



Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire



Juin 2023

Volume 001,
Numéro 2

SOMMAIRE

03 Éditorial

04 Articles complets

Diversité alimentaire et état nutritionnel des mères d'un quartier péri-urbain de Côte d'Ivoire

Auteurs : Tiadé ML, Aka AD, Ahoussou T, Kouamé J, N'Zi-Boa T, Biégo H

Diversité alimentaire et sources d'approvisionnement des aliments des ménages en zone rurale : cas du village de Kodjokro au sud-est de la Côte d'Ivoire

Auteurs : Tanoh EF, Méa BH, N'Gatta NS, Kouadio L

Évaluation d'un projet de développement communautaire en milieu rural en Côte d'Ivoire : leçons pour des soins de santé primaires équitables

Auteurs : Hounsa A, Bakayoko A, Ayékoé I, Desquith A, Boka M, Kouadio L

Accouchements non assistés à domicile : cas de deux villages du sud-est de la Côte d'Ivoire

Auteurs : Méa BH, Tanoh EF, N'Gatta NS, Coulibaly M

Utilisation du continuum des soins maternels lors de l'accouchement et du post-partum : Facteurs associés dans les quartiers précaires d'Allakro et Belleville-Cocody

Auteurs : Barry D, Akpa-Boni C, Kouakou KPL, Silué K, Olagboyé B

28 Note de synthèse

Promotion de la santé des populations : Expériences dans quatre quartiers précaires dans la commune de Cocody-Abidjan

Auteurs : Akpa-Boni C, Akpa AC Kouakou KPL, Olagboyé B, Amon D, N'guessan D, Kouassi C, Daba W, Messou R

34 Données de surveillance épidémiologique

Surveillance des maladies évitables par la Vaccination en Côte d'Ivoire : données de la semaine épidémiologique 22 de l'année 2023

Comité éditorial du BSP-CI : Kourouma KR, Adou D, N'Zi-Boa T, Sackou-Kouakou JG

Direction de Coordination du Programme Élargi de Vaccination : Okie BK, Aka M, Aman S, Aka L, Ekra KD.

41 Directives

Bon à Savoir

Calendrier vaccinal du Programme Élargi de Vaccination (PEV)

47 Agenda des rencontres scientifiques



Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire Volume 001 - N°02 Juin 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 Raïssa KOUROUMA-DOUMBIA

Rédacteur en chef adjoint :

Dr Djané ADOU

Coordonnateur technique :

Emmanuel DABO, African Science Communication Agency (ASCA)

Infographie et mise en page :

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

Relecteur

Dr Cyrille Julien Sylvain YORO,

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

- **Vandi Henry**, Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
- **Mamadou Diarrassouba**, Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
- **Amandine Zooneyndt-Ballart**, Emory University
- **Kimberly Koporc**, Public Health Bulletin Project Manager, CDC Foundation
- **Muna Yusuf Ainashe**, Emory University.
- **Dr Serge Dali**, chercheur, INSP
- **M. Oscar Attoungbré**, Comptable, INSP

Comité éditorial

Chers lecteurs,

Nous voici avec le deuxième numéro du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI). Pour rappel, ce bulletin 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.

Le présent numéro aborde la thématique de la santé communautaire avec des résultats qui viennent de quartier péri-urbain, quartiers précaires d'Abidjan et de communautés rurales du sud-est de la Côte d'Ivoire. La santé communautaire est un domaine de la santé publique qui engage une importante participation des populations elles-mêmes dans la gestion de leur propre santé. Cet engagement communautaire face aux problèmes de santé permet de resserrer les liens sociaux et fait naître le sentiment d'avoir son mot à dire dans le développement même de la communauté. Le développement de compétences et la responsabilisation des individus, des groupes et collectivités, sont des conditions essentielles pour améliorer plusieurs indicateurs de santé des populations.

Ainsi les articles retenus dans ce second numéro du BSP-CI traitent de divers problèmes de santé observés dans les communautés visitées, allant de la diversité alimentaire dans les ménages à l'utilisation des soins à l'accouchement et durant la période postnatale.

Il est établi qu'une alimentation diversifiée est nécessaire pour apporter à l'organisme, l'essentiel des nutriments dont il a besoin pour son fonctionnement. En Côte d'Ivoire, 3 enfants sur 4, âgés de 6 à 23 mois, sont malnutris du fait d'une faible diversité alimentaire des ménages. La non-utilisation des soins maternels lors de l'accouchement et du post-partum ou même l'accouchement non assisté à domicile (ANAD) représentent encore de grands risques de décès maternels et néonataux. Il convient d'en connaître les facteurs associés et particulièrement ceux observés au sein des communautés dites « défavorisées » afin d'orienter au mieux les politiques de santé publique.

Ce deuxième numéro intègre aussi un point sur la surveillance des maladies cibles du Programme Élargi de Vaccination (PEV) et ce, grâce à l'appui du Directeur Coordonnateur du PEV, Professeur EKRA Kouadio Daniel.

Bonne lecture à toutes et à tous.

Lancement officiel du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire



L'Institut National de Santé Publique (INSP) a abrité le mardi 18 juillet 2023, la cérémonie de lancement officiel du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI). La cérémonie s'est tenue en présence du Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, Pierre N'Gou Dimba, et de Son Excellence Madame Jessica Davis Ba, Ambassadrice des États-Unis d'Amérique en Côte d'Ivoire.

Les objectifs du BSP-CI

D'entrée de jeu, le Directeur général de l'INSP, Professeur Claude N'Dindin a exprimé sa gratitude aux partenaires avant de révéler les objectifs du BSP-CI. « Ce Bulletin a pour objectifs, de disséminer les résultats de recherches, de promouvoir les chercheurs ivoiriens, de favoriser la prise de décision éclairée basée sur les évidences et d'aider à la mise à jour des directives de santé publique » a-t-il affirmé.

S'en est suivie la présentation du BSP-CI par le Professeur William Yavo, Sous-Directeur chargé de la recherche et de la formation de l'INSP. Il a essentiellement expliqué le contexte de création du bulletin, les contenus proposés, les différents champs d'application ainsi que les attentes et les perspectives. Il est ressorti de son exposé que le BSP-CI entend servir de plateforme pour le partage des données, la diffusion des résultats de la recherche et la promotion des chercheurs de Côte d'Ivoire. Le BSP-CI aidera aussi à promouvoir la prise de décisions fondée sur des données probantes.

Les structures de formation, de recherche et de soins de santé de Côte d'Ivoire devront s'approprier ce bulletin en mettant à disposition des données et en produisant des articles.

Fruit d'un partenariat Côte d'Ivoire – États-Unis d'Amérique

Il faut rappeler que le BSP-CI est le fruit d'un partenariat entre l'International Association of National Public Health (IANPHI), l'Université Emory, le Centers for Disease Control and Prevention (CDC-USA) et l'Institut National de Santé Publique (INSP). Prenant la parole, l'ambassadrice des États Unis en Côte d'Ivoire a souligné



que la « Côte d'Ivoire est un partenaire privilégié des États-Unis » et que les fruits de ce partenariat sont porteurs et contribuent à « sauver des vies ». SEM Jessica Davis Ba s'est réjouie de l'existence du BSP-CI. Elle l'a qualifiée de « réalisation majeure », car dit-elle, « Le lancement d'un bulletin de santé publique en Côte d'Ivoire aidera le pays à diffuser des informations de santé publique opportunes, fiables et utiles, y compris des recommandations sanitaires ».

Remerciement et appropriation

Pour le Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, Pierre N'Gou Dimba, « le Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire 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 ». Il n'a pas manqué de remercier les différents partenaires qui contribuent à la production du BSP-CI.

« 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 à faire du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire, une référence dans l'écosystème de la santé publique de notre pays ».

Le BSP-CI est un bulletin trimestriel diffusé principalement en ligne avec un nombre limité d'exemplaires imprimés pour les principales parties prenantes. Il s'adresse à la fois aux professionnels de la santé et au grand public.



Articles complets

06

Diversité alimentaire des ménages d'un quartier péri-urbain de Côte d'Ivoire

11

Diversité alimentaire et sources d'approvisionnement des aliments des ménages en zone rurale : cas du village de Kodjokro au sud-est de la Côte d'Ivoire

15

Evaluation d'un projet de développement communautaire en milieu rural en Côte d'Ivoire: leçons pour des soins de santé primaires équitables

20

Accouchements non assistés à domicile : cas de deux villages du Sud-Est de la Côte d'Ivoire

24

Utilisation du continuum des soins maternels lors de l'accouchement et du post-partum : Facteurs associés dans les quartiers précaires d'Allakro et Belleville-Cocody

Diversité alimentaire et état nutritionnel des mères d'un quartier péri-urbain de Côte d'Ivoire

Auteurs : Tiadé ML¹, Aka AD¹, Ahoussou T¹, Kouamé J^{1,2}, N'Zi-Boa T², Biégo H¹

1. Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire

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

Auteur correspondant : marlatial29@yahoo.fr

Résumé

Introduction

En Afrique, 15 à 30 % des adultes sont sous-alimentés. En Côte d'Ivoire, 3 enfants sur 4 âgés de 6 à 23 mois sont malnutris du fait d'une faible diversité alimentaire. Notre objectif était de décrire la diversité alimentaire des ménages d'Anonkoi 3.

