de notification des cas ; ▪ Méconnaissance de la liste des MPE ; ▪ Absence de formation du point focal sur la surveillance.
	CSI de Loboko	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de formation du personnel du centre sur la surveillance ; ▪ Les définitions de cas ne sont pas affichées dans le centre ; ▪ Méconnaissance des définitions de cas standards des MPE ; ▪ Absence des formulaires de notification des cas ; ▪ Absence d'un point focal de la surveillance ; ▪ Absence des kits de prélèvements et dépendant de Mossaka centre pour effectuer les prélèvements en cas de suspicion de MPE.
	CSI de Loukolela	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence des formulaires de notification des cas sauf pour la rougeole ; ▪ Manque des notions de la surveillance épidémiologique chez les agents responsables des consultations curatives ; ▪ Absence des définitions des cas des MPE dans le bureau des médecins.
	CSI de Bokoma	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence des formulaires de notification ; ▪ Méconnaissance des notions de la surveillance épidémiologique par le chef de centre ; ▪ Absence de point focal de la surveillance ;

Département	Structures	Principaux problèmes/faiblesses
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficulté à acheminements des échantillons à Impfondo ; ▪ Absence des kits de prélèvement.
	CSI Boleko	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence des formulaires de notification des cas ; ▪ Difficulté de l'acheminements des échantillons de MPE à Mossaka ; ▪ Absence des formulaires de notification ; ▪ Méconnaissance des notions de la surveillance épidémiologique par le chef de centre ; ▪ Absence de point focal de la surveillance ; ▪ Absence des kits de prélèvement.
	CSI Owando 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence des équipements informatique pour la gestion des données de surveillance (PC, Tablette...); ▪ La mauvaise concordance des notifications des données dans les registres (consultation curative) ; ▪ Absence des fiches de notification à l'exception de celles de la rougeole, PFA et fièvre jaune.
	CSI Owando 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le Point focal surveillance n'a jamais été formé à la surveillance épidémiologique ; ▪ Absence des formulaires de notification des MPE à l'exception de ceux de la rougeole, PFA et chikungunya ; ▪ Absence de stock des kits de prélèvement ; ▪ Absence de rétro information des résultats des échantillons envoyés au LNSP ; ▪ Seules les définitions des cas de paludisme, fièvre jaune, rougeole et PFA sont affichées.
	CSI Ntokou	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le chef de centre n'a jamais été formé à la surveillance épidémiologique ; ▪ Le chef de centre n'a jamais été formé sur EWARS ; ▪ Absence des formulaires de notification des MPE à l'exception de ceux de la rougeole, PFA et Chikungunya ; ▪ Absence de stock des kits de prélèvement ; ▪ Absence d'un moyen de transport pour le transport des échantillons jusqu'au district sanitaire d'Owando ; ▪ Absence de rétro information des résultats des échantillons envoyés au LNSP ; ▪ Seules les définitions des cas de paludisme, fièvre jaune, rougeole et PFA sont affichées.
	CSI Issengue	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le chef de centre n'a jamais été formé à la surveillance épidémiologique ; ▪ Non maitrise des définitions des cas de MPE ; ▪ Absence des formulaires de notification des MPE ; ▪ Méconnaissance du circuit de notification des MPE ; ▪ Absence de stock des kits de prélèvement ; ▪ Absence des définitions des cas de MPE ; ▪ Le réseau de communication est instable.
	CSI Mariele	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucune faiblesse relevée quant à la tenue des registres et sur le niveau de connaissance du chef de centre sur les questions de surveillance.
	CSI Equateur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mauvaise tenue des registres ; ▪ Faible fréquentation du CSI.

Département	Structures	Principaux problèmes/faiblesses
	CSI Kouyou- Ngandza	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le point focal surveillance n'a jamais été formé à la surveillance épidémiologique ; ▪ Non maîtrise des définitions des cas de MPE à l'exception de celles de choléra, rougeole, fièvre typhoïde et fièvre jaune ; ▪ Absence des formulaires de notification des MPE ; ▪ Méconnaissance du circuit de notification des MPE ; ▪ Absence de stock des kits de prélèvement ; ▪ Absence de définitions des cas de MPE ; ▪ Manque de moyen ou équipement de transport pour acheminement des échantillons au DS ; ▪ Le réseau de communication est instable ; ▪ Les données registre ne concordent pas avec Ewars ; ▪ Absence de médicaments.
	CSI Ossangou	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence du registre des consultations curatives année 2023.
	CSI Ngoko	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Méconnaissance des notions surveillance épidémiologique.
	DS Owando	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de formation sur la SIMR 3^e édition ; ▪ Absence de formation sur Ewars.
LIKOUALA	CSI de Liranga	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence des formulaires de notification des cas sauf pour la rougeole ; ▪ Difficulté de l'acheminements des échantillons de MPE à Impfondo ; ▪ Absence des nouvelles versions des définitions des cas MPE dans le centre ; ▪ Absence des kits de prélèvement.
BRAZZAVILLE	CSI de Massissia/Mafouta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnel non formé à la surveillance épidémiologique ; ▪ Mauvaise interconnexion entre le centre Bouono et le district dans les activités du district ; ▪ Insuffisance en médicaments.
	CS de Bouono	
	CSI Fleuve Congo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnel non formé à la surveillance épidémiologique ;
	CSI Maman Mboulé	
	CSI de Mbamou	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnel non formé à la surveillance épidémiologique ; ▪ Sous notification des femmes enceintes ayant le paludisme dans les registres ; ▪ Les définitions de cas ne sont pas affichées dans le centre de Loubassa.
	CSI de Lissanga	
	CSI Kitengué	
CSI Loubassa		
SANGHA	CSI Pikounda CSI Nzalangoye CSI Mbindjo CSI Mokeko PS Ntokou PS de Bomassa CMS Kabo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnel non formé à la surveillance épidémiologique (y compris le PF surveillance du DS) ; ▪ Absence des formulaires de notification des cas et des kits de prélèvement en cas de suspicion de MPE ; ▪ Absence de définitions opérationnelles des cas dans les FOSA ; ▪ Non-respect du circuit de transmission des données.
PLATEAUX	Csi Makotimpoko et Clinique privé Marjean	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de réseau internet ; ▪ Mauvaise tenue des registres ; ▪ Multiplicité de diagnostic et traitement pour un même malade ; ▪ Non disponibilité de TDR ; ▪ Quelques Malades traités directement au niveau du laboratoire sans enregistrement ;

