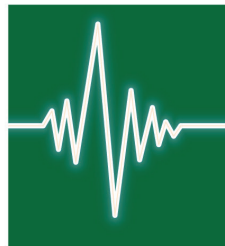


Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire



03 Éditorial

06 Perceptions des prestataires sur l'offre de soins dans des services de santé maternelle et infantile en Côte d'Ivoire

Auteurs : Doukouré D¹, Bayo S¹, Koumi-Mélèdje MD¹, Coulibaly M¹, Agbré-Yacé ML¹, Tano-Kamelan A¹, Aké O^{1,2}

1. Institut National de Santé Publique, Côte d'Ivoire
2. Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire

12 Perceptions des femmes en âge de procréer sur le continuum de soins maternels dans 3 villages au sud-est de la Côte d'Ivoire

Auteurs : Coulibaly M¹, Koumi-Mélèdje MD¹, Doukouré D¹, Aka D², Sackou-Kouakou J¹, Aké O^{1,2}, Kouadio L^{2,3}

1. Institut National de Santé Publique, Côte d'Ivoire
2. Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire
3. Institut National d'Hygiène Publique, Côte d'Ivoire

16 Évaluation du potentiel de passage à grande échelle pour les Soins Mère Kangourou en Côte d'Ivoire : une étude par approche mixte auprès d'informateurs clés

Auteurs : Kourouma KR^{1,2}, Agbré-Yacé ML^{1,2}, Doukouré D^{1,2}, Cissé L³, Some-Méazieu C³, Diomandé BM⁴, Kouakou VK⁵

1. Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction de Côte d'Ivoire
2. Institut National de Santé Publique, Côte d'Ivoire
3. Centre Hospitalier Universitaire de Treichville, Côte d'Ivoire
4. Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant, Côte d'Ivoire
5. UNICEF Bureau Côte d'Ivoire

21 Endémicité des plaies et facteurs socioculturels de prise en charge dans le district sanitaire de Tiassalé, Côte d'Ivoire

Auteurs : Coulibaly ID^{1,2}, Koné BV^{2,3*}, Djané KA¹, Koffi DY^{2,3}, N`krumah RSAT^{1,2}, Bonfoh B²

1. Université Peleforo Gon Coulibaly, Korhogo, Côte d'Ivoire
2. Centre Suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire, Abidjan, Côte d'Ivoire
3. Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

27 Adoption de la Checklist de l'OMS pour un accouchement sécurisé en Côte d'Ivoire

Auteurs : Bayo S^{1,2}, Doukouré D^{1,2}, Kourouma KR^{1,2}, Agbré-Yacé ML^{1,2}, Tano-Kamelan A^{1,2}, Essis ML^{1,2}, Manouan M^{1,2}

1. Institut National de Santé Publique, Côte d'Ivoire
2. Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction de Côte d'Ivoire

30 Mise en place d'une unité de Soins Mère Kangourou : expérience d'un partenariat entre une cellule de recherche et un service de pédiatrie

Auteurs : Agbré-Yacé ML^{1,2}, Kourouma KR^{1,2}, Doukouré D^{1,2}

1. Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction de Côte d'Ivoire
2. Institut National de Santé Publique, Côte d'Ivoire

35 Note circulaire N°00103/2023 relative à l'élargissement de la cible de vaccination contre la COVID-19 aux femmes enceintes et femmes allaitantes en Côte d'Ivoire

36 Arrêté N°00053/MSHPCMU portant création et attributions et fonctionnement du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire

42 Agenda des rencontres scientifiques

Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire Volume 001 - N°01 Mars 2023

Adresse :

Institut National de Santé Publique, Abidjan, Côte d'Ivoire

Email :

info@bsp.inspci.org

Site web :

www.bsp.inspci.org

Directeur de publication :

Professeur Claude NDINDIN

Directeur de publication délégué :

Professeur William YAVO

Rédactrice en chef :

Professeur Julie SACKOU-KOUAKOU

Rédactrice en chef adjointe :

Dr Tania N'ZI-BOA

Rédactrice en chef adjointe :

Dr Raissa KOUROUMA-DOUMBIA

Rédacteur en chef adjoint :

Dr Djané ADOU

Coordonnateur technique :

Emmanuel DABO

Infographie et mise en page :

Dr Bognan Valentin Koné,
Centre Suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire (CSRS)

Impression :

Smile Africa Web Agency (SAWA)

Nous voudrions adresser nos remerciements aux personnes suivantes dont le soutien technique a été inestimable dans la production de ce numéro.

- **Vandi Henry**, Center for Disease Control and Prevention
- **Mamadou Diarrassouba**, Center for Diseases Control and Prevention (CDC)
- **Amandine Zoonekyndt-Ballart**, EMORY University
- **Kimberly Koporc**, Public Health Bulletin Project Manager, CDC Foundation
- **Marie Line Camille Deveaux** de l'Université d'Emory.
- Que tous leurs collègues trouvent ici l'expression de notre gratitude.



EDITORIAL

M. Pierre DIMBA,

Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle

Chers lecteurs,

La création du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI) s'inscrit dans la vision du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, de garantir un accès équitable à des soins de santé de qualité pour tous, telle qu'exprimée dans le Plan National de Développement Sanitaire 2021-2025. En effet, le Ministère traduit ainsi la dynamique gouvernementale de renforcement de l'inclusion, de la solidarité nationale et de l'action sociale afin d'améliorer l'état de santé des populations à travers un système de santé performant et résilient.

Ce bulletin se positionne ainsi dans le maillon de l'information éclairée par les évidences scientifiques afin de prendre les bonnes décisions au niveau de la gouvernance de la santé publique, de même que l'ajustement des bonnes pratiques par les praticiens et la population.

Des preuves antérieures ont montré que les retards dans les communications en matière de santé et le manque d'informations factuelles sur la santé publique ont, dans de nombreux

cas, conduit à des décisions sans fondement scientifique, rendant difficile la prise en charge des menaces de santé publique de grande ampleur.

Le premier numéro du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire qui traite essentiellement de la santé de la mère et de l'enfant, soulève une préoccupation centrale de la santé publique dans notre pays. Il a été reconnu que l'amélioration de ce sous-système a un effet bénéfique multiplicateur sur le système de santé en général et par-delà sur les secteurs du social, de l'économie, de la famille et de la politique entre autres.

C'est le lieu de remercier encore une fois tous les partenaires qui soutiennent cette initiative de notre département ministériel dans la mise en œuvre de ce bulletin, notamment le CDC, IANPHI et l'Université d'Emory.

J'en appelle à l'ensemble des acteurs du système de santé de Côte d'Ivoire et à ses partenaires, afin qu'ils s'approprient cet outil de communication des évidences scientifiques et contribuent à la production des numéros à venir.

Bonne lecture à toutes et à tous.



Prof. N'DINDIN ASSIEHUE Claude

Directeur de l'Institut National de Santé Publique de Côte d'Ivoire

Directeur de Publication du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire

Chers collègues, chers collaborateurs

Nous sommes fiers et honorés de lancer le premier numéro du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI), disponible en version imprimée et en libre accès en ligne.

Le BSP est une revue à comité de lecture qui publie des articles scientifiques et techniques issus des activités du ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle. Le BSP-CI dispose d'une solide équipe d'experts éditoriaux issus de différents milieux de la santé publique et ayant une expérience dans la rédaction et la publication d'articles sur la recherche dans le domaine de la santé.

La mission principale du Bulletin de santé publique-Côte d'Ivoire est de combler le fossé dans l'accès à l'information entre les décideurs, les chercheurs, les professionnels de la santé et toutes les personnes intéressées par les questions de santé.

Le BSP-CI se présente comme une plateforme de partage d'informations et de données de recherche où les rapports et les études de santé

publique seront collectés et compilés pour permettre aux décideurs, aux chercheurs, aux professionnels de la santé et au public d'accéder à l'information sanitaire existante.

Le bulletin publiera des articles d'intérêt pour la santé publique, des articles complets, des articles d'enquêtes sur les épidémies, des notes de synthèse et des notes de terrain. Les notes de synthèse sont destinées à annoncer de nouvelles politiques ou recommandations officielles et les notes de terrain, des rapports sur des événements préoccupants tels que les expositions à des maladies.

La politique éditoriale du BSP est guidée par des normes de qualité, d'intégrité, de responsabilité professionnelle et de compassion humaine qui constituent la base scientifique et éthique de la santé publique en Côte d'Ivoire.

Les numéros de ce bulletin seront publiés quatre fois par an, et, pour ce premier numéro, nous proposons principalement une série d'articles axés sur les questions de la santé de la mère et de l'enfant.

Articles complets

05

Perceptions des prestataires sur l'offre de soins dans des services de santé maternelle et infantile en Côte d'Ivoire

11

Perceptions des femmes en âge de procréer sur le continuum de soins maternels dans 3 villages au sud-est de la Côte d'Ivoire

15

Évaluation du potentiel de passage à grande échelle pour les Soins Mère Kangourou en Côte d'Ivoire : une étude par approche mixte auprès d'informateurs clés

20

Endémicité des plaies et facteurs socioculturels de prise en charge dans le district sanitaire de Tiassalé, Côte d'Ivoire

Perceptions des prestataires sur l'offre de soins dans des services de santé maternelle et infantile en Côte d'Ivoire

Auteurs : Doukouré D¹, Bayo S¹, Koumi-Mélèdje MD¹, Coulibaly M¹, Agbré-Yacé ML¹, Tano-Kamelan A¹, Aké O^{1,2}

1. Institut National de Santé Publique, Côte d'Ivoire

2. Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : daouabass2017@gmail.com

Résumé

Introduction

L'offre de soins en Côte d'Ivoire s'améliore quantitativement, mais elle reste encore inaccessible géographiquement et financièrement pour une large frange de la population. L'objectif de cette étude était d'appréhender la perception des prestataires sur les offres de soins dans les services de santé maternelle et infantile.

Matériel et Méthodes

Une étude qualitative auprès des prestataires a été menée en septembre 2021 dans les districts sanitaires de Boundiali, Toulepleu et Tanda. Les données ont été recueillies à l'aide d'un guide d'entretien et au moyen d'un dictaphone. Les données ont été transcrites sur Word puis encodées à l'aide du logiciel NVIVO 12. Une analyse de contenu thématique a été réalisée.

Résultats

Au niveau de la perception de la disponibilité des équipements, bien que pour certains les services disposent d'un personnel en nombre suffisant apte à offrir des soins de qualité, la disponibilité du matériel et de l'équipement faisait défaut. Pour d'autres, ce sont les ressources humaines qui n'étaient pas suffisantes. La perception de la politique de la gratuité ciblée des soins n'est pas effective.

Conclusion

Une perception insuffisante de l'offre de soins par les prestataires requiert une mise à niveau pour combler les défis existants dans les différentes régions étudiées.

Message-clé de santé publique

La prise en compte des perceptions des acteurs de première ligne dans la prise de décision est nécessaire pour améliorer la qualité des soins.

Mots-clés : Perceptions, offre de soins, santé maternelle, santé infantile

Abstract

Introduction

The health care provision in Côte d'Ivoire is improving quantitatively, but it is still geographically and financially inaccessible for a large part of the population. The objective of this study was to understand the perception of providers on the supply of care in maternal and child health services.

Analysis methods

A qualitative study of providers was conducted in September 2021 in the health districts of Boundiali, Toulepleu and Tanda. Data were collected using an interview guide and a dictaphone. The data were transcribed into Word and then encoded using NVIVO 12 software. A thematic content analysis was carried out.

Results

At the level of availability of equipment, for some of the health workers, there is a lack of materials and equipment. For others, human resources were not sufficient. The perception of the policy of free targeted care is not really effective.

Conclusion

Inadequate provider perception of care delivery requires upgrading to address existing challenges in the different regions studied.

Key public health message

Take into account the perceptions of front-line actors in decision-making to improve the quality of care.

Keywords: Perceptions, health care provision, maternal health, child health,

Introduction

Le mécanisme de financement mondial (GFF), en appui à la stratégie « Chaque femme, chaque enfant », a été lancé par l'Organisation des Nations Unies (ONU) en 2015 pour renforcer les progrès vers les Objectifs du Développement Durable (ODD) d'ici 2030 en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, des adolescents et la nutrition SRMNIA+N [1, 2]. Le GFF se focalise sur le renforcement des systèmes de santé, l'augmentation de la couverture effective des interventions SRMNIA+N et la fourniture d'une protection financière, afin de soutenir les pays en développement dans leurs efforts pour rendre effective la Couverture Maladie Universelle [1].

Comme beaucoup d'autres pays d'Afrique subsaharienne, la Côte d'Ivoire a rejoint le GFF pour accélérer le rythme de mise en œuvre des réformes de santé et mobiliser des fonds pour les priorités nationales dans les interventions pour la santé maternelle, néonatale, infantile, des adolescents et la nutrition [3, 4].

Dans le cadre du Projet Countdown to 2030 en Côte d'Ivoire, une équipe pays conduite par l'Institut National de Santé Publique (INSP) appuyée par African Population and Health Research Center (APHRC) est chargée de suivre les progrès et performances du programme SRMNIA+N en se basant sur le dossier d'investissement 2020-2023 de la Côte d'Ivoire. C'est dans ce contexte, qu'une revue documentaire a été réalisée. Celle-ci a débouché sur une analyse infranationale qui a fait ressortir que les plus bas indicateurs prioritaires SRMNIA+N étaient dans les régions du Nord et de l'Ouest de la Côte d'Ivoire.

Les indicateurs prioritaires concernaient la couverture en Planification Familiale, la Consultation Prénatale, l'accouchement assisté par un personnel qualifié, les Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence, les soins post-natals, le traitement de la diarrhée avec Sel de Réhydratation Orale (SRO) + zinc, le traitement des Infections Respiratoires Aigües (IRA) avec des antibiotiques.

Ainsi, malgré les actions initiées par les autorités sanitaires pour rapprocher les populations

des hôpitaux, à travers la mise en place des infrastructures sanitaires, les indicateurs de SRMNIA+N n'ont pas progressé de manière significative [4]. Cette faible utilisation des services pourrait avoir un impact sur l'état de santé des populations conduisant à des taux élevés de mortalité maternelle et infanto-juvénile. Face à ces constats, la présente étude se propose d'appréhender les perceptions des prestataires sur l'offre des services de SRMNIA+N, dans les régions sanitaires du Gontougo, de la Bagoué et du Cavally.

