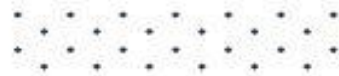


REPUBLIQUE DU CONGO  
Unité - Travail - Progrès



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

*Observatoire National des Décès Maternels,  
Néonataux et Infantiles*



# Surveillance des décès maternels, néonataux et infantiles en République du Congo

**RAPPORT  
2023**



*Brazaville, juin 2024*



Sweden  
**Sverige**



Organisation  
mondiale de la Santé  
Congo



---

# TABLE DES MATIERES

---

SIGLES ET ABREVIATIONS.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	x
LISTE DES FIGURES .....	ii
LISTE DES CARTES ET ENCADRES.....	iv
GLOSSAIRE.....	v
AVANT-PROPOS .....	ix
RESUME ANALYTIQUE .....	1
INTRODUCTION .....	6
I. OBJECTIFS.....	7
1.1. OBJECTIF GENERAL.....	7
1.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES .....	7
II. METHODES .....	7
2.1. Type d'enquête.....	7
2.2. Procédure de l'enquête.....	7
2.2.1. Phase n°1 : Phase préparatoire.....	7
2.2.2. Phase n°2 : Collecte de données .....	8
2.2.3. Phase n° 3 : Traitement et analyse de données .....	8
2.2.4. Phase n°4 : Rédaction du rapport.....	8
2.3. Difficultés rencontrées .....	8
PARTIE I : STATISTIQUES DES FORMATIONS SANITAIRES .....	9
1.1. Accouchements .....	9
1.2. Lieux de naissances.....	10

1.3. Mode d'accouchement .....	10
1.3.1. Naissances Vivantes.....	13
1.3.2. Petits poids de naissance et Mortinaissances .....	13
PARTIE II : ETUDE DE DECES.....	17
2.1. Décès maternels .....	17
2.1.1. Décès maternels par département en 2023.....	17
2.1.2. Décès maternel par tranches d'âges .....	19
2.1.3. Décès maternels des adolescentes et jeunes par département.....	19
2.1.3. Caractéristiques socio-démographiques des femmes décédées .....	20
2.1.4. Décès maternels par semaine épidémiologique .....	20
2.1.5. Parité des femmes décédées.....	21
2.1.6. Suivi prénatal .....	21
2.1.7. Antécédents médicaux .....	22
2.1.8. Antécédents chirurgicaux.....	22
2.1.9. Mode d'admission et référence .....	23
2.1.10. Moment du décès .....	23
2.1.11. Causes de décès maternels .....	24
2.1.12. Retard dans la survenue du décès .....	25
2.1.13. Responsabilité dans la survenue du décès .....	25
2.1.14. Evitabilité de décès maternels.....	25
2.1.16. Audits des décès maternels .....	26
2.2. Décès néonataux, post néonataux, infantiles, juvéniles et infanto-juvéniles.....	27
2.2.1. Mortalité néonatale .....	27
2.2.2. Type de décès néonataux.....	29
2.2.3. Répartition hebdomadaire des cas de décès néonataux.....	29

2.2.4. Répartition de décès néonataux par rapport à l'âge des mères .....	30
2.2.5. Niveau d'instruction des mères.....	30
2.2.6. Statut matrimonial des mères.....	31
2.2.7. Répartition des cas de décès néonataux par sexe .....	31
2.2.8. Répartition des cas de décès néonataux selon le mode d'admission.....	31
2.2.9. Motifs d'hospitalisation des nouveau-nés décédés .....	32
2.2.10. Durée d'hospitalisation des nouveau-nés décédés .....	33
2.2.11. Structures sanitaires de décès.....	33
2.2.11. Evolution des taux de mortalité néonatale de 2018 à 2023 .....	34
2.2.12. Causes de décès des nouveau-nés .....	34
2.2.13. Décès des nouveau-nés audités.....	35
2.2.15. Evolution des audités des nouveau-nés de 2017 à 2023 .....	35
2.2.14. Responsabilité dans la survenue des décès néonataux .....	36
2.3. Mortalité post-néonatale .....	37
2.3.1. Mortalité post-néonatale par semaine épidémiologique .....	37
2.3.2. Répartition de décès post-néonataux par sexe.....	37
2.3.4. Situation matrimoniale des mères .....	38
2.3.5. Répartition des cas de décès post-néonataux selon le mode d'admission.....	38
2.3.5. Lieu de décès post-néonataux .....	39
2.3.6 Hospitalisation des cas décédés post-néonataux .....	40
2.3.7. Causes de décès post-néonataux .....	41
2.3.8. Responsabilité dans la survenue des décès post-néonataux .....	41
2.3.9. Audits des décès post-néonataux.....	42
2.4. Mortalité infantile .....	43
2.5. Mortalité juvénile.....	44

2.5.1. Répartition hebdomadaire des décès.....	44
2.5.2. Répartition de décès juvéniles par sexe et âge.....	45
2.5.3. Caractéristiques sociodémographiques des mères des cas de décès juvéniles .....	45
2.5.4. Répartition des cas de décès juvéniles selon le mode d'admission .....	46
2.5.5. Lieu des décès.....	47
2.5.6. Motifs d'hospitalisation .....	47
2.5.7. Durée d'hospitalisation.....	48
2.5.8. Causes de décès juvéniles .....	48
2.5.9. Responsabilité dans la survenue des décès juvéniles.....	49
2.5.10. Audits des décès juvéniles .....	49
2.6. Mortalité infanto-juvénile .....	50
CONCLUSION.....	53
DEFIS MAJEURS A RELEVER .....	54
SUGGESTIONS .....	55
COORDINATION.....	57
REFERENCES .....	59
ANNEXES .....	62

---

## SIGLES ET ABBREVIATIONS

---

ACBEF :	Association Congolaise pour le bien être familiale
ATCD :	Antécédents
AVC :	Accident vasculaire cérébral
CAMEPS :	Centrale d'achat des médicaments essentiels et produits de santé
CARMMA :	Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
CHUB :	Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville
CSI :	Centre de Santé Intégré
CIDTS :	Centre Interdépartemental de Transfusion Sanguine
CNTS :	Centre National de Transfusion Sanguine
CPoN :	Consultation Post-néonatale
CSN :	Cadre stratégique National
CTA :	Centre de Traitement Ambulatoire
DDS :	Direction Départementale de la Santé
DNN :	Décès Néonatal
DGPOP :	Direction Générale de la Population
ECOM :	Enquête communautaire auprès des ménages
EDS :	Enquête Démographique de Santé
eTME :	Elimination de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH

FdR	Feuille de Route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile
FOSA :	Formation Sanitaire
HB :	Hôpital de Base
HR :	Hôpital de Référence
HTA :	Hypertension Artérielle
LNSP :	Laboratoire Nationale de Santé Publique
MAP :	Menace d'accouchement Prématuro
MICS :	Enquête de santé à multiples indicateurs
MILDA :	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide de Longue Durée d'Action
MSP :	Ministère de la Santé et de la Population
NV :	Naissance Vivante
ODD :	Objectifs de Développement Durable
OMD :	Objectif du millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONDMNI :	Observatoire National de Décès Maternels, Néonataux et Infantiles
PCIME :	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PF :	Planification Familiale
PMA :	Paquet Minimum d'Activités
PTME :	Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH



RPM :	Rupture Prématurée des Membranes
SA :	Semaines d'aménorrhée
SFA :	Souffrance fœtale Aigue
SIMR :	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SNIS :	Système National d'information Sanitaire
SONU :	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONU-B :	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONU-C :	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SR :	Santé de la reproduction
TAR :	Traitement Anti Rétroviral
TPI :	Traitement Préventif Intermittent
UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour la Population

---

## LISTE DES TABLEAUX

---

Tableau 1: Répartition des accouchements et naissances vivantes par département.....	10
Tableau 2 : Répartition de mode d'accouchement par département.....	11
Tableau 3 : Poids de naissance par département.....	13
Tableau 4 : Mortinaissances par département.....	15
Tableau 5: Répartition des ruptures utérines par département.....	15
Tableau 6: Répartition des éclampsies par département.....	16
Tableau 7 : Ratios des décès maternels des adolescentes et jeunes par département .....	19
Tableau 8 : Caractéristiques socio-démographiques.....	20
Tableau 9 : Nombre de CPN.....	22
Tableau 10 : Antécédents médicaux .....	22
Tableau 11 : Antécédents chirurgicaux.....	22
Tableau 12 : Mode d'admission et référence .....	23
Tableau 13 : Moment du décès .....	23
Tableau 14 : Causes de décès maternels .....	24
Tableau 15 : Causes de décès maternels des adolescentes et jeunes .....	25
Tableau 16 : Retard dans la survenue du décès .....	25
Tableau 17 : Evitabilité de décès maternels.....	26
Tableau 18 : Audits des décès maternels .....	26
Tableau 19 : Décès néonataux par rapport aux tranches d'âge des mères .....	30
<b>Tableau 20: Motifs d'hospitalisation des nouveau-nés .....</b>	<b>32</b>
Tableau 21 : Durée d'hospitalisation des cas de décès néonataux.....	33
Tableau 22: Décès des nouveau-nés audités.....	35
Tableau 23 : Décès post-néonataux par sexe .....	37
<b>Tableau 24 : Décès post-néonataux par niveau d'instruction des mères.....</b>	<b>38</b>
<b>Tableau 25 : Décès matrimonial des mères .....</b>	<b>38</b>
Tableau 26 : Décès post-néonataux par mode d'admission .....	38
<b>Tableau 27: Causes d'hospitalisation des décès post-néonataux .....</b>	<b>40</b>

Tableau 28: Causes des décès post-néonataux .....	41
Tableau 29 : Audits Décès post-néonataux audités.....	42
Tableau 30: Taux de mortalité post infantile .....	44
Tableau 31 : Caractéristiques sociodémographiques des mères des cas de décès juvéniles .....	45
Tableau 32 : Age des mères des enfants décédés .....	46
Tableau 33 : Mode d'admission des cas de décès juvéniles .....	46
Tableau 34 : Décès juvéniles par lieu du décès .....	47
Tableau 35 : Décès juvéniles par causes d'hospitalisation .....	48
Tableau 36 : Décès juvéniles par durée d'hospitalisation.....	48
Tableau 37 : Décès juvéniles par causes de décès .....	49
Tableau 38 : Revue des décès juvéniles.....	50
Tableau 40 : : Indicateurs de santé maternelle et infantile par population et naissance attendues	62
Tableau 41 : Indicateurs de santé maternelle et infantile par mortalité maternelle et infanto-juvénile.....	63
Tableau 42 : Indicateurs de santé maternelle et infantile par mortinaissance, causes directes et petit poids de naissance.....	64

---

## LISTE DES FIGURES

---

Figure 1:Lieux de survenue des accouchements.....	10
Figure 2: Répartition des naissances vivantes par département.....	13
Figure 3: Comparaison des mort-nés frais et des mort-nés macérés par département.....	15
Figure 4: Evolution des ratios de mortalité maternelle de 2011 à 2023 .....	17
Figure 5: Tranches d'âges des femmes décédées en 2023.....	19
Figure 6: Décès maternels par semaine épidémiologique.....	21
Figure 7: Parité des femmes décédées en 2023 .....	21
Figure 8: Responsabilité des décès maternels.....	25
Figure 9 : Evolution des audits des cas de décès maternels de 2010 à 2023 .....	26
Figure 10: Type de décès néonataux précoces et tardifs .....	29
Figure 11: Décès néonataux par semaine épidémiologique .....	29
Figure 12: Niveau d'instruction des mères des cas de décès néonataux .....	30
Figure 13: Décès néonataux selon la situation matrimoniale des mères.....	31
Figure 14: Décès néonataux selon le mode d'admission .....	31
Figure 15: Répartition des nouveau-nés référés/évacués par structures .....	32
Figure 16: Décès néonataux selon le lieu de décès .....	33
Figure 17: Evolution des taux de mortalité néonatale de 2018 à 2023 .....	34
Figure 18: Principales causes de décès néonataux .....	34
Figure 19: Evolution des audits des nouveau-nés de 2017 à 2023 .....	35
Figure 20: Responsabilité dans la survenue des décès néonataux .....	36
Figure 21: Décès post-néonataux par semaine épidémiologique .....	37
Figure 22: Décès post-néonataux par structures ayant référé .....	39
Figure 23: Lieu de décès post-néonataux.....	39
Figure 24: Durée d'hospitalisation des cas décédés .....	40
Figure 25: Responsabilité des cas des décès post-néonataux.....	41
Figure 26: Décès post-infantiles par rapport au calendrier semaine épidémiologique .....	44
Figure 27: Décès juvéniles selon l'âge et le sexe .....	45

Figure 28: Décès juvéniles par structures ayant référé .....	47
Figure 29: Responsabilité dans la survenu des cas de décès juvéniles .....	49
Figure 30: Evolution de la pratique des audits de 2020 à 2023 .....	50
Figure 31: Evolution de la mortalité infanto-juvénile entre 2020 et 2023.....	52

---

# LISTE DES CARTES ET ENCADRES

---

## CARTES

Carte 1: Taux de césariennes par département .....	12
Carte 2: Taux de mortinaissance par département .....	14
Carte 3: Ratio de mortalité maternelle par département .....	18
Carte 4: Taux de mortalité néonatale par département .....	28
Carte 5: Taux de mortalité infantile .....	43
Carte 6: Taux de mortalité infanto-juvénile .....	51

---

## GLOSSAIRE

---

Décès maternel	Décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque, déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite.
Décès néonatal	Décès d'un nouveau-né de 0 à 28 jours de vie.
Décès post néonatal	Décès post-néonataux (de 29 jours à 11mois).
Taux de mortalité infantile	Rapport entre le nombre d'enfants décédés à moins d'un an et l'ensemble des enfants nés vivants.
Décès infanto Juvénile	La mortalité infanto-juvénile est une statistique correspondant à la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Elle ne doit pas être confondue avec la mortalité infantile (mortalité avant l'âge d'un an) ou avec la mortalité juvénile (mortalité entre 1 et 5 ans) .
Indice Synthétique de Fécondité	Nombre moyen d'enfants auxquels une femme aura donné naissance à la fin de sa vie féconde.
Santé de la Reproduction	Ensemble des mesures et actions visant à préserver et à améliorer la pérennisation de l'espèce humaine dans un état de bien-être physique, mental et social et non seulement en l'absence de maladies ou de perturbations dans l'accomplissement du processus de la reproduction.

Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base	Ensemble de sept fonctions constituant les soins à offrir aux cas présentant une urgence obstétricale ou néonatale. Il s'agit des fonctions suivantes : (i) disponibilité des ocytociques, (ii) disponibilité des antibiotiques, (iii) disponibilité des anticonvulsivants, (iv) capacité de réaliser une délivrance artificielle, (v) capacité de réaliser un accouchement instrumental, (vi) capacité de réaliser une réanimation au masque, (vii) capacité de réaliser un curetage utérin.
Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complet	Ensemble de neuf fonctions constituant les soins à offrir aux cas présentant une urgence obstétricale ou néonatale. Il s'agit des fonctions suivantes : (i) disponibilité des ocytociques, (ii) disponibilité des antibiotiques, (iii) disponibilité des anticonvulsivants, (iv) capacité de réaliser une délivrance artificielle, (v) capacité de réaliser un accouchement instrumental, (vi) capacité de réaliser une réanimation au masque, (vii) capacité de réaliser un curetage utérin. (viii) capacité de réaliser une transfusion sanguine et (ix) césarienne.
Taux de satisfaction des besoins en SONUC	Nombre total des patientes prise en charge pour complications obstétricales directes /15% du nombre de naissances attendues par la structure SONUC au niveau hôpital de base X 100.
Proportion d'accouchements par césarienne	Nombre total de césariennes réalisées / Nombre total d'accouchements réalisés X 100.
Taux de césarienne	Nombre total de césariennes réalisées / Nombre total de naissances attendues X 100.
Proportion de réalisation en transfusion sanguine	Nombre de patientes transfusées/ Nombre de patientes ayant eu une indication de transfusion sanguine x 100



Hémorragie	Perte anormale et importante de sang. La perte peut être interne ou externe. Elle peut survenir pendant la grossesse, pendant le travail, pendant l'accouchement et pendant les suites de couches.
Hémorragies antépartum	Saignement qui se produit avant 24 semaines et l'accouchement.
Hémorragies du Post-partum	Hémorragie qui survient après l'accouchement (immédiat ou tardive)
Hémorragies du per partum	Saignement qui survient pendant le travail d'accouchement
Avortement	Interruption de la grossesse avant 22 semaines d'aménorrhée.
Pré-éclampsie sévère	Elévation de la tension artérielle (TA) diastolique supérieure ou égale à 110 mm Hg ou de la protéinurie supérieure à 3 g/dl (+++) après 20 semaines de gestation.
Eclampsie	Etat convulsif survenant par accès à répétition suivi d'un état comateux, pendant les derniers mois de la grossesse, le travail ou plus rarement les suites de couche.
Grossesse extra-utérine (GEU)	Nidation de l'œuf en dehors de la cavité utérine. Cette nidation ectopique peut se faire dans la trompe, sur l'ovaire ou dans la cavité abdominale.
Rupture utérine	Solution de continuité non chirurgicale de la paroi de l'utérus survenant pendant le travail d'accouchement.
Détresse respiratoire	L'insuffisance respiratoire désigne l'incapacité de l'appareil respiratoire à assumer correctement sa fonction, à savoir l'hématose.
Durée moyenne de séjour par complication obstétricale	Nombre total de journées d'hospitalisation pour la complication concernée / Nombre

	totale de patientes sorties pour cette complication X 100.
Naissance Vivante	Nouveau-né expulsé ou extrait complètement du corps de la mère (indépendamment de la durée de la gestation) et qui respire ou manifeste tout autre signe de vie.
Naissance à terme	Naissance dont la durée de gestation est comprise entre 37 et 41 semaines révolues de gestation.
Prématuré	Naissance avant 37 semaines de gestation. La limite de viabilité est à 28 semaines.
Faible poids de naissance	Nouveau-né dont le poids est inférieur à 2.500 grammes.
Macrosomie	Poids de naissance supérieur à 4.000 grammes et/ ou supérieur au 90 <sup>ème</sup> percentile sur les courbes de référence.
Mort fœtale in utéro	Décès fœtal avant la survenu du travail d'accouchement et après la limite de la viabilité (28 SA).
Mortinaissance	Naissance d'un nouveau-né mort dont le décès serait survenu à partir de la 28e SA a l'accouchement
Décès en intra - partum	Décès fœtal survenu pendant l'accouchement.
Décès en post – partum immédiat	Décès survenu après une naissance vivante et dans les premières 24 heures.

---

# AVANT-PROPOS

---

En 2023, en République du Congo, 349 femmes sont décédées d'une cause liée à la grossesse, à l'accouchement ou des suites de couches et 5274 enfants de 0 à 5 ans.

La plupart de ces décès maternels et infanto juvéniles auraient pu être évités si les enfants avaient accès précocement au centre de santé ou hôpitaux de référence et si les femmes avaient bénéficié des soins obstétricaux d'urgence dans les délais requis d'une part, et d'autre part, si l'accès aux services de planification familiale

Au cours de la même année, seules 10.502 femmes ont eu accès à la césarienne soit un taux annuel de 4,6% en deçà des normes fixées par l'OMS.

L'analyse de ces événements a permis de décrire le profil des enfants et des mères décédés et d'identifier des éléments d'amélioration des comportements, d'organisation des soins et services et la proposition des lignes d'action afin d'éviter ces décès.

Ces différentes informations recueillies sur la mortalité maternelle et infanto juvénile interpellent le gouvernement sur la nécessité de renforcer toujours et encore les actions de promotion et de prévention aussi bien chez les enfants que chez les femmes en âge de procréer et enceintes en particulier chez les adolescents et jeunes.

Pour cela, il est essentiel de promouvoir davantage les services de planification familiale, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans les formations sanitaires de premier contact et les soins de qualité dans les structures de deuxième recours. Il est aussi important que les programmes complets d'éducation et d'information soient élaborés et mis en œuvre pour les adolescents et jeunes, afin qu'ils soient éduqués, en bonne santé et épanouis.

Ce rapport a permis de noter que les femmes enceintes et les enfants vivants dans le territoire de la République du Congo, n'ont pas la même chance d'accès aux services de santé de qualité. L'analyse du parcours de soins montre également la vulnérabilité économique des femmes et des familles des enfants décédés. Le retard de recours aux soins est la conséquence du désavantage social et économique.

Au regard des taux élevés de mortalité maternelle et infanto juvénile, il est plus qu’obligatoire d’accompagner les parents dans la promotion des bonnes pratiques pendant les premières années de vie ; d’assurer aux femmes enceintes des soins préventifs et curatifs de qualité dans les différentes formations sanitaires aussi bien publiques que privées.

L’observatoire national des décès maternels, néonataux et infantiles et la direction générale de la population avec l’appui des partenaires techniques et financiers restent mobiliser pour contribuer à la bonne santé des mères et des enfants.

Gilbert MOKOKI

Ministre de la santé et de la Population

---

# RESUME ANALYTIQUE

---

## Introduction

Ces vingt dernières années les pouvoirs publics et les partenaires techniques et financiers ont intensifiés leurs efforts pour accélérer la réduction de la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile afin d'être au rendez-vous des objectifs de développement durable. Si la tendance globale est à l'amélioration, de nombreux défis persistent afin d'atteindre les différentes cibles. Les indicateurs de performance des formations sanitaires restent en dessous des espérances.

Au plan opérationnel, de nombreux facteurs limitent les performances du système de santé notamment : i) la faiblesse dans la gouvernance des formations sanitaires , ii) l'insuffisance dans l'offre de soins et la qualité des services de santé notamment la prise en charge des complications obstétricales graves ; iii) la faiblesse des plateaux techniques des hôpitaux de références et généraux ; iv) les ruptures permanentes en médicaments d'urgence et produits sanguins ; v) la faible implication de la communauté (retard à la consultation) ; vi) l'inégale répartition des ressources humaines en santé de la reproduction de qualité et vii) l'absence d'un système d'information sanitaire opérationnel qui ne permet pas d'obtenir les informations détaillées sur les circonstances de survenue des décès des mères et des enfants .

Afin de répondre à cette exigence, il avait été mis en place l'observatoire national des décès maternels, néonataux et infantiles par note ministérielle n° 000277/MSP-CAB.10, du 12 mai 2010 et renouvelé par note n° 000316/MSP-CAB.16, du 15 juillet 2016. Il a pour mission de collecter, traiter, analyser et diffuser les données sur les décès maternels, néonataux et infantiles.

Ainsi, les données de 2023 sont consignées dans un rapport intitulé « *rapport 2023 sur la surveillance des décès maternels, néonataux et infanto-juvéniles* ».