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive qui s'est déroulée en juillet 2019 dans les ménages d'Anonkoi 3. La diversité alimentaire a été analysée en utilisant le score de diversité alimentaire des ménages (SDAM). Les données ont été analysées avec le Logiciel R version 1.1.463.

Résultats

240 ménages, avec une moyenne de 6 individus par ménage, ont été visités. La majorité des ménages avait une dépense mensuelle inférieure à 50 000 FCFA pour l'alimentation (74,58%) et s'approvisionnait quotidiennement en denrées alimentaires à 57,5%. Les groupes d'aliments les plus consommés étaient les céréales et tubercules (98,3%). Le niveau de score de diversité alimentaire était élevé dans 59% des ménages.

Conclusion

Les ménages d'Anonkoi 3 avaient une diversité alimentaire élevée mais ne consommaient pas assez de fruits, légumes et de produits laitiers.

Message clé de santé publique

Encourager les ménages à diversifier davantage leur alimentation en y intégrant par exemple les fruits et légumes de saison.

Mots clés : Diversité alimentaire, ménages, quartiers péri-urbains, Côte d'Ivoire.

Abstract

Introduction

In Africa, 15 to 30% of adults are undernourished. In Côte d'Ivoire, 3 out of 4 children aged 6 to 23 months are malnourished due to low dietary diversity. This study aimed describing the dietary diversity of Anonkoi 3 households.

Methodology

This was a descriptive cross-sectional study conducted in July 2019 in households of Anonkoi 3. Dietary diversity was analyzed using the Household Dietary Diversity Score (HDDS). Data were analyzed using R software version 1.1.463.

Results

240 households with an average of 6 individuals per household were visited. The majority of households had a monthly expenditure of less than 50,000 XOF on food (74.58%) and a daily food supply frequency (57.5%). The most consumed food groups were cereals and tubers (98.3%). The dietary diversity score was higher in 59% of households.

Conclusion

Households in Anonkoi 3 had a high level of dietary diversity, but did not consume enough fruits, vegetables and dairy products.

Key public health message

Encourage households to diversify their dietary by including more season fruits and vegetables.

Key words: Dietary diversity, households, peri-urban neighborhoods, Côte d'Ivoire.

Introduction

Une alimentation saine, équilibrée et diversifiée est le meilleur moyen de prévenir de nombreuses maladies. Une revue systématique menée en 2021 avait révélé que les habitudes alimentaires des adultes qui impliquaient une plus grande consommation de légumes, de fruits, de légumineuses, de noix, de céréales complètes, d'huiles végétales non saturées, de protéines étaient associées à une diminution du risque de mortalité toutes causes confondues (1).

En Afrique, 15 à 30 % des adultes sont chroniquement sous-alimentés, et près de 50 % des enfants présentent un faible poids à la naissance du fait de la malnutrition des mères (2).

En Côte d'Ivoire, 3 enfants sur 4 âgés de 6 à 23 mois sont menacés par la malnutrition du fait d'une faible diversité alimentaire (3). La faible diversité alimentaire touche essentiellement le milieu rural (79,2%). Peu de travaux ont fait l'état de la diversité alimentaire dans les ménages péri-urbains. L'objectif de l'étude était de décrire la diversité alimentaire dans les ménages d'Anonkoï 3, milieu péri-urbain ivoirien

Méthodes

1. CADRE DE L'ÉTUDE

Le District Sanitaire d'Abobo-Ouest, au nord de la capitale Abidjan, renferme de nombreux quartiers péri-urbains dont Anonkoï 3, cadre de notre étude (4). Tous les habitants étaient à moins de 5 kilomètres d'un centre de santé, distance conforme aux normes de l'OMS. Cependant, le taux de malnutrition chez les enfants de 0 à 4 ans demeurait le plus important de la ville d'Abidjan (29,33%) (5).

2. TYPE ET PÉRIODE D'ÉTUDE

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive qui s'est déroulée du 29 Juillet au 5 Août 2019.

3. POPULATION D'ÉTUDE ET ÉCHANTILLONNAGE

La population d'étude était constituée des ménages d'Anonkoï 3. Les mères responsables de l'acquisition et de la préparation des aliments du ménage ayant donné leur consentement écrit ont été incluses.

Calcul de la Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été estimée selon la formule de Schwartz (6) avec une prévalence de la malnutrition de 29,33%. En tenant compte des erreurs d'échantillonnage et des non-réponses éventuelles, l'échantillon total a été estimé à 240 ménages. La sélection des ménages inclus dans l'étude s'est faite par un sondage élémentaire.

4. METHODE D'INVESTIGATION

L'enquête s'est faite par des visites dans les ménages. Les mères ont été interrogées sur le comportement alimentaire global du ménage par une équipe d'enquêteurs préalablement formés.

Les 12 groupes alimentaires proposés par le Food and Nutrition Technical Assistance (FANTA) ont été utilisés pour calculer le score de diversité alimentaire des ménages (SDAM) (7). On a donc :

- SDAM faible : ≤ 3 groupes d'aliments consommés
- SDAM moyen : 4 ou 5 groupes d'aliments consommés
- SDAM élevé : ≥ 6 groupes d'aliments consommés

L'indicateur moyen SDAM est calculé pour la population de l'échantillon et est égale à la somme des SDAM sur le nombre total des ménages

$$\left[\frac{\sum SDAM}{N} \right]$$

5. TRAITEMENT ET ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES

Les données ont été saisies dans le logiciel Excel, puis analysées avec le Logiciel R version 1.1.463. Chaque variable a fait l'objet d'une analyse descriptive.

6. CONSIDERATIONS ETHIQUES

Une autorisation d'enquête auprès des autorités administratives et sanitaires locales a été obtenue au préalable. De même, tous les enquêtés ont donné leur consentement écrit. L'anonymat et la confidentialité des données ont été assurés.

Résultats

Caractéristiques socio-économiques des ménages

Un total de 1312 individus a été dénombré dans les 240 ménages, avec au minimum 1 individu et au maximum 23 individus par ménage ; ce qui

correspond à 6 individus en moyenne par ménage. Une seule personne assurait le revenu du ménage dans 59,2% des cas. Dans 70% des ménages, il y'avait un enfant de moins de 5 ans. La majorité des ménages avait une dépense moyenne mensuelle inférieure à 50 000F pour leur alimentation (74,58%). Environ un ménage sur deux avait 3 repas par jour, et 57,5% des ménages s'approvisionnaient quotidiennement en denrées alimentaires. (Tableau I).

Tableau I : Répartition des ménages selon les caractéristiques socio-économiques (N=240)

	Effectif	Pourcentage
Nombre de personne contribuant au revenu		
1	142	59,2
2	89	37,1
3	8	3,3
4	1	0,4
Nombre d'enfants de moins de 5 ans		
0	95	39,6
1	96	40,0
2	49	20,4
Dépenses moyennes mensuelles pour l'alimentation (FCFA)		
50000 et plus	61	25,4
Moins de 50000	179	74,6
Fréquence d'approvisionnement en nourriture		
Quotidienne	138	57,5
Hebdomadaire	40	16,7
Autres	62	25,8
Nombre de repas par jour		
1	15	6,3
2	85	35,4
3	140	58,3

Diversité alimentaire dans les ménages

Les deux groupes d'aliments les plus consommés la veille de l'étude étaient les céréales et tubercules (98,3%), suivis des huiles (88,8%) (figure 1). Les fruits étaient les produits les moins consommés (20%).

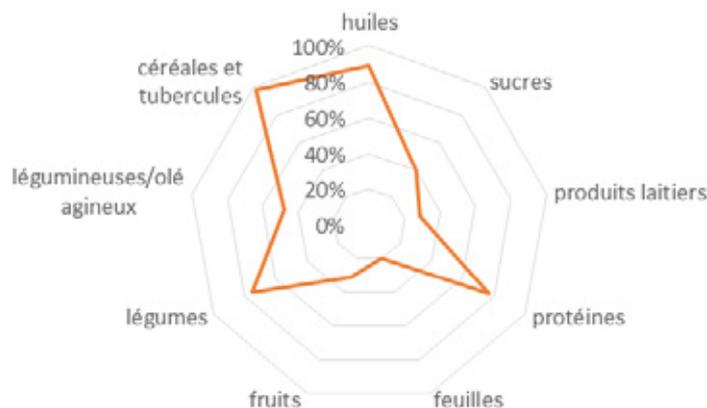


Figure 1 : Répartition des ménages selon le groupe d'aliment consommé par les membres la veille de l'enquête en % (N=240)

Plus de la moitié des ménages avaient un niveau de score de diversité alimentaire élevé (59,1%) (figure 2).