Méthodes

Une étude transversale suivant une approche essentiellement qualitative a été réalisée dans trois districts. Un choix raisonné du district qui présentait les indicateurs SRMNIA+N les plus faibles a été fait dans chaque région sanitaire identifiée. Cela a permis de sélectionner les districts de Boundiali, Tanda et Toulepleu. Au niveau de chaque district, l'Hôpital Général (HG) et un Centre de Santé Rural (CSR) en milieu rural ont été choisis de façon raisonnée. Ce dernier devait être situé dans un rayon de 20 et 40 km par rapport à l'hôpital de référence.

Sur chaque site retenu pour l'étude, nous avons sélectionné les prestataires, selon un choix raisonné, en fonction de leur capacité à fournir des informations détaillées et pertinentes en SRMNIA+N et de leur engagement dans le domaine. La collecte des données s'est déroulée du 6 au 12 septembre 2021.

Au total, 14 prestataires ont été recrutés et inclus dans l'étude. Les données ont été collectées auprès de ces acteurs à l'aide d'un guide d'entretien. Un dictaphone a été utilisé pour l'enregistrement des entretiens avec le consentement des enquêtés. Quant au traitement et à l'analyse des données, les informations collectées ont été transcrites puis analysées à l'aide du logiciel NVIVO 12. Le tableau ci-dessous récapitule la structure de collecte des données à travers les acteurs enquêtés par site.

Tableau I : Prestataires de soins interviewés par site d'étude et type d'établissement (N=14)

Type d'établissement de santé	District Boundiali	District Tanda	District Toulepleu
Hôpital Général	3	3	3
Centre de Santé Rural	2	2	1
TOTAL	5	5	4

Source : Enquêtes de terrain, septembre 2021

Considérations éthiques

Le protocole de recherche a obtenu l'approbation du comité national d'éthique de Côte d'Ivoire (137-21/MSHPCMU/CNESVS-KM). Un consentement éclairé écrit a été obtenu de tous les participants à l'étude.

Résultats

Perception de la disponibilité des équipements et intrants

Le manque de matériel et d'équipement était commun à tous les centres de santé visités, mais diversement interprété selon les besoins de chaque centre de santé. La majorité des enquêtés ayant des compétences avérées, disent qu'ils offrent des soins de qualité à la population. Toutefois, ils restent confrontés aux problèmes d'indisponibilité des médicaments et des équipements. Les différents propos de ces enquêtés le confirment :

« Les soins offerts à la mère sont très importants. Nous donnons des soins de qualité mais il faut noter l'indisponibilité des médicaments. Nous manquons d'équipements. Les équipements ne sont pas adaptés. Le personnel est qualifié. Nos diagnostics sont confirmés par les laboratoires. » (Prestataire CSR, Boundiali)

C'est le même constat relevé dans les dires de cet enquêté :

« On a souvent des ruptures de médicaments. On a des difficultés pour recevoir les médicaments. En général, le pharmacien nous fait croire que ce n'est pas à lui son niveau et que c'est au niveau de la Pharmacie de la Santé Publique. Mais, je pense que le minimum est là. Le minimum est là

en cas d'accouchement puisqu'il y a déjà un lit. Le petit matériel est là. Pour l'accouchement, le petit matériel est là. Mais, on n'a pas de stérilisateur en salle d'accouchement. » (prestataire CSR, Toulepleu)

Perception de la disponibilité des ressources humaines

Au niveau des ressources humaines, certains prestataires pensent disposer du personnel en nombre suffisant et compétent pour offrir des soins de qualité dans certains domaines. Par contre, d'autres prestataires indiquent une insuffisance de personnel. C'est ce qui ressort des propos de ce prestataire :

« Il faut dire qu'à notre niveau, on n'a pas de déficit au niveau des sage-femmes. On a un déficit en aide-soignant. Il n'y a pas de gynéco puisqu'au fait on n'a pas de bloc opératoire. Le bloc opératoire n'est pas fonctionnel. Avoir un gynécologue, il va servir à quoi ? Donc moi, je fais office de gynéco. Donc, souvent quand il y a des cas de pathologies sur des grossesses, je gère. Aussi, au niveau des accouchements, on essaie de s'aider avec les sage-femmes. Avec les sage-femmes, on a vraiment un nombre suffisant. C'est au niveau des aides-soignantes que le nombre est insuffisant. » (prestataire CSR, Toulepleu)

En revanche dans ce centre de santé, Il est notifié que les ressources humaines sont en nombre suffisant comme le confirme cet enquêté :

« Concernant le personnel ça va. Moi je suis formé. Donc avec mon personnel ici, j'arrive à leur inculquer ça. Tout ce qui est nouveau maintenant, je peux dire que les soins sont de qualité car nous respectons le protocole. Les intrants sont disponibles pour la femme enceinte. En tout cas, les trucs sont disponibles ici. Bon le personnel ça va pour le moment. » (prestataire-CSR-Tanda)

Perception de la politique de la gratuité ciblée des soins en vigueur au niveau national

La politique de la gratuité ciblée de soins est une décision gouvernementale. Elle a été initiée avec pour objectif d'offrir, à titre gracieux, des services et actes médicaux dans le cadre des consultations prénatales, des accouchements et leurs complications, des consultations pour les enfants de 0 à 5 ans et de la prise en charge du paludisme grave. En effet, cette politique est appréciée positivement par la majorité des prestataires. Mais dans son application, elle rencontre quelques difficultés dont le manque de moyens financiers pour accompagner la politique de la gratuité :

« La gratuité ciblée est une décision interministérielle, décision gouvernementale qui a été décidée et qui est appliquée. Maintenant, dans l'application évidemment qu'il y a des problèmes. Quand on décide de faire la gratuité ciblée, il faut aussi mettre les moyens pour accompagner la gratuité. Il n'y a pas de moyens pour accompagner la gratuité ciblée. Aussi, le manque dû aux hôpitaux qui pratiquent la gratuité ciblée de façon très généreuse n'est pas rendu à temps. Il n'est pas rendu en totalité. Je vous donne un exemple, l'année dernière nous avons fourni des prestations de plus de 25 millions de francs mais quand la gratuité ciblée est venue, c'est à peine 16 millions, à peine une dizaine de millions que nous avons reçu. Quand vous avez affaire à des fournisseurs qui vous poursuivent et vous menace de vous traduire en justice comme si vous êtes le voleur, c'est très compliqué. » (prestataire HG Boundiali)

Cet enquêté apprécie de façon positive la politique de gratuité. Cependant pour lui, elle n'est pas bien comprise par la population dans son fonctionnement. La population pense que tout est dans la gratuité :

« C'est une bonne politique mais ce que je voulais dire, c'est que ça ne doit pas être seulement sur le programme palu. Quand on dit la gratuité ciblée de 0 à 5 ans, quand les parents viennent, ils pensent que tout est gratuit. Or, il y a des médicaments qui viennent gratuitement par contre il y a d'autres, qui viennent payants. Vous voyez quand c'est comme ça, c'est le personnel soignant qui est mal vu. Donc si c'est gratuit, tout doit vraiment être gratuit. C'est un bon programme mais il faut renforcer ». (prestataire, Guindé- HG Tanda)

Pour cet enquêté, la politique de gratuité n'est pas véritablement effective dans la mesure où le kit d'accouchement qui est gratuit ne contient pas

tous les éléments nécessaires à la prise en charge. Par conséquent, les prestataires sont obligés de prescrire d'autres médicaments pour le kit dit gratuit :

« Chez nous l'accouchement est gratuit. Le kit même est gratuit. Mais le kit n'a pas tous les éléments. Donc quand les malades viennent, on est obligé de prescrire. La politique, il faut dire qu'elle est quand même déjà bien. Déjà le kit est gratuit, il y a des malades qui viennent, on fait l'accouchement sans prendre quelque chose. Tu viens, on fait la consultation gratuitement. Maintenant en ce qui concerne les médicaments, il y a des médicaments qui sont gratuits notamment les antipaludéens. Mais les autres, ne sont pas gratuits. Donc en conclusion, la politique n'est pas effective à 100%. » (prestataire, HG Toulepleu).

Discussion

La perception des prestataires par rapport à la disponibilité des équipements, des ressources humaines et à la gratuité des soins sont les résultats clés de notre étude. Concernant la perception de la disponibilité des équipements et intrants, les prestataires ont fait savoir que les centres de santé étaient de façon générale sous équipés, ce qui limitait l'offre de certaines prestations. Il a été constaté dans une étude réalisée au Togo que les Unités de Soins Périphériques (USP) étaient délabrées, sous équipées et pauvres en personnel de santé, limitant ainsi l'offre des soins aux patients [5]. Les équipements sont importants dans l'amélioration du système de santé. Ainsi, dans une étude réalisée au Sénégal, la majorité des prestataires ne se sentaient pas bien protégés dans l'exercice de leur fonction. Les équipements (masques, gants) mis à disposition par l'hôpital leur semblaient insuffisants. Certains affirmaient prendre des dispositions particulières personnelles pour se protéger en période de COVID 19 [6].

Dans certains centres de santé, les ressources humaines étaient disponibles quant dans d'autres, elles ont été jugées insuffisantes. Cette insuffisance est notifiée dans un rapport technique du Bénin. Ce rapport technique montre qu'il existe une insuffisance en Infirmiers, Sage-Femmes, Médecins Généralistes, Gynécologues et Pédiatres dans les zones rurales ainsi que dans les zones urbaines, mais les écarts sont plus criards dans les zones rurales. Dans les zones

urbaines, environ 70% des besoins en ressources humaines en santé maternelle, néonatale et infantile (RHSNMI) sont couverts, tandis que dans les zones rurales seulement 14% des besoins en RHSNMI sont couverts [7]. Cette situation pose la question de la politique de l'attraction et de la fidélisation des personnels de santé. En Afrique subsaharienne, elle est d'une acuité particulière, compte tenu du faible nombre de prestataires de soins disponibles [8].

La gratuité des soins est une politique idéale pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Les prestataires ont notifié une perception positive de la gratuité ciblée des soins, mais qui connaît quelques difficultés dans son fonctionnement. Au Burkina Faso, comme au Niger et au Mali, la politique de gratuité des soins au profit des personnes vulnérables a été mise en œuvre dans une sorte d'impréparation [9]. Cette situation engendre d'énormes difficultés accentuées par les mauvaises pratiques (vol de médicaments, rackets, etc.).

Une autre difficulté est liée au fait que les remboursements par l'État des prestations offertes gratuitement aux femmes et aux enfants, se font tardivement au profit des entités sanitaires. Cette situation pose des difficultés pour le bon fonctionnement des formations sanitaires (baisse des recettes, renouvellement des achats de médicaments, ruptures de stocks). C'est le même constat au Niger. En effet, entre 2008 et 2010, les remboursements des factures liées à la gratuité des soins ont été respectivement de 30%, 52% et 73% dans les districts sanitaires de Dosso, de Douchi et de Loga [10].

L'étude des perceptions relatives à l'offre de soins permet la mise en évidence des dysfonctionnements et des blocages dans le système de santé. Il est à noter que trop souvent les politiques ignoraient les pratiques de routine et présupposaient un système de santé bien loin de la réalité. La prise en compte des perceptions des acteurs de santé notamment ceux en première ligne des soins pourrait permettre d'engager les parties prenantes à une prise de décision contextualisée en vue d'améliorer les indicateurs de SRMNIA+N.

Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'appréhender les perceptions des prestataires sur l'offre des services de SRMNIA+N, dans les régions sanitaires du Gontougo, de la Bagoué et du Cavally. Il est ressorti à travers leurs perceptions, que les offres de soins dans les centres de santé sont dans une certaine mesure insuffisantes. Une politique plus accrue devrait permettre l'équipement des centres de santé, le renforcement de ressources humaines et le renforcement de la politique de gratuité ciblée des soins pour réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

Remerciements

Nos remerciements vont à l'endroit des appuis techniques et financiers notamment les membres du Groupe de recherche en santé de la mère et de l'enfant de l'Institut National de Santé Publique (INSP), de la Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction de Côte d'Ivoire (CRESAR-CI) et de l'African Population and Health Research Center partenaire (APHRC).

Contributions des auteurs

Doukouré et Bayo ont contribué à la conception et la rédaction du manuscrit. Doukouré et Agbré-Yacé ont contribué à la conception des outils de collecte et à l'analyse des résultats. Koumi-Mélédje, Aké, Tano-Kamelan, Coulibaly ont approuvé la version finale.

Références

1. Chou VB, Bubb-Humfries O, Sanders R et al. (2018). Pushing the envelope through the Global Financing Facility: potential impact of mobilising additional support to scale-up life-saving interventions for women, children, and adolescents in 50 high-burden countries. *BMJ Glob Health* 2018; 3: e001126.
2. Global Financing Facility in Support of Every Woman Every Child | Speeches of World Bank Presidents, <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/24303> (accessed 12 April 2022).
3. Côte d'Ivoire: Countdown Country Collaboration – Countdown 2030, <https://www.countdown2030.org/country-collaborations/cote-divoire-countdown-country-collaboration> (accessed 12 April 2022).
4. Côte d'Ivoire | Global Financing Facility, <https://www.globalfinancingfacility.org/cote-divoire> (accessed 12 April 2022).
5. Lare B et Ouro-Gbele Z. (2020). Les disparités socio- spatiales dans l'accès aux soins de santé maternelle et infantile dans la préfecture de l'Oti (Nord-Togo), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé,* [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Décembre 2020, consulté le 07-01-2023, 21:46:03, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=130>
6. Sougou NM, Diouf JB, Diallo AA et al. (2020). Analyse des risques perçus des prestataires de santé en milieu hospitalier dans le cadre de la pandémie à COVID-19 : une étude qualitative dans le Centre Hospitalier Roi Baudoin de Guédiawaye, lors de la réception du 1er cas communautaire du Sénégal, *Pan Afr Med J.* 2020; 37(Suppl 1): 23. Published online 2020 oct. 13. French. DOI: 10.11604/pamj.supp.2020.37.1.25389, PMID: PMC7796829, PMID: 33456647.
7. République du Bénin (2014). Rapport-Technique. Les ressources humaines en santé maternelle, néonatale et infantile au Bénin de 2014 à 2024-Planification stratégique. in site internet : <https://www.kit.nl/wp-content/uploads/2019/10/Benin-rapport-techniqueVF-23-janvier-2014.pdf> [consulté le 12 décembre 2022]
8. Dussault G, Codjia L, Zurn P, et al. (2018). Investir dans les ressources humaines pour la santé en Afrique francophone : Les apports du Projet Muskoka., *Santé Publique*, 30, HS, p9-17. Doi 10.3917/spub.180.0009.
9. De Sardan J-PO , Ridde V. (2012). L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger. *Les contradictions des politiques publiques Dans Afrique contemporaine* 2012/3, 243, p11-32.
10. Ousséini A, Kafando Y. (2012). La santé financière des dispositifs de soin face à la politique de gratuité. *Les comités de gestion au Niger, Afrique contemporaine*, 2012/3, 243, p. 65-76. DOI: 10.3917/afco.243.0065.