## **Objectifs :**

Objectif général :

- Etudier la mortalité maternelle, neonatale et infantile en république du Congo en 2023

Objectifs spécifiques :

-Déterminer la fréquence de la mortalité maternelle, neonatale et infantile

-Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes et des enfants décédés .

- Identifier les principales causes de décès maternel, neonatale et infanto juvénile

## **Méthodologie**

L'étude a été menée en cinq (5) phases :

- 1- Phase de la préparation et conception de la collecte portant sur la revue de la méthode de recueil des données, l'optimisation des questionnaires et le champ d'étude ;
- 2- Phase de formation des agents de terrain (superviseurs et enquêteurs) sur les outils de collecte ;
- 3- Phase de terrain qui s'est déroulée pendant un (1) mois ; du 05 au 15 Mars 2024 dans tous les districts sanitaires ;
- 4- Phase de traitement, apurement des données et de réalisation des tests de significations statistiques ;
- 5- Phase de rédaction et analyse des données collectées.

## **Résultats.**

Les principaux résultats se présentent ainsi qu'il suit :

### **A. Mortalité maternelle**

- Trois cent quarante-neuf (349) décès maternels (DM) issus de toutes les formations sanitaires ont été analysés (soit 7 décès maternels par semaine épidémiologique) sur 114803 naissances vivantes (NV), soit un ratio de 304 DM pour 100.000 NV.
- L'analyse des ratios de mortalité maternelle par département, place le département de Pointe-Noire en tête avec 633 DM pour 100.000 NV, suivi de Brazzaville (429 DM pour 100.000 NV), Niari (372 DM pour 100.000 NV) et la Lékoumou (357 DM pour 100.000 NV).

- L'âge moyen des femmes décédées était de 33 ans avec des extrêmes de 15 à 49 ans, dont la tranche d'âge la plus représentée était celle de 35 à 39 ans.
- Les adolescentes décédées étaient au nombre de 21, soit 9,17% et les jeunes mamans décédées étaient au nombre de 35, soit 15,28%.
- Sur les 229 décédées, 4 femmes n'ont réalisé aucun suivi prénatal, soit 1,71 % et celles qui ont réalisé au moins quatre (4) suivi prénatal ont été au nombre de 103 femmes, soit 44,90%.
- Cent douze (112) cas de décès maternels ont été référées, soit 48,91%. Les structures ayant principalement référé ont été les CSI, les formations sanitaires privées et des hôpitaux de référence respectivement 40,18 %, 35,71% et 22,32%.
- Les principales causes du décès ont été obstétricales directes 89,96%, notamment l'hémorragie (44,98%) suivie de l'éclampsie (20,09%) et des infections (11%).
- La période du décès a essentiellement concerné le postpartum (107, soit 46,72%).
- Cent cinq (105) cas de décès maternels ont été audités, soit 45,85%.
- Les femmes étaient référées dans 205 cas, soit 67,88 %.
- Le troisième retard dans les soins obstétricaux a été incriminé dans 214 cas de décès, soit 93,45 %.

## **B. Autres indicateurs de mortalité et de morbidité**

### **B0. Rupture utérine, GEU et éclampsie**

En 2023, il a été établi que 336 ruptures utérines ont été notifiées, 549 grossesses extra utérines et 695 cas de pré éclampsie et éclampsie.

### **B1. Césarienne**

Sur 240.698 naissances attendues, 10.502 césariennes ont été réalisées en 2023 dans tous les départements, soit un taux de césarienne de 4,36% en dessous de la norme OMS (5 à 10%). Seuls, trois départements ont un taux conforme à la norme à savoir : Brazzaville (5,92%) ; Pointe Noire (5,63%) et Niari (5,19%).

### **B2. Mortinaissance**

Au total, 2149 cas de mort-nés ont été enregistrés avec un taux de mortinaissance de 18,72 pour 1.000 NV, dont 972 mort-nés macérés (45,23%) et 1177 mort-nés frais (54,77%).

Le taux de mortinaissance a été plus élevé dans les départements de la Sangha (107,97 pour 1.000 NV), de Brazzaville (36,21 pour 1.000 NV), Lékoumou (34,79 pour 1.000 NV), Sangha (32,19 pour 1.000 NV), Pointe Noire (24,46 pour 1.000 NV), du Kouilou (21,21 pour 1.000 NV) et de la Cuvette (16,81 pour 1.000 NV).

### **B3. Petits poids de naissance**

Au total, 2.417 petits poids de naissance (<2500g) ont été enregistrés, soit une proportion de 2,11%. Les départements les plus concernés ont été le Kouilou 54,16%, suivi de la Lékoumou avec 21,50%.

## **C. Mortalité néonatale**

Au total, 2.329 cas de décès néonataux ont été notifiés dont 680 corps en dépôt. Le taux de mortalité néonatale était de 20,29 pour 1.000 NV, qui correspond en moyenne à 45 décès par semaine. La mortalité précoce a représenté 54,60% de l'ensemble de mortalité.

Quatre (4) départements ont enregistré des taux de mortalité néonatale supérieurs au taux moyen qui est de 21 décès pour 1.000 NV selon le MICS. Il s'agit de la ville de Brazzaville (55,22 pour 1.000 NV), Pointe Noire (33,95 pour 1.000 NV), la Sangha (23,43 pour 1.000 NV) et la Lékoumou (22,30 pour 1.000 NV).

L'âge moyen des mères ayant perdu un nouveau-né était de 27 ans avec comme extrêmes 15 à 46 ans. Sur 1649 cas de décès néonataux, 683 cas référés, soit 41,40%. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4 jours. Les principales causes de mortalité ont été les infections néonatales (33,35%) ; la prématurité (32,44%) et l'EAI (30,75%).

## **D. Mortalité infantile et infanto juvénile**

### **D1. Mortalité infantile**

En 2023, les formations sanitaires ont notifié 3528 décès infantiles, soit un taux de 30,73 pour 1.000 NV, ce qui correspond en moyenne à 68 décès par semaine épidémiologique ;



- Trois (3) départements ont enregistré des taux de mortalité infantiles importants. Il s'agit de Brazzaville (80,62 décès pour 1.000 NV), Pointe Noire (51,71 décès pour 1.000 NV) et la Sangha (37 décès pour 1.000 NV), ;
- La mortalité néonatale a représenté 66% de l'ensemble des décès infantiles.

Les principales causes des décès post-néonataux ont été : le paludisme (223 cas), soit 32,79%, les sepsis (174), soit 25,59%, les infections respiratoires (149), soit 21,91% et les infections digestives (88), soit 12,94%.

## **D2. Mortalité infanto-juvénile**

- 5274 décès infanto-juvénile ont été notifiés, ce qui correspond à un taux de mortalité de 45,94 pour 1000 NV. Ce qui correspond en moyenne à 101 décès par semaine épidémiologique.

Les principales causes des décès juvéniles ont été : le paludisme (30,38%), le sepsis sévère (20,57%), l'anémie (16,67%) et les infections respiratoires (15,13%).

## **D3. Décès extra hospitaliers des enfants**

- Pour la période 2023, il a été établi que 2099 décès extra hospitaliers des enfants de 0 à 5 ans ont été notifiés. Ce qui correspond à 39,80% de l'ensemble des enfants décédés.

**Conclusion** : les mortalités maternelle, néonatale et infanto-juvénile demeurent toujours un problème de santé publique en République du Congo. La faible qualité de soins demeure les sous-bassement de cette forte mortalité. Cependant, il est possible d'améliorer les indicateurs, à condition de focaliser l'action sur les soins obstétricaux, néonataux d'urgences et la prise en charge intégrée des maladies des urgences infanto-juvéniles.

**Mots clés** : Décès maternel, néonatal, infanto-juvénile, Congo, 2023.

---

# INTRODUCTION

---

En 2010, le 12 mai, avait été mis en place l'observatoire national des décès maternels, néonataux et infantiles par note ministérielle n° 000277/MSP-CAB.10 et renouvelé par note n° 000316/MSP-CAB.16, du 15 juillet 2016, afin de répondre à cette exigence de collecter, traiter, analyser et diffuser les données sur les décès maternels, néonataux et infantiles. Dans ce contexte la surveillance des décès maternels, néonataux et la riposte (SDMR), devient un processus systématique destiné à documenter et examiner tous les décès maternels et à utiliser ces résultats pour soutenir le dialogue entre les parties prenantes en vue de prévenir des décès futurs. Le système de SDMR repose sur des renseignements confidentiels et des audits de la mortalité maternelle. Chaque décès maternel et infantile est signalé, examiné, analysé et des recommandations sont formulées et mises en œuvre.

Au Congo, la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile, demeure préoccupante nonobstant la réduction de 58% observée entre 2000 et 2020 selon le dernier rapport mondial de l'OMS publié en 2023. En effet, la mortalité maternelle est estimée à 282 décès pour 100.000 NV. De nombreux facteurs limitent les performances du système de santé notamment : i) la faiblesse dans la gouvernance des formations sanitaires , ii) l'insuffisance dans l'offre de soins et la qualité des services de santé notamment la prise en charge des complications obstétricales graves ; iii) la faiblesse des plateaux techniques des hôpitaux de références et généraux ; iv) les ruptures permanentes en médicaments d'urgence et produits sanguins ; v) la faible implication de la communauté (retard à la consultation) ; vi) l'inégale répartition des ressources humaines en santé de la reproduction de qualité et vii) l'absence d'un système d'information sanitaire opérationnel qui ne permet pas d'obtenir les informations détaillées sur les circonstances de survenue des décès des mères et des enfants

Ainsi, les données de 2023 vont être consignées dans un rapport intitulé « rapport 2023, résultats de la surveillance des décès maternels, néonataux et infantiles en République du Congo ».

Ce document est structuré en quatre parties à savoir :

1. L'introduction ;
2. Les objectifs généraux et spécifiques ;
3. La méthodologie ;

4. L'analyse descriptive des résultats ;
5. la conclusion et les recommandations

## **I. OBJECTIFS**

### **1.1. OBJECTIF GENERAL**

Etudier la mortalité maternelle et infanto juvénile en République du Congo

### **1.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- 1.2. 1.** Décrire le profil épidémiologique des femmes et des enfants décédés ;
- 1.2. 2.** Déterminer les taux de mortalité maternelle, néonatale et infantiles ;
- 1.2. 3.** Rapporter les causes ayant conduit au décès.

## **II. METHODES**

### **2.1. Type d'enquête**

IL s'agit d'une étude transversale descriptive des données issues des prestations de la santé de la mère et de l'enfant dans les formations sanitaires publiques sur toute l'étendue du territoire de la République du Congo. L'étude a concerné les décès maternels, néonataux et infanto-juvéniles.

### **2.2. Procédure de l'enquête**

L'enquête a été menée en quatre phases :

#### **2.2.1. Phase n°1 : Phase préparatoire**

Elle a consisté à :

- Elaborer les termes de référence ;
- Adapter les outils de collecte des données.

Les outils retenus étaient : i) fiche de surveillance de collecte des données de santé maternelle, néonatale et infantile ; ii) Fiche de collecte des données sur les décès maternels ; iii) Fiche de collecte des données sur les décès néonataux ; iv) Fiche de collecte des données sur les décès post-néonataux et juvéniles et v) Fiche des DDSSsa.

Les agents de terrains ont été formés : i) au remplissage des cinq (5) fiches sus énumérées à travers le logiciel ODK Collect et à l'exploitation des documents sources utilisés dans les FOSA ; ii) à la manipulation des téléphones numériques utilisés comme support de collecte des données.

#### **2.2.2. Phase n°2 : Collecte de données**

Les agents sur le terrain ont été déployés, du 05 au 15 Mars 2024, dans les 12 départements du Congo avec comme principale tâche de renseigner les questionnaires.

Sur le terrain, l'enquêteur devait se présenter au Directeur Départemental de Soins et Services de Santé (DDSSsa), lui présenter les objectifs de l'enquête et le rassurer de la nature confidentielle des informations collectées.

#### **2.2.3. Phase n° 3 : Traitement et analyse de données**

La collecte de données a été réalisée à travers les questionnaires électroniques installés sur des téléphones Android. Les questionnaires remplis ont été envoyés au server via internet. Après le renvoi, un premier contrôle a été fait par l'équipe du bureau central pour détecter des aberrations et retourner les instructions pour leur fiabilité et leur exhaustivité avant d'être validés. Le deuxième contrôle a été fait à l'apurement avec le logiciel SPSS 17 et Microsoft Excel 19.

#### **2.2.4. Phase n°4 : Rédaction du rapport**

La rédaction s'est déroulée au cours d'un atelier de cinq jours qui s'est déroulé du 27 au 31 mai 2024 à Kinkala (département du Pool), sous la coordination du Directeur général de la Population et la participation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS-pays).

### **2.3. Difficultés rencontrées**

Plusieurs difficultés ont été rencontrées durant l'enquête : (i) la mauvaise qualité des supports de collecte de données retrouvés dans les formations sanitaires qui n'a pas facilité la capture de toutes les variables prévues dans les fiches de collecte ; (ii) le retard dans la transmission de données collectées par les DDSSsa en ce qui concerne les naissances vivantes, la césarienne et la mortinaissance, (iii) la non systématisation de revues sur les décès maternels, néonataux, infantiles dans les FOSA limitant la connaissance des circonstances et les causes de décès.

---

## III. RESULTATS

---

La collecte de données sur les décès maternels, néonataux et infantiles a eu deux limites, à savoir : la non prise en compte exhaustive de données des structures sanitaires du secteur privé et la non-intégration de données de décès communautaires.

### **Cadre d'organisation de l'offre de soins en santé maternelle et infanto-juvénile**

L'offre de soins prénatals (SPN) et préscolaires est disponible en ambulatoire, dans les services publics de santé (centre de santé intégré (CSI), centres médicaux sociaux (CMS) et cabinets médicaux (CM)). L'hospitalisation des mères et des enfants est assurée dans les services de maternité et de pédiatrie des établissements de santé. Les accouchements sont réalisés dans les maternités des hôpitaux, les CSI à PMAE, les cliniques et quelques CSI à PMAS. 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.

Le niveau intermédiaire est représenté par les douze (12) Directions Départementales des Services de soins de santé (DDSSsa). Ces directions jouent le rôle d'appui technique aux districts sanitaires (DS) dans : (i) la transmission des informations, (ii) l'adaptation spécifique des normes nationales aux conditions locales, (iii) le contrôle de leur application et (iv) la supervision des Équipes cadres de district.

## **PARTIE I : STATISTIQUES DES FORMATIONS SANITAIRES**

### **1.1. Accouchements**

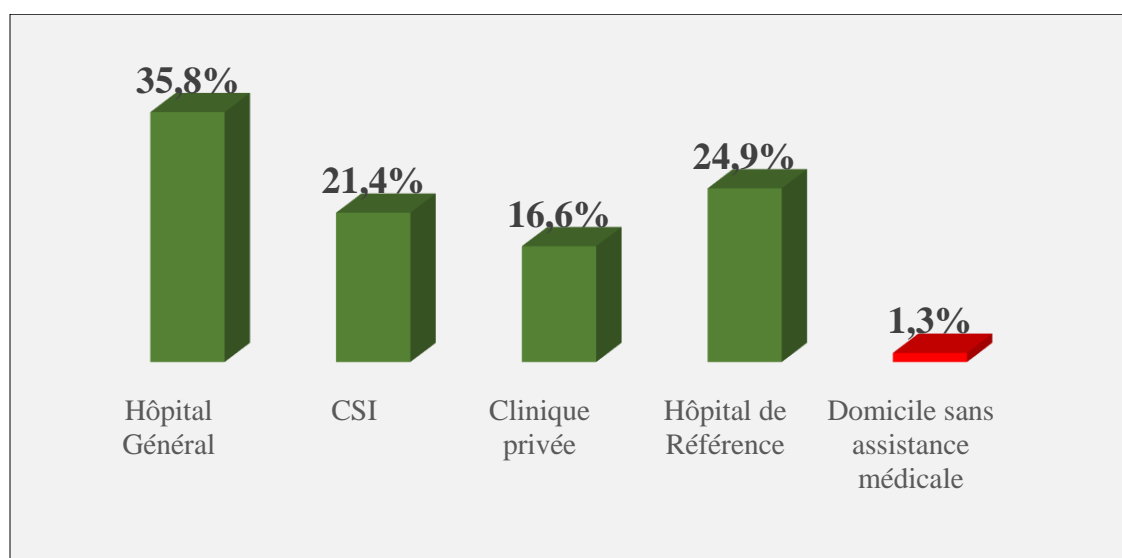
La population est estimée à 6.142.180 habitants, dont 3.092.238 femmes, soit 50,3% et 3.049 942 hommes soit 49,7%, selon le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2023. En 2023, Cent quatorze mille huit-cent trois (114.803) naissances vivantes ont été enregistrés dans les formations sanitaires visitées comme l'indique le tableau 1 ci-dessous.

*Tableau 1: Répartition des accouchements et naissances vivantes par département*

Départements	Effectifs Pop en 2023 (Source : PEV)	Nombre d'accouchement	Pourcentages (%)	Naissances vivantes
Brazzaville	2175514	23749	20,31	22919
Pointe -Noire	1322601	21865	18,70	21343
Kouilou	119246	626	0,54	613
Niari	365894	10359	8,86	10269
Lékoumou	152535	1160	0,99	1121
Bouenza	489001	13473	11,52	13276
Pool	374307	14460	12,36	14396
Plateaux	276230	5820	4,98	5773
Cuvette	246995	6595	5,64	6486
Cuvette Ouest	115497	3049	2,61	3024
Sangha	135782	3880	3,32	3759
Likouala	243860	11915	10,19	11823
<b>Total</b>	<b>6017460</b>	<b>116952</b>	<b>100</b>	<b>114803</b>

## 1.2. Lieux de naissances

La figure 1 montre que l'essentiel des accouchements se sont déroulés dans les formations sanitaires (98,7%).



*Figure 1: Lieux de survenue des accouchements*

## 1.3. Mode d'accouchement

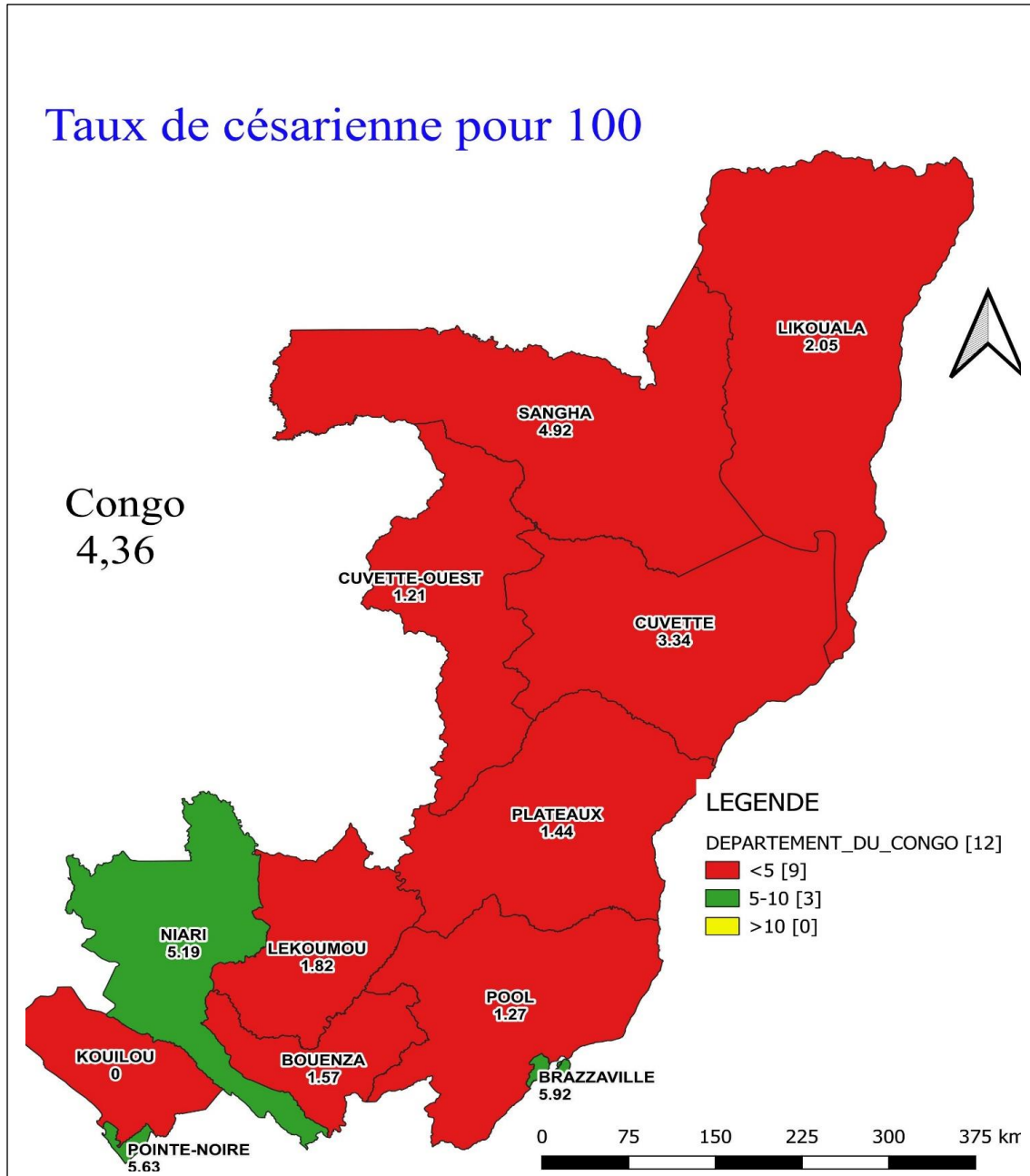
Sur 116.952 accouchements enregistrés en 2023, les accouchements par voie basse ont représenté 106.450, soit 91,02%. Par contre, les césariennes ont été réalisées à hauteur de 10502, soit 8,98%.

*Tableau 2 : Répartition de mode d'accouchement par département*

Départements	Césariennes	Voie basse
Bouenza	307	23442
Brazzaville	5149	16716
Cuvette	330	296
Cuvette Ouest	56	10303
Kouilou	0	1160
Lékoumou	111	13362
Likouala	200	14260
Niari	759	5061
Plateaux	159	6436
Pointe -Noire	2979	70
Pool	185	3695
Sangha	267	11648
<b>Total</b>	<b>10502</b>	<b>106450</b>

Compte tenu des naissances attendues, le taux de césarienne a été estimé à 4,36%. Seuls trois départements ont enregistré un taux conforme à la norme de 5-10%.

## Taux de césarienne pour 100



Carte 1: Taux de césariennes par département



### 1.3.1. Naissances Vivantes

En 2023, les douze départements ont enregistré un total de Cent quatorze mille huit cent trois (114.803) naissances vivantes.