Département	Structures	Principaux problèmes/faiblesses
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation systématique des IV pour le traitement du paludisme simple ; ▪ Absence de registre de suivi des pathologies gravidiques.
	Bounda	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bâtiment du poste, petite case, sert en même temps de logement de l'agent et les accouchements ; ▪ Absence de registre ; ▪ Rupture de TDR (périmé) ; ▪ Cas de rougeole non notifiés.
	Bodouango	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mauvaise tenue des registres ; ▪ Méconnaissance du calendrier épidémiologique ; ▪ Non disponibilité des TDR ; ▪ Non-respect des dates de consultation et de l'âges des patients.
	Bodzeka	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de registre ; ▪ Cahier de consultation très mal tenu ; ▪ Données disponibles du mois de février seulement ; ▪ Age non reporté systématiquement ; ▪ Pas de registre de consultation des pathologies gravidiques.
	Motokomba	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de registre ; ▪ Cahier de consultation très mal tenu ; ▪ Données disponibles du mois de février seulement ; ▪ Pas de registre de consultation des pathologies gravidiques.
KOUILOU	CSI Nzambi CSI Kakamoeka CSI Louvoulou CSI Loubou	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnel non formé sur la SIMR ; ▪ Faible connaissance de la définition des cas ; ▪ Insuffisance des fiches de rapports synthèses des données hebdomadaires sur les MPE et manque pour certaines FOSA (CSI Nzambi, CSI Louvoulou) ; ▪ Manque du calendrier épidémiologique dans toutes les FOSA ; ▪ FOSAs non couvertes en électricité.

4. Renforcement de la surveillance épidémiologique dans les départements touchés par les inondations

Toutes les faiblesses identifiées lors de l'évaluation du système de surveillance ont conduit les experts à prendre les actions suivantes :

- Briefing des chefs de centres/points focaux et autres agents de santé sur la surveillance épidémiologique, détection, notification des cas sur EWARS et remplissage d'outils de collectes des données hebdomadaires de surveillance ;
- Briefing des relais communautaire sur la détection et la notification des cas à la FOSA ;
- Duplication et partage des fiches de définition de cas, formulaires de notification de cas, des kits de prélèvement ;
- Affichage des définitions de cas et calendrier épidémiologique en format papier ;
- Briefing des agents de santé sur la tenue des registres

- Dotation des registres à Bounda, Bodzeka et Motokomba.

4-1. Structures de santé visitées

Le graphique ci-dessous présente la répartition des structures de santé ayant été visitées et dont les agents ont été briefés sur la surveillance épidémiologique. Au cours de cette phase, seulement 7 départements étaient concernés. Au total, 48 formations sanitaires publiques et privées ont été briefées sur la détection et la notification des cas de MPE.