Perceptions des femmes en âge de procréer sur le continuum de soins maternels dans 3 villages au sud-est de la Côte d'Ivoire

Auteurs : Coulibaly M¹, Koumi-Mélèdje MD¹, Doukouré D¹, Aka D², Sackou-Kouakou J¹, Aké O^{1,2}, Kouadio L^{2,3}

1. Institut National de Santé Publique, Côte d'Ivoire
2. Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire
3. Institut National d'Hygiène Publique, Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : cmadikiny@gmail.com

Résumé

Introduction

Le recours au continuum de soins baisse de la grossesse à l'accouchement surtout en milieu rural. L'objectif de l'étude était de décrire la perception des femmes sur le continuum de soins maternels en milieu rural en Côte d'Ivoire.

Méthodes

Il s'agissait d'une enquête transversale descriptive qui s'est déroulée du 17 novembre 2020 au 07 janvier 2021 dans le district sanitaire de Tiapoum. L'échantillonnage à deux degrés a été utilisé pour recruter les femmes en âge de procréer. L'outil de collecte des données était un questionnaire.

Résultats

Au total, 141 femmes ont participé à l'étude. Leur âge moyen était de 26,39±6,21 ans. Une proportion de 88,65% des femmes pensaient que le continuum de soins maternels était bénéfique. Par contre, 12,35% des femmes désapprouvaient le continuum de soins maternels. Parmi elles, 100% ne le trouvaient pas efficaces et 83,33%, l'estimaient trop cher.

Conclusion

La majorité des femmes en âge de procréer avait une bonne perception du continuum de soins maternels.

Message-clé de santé publique : La promotion de l'approche « continuum de soins maternels » est nécessaire en vue d'inverser le taux élevé de décès maternels en Côte d'Ivoire, grâce à la sensibilisation des communautés pour un changement de comportement.

Mots-clés : Perception, continuum de soins maternels, femmes en âge de procréer, Côte d'Ivoire

Abstract

Introduction

The use of the continuum of care decreases from pregnancy to delivery especially in rural areas. The objective of the study was to describe the perceptions of women regarding the continuum of maternal care in rural Côte d'Ivoire.

Methods

This was a quantitative cross-sectional survey that took place from November 17, 2020 to January 7, 2021 in the Tiapoum health district. Two-stage sampling was used to recruit women of childbearing age. The data collection tool was a questionnaire.

Results

A total of 141 women participated in the study. Their mean age was 26.39±6.21 years. A proportion of 88.65% of women thought that the continuum of maternal care was beneficial. The continuum of maternal care was disapproved by 12.35% of women because for them, it is not effective and too expensive.

Conclusion

The majority of women of childbearing age had a good perception of the continuum of maternal care.

Key public health message : Promotion of the continuum of care approach is necessary to reverse the high rate of maternal deaths in Côte d'Ivoire through community awareness and behavior change.

Key Words : Perception, continuum of maternal care, women of childbearing age, Côte d'Ivoire

Introduction

Le continuum de soins maternels est une stratégie de prestation de services de santé efficaces pour prévenir et réduire la morbidité et la mortalité maternelles. Il comprend les consultations prénatales, l'accouchement assisté par un personnel qualifié et les consultations postnatales concernant la mère soit dans un établissement de santé, soit à domicile [1]. Dans le monde en 2017, 295 000 femmes sont décédées pendant la grossesse, l'accouchement ou après l'accouchement. La majeure partie de ces décès se sont produits dans des pays à revenu faible et la plupart auraient pu être évités [2]. L'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne sont deux régions du monde où des améliorations dans la prestation du continuum de soins sont nécessaires car, ces deux régions représentent 85,8% des décès maternels [3]. En Côte d'Ivoire, les résultats préliminaires de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2021 révèle que le taux de mortalité maternelle est de 385 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux pourrait être réduit si le continuum de soins maternels était convenablement assuré. Or, le recours au continuum de soins baisse de la grossesse à l'accouchement surtout en milieu rural [4]. L'étude de la perception des femmes sur le continuum de soins maternels pourrait améliorer son utilisation. L'objectif de l'étude était de décrire la perception des femmes sur le continuum de soins maternels en milieu rural en Côte d'Ivoire.

Méthodes

Cadre d'étude

Le district de Tiapoum est situé au sud-est de la Côte d'Ivoire dans la région du Sud-Comoé à 176 Km d'Abidjan et à 56 Km d'Aboisso. Administrativement, le district comprend 32 villages et 187 campements. Sa population totale est estimée à 71023 habitants dont 20100 femmes en âge de procréer en 2020. L'étude a été menée au centre de santé et au dispensaire rural de Kodjokro, Koffiblékro et Frambo [5].

Type et population d'étude

Il s'agissait d'une enquête transversale descriptive qui s'est déroulée du 17 novembre 2020 au 07 janvier 2021. La population d'étude était constituée par les femmes en âge de procréer, de 15 à 49 ans,

ayant fait des consultations prénatales, accouché d'un enfant vivant et réalisé des consultations postnatales dans les établissements de santé 2 à 18 mois avant le début de l'enquête. Elles devaient résider depuis plus de six mois dans le village et accepter de participer à l'étude. N'ont pas été incluses les mères en visite dans lesdits ménages et les femmes dont les maris s'opposaient à la participation.

Échantillonnage

La taille de l'échantillon a été déterminée par la formule de Schwartz [6]. Nous avons utilisé le taux de couverture du continuum de soins maternels de l'étude de la Tanzanie qui était de 10% car, nous ne disposons pas de taux national. Cette étude a été réalisée dans un contexte similaire (pays d'Afrique subsaharienne) [7].

Le nombre de femmes à inclure dans l'étude après calcul a été estimé à 138. Les ménages avec des femmes en âge de procréer ont été sélectionnés selon une technique d'échantillonnage à deux degrés. Le premier degré a concerné l'inclusion des ménages, tandis que le second degré a porté sur le choix des femmes. Le premier ménage qui a été visité était celui qui était situé à l'extrémité tiré au sort. Les autres ménages ont été inclus de proche en proche. Seuls les ménages avec présence d'au moins une femme en âge de procréer ont été retenus.

Collecte des données

L'enquête a été réalisée par quatre enquêteurs grâce à la stratégie du porte-à-porte. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire préalablement testé et ont porté sur les :

- Caractéristiques socio démographiques : l'âge de la femme, le statut matrimonial, la profession et le niveau d'instruction de la femme;
- Caractéristiques gynéco-obstétricales : le nombre d'enfants et la consultation dans un service de Planification Familiale (PF);
- Perceptions sur le continuum de soins maternels : ce que les femmes pensaient des services de santé maternelle et infantile, ce que les femmes pensaient du continuum de soins maternels, raisons de la désapprobation du continuum de soins maternels, parler des soins maternels avec son partenaire, raisons pour lesquelles les femmes ne parlaient pas des soins maternels avec leur partenaire/mari.

Analyse des données

Les données ont été saisies sur le logiciel Epidata 3.1 et analysées au moyen du logiciel Epiinfo 6.1. Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectif et de pourcentage pour chacune de leurs modalités. Les variables quantitatives, elles, ont été décrites en termes de moyenne et écart-type.

Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été validé par le comité scientifique de l'Unité de Formation et de Recherche Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan. Le consentement oral et éclairé des femmes en âge de procréer a été obtenu. Les adolescentes ont participé à l'étude après l'accord de leurs tuteurs légaux.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques et gynéco-obstétricales des femmes

Au total, 141 femmes ont participé à l'étude sur un total de 152 femmes contactées, soit un taux de participation de 82,76%.

L'âge moyen des femmes était de 26,39±6,21 ans. Environ 80% des femmes vivaient en couple et 42,5% étaient des ménagères. La proportion de celles qui n'avaient aucun niveau d'instruction était de 46,8%. La moitié d'entre elles avait 1 à 2 enfants (50,14%). Le service de planification familiale était fréquenté par 43,97% des femmes interrogées.

Perception des femmes sur le continuum de soins maternels

Les caractéristiques des services qui ont été trouvées bénéfiques étaient l'existence des services de santé maternelle (93,62%) et du continuum de soins maternels (88,65%). Les raisons évoquées par les six femmes qui ont désapprouvé le continuum de soins étaient leur inefficacité (6/6) et le coût élevé (5/6). Plus des Trois-quarts des femmes (110 ;78,01%) parlaient des soins maternels avec leur partenaire. Pour celles qui ne le faisaient pas au nombre de 31, la raison principale était le manque d'intérêt de celui-ci (14/31 ; 45,16%) (Tableau I).

Discussion

Le jeune âge des femmes de notre étude peut s'expliquer par le fait qu'elles constituent la cible des programmes de santé de la reproduction. Habte et al, en Éthiopie ont fait la même observation avec une moyenne d'âge de 28,84 (+/- 5,30) dans leur étude [8]. Notre étude a montré que les femmes pensaient que l'existence des services de santé maternelle et du continuum de soins maternels était bénéfique. Des résultats similaires ont été obtenus par Tiruneh en Éthiopie où la plupart des communautés de leur zone d'étude avaient des attitudes positives vis-à-vis du continuum de soins maternels [4,9]. Selon Bohren et al, dans les milieux à faible revenu, les perceptions des communautés sur les programmes et services de santé affectent énormément l'utilisation des services de santé maternelle [10]. On devrait donc s'attendre à une utilisation élevée des services de continuum de soins maternels dans notre zone d'étude.

Limites

Les principales barrières étaient la langue et les souvenirs sur la fréquentation des centres de santé. Mais ces biais ont été minimisés par l'utilisation des Agents de Santé et Engagement Communautaire comme aides lors des enquêtes et la limitation de l'âge du dernier enfant à moins de deux ans.

Conclusion

La majorité des femmes en âge de procréer avait une bonne perception du continuum de soins maternels. Aussi, est-il nécessaire de promouvoir l'approche « continuum de soins maternels » par les autorités en vue de réduire le fardeau des décès maternels grâce à l'éducation à la santé et l'implication des communautés.

Remerciements

Nous remercions la communauté, les chefs des villages ainsi que les Agents de Santé et Engagement Communautaire pour leur disponibilité et contribution.

Références

1. Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn JE.
2. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet*. 2007 ;370(9595) :1358-69.
3. Emi Suzuki & Haruna Kashiwase. UNICEF, Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Groupe de la Banque mondiale, Division de la population des Nations Unies, Fonds des Nations Unies pour la population. 2019. <https://blogs.worldbank.org/fr/opendata/malgre-des-progres-importants-15-000-enfants-et-800-femmes-meurent-encore-chaque-jour-de-UNICEF>. 2008. [cité 27 août 2020]. Disponible sur: <https://news.un.org/fr/story/2008/09/139642>
4. Institut National de la Statistique, Côte d'Ivoire. Enquête Démographique et de Santé. 2021. Indicateurs clés. Disponible sur <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR140/PR140.pdf>
5. Institut Nationale de statistique (INS). Répartition de la population de nationalité ivoirienne selon les ethnies. 2014. Disponible sur <http://www.ins.ci/n/documents/rgph/ABIDJAN.pdf>
6. Schwartz D, Lellouch J. Attitude de recherche ou attitude pragmatique dans la formulation d'un problème, avec référence particulière aux essais thérapeutiques. *Revue de statistique appliquée*, 1965 ; 13 (4), 11-19. Disponible sur http://www.numdam.org/article/RSA_1965__13_4_11_0.pdf
7. Mohan, D., LeFevre, A.E., George, A., Mpembeni, R., Bazant, E., Rusibamayila, N. Analysis of dropout in the maternal health care continuum in Tanzania: Results from a cross-sectional household survey. *Health Policy and Planning*, 2017; 32 (6) 791-799. Disponible: sur <https://academic.oup.com/heapol/article/32/6/791/3073704?login=false>
8. Habte, A., Gebiremeskel, F., Shewangizaw, M., Dessu, S., Glagn, M. Uptake of complete postnatal care services and its determinants among rural women in Southern Ethiopia: Community-based cross-sectional study based on the current WHO recommendation. *PLoS One*, 2021 ; 3;16(2):e0246243. doi: 10.1371/journal.pone.0246243.
9. Tiruneh GT, Demissie M, Worku A, Berhane Y. Community's experience and perceptions of maternal health services across the continuum of care in Ethiopia: A qualitative study. *PLoS ONE*, 2021; 16(8): e0255404. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255404>
10. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gu Imezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle- income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health*. 2014; 11(1):71. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-71> PMID: 25238684

Tableau I : Perception des femmes en âge de procréer sur le continuum de soins maternels des trois villages de 2020 à 2021

Caractéristiques	Effectif (n)	Pourcentages (%)
Ce que les femmes pensaient de l'existence des services de santé maternelle et infantile (N=141)		
- <i>Bénéfique</i>	132	93,62
- <i>Non bénéfique</i>	9	6,38
Ce que les femmes pensaient du continuum de soins maternels (N=141)		
- <i>Bénéfique</i>	125	88,65
- <i>Non bénéfique</i>	6	4,25
- <i>Ne sait pas</i>	10	7,1
Raisons de la désapprobation du continuum de soins maternels (N=6)		
- <i>Services pas efficaces</i>	6	100
- <i>Trop chers</i>	5	83,33
- <i>Manque de temps</i>	1	16,67
Parlez des soins maternels avec votre partenaire /mari		
- <i>Oui</i>	110	78,01
- <i>Non</i>	31	21,99
Raisons pour lesquelles les femmes ne parlaient pas des soins maternels avec leur partenaire/mari (n=31)		
- <i>Manque d'intérêt du partenaire</i>	14	45,16
- <i>Peur</i>	9	29,03
- <i>Négligences</i>	9	29,03
- <i>Autres</i>	3	9,67

Source : enquête de terrain, Novembre 2020

Évaluation du potentiel de passage à grande échelle pour les Soins Mère Kangourou en Côte d'Ivoire: une étude par approche mixte auprès d'informateurs clés

Auteurs : Kourouma KR^{1,2}, Agbré-Yacé ML^{1,2}, Doukouré D^{1,2}, Cissé L³, Some-Méazieu C³, Diomandé BM⁴, Kouakou VK⁵

1. Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction de Côte d'Ivoire
2. Institut National de Santé Publique, Côte d'Ivoire
3. Centre Hospitalier Universitaire de Treichville, Côte d'Ivoire
4. Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant, Côte d'Ivoire
5. UNICEF Bureau Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : kkouroum@gmail.com

Résumé

Introduction

En Côte d'Ivoire, la prématurité est la première cause de décès chez les nouveau-nés. Les Soins Mère Kangourou (SMK) constituent une alternative aux couveuses avec une diminution significative de la mortalité chez les prématurés. Cette étude avait pour objectif d'évaluer le potentiel de passage à grande échelle des SMK dont la première unité a été ouverte en 2019.