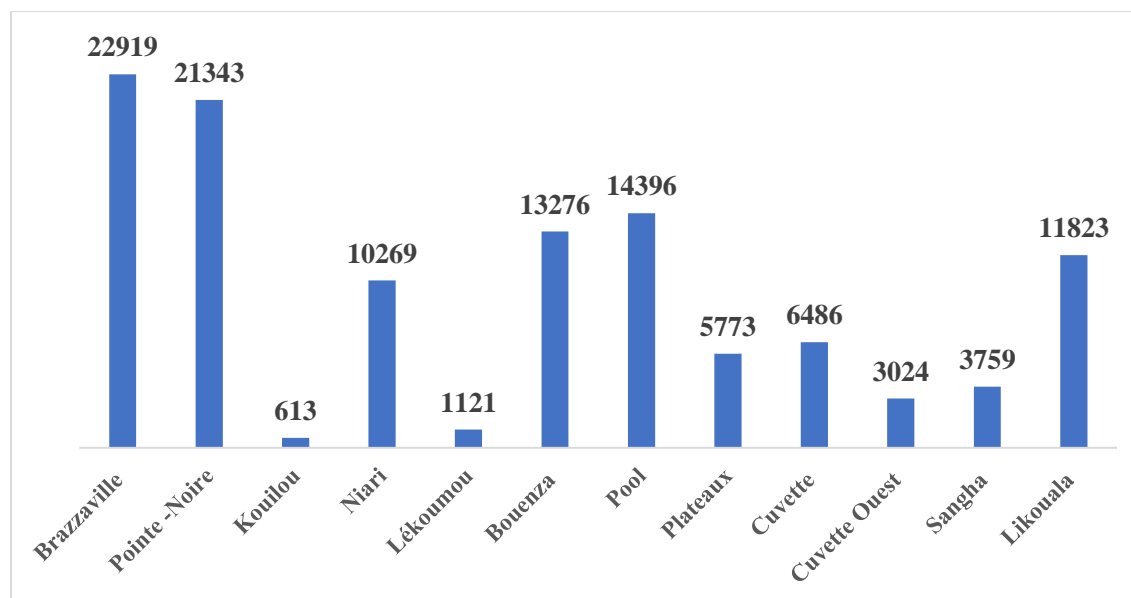


Figure 2: Répartition des naissances vivantes par département

### 1.3.2. Petits poids de naissance et Mortinaissances

#### 1.3.2.1. Petits poids de naissance

L'enquête a permis d'enregistrer 2417 naissances de petits poids, soit 2,11 %.

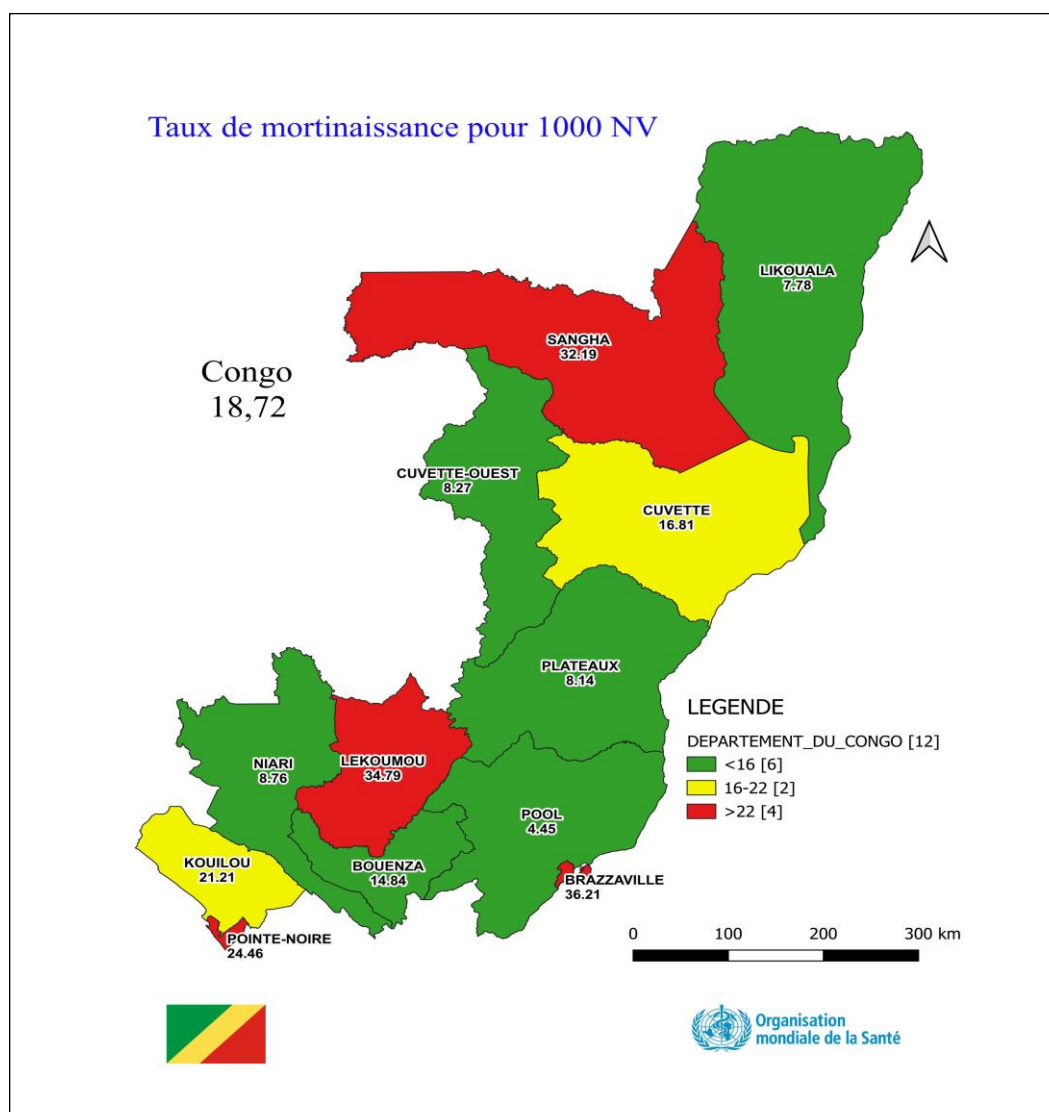
Tableau 3 : Poids de naissance par département

Départements	Petit poids de naissance (<2500g)	Proportion de petit poids de naissance (<2500g)
Brazzaville	299	1,30
Pointe -Noire	125	0,59
Kouilou	332	54,16
Niari	256	2,49
Lékoumou	241	21,50
Bouenza	505	3,80
Pool	195	1,35
Plateaux	36	0,62
Cuvette	134	2,07
Cuvette Ouest	74	2,45

Sangha	136	3,62
Likouala	84	0,71
<b>Total</b>	<b>2417</b>	<b>2,11</b>

Les départements du Kouilou et de la Lékoumou sont ceux qui ont les proportions les plus élevés de cas de petits poids de naissance (<2,5Kg) avec respectivement 54,16% et 21,50%. Des enquêtes plus approfondies devraient être menées afin de comprendre les déterminants en rapport avec les faibles poids de naissance.

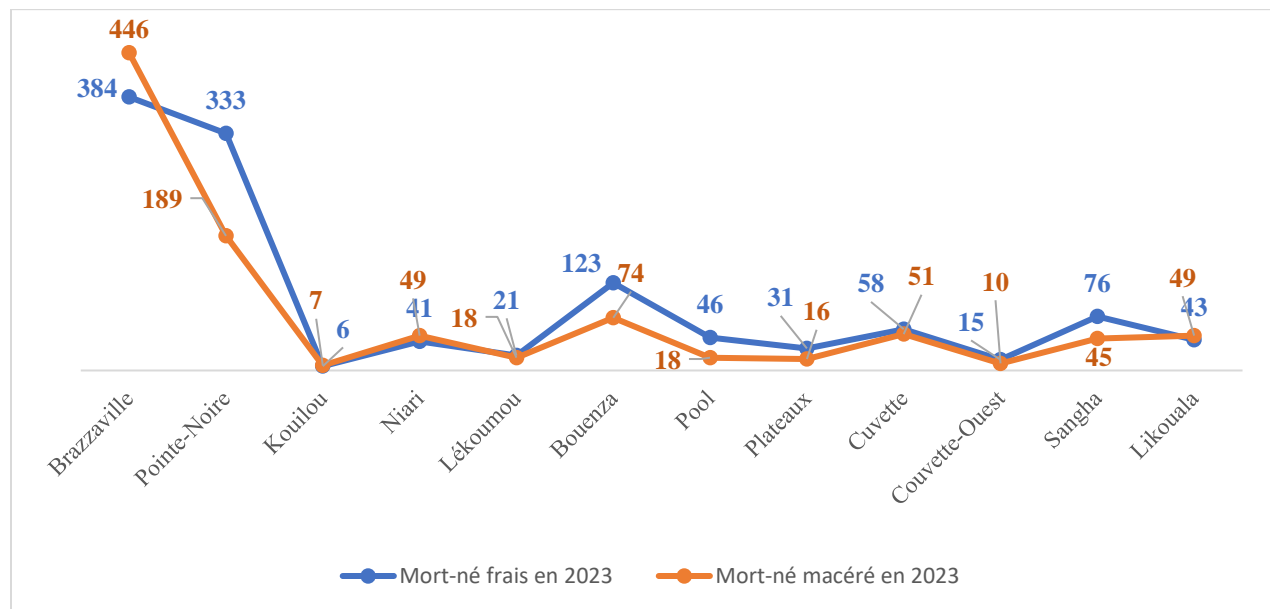
### 1.3.2.2. Mortinaissances



Carte 2: Taux de mortinaissance par département

Dans l'ensemble, les mortinaissances ont représenté 2149 cas, dont 972 mort-nés frais (45,23%) et 1177 mort-nés macérés (54,77%). Le taux de mortinaissance a été estimé à 18,72 pour 1.000 NV. Les départements les plus concernés sont : Brazzaville (36,21 pour 1000 NV), Lékoumou (34,79 pour 1000 NV) et Sangha (32,19 pour 1000 NV).

**Tableau 4 : Mortinaissances par département**



**Figure 3: Comparaison des mort-nés frais et des mort-nés macérés par département**

La proportion de mort-nés frais à 45,23%, pose clairement le problème de la qualité de la surveillance du travail d'accouchement et de l'accès des parturientes aux soins obstétricaux d'urgence. Alors que celle des mort-nés macérés caractérise une faible qualité du suivi prénatal.

### 1.3.2.3. Ruptures utérines par département

*Tableau 5: Répartition des ruptures utérines par département*

Départements	Ruptures utérines	
	Effectifs	Pourcentages (%)
Brazzaville	29	8,63
Pointe -Noire	270	80,36
Kouilou	0	0,00
Niari	13	3,87
Lékoumou	1	0,30
Bouenza	6	1,79
Pool	7	2,08
Plateaux	0	0,00

Cuvette	3	0,89
Cuvette Ouest	0	0,00
Sangha	5	1,49
Likouala	2	0,60
<b>Total</b>	<b>336</b>	<b>100</b>

### 1.3.2.4. Eclampsies par département

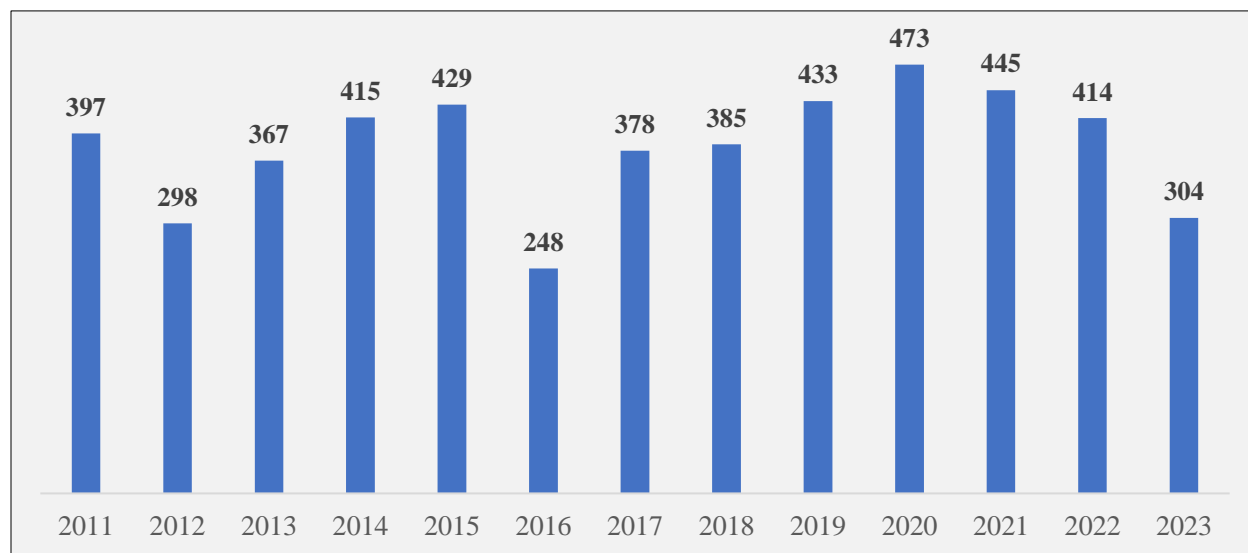
Tableau 6: Répartition des éclampsies par département

Départements	Eclampsies	
	Effectifs	%
Brazzaville	264	37,99
Pointe -Noire	255	36,69
Kouilou	3	0,43
Niari	108	15,54
Lékoumou	7	1,01
Bouenza	24	3,45
Pool	12	1,73
Plateaux	4	0,58
Cuvette	12	1,73
Cuvette Ouest	4	0,58
Sangha	0	0,00
Likouala	2	0,29
<b>Total</b>	<b>695</b>	<b>100</b>

## PARTIE II : ETUDE DE DECES

### 2.1. Décès maternels

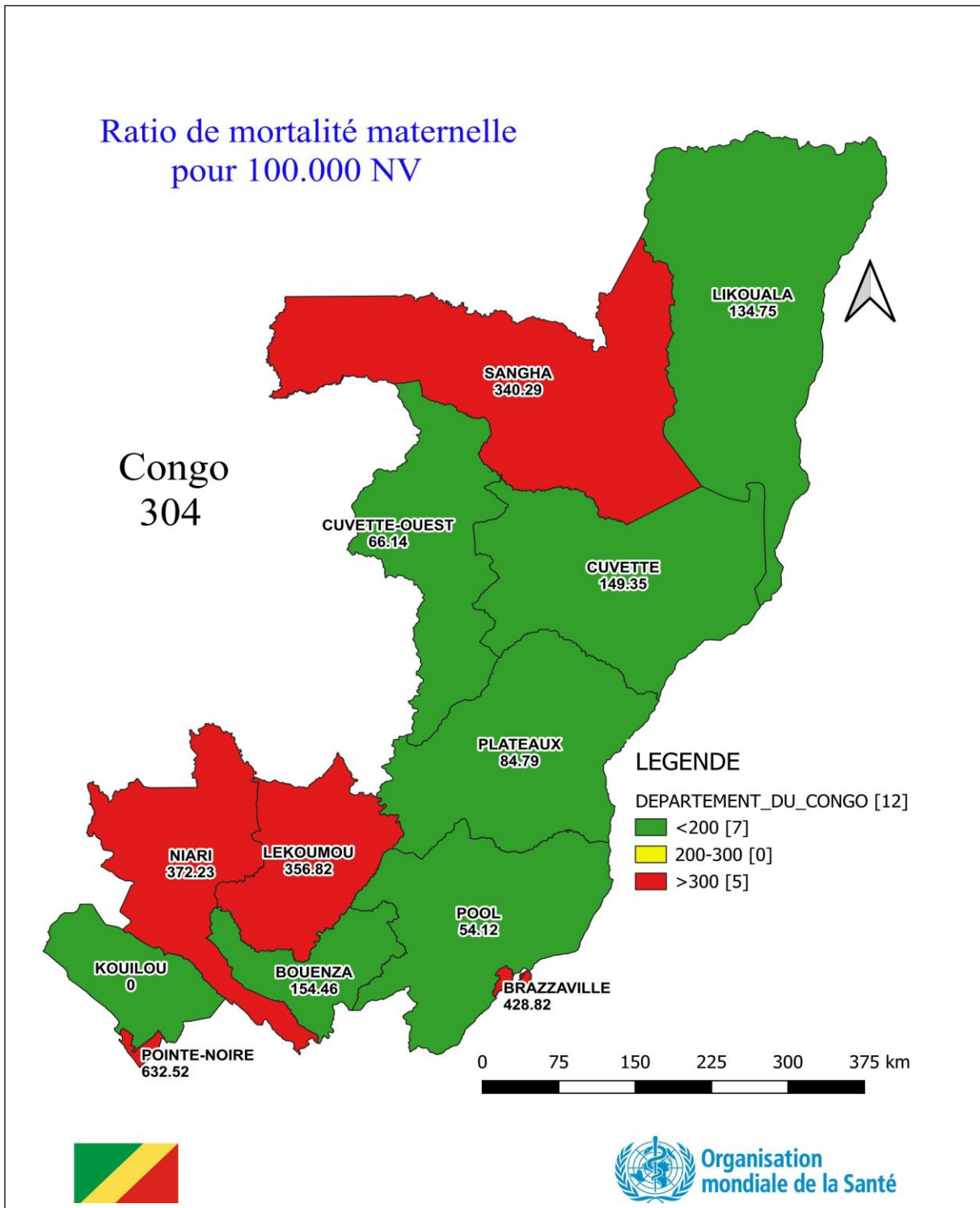
Durant la période 2011 à 2023, la mortalité maternelle n'a pas véritablement baissé (en moyenne 384 décès pour 100.000 naissances vivantes) avec des extrêmes de 248 et 473. Ce qui correspond à une moyenne de 7 décès maternels par semaine épidémiologique au Congo.



*Figure 4: Evolution des ratios de mortalité maternelle de 2011 à 2023*

#### 2.1.1. Décès maternels par département en 2023

Trois cent quarante-neuf (349) décès maternels ont été enregistrés en 2023 sur 114.803 naissances vivantes dont le ratio a été de 304 décès pour 100.000 NV. Les départements dont les ratios ont été plus élevés sont : Pointe-Noire (632 pour 100.000 NV), Brazzaville (429 pour 100.000 NV), le Niari (37 pour 100.000 NV), la Lékoumou et la Sangha (340 pour 100.000 NV)



Carte 3: Ratio de mortalité maternelle par département

### 2.1.2. Décès maternel par tranches d'âges

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 35 -39 ans 25,76% comme le montre la figure 6. Les adolescentes et les jeunes ont représenté respectivement 9,61% et 14,85%. Les deux tranches représentent 24,46% de l'ensemble des décès maternels.

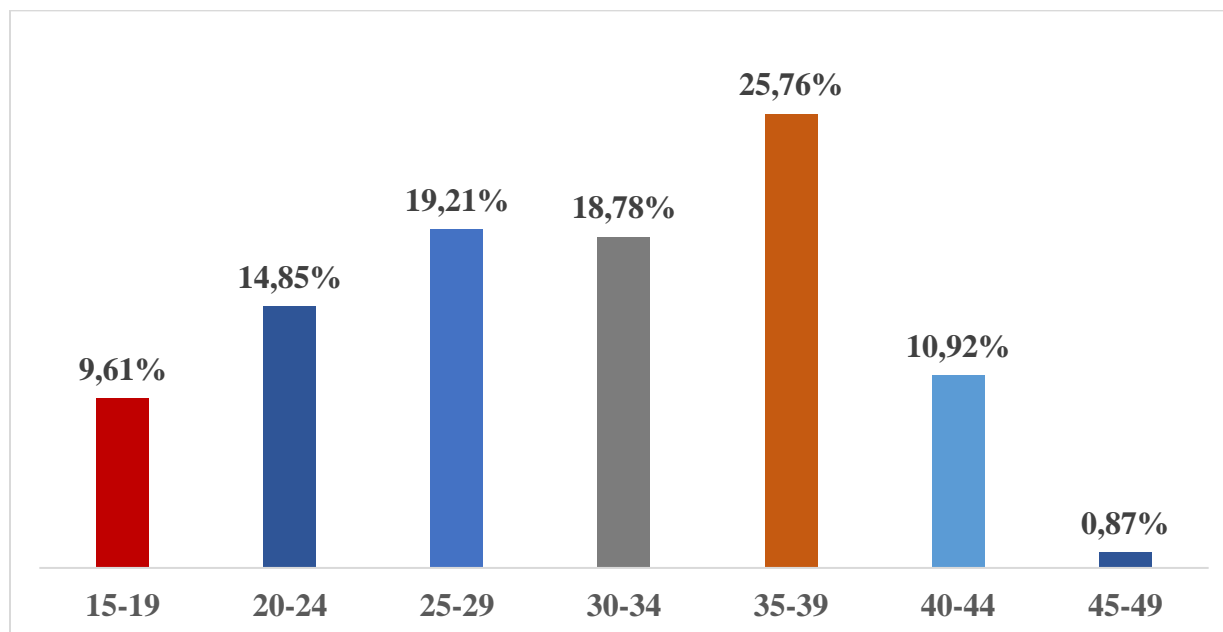


Figure 5: Tranches d'âges des femmes décédées en 2023

### 2.1.3. Décès maternels des adolescentes et jeunes par département

Tableau 7 : Ratios des décès maternels des adolescentes et jeunes par département

Département	Adolescentes	Jeunes	Ensemble
Brazzaville	22,65	28,74	51,39
Pointe -Noire	59,23	64,46	123,69
Kouilou	0,00	0	0,00
Niari	14,81	15,68	30,49
Lékoumou	0,87	0,87	1,74
Bouenza	6,97	6,10	13,07
Pool	2,61	0	2,61
Plateaux	0	0	0,00
Cuvette	3,48	3,48	6,97
Cuvette Ouest	0	0,87	0,87
Sangha	4,36	2,61	6,97
Likouala	0	0,87	0,87
<b>Total</b>	<b>114,98</b>	<b>123,69</b>	<b>238,67</b>

Le ratio de mortalité maternelle chez les adolescentes et jeunes a été estimé à 238,67 pour 100.000 NV comme le montre le tableau 5. Les départements les plus concernés sont Pointe-Noire (123,69 pour 100.000 NV), Brazzaville (51,39 pour 100.000 NV), et le Niari (30,49 pour 100.000 NV).