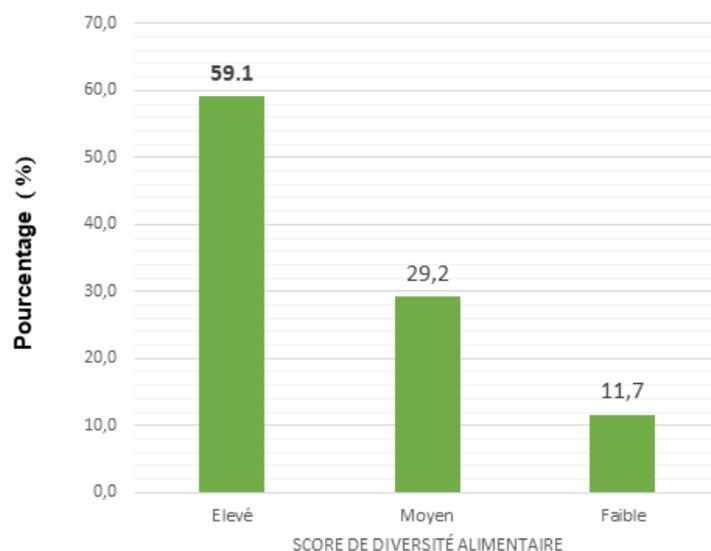


Figure 2 : Répartition des ménages selon le niveau du Score de Diversité Alimentaire du Ménage (N = 240)

Discussion

Plus de la moitié des ménages s'approvisionnaient quotidiennement en nourriture. L'approvisionnement quotidien pourrait concerner les légumes, le poisson et la viande qui sont des denrées périssables et nécessitent des moyens de conservation comme la chaîne de froid et la fumaison. Ces moyens de conservation utilisent plus de moyens financiers ou plus de temps qui limitent leur utilisation et donc peuvent freiner leur consommation par ces populations. On notait aussi que la quasi-totalité des ménages avait consommé des céréales, racines et tubercules blancs au cours de la journée précédant l'enquête. Ces aliments constituaient la base de l'alimentation des ménages. A l'inverse, les produits comme les produits laitiers, les feuilles et les fruits étaient moins consommés. Les populations qui ont un régime à base de riz sont classées parmi les populations pauvres (8).

Plus de la moitié des ménages avaient une alimentation diversifiée. Mais, cette diversification pourrait ne pas utiliser des produits en quantité et en qualité satisfaisante, comme l'avait démontré Diarra dans ses travaux au Mali (9). En effet, selon l'UNICEF, les familles pauvres ont tendance à opter

pour des aliments de mauvaise qualité moins coûteux (10). De plus, la plupart des ménages avaient en leur sein de jeunes enfants, considérés par l'OMS comme une population vulnérable et pour laquelle une alimentation équilibrée et riche s'imposait. Les mauvais régimes alimentaires pourraient conduire à la malnutrition dès la petite enfance (10).

Limites

La détermination du score de diversité alimentaire faisait appel à la mémoire des répondants. Ce biais de mémoire a été minimisé en se rapportant aux 24 heures précédant l'enquête.

Conclusion

Les ménages à Anonkoi 3 avaient une alimentation diversifiée, mais ne consommaient pas assez de fruits, légumes et produits laitiers. D'où la nécessité pour les agents de santé de renforcer les activités promotionnelles de santé en direction des ménages en mettant l'accent sur les messages de diversification alimentaire qui intègrent entre autres, la consommation de fruits et légumes de saison.

Références

1. English LK, Ard JD, Bailey RL, Bates M, Bazzano LA, Boushey CJ, et al. Evaluation of Dietary Patterns and All-Cause Mortality: A Systematic Review. *JAMA Network Open* [Internet]. août 2021 [cité 3 avr 2023];4(8). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8408672/>
2. Cordeil A, Othman W, Touré M. Bureau de pays du PAM, Côte d'Ivoire. :79.
3. *Rapport de l'enquête MICS 2016* ; Publication du Ministère du Plan et du Développement et de l'Institut National de la Statistique de Côte d'Ivoire en collaboration le Contrat de Désendettement et de Développement (C2D), l'UNICEF, Le Fonds Mondial et l'UNFPA. [Internet]. [cité 31 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.unicef.org/cotedivoire/media/981/file/civ-Rapportfe2016.pdf>
4. Oura RK. Urbanisation de la métropole abidjanaise et la mise en minorité des autochtones Ebrié. :20.
5. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Rapport annuel sur la situation sanitaire 2016 [Internet]. 2017 [cité 5 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.caidp.ci/uploads/afbecb26267216966367847db65a1288.pdf>
6. Schwartz D. Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2006.
7. Food and Agriculture Organization of the United Nations. L'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2019: se prémunir contre les ralentissements et les fléchissements. S.l.: FOOD & AGRICULTURE ORG; 2019.
8. Garnon P. Alimentation et mondialisation. *Pour*. 2012;N° 215-216(3):209-24.
9. Diarra MF. Evaluation des facteurs associés aux faibles scores de consommation et de diversité alimentaire dans les ménages de la région de Sikasso et de Mopti en juillet 2017. 2017;(78-80):110.
10. Unicef. La situation des enfants dans le monde 2019. [Internet]. [cité 31 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.unicef.org/fr/rapports/situation-enfants-dans-le-monde-2019>.

Diversité alimentaire et sources d'approvisionnement des aliments des ménages en zone rurale : cas du village de Kodjokro au sud-est de la Côte d'Ivoire

Auteurs : Tanoh EF^{1,2}, Méa BH^{1,2}, N'gatta NS^{1,2}, Kouadio L²

1. Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS), Abidjan ;
2. Département de Santé Publique, Hydrologie et Toxicologie, UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan ;

Auteur correspondant : tanohfidele@yahoo.fr

Résumé

Introduction :

Une alimentation diversifiée est nécessaire pour apporter à l'organisme l'essentiel des nutriments dont il a besoin pour son fonctionnement. L'objectif de ce travail était d'évaluer la consommation alimentaire des ménages de Kodjokro.

Méthodes :

Une enquête exhaustive a été conduite dans le village de Kodjokro au sud-est de la Côte d'Ivoire. L'évaluation de la diversité alimentaire a été réalisée à partir du calcul du score de diversité alimentaire des ménages (SDAM). Le SDAM est la somme de 12 groupes alimentaires consommés dans le ménage au cours d'une période de 24 heures.

Résultats :

Un total de 96 ménages a participé à l'étude dont cinq qui consommaient des aliments d'origine animale riches en vitamine A et 32, des aliments riches en fer. Le SDAM était élevé dans 91,7% des ménages et n'avait aucune association statistique significative avec leurs caractéristiques socio-démographiques.

Conclusion :

La totalité des groupes alimentaires a été retrouvée chez les ménages ayant un SDAM élevé, alors que quatre groupes n'étaient pas présents chez ceux ayant un SDAM moyen.

Message clé de santé publique :

La consommation de différents groupes d'aliments peut être utilisée pour évaluer les habitudes alimentaires et fournir davantage d'informations sur les régimes alimentaires des ménages ruraux.

Mots clés : diversité, consommation alimentaire, ménage, Kodjokro, Côte d'Ivoire

Abstract

Introduction:

A diversified diet is necessary to provide the body with the essential nutrients it needs to function. The objective of this study was to assess the food consumption of households in Kodjokro.

Methods:

An exhaustive survey was conducted in the village of Kodjokro in southeastern Côte d'Ivoire. Dietary diversity was assessed by calculating the household dietary diversity score (HDDS). The HDDS is the sum of 12 food groups consumed in the household over a 24-hour period.

Results:

A total of 96 households participated in the study. Among them, five consumed foods of animal origin rich in vitamin A and only 32, foods rich in iron. The HDDS was elevated in 91.7% of households and showed no significant statistical association with household socio-demographic characteristics.

Conclusion:

All food groups were found in households with a high HDDS, while four groups were not present in those with an average HDDS.

Key public health message:

The consumption of different food groups can be used to assess dietary patterns and provide more information on the diets of rural households.

Keywords: diversity, consumption, food, household, Kodjokro, Côte d'Ivoire

Introduction

La diversité alimentaire est une mesure qualitative de la consommation alimentaire, qui rend compte de la variété des aliments auxquels les ménages ont accès [1]. La diversité alimentaire, en tant que mesure de l'accès des ménages à l'alimentation et de la consommation alimentaire, peut être recoupée par triangulation avec d'autres données liées à l'alimentation afin de donner une idée d'ensemble de la sécurité alimentaire et nutritionnelle d'une communauté ou d'une population plus vaste [1]. Des études ont montré que l'accroissement de la diversité alimentaire allait de pair avec un meilleur statut socioéconomique et niveau de sécurité alimentaire du ménage. Les enquêtes sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle comprennent de plus en plus souvent un questionnaire sur la diversité alimentaire, afin de fournir des indicateurs de l'accès des ménages à l'alimentation [1]. Le score de diversité alimentaire (SDAM) qui est un simple décompte des groupes d'aliments qu'un ménage a consommé au cours des dernières 24 heures, est conçu pour donner une indication de l'accès économique des ménages à l'alimentation. Il comprend donc des aliments qui nécessitent des dépenses de la part des ménages [1]. L'objectif de ce travail était d'évaluer la consommation alimentaire des ménages de Kodjokro.