Méthodes

Une enquête par questionnaire et des entretiens ont été réalisés auprès de 14 informateurs clés ou personnes ressources.

Résultats

Selon les informateurs clés, le passage horizontal à grande échelle est le plus approprié avec des stratégies visant la pérennité des SMK à travers la mobilisation des coûts, la mise en place des infrastructures, le recrutement d'un personnel de mise en œuvre, la diffusion et le plaidoyer.

Conclusion

Le passage à grande échelle des SMK nécessite l'élaboration d'un plan de mise à échelle par le Ministère en charge de la Santé et ses partenaires. Ce plan devra adopter des stratégies visant entre autres le renforcement des capacités, la stabilisation des ressources et la résilience des structures dans lesquelles les Soins Mère Kangourou sont intégrés.

Mots-clés : soins mère kangourou, prématuré, potentiel de passage à grande échelle, mortalité néonatale, Côte d'Ivoire

Abstract

Introduction

In Côte d'Ivoire, prematurity is the leading cause of death among newborns. Kangaroo Mother Care is an alternative to incubators with a significant decrease in mortality among these premature infants. The objective of this study was to assess the potential for scaling up of Kangaroo Mother Care, the first unit of which was opened in 2019.

Methods

A questionnaire survey and interviews were conducted with 14 key informants.

Results

According to the key informants, horizontal scaling up is most appropriate with strategies aimed at sustainability of Kangaroo Mother Care through resources mobilization, organizational process (infrastructure, implementation staff), dissemination and advocacy.

Conclusion

Scaling up Kangaroo Mother Care requires the development of a Kangaroo Mother Care scaling-up plan by the Ministry of Health and its partners. This plan should adopt strategies that aim, among other aspects, at capacity building, resource stabilization and resilience of the structures in which Kangaroo Mother Care are integrated.

Keywords: Kangaroo mother care, preterm babies, scalability, neonatal mortality, Côte d'Ivoire

Introduction

Les Soins Mère Kangourou (SMK) permettent de réduire de 50% le risque de décès et de morbidité chez les nouveau-nés prématurés et ayant un faible poids à la naissance par rapport aux soins conventionnels [1]. La méthode, initiée en 1973 en Colombie pour pallier le manque de couveuses, a été adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2003, comme un moyen efficace de répondre au besoin de chaleur, d'allaitement au sein, de protection contre les infections, de stimulation, de sécurité et d'amour du nourrisson [2]. La méthode est alors recommandée en alternative aux couveuses dans les pays où la majorité des naissances prématurées surviennent et les ressources sont limitées, tels que ceux d'Afrique Subsaharienne [3].

La méthode SMK est simple, peu coûteuse, efficace et comprend trois composantes essentielles : le contact peau-à-peau en position kangourou, la nutrition du bébé prématuré ou de petit poids de naissance et la sortie en position kangourou [2]. De nombreux pays ont adopté la méthode, tels que l'Indonésie, le Malawi, le Ghana et le Mali à travers l'adoption du Plan d'Action pour Chaque Nouveau-né (ENAP) [4,5].

En Côte d'Ivoire où la prématurité est la première cause de décès néonatal, le Ministère en charge de la Santé a inscrit dans son plan ENAP en 2018, les SMK comme une des interventions à haut impact pour la réduction de la mortalité et la morbidité chez les petits poids de naissance et les prématurés [6]. Ainsi, la première unité SMK a été ouverte au CHU de Treichville en 2019, suivi de six autres en 2020 dont celles de Korhogo, Bouaké et Odienné. Deux études menées sur la méthode SMK en Côte d'Ivoire ont montré une bonne acceptabilité de la méthode, et ont permis d'identifier les barrières et facilitateurs à sa mise en œuvre [7,8]. Cependant, pour un ancrage solide des SMK dans les politiques, les programmes et les prestations de soins, il est important de mettre en place une stratégie de passage à grande échelle. Cette étude avait pour objectif d'évaluer le potentiel de passage à grande échelle des SMK.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude de cas par approche mixte, quantitative et qualitative auprès de quatorze

informateurs clés ou personnes ressources. L'étude a été réalisée de septembre à octobre 2020. La population cible provenait du Programme National de Santé Mère Enfant (03), des structures sanitaires membres du réseau de périnatalité à savoir les hôpitaux généraux de Port-Bouët (02), Koumassi (02), Marcory (02) et Treichville (01). Quatre personnes de l'Unité SMK du CHU de Treichville qui avait une forte expérience dans les soins SMK ont également participé à l'étude. Deux méthodes de collecte des données ont été utilisées : l'enquête par questionnaire suivie d'entretiens semi-dirigés. Le cadre conceptuel Expandnet de l'OMS sur le passage à grande échelle adapté aux SMK, a guidé l'étude [9].

Dans l'enquête par questionnaire, l'outil ISAT (Outil d'Évaluation du Passage à Grande échelle d'une intervention) a été adapté et utilisé pour identifier les points forts et les points faibles actuels pour un passage à grande échelle des SMK. Cet outil est constitué de trois sections (A, B et C) dont les deux premières comprennent cinq domaines chacune. La section A relative au contexte comprend les domaines suivants : le problème, l'intervention, le contexte stratégique/politique, les indices de l'efficacité de l'intervention, le coût et les avantages de l'intervention. La section B relative à la planification de la mise en œuvre des SMK aborde les domaines suivants : adhésion et adaptation, portée et acceptabilité, cadre et personnel de mise en œuvre, infrastructure de mise en œuvre et pérennisation. Ces domaines sont évalués sur une échelle de Likert allant de 0 à 3 (0- pas du tout, 1-dans une faible mesure, 2- dans une certaine mesure ; 3- dans une large mesure). La troisième section (C), sur laquelle portent les analyses, est un récapitulatif des scores obtenus aux sections précédentes. L'outil a été envoyé par courriel aux informateurs clés qui disposaient de deux jours pour le renseigner. Les résultats de la phase quantitative ont permis d'ajuster le guide d'entretien dans l'approche qualitative. Les entretiens ont été réalisés en face à face, enregistrés et ont duré entre 20 et 30 minutes.

La moyenne des scores obtenus par domaines a été calculée. Les domaines ayant un score moyen inférieur à 2,5 ont été considérés comme des points faibles. Les entretiens ont été retranscrits, encodés dans le logiciel Nvivo® 12 et une analyse thématique a été réalisée.

Le protocole de recherche a obtenu l'approbation du Comité National d'Ethique de Côte d'Ivoire

(numéro de référence 125-20/MSHP/CNESVS-kp). Le consentement éclairé et écrit de tous les participants a été obtenu.

Résultats

Forme de passage à échelle souhaitée

Pour le passage à grande l'échelle, il a été retenu une approche horizontale progressive. L'intervention sera reproduite dans différents sites géographiques. Cet informateur-clé l'explique ainsi :

Selon moi le passage horizontal progressif convient le mieux, car les bonnes pratiques de SMK doivent être mises en œuvre de la même manière dans toutes les unités SMK tout en tenant compte des spécificités au niveau des régions. Cela permettra également de ne pas perdre certaines composantes essentielles des SMK. (Informateur-clé 10, 52 ans).

Domaines stratégiques choisis

Les domaines stratégiques retenus pour le passage à grande échelle étaient par ordre d'importance, la mobilisation des ressources, la diffusion et le plaidoyer, le processus organisationnel et le suivi-évaluation.

Il faut davantage communiquer sur les SMK, faire un plaidoyer pour mobiliser les ressources. En interne, il est également important de mieux organiser les SMK et poursuivre le suivi à travers des activités comme les staffs communs. (Informateur Clé 9, 42 ans)

Forces et faiblesses actuelles pour un passage à grande échelle

Sur les 10 domaines, 03 sont apparus comme des points faibles (Figure 1). Il s'agissait du cadre et du personnel de mise en œuvre (1,95/3), des infrastructures de mise en œuvre (2,0/3) et la pérennisation (2,3/3).

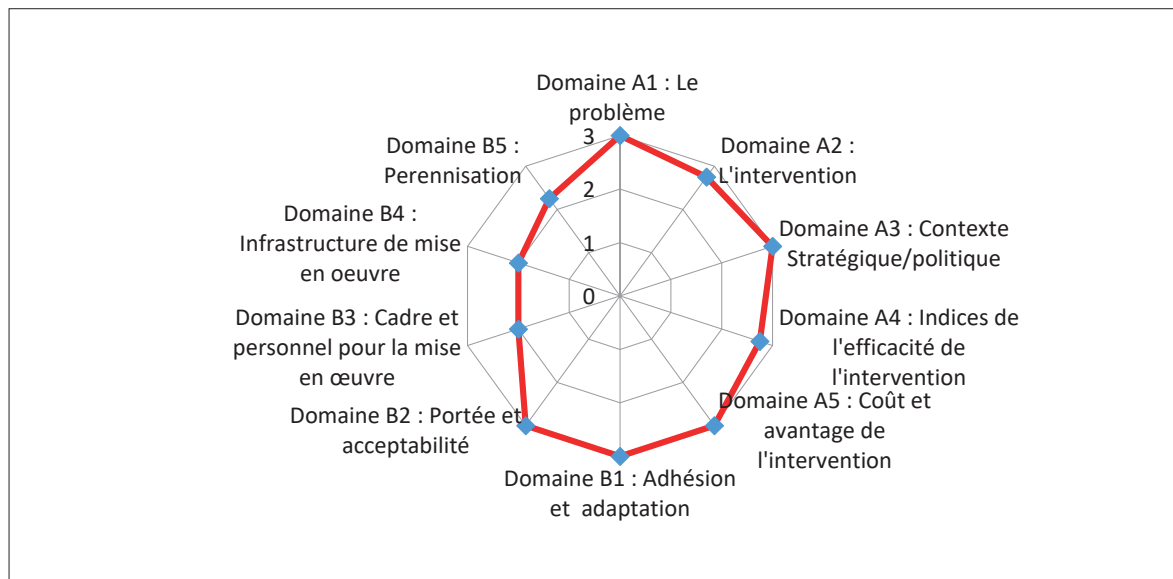


Figure 1 : Potentiel de passage à grande échelle des Soins Mère Kangourou en Côte d'Ivoire, en 2020, selon des informateurs clés (N=14)

Potentielles barrières au passage à grande échelle

Les barrières ont été identifiées à 3 niveaux : le cadre et personnel pour la mise en œuvre (B3), les infrastructures de mise en œuvre (B4) et la pérennisation (B5) (Figure 2)

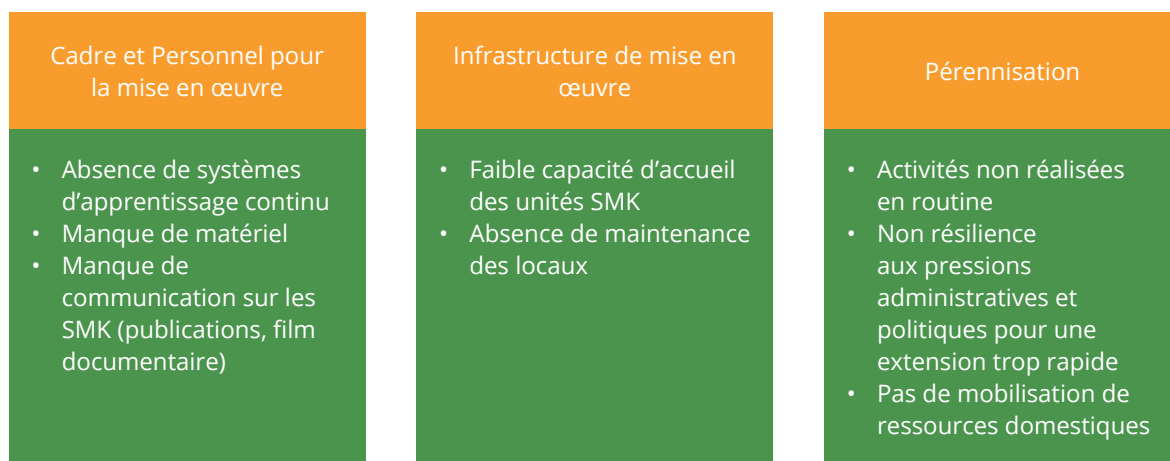


Figure 2 : Potentielles barrières au passage à grande échelle des Soins Mère Kangourou en Côte d'Ivoire, en 2020, selon 14 informateurs clés

Discussion

Le passage à grande échelle de manière horizontale a été plébiscité comme l'Éthiopie et l'Inde l'ont expérimenté avec efficacité. Il s'agit de modèles en trois phases :

- La phase pré-SMK avec des séances d'information et de sensibilisation lors des Consultations Pré Natales (CPN) ou par les agents communautaires
- La phase de mise en œuvre ou d'initiation des SMK au niveau de la structure de santé
- La phase de continuation des SMK en milieu communautaire [10]. Ce modèle a été adapté au contexte de chaque pays et soutenu à plusieurs niveaux. Au niveau des établissements de santé, les compétences des agents de santé ont été renforcées, l'organisation et la répartition des tâches dans les unités SMK a été effective. Au niveau communautaire, l'adhésion des femmes et les familles aux SMK a été obtenu. Enfin, l'engagement du gouvernement à doter les unités SMK en locaux, en personnel et matériel a été un atout important. L'adaptation de ce modèle au contexte de la Côte d'Ivoire avec le soutien des décideurs,

partenaires, professionnels de la santé et de la communauté permettra de lever les barrières identifiées dans notre étude.

- Pour minimiser le biais d'autocomplaisance habituellement retrouvé dans ce type d'études, nous avons interrogé les informateurs clés aussi bien sur les barrières internes et externes du passage à grande échelle.

Conclusion

La méthode SMK est une alternative aux couveuses et une méthode humanisante où le contact peau-à-peau avec la mère augmente les chances de survie du prématuré. La méthode présente un bon potentiel de passage à grande échelle. Il est donc important que le Ministère en charge de la Santé avec l'appui de ses partenaires élabore un plan de mise à échelle. Ce plan devra être soutenu par un engagement et leadership fort du gouvernement, des prestataires de santé et de la population. L'ouverture de plusieurs unités SMKs sur l'étendue du territoire permettra donc à de nombreuses mères et nouveau-nés de bénéficier de cette méthode innovante.

Remerciements

Nous remercions l'UNICEF pour le financement du projet.