### 2.1.3. Caractéristiques socio-démographiques des femmes décédées

*Tableau 8 : Caractéristiques socio-démographiques*

<b>Modalités</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
<b>Niveau d'instruction</b>		
Niveau Primaire	44	19,21
Niveau Secondaire	143	62,45
Niveau Supérieur	31	13,54
Non instruite	11	4,80
<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>100</b>
<b>Activité socioprofessionnelle</b>		
Elève	13	5,68
Etudiante	10	4,37
Ménagère	64	27,95
Profession libérale	102	44,54
Sans profession	28	12,23
Fonctionnaire	12	5,24
<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>100</b>
<b>Statut matrimonial</b>		
Célibataire	112	48,91
Mariée (coutumier ou état civil)	30	13,10
Union libre	87	37,99
<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>100</b>

En 2023, la majorité des femmes décédées étaient instruites (95,20%), exerçaient dans l'informelle (44,54%) et étaient célibataires (48,91%).

### 2.1.4. Décès maternels par semaine épidémiologique

En 2023, le nombre de décès maternels notifiés était de 349. Ce qui correspond à environ 7 décès maternels par semaine épidémiologique (figure 7). La mortalité maternelle semble être un phénomène permanent au cours de toute l'année sans influence saisonnière.



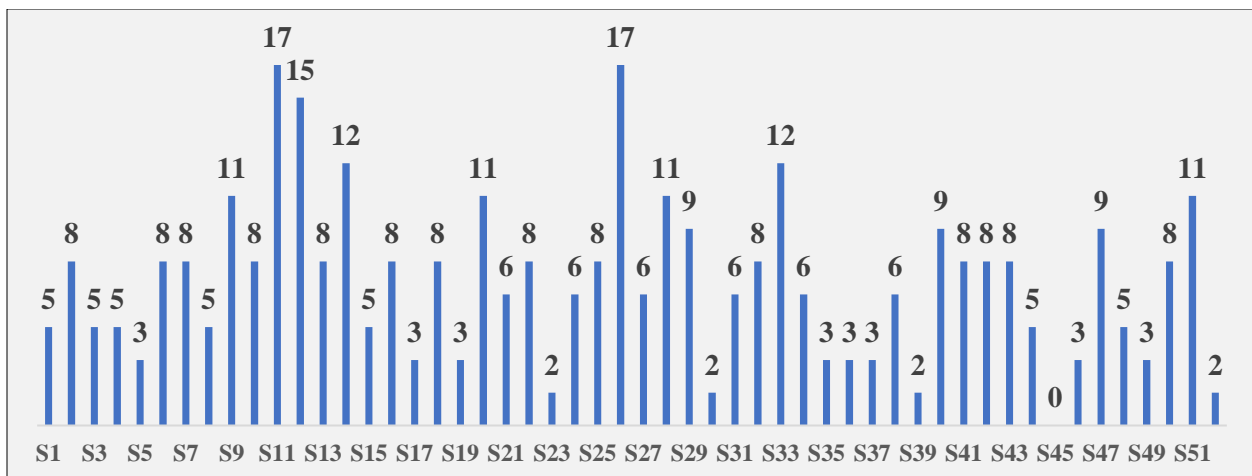


Figure 6: Décès maternels par semaine épidémiologique

### 2.1.5. Parité des femmes décédées

Les femmes décédées sont pour la plupart des paucipares (Figure 9). Cependant, les autres groupes sont tout autant concernés.

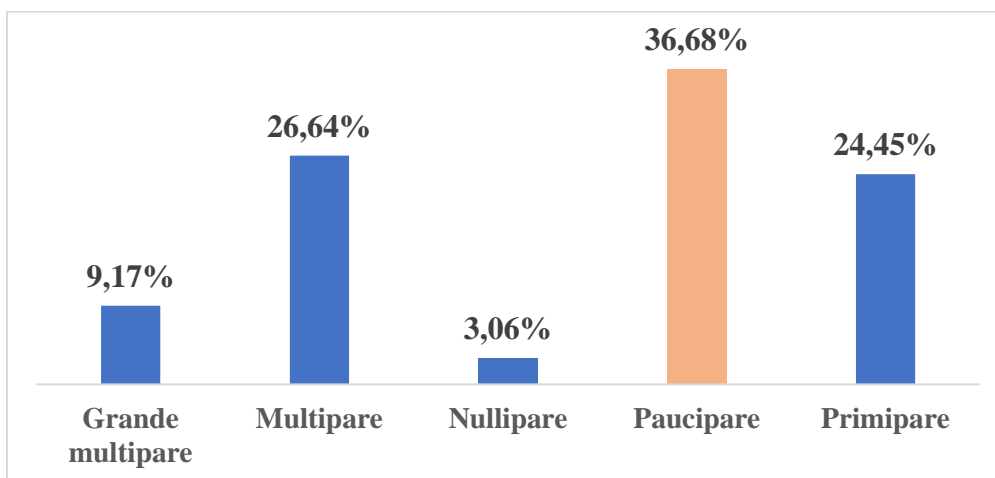


Figure 7: Parité des femmes décédées en 2023

### 2.1.6. Suivi prénatal

Les femmes décédées ont majoritairement eu au moins un contact prénatal (98,25%). La plupart des femmes ont réalisé entre trois et quatre contacts prénataux, soit 41,05%. On peut noter que 1,75% des femmes décédées n'ont bénéficié d'aucun contact prénatal de qualité (tableau 9). L'absence de contact prénatal a toujours été considérée comme un facteur de mortalité maternelle.

*Tableau 9 : Nombre de CPN*

Nombre de SPN	Effectifs	Pourcentage (%)
0	4	1,75
1 – 2	75	32,75
3 – 4	94	41,05
5 – 6	48	20,96
7 et plus	8	3,49
<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>100</b>

### 2.1.7. Antécédents médicaux

Les résultats montrent que 79,48% des femmes décédées n'avaient aucun antécédent médical. Par ailleurs, 12,66% des femmes décédées avaient comme facteur de risque l'hypertension artérielle (HTA).

*Tableau 10 : Antécédents médicaux*

Antécédents médicaux	Effectifs	Pourcentage (%)
Asthmatique	1	0,44
Aucun	182	79,48
Diabète	3	1,31
Drépanocytose	6	2,62
HTA	29	12,66
Utérus cicatriciel	2	0,87
Utérus myomateux	1	0,44
VIH	5	2,18
<b>Total général</b>	<b>229</b>	<b>100</b>

### 2.1.8. Antécédents chirurgicaux

Seul 10,92% des femmes décédées ont présenté des antécédents chirurgicaux (tableau 11).

*Tableau 11 : Antécédents chirurgicaux*

Antécédents chirurgicaux	Effectifs	Pourcentage (%)
Non	204	89,08
Oui	25	10,92
<b>Total général</b>	<b>229</b>	<b>100</b>

### 2.1.9. Mode d'admission et référence

Sur 229 femmes étudiées, 112 ont été référées, soit 48,91%. La plupart des femmes proviennent des centres santé intégrés (40,18%) et des structures privées (35,71%).

*Tableau 12 : Mode d'admission et référence*

Modalité	Effectifs	Pourcentage (%)
<b>Mode d'admission</b>		
Non référée	117	51,09
Référée	112	48,91
<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>100</b>
<b>Structures ayant référé</b>		
Clinique privée	40	35,71
CSI	45	40,18
Hôpital de Référence	25	22,32
Poste de santé	2	1,79
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

### 2.1.10. Moment du décès

L'analyse des données en rapport avec le moment du décès (tableau 13) montre que 183 femmes, soit 79,91% sont décédées en per et post-partum. L'amélioration de la qualité des soins obstétricaux d'urgence demeure toujours une nécessité avec l'accès aux médicaments d'urgence et au produit sanguin.

*Tableau 13 : Moment du décès*

Moment de survenu du décès	Effectifs	Pourcentage (%)
Pendant la grossesse	46	20,09
Per-partum	76	33,19
Post-partum	107	46,72
<b>Total général</b>	<b>229</b>	<b>100</b>

### 2.1.11. Causes de décès maternels

Les causes obstétricales directes (tableau 14) ont concerné 206 femmes soit 89,96%. L'hémorragie du post-partum occupe la première place avec 104 cas soit 45,14%, suivie de l'éclampsie avec 46 cas soit 20,09%. L'infection du post-partum et post-abortum occupent la troisième place avec 27 cas, soit 11,79%.

*Tableau 14 : Causes de décès maternels*

Modalités	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Cause obstétricales directs</b>		
Hémorragie du post-partum	104	45,14
Eclampsie	46	20,09
Infections	27	11,79
Rupture utérine	16	6,99
Embolie amniotique	7	3,06
Placenta prævia	5	2,18
GEU	1	0,44
<b>Sous total</b>	<b>206</b>	<b>89,96</b>
<b>Cause obstétricales indirects</b>		
Anémie drépanocytaire	6	2,62
VIH	5	2,18
Insuffisance cardiaque	5	2,18
Paludisme grave forme anémique	2	0,87
Coma diabétique	1	0,44
Complications anesthésiques	1	0,44
Insuffisance rénale	1	0,44
Méningite	1	0,44
Œdème aigu du poumon	1	0,44
<b>Sous total</b>	<b>23</b>	<b>10,04</b>
<b>Total général</b>	<b>229</b>	<b>100</b>

Les causes obstétricales indirectes ont concerné 23 cas de décès maternels, soit 10,04 %.

**Tableau 15 : Causes de décès maternels des adolescentes et jeunes**

Causes obstétricales directes							
Catégorie	CIVD	Eclampsie	Embolie amniotique	Placenta prævia	Rupture utérine	Hémorragie du post-partum	Infections
Adolescentes (15-19 ans)	1	11	0	0	1	6	3
Jeunes (20-24 ans)	0	7	1	4	1	10	7
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>18</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>10</b>
Causes obstétricales indirectes							
	Anémie drépanocytaire	Insuffisance cardiaque			VIH		
Jeunes (20-24 ans)	2			1			1
<b>Total</b>	<b>2</b>			<b>1</b>			<b>1</b>

Les décès maternels chez les adolescentes et jeunes ont représenté 56 cas soit 24,45% (tableau 15). L'éclampsie est la première cause de mortalité maternelle chez les adolescentes et jeunes.

#### 2.1.12. Retard dans la survenue du décès

Le 3<sup>ème</sup> retard a été responsable de la majorité de décès maternels avec 214 cas, soit 93,45% (Tableau 16).

**Tableau 16 : Retard dans la survenue du décès**

Type de Retard	Effectifs	Pourcentage (%)
1er retard	12	5,24
2ème retard	3	1,31
3ème retard	214	93,45
<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>100</b>

#### 2.1.13. Responsabilité dans la survenue du décès

La responsabilité dans la survenue de décès incombe aux structures sanitaires à 93,89% (figure 8).

**Figure 8 : Responsabilité des décès maternels**

#### 2.1.14. Evitabilité de décès maternels

La majorité des femmes décédées pouvaient être sauvées dans 96,94% des cas.

*Tableau 17 : Evitabilité de décès maternels*

<b>Evitabilité du décès</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Décès évitable	222	96,94
Non évitable	7	3,06
<b>Total général</b>	<b>229</b>	<b>100</b>

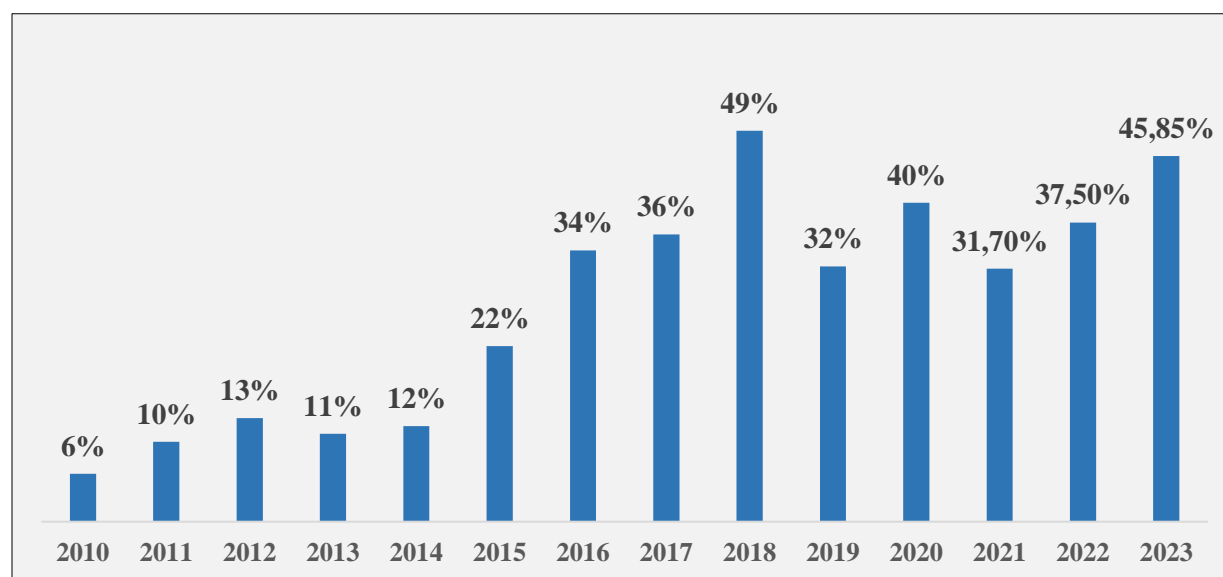
#### 2.1.16. Audits des décès maternels

Les audits de décès maternels ont été réalisés dans 45,85% des cas (tableau 16).

*Tableau 18 : Audits des décès maternels*

<b>Revue des décès maternels</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Non audités	124	54,15
Audités	105	45,85
<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>100</b>

L'analyse des audits des décès maternels est en augmentation entre 2010 et 2018, elle a connu un relâchement en 2019 et une reprise en augmentation entre 2019 et 2023.

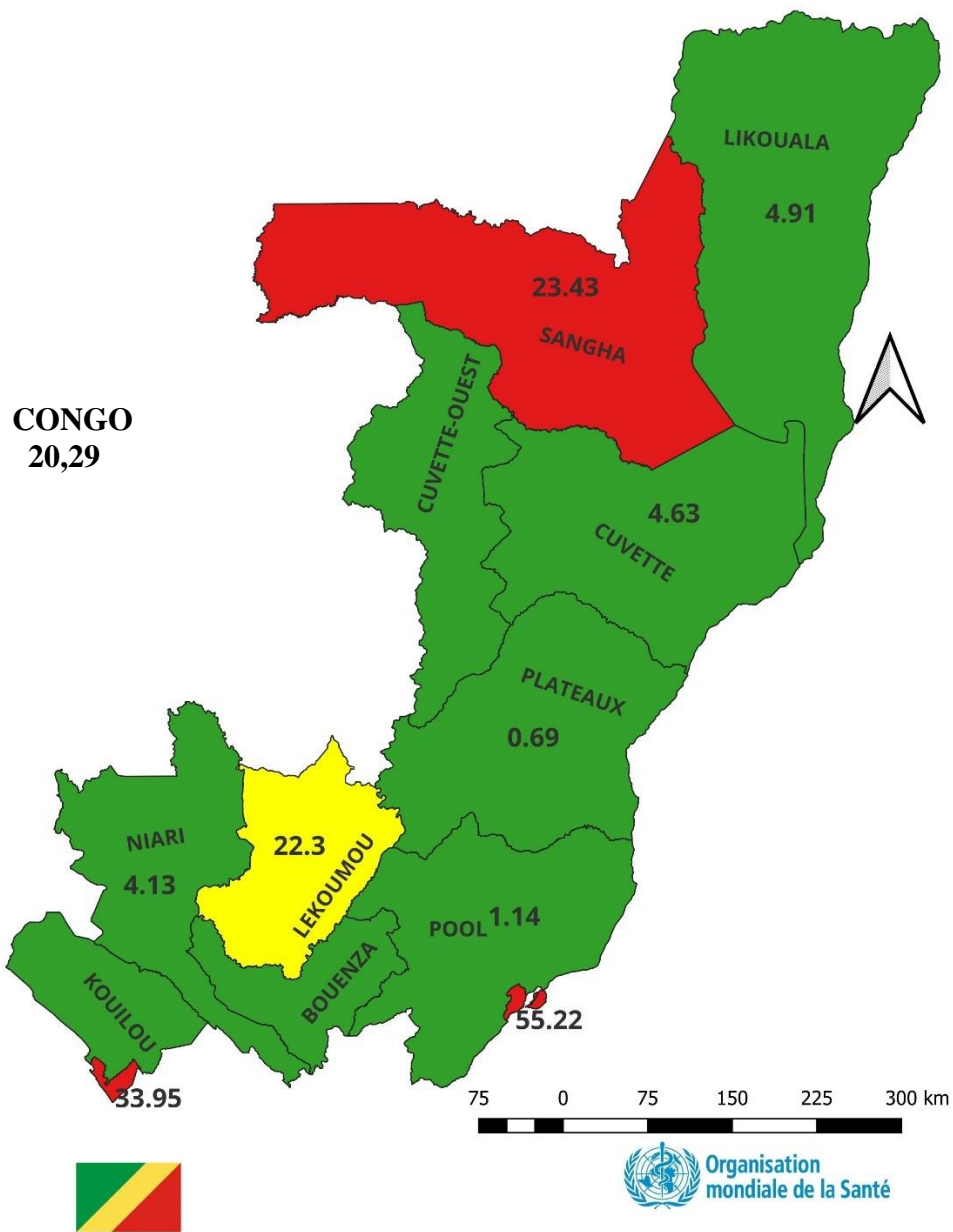


*Figure 9 : Evolution des audits des cas de décès maternels de 2010 à 2023*

## **2.2. Décès néonataux, post néonataux, infantiles, juvéniles et infanto-juvéniles**

### **2.2.1. Mortalité néonatale**

Le nombre de décès néonataux enregistrés est de 1649, soit un taux de 20,29 décès pour 1000 NV. La répartition de ces cas par département, montre que Brazzaville a enregistré plus de décès avec au taux de 55,22 décès pour 1000 NV suivi de Pointe-Noire et la Sangha respectivement avec 33,95 et 23,43 décès pour 1000NV et la Lékoumou avec 22,30 décès pour 1000 NV. Par ailleurs, six (6) départements ont rapporté très peu de cas (avec un taux de mortalité néonatale inférieur à 10 décès pour 1000NV). Ce qui pourrait s'expliquer la sous notification et la référence vers les formations sanitaires des zones urbaines.



Carte 4: Taux de mortalité néonatale par département



## 2.2.2. Type de décès néonataux

Les décès étaient précoces dans 77,08% des cas et tardifs dans 22,92% des cas.

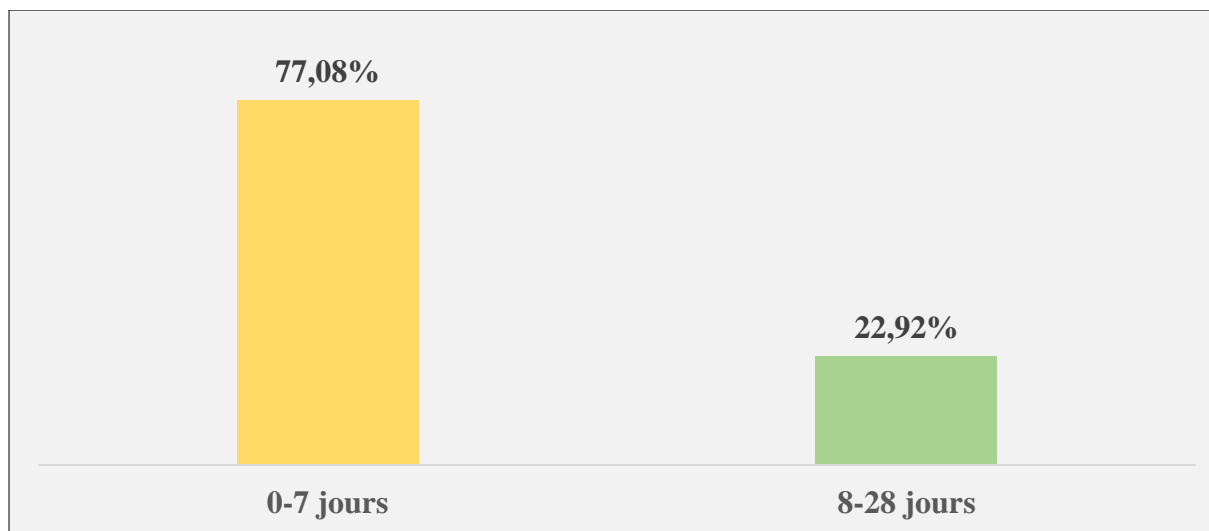


Figure 10: Type de décès néonataux précoces et tardifs

## 2.2.3. Répartition hebdomadaire des cas de décès néonataux

En 2023, il a été notifié 2329 décès néonataux. Ce qui correspond à 32 décès néonataux par semaine épidémiologique.