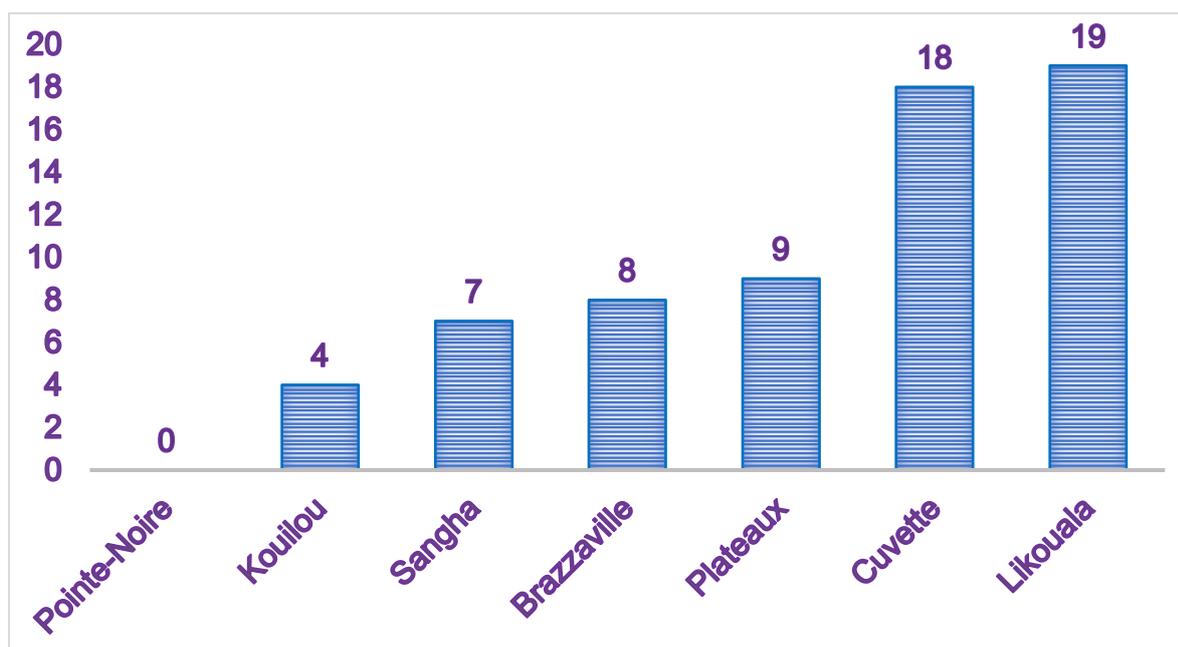


Figure 7: Répartition du nombre de structures de santé briefées par département

Les structures de santé visitées par département sont les suivantes :

- **Département de la Cuvette** : DS de Mossaka (CSI Mossaka 1, CSI Mossaka 2, Hôpital de base, Clinique privée Paul André, Centre de santé de Loboko, Centre de santé de Loukolela, Centre de santé de Bokoma, CSI Boleko), DS Owando (CSI Owando 1, CSI Owando 2, CSI Ntoko, CSI Issengue, CSI Marielé, CSI Equateur, CSI Kouyou-Ngandza, CSI Ossangou, CSI Ngoko, DS Owando) ;
- **Département de la Likouala** : DS d'Impfondo (L'infirmierie de Garnison, CSI de Mougoungui, CSI de Bohona, H.R. d'Impfondo, CSI de Mokengui, PS Bopkokoto, CSI de Bolémbé, CSI Mombenzele, CSI de Ndjoundou, CSI de Liranga, DS d'Enyéle – Bétou (PS Nyangué, PS du Village Malala, CSI de Boyele, PS de IBENGA, CSI d'Enyéle, PS de Landza, Hôpital de Betou, CSI de IKPENGBELE, CSI de Dongou.) ;

- **Département de Brazzaville** : DS de Madibou (CSI Massissia/Mafouta, CSI Bouono), DS de Talangaï (CSI Fleuve Congo, CSI Maman Mboualé), DS de Ile Mbamou (CSI Mbamou, CSI Lissanga, CSI Kitengue, CSI Loubassa) ;
- **Département de la Sangha** : DS de Ouesso-Mokeko-Pikounda (CSI de Pikounda, Poste de Santé de Ntokou, Poste de santé de Bomassa, CMS Kabo, CSI Nzalangoye, CSI Mbindjo, CSI Mokeko) ;
- **Département des Plateaux** : DS de Gamboma (Clinique Makouango, PS Bounda, CSI Makotimpoko, CSI Bodouango, CSI Ossa2, CSI Bouemba, PS de Bodzeka, PS de Motokomba, PS de Mbatsie) ;
- **Département du Kouilou** : CSI Nzambi, CSI Mvouti-Kakamoeka, CSI Louvoulou et CSI Loubou.

4-2. Nombre de personnes briefées par département et par profil

Au total 185 personnes ont été briefées majoritairement dans le département de la Likouala (58) suivi des départements de la Cuvette (50) de la Sangha (28) et des plateaux (22). Selon les profils d'agents, 82 sont des assistants sanitaires/IDE, les Agents de santé communautaire et des ATS sont les plus fréquents.

Départements	Médecin	ASS /IDE	Sage-femme	ATS	Labo- ratin	Puéricul- trice	Aides- soignants	ASCO M	REC O	AUTO RITES	TOTA L
Pointe-Noire	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Likouala	1	27	5	2	0	0	0	18	5	0	58
Kouilou	0	4	2	2	0	0	0	0	0	0	8
Sangha	1	6	0	4	0	2	6	5	3	1	28
Brazzaville	2	16	0	0	1	0	0	0	0	0	19
Plateaux	1	2	2	0	1	1	0	15	0	0	22
Cuvette	4	27	4	4	1	4	0	3	0	3	50
Total	9	82	13	12	3	7	6	41	8	4	185

4-3. Difficultés rencontrées par l'équipe

Brazzaville

- ✓ Absence des médecins chefs de district dans les districts affectés pour obtenir les informations sur les zones touchées de façon ponctuelle ;
- ✓ Dénombrement des personnes déplacées pas encore réalisé par les différentes aires de santé, par conséquent les informations ont été obtenues auprès des chefs de COSA ou de quartier mais n'étant pas détaillées selon les tranches d'âge ni les personnes vulnérables ;

- ✓ Pas de prise en charge des différents guides des aires de santé qui nous ont conduit vers les lieux affectés causant une réticence et une perte de temps pour se mobiliser sur terrain.