Références

1. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(3):CD002771
2. Kangaroo mother care: a practical guide. [Internet]. [Cité le 18 nov 2022]. Available from: <http://www.who.int/publications-detail-redirect/9241590351>.
3. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller A-B, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health.* 2019; 7: e37–e46.
4. Kinshella M-LW, Hiwa T, Pickerill K, et al. Barriers and facilitators of facility-based kangaroo mother care in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021; 21: 176.
5. Seidman G, Unnikrishnan S, Kenny E, et al. Barriers and enablers of kangaroo mother care practice: a systematic review. *PloS One.* 2015; 10: e0125643.
6. Plan d'action chaque nouveau-né 2018–2020. pdf. [Internet]. [Cité le 18 nov 2022]. Available from: <https://www.unicef.org/cotedivoire/media/2546/file/Plan%20d'action%20chaque%20nouveau%20n%C3%A9%202018-2020.pdf>.
7. Kourouma KR, Agbré-Yacé ML, Doukouré D et al. Barriers and facilitators to kangaroo mother care implementation in Cote d'Ivoire: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2021 ; 9;21(1):1211.
8. Doukouré D, Kourouma KR, Agbré Yacé ML et al. Acceptability of the Kangaroo Mother Care at the University Hospital of Treichville in Côte d'Ivoire. *J Public Health Afr.* 2022;13(3):2165
9. Organisation Mondiale de la Santé. Cadre Conceptuel Expandnet : Passage à grande échelle des interventions en Santé. <https://expandnet.net/>
10. Mony PK, Tadele H, Gobezayehu AG et al. Scaling up Kangaroo Mother Care in Ethiopia and India: a multi-site implementation research study. *BMJ Glob Health.* 2021;6(9):e005905.

Endémicité des plaies et facteurs socioculturels de prise en charge dans le district sanitaire de Tiassalé, Côte d'Ivoire.

Auteurs : Coulibaly ID^{1,2}, Koné BV^{2,3*}, Djané KA¹, Koffi DY^{2,3}, N`krumah RSAT^{1,2}, Bonfoh B²

1. Université Peleforo Gon Coulibaly, Korhogo, Côte d'Ivoire
2. Centre Suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire, Abidjan, Côte d'Ivoire
3. Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : email : bognan.kone@csrs.ci / Tél : +2250757300208

Résumé

Contexte

En Côte d'Ivoire, la lutte contre les plaies à travers la maîtrise des facteurs de risques et l'adhésion précoce des populations aux soins restent des défis majeurs. Cette étude a pour objectif d'analyser les facteurs d'expositions aux plaies, les connaissances, attitudes et pratiques les entourent dans le district sanitaire de Tiassalé.

Méthode

Une enquête transversale de type mixte a été conduite d'août à décembre 2019, auprès de 34 patients souffrant de plaies chroniques, pris en charge au pavillon de l'ulcère de Buruli de l'hôpital général de Taabo. Les données ont été collectées à l'aide d'un guide d'entretien et d'un questionnaire. Les données quantitatives ont fait l'objet d'analyse statistique tandis que les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique.

Résultats

Les activités dans l'environnement agricole ont été citées par 71% des patients comme le facteur d'exposition aux plaies. La chronicité tient au recours tardif car culturellement, les plaies sont classées en langue locale baoulé comme « *Kani* » ou plaies simples, ordinaires et « *Kani têh* » ou plaies anormales, métaphysiques. « *Kani* » et « *Kani têh* » et sont respectivement prises en charge à travers l'automédication et les tradithérapeutes. Le retard aux soins hospitaliers est lié aux coûts, à la perception de l'efficacité et à la durée du traitement.

Message de santé publique

La sensibilisation des populations à l'usage d'équipements de protection lors des activités agricoles, l'implication des agents de santé communautaire dans la prise en charge précoce contribuent à réduire le poids sociétal des plaies sur les ménages.

Mots clés : Plaies, facteurs socioculturels, facteurs de risques, Côte d'Ivoire

Abstract

Background

In Côte d'Ivoire, the fight against wounds through the control of risk factors and early adherence of the population to care remain a major challenges. The aim of the study was to analyse the factors of exposure to wounds, the knowledge, attitudes and practices surrounding them and the preferred care practices in the Tiassalé health district.

Method

A cross-sectional mixed method survey was conducted from August to December 2019, among 34 patients with chronic wounds, referred to the Buruli ulcer ward of Taabo General Hospital. Data were collected using an interview guide and a questionnaire. Quantitative data as well as thematic content were analysed.

Results

Activities in the agricultural environment were cited by 71% of patients as the factor of exposure to wounds. The chronicity is due to the late recourse because culturally, wounds are classified in the local Baoule language as "*Kani*" or simple, ordinary wounds and "*Kani têh*" or abnormal, metaphysical wounds. "*Kani*" and "*Kani têh*" are respectively managed through self-medication and traditional therapists. Delay in late hospital care is related to cost, perceived effectiveness and duration of the treatment.

Public health message

Raising awareness among the population about the use of protective equipment during agricultural activities, and involving community health workers in early detection and care, help to reduce the societal burden of wounds on households.

Key words

Wounds, socio-cultural factors, risk factors, Côte d'Ivoire

Introduction

En Afrique subsaharienne, les plaies sont issues de blessures traumatiques, de brûlures et d'ulcères infectieux liés aux maladies tropicales négligées endémiques (1). En Côte d'Ivoire, les zones rurales sont confrontées à une forte prévalence de maladies tropicales négligées à manifestation cutanée et à de nombreuses autres causes de plaies (1). La lutte contre les ulcères infectieux cutanés a donné un élan aux initiatives de traitement des plaies, en particulier pour l'ulcère de Buruli dans les zones endémiques (2). Ces initiatives ont inclus la construction de centres de soins spécialisés et l'intégration du traitement de l'ulcère de Buruli dans le système de santé national (2). En plus de ces initiatives spécifiques aux ulcères infectieux, d'autres services de traitement des plaies, notamment la chirurgie, sont intégrés dans le système de santé national dans les centres de santé primaire, les hôpitaux généraux et les centres spécialisés. Cependant, malgré ces efforts et les initiatives mises en œuvre, l'exposition des populations aux plaies et les difficultés liées à leur prise en charge précoce, restent des préoccupations majeures. En effet, les populations vivant dans les zones rurales restent fortement confrontées à de multiples facteurs de risque de plaies à la précarité de leur condition de vie et les activités de routine quotidiennes. L'ulcère de Buruli retrouvé principalement dans les zones rurales est corrélé aux activités des populations et aux modifications environnementales intervenues dans ces espaces ces dernières années (3). De même, l'insuffisance des services sociaux de base comme l'accès à l'eau potable dans ces milieux renforce par manque d'hygiène, l'exposition des populations à cette maladie cutanée responsable de plaies chroniques. D'autres études ont ciblé les outils du travail agricole comme des facteurs prépondérants de blessures. Ces outils seraient fréquemment impliqués dans les blessures en particulier chez les agriculteurs (4). Enfin, la pollution de l'air à travers la poussière, a été également soulignée comme un facteur favorable au développement de certaines maladies de peau responsables de plaies telles que les eczéma, dans les zones rurales d'Afrique subsaharienne (5). Sur le plan de la prise en charge, la gestion des plaies dans le contexte rural reste confrontée à des barrières sociales, économiques, infrastructurelles et politiques. Les facteurs socioculturels qui s'expriment sous la forme de croyances, de savoirs populaires et de pratiques endogènes restent dominants et struc-

turent en général les attitudes des populations face aux plaies. Ces croyances influencent à la fois la perception de leur gravité et les modalités de prise en charge nécessaires à la guérison (6). Elles conduisent dans certains cas à des retards de consultation des services de santé avec à la clé une aggravation des plaies entraînant des infirmités, des amputations même à la mort.

En Côte d'Ivoire, les données sur les conditions d'exposition des populations aux plaies et les croyances qui les entourent, sont encore en grande partie limitées à l'ulcère de Buruli (3,7). Au-delà de cette maladie cutanée, les travaux relatifs aux circonstances d'exposition aux plaies en général en milieu rural et les croyances et pratiques qui les entourent sont parcellaires. L'objectif général de cette étude était donc d'analyser les circonstances d'exposition aux plaies, les croyances populaires qui les entourent et les pratiques de soins privilégiés dans le district sanitaire de Tiassalé en Côte d'Ivoire.

Méthodes

Une enquête transversale suivant une approche transdisciplinaire a été conduite d'août à décembre 2019 auprès d'un échantillon de 34 patients souffrant de plaies orientées à l'unité de traitement de l'ulcère de Buruli de l'hôpital général de Taabo. Les malades ont été recrutés au fur et à mesure avec l'appui des agents de santé communautaire dans la détection des cas à référer au service de santé pour leur prise en charge durant la période de l'étude. La collecte des données s'est effectuée à l'aide d'un questionnaire et d'un guide d'entretien individuel. Le questionnaire a été administré à l'ensemble des patients tandis que pour le volet qualitatif, les entretiens individuels ont été conduits auprès des patients âgés, adultes ou de parents accompagnants certains malades. Un total de 22 interviews individuelles a ainsi été réalisées. Les informations quantitatives recherchées étaient relatives aux circonstances courantes d'expositions aux plaies et aux facteurs de risques qui en sont liés. Au niveau qualitatif, les thématiques abordées étaient relatives aux connaissances attitudes et pratiques autour des plaies. L'ensemble des données ont été analysées dans la perspective de la sociologie compréhensive de Max Weber, visant à dégager le sens que les acteurs sociaux donnent à leurs comportements dans l'environnement social.

Autorisation du comité éthique national

Cette étude a été enregistrée sous le numéro : #2 : IRB000111917 auprès du comité national d'éthique de la science de la vie et de la santé de Côte d'Ivoire. Pour garantir les droits des participants, un consentement éclairé (oral et écrit) a été obtenu de leur part avant la collecte des informations. Tous les patients ont suivi le traitement gratuit jusqu'à la guérison en utilisant le protocole standard de l'OMS associé à un complément alimentaire.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques et économiques des répondants

Le sex-ratio Hommes/Femmes était de 0,88 avec 53% (=18) de femmes et 47% (n=16) d'hommes. La catégorie d'âge la plus représentée était celle de 10-20 ans (56%). Les répondants avaient majoritairement un niveau d'étude primaire (68%). Les conditions d'exposition aux plaies et les facteurs de risques incriminés sont présentés dans le tableau I.

Tableau I : Contexte d'exposition et principaux facteurs incriminés dans la pathologie en cours

Environnement et facteurs de risques	Fréquences
Circonstances courantes d'exposition aux plaies	
Pendant les activités agricoles	71
Pendant les travaux domestiques	29
Principaux facteurs de risques	
Outils de travail : machettes et daba	56
Débris de bois	18
Animaux	14
Jeux : natation, chasse etc...	12

Pour plus de la moitié (71%) des patients, les plaies surviennent principalement au cours des activités agricoles. Les principaux facteurs couramment responsables de plaies dans le cadre de ces activités, étaient les instruments de travail (56%). Les entretiens individuels ont traduit de manière plus explicite cette réalité à travers les récits suivants.

« C'est durant les activités au champ que nous nous blessons le plus souvent ici. Et c'est soit la machette ou la daba en général. Souvent tu travailles et quand tu veux couper quelque chose, la machette peut rater soit le bois soit la semelle et venir frapper ton corps ou tes pieds ou tes mains. Le sang commence alors à couler en même temps. Enfants oh, grand oh, personne ne peut te dire qu'il ne se blesse pas beaucoup ici avec machette ou bien daba ». **K. L, 65 ans (H)**

« Vous savez qu'on est toujours dans les champs, on ne porte pas de bottes, de longues chaussures là-bas. Donc, il y a des choses qui nous font mal sans qu'on le sache. Mais ce qui est important, ce sont les blessures de machette et le bois qui pique quand on monte dessus. Aussi la plupart du temps, nous voyons des serpents et malheureusement, ils nous mordent parfois. Nous le savons mais, c'est notre travail ». **K. D, 25 ans(H).**

Avec l'émergence des plaies, les systèmes de croyances et pratiques de soins sont exposés dans le tableau II ci-dessous.

Tableau II : Catégorisation locale des plaies et pratiques de soins privilégiés

Noms locaux	Type de plaies	Nature biomédicale	Perception de la gravité	Pratiques de soins privilégiés
"Kani"	Plaies naturelles (liées aux activités quotidiennes et dont l'origine est connue)	Plaies traumatiques	Faible et marginale (n'est pas une maladie)	Automédication (plantes, poudres, médicaments achetés hors pharmacie)
"Kani tēh"	Plaies métaphysiques (attribuées au mysticisme)	Plaies chroniques (ulcère de Buruli)	Forte et sévère (Maladie réelle)	Guérisseurs traditionnels ou tradithérapeutes

Culturellement, il ressort que les plaies sont localement distinguées en deux grandes catégories à savoir celles dites simples ou ordinaires « Kan » et celles dites anormales ou métaphysiques « Kani têh ». Les « Kani » sont principalement gérées avec l'automédication tandis que les « Kani têh » font recours à des tradithérapeutes. Les propos des patients illustrent bien ces faits :

« Ce qu'on dit "Kani" là, c'est des plaies normales dont on sait d'où elles viennent. Quand une machette t'a coupé, tu sais que ça qui t'a blessé, tu peux voir et toucher. Quand un bois te blesse aussi, c'est pareil. Donc ce qu'on appelle "Kani", ce n'est rien, ce sont juste des blessures qu'on voit tous les jours et que tu sais ce qui a provoqué. Ces plaies sont faciles à soigner et guérissent rapidement et puis ça passe [...] Mais dès qu'on dit "Kani têh", c'est que c'est une mauvaise plaie. Ce ne sont pas de simples blessures à la machette, etc. Vous voyez l'ulcère de Buruli, par exemple, c'est ce qu'on appelle une mauvaise plaie. Ça ne finit pas vite et tu ne sais même pas d'où ça sort. Pour soigner, tu es obligé d'aller chercher quelqu'un qui connaît bien la maladie là, je veux dire un guérisseur. Sinon toi seule tu vas faire fatiguer à la maison, mais ça ne va pas finir même. Ça va te gêner ». Z. C, 33 ans (F)

Dans ce contexte, le recours systématique vers les services de santé n'est le plus souvent pas privilégié. D'après la majorité des patients ou de leurs parents (81%), les soins hospitaliers sont perçus comme coûteux et parfois moins efficaces par rapport aux soins endogènes tels que l'automédication ou le guérisseur traditionnel.