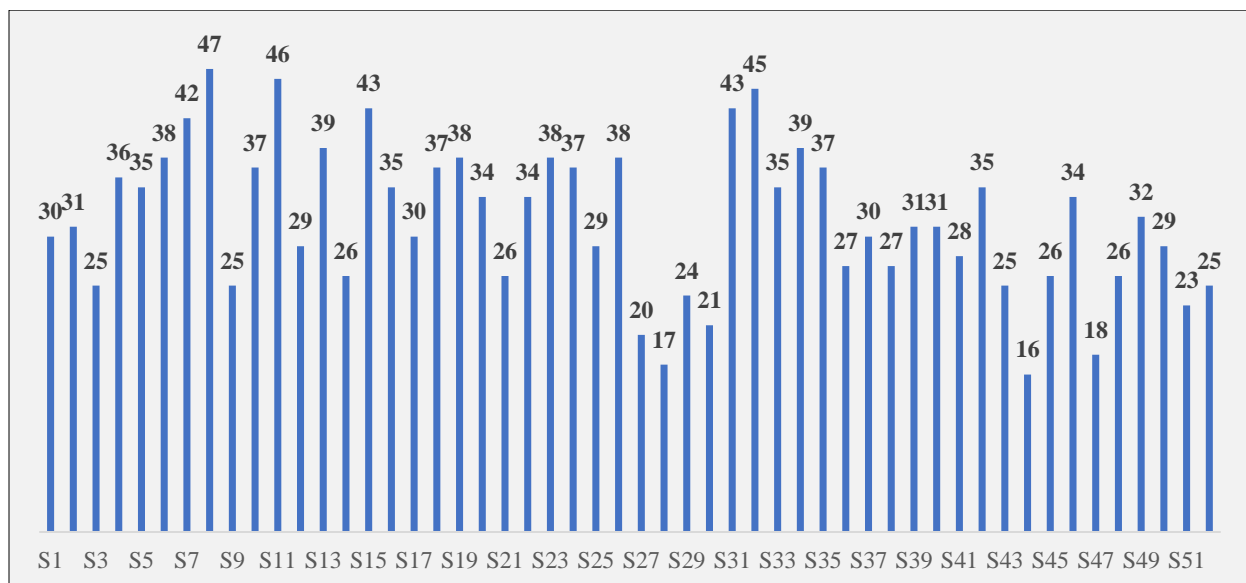


Figure 11: Décès néonataux par semaine épidémiologique

## 2.2.4. Répartition de décès néonataux par rapport à l'âge des mères

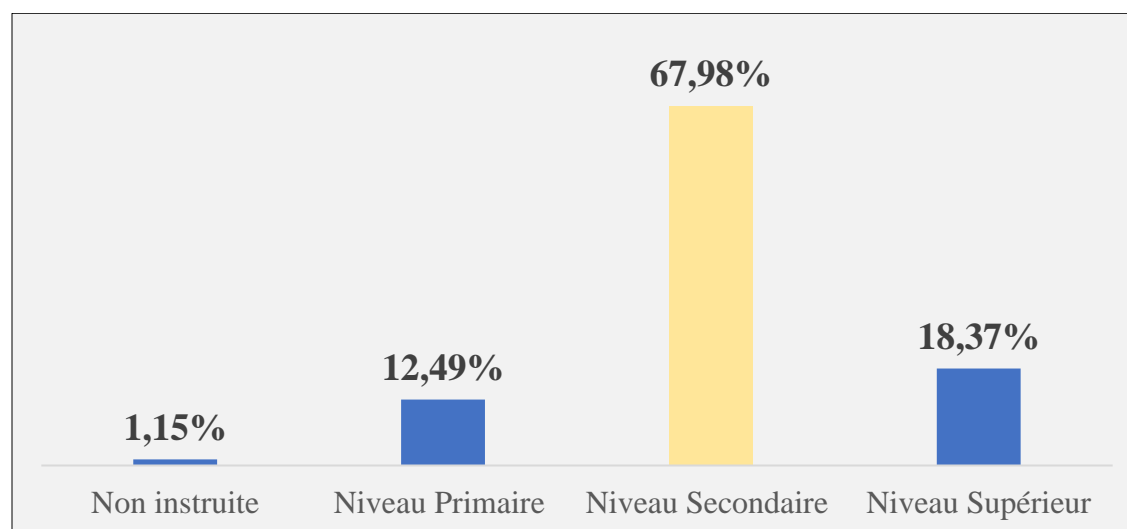
Le décès néonatal a été plus constaté chez les mères adolescentes et jeunes, soit 40,93%, respectivement 18,19% et 22,74%.

*Tableau 19 : Décès néonataux par rapport aux tranches d'âge des mères*

Tranche d'âge de la mère (ans)	Effectifs	Pourcentage (%)
15 - 19	300	18,19
20 - 24	375	22,74
25 - 29	358	21,71
30 - 34	328	19,89
35 - 39	205	12,43
40 - 44	77	4,67
45 et plus	6	0,36
<b>Total</b>	<b>1649</b>	<b>100</b>

## 2.2.5. Niveau d'instruction des mères.

La majorité des mères des nouveau-nés décédés étaient instruites (98,85%). La mortalité néonatale tributaire de la prématurité et de l'asphyxie périnatale, ne semble pas être influencée par le niveau d'instruction de la mère. Des enquêtes plus approfondies devraient étayer cette observation.



*Figure 12: Niveau d'instruction des mères des cas de décès néonataux*

### 2.2.6. Statut matrimonial des mères.

Les enfants décédés appartiennent essentiellement à la catégorie des femmes célibataires (52,06%) et en union libre (47,34%). Ce qui peut supposer qu'elles sont économiquement instables.

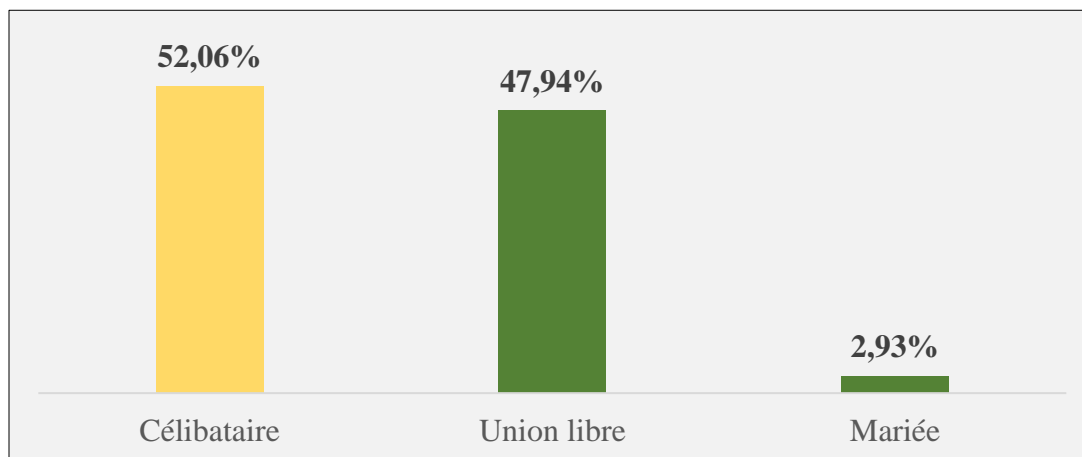


Figure 13: Décès néonataux selon la situation matrimoniale des mères

### 2.2.7. Répartition des cas de décès néonataux par sexe

Sur les 1649 cas de nouveau-nés décédés et analysés, les enfants de sexe masculin représentent 54,4% contre 45,6% pour le sexe féminin.

### 2.2.8. Répartition des cas de décès néonataux selon le mode d'admission

Selon le mode d'admission, 41,42% des nouveau-nés décédés étaient référés.

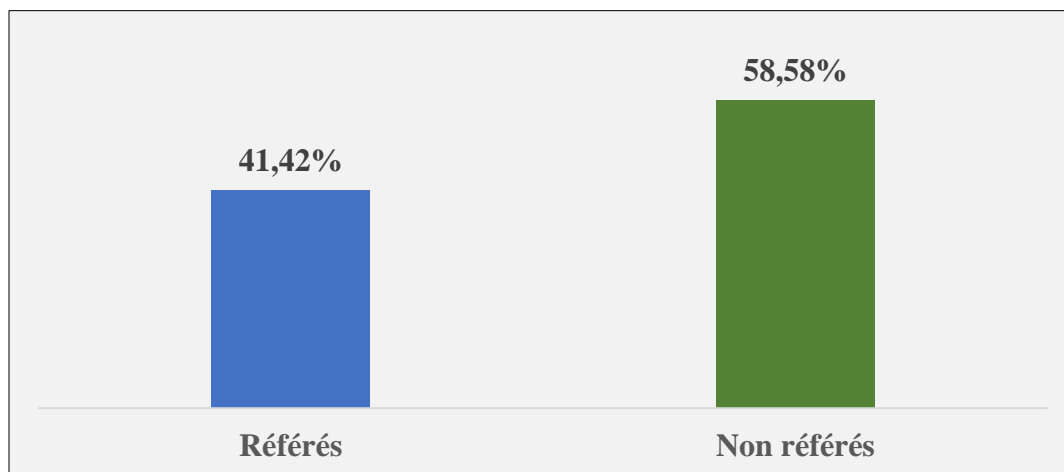


Figure 14: Décès néonataux selon le mode d'admission

Les 41,42% des nouveau-nés référés décédés provenaient essentiellement des hôpitaux de référence (36,75%), des structures sanitaires privées (27,82%) et des CSI (26,79%). Ceci pose un problème de plateau technique aussi bien dans les hôpitaux généraux que de références.

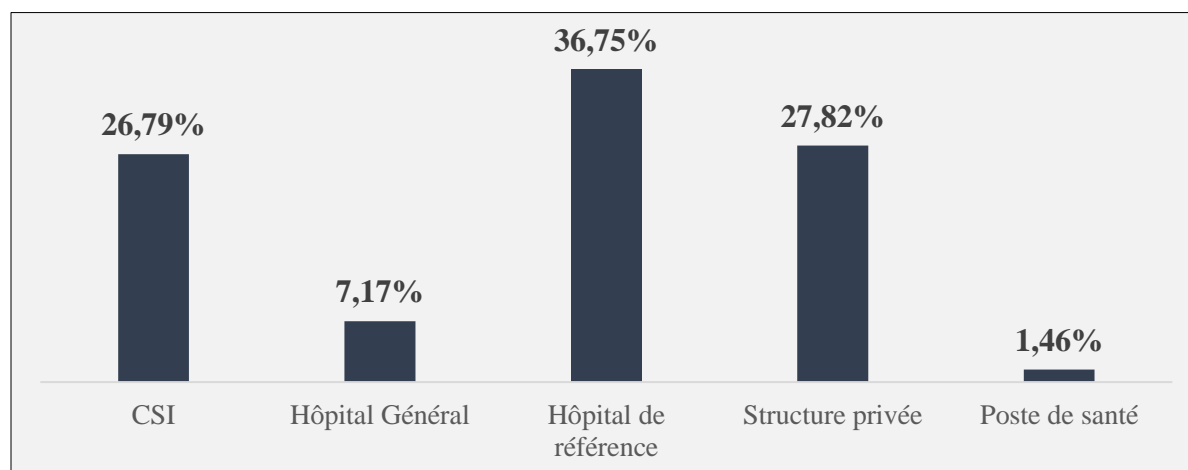


Figure 15: Répartition des nouveau-nés référés/évacués par structures

### 2.2.9. Motifs d'hospitalisation des nouveau-nés décédés

Les principaux motifs d'hospitalisation des nouveau-nés décédés ont été la détresse respiratoire (634), soit 38,45% et la prématurité (560), soit 33,96%.

Tableau 20: Motifs d'hospitalisation des nouveau-nés

Motifs d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentages (%)
Anémie	52	3,15
Convulsion	83	5,03
Détresse respiratoire	634	38,45
Diarrhée/vomissement	17	1,03
Fièvre	131	7,94
Hypodynamie	95	5,76
Hypothermie	31	1,88
Ictère	18	1,09
Malformation	27	1,64
Prématurité	560	33,96
Refus de têter	1	0,06
<b>Total général</b>	<b>1649</b>	<b>100</b>

### 2.2.10. Durée d'hospitalisation des nouveau-nés décédés

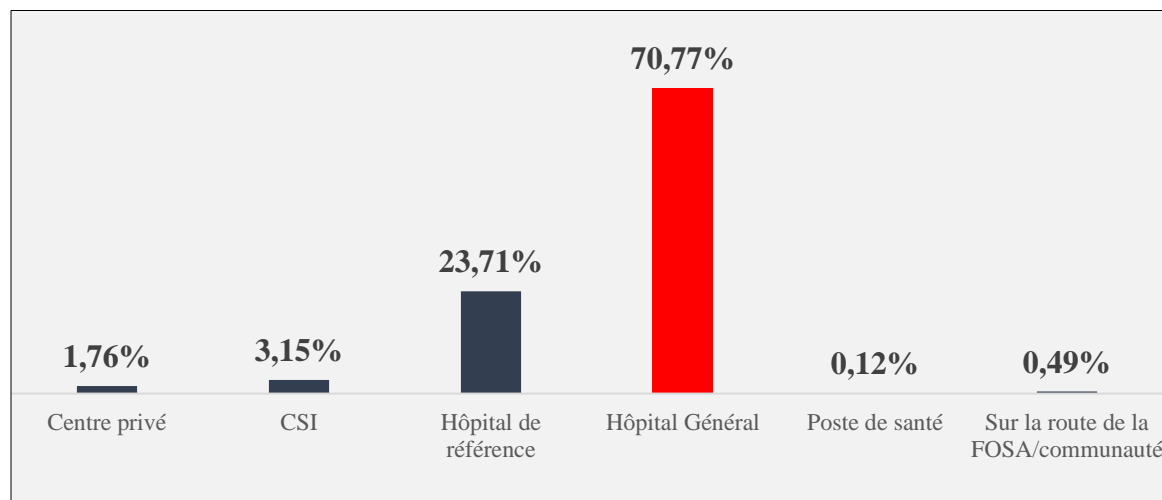
Le tableau 20 ci-dessous montre que sur les 1649 nouveau-nés hospitalisés, 71,14% des décès sont survenus dans les 72 heures. Ce qui pose le problème de la qualité de la prise en charge dans les structures périphériques.

*Tableau 21 : Durée d'hospitalisation des cas de décès néonataux*

Durée d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentage (%)
1 jour	755	45,79
2 à 3 jours	418	25,35
4 à 7 jours	254	15,40
8 à 28 jours	222	13,46
<b>Total</b>	<b>1649</b>	<b>100</b>

### 2.2.11. Structures sanitaires de décès

Les décès néonataux enregistrés sont survenus essentiellement dans les hôpitaux généraux soit 70,77% et à 23,71% dans les hôpitaux de référence. La faible couverture en hôpitaux généraux en est l'explication.



*Figure 16: Décès néonataux selon le lieu de décès*

### 2.2.11. Evolution des taux de mortalité néonatale de 2018 à 2023

On a noté qu'une tendance baissière non significative des taux de mortalité néonatale de 2018 à 2023. En moyenne, le taux s'établit à 27,99 décès néonataux pour 1000 NV, soit une réduction de 4,67 décès néonataux entre 2018 et 2023.

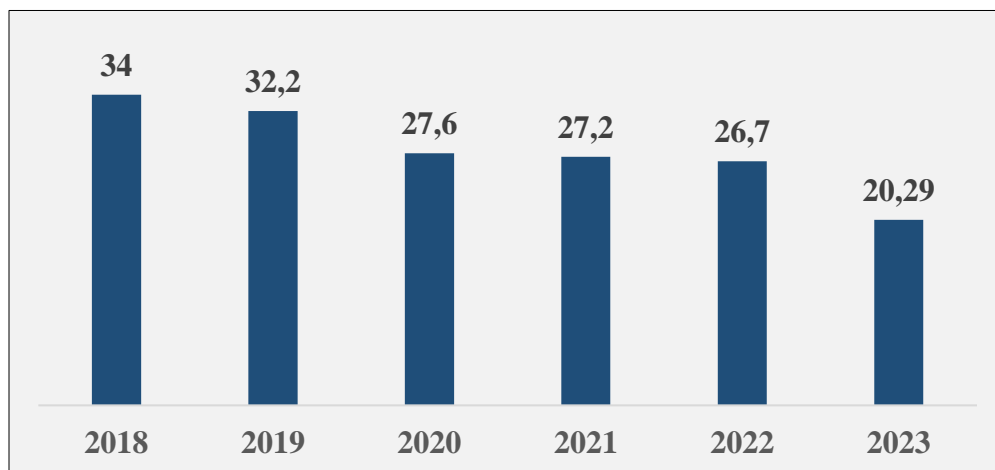


Figure 17: Evolution des taux de mortalité néonatale de 2018 à 2023

### 2.2.12. Causes de décès des nouveau-nés

Les principales causes de décès des nouveau-nés en 2023 sont constituées essentiellement de : (i) d'infections néonatales (550 cas), soit 33,35% ; (ii) de prématurité (535 cas), 32,44% et de l'encéphalopathie anoxo-ischémique (507 cas), soit 30,75

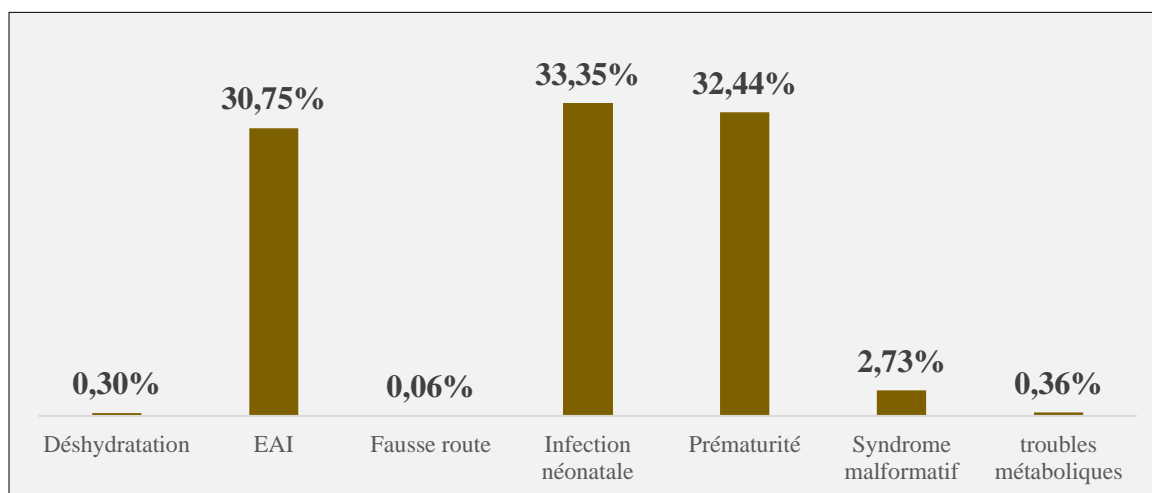


Figure 18: Principales causes de décès néonataux

### 2.2.13. Décès des nouveau-nés audités

Sur 1649 dossiers, seulement 277, soit 16,80% ont été audités.

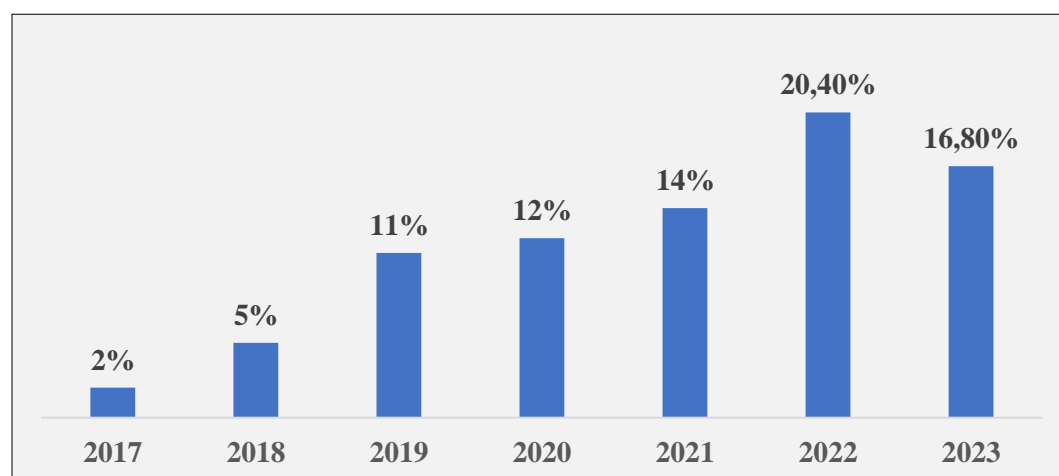
*Tableau 22: Décès des nouveau-nés audités*

Revue des décès néonataux	Effectifs	Pourcentages (%)
Non audités	1372	83,20
Audités	277	16,80
<b>Total général</b>	<b>1649</b>	<b>100</b>

Le tableau 20 ci-dessous présente les structures de santé ayant pratiqué les audits des décès néonataux en 2023.

### 2.2.15. Evolution des audités des nouveau-nés de 2017 à 2023

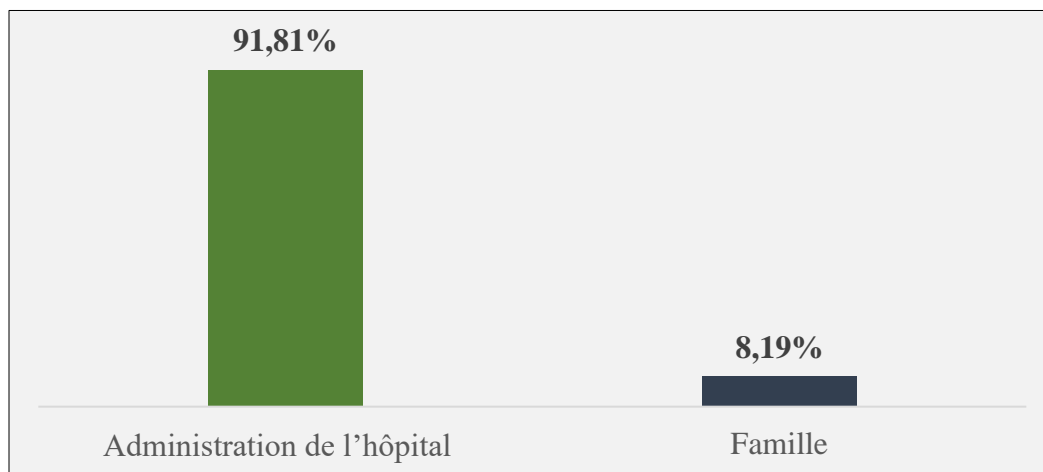
La pratique des audits des décès néonataux est effective depuis 2017 et en augmentation progressive jusqu'en 2022. Des actions méritent d'être mener afin de généraliser cette approche utile pour l'amélioration de la qualité des soins.



*Figure 19: Evolution des audités des nouveau-nés de 2017 à 2023*

#### 2.2.1.4. Responsabilité dans la survenue des décès néonataux

La responsabilité des décès néonataux était imputable à l'administration de l'hôpital (manque de ressources matérielles et humaines, non disponibilité d'intrants et de produits sanguins et à la famille (retard à la consultation) dans 8,19%.



*Figure 20: Responsabilité dans la survenue des décès néonataux*



## 2.3. Mortalité post-néonatale

Le décès post-néonatal se définit comme le décès d'un enfant dont l'âge est compris entre 29 jours et 11 mois révolus. En 2023, les décès post-néonataux ont été notifiés au nombre de 1199 (soit un taux de 10,44 décès pour 1000 NV et une moyenne de 23 décès par semaine).

### 2.3.1. Mortalité post-néonatale par semaine épidémiologique

La mortalité post néonatale est un problème permanent et annuel sans effets saisonnier.