Cuvette axe terrestre

- ✓ Les conditions d'accueil et d'hébergement dans les localités enclavées visitées (Ntokou, Boniala, Boukouélé). Ces localités n'ont pas d'hôtel ni de restaurant ;
- ✓ Les difficultés de communication et l'absence d'internet dans certaines des localités visitées Ntokou, Boniala, Issengué.

Sangha

- ✓ Difficile accessibilité : avec l'étiage des eaux sur les rivières Sangha et Ngoko, des bancs de sable se sont formés rendant la navigation difficile. Ceci a entraîné un déficit en carburant nous empêchant d'atteindre le poste de santé de Ngombé village (65 km de Pikounda).

Plateaux

- ✓ Difficulté de logement qui a conduit à faire des aller-retours sur Makotimpoko considérée comme base de la mission ;
- ✓ En perspective avec l'étiage les itinéraires vont être plus longs et avec des obstacles (banc de sables, roseaux encombrant la voie etc.

Pointe-Noire / Kouilou

- ✓ Difficultés d'accès à certaines zones ;
- ✓ Mauvais état des routes ;
- ✓ Manque de Kit médical ;
- ✓ Difficulté liée à la mobilité (véhicule) pour certains jours, dû aux conflits d'agenda avec l'équipe des consultants OMS de Pointe-Noire.

Likouala

- ✓ L'absence de visite de certaines structures liées au retard d'envoi du budget de déploiement.

5. Recherche active des cas couplée à la collecte des données de la surveillance épidémiologique

La recherche active des cas de MPE a été effectuée dans les 48 formations sanitaires visitées lors de la deuxième phase. Cette recherche active a été couplée à la collecte des données de la surveillance épidémiologique de la 50^{ème} semaine épidémiologique

de 2023 à la semaine 06 de 2024. La situation épidémiologique a été dominée par le paludisme et la grippe. Quelques faiblesses ont été constatées dans la tenue et le traçage des registres des formations sanitaires et des mesures de correction ont été apportées.

Outre la recherche dans les formations sanitaires, cette activité a été poursuivie en milieu communautaire principalement auprès des chefs de zones, les chefs de quartiers, les chefs de villages, des infirmiers des petits villages, des pharmacies, des enseignants et des tradithérapeutes.

Les résultats par départements sont présentés comme ci-dessous :

■ **Brazzaville**

- Un (01) cas suspect de rougeole dans le district sanitaire de l'Île Mbamou ;
- Dix-sept (17) cas de diarrhées ;
- Onze (11) cas de malnutrition.

■ **Sangha**

- Un (01) cas suspect de fièvre jaune retrouvé au CSI de Mokeko avec prélèvement effectué le 11/02/2024 non acheminé jusqu'au moment de notre descente. Le prélèvement a été rejeté car il était de mauvaise qualité ;
- Un (01) cas de PFA dans l'aire de santé de Mbindjo, rapporté par la communauté. Prélèvement effectué par l'équipe départementale et acheminé au LNSP ;
- Un (01) cas suspect de fièvre jaune rapporté par l'hôpital de base, prélèvement effectué et acheminé au LNSP.

■ **Cuvette**

- Quinze (15) cas suspects de Mpox dans le district sanitaire de Mossaka (Aire de santé de Mossaka 1, Loukolela et de Bokoma) ;
- Un (01) cas suspect de fièvre jaune dans le district sanitaire d'Owando ;
- Un (01) cas de PFA dans l'aire de santé de Mossaka 2 ;
- Un (01) de fièvre typhoïde dans l'aire de santé de Loboko.

■ **Plateaux**

- Sept (07) suspects de Mpox dans l'aire de santé de Bouemba.

■ **Kouilou**

- Aucun cas de MPE.

■ **Likouala**

- Cinq (05) cas suspects de Mpox dans le district sanitaire d'Impfondo ;
- 94 cas de diarrhées ;
- 627 cas de malnutrition.

6. Sensibilisation des communautés et des autorités

Lors du passage des équipes dans les villages/quartiers, les autorités politico-administratives, les responsables des structures étatiques et les populations ont été sensibilisées. Il sied de rappeler les réunions communautaires et le déploiement des crieurs et des relais communautaires n'ont pas été effectives faute de financement.

Ainsi, 621 personnes ont été sensibilisées, majoritairement la communauté (446 personnes). Les départements ayant le plus de personnes sensibilisées sont la Likouala (201), la Sangha (161) et la Cuvette (122). Les différentes thématiques abordées lors de ces activités sont :

- ✓ La purification de l'eau ;
- ✓ Les conséquences de la défécation à l'aire libre ;
- ✓ L'installation des toilettes ;
- ✓ La vaccination des enfants ;
- ✓ Le risque épidémique pendant la décrue ;
- ✓ Les maladies d'origine hydrique ;
- ✓ La prévention des épidémies et autres maladies ;
- ✓ L'épidémie de Mpox, modes de transmission et mesures de prévention.