« On ne se lève pas comme ça pour aller à l'hôpital quand on a une plaie. Ce qui nous fatigue avec l'hôpital ce sont les problèmes de moyens comme consultations et ordonnance. On n'a pas de l'argent et puis tu vas aller, tu vas devoir faire des dépenses alors que y'a pas petites dépenses là-bas. Tu peux aller là-bas avec 500 Fcfa. Si tu n'as rien sur toi c'est au moins 5000 Fcfa. pour aller à l'hôpital » K. A, 53 ans (F).

Discussion

Dans cette étude, les activités agricoles ont été identifiées selon les répondants comme le principal contexte d'exposition aux plaies. Culturellement, celles-ci sont distinguées en catégories dites « Kani » plaies simples ou ordinaires, « Kani

têh » plaies anormales ou métaphysiques et sont principalement prises en charge à travers l'automédication et auprès des tradithérapeutes. Les soins hospitaliers sont perçus comme coûteux et moins efficaces par rapport aux soins endogènes. Au Cameroun, Landier *et al* ont également relevé que dans les régions rurales, les blessures survenaient essentiellement dans le cadre des activités agricoles (9). Les croyances culturelles autour des plaies et les pratiques de soins privilégiées sont les mêmes que celles trouvées au Ghana et au Congo-Brazzaville sur les facteurs culturels autour des plaies d'ulcère de Buruli (6, 10). Il ressort de ces études que les plaies y sont distinguées en plaies dites simples et d'autres jugées mystiques lorsque la durée du traitement s'allonge (6). Le recours prépondérant aux soins endogènes à la gestion des plaies a été fortement mis en évidence dans une étude socioculturelle au Congo (10). Le rôle des agents de santé communautaire a été utile dans la détection des cas et leur référence.

Conclusion

Les activités agricoles en milieu rural constituent des pratiques d'exposition aux plaies. Les sensibilisations axées sur la protection et l'hygiène corporelle peuvent avec l'appui des agents de santé communautaire réduire l'exposition aux plaies dans le cadre de ces activités en milieu rural. Par ailleurs, la mise en œuvre d'une approche communautaire de recours précoce aux soins des plaies pourrait améliorer la santé des patients dans un contexte de confiance aux services de santé.

Remerciements

La recherche pour cet article a été menée dans le cadre de l'initiative DELTAS Afrique One-ASPIRE /DEL-15-008]. Afrique One-ASPIRE est financé par un consortium de donateurs comprenant l'Académie africaine des sciences (AAS), l'Alliance pour l'accélération de l'excellence scientifique en Afrique (AES), l'Agence de planification et de coordination du Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD), le Wellcome Trust [107753/A/15/Z] et le gouvernement britannique. L'étude a reçu le soutien financier de la Fondation Allemande Else Kröner Fresenius Stiftung.

Références Bibliographiques

1. Toppino, S., N'Krumah, R. T., Kone, B. V., Koffi, D. Y., Coulibaly, I. D., Tobian, F., & Junghanss, T. (2022). Skin wounds in a rural setting of Côte d'Ivoire: Population-based assessment of the burden and clinical epidemiology. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 16(10), e0010608.
2. Kanga JM, Kacou ED, Kouamé K, Kassi K, Kaloga M, Yao JK, et al. La lutte contre l'ulcère de Buruli. *Expérience de la Côte d'Ivoire*. *Bull Soc Pathol Exot.* 2006 ;99(1):34-8.
3. N'krumah RTAS, Koné B, Tiembre I, Cissé G, Pluschke G, et al. (2016). Socio-environmental factors associated with the risk of contracting Buruli ulcer in Tiassalé, South Côte d'Ivoire: A case-control study. *PLoS neglected tropical diseases*, 10(1), e0004327.
4. Bang F, McFaul S, Cheesman J, Do MT. Original quantitative research - The rural-urban gap: differences in injury characteristics. *Health Promot Chronic Dis Prev Can Res Policy Pract.* déc 2019;39(12):317-22.
5. Yotsu RR, Kouadio K, Vagamou B, N'guessan K, Akpa AJ et al. (2018). Skin disease prevalence study in schoolchildren in rural Cote d'Ivoire: Implications for integration of neglected skin diseases (skin NTDs). *PLoS neglected tropical diseases*, 12(5), e0006489.
6. Koka E, Yeboah-Manu D, Okyere D, Adongo PB, Ahorlu CK. Cultural understanding of wounds, Buruli ulcers and their management at the Obom sub-district of the Ga south municipality of the Greater Accra region of Ghana. *PLoS Negl Trop Dis.* 2016 ; 10(7):e0004825.
7. Adjet AA, Adou DL, et Konan DO. (2016). Itinéraires thérapeutiques pluriels et recours tardif des malades de l'ulcère de Buruli dans les centres de prise en charge dans le district sanitaire de Yamoussoukro (Côte d'Ivoire). *European Scientific Journal*, 12(30), 268.
8. Julie Fortin, L'ABC des méthodes d'échantillonnage (partie 2), En ligne], <https://blogue.som.ca/l-abc-des-methodes-d-echantillonnage-partie-2/>, consulté le 22/12/2022
9. Landier J, Boisier P, Fotso Piam F, Noumen-Djeunga B, Simé J, Wantong FG, et al. Adequate wound care and use of bed nets as protective factors against Buruli Ulcer: results from a case control study in Cameroon. *PLoS Negl Trop Dis.* nov 2011;5(11): e1392.
10. Kibadi K, Aujoulat I, Meyers WM, Mokassa L, Muyembe T et Portaels F. (2007). Étude des appellations et des représentations attachées à l'infection à *Mycobacterium ulcerans* dans différents pays endémiques d'Afrique. *Med Trop*, 67(3), 241-8.

Notes de synthèse

26

Adoption de la Checklist de l'OMS pour un accouchement sécurisé en Côte d'Ivoire

29

Mise en place d'une unité de Soins Mère Kangourou : expérience d'un partenariat entre une cellule de recherche et un service de pédiatrie

Adoption de la Checklist de l'OMS pour un accouchement sécurisé en Côte d'Ivoire

Auteurs : Bayo S^{1,2}, Doukouré D^{1,2}, Kourouma KR^{1,2}, Agbré-Yacé ML^{1,2}, Tano-Kamelan A^{1,2}, Essis ML^{1,2}, Manouan M^{1,2}

1. Institut National de Santé Publique, Côte d'Ivoire

2. Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction de Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : syntychebayo84@gmail.com

Résumé

Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé a élaboré et expérimenté une liste de contrôle communément dénommée « Checklist de l'OMS pour les accouchements sécurisés ». Notre objectif est de décrire le processus d'adoption de cette checklist en Côte d'Ivoire.

Méthodes

La première phase de mise en œuvre du projet en Côte d'Ivoire, a permis d'évaluer les déficiences en matière de qualité des soins intra partum ainsi que l'acceptabilité et la faisabilité de l'outil « checklist de l'OMS pour les accouchements sécurisés ». Cette checklist a été par la suite adaptée au contexte ivoirien par un groupe consultatif technique. Puis, un prétest a été réalisé afin de recueillir les observations des sage-femmes et gynécologues sur la checklist OMS ainsi que le format de présentation de l'outil dans les établissements sanitaires ivoiriens.

Résultats

Les principaux utilisateurs de la checklist de l'OMS se sont appropriés cet outil qui permet la réduction de la mortalité maternelle et néonatale par l'amélioration des bonnes pratiques pendant la période de l'accouchement et immédiatement après l'accouchement. Les formats A4 et Kakémono en assureraient une meilleure utilisation.

Conclusion

Une visite d'évaluation des sites permettra de convenir du meilleur emplacement au sein de services de soins maternel et néonatal.

Mots-clés : Checklist de l'OMS, accouchement sécurisé, établissements sanitaires.

Abstract

Introduction

The World Health Organization has developed and tested a checklist commonly referred to as the "WHO Safe Childbirth Checklist". This study aims to describe the adoption process of the WHO Safe Childbirth Checklist in Côte d'Ivoire.

Methods

The first phase of implementation of the project in Côte d'Ivoire made it possible to assess the deficiencies in terms of the quality of intrapartum care as well as the acceptability and feasibility of the «WHO checklist for safe births». This checklist was subsequently adapted to the Ivorian context by a technical advisory group. Then, a pre-test was carried out in order to collect the observations of midwives and gynecologists on the WHO Checklist as well as the presentation format of the tool in Ivorian health establishments.

Results

The main users of the WHO checklist have adopted this tool, which helps reduce maternal and neonatal mortality by improving good practices during childbirth and immediately after childbirth. The A4 and Kakémono presentation formats would ensure better use.

Conclusion

A site assessment visit will help agree on the best location within maternal and neonatal care services.

Keywords: Checklist OMS - Safe Childbirth - Health care facilities

Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a établi et expérimenté à grande échelle une liste de contrôle communément dénommée « checklist de l'OMS » pour un accouchement à moindre risque. C'est un nouvel outil d'aide à la décision à l'endroit des sage-femmes et gynécologues. Cette checklist est conçue pour cibler les principales causes de mortalité et de morbidité au cours de l'accouchement et durant la période néonatale précoce [1].

En 2016, l'édition pilote de cette checklist a fait l'objet d'une évaluation dans neuf pays. Cette première évaluation a permis de réviser en tenant compte des observations, avant de l'expérimenter sur le terrain dans l'État du Karnataka en Inde. Il est apparu que le recours systématique aux pratiques essentielles en matière d'accouchement fondées sur des données scientifiques est passé d'une moyenne de 10 pratiques sur 29 avant l'introduction de la checklist à environ 25 sur 29 après son introduction. À la suite de cette étude pilote au Karnataka, un vaste essai de contrôle aléatoire a été mis au point pour suivre 116 000 naissances dans l'Uttar Pradesh (État indien le plus peuplé). Cet essai du programme « Better Birth » se poursuit et déterminera l'effet de l'introduction réussie de la checklist sur les résultats sanitaires pour les mères et les nouveau-nés. Les résultats préliminaires issus des cinq premiers établissements participant à ce programme sont prometteurs [2].

En Afrique de l'Ouest, la « checklist de l'OMS » a été développée sous forme de projet de recherche multi-pays par un consortium de chercheurs du Burkina Faso (Institut de Recherche en Science de la Santé), de la Côte d'Ivoire (Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction de Côte d'Ivoire) et de la Guinée (Cellule de recherche en santé de la reproduction en Guinée CERREGUI) avec le soutien financier et technique du programme Human Reproductive Programme / Organisation Mondiale de la Santé. Cette note de synthèse décrit le processus d'adoption de cette checklist en Côte d'Ivoire.

Méthodes

Le projet, dans sa première phase, a permis d'évaluer les déficiences en matière de qualité des soins pendant l'accouchement en Côte d'Ivoire et au Burkina Faso ainsi que l'acceptabilité et la faisabilité de l'outil « checklist de l'OMS pour les accouchements sécurisés ». Dans la seconde phase, un groupe consultatif technique a adapté l'outil au contexte ivoirien. Puis, un prétest a été organisé dans chaque pays pour s'assurer de l'adhésion des utilisateurs à ce projet. Cette étape visait à recueillir les perceptions et les observations des sage-femmes et des gynécologues sur le contenu de la checklist OMS modifiée ainsi que le mode d'introduction de l'outil dans les établissements sanitaires.

En Côte d'Ivoire, ce prétest a été réalisé du 09 au 17 août 2022, à Abidjan précisément à l'Hôpital Général Yopougon Attié et au Centre Hospitalier Régional Abobo-Nord, qui comptent en moyenne 20 à 30 accouchements par jour. Une séance d'orientation a été faite en un jour. Pendant cette séance, l'équipe de recherche a expliqué le projet et formé les prestataires qui sont les sage-femmes et gynécologues, à l'utilisation de la checklist OMS modifiée.

L'élément essentiel recherché est que ceux-ci utilisent la checklist dans leur pratique quotidienne aux différents stades de l'accouchement : (i) à l'admission après examen initial, (ii) juste avant de pousser (ou avant la césarienne), (iii) peu après la naissance (une heure) et (iv) avant la sortie. Il s'agissait en outre de mettre l'accent sur la reconnaissance des signes des dangers encourus par la mère et/ou l'enfant.

Après cinq jours d'utilisation, une étude qualitative de type transversale a été faite avec des entretiens semi directifs auprès de 10 sage-femmes et 2 gynécologues dans chacune des structures de santé présélectionnées.

Concernant le contenu, l'outil a été apprécié pour sa clarté, sa pertinence et l'exhaustivité des items. Concernant les formats, ce sont les fiches A4 et les Kakémono qui ont été proposés. En effet, selon les utilisateurs le format A4 est plus large et facile à utiliser. Il présente en recto et verso les quatre

étapes de la checklist. Ils ont par ailleurs proposé l'utilisation de deux kakemonos, présentant chacun deux étapes de la checklist.

Justification et preuves

En 2015, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique du Mali en partenariat avec le projet USAID/ASSIST et en collaboration avec l'OMS a accepté l'utilisation de la Checklist pour un accouchement sécurisé. En prélude à la mise en œuvre sur le terrain, une série d'activités a été menée en phase préparatoire parmi lesquelles la formation en mai 2015 de 117 prestataires sur cet outil dans les districts sanitaires de Kéniéba (24 sites) et Kita (17 sites), considérés comme des districts de démonstration. Puis, dans les autres districts des Régions de Kayes et de Sikasso en 2016.

La première étude sur l'utilisation de la checklist au bloc opératoire a été réalisée au CHU Gabriel TOURE de Bamako par SOW F (2013) [3]. Il a été ainsi démontré que la Checklist de l'OMS est un outil indispensable permettant d'éviter de graves dommages à la mère et/ ou au nouveau-né au cours de l'accouchement et dans les heures qui suivent.

En 2015, cette check-list a été introduite dans quelques maternités au Mali. À la maternité de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes (HFDK), après une année d'utilisation, il a été observé une réduction de la mortalité maternelle et néonatale avec respectivement 13 cas de décès maternels sur 4 346 parturientes et 43 cas de décès sur 4 227 nouveau-nés en le comparant aux résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS-V), (taux de mortalité maternelle est de 368 pour 100000 naissances vivantes (NV) et néonatale est de 35 pour 1000 (NV) [4].

Cheickna KONARE (2020) a évalué l'impact de l'utilisation de la Checklist de l'OMS sur la surveillance du travail d'accouchement et des accouchées au Mali. Cette évaluation a montré un renforcement du système de référence et d'évacuation (hypertension artérielle, éclampsie, hémorragies du troisième trimestre, utérus cicatriciel, diabète, drépanocytose, hémorragie du post partum, ...) et aucun décès maternel n'avait

été enregistré [5].