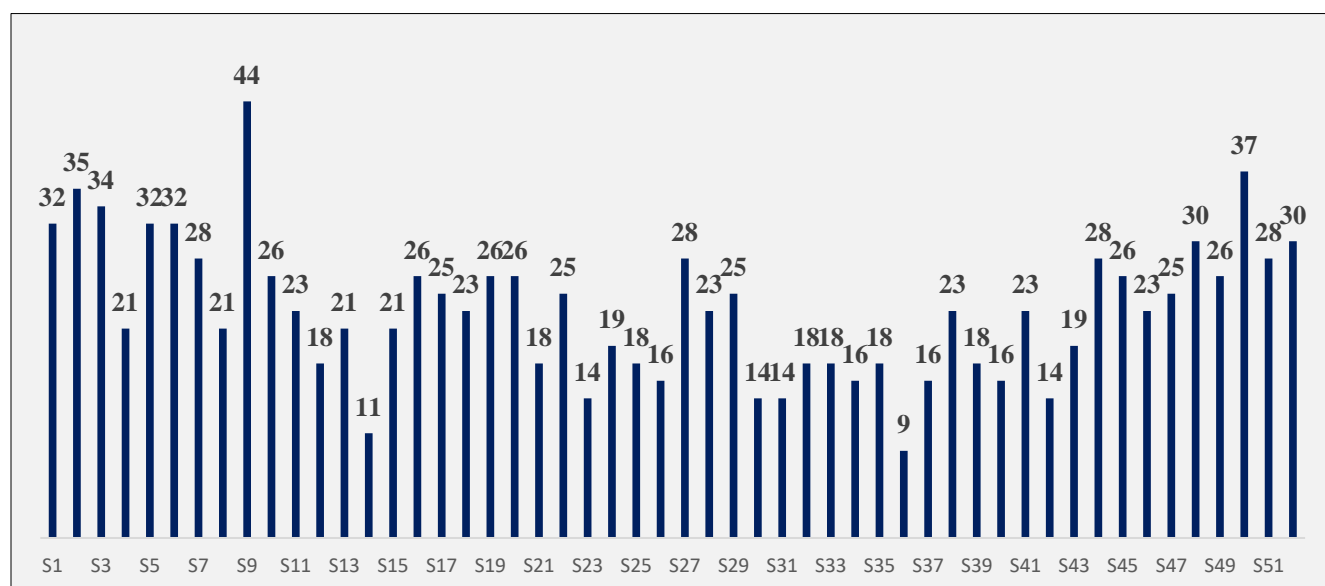


Figure 21: Décès post-néonataux par semaine épidémiologique

### 2.3.2. Répartition de décès post-néonataux par sexe

Sur les 680 cas de décès post néonataux analysés, le rapport de masculinité est de 1,09.

Tableau 23 : Décès post-néonataux par sexe

Sexe	Effectifs	Pourcentage (%)
Masculin	354	52,06
Féminin	326	47,94
<b>Total</b>	<b>680</b>	<b>100</b>

### 2.3.3. Niveau d'instruction des mères.

La majorité des mères des cas de décès post-néonataux, étaient instruites, soit 91,76%.

*Tableau 24 : Décès post-néonataux par niveau d'instruction des mères*

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage (%)
Non instruite	56	8,24
Niveau Primaire	68	10,00
Niveau Secondaire	473	69,56
Niveau supérieur	83	12,21
<b>Total</b>	<b>680</b>	<b>100</b>

### 2.3.4. Situation matrimoniale des mères.

La situation matrimoniale des mères des enfants décédés est dominée par la modalité union libre et célibataires (85,74%), soit respectivement 54,71% et 31,03%.

*Tableau 25 : Décès matrimonial des mères*

Situation matrimoniale	Effectifs	Pourcentage (%)
Célibataire	211	31,03
Mariée	97	14,26
Union libre	372	54,71
<b>Total</b>	<b>680</b>	<b>100</b>

### 2.3.5. Répartition des cas de décès post-néonataux selon le mode d'admission

Sur les 680 décès post-néonataux, recensés dans les FOSA de prise en charge, 73,24% d'enfants venaient directement du domicile contre 26,76% d'enfants référés.

*Tableau 26 : Décès post-néonataux par mode d'admission*

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage (%)
Non référés	498	73,24
Référés	182	26,76
<b>Total</b>	<b>680</b>	<b>100</b>

Parmi les 182 enfants référés, 53,30% provenaient des hôpitaux de référence, 18,13% des CSI et 17,03 % des structures sanitaires privées.

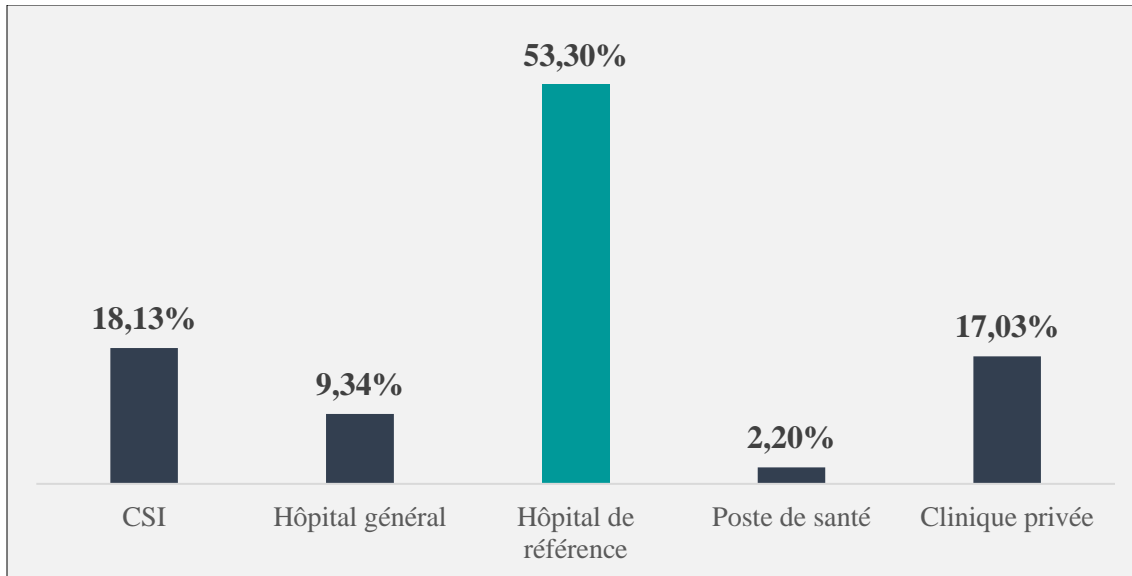


Figure 22: Décès post-néonataux par structures ayant référé

### 2.3.5. Lieu de décès post-néonataux

La plupart des décès post-néonataux ont été recensés dans les hôpitaux généraux (64,41%), comme nous le montre la figure 24 ci-dessous.

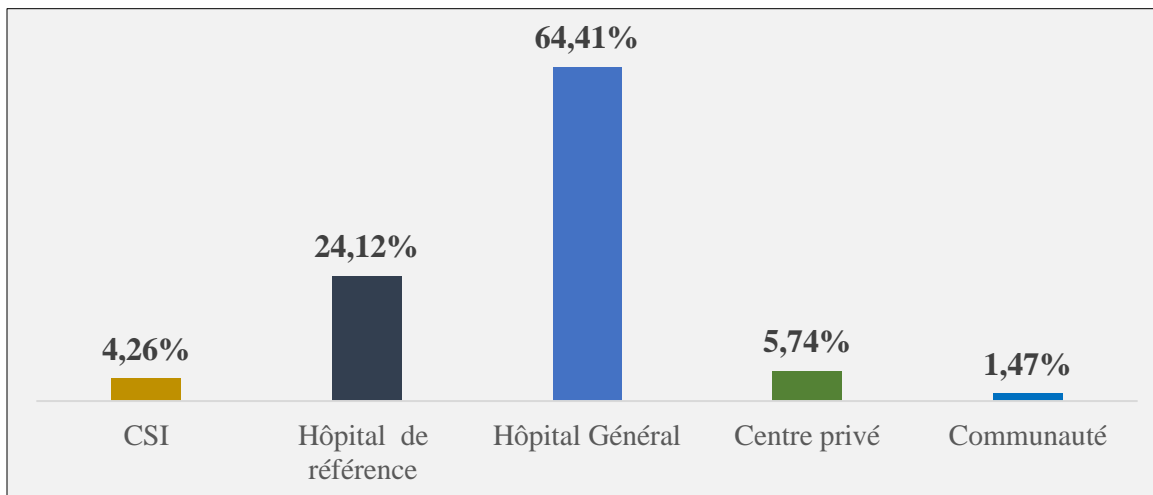


Figure 23: Lieu de décès post-néonataux

## 2.3.6 Hospitalisation des cas décédés post-néonataux

### 2.3.6.1 Causes d'hospitalisation

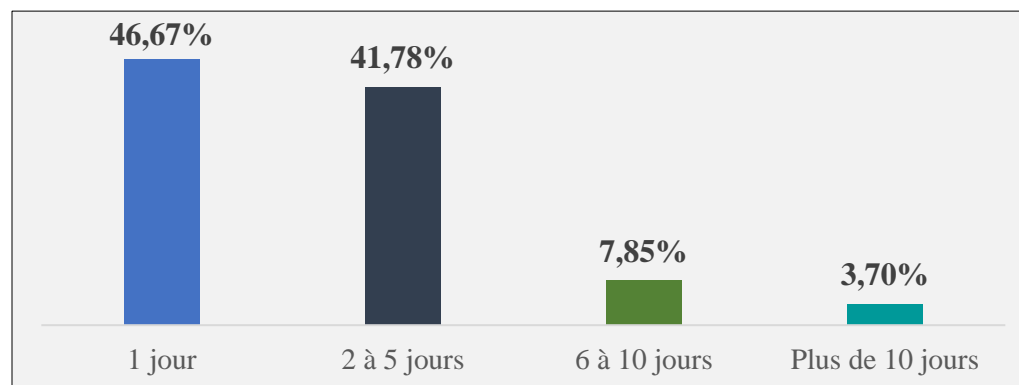
Les principales causes d'hospitalisation des enfants décédés entre 29 jours et 12 mois sont : la détresse respiratoire dans 204 cas, soit 30% ; la fièvre dans 201, soit 29,56%, l'anémie dans 129 cas, soit 18,97% et les convulsions dans 87 cas, soit 12,79%.

*Tableau 27: Causes d'hospitalisation des décès post-néonataux*

Causes d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentages (%)
Accident de la voie publique	1	0,15
Malnutrition	7	1,03
Anémie	129	18,97
Ballonnement abdominal	3	0,44
Convulsions	87	12,79
Détresse respiration	204	30,00
Diarrhée/vomissement	64	9,41
Fièvre	201	29,56
Hydrocéphalie	1	0,15
Tétanos	3	0,44
<b>Total général</b>	<b>680</b>	<b>100</b>

### 2.3.6.2 Durée d'hospitalisation

Les enfants décédés à j1 représentent 46,67% de l'ensemble des enfants décédés. Cette situation est révélatrice de la gravité des cas et surtout de la mauvaise prise en charge communautaire, mais également de l'insuffisance de la mise en œuvre de la PCIME dans les formations sanitaires périphériques.



*Figure 24: Durée d'hospitalisation des cas décédés*

### 2.3.7. Causes de décès post-néonataux

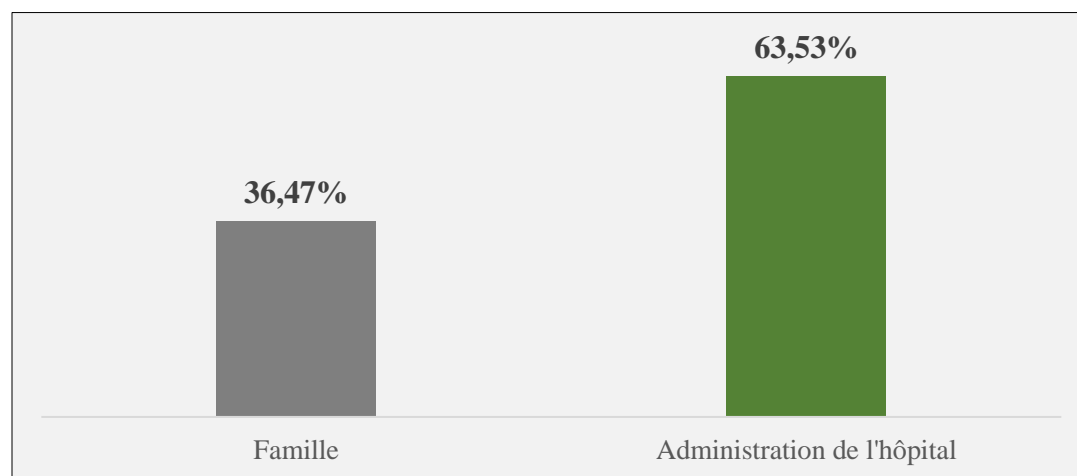
Les principales causes des décès post-néonataux ont été : le paludisme (223 cas), soit 32,79%, les sepsis (174), soit 25,59%, les infections respiratoires (149), soit 21,91% et les infections digestives (88), soit 12,94%.

*Tableau 28: Causes des décès post-néonataux*

Cause de décès	Effectif	Pourcentage (%)
Infections digestives	88	12,94
Infections respiratoires	149	21,91
Malformations congénitales	14	2,06
Malnutrition	27	3,97
Néphroblastome	1	0,15
Paludisme	223	32,79
Sepsis	174	25,59
Tétanos	2	0,29
Traumatisme	1	0,15
VIH	1	0,15
<b>Total général</b>	<b>680</b>	<b>100</b>

### 2.3.8. Responsabilité dans la survenue des décès post-néonataux

La responsabilité dans la survenue des décès post-néonataux relève de l'administration de l'hôpital (63,53%). Les membres de la famille sont responsables dans 36,47% des cas.



*Figure 25: Responsabilité des cas des décès post-néonataux*

### 2.3.9. Audits des décès post-néonataux

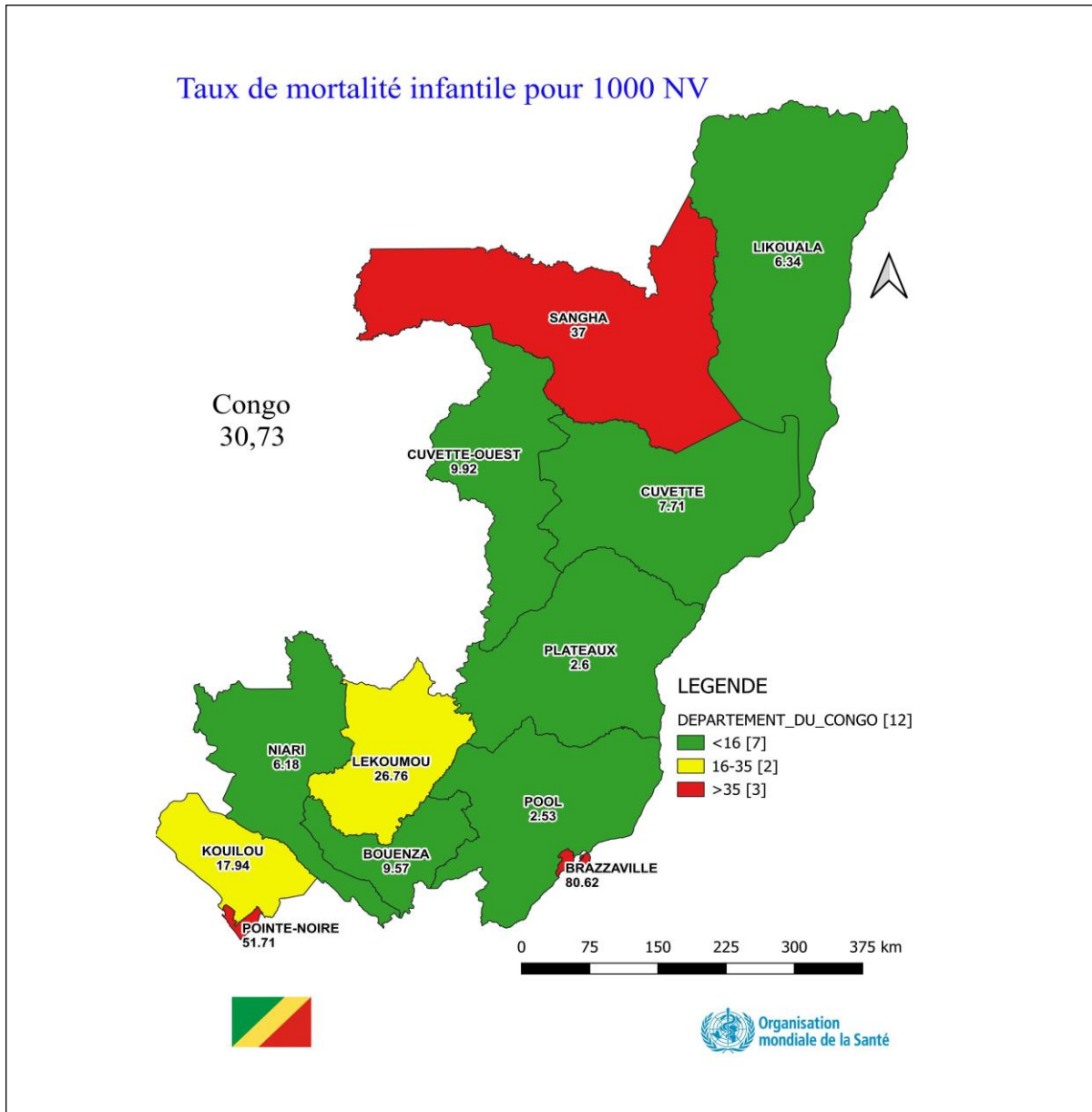
En 2023, les décès post-néonataux étaient audités à 13,97,7%. La pratique des audits des décès infantiles est encore faible.

*Tableau 29 : Audits Décès post-néonataux audités*

<b>Revue des décès post-néonataux</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
Non audités	585	86,03
Audités	95	13,97
<b>Total général</b>	<b>680</b>	<b>100</b>

## 2.4. Mortalité infantile

En 2023, les enfants décédés âgés de 0 à 11 mois représentent un total de 3528 cas, soit un taux de mortalité infantile de 30,73 décès pour 1000 NV.



Carte 5: Taux de mortalité infantile

Les départements les plus concernés par la mortalité infantile sont : Brazzaville (80,62 pour 1000 NV), suivi de Pointe-Noire (51,11 décès pour 1000 NV), la Sangha (37 décès pour 1000 NV), la Lékoumou (26,76 décès pour 1000 NV) et le Kouilou (17,94 décès pour 1000 NV) comme l'illustre la carte ci-haut.

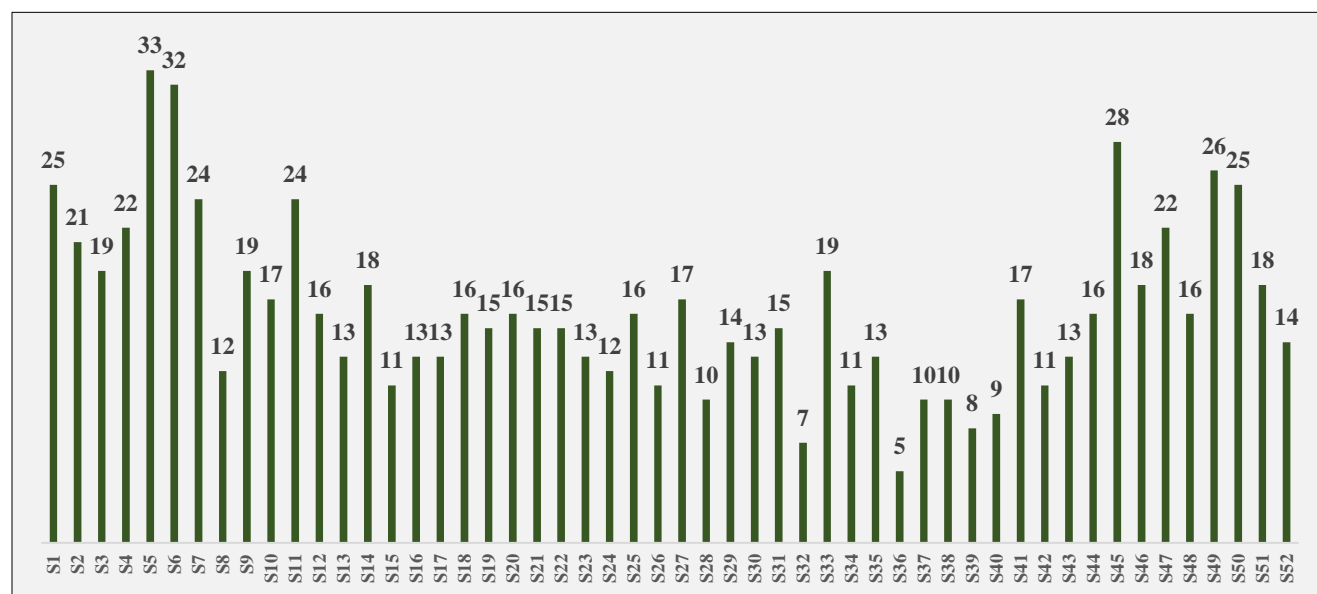
## 2.5. Mortalité juvénile

Le nombre de décès des enfants de 1 à 4 ans révolu notifiés en 2023 était de 1746, soit un taux de mortalité à 15,21 pour 1000 NV. Ce qui correspond à 34 décès par semaine épidémiologique (voir graphique 27).

*Tableau 30: Taux de mortalité post infantile*

Départements	Décès post infantile	Taux de mortalité post infantile (1000NV)
Brazzaville	697	30,41
Pointe -Noire	743	34,81
Kouilou	4	6,53
Niari	43	4,19
Lékoumou	12	10,70
Bouenza	59	4,44
Pool	30	2,08
Plateaux	14	2,42
Cuvette	44	6,78
Cuvette Ouest	1	0,33
Sangha	16	4,26
Likouala	83	7,02
<b>Total</b>	<b>1746</b>	<b>15,21</b>

### 2.5.1. Répartition hebdomadaire des décès



*Figure 26: Décès post-infantiles par rapport au calendrier semaine épidémiologique*



### 2.5.2. Répartition de décès juvéniles par sexe et âge

La répartition des décès juvéniles par rapport à l'âge en années révolues montre des tendances décroissantes au fur et à mesure que les enfants grandissent.