Tableau 10: Nombre de personnes sensibilisées par départements

Département	Nombre de personnes dans la communauté	Nombre d'autorités	Total
Cuvette	99	23	122
Sangha	123	38	161
Plateaux	30	35	65
Pointe-Noire	0	0	0
Kouilou	25	10	35
Likouala	154	47	201
Brazzaville	15	22	37
Total	446	175	621

7. Investigation de l'épidémie de Mpox dans la Cuvette et dans la Likouala

Deux cas suspects de Mpox ont été prélevés à l'hôpital de base de base de Mossaka et confirmés par le laboratoire national de santé publique le 05 février 2024, confirmant ainsi l'épidémie de Mpox dans le district sanitaire de Mossaka. La confirmation de ces cas ont conduit à mettre en œuvre les activités suivantes :

- La recherche active des cas dans les formations sanitaires et dans la communauté ;
- L'investigation autour des cas de Mpox ;
- La prise en charge des cas ;
- Renforcement de la surveillance du Mpox ;
- Sensibilisation des autorités politico-administratives, des chefs de village, des COSA, personnel de santé (des pharmaciens, des tradithérapeutes, des infirmiers) et les ménages visités sur le Mpox ;
- Le listage des contacts autour des cas suspects/confirmés de Mpox dans les communautés ;
- La rédaction des SITREP.

Les 5 cas suspects de Mpox découverts dans le District Sanitaire de Liranga ont été prélevé et acheminé au Laboratoire Nationale.

La description des cas, des contacts et des alertes sont présentés ci-dessous :

7-1. Description des alertes de Mpox

Au total, 37 alertes ont été signalées entre le 26 janvier et le 17 février 2024. Parmi ces alertes, 18 ont été investigués dont 15 validés et 3 invalidés. Deux sources sont responsables de ces alertes ; il s'agit de la communauté et du personnel de santé. L'augmentation du nombre d'alertes est liée aux activités de recherche active auprès des autorités des villages/quartiers et du personnel soignant évoluant dans ces localités. Le graphique ci-dessous montre la répartition des alertes selon les dates d'enregistrement et les sources de notifications.

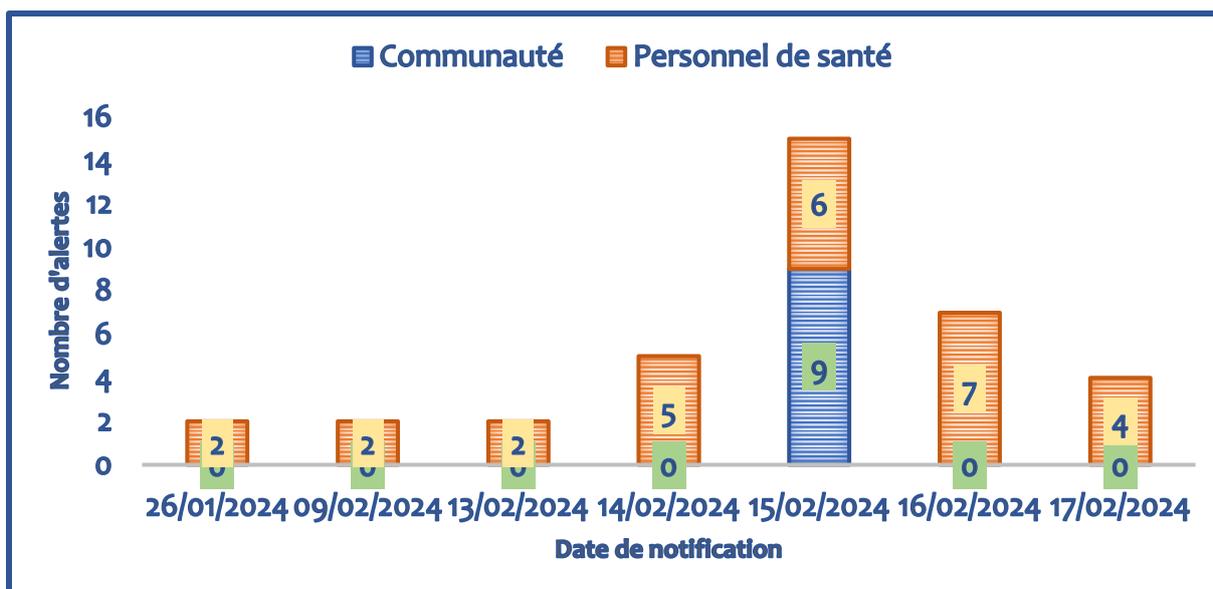


Figure 8 : Répartition des alertes par date de notification

Selon les aires de santé, le tableau ci-dessous montre que plus de deux tiers alertes sont enregistrés dans l'aire de santé de Bokoma (59,5%). La proportion des alertes enregistrés dans l'aire de santé de Loukolela est de 21,6%.

Tableau 11: Répartition des alertes par aire de santé

Aires de santé	Nombre d'alertes	Pourcentage
Cuvette	37	100,0
DS de Mossaka	37	100,0
Bokoma	22	59,5
Loukolela	8	21,6
Mossaka 1	7	18,9
Total	37	100,0

7-2. Description des cas de Mpox

7-2-1. Evolution des cas selon le temps

Le graphique ci-dessous présente la courbe épidémique de l'épidémie de Mpox dans le district sanitaire de Mossaka selon les dates de notification.