Commentaire

L'introduction de la checklist de l'OMS pour un accouchement sécurisé est salubre pour réduire le taux de morbi-mortalité maternelle et néonatale. Son utilisation dans plusieurs pays a donné des résultats probants. Il est toutefois nécessaire de l'adapter au contexte du pays pour une utilisation efficace.

En Côte d'Ivoire, la Checklist de l'OMS adaptée est un outil facile à utiliser. Le prétest réalisé a montré que les principaux utilisateurs qui sont les sage-femmes et gynécologues, se sont appropriés cet outil. Sa vulgarisation aux formats A4 et Kakemono comme préconisé et son application correcte apporteront plus de rigueur dans la surveillance du travail d'accouchement et des suites de couches.

Références

1. OMS. 2016, Liste OMS de contrôle pour la sécurité de l'accouchement Guide de mise en œuvre. Genève, OMS, 64p.
2. WHO. (2017). Safe childbirth checklist collaboration evaluation report. Geneva: WHO; 65p.
3. Sow F. 2013 : Sécurité du patient au bloc opératoire du service de chirurgie général du CHU Gabriel Toure de Bamako. [Thèse de médecine]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako. N°13M207.
4. EDS- V Mali 2012-2013. Mortalité maternelle et néonatale, 203p.
5. Konaré C (2020). Utilisation de la check-list OMS pour un accouchement sécurisé en commune CVI du district de Bamako, [Thèses d'exercice de médecine générale], Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 125p.

Mise en place d'une unité de Soins Mère Kangourou : expérience d'un partenariat entre une cellule de recherche et un service de pédiatrie

Auteurs : Agbré-Yacé ML^{1,2}, Kourouma KR^{1,2}, Doukouré D^{1,2}

1. Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction de Côte d'Ivoire
2. Institut National de Santé Publique, Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : agbreyace@yahoo.fr

Résumé

Introduction

La méthode de Soins Mère Kangourou est une méthode simple et peu coûteuse qui constitue une alternative aux couveuses et permet d'améliorer la survie des nouveau-nés prématurés et de faible poids à la naissance.

Méthodes

En Côte d'Ivoire, la première unité de Soins Mère Kangourou a été ouverte en 2018, grâce à un partenariat entre la Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction de Côte d'Ivoire, l'UNICEF et le CHU de Treichville.

Résultats

L'appui de la cellule de recherche à la mise en place de l'unité SMK comprenait le renforcement de capacités en recherche, la formation clinique et le suivi évaluation. Un protocole de documentation du processus de mise en œuvre des SMK a été élaboré. La formation des formateurs sur les SMK a été faite en juin 2018, puis la formation des prestataires et l'ouverture de l'unité SMK du CHU de Treichville ont eu lieu en février 2019.

Conclusion

Ce partenariat devra être poursuivi afin d'aboutir à la production de données probantes sur l'efficacité de la méthode et motiver la mise en place d'unités de SMK dans tous les établissements de santé de Côte d'Ivoire.

Résumé : Soins mère kangourou, prématuré, mortalité néonatale, Côte d'Ivoire

Abstract

Introduction

Kangaroo Mother Care is a simple and inexpensive method that provides an alternative to incubators and improves the survival of premature and low birth weight newborns.

Methods

In Côte d'Ivoire, the first Mother Kangaroo Care unit was opened in 2018, thanks to a partnership between the Côte d'Ivoire Reproductive Health Research Unit, UNICEF and the Treichville University Hospital.

Results

The research unit's support for the establishment of the SMK unit included research capacity building, clinical training, and monitoring and evaluation. A protocol for documenting the KMS implementation process was developed. Training of SMKs trainers was done in June 2018, followed by providing training and the opening of the SMK unit at Treichville University Hospital in February 2019.

Conclusion

This partnership will need to be continued to lead to the production of evidence on the effectiveness of the method and motivate the establishment of SMK units in all health facilities in Côte d'Ivoire.

Keywords : Kangaroo mother care, premature, neonatal mortality, Côte d'Ivoire

Introduction

La méthode de Soins Mère Kangourou (SMK), qui préconise le contact «peau-à-peau» entre la mère et le nouveau-né, s'inspirant de la poche ventrale de la femelle kangourou qui lui sert à porter son petit après sa naissance, est une alternative aux soins hospitaliers standards pour les nourrissons de faible poids à la naissance.

Les SMK ont vu le jour dans le but d'aider les nouvelles mamans à mettre en place une routine de soins dont l'un des aspects consiste donc à porter leur nouveau-né contre leur poitrine de façon permanente ou intermittente pour permettre au bébé d'être dans une température qui lui convient et se reposer [1].

Ainsi, les SMK sont une alternative aux incubateurs [1,2]. Ils permettent d'améliorer la qualité des liens entre mère et enfant et de favoriser un allaitement réussi par le contact peau à peau précoce mère-enfant.

En Côte d'Ivoire, sur 1 000 naissances vivantes, 30 nouveau-nés de 0 à 28 jours perdent la vie et 31,6% de ces décès sont dus à la prématurité [3]. Le Ministère en charge de la Santé a inscrit dans son « Plan d'Action pour Chaque Nouveau-né » en 2018, les SMK comme une des interventions à haut impact pour la réduction de la mortalité et la morbidité chez les petits poids de naissance et les prématurés. Ainsi, à la suite de l'adoption de ce plan, la première unité SMK a été mise en place dans le cadre d'un partenariat tripartite entre la Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction de Côte d'Ivoire (CRESAR-CI), le CHU de Treichville et l'UNICEF.

Méthodes

Le processus de mise en place de la première unité de Soins Mère Kangourou au CHU de Treichville s'est déroulé de juin 2018 à février 2019. Elle a suivi les étapes suivantes : la réunion des parties prenantes, la rédaction du protocole sur la documentation de la mise en œuvre, la formation du personnel du personnel et l'inauguration de l'unité.

Réunion avec les parties prenantes

Dans le cadre du projet d'ouverture d'une unité de « Soins Mère Kangourou », un partenariat a été signé entre le service de Pédiatrie du CHU de

Treichville, la cellule de Recherche en Santé de la Reproduction/INSP et l'UNICEF. Le rôle de la CRESAR-CI était d'apporter un appui à la mise en place de l'unité, au renforcement de capacités en recherche du personnel de l'unité, à la formation clinique et au suivi évaluation. Le projet rédigé a été soumis à l'UNICEF en vue de mobiliser les fonds.

Rédaction du protocole sur la documentation de la mise en œuvre des SMK

Plusieurs séances de travail ont été organisées par l'équipe de chercheurs pour élaborer le protocole de recherche avec pour objectifs de :

- Mesurer la couverture des SMK ;
- Évaluer l'acceptabilité des SMK par les mères ;
- Identifier les barrières et les facilitateurs de la mise en œuvre des SMK ;
- Évaluer la fidélité de mise en œuvre des SMK ;
- Évaluer la pérennité et le potentiel de passage à échelle des SMK ;
- Réaliser le suivi et l'évaluation des indicateurs SMK.
- La collecte des données a été réalisée de septembre à novembre 2020.

Formation du personnel et inauguration de l'unité SMK

Un atelier a été organisé par UNICEF, du 04 au 08 juin 2018, à l'hôpital Kalafong de Prétoria (Afrique du Sud). Cet hôpital est un modèle pour la mise en œuvre des SMK et les revues des décès périnataux pour l'Afrique. L'atelier a vu la participation de plusieurs pays et avait pour objectif la formation des formateurs pays pour le renforcement des compétences des prestataires de soins dans les services de néonatalogie.

A la suite de la formation des formateurs, une session de formation de 36 formateurs en Côte d'Ivoire s'est tenue du 4 au 8 février 2019. La session a été animée par les formateurs formés à Pretoria, avec l'appui de personnes ressources du service de Pédiatrie du CHU de Treichville, de la CRESAR-CI/INSP, du Programme National de Santé Mère Enfant, de l'UNICEF et de l'OMS.

Le Ministère en charge de la Santé avec l'appui technique et financier de l'UNICEF à travers les Fonds Français Muskoka a réhabilité et équipé l'ancien centre de Thérapie par Réhydratation Orale (TRO) du CHU de Treichville pour le transformer en Unité de SMK comprenant un centre de formation à vocation nationale et sous-régionale. L'inauguration du Centre a eu lieu le 18 février 2019.

Justification et preuves

Les naissances prématurées se définissent comme les naissances survenant avant 37 semaines de gestation. Les nouveau-nés de faible poids de naissance sont ceux ayant un poids inférieur à 2 500 g [4]. Les nouveau-nés prématurés et de faible poids de naissance qui survivent à la période néonatale sont plus susceptibles de souffrir de morbidités néonatales comparés aux enfants nés à terme et de poids normal. Ces problèmes de santé peuvent être respiratoires, gastro-intestinaux, immunologiques, neurologiques, auditifs et ophtalmiques [5].

Une proportion importante de décès chez les nouveau-nés prématurés et de faible poids de naissance pourrait être évitée par la mise en place d'intervention simple et peu coûteuse comme les SMK. La méthode, initiée en 1973 en Colombie pour pallier le manque de couveuses, a été adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2003, comme un moyen efficace de répondre au besoin de chaleur, d'allaitement au sein, de protection contre les infections, de stimulation, de sécurité et d'amour du nourrisson [1]. Il est prouvé que les SMK, comparés aux soins néonataux conventionnels dans des contextes où les ressources sont limitées, réduisent de manière significative le risque de mortalité chez les nourrissons nés dans des établissements, cliniquement stables et pesant moins de 2000 g (6). Les SMK réduisent également le risque d'hypothermie, de maladie grave, d'infection nosocomiale et la durée du séjour à l'hôpital, tout en améliorant la croissance, l'allaitement et l'attachement mère-enfant [6,7].

Commentaires

La mise en place de l'unité SMK du service de Pédiatrie de CHU de Treichville représente une opportunité pour les mères de nouveau-nés prématurés et de faibles poids de naissances de bénéficier d'interventions, prometteuses et peu coûteuses, ayant un impact considérable sur le développement de leur enfant.

La mise en place de la première unité de SMK en Côte d'Ivoire a été possible à travers un partenariat tripartite cellule de recherche/partenaire technique et financier/établissement de santé. Ce partenariat constitue une bonne pratique compte

tenu du fait que l'absence de partenariat a été identifiée comme un frein à la mise en œuvre des SMKs [8].

Aussi, malgré une bonne acceptabilité de la méthode en Côte d'Ivoire [9], des stratégies doivent être mises en œuvre pour adresser les barrières à la mise en œuvre de cette intervention [10]. En effet, dans une évaluation systématique des goulets d'étranglement des systèmes de santé dans les pays à forte mortalité néonatale, d'importants obstacles à l'extension de la méthode SMK ont été identifiés, notamment en matière de leadership et de gouvernance, d'appropriation par la communauté et de partenariat, de financement, de disponibilité et de compétences du personnel, de prestation de services de santé et de systèmes d'information sanitaire [8].

Continuer la collaboration unité de recherche et partenaire au développement en vue d'apporter un appui aux acteurs de l'Unité de SMK à travers le renforcement des capacités des prestataires en méthodologie de recherche pour une meilleure documentation. L'obtention de données probantes et factuelles permettra le déploiement des SMK en Côte d'Ivoire.

Références

1. World Health Organization (2003). Kangaroo Mother Care. A practical guide. Geneva : World Health Organization; 2003. [Google Scholar]
2. Charpak N, Ruiz-Pelaez JG, Figueroa de CZ, Charpak Y. (1997). Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants 2000 grams : a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 1997 ;100 :682-68.
3. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique-Côte d'Ivoire (2018). Plan d'action chaque nouveau-né 2018-2020.pdf.88p. [Internet]. [Cité le 18 nov 2022]. Available from: <https://www.unicef.org/cotedivoire/media/2546/file/Plan%20d'action%20chaque%20nouveau%20n%C3%A9%202018-2020.pdf>.
4. Birthweight L. Country, Regional, and Global Estimate. New York: UNICEF, 2004.
5. Institute of Medicine Committee on Understanding Premature B. (2007). Assuring Healthy O. The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of

- Health. In: Behrman RE, Butler AS, editors. Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention. Washington (DC): National Academies Press (US). National Academy of Sciences, 2007.
6. Lawn JE, Mwansa-Kambafwile J, Barros FC et al. (2010). Kangaroo mother care to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. *Int J Epidemiol.* 2010;39: i144-54.
 7. Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL. (2014). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;4:CD002771.
 8. Engmann C, Wall S, Darmstadt G et al. (2013). Consensus on kangaroo mother care acceleration. *Lancet.* 2013 ;382 : e26-7.
 9. Doukouré D, Kourouma KR, Agbré Yacé ML, et al. (2022). Acceptability of the Kangaroo Mother Care at the University Hospital of Treichville in Côte d'Ivoire. *J Public Health Afr.* 2022 Oct 20;13(3):2165.
 10. Kourouma KR, Agbré-Yacé ML, Doukouré D. et al. (2021). Barriers and facilitators to kangaroo mother care implementation in Côte d'Ivoire: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2021 Nov 9 ;21(1) :1211.



Bon à savoir

.....

Note circulaire N°00103/2023 relative à l'élargissement de la cible de vaccination contre la COVID-19 aux femmes enceintes et femmes allaitantes en Côte d'Ivoire

.....



MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE LA
COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

Union-Discipline-Travail

LE DIRECTEUR DE CABINET

Note circulaire N° **00103**/2023 relative à l'élargissement de la cible de vaccination contre la COVID-19 aux femmes enceintes et femmes allaitantes en Côte d'Ivoire

Afin de renforcer la prévention de la COVID-19 chez les femmes enceintes et les femmes allaitantes, le cabinet a sollicité l'avis scientifique du Comité National d'Experts Indépendants pour la Vaccination et les Vaccins de Côte d'Ivoire (CNEIV-CI) par la saisine N° 05881 MSHP- CMU/CAB/DGS/INHP en date du 12 juillet 2022.

Conformément à l'avis CNEIV-CI N° 1/2022, le comité de veille a décidé d'étendre la vaccination contre la COVID-19 aux femmes enceintes et aux femmes allaitantes en Côte d'Ivoire.

En conséquence, j'invite tous les centres de vaccination COVID-19 à se conformer aux directives spécifiques ci-après, concernant cette cible. Ce sont :

- **l'administration exclusive du vaccin à ARN messager (Pfizer) aux femmes enceintes et allaitantes ;**
- **l'administration d'une dose unique de vaccin Pfizer, 6 mois après une infection à SARS-Co-V2, pour achever la primovaccination ;**
- **la co-administration des vaccins COVID-19 et d'autres vaccins autorisés pendant la grossesse ou l'allaitement.**

Pour rappel, le délai entre les 2 doses de vaccin Pfizer est de 8 semaines suivi d'un rappel (3ème et 4ème dose) 6 mois après.