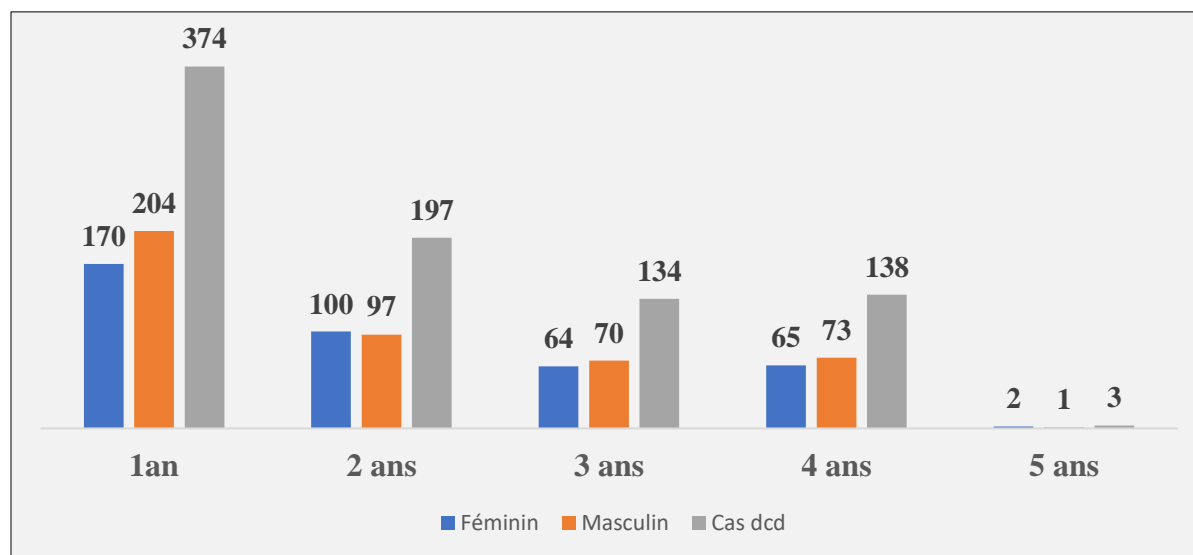


Figure 27: Décès juvéniles selon l'âge et le sexe

### 2.5.3. Caractéristiques sociodémographiques des mères des cas de décès juvéniles

Selon la situation matrimoniale, les mères étaient célibataires dans 46,34%, mariées dans 15,84% et en union libre dans 37,83%.

Tableau 31 : Caractéristiques sociodémographiques des mères des cas de décès juvéniles

Caractéristiques sociodémographiques	Effectif	Pourcentages (%)
<b>Situation matrimoniale</b>		
Célibataire	392	46,34
Union libre	320	37,83
Mariée	134	15,84
<b>Niveau d'instruction</b>		
Non instruite	6	0,71
Niveau Primaire	110	13,00
Niveau Secondaire	661	78,13
Niveau supérieur	69	8,16
<b>Total</b>	<b>846</b>	<b>100</b>

La situation matrimoniale des mères des enfants décédés a été essentiellement marquée par les modalités célibataires et union libre. La majorité de ces mères a été instruite

*Tableau 32 : Age des mères des enfants décédés*

Age de la mère	Effectifs	Pourcentage (%)
15 à 19 ans	60	7,09
20 à 24 ans	123	14,54
25 à 29 ans	311	36,76
30 à 34 ans	161	19,03
35 à 39 ans	137	16,19
40 à 44 ans	42	4,96
45 ans et plus	12	1,42
<b>Total</b>	<b>846</b>	<b>100</b>

La proportion des mères adolescentes et jeunes ayant perdus des enfants de 1 à 5 ans est de 21,63%, respectivement 7,09% et 14,54%. Des analyses plus approfondies devraient établir la corrélation entre l'âge de la mère et le risque de décès juvéniles.

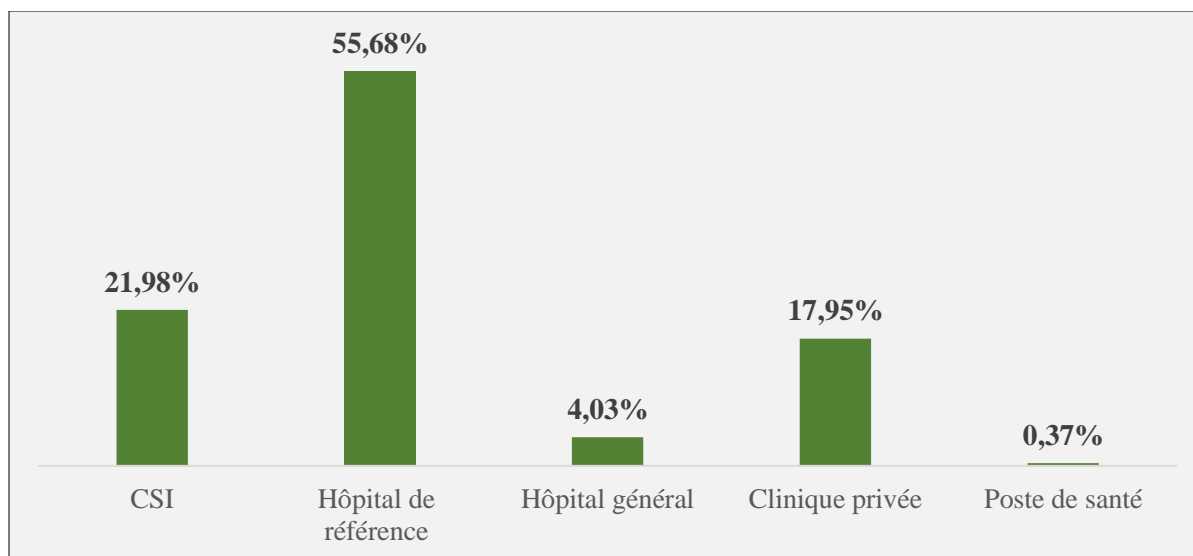
#### **2.5.4. Répartition des cas de décès juvéniles selon le mode d'admission**

Les auto-référés/non référés ont représenté, 67,73% de l'ensemble des enfants décédés. Ces données sont révélatrices d'un retard dans la demande des soins par les parents. Il est donc nécessaire de promouvoir des stratégies de communication afin d'aider à identifier les signes de danger chez les parents. Une étude plus approfondie sur le parcours de l'enfant décédé s'avère nécessaire pour mieux appréhender les déterminants du retard dans le recours aux soins.

*Tableau 33 : Mode d'admission des cas de décès juvéniles*

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentages (%)
Non référés	573	67,73
Référés	273	32,27
<b>Total</b>	<b>846</b>	<b>100</b>

L'analyse de la figure ci-dessous laisse apparaître que la majorité des cas décédés référés provenaient essentiellement des hôpitaux de référence (55,68%), des CSI (21,98%) et des structures privées (17,95%).



*Figure 28: Décès juvéniles par structures ayant référé*

### 2.5.5. Lieu des décès

L'analyse sur la survenance des décès juvéniles fait apparaître en tête les hôpitaux généraux et de référence respectivement 58,16% et 35,11%. Ces hôpitaux de niveau intermédiaire et tertiaire sont le plus souvent les FOSA de premier recours pour les populations et/ou de référence pour les CSI.

*Tableau 34 : Décès juvéniles par lieu du décès*

Lieu du décès	Effectifs	Pourcentage (%)
CSI	29	3,43
Centre privé	10	1,18
Communauté	16	1,89
Hôpital Général	492	58,16
Hôpital de référence	297	35,11
Sur la route de l'établissement de soins	2	0,24
<b>Total</b>	<b>846</b>	<b>100</b>

### 2.5.6. Motifs d'hospitalisation

Les principaux motifs d'hospitalisation sont : la fièvre (27,54%), l'anémie (26%) et la détresse respiratoire (20,33%).

*Tableau 35 : Décès juvéniles par causes d'hospitalisation*

Motifs d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentages (%)
Anémie	220	26,00
Brûlure	3	0,35
Convulsions	134	15,84
Détresse respiratoire	172	20,33
Diarrhée et vomissements	45	5,32
Fièvre	233	27,54
Hémorragie	4	0,47
Hypodynamie	18	2,13
Malnutrition	7	0,83
Oedèmes	8	0,95
Tétanos	2	0,24
<b>Total général</b>	<b>846</b>	<b>100</b>

### 2.5.7. Durée d'hospitalisation

La majorité des enfants décède dans les 72h de leur admission (83,33%). Ces résultats nous révèlent la nécessité de travailler dans la communauté, dans les formations sanitaires périphériques et de renforcer les capacités de prise en charge d'urgence dans les hôpitaux de référence et généraux.

*Tableau 36 : Décès juvéniles par durée d'hospitalisation*

Durée d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentages (%)
1 jour	425	50,24
2 à 3 jours	280	33,10
4 à 6 jours	94	11,11
7 jours et plus	47	5,56
<b>Total</b>	<b>846</b>	<b>100</b>

### 2.5.8. Causes de décès juvéniles

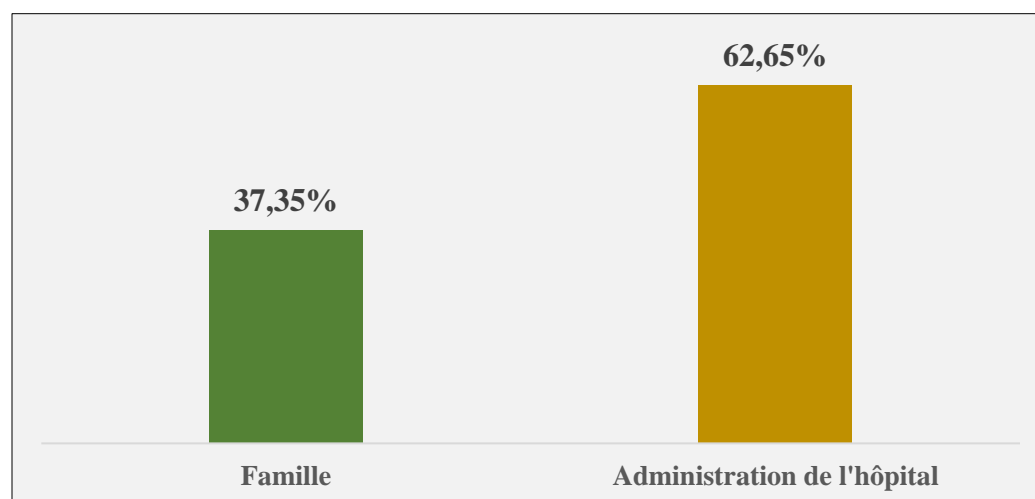
Les principales causes des décès juvéniles ont été : le paludisme (30,38%), le sepsis sévère (20,57%), l'anémie (16,67%) et les infections respiratoires (15,13%).

**Tableau 37 : Décès juvéniles par causes de décès**

Causes de décès	Effectifs	Pourcentages (%)
Anémie	141	16,67
Infections digestives	77	9,10
Infections respiratoires	128	15,13
Malformations congénitales	4	0,47
Malnutrition	41	4,85
Méningite	20	2,36
Paludisme	257	30,38
Sepsis sévère	174	20,57
Tétanos	1	0,12
Traumatisme	2	0,24
VIH	1	0,12
<b>Total général</b>	<b>846</b>	<b>100</b>

### 2.5.9. Responsabilité dans la survenue des décès juvéniles

La responsabilité dans la survenue des décès juvéniles relève de l'administration de l'hôpital dans la plupart des cas, soit 62,65%. En effet, les capacités techniques pour la prise en charge des urgences semblent être limitées dans les formations sanitaires.



**Figure 29: Responsabilité dans la survenue des cas de décès juvéniles**

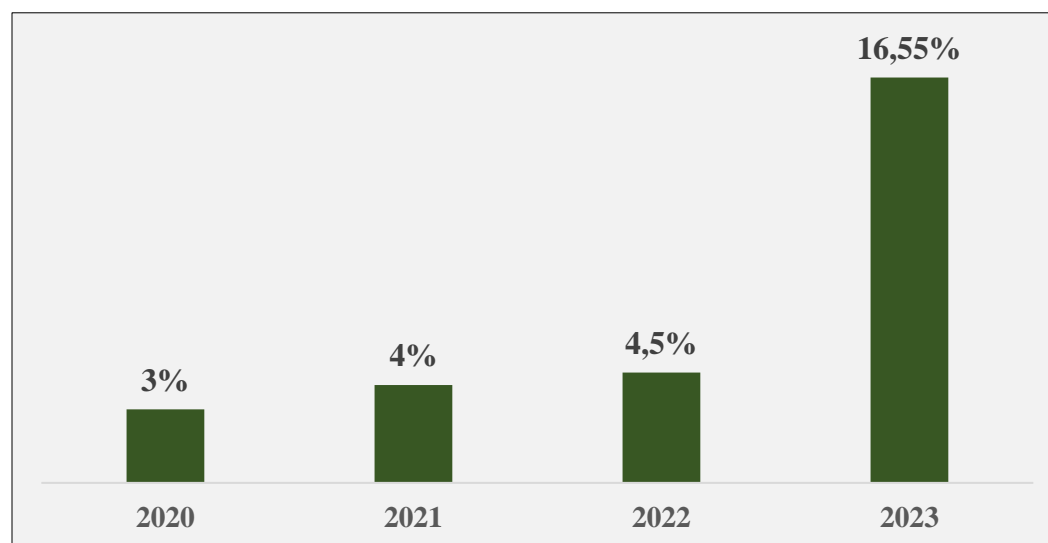
### 2.5.10. Audits des décès juvéniles

Les audits des décès juvéniles ont été effectués à 16,55%. Ce pourcentage faible montre un relâchement dans les audits des cas de décès au niveau des formations sanitaires en 2023.

*Tableau 38 : Revue des décès juvéniles*

<b>Revue des décès juvéniles</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Non audités	706	83,45
Audités	140	16,55
<b>Total</b>	<b>846</b>	<b>100</b>

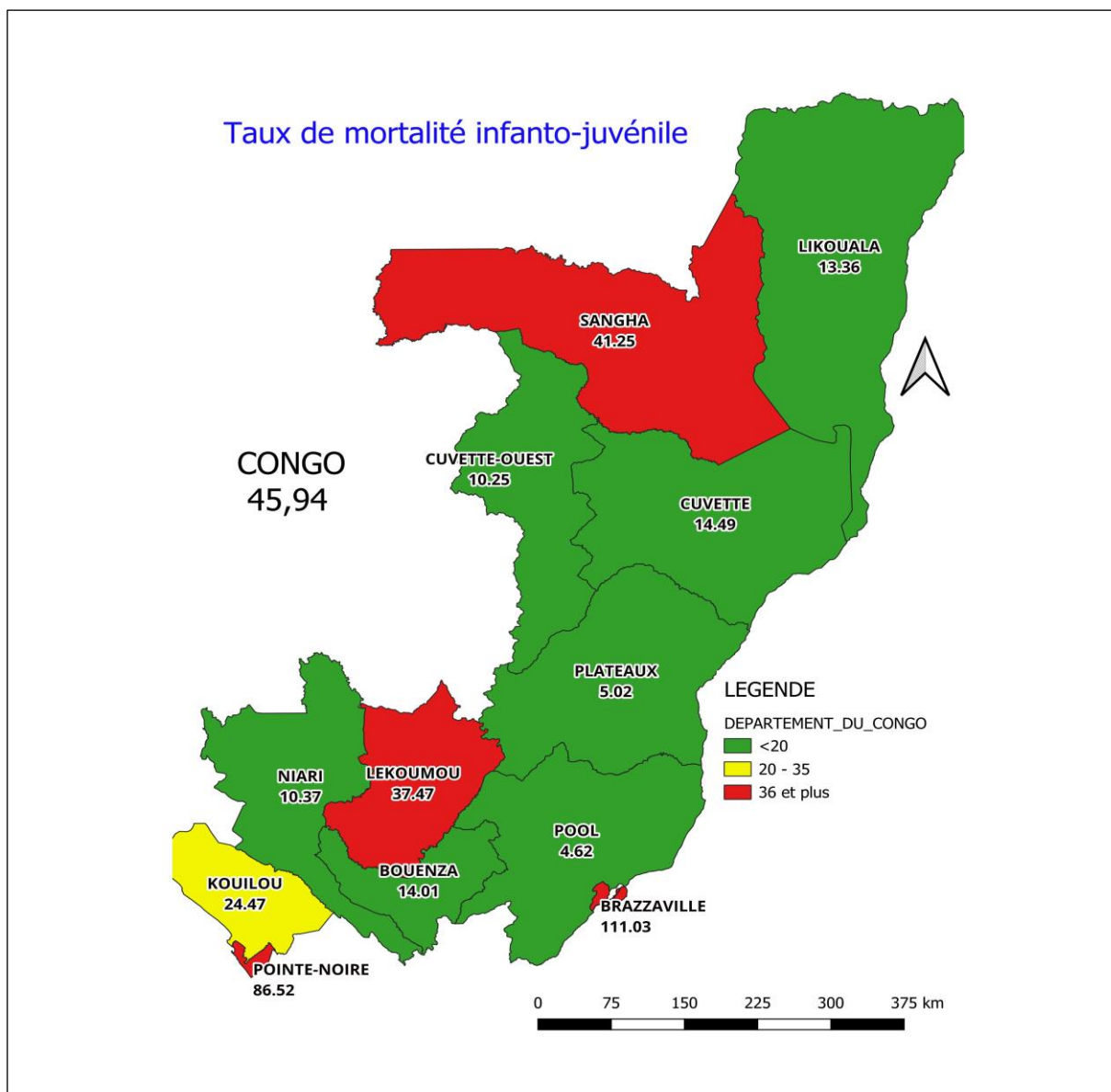
La pratique des audits des décès juvéniles est en augmentation de 2020 à 2023. Des efforts doivent être réalisés pour la systématisation de cette pratique.



*Figure 30: Evolution de la pratique des audits de 2020 à 2023*

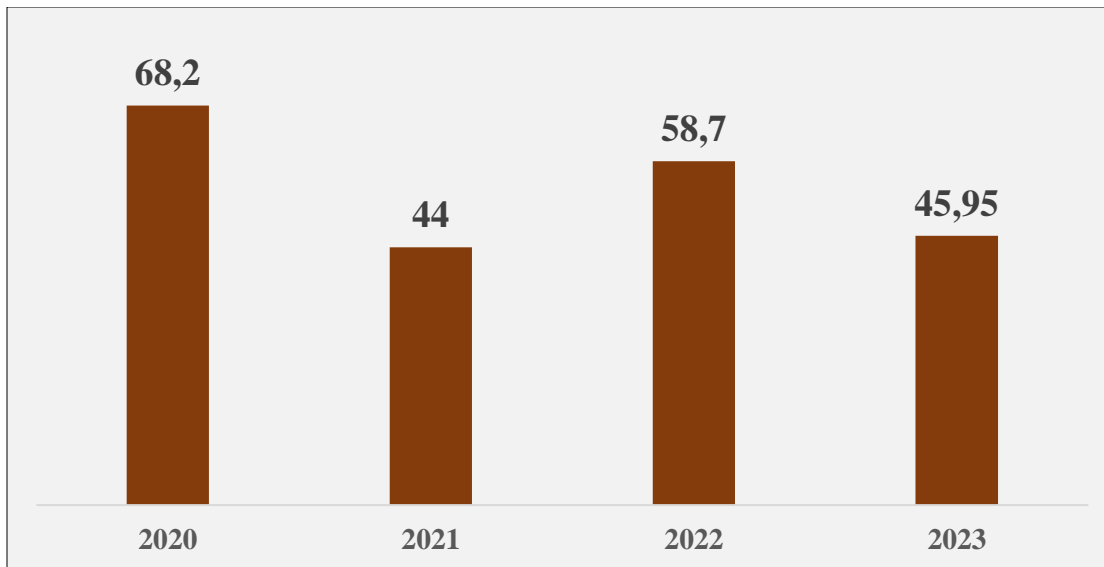
## 2.6. Mortalité infanto-juvénile

En 2023, les décès infanto-juvéniles ont été notifiés au nombre de 5274, ce qui correspond à 101 décès en moyenne par semaine épidémiologique. Le taux de décès infanto-juvénile a été estimé à 45,94 décès pour 1.000 NV.



*Carte 6: Taux de mortalité infanto-juvénile*

La mortalité infanto-juvénile est plus marquée dans le département de Brazzaville avec un taux de mortalité de 111,03 décès pour 1000 NV, suivis de Pointe-Noire avec 86,52 décès pour 1000 NV. La Sangha et la Lékoumou avec respectivement 41,25 et 37,45 décès pour 1000 NV.



*Figure 31: Evolution de la mortalité infanto-juvénile entre 2020 et 2023*

La figure 31 ci-dessus montre une tendance baissière de la mortalité infanto-juvénile entre 2020 et 2023. Cette baisse est malheureusement très lente pour atteindre les cibles des ODD.



---

## CONCLUSION

---

La production du rapport de surveillance des décès maternels, néonataux et infantiles 2023 de la République du Congo avait pour but de doter le Ministère de la Santé et de la Population et des partenaires techniques et financiers des données factuelles pour une prise de décisions stratégiques et opérationnelles.

Les résultats de l'analyse des décès maternels, néonataux et infanto-juvéniles montrent une tendance baissière comparée aux trois dernières années. Si pour la mortalité maternelle, les soins obstétricaux d'urgence sont mis en cause pour les nouveau-nés, la prématurité et l'infection néonatale grèvent le taux de mortalité néonatale. La mortalité infanto-juvénile reste dominée par la triade paludisme, infection respiratoire et infection digestive. Aussi, la plupart des décès des enfants surviennent dans les 72h suivant leur admission.

Il est possible d'améliorer la situation de la santé maternelle et infanto-juvénile en travaillant sur des interventions communautaires pour la gestion des signes de danger chez les enfants, le renforcement de la PCIME dans les formations sanitaires périphériques et en travaillant sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence à travers l'accès aux médicaments d'urgence, les produits sanguins et le renforcement des plateaux techniques.

---

## DEFIS MAJEURS A RELEVER

---

- Faible mise en œuvre des orientations du Ministère de la Santé et de la Population (obligation de notifier les cas et conduire les revues de DMNI).
- Absence d'une ligne budgétaire dédiée à l'observatoire : financement essentiellement basé sur l'aide des partenaires.
- Insuffisance dans la promptitude et complétude des données en ce qui concerne les décès infantiles.
- Absence d'intégration des données du secteur privé.
- Faible capacité des prestataires dans la réalisation des audits des décès, surtout infanto juvéniles.
- Faible fonctionnement des comités de revue des décès MNI.
- Insuffisance dans la qualité de la prise en charge des cas :
  - ✓ rupture fréquente en produits sanguins ;
  - ✓ absence de médicaments d'urgence dans les maternités et dans les services de pédiatrie ;
  - ✓ absence d'unité spécialisée dans l'élevage des prématurés ;
  - ✓ non-respect des protocoles de prise en charge des hémorragies du post-partum, MFIU et de l'éclampsie ;
  - ✓ inégale répartition des ressources humaines au profit des zones urbaines ;
  - ✓ non application des recommandations issues des revues des DMNI.
- Retard dans la référence de cas.
- Persistance du paludisme comme première cause de décès des enfants.
- Investiguer sur les décès des enfants à domicile.

---

## SUGGESTIONS

---

Pour contribuer à améliorer la qualité des soins obstétricaux, néonataux et infantiles, quelques suggestions ont été formulées à l'endroit de toutes les parties prenantes.

A l'endroit des Gynécologues-Obstétriciens, Pédiatres, Réanimateurs, Sage-Femme/Maïeuticiens et Infirmiers :

- développer la culture de l'accueil et de l'application des protocoles en rapport avec la santé maternelle et infantile ;
- promouvoir la revue des cas de tous les décès dans leurs services respectifs.