Méthodes

Une étude descriptive transversale a été menée du 10 au 16 juillet 2022 dans le village de Kodjokro au sud-est de la Côte d'Ivoire dans la sous-préfecture de Tiapoum dont il est distant de 22 km. Le questionnaire utilisé a permis de recueillir des informations démographiques, socio-économiques, sur la consommation alimentaire des ménages. Les membres des ménages ont été interrogés au cours des visites. Les 12 groupes alimentaires proposés par Food and Nutrition Technical Assistance (FANTA) ont été utilisés

pour calculer le score de diversité alimentaire des ménages (SDAM) [2]. Le SDAM est la somme des 12 groupes d'aliments (les valeurs pour chaque groupe d'aliments sont soit « 0 » soit « 1 ») consommés dans le ménage au cours d'une période de 24 heures.

On a donc :

- SDAM faible : ≤ 3 groupes d'aliments consommés
- SDAM moyen : 4 ou 5 groupes d'aliments consommés
- SDAM élevé : ≥ 6 groupes d'aliments consommés

L'indicateur moyen SDAM est calculé pour la population de l'échantillon et est égale à la somme des SDAM sur le nombre total des ménages $\left[\frac{\sum SDAM}{N} \right]$.

L'analyse des données a été effectuée sur Epi info 7.2.5. Les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyenne, écart-type et médiane, et les variables qualitatives en termes d'effectifs et de pourcentage. Les tests de Khi2 et de Fisher exact ont été utilisés. Une probabilité $p < 0,05$ a été considérée comme significative.

Considérations éthiques

L'autorisation du chef du village de Kodjokro et du Directeur départemental de la santé de Tiapoum a été obtenue. Les chefs de ménage ont donné leur consentement, et les renseignements obtenus ont respecté la confidentialité et l'anonymat.

Résultats

L'âge moyen des chefs de ménage était de 48,9 ($\pm 16,3$) ans. Les chefs de ménages n'ayant aucun niveau d'étude étaient les plus représentés (42,7%). La taille moyenne des ménages était de 3,8 personnes $\pm 2,1$. Plus de la moitié des ménages prenaient plus de trois (03) repas par jour (55,2%). La relation entre le nombre de personnes vivant dans les ménages en fonction du nombre de repas pris est donnée dans le tableau I.

Tableau I : Relation entre le nombre de personnes vivant dans les ménages en fonction du nombre de repas pris par jour (du 10 au 16 juillet 2022)

Nombre de personnes (N = 96)	Nombre de repas			p-value
	Total	≤ 2 n (%)	≥ 3 n (%)	
≤ 4	63	34 (54)	29 (46)	0,0225
> 4	33	9 (27,3)	24 (72,7)	

Les ménages qui avaient plus de quatre (04) personnes prenaient plus de trois (03) repas par jour.

La dépense alimentaire moyenne des ménages était évaluée à 3078,1 FCFA \pm 1492,7 et était sensiblement égale à la médiane de 3 000 FCFA. Les dépenses oscillaient entre un minimum de 1 000 FCFA et un maximum de 10 000 FCFA. Environ cinq ménages sur 100 consommaient des aliments d'origine animale riches en vitamine A (5,2%), et seulement 33,3% consommaient des aliments riches en fer.

La quasi-totalité des ménages (91,7% des ménages) avaient un SDAM élevé. Aucun ménage n'avait un score SDAM faible. Les ménages qui avaient un SDAM moyen ne consommaient pas le sucre, le lait, les autres produits laitiers, les légumineuses, les noix et les fruits. Les facteurs associés au SDAM sont présentés dans le tableau II.

Tableau II : Relation entre SDAM et caractéristiques socio-démographiques des chefs de ménage (du 10 au 16 juillet 2022) (N=96)

Age chef de ménage (années)	Total	SDAM		p-value
		Elevé n (%)	Moyen n (%)	
20 - 35]	28	25 (89,3)	3 (10,7)	0,063
35 - 50]	23	19 (82,6)	4 (17,4)	
>50	45	44 (97,8)	1 (2,2)	
Niveau d'instruction				
Aucun	41	39 (95,1)	2 (4,9)	0,494
Primaire	36	30 (83,3)	6 (16,7)	
Secondaire	19	19 (100)	0 (0)	

La diversité alimentaire n'était ni liée à l'âge du chef de ménage, ni à son niveau d'instruction.

Discussion

1. Caractéristiques socio-démographiques

La taille moyenne des ménages de 3,8 personnes \pm 2,1 était inférieure à celle trouvée par Goïta en 2018 dans la région de Tombouctou (08 \pm 4,11 personnes) et Tankari en 2016 dans les ménages en Ouganda (07 membres) [3,4]. Les 2/5 (40,6%) des chefs de ménage étaient des agriculteurs. Aucune association n'a été trouvée entre le SDAM et les caractéristiques socio-démographiques. Cependant, dans l'étude de Tankari en Ouganda en 2016, les ménages dont le chef était plus âgé avaient un SDAM moins élevé que les ménages dont le chef était plus jeune [4]. De même, dans l'étude de Goïta et al. en 2019, au Mali. Le risque d'avoir une alimentation inadéquate et non diversifiée était plus élevé dans les ménages dont le chef était non instruit comparé à ceux qui étaient instruits [3]. Ce résultat souligne le rôle de l'éducation dans la capacité des ménages à consommer une plus grande diversité d'aliments ou à mettre en pratique les recommandations pour une bonne nutrition [4].

2. Dépenses alimentaires

La dépense alimentaire moyenne des ménages était évaluée à 3 078,1 FCFA. Ce qui est énorme pour une communauté rurale. En général, lorsque les dépenses alimentaires représentaient une part importante dans le total des dépenses, non seulement le ménage a des difficultés à subvenir à ses besoins de base. En outre, au moindre risque qui affecte soit ces revenus ou les prix sur les marchés, cela pourrait exposer les ménages à des risques d'insécurité alimentaire [5].

3. Consommation alimentaire

Plus de la moitié des ménages prenaient plus de trois (03) repas par jour (55,2%). Le nombre de repas est un indicateur important pour apprécier le niveau de la sécurité alimentaire des ménages et donc avoir une meilleure diversification de leur repas [2].

Une frange moins importante des ménages consommait des aliments d'origine animale riches en vitamine A (5,2%) et des aliments riches en fer (33,3%). Selon la FAO, il n'est pas possible d'établir les seuils au-dessous desquels on considérerait que la population ne consomme pas suffisamment de vitamine A ou de fer. En règle générale, un pourcentage faible de ménages

ou d'individus ayant consommé des groupes d'aliments contenant ces micronutriments peut être le signe d'une inadéquation des régimes alimentaires suffisamment importante pour entraîner une morbidité liée à des carences en micronutriments [1].

4. Score de diversité alimentaire des ménages (SDAM)

Plus de 91,7% des ménages avaient un SDAM élevé. Ce résultat est élevé comparé à des ménages en milieu péri-urbain de la ville d'Abidjan [6]. Le score de diversité alimentaire est un indicateur du changement socioéconomique, l'inclusion du sucre ou du lait et autres produits laitiers (par exemple) dans le régime alimentaire d'un ménage renseigne sur sa capacité à acheter de la nourriture [2].

5. Source d'approvisionnement des ménages en denrées alimentaires

L'achat était la principale source d'acquisition des différents groupes d'aliments.

Malgré l'activité professionnelle dominée par l'agriculture et la pêche, l'acquisition des légumes se faisait par achat au comptant dans 49% des ménages, et 71,9% des ménages achetaient le poisson. Ce qui explique la part importante des dépenses alimentaires dans le revenu des ménages [7].

Conclusion

Kodjokro est un village agricole et lagunaire. Cependant, l'achat était la principale source d'approvisionnement des ménages. Certains groupes d'aliments n'avaient pas été consommés par une frange non négligeable de la population. Pour maintenir la qualité du régime alimentaire des ménages ruraux, il faudrait améliorer la production de cultures vivrières locales en consacrant des terres agricoles à ces cultures.

Remerciements

Nous remercions les communautés villageoises de Kodjokro pour leur participation, ainsi que Docteur Traoré Mamadi qui a facilité le contact avec cette communauté.

Références

1. Kennedy G, Ballard T, Dop M-C. Guide pour mesurer la diversité alimentaire au niveau du ménage et de l'individu. Division de la nutrition et de la protection des consommateurs. Rome, Italy: FAO; 2011.
2. Swindale A, Bilinsky P. Score de Diversité alimentaire des Ménages (SDAM) pour la mesure de l'accès alimentaire des ménages : Guide d'indicateurs (Version 2). Washington, DC.: FANTA (Food and Nutrition Technical Assistance Project); 2006.
3. Goïta A, Iknane AA, Coulibaly D, Dramé M, Traoré S, Koïta D, et al. Facteurs influençant la consommation alimentaire des ménages de la Région de Tombouctou en Février 2018. Mali Santé Publique 2019; Tome IX:18-22. <https://doi.org/10.53318/msp.v9i02.1501>.
4. Tankari MR. Déterminants de la nutrition des ménages en Ouganda : le cas de la diversité alimentaire. Statéco 2016:91-103.
5. Allarabaye M. Evaluation rapide de la sécurité alimentaire des ménages dans la ville de N'Djamena. Rome, Italie : Programme Alimentaire Mondial (PAM); 2019.
6. Lobilé YBHL. Evaluation de la sécurité alimentaire dans les ménages en milieu périurbain : cas du quartier Colombie (Cocody-Abidjan). Thèse de Docteur en Pharmacie. Université Félix Houphouët-Boigny, 2019.
7. Bricas N, Tchamda C, Martin P. Les structures de la consommation alimentaire. Afr. À Conqu. Son Marché Aliment. Intér. Enseign. Dix Enq. Auprès Ménag. Afr. Ouest Au Cameroun Tchad. Agence Française de Développement, Agence Française de Développement; 2016, p. 31-62.