Je demande à tous les acteurs de la vaccination contre la COVID-19 à se conformer à cette nouvelle disposition, tout en renforçant la surveillance des Manifestations Post Immunisation (MAPI) chez cette cible.

J'attache du prix à la mise en œuvre effective de cette directive.


Dr AKA Charles KOFFI

Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle - LE CABINET

.....

Arrêté N°00053 / MSHPCMU portant création et attributions et fonctionnement du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire

.....

MINISTRE DE LA SANTE,
DE L'HYGIENE PUBLIQUE
ET DE LA COUVERTURE
MALADIE UNIVERSELLE

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union – Discipline – Travail

ARRÊTE N° ⁰⁰⁰⁵³ / MSHPCMU DU ^{20.11.2021} PORTANT CREATION,
ATTRIBUTIONS ET FONCTIONNEMENT DU BULLETIN NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE
DE COTE D'IVOIRE

LE MINISTRE DE SANTE, DE L'HYGIENE PUBLIQUE ET DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

- Vu** la Constitution
- Vu** le décret n°91-651 du 09 octobre 1991, déterminant les attributions, l'organisation et le fonctionnement de l'Institut National de Santé Publique (INSP) ;
- Vu** le décret n°2021-465 du 08 septembre 2021 portant organisation du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle ;
- Vu** le décret n°2022-269 du 19 avril 2022 portant nomination du Premier Ministre, Chef du Gouvernement ;
- Vu** le décret n°2022-270 du 20 avril 2022 portant nomination des membres du Gouvernement ;
- Vu** le décret n°2022-301 du 04 mai 2022 portant attributions des Membres du Gouvernement ;
- Vu** l'accord entre International Association of National Public Health Institutes (IANPHI) à travers l'Université EMORY et l'Institut National de Santé Publique (INSP) ;

Considérant les nécessités de service,

ARRETE :

CHAPITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 : Il est créé, sous la coordination de l'Institut National de Santé Publique (INSP), le Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire, en abrégé BSP-CI.

Les attributions et le fonctionnement de ce Bulletin sont définis par le présent arrêté.



Article 2 : Le Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire a pour objectifs :

- de diffuser toutes informations relatives à la santé publique ;
- de disséminer les résultats de recherches ;
- de promouvoir les travaux des chercheurs et acteurs de la santé publique ;
- de favoriser la prise de décision basée sur les évidences ;
- d'aider à la mise à jour des directives de santé publique.

Article 3 : Le BSP-CI est alimenté, sans que la liste soit exhaustive, par des articles émanant :

- de toutes les structures du Ministère en charge de la Santé Publique ;
- d'autres instituts apparentés ;
- des recherches menées à tous les niveaux du système de santé national.

Article 4 : Le Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire est produit de façon trimestrielle. Il est diffusé principalement à travers une page Web spécifique, accessible au public et aux professionnels de la santé, avec un nombre limité d'exemplaires imprimés pour les principaux intervenants.

CHAPITRE II : LES ORGANES ET LEURS ATTRIBUTIONS

Article 5 : La mise en œuvre du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire est assurée par les organes suivants :

- Un Conseil Consultatif ;
- Un Comité de gestion ;
- Un Comité de rédaction.

SECTION 1 : LE CONSEIL CONSULTATIF

Article 6 : Le Conseil Consultatif a un rôle de conseil et d'appui auprès du Comité de gestion. A cet effet, il est chargé :

- d'orienter et superviser les travaux du Comité de gestion ;
- de faciliter la collecte de données et la production d'articles auprès des institutions et/ou départements ;
- de régler les problèmes et les conflits qui pourraient survenir au cours de la mise en œuvre du BSP-CI et de proposer des solutions ;
- d'interagir avec les partenaires extérieurs ;
- de valider les rapports, le bilan annuel et les travaux du Comité de gestion.

Article 7 : Le Conseil Consultatif est constitué de personnes choisies en fonction de leur position dans l'écosystème national de santé publique et du



rôle qu'ils pourraient jouer pour la promotion du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire.

Article 8 : Le Conseil Consultatif est composé comme suit :

- le Ministre chargé de la santé ou son représentant, Président ;
- le Directeur Général de la Santé ou son représentant, Vice-Président ;
- le Directeur de l'Institut National de Santé Publique ou son représentant, secrétaire ;
- le Directeur Général de la Recherche Scientifique ou son représentant ;
- le Directeur Pays de l'OMS ou son représentant ;
- le Directeur de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS) ou son représentant ;
- le Directeur de l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI) ou son représentant ;
- le Directeur de l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS) ou son représentant ;
- le Coordonnateur du FELTP (Field Epidemiology and Laboratory Training Program) Côte d'Ivoire ;
- le Directeur d'Afrique One Aspire (One Health) ou son représentant ;
- le Président de la Fédération Nationale des Organisation en Santé de Côte d'Ivoire (FENOSCI) ou son représentant ;
- un représentant du CDC (Centre of Diseases Control) Côte d'Ivoire ;
- un représentant de l'Université Félix Houphouët-Boigny ;
- un représentant de l'Université Alassane Ouattara ;
- un représentant de l'Université Nangui Abrogoua ;

Article 9 : Le Conseil Consultatif se réunit une fois tous les trimestres sur convocation de son Président ou de son représentant, et chaque fois que de besoins

Article 10 : Les convocations aux réunions sont faites sous formes de courriers physique et/ou électronique avec accusé de réception. Elles sont adressées aux membres, quinze (15) jours avant la date prévue.

Article 11 : Peuvent être invités à participer aux travaux du Conseil Consultatif, tout expert ou personne ressource dont l'expertise et/ou l'avis pourrait être requis sur un point inscrit à l'ordre du jour.

Article 12 : Les réunions du Conseil Consultatif donnent lieu à des comptes-rendus établis et signés par le Secrétaire et le Président.

Article 13 : Le Conseil Consultatif adresse un bilan annuel de mise en œuvre du BSP-CI au Ministre chargé de la santé.

SECTION II : LE COMITE DE GESTION

Article 14 : Le Comité de Gestion est mis en place pour l'exécution de toutes les activités de mise en œuvre du BSP-CI.

Article 15 : Le Comité de Gestion comprend :

- un Directeur de Publication ;
- un Directeur de Publication délégué ;
- un Rédacteur en chef ;
- trois Rédacteurs en chef adjoints ;
- un consultant/Coordonnateur Technique.

Article 16 : Le **Directeur de Publication** et le **Directeur de publication délégué**, principaux promoteurs du BSP-CI, ont pour rôles :

- de représenter et promouvoir le comité de gestion auprès du comité consultatif, des décideurs et des partenaires ;
- de communiquer au comité de gestion, les recommandations du comité consultatif ;
- de donner les orientations pour la production du bulletin ;
- de donner l'approbation finale avant la diffusion.

Article 17 : Le **Rédacteur en Chef**, chargé de la gestion du bulletin, a pour rôles :

- de superviser les travaux de production du bulletin, des membres du comité de rédaction, des prestataires externes et des partenaires ;
- d'intervenir dans le processus de révision ;
- d'assurer la définition des thèmes du BSP.

Article 18 : Les **Rédacteurs en Chef Adjoints**, chargés d'appuyer le Rédacteur en Chef, ont pour rôles :

- de lancer l'appel à publication ;
- d'examiner les articles pour s'assurer qu'ils répondent aux critères recommandés ;
- d'interagir avec les auteurs dans le processus d'amélioration des articles ;
- de solliciter des relecteurs externes en accord avec le rédacteur en chef ;
- d'organiser avec le comité de rédaction, la collecte, le traitement et la production de données ;
- d'assurer le suivi de la transmission des données et des articles par les partenaires ;
- d'identifier les sujets pertinents en collaboration avec le rédacteur en chef ;
- de contribuer à la rédaction des articles.

Article 19 : Un **Coordonnateur Technique**.



Il travaille sous la supervision du rédacteur en chef et a pour missions :

- d'aider à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie de communication ;
- de faire des rapports mensuels à l'INSP et au CDC sur les progrès, les défis, les priorités et les recommandations ;
- d'assurer le secrétariat de toutes les réunions organisées dans le cadre du BSP-CI ;
- d'assurer le suivi de toutes les activités en lien avec le BSP-CI ;
- d'assurer toutes autres tâches en lien avec la mise en œuvre du BSP-CI ;
- de publier et diffuser le document final approuvé du BSP-CI ;
- de collecter les feedbacks des lecteurs et des contributeurs du BSP-CI.

Article 20 : Le Directeur de l'INSP est le Directeur de Publication. Le Directeur de Publication délégué est le Sous-Directeur de la Formation et de la Recherche de l'INSP.

Le Rédacteur en chef est le responsable du Centre de Recherche et d'Etudes en Population, Politiques et Systèmes de Santé (CREPS) de l'INSP ;

Les trois (03) Rédacteurs en chef adjoints sont des personnels de l'INSP ayant validé la formation sur l'écriture scientifique du CDC et IANPHI, choisis pour leur disponibilité et leur implication dans la coordination du projet.

Article 21 : Le Comité de gestion tient des réunions de suivi tous les mois et se réunit autant de fois que de besoin, sur convocation du Directeur de Publication ou du Directeur de Publication délégué.

Article 22 : Toutes les réunions du comité de gestion donnent lieu à des comptes-rendus établis et signés par le Secrétaire de séance et le Directeur de Publication ou le Directeur de Publication délégué.

Article 23 : Le Rédacteur en chef, les Rédacteurs en chef adjoints et le Coordonnateur Technique tiennent des réunions de suivi tous les quinze (15) jours et se réunissent autant de fois que de besoin, sur convocation du Rédacteur en Chef.

SECTION III : LE COMITE DE REDACTION

Article 24 : Le Comité de Rédaction du BSP-CI soutient les processus de production et de diffusion du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire et est chargé :

- de veiller au respect de la politique éditoriale ;
- de réviser les articles reçus ;
- de collecter, d'extraire et d'analyser les données collectées ;
- de proposer des articles sur la base des données collectées.



Article 25 : Le Comité de Rédaction du BSP-CI, placé sous la responsabilité du Rédacteur en chef, est composé de toutes les personnes ayant validé la formation sur l'écriture scientifique selon les principes du CDC et IANPHI, et de toute personne jugée compétente

CHAPITRE III : FONCTIONNEMENT

Article 26 : Le comité de gestion définit la méthodologie de travail pour la publication du BSP-CI. Il peut faire appel à d'autres compétences pour l'accompagner dans sa mission.

Article 27 : Un point focal sera désigné par chaque entité identifiée comme partie prenante, en coordination avec le comité de gestion pour garantir la production d'articles par tous.

Ceux-ci recevront la formation sur l'écriture scientifique selon les principes du CDC et IANPHI.

Article 28 : La conception de la page Web, la publication et la diffusion du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire sont de la responsabilité de l'INSP

CHAPITRE IV : FINANCEMENT

Article 29 : Le financement du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire est assuré par l'INSP et ses partenaires. Dans un premier temps, il bénéficie du financement du Gouvernement Américain à travers l'Université Emory et le CDC-USA, dans le cadre du partenariat avec IANPHI.

Article 30 : A la fin de l'appui financier du Gouvernement Américain, le Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire sera inscrit au budget annuel de l'INSP, avec la possibilité de recherche de financements additionnels auprès de partenaires techniques et financiers publics et privés.

CHAPITRE V : DISPOSITIONS FINALES

Article 31 : Le Directeur de l'INSP est chargé de l'application des dispositions du présent arrêté.

Article 32 : Le présent arrêté sera publié au Journal Officiel de la République de Côte d'Ivoire et partout où besoin sera.

Ampliations

- Cabinet MSHPCMU
- Contrôle financier
- DAJC/Archives

Fait à Abidjan, le 28.01.2021



Pierre DIMBA



Agenda des rencontres scientifiques

Événement	Organisateur	Thème	Dates	Lieu
1ères Journées scientifiques	Hôpital Mère-Enfant Dominique OUATTARA	Santé du couple Mère-Enfant : Enjeux et Défis en 2023	27-28 Avril 2023	Hôpital Mère-Enfant Dominique OUATTARA
Les journées des cadres Supérieurs de la Santé	MUSACI	Santé Humaine, Animale et Environnementale : « One Health : une seule santé »	01-02 Juin 2023	Suprême Hôtel (Grand-Bassam)
Xème Congrès de la Société Ivoirienne de Pédiatrie	Société Ivoirienne de Pédiatrie	Santé de l'Adolescent : Défis et Perspectives	21-23 Juin 2023	Fondation Félix Houphouët-Boigny
3 ^{ème} Congrès de santé publique et engagement communautaire (Congrès CHE)	Filière Santé Publique de l'Université Félix Houphouët-Boigny (UFHB)	Déterminants de la santé et du développement communautaire	31 Août - 01 Septembre 2023	Pôle scientifique de l'UFHB de Bingerville
3 ^{ème} Congrès de Santé Publique - Côte d'Ivoire	Institut National de Santé Publique (INSP)	Promotion de la santé des jeunes : déterminants sociaux et environnementaux	23 - 24 Novembre 2023	INSP
1er Séminaire international sur « l'enseignement de l'éthique de l'Intelligence artificielle dans les universités africaines : Quels modules de formation ? »	Chaire UNESCO de Bioéthique de l'Université Alassane Ouattara de Bouaké	L'enseignement de l'éthique de l'Intelligence artificielle dans les universités africaines : Quels modules de formation ?	26 - 27 Octobre 2023	Bouaké

Appel à publications pour les trois (03) prochains numéros du bulletin de santé publique Côte d'Ivoire (BSP-CI) de l'année 2023

Types d'articles

- Articles complets
- Articles d'enquête sur les épidémies
- Notes de synthèse
- Notes de terrain

Contenu des articles

Toute thématique de santé publique basée sur des

- Programmes et/ou interventions en santé
- Réflexions sur une question de santé publique
- Retours d'expériences
- Résultats d'analyses de données de routine ou de recherche

Délais pour la réception des articles

- 30 mai 2023 pour le numéro 2
- 30 août 2023 pour le numéro 3
- 30 novembre 2023 pour le numéro 4

Recommandations aux auteurs disponibles sur

www.bsp.inspci.org

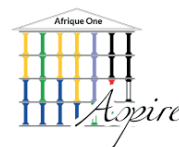


Partenaires institutionnels



GHSA | Global Health
Security Agenda
prevent, detect, respond!

CSRS
Centre Suisse de Recherches
Scientifiques en Côte d'Ivoire



Partenaires financiers



EMORY
UNIVERSITY