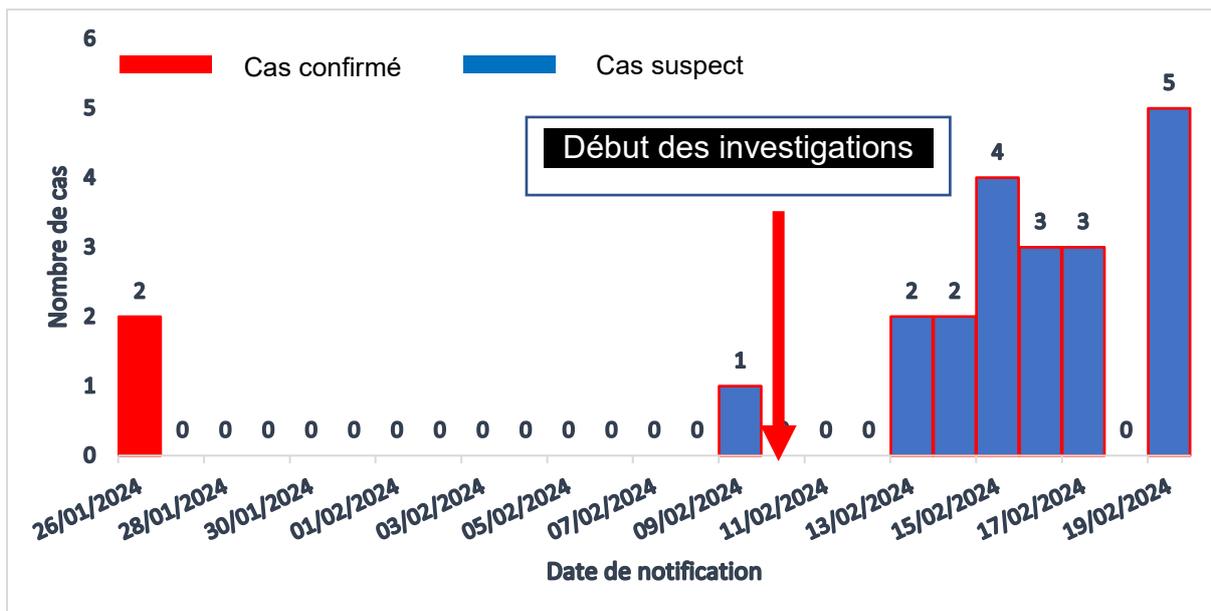


Figure 9: Courbe épidémique de l'épidémie de Mpox dans le district sanitaire de Mossaka selon la date de notification

7-2-2. Description en Lieu des cas de Mpox

a. Cartographie

Au total 22 cas de Mpox ont été enregistrés dans les district sanitaires de Mossaka (17) et d'Impfondo (5) respectivement dans la Cuvette et la Likouala. La répartition par zone de détection est donnée par la carte ci-dessous.



b. Distribution des cas par aires de santé

La répartition des cas selon les aires de santé révèle qu'il y a plus de cas dans les aires de santé de Bokoma (7 cas), Mossaka 1 (6 cas) et de Liranga (5 cas).

Tableau 11 : Répartition des cas par aire de santé

Aire de santé	Cas confirmés	Cas suspects	Total
Cuvette	2	15	17
DS Mossaka	2	15	17
AS Loukolela	0	4	4
AS Mossaka 1	2	4	6
AS de Bokoma	0	7	7
Likouala	0	5	5
DS Impfondo	0	5	5
AS Liranga	0	5	5
Total général	2	20	22

c. Quartiers/ villages de résidence des cas

Le tableau ci-dessous présente la répartition des cas selon les quartiers et villages de résidence. A Mossaka 1, les cas sont enregistrés dans les quartiers 1, 3 et 5. Dans l'aire de santé de Loukolela, il s'agit des quartiers Biangala, Compagnie, 15 ans et le village Mondzolomba. A Bokoma, il s'agit des villages Youmba, Eden et Ekondzo. Et à Liranga, ce sont des villages Ndjoundou et Bonguengo.

Tableau 12 : Répartition des cas selon les quartiers de résidence

Quartier de résidence/village	Cas suspect	Cas confirmé	Total
Cuvette	2	15	17
Mossaka Loukolela	2	15	17
CSI Loukolela	0	4	4
Quartier Biangala	0	1	1
Quartier Compagnie	0	1	1
Quartier 15 ans	0	1	1
Village Mondzolomba	0	1	1
CSI Mossaka 1	2	4	6
Quartier 1	1	1	2
Quartier 3	1	0	1
Quartier 5	0	3	3
CSI de Bokoma	0	7	7

Village Youmba	0	3	3
Village Éden	0	3	3
Village Ekondzo	0	1	1
Likouala	0	5	5
Impfondo	0	5	5
CSI Liranga	0	5	5
Village Ndjoundou	0	4	4
Village Bonguengo	0	1	1
Total	2	20	22

7-2-3. Caractéristiques des cas de Mpox

a. Age et sexe des cas

L'âge moyen des cas est de 17,9 ans. Le cas le plus jeune a 4 mois et le plus âgé a 44 ans. Le tableau ci-dessous montre que près de la moitié des cas sont âgés de 15 ans et plus (45,5%). Les enfants de moins de 5 ans représentent 18,2% des cas.

Tableau 13 : Répartition des cas par tranche d'âge

Tranche d'âge	Nombre de cas	Pourcentage (%)
<5	4	18,2
5 à 14	8	36,4
≥15	10	45,5
Total	22	100,0

La répartition par sexe est présentée dans le tableau ci-dessous. Il ressort de ce tableau que la moitié des cas sont de sexe masculin (50,0%).