Evaluation d'un projet de développement communautaire en milieu rural en Côte d'Ivoire: leçons pour des soins de santé primaires équitables

Auteurs : Hounsa A¹, Bakayoko A², Ayékoé I², Desquith A^{3,4}, Boka M⁵, Kouadio L¹

1. Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire
2. Institut National d'Hygiène Publique, Côte d'Ivoire
3. Direction de la Coordination du Programme Élargi de Vaccination, Côte d'Ivoire
4. Institut National d'Hygiène Publique, Côte d'Ivoire
5. Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : hounsa20003@yahoo.fr

Résumé

Introduction:

Les inégalités d'accès aux soins persistent dans les pays d'Afrique subsaharienne, en particulier dans les zones rurales. L'objectif de cette étude était de montrer qu'un projet de santé communautaire peut améliorer l'accès aux soins des populations rurales en Côte d'Ivoire.

Méthodes :

Un projet santé éducation communautaire (SEC) a été mis en œuvre en 2014 dans le village de Kodjokro au Sud-Est de la Côte d'Ivoire. La méthodologie en 5 étapes du projet SEC a été utilisée : sensibilisation, mobilisation, sélection et formation des membres du comité de gestion et des Agents Santé Education Communautaire (ASEC), et mise en œuvre des activités de développement et de recherche. Une évaluation formative a été réalisée en mai 2019 par le biais de groupes de discussion.

Résultats :

Les consultations médicales foraines ont révélé une maladie stigmatisante : la hernie inguino-scrotale. Les cas ont été pris en charge au district sanitaire d'Adiaké. Une case de santé et de prévention a été créée par le comité de gestion. L'infirmier du centre de santé le plus proche a veillé à son approvisionnement en produits de santé essentiels. Les résultats des activités de recherche ont permis aux ASECS de cibler leurs messages au cours des visites à domicile.

Conclusion :

un projet de santé communautaire peut contribuer à avoir des systèmes de santé équitables et améliorer la prise en charge des problèmes de santé.

Mots clés : Développement Communautaire, Côte d'Ivoire, Soins de Santé Primaires, Milieu Rural.

Abstract

Introduction:

Inequalities in access to care persist in Sub-Saharan African countries particularly in rural areas. The objective of this study was to show that a community-based health project, involving the community, can improve access to care for rural populations in Côte d'Ivoire.

Methods:

A Community Health Education (CHE) project was implemented in 2014 in the village of Kodjokro in South-East Côte d'Ivoire. The CHE project's 5-step methodology was used. A formative evaluation of the project was carried out in May 2019 through focus group discussions.

Results:

The mobile medical consultations revealed a stigmatizing disease, namely inguino-scrotal hernia. All cases were taken to the Health District of Adiaké for treatment. A health and prevention hut was created by the management committee. The nurse from the nearest health centre, ensured its supply of essential health products. Research activity findings have enabled Community Health Workers to target messages during home visits.

Conclusion:

A community-based health project can contribute to achieving equitable health systems because it targets disadvantaged populations and involves communities.

Key words: Community development, Côte d'Ivoire, Primary Health Care, rural areas.

Introduction

Les soins de santé primaires (SSP) ont contribué à des progrès sanitaires significatifs dans les pays d'Afrique subsaharienne en termes de réduction de la mortalité infantile et d'augmentation de l'espérance de vie [1]. Malgré cela, les inégalités d'accès aux soins persistent [2, 3], notamment entre le milieu urbain et rural, qui reste défavorisé [4]. L'un des principes fondateurs des SSP est l'accent mis sur la participation de la communauté et des individus au fonctionnement des services de santé ainsi qu'à la lutte contre les problèmes de santé. Pourtant, la participation de la communauté aux soins de santé primaires reste l'un de ses maillons les plus faibles [5]. Travailler au développement socio-sanitaire des communautés rurales permettra à celles-ci d'améliorer leur santé, de développer leur autonomisation dans la mise en œuvre d'un projet social et d'en assurer la continuité [6].

Dans ce contexte, la filière Santé Publique de l'Unité de Formation et de Recherche des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan a entrepris depuis 2014 un projet dénommé Santé Education Communautaire (SEC) dans la communauté rurale de Kodjokro. L'objectif de cette étude était de réaliser une évaluation formative du projet SEC sur la période 2014 -2019.

Méthodes

1. Cadre et contexte de l'étude

Kodjokro est un village situé au sud-est de la Côte d'Ivoire, rattaché administrativement au département de Tiapoum et distant d'Abidjan d'environ 186 km. Les deux centres de santé les plus proches sont situés respectivement à 5 et 7 km du village et font partie du district sanitaire d'Adiaké. Au recensement de 2014, la population était de 766 habitants. Les ménages étaient au nombre de 101.

Un projet SEC nécessite 3 organes pour fonctionner : l'équipe de formateurs constituée par le département de santé publique, le comité de gestion local et les agents santé éducation communautaires (ASEC).

La méthodologie SEC comporte 5 étapes qui ont été adaptées à cette étude : sensibilisation, mobilisation, sélection et formation des membres du comité de gestion et des ASEC, et mise en

œuvre des activités de développement et de recherche. Le tableau I présente les 5 étapes de la stratégie SEC avec les dates, les objectifs et les activités.

2. Type, durée et population de l'étude

Tous les ménages du village ont été inclus, sauf ceux qui avaient refusé de participer à l'étude.

L'étude était mixte, transversale et descriptive. Elle comprenait une enquête quantitative sur les pathologies les plus fréquentes dans la communauté. Deux consultations médicales foraines ont été organisées au cours de l'étape de mobilisation. La première a eu lieu en décembre 2014 et la seconde en mai 2018. Elles ont impliqué l'équipe de formateurs, le personnel de santé du district sanitaire d'Adiaké.

L'enquête qualitative a porté sur les principaux obstacles au développement communautaire, les maladies fréquentes dans la communauté et les ressources locales. Un dictaphone a été utilisé pour enregistrer les entretiens. A travers un diagnostic communautaire, 2 entretiens de groupe avec 13 hommes et 11 femmes ont été réalisés en janvier 2015. Les premières personnes ayant accepté de participer ont été sélectionnées.

Pour comprendre comment le projet a été mis en œuvre et les perceptions des bénéficiaires, une évaluation du projet a été réalisée en mai 2019 à travers 5 groupes de discussion. Ses objectifs étaient d'identifier la connaissance du projet, ses effets positifs et négatifs, son acceptabilité et l'implication de la communauté. Afin d'éviter d'éventuels biais, le comité de gestion local et les ASECs n'ont pas été inclus dans cette évaluation.

Le projet SEC a débuté en 2014, et les résultats présentés dans cet article couvrent la période allant jusqu'en 2019.

3. Collecte des données

Le tableau I présente les 5 étapes de la stratégie SEC. Au cours de l'étape de sensibilisation, des jeux de rôle ont impliqué certains membres de la communauté. Les outils utilisés étaient des formulaires de consultation, des guides d'entretien, deux dictaphones, des jeux de rôle et des fiches de cours.

4. Analyse des données

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi Info version 3.5.4. Les pourcentages et les moyennes ont été calculés. Les audios des groupes de discussion ont été transcrits et sauvegardés sous format Word. Chaque entretien retranscrit a fait l'objet d'une analyse de contenu.

5. Considérations éthiques

L'autorisation des autorités du district sanitaire d'Adiaké et de la chefferie traditionnelle de Kodjokro a été obtenue. Le fichier électronique des données était anonyme.

Résultats

1. Consultations médicales foraines

Le **tableau II** présente les principaux résultats des consultations médicales foraines. Les principaux symptômes et pathologies des adultes étaient : l'asthénie, le paludisme, l'arthrite, les troubles digestifs et l'hypertension artérielle. Des hernies inguino-scrotales ont été trouvées chez les hommes. Les maladies courantes chez les enfants étaient le paludisme, les parasitoses intestinales et les caries dentaires.

2. Diagnostic communautaire

Les 2 groupes de discussion ont révélé que les 4 principaux obstacles au développement communautaire étaient l'ignorance, les maladies, l'absence de centre de santé à proximité et le manque de ressources financières. En ce qui concerne les maladies fréquentes, il s'est agi du paludisme, de la diarrhée et des maladies chroniques (hypertension artérielle et diabète). Les ressources locales proviennent principalement de la pêche et de l'agriculture.

Des discussions plus approfondies avec les hommes ont révélé que les hernies inguino-scrotales faisaient l'objet d'une stigmatisation et de croyances erronées. Les hommes atteints de cette maladie sont soupçonnés d'avoir eu des relations sexuelles avec des femmes mariées.