A l'endroit des responsables des services de maternité et de pédiatrie :

- sensibiliser le personnel sur les avantages des audits de décès maternel, néonatal et infantile ;
- former les agents de santé sur la prise en charge de complications obstétricales graves, comme les hémorragies du post-partum et l'éclampsie ;
- former les prestataires de santé sur les soins kangourous.

A l'endroit des médecin-chefs des districts sanitaires (MCD) :

- former plus d'agents de santé sur les audits des DMNI ;
- inscrire la réalisation des audits dans les activités de routine des hôpitaux ;
- mettre en place les comités d'audit des décès maternel, néonatal et infantile ;
- organiser la référence obstétricale et infantile à Brazzaville et à Pointe-Noire.

A l'endroit du cabinet et des directions générales

- rendre obligatoire la notification de tous les cas de décès maternels néonataux et infantiles ;
- rendre obligatoire la tenue des audits des décès maternels néonataux et infantile, y compris l'autopsie verbale pour chaque cas de décès communautaire ;

- mettre en place un mécanisme garantissant la disponibilité des produits sanguins par le CNTS ;
- rendre disponibles des kits d'urgence dans les maternités et services de pédiatrie des différentes formations sanitaires.

---

## COORDINATION

---

Le rapport de la surveillance des décès maternels, néonataux, infantiles et infanto-juvéniles de 2023 a été élaboré sous la coordination générale du Professeur Léon Hervé **ILOKI**, coordonnateur de l'observatoire national des DMNI au Congo.

### **Equipe de supervision.**

- Dr Paul Oyere Moke , DGPOP
- Pr Clotaire Itoua , CHU ;
- Pr Gaston Ekouya
- M. Juguel Ganongo
- Dr. Josiane Sabaye
- Dr. Lande Togho
- Dr. Michèle Mountou
- M. Ghyslain Pandi
- Sr. Lucie Bettle Nkouakoua

### **Equipe d'analyse et Rédaction.**

- Théophile Séraphin Bassissila, INS.
- Laurel Vel d'Avignon Nkounkou, DELM.
- Dr. Michel Mbemba Moutounou, OMS-Congo.

### **Equipe d'appui technique.**

- Dr. Oyeré-Moké, Directeur Général de la Population ;
- Dr. Michel Mbemba Moutounou, OMS-Congo ;

**Equipe de supervision de la collecte des données :** Buambo Gauthier (Brazzaville) , Ndabena Clotaire Cuvette-ouest); Dr Togho Abessou Lande (Sangha) Théophile Séraphin Bassissila (Kouilou ) ; Dr Guy Michel Mbemba (Brazzaville,; Dr Roch Doukaga (Pointe Noire ) ; Alida Manga Dzambeya (Brazzaville) ; Denise Ebondzo ( Niari ) ; Claver Ondongo Gatse (Brazzaville) ;

Pulcherie Longo ( Pointe Noire ) ; ;Josh Mberi (Lihouala) ; Mbola Générie (Pool) ; Brel Mieta (Pool) ;

Mme Bassoumba Eude (Cuvette) ; Sœur Lucie Nkouakoua (Bouenza), Mr Koundika Blaise (Lékoumou) .

**Equipe d’apurement et de traitement des données :** Théophile Séraphin Bassissila ; Dr Guy Michel Mbemba et Laurel Vel Nkounkou.

---

## REFERENCES

---

1. ONDMNI 2021 :Rapport de surveillance des décès maternels, néonataux et infantiles.
2. ONDMNI 2022 :Rapport de surveillance des décès maternels, néonataux et infantiles
3. OMS. Vers la maternité sans risque. Bureau régional pour l’Afrique 2001.
4. OMS Tendances de la mortalité maternelle sur la période 2000-2020 : estimations établies par l’OMS, l’UNICEF, l’UNFPA et de la Banque mondiale 2023.
5. Déclaration commune OMS/ FNUAP/ UNICEF/ Banque Mondiale. Réduire la mortalité maternelle. Genève 1999.
6. OMS. Réduction des décès maternels : Le défi du millénaire pour la région africaine. Bureau régional pour l’Afrique 2003.
7. Ministère du plan. Enquête démographique de santé. République du Congo 2005.
8. ILOKI LH, G’BALA MV, KPEKPEDE F, EKOUNDZOLA JR. Mortalité maternelle à Brazzaville. J Gynécol obstet Biol reprod 1997 ; 26 : 163- 8.
9. Ministère de la santé et de la Population : feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle 2008
10. RODRIGUEZ J, QUINTERO C, BERGOUZOLI G, SAHAZAR A. La notion de mortalité évitable et son application à la mortalité maternelle, Cali (Colombie). OMS, Réunion interrégional sur la prévention de la mortalité maternelle. Genève, 1985.
11. KASONGO Project Team. Antenatal screening for foetopelvic dystocias; a cost effectiveness approach to the choice of simple indicateurs for cases by auxillary personnel. Journal of Tropical Medecine and Hygiene, 1984; 87 (4): 173- 83.
12. DIALLO FB, DIALLO A B, DIALLO Y, GOMA O, CAMARA Y, CISSE M, DIALLO MS. Mortalité maternelle et facteurs de risque liés au mode de vie. Méd Afr Noire, 1998 ; 45 (12) : 723- 8.
13. OMS. Classification statistique international des maladies, et des problèmes de santé connexe. 10e révision. Genève, 1997.

14. BOHOUSSOU MK, DJANHAN Y, KONE N, WELFFENS-EKRA C, TOURE CK. La mortalité maternelle à Abidjan en 1988. *Méd Afr Noire* 1992 ; 39 (7) : 480-4.
15. ALIHONOU E. Mortalité maternelle en Afrique Sub- Saharienne. *Journal de la SAGO*, 2000 ; 1 : 26- 35.
16. LANKOANDE J, OUEDRAOGO CH, TOURE B, OUEDRAOGO A, DAO B, KONE B. La mortalité maternelle à la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou (Burkina Faso). *Méd Afr Noire* 1998 ; 45 (3) : 187-90
17. OUEDRAOGO C, OUEDRAOGO A, OUATTARA T, AKOTIONGA M, THIEBA B, LANKOANDE J, KONE B. la mortalité maternelle au Burkina Faso : évolution et stratégie de lutte. *Méd Afr Noire* 2001 ; 48 (11) : 453
18. PRUAL A. La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement : théorie et pratique. *Med trop* 2004 ; 64 : 569-75.
19. PHIBERT M., BOIBRAS F., BOUVIER C., Épidémiologie de la mortalité maternelle en France de 1996 à 2002/ Fréquence, facteurs et causes, s.l, s.d
20. Réduire la mortalité maternelle, Déclaration Commune OMS/ FNUAP/ UNICEF/ Banque Mondiale/ Genève 1999
21. BOUVIER- COLLE MH. Mortalité maternelle dans les pays en développement : Données statistiques et amélioration des soins obstétricaux. *Med trop* 2003 ; 63 : 358- 65.
22. MAINE D, MURAT Z AKALIN, WARD VM, KAMARA A. La conception et l'évaluation des programmes de prévention de la mortalité maternelle. Centre de santé des populations et de la famille, école de santé publique, université Columbia, juin 1997 ; 16-9.
23. *Rapport 2016 sur la surveillance des décès maternels, néonataux, infantiles et infanto-juvéniles*
24. GARNIER DELAMARRE, dictionnaire des termes de médecine, 27e édition.
25. OMS. Au- delà des nombres. Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse. Genève, 2004.
26. BISMUTH O., « Le problème de l'anémie de la femme enceinte » in *Revue de perfectionnement infirmier en pays tropical* n° 57 Juin 1985, 28



27. DOUMBIA Y, DJANHAM Y, KOUAKOU K., « Problématique des décès maternels par hémorragie à la maternité de formation sanitaire d'ABOBO SUD (ABIDJAN) » in *Revue Internationale de Sciences Médicales*, vol. 8, n° 2, 2006 pp. 41-45
28. DIALLO F, GOMA O, CISSE M., « Mortalité maternelle et facteurs de risque liés au mode de vie » in *Médecine d'Afrique noire*, 1998 ; 45 :12
29. KIRERE M., KISUMIRO M., THOUMSIN H., « La mortalité maternelle dans un hôpital au Nord-est de la République Démocratique du Congo » in *Revue Médicale des Grands Lacs*, vol. 1, N°1, 2006, éditée par le département de Médecine de Famille/ Faculté de Médecine UNIGOM, pp 17
30. LANKOANDE J., OUEDRAOGO A., KONE B., « La mortalité maternelle à la maternité du centre hospitalier national de Ouagadougou (Burkina Faso) à propos de 123 colligés en 1995 » in *Médecine d'Afrique Noire*, 1998 ; 45 :3
31. MARIA R., « Mortalité maternelle : Les complications obstétricales évitables » in *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, France, Nancy, 2001 (30) ; 6 :60.
32. PARINGAUX R., « Au Sénégal contre l'excision » in *Manière de voir le monde diplomatique* n° 68, Bimestriel Avril-Mai 2003
33. SAIZONOU et alii, « Audit des décès maternels dans quatre maternités de référence du Bénin : Qualité des soins d'urgence, causes et facteurs
34. *Rapport 2016 sur la surveillance des décès maternels, néonataux, infantiles et infanto-juvéniles* « contributifs » in *African Journal of Reproductive Health*, vol. 2006; 10, 3, 28-40
35. UJAH I. et alii, « Facteurs qui contribuent à la mortalité maternelle au Nord-Central du Nigeria : Bilan couvrant 17 ans » in *African. journal of reproductive Health*, vol., n°, 2005 (9) 3 :27-40
36. BILUSA JP., *Statistique démographique et sanitaire 2ème licence Epidémiologie*, Université Officielle de Rwenzori (U.O.R) 2006-2007 inédit

## ANNEXES

Tableau 39 : Indicateurs de santé maternelle et infantile par population et naissance attendues

Départements	Effectifs Pop en 2023 (Source : PEV)	Naissances attendues	Total accouchement	Naissances vivantes	Mortalité néonatale	Taux de mortalité néonatale (1000NV)	Décès post-néonataux	Taux de mortalité post-néonataux (1000 NV)	Mortalité infanto-juvénile	Taux Mortalité infanto-juvénile (1000NV)
Brazzaville	2175514	87021	12653	22919	1 266	55,22	582	25,39	2 545	111,03
Pointe -Noire	1322601	52904	10791	21343	725	33,95	379	17,76	1 847	86,52
Kouilou	119246	4770	13289	613	7	11,42	4	6,53	15	24,47
Niari	365894	14636	21433	10269	42	4,13	21	2,05	106	10,37
Lékoumou	152535	6101	14435	1121	25	22,30	5	4,46	42	37,47
Bouenza	489001	19560	23116	13276	66	4,97	61	4,59	186	14,01
Pool	374307	14972	5837	14396	16	1,14	20	1,39	66	4,62
Plateaux	276230	11049	660	5773	4	0,69	11	1,91	29	5,02
Cuvette	246995	9880	3868	6486	30	4,63	20	3,08	94	14,49
Cuvette Ouest	115497	4620	1146	3024	2	0,66	28	9,26	31	10,25
Sangha	135782	5431	6607	3759	88	23,43	51	13,57	155	41,25
Likouala	243860	9754	3116	11823	58	4,91	17	1,44	158	13,36
<b>Total</b>	<b>6017461</b>	<b>240698</b>	<b>116952</b>	<b>114803</b>	<b>2 329</b>	<b>20,29</b>	<b>1199</b>	<b>10,44</b>	<b>5274</b>	<b>45,94</b>

Tableau 40 : Indicateurs de santé maternelle et infantile par mortalité maternelle et infanto-juvénile

Départements	Mortalité maternelle	Taux de Mortalité maternelle (100 000NV)	Mort-né	Taux de mortinaissance (1000 NV)	Césariennes	Taux césarienne (100Naiss. att)	Mortalité infantile	Taux de Mortalité infantile (1000NV)	Décès post infantile	Taux de Décès post infantile (1000NV)
Brazzaville	98	428,82	830	36,21	5149	5,917	1 848	80,62	697	30,41
Pointe -Noire	135	632,52	522	24,46	2979	5,631	1 104	51,71	743	34,81
Kouilou	0	0,00	13	21,21	0	0,000	11	17,94	4	6,53
Niari	38	372,23	90	8,76	759	5,186	63	6,18	43	4,19
Lékoumou	4	356,82	39	34,79	111	1,819	30	26,76	12	10,70
Bouenza	20	153,46	197	14,84	307	1,570	127	9,57	59	4,44
Pool	8	54,12	64	4,45	185	1,236	36	2,53	30	2,08
Plateaux	5	84,79	47	8,14	159	1,439	15	2,60	14	2,42
Cuvette	10	149,35	109	16,81	330	3,340	50	7,71	44	6,78
Cuvette Ouest	2	66,14	25	8,27	56	1,212	30	9,92	1	0,33
Sangha	13	340,29	121	32,19	267	4,916	139	37,00	16	4,26
Likouala	16	134,95	92	7,78	200	2,050	75	6,34	83	7,02
<b>Total</b>	<b>349</b>	<b>304</b>	<b>2149</b>	<b>18,72</b>	<b>10502</b>	<b>4,36</b>	<b>3528</b>	<b>30,73</b>	<b>1746</b>	<b>15,21</b>

Tableau 41 : Indicateurs de santé maternelle et infantile par mortinaissance, causes directes et petit poids de naissance

Départements	Mort-nés macérés	Mort-nés frais	Eclampsies	Proportion des éclampsies (%)	Ruptures utérines	Proportion des ruptures utérines (%)	Grossesse extra utérine	Proportion des grossesses extra utérine	Petit poids de naissance (<2500g)	Proportion de petit poids de naissance (<2500g)
Brazzaville	384	446	264	37,99	29	8,63	258	46,99	299	12,37
Pointe -Noire	333	189	255	36,69	270	80,36	193	35,15	125	5,17
Kouilou	6	7	3	0,43	0	0,00	0	0,00	332	13,74
Niari	41	49	108	15,54	13	3,87	32	5,83	256	10,59
Lékoumou	21	18	7	1,01	1	0,30	2	0,36	241	9,97
Bouenza	123	74	24	3,45	6	1,79	16	2,91	505	20,89
Pool	46	18	12	1,73	7	2,08	0	0,00	195	8,07
Plateaux	31	16	4	0,58	0	0,00	0	0,00	36	1,49
Cuvette	58	51	12	1,73	3	0,89	8	1,46	134	5,54
Cuvette Ouest	15	10	4	0,58	0	0,00	24	4,37	74	3,06
Sangha	76	45	0	0,00	5	1,49	10	1,82	136	5,63
Likouala	43	49	2	0,29	2	0,60	6	1,09	84	3,48
<b>Total</b>	<b>1177</b>	<b>972</b>	<b>695</b>	<b>100</b>	<b>336</b>	<b>100</b>	<b>549</b>	<b>100</b>	<b>2417</b>	<b>100</b>

## Liste des FOSA visitées

### FORMULAIRE INDIVIDUEL DE NOTIFICATION : DECES NEONATALE INFANTO-JUVENILE

N°	Questions / Variables	Réponses
2.	Pays :	
3.	Département	/_____/
4.	District sanitaire	
5.	Site de notification (Formation sanitaire)	
6.	Date de décès : jour / mois / année	/ /
7.	Localité du décès (Village, Quartier)	
8.	District Administratif	
9.	Lieu du Décès : <b>1</b> = Communauté <b>2</b> = Hôpital Général <b>3</b> = Hôpital de base/référence <b>4</b> = Centre privé <b>5</b> = Sur la route de l'établissement de soins <b>6 = 7</b> = CSI	/_____/
10.	Age (en jours) de l'enfant décédé	
11.	Sexe : <b>1</b> = Masculin <b>2</b> = Féminin	/_____/
12.	Fratie	
13.	Notion de pathologie héréditaire (à préciser)	
14.	Pathologie chronique (à préciser)	
15.	Etat matrimonial de la mère : <b>1</b> = Célibataire <b>2</b> = Marié <b>3</b> = union libre <b>4</b> = Veuve	/_____/
16.	Age de la mère	
17.	Niveau d'instruction de la mère : <b>1</b> = Jamais fréquentée <b>2</b> = Primaire <b>3</b> = Secondaire 1 <sup>er</sup> degré <b>4</b> = Secondaire 2 <sup>ème</sup> degré <b>5</b> = Supérieur	/_____/
18.	Profession : Père Tuteur	Mère
19.	Gestité et parité de la mère	
20.	Vaccination (PEV)	
21.	Prévention du paludisme (MILDE) <b>1</b> = Oui <b>2</b> = Non	/_____/
22.	Notion de référence	

<b>23.</b>	Provenance	
<b>24.</b>	Notion d'hospitalisation : <b>1</b> = Oui <b>2</b> = Non <b>Si Réponse = Non aller à 28</b>	/_____/
<b>25.</b>	Cause d'hospitalisation	
<b>26.</b>	Durée d'hospitalisation en jour	/_____/
<b>27.</b>	Traitement reçu	
<b>28.</b>	Cause de décès	
<b>29.</b>	Si décès néonatal ( $\leq 28$ jours) préciser la cause de décès de la manière suivante : <b>1</b> = Prématuration <b>2</b> = Asphyxie périnatale <b>3</b> = Infection néonatale <b>4</b> = Autres (à préciser)	/_____/
<b>30.</b>	Si décès néonatal ( $\leq 28$ jours), préciser le mode d'accouchement : <b>1</b> = Voie basse <b>2</b> = Césarienne	/_____/
<b>31.</b>	Le décès a-t-il fait l'objet d'une revue <b>1</b> = oui <b>2</b> = non	
<b>32.</b>	Responsabilité dans la survenue du décès <b>1</b> = Famille <b>2</b> = L'administration de l'hôpital <b>3</b> = Prestataires	/_____/

## FICHE DE COLLECTE DONNEES SMI

Date de collecte : .....  
 Nom et prénom de l'agent de collecte .....  
 Département : .....  
 District sanitaire : .....  
 Formation sanitaire (FOSA) : .....

Année : 2022

N°	Variables	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1	Naissances vivantes												
2	Grossesse extra utérine												
3	Césarienne												
4	Mort-né frais												
5	Mort-né macéré												
6	Décès néonataux												
7	Décès néonataux extra-hospitaliers												
8	Décès maternels												
9	Décès maternels extra-hospitaliers												
10	Décès des enfants de 1 mois à 1 an												
11	Décès extra-hospitaliers des enfants de 1 mois à 1 an												
12	Décès des enfants de 1 à 5 ans												
13	Décès extra-hospitaliers des enfants de 1 à 5 ans												
14	Décès des enfants de 5 à 10 ans												
15	Décès extra-hospitaliers des enfants de 5 à 10 ans												
16	Cas de rupture utérine												
17	Cas d'éclampsie												
18	Cas de petit poids de naissance (<2500g)												





<b>Age gestationnel :</b> 1. Trimestre 1  __  2. Trimestre 2  __  3. Trimestre 3  __	<b>Nombre de SPN (Soins prénataux):</b> 1. Pas de SPN  __  2. 1 - 3  __  3. 4 – 6  __  4. 7 et plus  __
<b>Prestataire ayant assuré le suivi de la grossesse :</b> 1. Gynécologue-Obstétricien  __  ; 2. Médecin généraliste  __  ; 3. Sage-femme  __  ; 4. Infirmière  __  ; 5. Non suivi  __  ; 6. Puéricultrice  __  ; 7. . Autre (à préciser)  __ .....	
<b>BILAN REALISE</b>	
<b>Glycémie 1. Oui ; 2. Non  __ </b>	<b>Si glycémie réalisée, taux initial à combien (en %)  __   __ </b>
<b>Test d'Emmel 1. Oui ; 2. Non  __ </b>	<b>GSRH 1. Oui ; 2. Non  __ </b>
<b>Sérologie VIH 1. Oui ; 2. Non  __ </b>	<b>Si sérologie VIH réalisée, quel a été le résultat : 1. Négatif  __  2. Positif  __ </b>
<b>Glycosurie 1. Oui ; 2. Non  __ </b>	<b>Sérologie Toxoplasmose : 1. Oui  __  2. Non  __ </b>
<b>Sérologie Rubéole : 1. Oui ; 2. Non  __ </b>	<b>Sérologie TPHA/VDRL : 1. Oui ; 2. Non  __ </b>
<b>Albumine dans les urines 1. Oui ; 2. Non  __ </b>	<b>Monitoring 1. Oui  __  ; 2. Non  __ </b>
<b>NFS : 1. Oui  __  2. Non  __ </b>	<b>Si NFS réalisé (oui), taux d'Hémoglobine :  __   __ </b>
<b>Test COVID-19 : 1 Oui  __  2. Non  __ </b>	<b>Si test COVID-19 réalisé, quel a été le résultat ? 1. Négatif  __  2. Positif  __ </b>
<b>Echographie obstétricale : 1. Oui  __  2. Non  __ </b>	<b>Si échographie réalisée, combien ?  __   __ </b>



19.	Traitement reçu	
20.	Cause de décès	

Département :	District :	FOSA :
Date de naissance : __/__/20__ Âge : __ __ années __ __ mois		
<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille    Poids : __ __. __ kg    Date de décès : __/__/20__ Heure de décès : __ __.h __ __		
Date d'admission à l'hôpital : __/__/20__ Référé OUI <input type="checkbox"/> ou NON <input type="checkbox"/>		
Provenance :		
Nombre de jours pendant lequel l'enfant a été malade avant son arrivée: __ __ jours		
Lieu de décès :		
Décrire comment la maladie de l'enfant a débuté et a évolué.		
Distance parcourue et temps mis pour atteindre l'établissement de santé : __ km __ __ h		
Mode de transport		
Retard dans le transport ou l'orientation Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Oui (pourquoi) _____		
L'enfant a-t-il été hospitalisé au cours des 3 derniers mois ?		
<input type="checkbox"/> Non		
<input type="checkbox"/> Oui (si oui, depuis combien de jours/mois l'enfant a-t-il été autorisé à sortir de l'hôpital) _____		
Statut vaccinal	18. Statut nutritionnel	
<input type="checkbox"/> Vaccins à jour <input type="checkbox"/> vaccin non à jour	<input type="checkbox"/> Nutrition normale	
<input type="checkbox"/> Aucun vaccin reçu	<input type="checkbox"/> Dénutrition	
	<input type="checkbox"/> Pas d'information	

Examens réalisés: Principaux résultats :	
Diagnostics retenus :	
Traitement reçu	
Durée d'hospitalisation	23. Cause de décès
Responsabilité dans la survenue du décès Parent oui ou non ; FOSA oui ou non ; Personnel de santé oui ou non	
Certains médicaments nécessaires n'étaient-ils pas disponibles au moment du traitement ? Oui ou Non Si oui, préciser	