Tableau 14 : Répartition des cas par sexe

Sexe	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Féminin	11	50,0
Masculin	11	50,0
Total	22	100,0

8. D'investigation des cas de diarrhée des suites de l'inondation dans le département de la Likouala en février 2024

A l'issu des investigations il a été rapporté des cas de diarrhée avec déshydratation chez les enfants de moins de 5 ans au niveau communautaire depuis le début du mois de janvier (période de la décrue).

8-1. Données des cas de diarrhées observés dans la communauté

Au total 44 cas de diarrhée ont été enregistrés majoritairement dans la tranche des enfants de moins de 5 ans (37 cas). Les localités ayant rapporté le plus de cas sont : Gangania brousse (10 cas), Yoï na Yoï (8 cas), Makolongoulou (5 cas) et Moyito (5 cas).

Tableau 15 : répartition des cas de diarrhée répertoriés au niveau communautaire dans les localités enquêtées au 09 février 2024.

Localités	Cas de diarrhée		Total
	< 5ans	> 5ans	
Gangania brousse	7	3	10
Gangania rivière	3	0	3
Bohona	3	0	3
Tossangana	2	0	2
Angola	1	0	1
Moungoungui	1	0	1
Moyito	5	0	5
Kanga	3	1	4
Dongou	0	0	0
Makolongoulou	4	1	5
Niangué	2	0	0
Malala	0	0	0
Yoï na Yoï	6	2	8
Total	37	7	44

Le tableau ci-dessous présente la répartition des cas de diarrhée par centre de santé selon les tranches d'âge. La collecte des données dans les registres montre que les CSI de Dongou (31 cas) et de Moungoungui (13 cas) sont les plus touchés.

Tableau 16 : Présentation des cas de diarrhée par FOSA visitées et vu dans les registres de consultation de la S1 à la S5 2024

Localités	Cas de diarrhée		Total
	< 5ans	> 5ans	
CSI Bohona	2	3	5
CSI Mougoungui	8	5	13
CSI Dongou	15	16	31
PS Niangué	0	1	1
Infirmierie de garnison	0	0	0
Total	25	25	50

*source : registre de consultation

La figure ci-dessous présente la répartition des cas de diarrhées par semaine épidémiologique depuis le début de cette année. Il en ressort que les semaines épidémiologiques ayant le plus de cas sont les semaines 2 (14 cas) et 4 (24 cas).

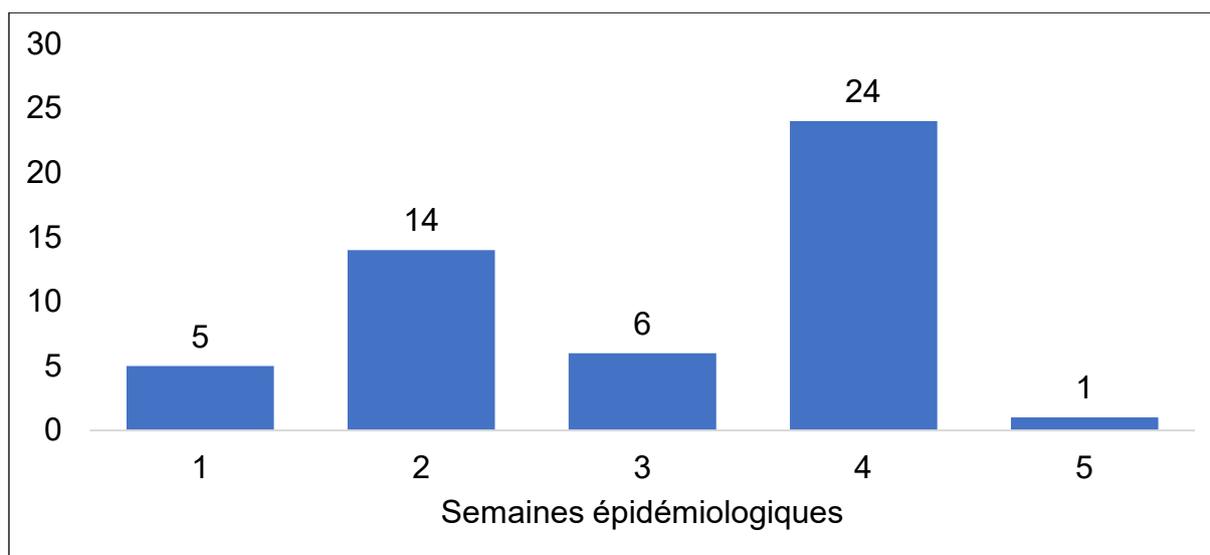


Figure 10 : revue des cas de diarrhée reçu dans les FOSA visités au 09 février 2024 dans le département de la Likouala.

La figure ci-dessous donne la répartition des cas de diarrhée par sexe. Les hommes (60%) sont plus touchés que les femmes (40%).