3. La case de santé et de prévention

La mise en place d'une case de santé et de prévention a été décidée par le comité de gestion avec l'aide de l'équipe de formateurs en 2015, et officiellement ouverte en 2019. L'objectif de ce lieu était de permettre à la communauté d'avoir accès aux médicaments essentiels surtout ceux qui étaient destinés aux enfants de moins de cinq ans.

4. Évaluation du projet SEC

Les 5 groupes n'ont pas nommé le projet SEC et l'ont considéré comme un groupe de médecins.

Certains participants ne se sentaient pas impliqués dans le projet parce qu'ils n'étaient ni membres du comité de gestion, ni ASEC.

Un homme de 35 ans, pêcheur a déclaré : "Ce sont des groupes qui ont été formés et comme je ne fais pas partie du groupe, je ne participe pas aux activités..."

Un autre homme de 20 ans, sans emploi a ajouté : "Aujourd'hui, je suis venu parce qu'on est venu me chercher, les autres fois ce n'était pas le cas..."

En ce qui concerne l'acceptabilité du projet, dans les 5 groupes, sans exception, le projet SEC a été considéré comme acceptable, car il ne perturbait pas leurs coutumes et traditions.

Ce fait est mis en exergue par cet homme de 44 ans, planteur : "Si vous continuez à faire vos activités, c'est parce que vous avez respecté la façon d'entrer dans notre village..."

En ce qui concerne les effets positifs du projet, certains participants ont mentionné l'existence de la case de santé et de prévention, où des soins de santé étaient dispensés aux enfants. Le fait que les médicaments soient disponibles et efficaces a été considéré comme un élément positif.

Cette idée positive se retrouve dans les propos de cette ménagère : "Quand les enfants sont malades, on peut les soigner, on ne va plus à Allangouanou". (Allangouanou est un village qui se trouve à environ 5 km de Kodjokro).

Et une autre femme qui travaille dans les plantations de palmier à huile d'ajouter : "Mon enfant avait la diarrhée, j'ai pris des médicaments à la case SEC qui l'ont bien guéri..."

Pour ce qui est des effets négatifs du projet, certains participants ont trouvé que les médicaments de la case de santé et de prévention étaient chers.

Comme le témoigne cette dame de 33 ans : "Les médicaments sont chers, par exemple un comprimé de paracétamol est vendu à 100 CFA, mais là-bas il est à 200 CFA".

5. Amélioration des soins de santé et du lien entre la communauté et les services de santé

L'infirmier du centre de santé le plus proche, situé à 5 km, a été mis en contact avec le comité de gestion. Il a veillé à ce que la case de santé et de prévention soit approvisionnée en tests de diagnostic rapide du paludisme, en médicaments antipaludiques et en sels de réhydratation orale.

Les ASECs ont servi de lien entre les ménages, le comité de gestion et le centre de santé le plus proche. Les résultats des activités de recherche ont permis aux ASECs de cibler leurs messages au cours des visites à domicile. Enfin, les cas de hernie inguino-scrotale, maladie stigmatisante dans la communauté ont pu être opérés à l'hôpital général d'Aboisso. Toutes les données recueillies ont été communiquées au district sanitaire d'Adiaké.

Discussion

Les principaux résultats de cette étude étaient : la mise en place d'une case de santé et de prévention, le diagnostic des cas de hernie inguino-scrotale, maladie stigmatisante, la satisfaction des habitants de Kodjokro par rapport au projet SEC.

Concernant la satisfaction des habitants de Kodjokro par rapport au projet SEC, l'évaluation formative a montré que le projet SEC, à travers ses différentes activités, a contribué à renforcer le lien entre la communauté de Kodjokro et les établissements sanitaires de premier contact.

Le projet SEC est basé sur les soins de santé primaires, nécessaires à la couverture sanitaire universelle (CSU). Il peut être implémenté avec des populations rurales, ce qui peut contribuer à réduire les inégalités socio-économiques ; car celles-ci sont à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité accrues et constituent une cause importante de problèmes psychosociaux dans les populations du monde entier [7]. Dans ce projet, la communauté a été impliquée de sorte à lui donner les moyens de prendre des décisions pour sa propre santé, sans oublier la responsabilisation des services de santé [8].

Sans une contribution significative de la population, ni la santé universelle, ni le mouvement de la santé pour tous ne peuvent être réalisés [9, 10]. Enfin, l'expertise des chercheurs est mise au service du développement communautaire, ce qui devrait contribuer à l'amélioration des systèmes de santé.

Conclusion

Un projet de santé communautaire peut contribuer à avoir des systèmes de santé équitables et améliorer la prise en charge des problèmes

de santé. L'engagement communautaire n'est jamais acquis. Les communautés doivent être régulièrement motivées dans leur engagement. Il faudrait veiller à créer un climat de confiance entre la chefferie et le comité de gestion du projet.

Conflit d'intérêts

Aucun.

Remerciements

Nous disons merci à la communauté de Kodjokro, sa chefferie et le directeur du district sanitaire d'Adiaké.

Références bibliographiques

1. Macinko J, Starfield B, Erinosho T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. *J Ambul Care Manage.* juin 2009;32(2):150-71.
2. Countdown to 2030 Collaboration. Countdown to 2030: tracking progress towards universal coverage for reproductive, maternal, newborn, and child health. *Lancet.* 14 avr 2018;391(10129):1538-48.
3. Bhutta ZA. Community-based primary health care: a core strategy for achieving sustainable development goals for health. *J Glob Health.* 22 juill 2021;7(1):010101.
4. Yaya S, Uthman OA, Okonofua F, Bishwajit G. Decomposing the rural-urban gap in the factors of under-five mortality in sub-Saharan Africa? Evidence from 35 countries. *BMC Public Health.* 21 mai 2019;19(1):616.
5. Sacks E, Schleiff M, Were M, Chowdhury AM, Perry HB. Communities, universal health coverage and primary health care. *Bull World Health Organ.* 1 nov 2020;98(11):773-80.
6. Sacks E, Swanson RC, Schensul JJ, Gleave A, Shelley KD, Were MK, et al. Community Involvement in Health Systems Strengthening to Improve Global Health Outcomes: A Review of Guidelines and Potential Roles. *Int Q Community Health Educ.* juill 2017;37(3-4):139-49.

7. Braveman P, Gottlieb L. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. Public Health Rep. 2014;129(Suppl 2):19-31.
8. Perry HB, Rassekh BM, Gupta S, Freeman PA. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 7. shared characteristics of projects with evidence of long-term mortality impact. J Glob Health. juin 2017;7(1):010907.
9. International Conference on Primary Health Care, World Health Organization, UNICEF, éditeurs. Primary health care: report. 1978.
10. Bath J, Wakerman J. Impact of community participation in primary health care: what is the evidence? Aust J Prim Health. 2015;21(1):2-8.

Tableau I : Les 5 étapes de la stratégie SEC

Etapes	Date	Objectifs	Activités
1. Sensibilisation	Mai-novembre 2014	<ul style="list-style-type: none"> - Amener la communauté à compter sur ses propres ressources - Montrer l'importance de la prévention des maladies 	<ul style="list-style-type: none"> - Jeu de rôle intitulé « Traversée de la rivière » - Conte intitulé « L'histoire d'Akili »
2. Mobilisation	Décembre 2014-mars 2015 et mai 2018	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser la communauté - Évaluer les besoins sociaux, sanitaires et économiques - Identifier les ressources locales 	<ul style="list-style-type: none"> - Consultations médicales foraines - Diagnostics communautaires
3. Sélection et formation des membres du comité de gestion	Fev. 2014-Fev. 2015	Améliorer les connaissances, attitudes et pratiques en matière de gestion	Activités de résolution de problèmes
4. Sélection et formation des ASECS	Fev. 2015-Fev. 2016	Améliorer les connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé	Visites à domicile et enseignement de l'hygiène
5. Activités de développement et de recherche	Juin 2015-mai 2018	Faciliter l'accès aux soins et aux médicaments essentiels	Création d'une case de santé et de prévention

Tableau II : Principaux résultats des consultations médicales foraines

Consultations médicales foraines	Effectifs			Total
	Enfants	Femmes	Hommes	
1. 1 ^{ère} consultation	72	47	43	162
2. 2 ^{ème} consultation	44	35	22	101
Total	116	82	65	263

Accouchements non assistés à domicile : cas de deux villages du Sud-Est de la Côte d'Ivoire

Auteurs : Méa BH^{1,3}, Tanoh EF^{1,3}, N'gatta NS^{1,3}, Coulibaly M²

1. Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS), Abidjan ;
2. Institut National de Santé Publique (INSP), Abidjan ;
3. Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan ;

Auteur correspondant : meabehegban@yahoo.fr

Résumé

Introduction:

L'accouchement non assisté à domicile (ANAD) demeure une cause majeure de décès maternel et néonatal en Côte d'Ivoire. L'objectif était d'analyser les facteurs associés aux accouchements à domicile dans deux villages du sud-est de la Côte d'Ivoire.

Méthodes :

Une enquête a été conduite auprès de 165 femmes résidentes à Kodjokro ou Kouassiblékro de 2018 à 2022 et ayant accouché au moins une fois dans l'aire sanitaire d'Edjambo au sud-est de la Côte d'Ivoire.

Résultats :

L'âge moyen des femmes était de $30,13 \pm 8,06$ ans. Elles étaient pour la plupart ménagères (56,96%) et n'avaient aucun niveau d'instruction (54,54%), mais (71%) connaissaient les conséquences des ANAD.

La prévalence globale était de 58%, plus élevée à Kodjokro (51,04%) qu'à Kouassiblékro (48,96%).

Les principales raisons ont été le coût de l'accouchement et le transport respectivement dans 50%, 30,13 % des cas.

Les facteurs associés étaient la résidence ($p = 0,001$), la religion ($p < 0,0001$), la praticabilité des routes ($p = 0,001$), le transport des femmes enceintes ($p = 0,04$) et le coût des soins ($p = 0,001$).

Conclusion :

Les accouchements à domicile non assistés sont encore très fréquents à cause des facteurs et raisons ci-haut cités qui méritent une attention particulière.

Message-clé de santé publique :

Le phénomène de l'accouchement à domicile en milieu rural ne saurait être expliqué uniquement par des raisons d'ordre économique ou d'accessibilité géographique. Son endiguement nécessite des recherches complémentaires.

Mots clés : accouchement non assisté, santé maternelle, milieu rural.

Abstract

Introduction:

Unassisted home delivery (UHD) remains a major cause of maternal and neonatal death in Côte d'Ivoire. The objective was to analyze factors associated with home deliveries in two villages in southeastern Côte d'Ivoire.

Methods:

A survey was conducted among 165 women residing in Kodjokro or Kouassiblékro from 2018 to 2022 who had given birth at least once in the health area of Edjambo in southeastern Côte d'Ivoire.

Results:

The mean age of the women was 30.13 ± 8.06 years. They were mostly housewives (56.96%) and had no education (54.54%) but (71%) knew the consequences of UHD.

The overall prevalence was 58%, higher in Kodjokro (51.04%) than in Kouassiblékro (48.96%).

The main reasons were the cost of delivery and transport in 50%, 30.13% of cases respectively.

The associated factors were residence ($p = 0.001$), religion ($p < 0.0001$), road practicability ($p = 0.001$), transportation of pregnant women ($p = 0.04$) and cost of care ($p = 0.001$).

Conclusion:

Unassisted home births are still very common because of the above factors and reasons that deserve special attention.

Key public health message:

The phenomenon of home birth in rural areas cannot be explained solely by economic reasons or geographical accessibility. Its containment requires further research.

Key words: Unassisted delivery, maternal health, rural area.

Introduction

De plus en plus, la mortalité maternelle est considérée non seulement comme un problème de santé mais également comme une atteinte aux droits de la personne humaine. Ainsi en 2000, les Etats membres des Nations Unies se sont engagés à œuvrer à la réalisation d'une série d'objectifs de développement durable, appelant entre autres à une réduction de trois quarts en 2015, la mortalité maternelle [6].

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, ce sont près de 99 % des décès maternels qui se produisent dans des pays en développement, dont plus de la moitié en Afrique subsaharienne. En outre, entre ces pays et au sein d'un même pays, il existe d'importantes disparités notamment entre les populations à revenus faibles et celles à revenus élevés, mais aussi entre celles rurales et urbaines [5].

Constatant qu'il est possible d'accélérer le recul de la mortalité maternelle, les pays se sont maintenant fixés une nouvelle cible visant à réduire davantage la mortalité maternelle en mettant l'accent sur la surveillance de l'accouchement. Malgré cela, les accouchements à domicile sans assistance médicale continuent d'être une préoccupation pour tous les acteurs de développement dans les pays. Cependant, la quasi-totalité des accouchements dans les pays industrialisés est assistée par un personnel de santé qualifié dans les maternités. Par contre, 60 à 80% des femmes des pays en développement continuent d'accoucher à domicile sans aucune assistance ou avec l'aide de personnes non qualifiées et d'ordinaire dans un environnement peu salubre [6].

La Côte d'Ivoire n'est pas épargnée car l'on note en 2012 que près de 37% des femmes continuent d'accoucher à la maison, sans assistance médicale malgré les efforts consentis par le gouvernement surtout en milieu rural et périurbain [6].

Cette étude avait pour objectif d'analyser les facteurs associés aux accouchements à domicile en milieu rural.

Méthodes

Une étude descriptive transversale a été menée du 10 au 16 Juillet 2022 à Kodjokro et Kouassiblékro. Ces villages du district sanitaire de Tiapoum et de l'aire sanitaire d'Edjambo sont des sites où un projet en Santé Engagement Communautaire qui envisage adresser les problèmes de santé avec la participation de la communauté est en cours. Un questionnaire a été utilisé pour recueillir les caractéristiques sociodémographiques, socioculturelles, économiques et sanitaires, les habitudes de vie.

L'enquête s'est faite par des visites dans tous les ménages. Les femmes résidant dans les deux villages de 2018 à 2022 et ayant accouché dans l'aire sanitaire d'Edjambo ont été interviewées. Le logiciel Microsoft EXCEL version 2007 a été utilisé pour la saisie des données. Les données ont été traitées et analysées avec le logiciel XLSTAT version 2014.5.03. Le test de χ^2 et le test de Mann et Whitney ont été utilisés pour rechercher les associations entre l'accouchement à domicile et les caractéristiques sociodémographiques et économiques. Le seuil de signification statistique choisi pour ces analyses est de 5% ($p = 0,05$).

Considérations éthiques :

L'autorisation des autorités coutumières (chef de village de Kodjokro) et des autorités sanitaires de Tiapoum (Directeur départemental de la santé) a été obtenue pour mener l'enquête. Le consentement éclairé des chefs de ménage a été obtenu, et les renseignements obtenus ont respecté la confidentialité et l'anonymat.

Résultats :

1. Caractéristiques socio-démographiques

Les femmes ayant participé à l'étude étaient jeunes comme celles de l'étude de Kinsa au nombre de 165 dont 98 (59,4%) à Kouassiblékro et 67 (40,6%) à Kodjokro. L'âge moyen des femmes était de 30,13 (\pm 8,06) ans. Elles étaient pour la plupart des ménagères (94 ; 57%) et n'avaient aucun niveau d'instruction (90 ; 54,5%). Cependant, la majorité d'entre elles connaissaient les conséquences des accouchements à domicile non assistés (118 ; 71 %).

2. Accouchements à domicile

La prévalence globale des ANAD était de 96 (58%). Elle était plus élevée à Kodjokro, plus proche du centre de santé (49 ; 51,04%) qu'à Kouassiblékro, qui lui, était plus éloigné (47 ; 48,96%). La moyenne d'âge des femmes ayant accouché au moins une fois à domicile était de 30,85 (\pm 8,58) ans. Cependant, seulement 10 femmes sur 96 ont été référées à la maternité après accouchement de 2018 au 12 juillet 2022.

Les principales raisons de l'accouchement à domicile non assisté ont été le coût de l'accouchement et le transport respectivement dans 85 (51%), 53 (32 %) des cas (Tableau I).

Tableau I : Raisons des accouchements non assistés à domicile (n=165)

Raisons de l'accouchement à domicile non assisté	Effectif	Pourcentage (%)
Coût de l'accouchement	84	51
Transport	53	32
Effet de surprise	18	11
Volonté personnelle	05	3
Tradition	04	2
Mauvais accueil	02	1

3. Facteurs associés aux accouchements non assistés à domicile

L'accouchement à domicile se pratiquait plus chez les chrétiennes (85 ; 88,5%). Lorsque qu'il n'existait aucun moyen de transport pour conduire les femmes au centre de santé, l'accouchement à domicile était plus élevé (85 ; 91,4%). L'âge n'était pas un facteur associé à l'ANAD. Aussi quand les femmes étaient peu satisfaisantes des coûts des soins, elles accouchaient plus souvent à domicile (68 ; 70,8%) (Tableau II).

Tableau II : Relation entre ANAD et les caractéristiques sociodémographiques, sanitaires et environnementales, Kodjokro, Kouassiblékro, 2022

Variable	Total	Effectif	%	p-value
Lieu de résidence				
Kodjokro	67	49	73,1	0,001
Kouassiblékro	98	47	48,0	
Religion				
Animisme	5	4	4,2	< 0,0001
Christianisme	130	85	88,5	
Islam	30	7	7,3	
Praticabilité des routes				
Bonne	65	48	50	0,001
Mauvaise	100	48	50	
Coût des soins				
Très satisfaisant	3	1	1,	0,001
Satisfaisant	66	27	28,1	
Peu satisfaisant	96	68	70,8	
Organisation du transport des femmes enceintes				
Oui	9	8	8,6	0,04
Non	153	85	91,4	
Âge (années)				
< 20	7	5	5,2	0,245
[20 – 34]	104	55	57,3	
>34	54	36	37,5	

Discussion :

1. Caractéristiques socio-démographiques

Les femmes montraient étaient jeunes comme celles de l'étude de Kinsa, en 2014 au Bénin [2] qui a trouvé une moyenne d'âge de 29,26 \pm 7,11 ans. Ces résultats témoignent de la jeunesse des populations en Afrique subsaharienne et particulièrement en Côte d'Ivoire où 75,6 % de la population totale a moins de 35 ans [3]. Malgré la proximité, la majorité des femmes des villages de notre étude accouchaient à domicile contrairement aux femmes de l'étude de Kinsa au Bénin qui accouchaient majoritairement (64,38%) parce qu'elles résidaient à plus de 5 km d'un centre de santé [2]. Cette différence pourrait s'expliquer par la perception des coûts des soins pratiqués dans le centre de santé.