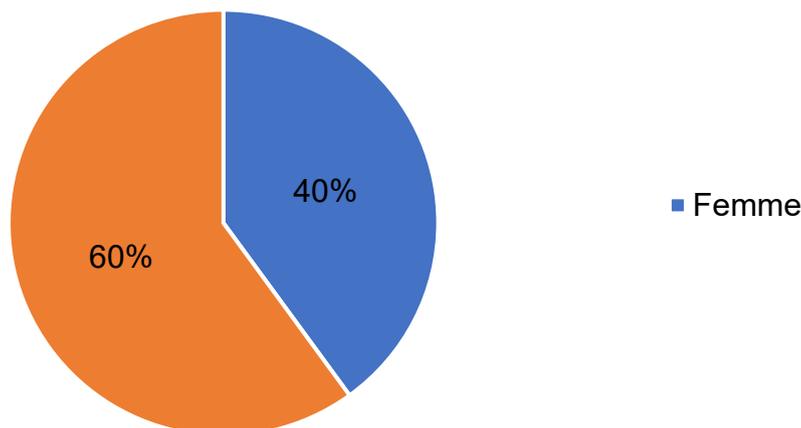


Figure 11 : répartition par sexe des cas de diarrhée revue dans les registres des FOSA visitées de la S1 à la S5 2024

Les prélèvements des cas ont été faits et acheminés au Laboratoire National de Santé Publique sous suspicion de diarrhée due au Rotavirus, pour lesquels sont tous revenus négatifs.

8-2. Difficultés rencontrées par les équipes d'investigation

- Manque des fonds pour l'organisation des réunions communautaires et pour le déploiement des relais communautaires et les crieurs (porte à porte) dans les quartiers ;
- Manque des médicaments pour la prise en charge des cas de Mpox ;
- Manque des intrants pour la désinfection des domiciles des cas ;
- Difficulté à organiser la mise en isolement des malades et absence de restauration dans les sites d'isolement (CSI de Loukolela) ;
- Absence de réseau téléphonique dans certaines zones telle que Ntokou ;
- Lenteur de mobilisation des fonds pour la seconde phase qui a engendré un bouleversement dans le respect du chronogramme souhaité et fixé par l'équipe.
- Difficulté d'accessibilité en raison du retrait des eaux (banc de sables, roseaux encombrant la voie etc.

CONCLUSION

Au terme de cette mission dans le contexte des inondations, 114 formations sanitaires publiques et privées ont été visitées, une cartographie des zones touchées par les inondations et une évaluation de l'accessibilité aux soins et services de santé par la population touchée a été effectuée dans les aires de santé visitées. Vingt-huit de ces formations sanitaires ont bénéficié d'une évaluation du système de surveillance épidémiologique, 48 ont bénéficié du renforcement des capacités sur la détection et la notification des maladies à potentiel épidémique conformément aux directives de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR). Au total 185 personnes ont été briefés sur la surveillance épidémiologique.

En dépit de ces performances, plusieurs faiblesses ont été faits par rapport aux activités menées et quelques difficultés ont été rencontrées. Ces faiblesses et difficultés ont permis de formuler les recommandations.

RECOMMANDATIONS PAR NIVEAU

AU MINISTERE DE LA SANTE / DELM :

- Rédiger une note circulaire pour la prise en charge gratuite de toutes les MPE dans les centres de santé public lors d'une épidémie ;
- Mobiliser les fonds pour la mise en œuvre des activités communautaires en lien avec l'épidémie de Mpox ;
- Doter les districts sanitaires en épidémie de Mpox des médicaments pour la prise en charge des cas
- Organiser la formation en cascade des points focaux de la surveillance des centres de santé publiques et privées ;
- Dupliquer et diffuser les définitions des cas de MPE ;
- Elaborer, valider et diffuser le formulaire de notification de cas générique prenant en compte toutes les MPE ;
- Assurer les formations des agents des FOSA sur les prélèvements des MPE, emballage et transports sécurisés des échantillons ;
- Doter des axes fluviaux des moyens de transport (moteur hors-bord avec coque et moto) pouvant servir pour les évacuations sanitaires, le transport des échantillons, les stratégies avancées et les missions de supervision.
- Organiser les formations des points focaux du niveau périphérique et intermédiaire sur EWARS ;
- Doter les FOSA en téléphone pour la transmission des données à travers EWARS ;
- Assurer la rétro information des résultats relatifs aux prélèvements sur les MPE effectués par les FOSA.

Aux DDSSSa :

- Organiser avec le DS des sessions de formation des nouveaux chefs de centres sur la surveillance épidémiologique avant de les installer.

AUX DISTRICTS SANITAIRES :

- Nommer le point focal de la surveillance des centres de santé ;
- Doter les centres de santé des formulaires de notification des cas ;
- Organiser régulièrement des missions de supervision des centres de santé sur la surveillance épidémiologique.
- Identifier des relais communautaires au niveau du PS de Ntokou et Bomassa,

et au CMS de Kabo ;

- Doter régulièrement les fiches de notification de cas et kits de prélèvement ;
- Veuillez à faire respecter le circuit de l'information des données de surveillance ;
- Développer un mécanisme d'acheminement des échantillons pour les zones particulièrement éloignées ;

AUX FORMATIONS SANITAIRES :

- S'approprier des définitions des cas ayant fait l'objet des briefings ;
- Intensifier la recherche active des cas des maladies hydriques et autres MPE.

AU BUREAU DE LA REPRESENTATION DE L'OMS AU CONGO :

- Mettre à la disposition de la partie nationale la base des données relatives aux évaluations, la cartographies et la surveillance dans les FOSA.