Le manque d'instruction (79,1%) et l'activité de ménage des femmes (75,5%) au Mali avec les études de Sylla et al. [8] concordent avec nos résultats. Ceci pourrait justifier les préjugés socioculturels qui font que les filles ne sont pas envoyées à l'école.

2. Accouchements à domicile

La prévalence était plus élevée à Kodjokro plus proche du centre qu'à Kouassiblékro plus éloigné alors qu'au Sénégal, elle était plus élevée aux lieux de résidence les plus éloignés des centres (33,78%), qui du fait de l'absence des moyens de transport (27,10%), accouchaient à domicile [1]. Dans notre étude, les femmes ont également avancé la raison de l'accès difficile aux moyens de transport pour justifier la non-fréquentation des services d'accouchement. En effet, la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé reconnaît que des stratégies de promotion de la santé sont entre autres l'élaboration de politiques et la création d'environnements favorables à la santé. Ces deux stratégies supposent donc une intervention multisectorielle pour apporter des infrastructures facilitant l'accès physique aux établissements de santé [4].

3. Facteurs associés aux accouchements non assistés à domicile

Les femmes chrétiennes accouchaient plus à domicile contrairement aux femmes des autres religions (88,5%). Ceci s'expliquerait par la prééminence de la religion chrétienne dans les deux villages. Ces résultats diffèrent de ceux de Ouattara et al. en 2019 au nord-est de la Côte d'Ivoire où elles étaient musulmanes (74%) [7].

Les routes difficilement praticables favorisaient les accouchements à domicile comme Kinsa l'a relevé en 2014 (53,95%) au Bénin [2]. De plus, l'organisation du transport des femmes enceintes n'était pas systématique. Kinsa, en 2014, a montré dans son étude au nord-ouest du Bénin que dans les zones rurales, les femmes étaient souvent obligées de faire plus de 5 km (64,38%) pour atteindre le centre de santé le plus proche [2]. Si ces raisons pouvaient être retenues pour Kouassiblékro, la tendance à accoucher à domicile des femmes de Kodjokro, lieu de résidence le plus proche du centre, pourrait s'expliquer par le manque de moyens financiers. En effet, malgré la politique d'exemption de frais de santé en cours en Côte d'Ivoire, le coût des soins a été avancé comme raison d'ANAD dans notre étude.

Conclusion :

En milieu rural, l'ANAD constitue un problème de santé publique. Les différences de fréquence d'ANAD observées dans les deux villages soulèvent

en plus de la problématique de l'accessibilité financière aux soins, la question de la qualité des soins et de leur perception par la population.

Remerciements

Nous disons merci aux communautés villageoises de Kodjokro et Kouassiblékro et aux autorités sanitaires de Tiapoum pour leur contribution à la réalisation de cette étude.

Références

1. Faye A, Fatou S. K., Tal-Dia A., 2016 - Déterminants du lieu de l'accouchement au Sénégal rôle et inégalités sociales. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. Vol 64(4), 225p.
2. Kinsa C. A., 2014. - « Prévalence et facteurs associés aux accouchements à domicile dans la commune de Toucountouna » Mémoire de Licence Professionnelle (option Santé Publique), Université de Parakou, Bénin ;74p.
3. Ministère du Plan et de développement de Côte d'Ivoire, 2021 - Recensement Général de la Population et de l'Habitat. INS 2021.
4. OMS, 1986 - Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, <http://www.who.int> (08/05/2023).
5. OMS, 2012 - Relever le défi de la Santé de la Femme en Afrique. Rapport de la Commission de la Santé de la femme dans la Région africaine, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 94 p.
6. OMS, 2015 -Rapport annuel sur la santé maternelle et infantile, <http://www.who.int> (05/09/2022).
7. Ouattara K, 2019 - Facteurs explicatifs de l'accouchement à domicile dans le village de Namassi (Nord-est de la Côte d'Ivoire). Revue Espace Territoriales Sociétés et Santé. Vol 2(4) ; pp 241-254.
8. Sylla C., Traoré S. O., Doumbia S., Samaké A., Bocoum A., Fané S., 2020 - Accouchements Non Assistés en Milieu Urbain à Bamako. Health sciences diseases. Vol 21(12) ; pp73-78.

Utilisation du continuum des soins maternels lors de l'accouchement et du post-partum : Facteurs associés dans les quartiers précaires d'Allakro et Belleville-Cocody

Auteurs : Barry D¹, Akpa-Boni C², Kuakou KPL², Silué K¹, Olagboyé B²

1. Université Félix Houphouët-Boigny
2. Fondation I-Seven

Auteur correspondant : barrydrissa05@gmail.com

Résumé

Introduction :

L'accouchement et le post-partum (continuum des soins) sont des périodes délicates pour la survie du nouveau-né et de la mère. L'objectif de l'étude était d'analyser les facteurs associés à l'utilisation de ce continuum de soins.

Méthodes :

L'étude transversale, descriptive et exhaustive s'est déroulée du 14 février au 24 avril 2022. Les mères ayant un enfant de moins de 2 ans ont été interrogées. Leurs connaissances et recours aux soins de santé à l'accouchement et durant le post-partum (continuum de soins) ont été investiguées. Le test de Khi2 a été réalisé avec un seuil de 5%.

Résultats :

Avait participé 146 mères d'âge moyen de 28,2 (±5,8) ans. Seulement 16% connaissaient au moins un signe de danger d'un accouchement compliqué et 39% au moins un signe de danger durant le post-natal immédiat. Des trois consultations post-natales recommandées, la consultation post-natale immédiate était réalisée chez 98,6% des mères. Un peu plus des 2/3 des mères avaient réalisé le continuum de soins ; et celles qui ne connaissaient aucun signe de danger durant le post-natal immédiat étaient les plus nombreuses à l'avoir réalisé ($p < 0,001$).

Conclusion :

La pratique du continuum de soins maternels n'est pas effective pour la majorité des femmes. La sensibilisation doit être maintenue à l'égard des femmes durant la préparation de l'accouchement.

Message clé de santé publique :

Améliorer la littératie en santé des femmes sur le continuum de soins pour augmenter l'utilisation des services de santé qui leur sont dédiés.

Mots clés : Accouchement, consultations post-natales, Connaissances, Pratiques, Quartiers précaires.

Abstract

Introduction:

Childbirth and the post-partum period (continuum of care) are delicate periods for the survival of the newborn and the mother. The aim of the study was to analyse the associated factors with the use of this continuum of care.

Methods:

The study was cross-sectional, descriptive and exhaustive. A questionnaire was administered to the mothers with a child under 2 years of age. Their use of healthcare at delivery and during the post-partum period (continuum of care) was investigated. The chi-square test was performed at the 5% threshold.

Results:

A total of 146 mothers participated in the survey, with an average age of 28.2 (±5.8) years, and 56.8% did not attend school. Only 16% were aware of at least one danger sign of a complicated birth and 39% of at least one danger sign during the immediate postnatal period. Of the three recommended post-natal consultations, the immediate post-natal consultation was carried out by almost all the mothers (98.6%). Slightly more than 2/3 of the mothers had carried out the continuum of care, and those who knew of no danger signs during the immediate postnatal period were the most likely to have done so ($p < 0.001$).

Conclusion:

The practice of the continuum of maternal care appears to be motivated by fear and followership. Awareness must be maintained among women during childbirth preparation.

Key public health message:

Improve women's health literacy along the continuum of care to increase their use of dedicated health services.

Key words: Childbirth, post-natal consultations, Knowledge, Practices, precarious neighbourhoods.

Introduction

Le risque de mortalité pour les nouveau-nés et leurs mères augmente à l'accouchement, puis dans les quelques heures et jours qui suivent la naissance (1). Il existe deux groupes de causes de décès maternels. On distingue les causes dites directes, en lien avec des complications obstétricales pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum et les causes indirectes, liées à des complications de pathologies préexistantes ou apparues au cours de la grossesse (2).

La plupart des décès (86%) se concentrent dans les pays à faibles ressources économiques, et particulièrement en Afrique subsaharienne où les taux sont élevés (3). Le ratio de mortalité maternelle était estimé à 500 décès pour 100 000 naissances vivantes en Afrique subsaharienne alors qu'il était de 220 pour 100 000 en Asie du Sud et 16 pour 100 000 dans les pays développés. Cet indicateur révèle l'ampleur des différences en termes de santé maternelle entre pays industrialisés et pays en développement surtout dans certains pays africains (4). En Côte d'Ivoire, ce taux était estimé à 139 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (5). D'après le rapport sur la surveillance des décès maternels en Côte d'Ivoire, ces décès surviennent en période de postpartum immédiat. Cela s'explique par le fait que les femmes en suite de couches sortaient deux heures après l'accouchement lorsqu'elles ne présentaient aucune complication (6). Selon l'étude de Diariatou K. et al. au Mali, les soins postnatals étaient méconnus de 67,3% des enquêtées, et 77,9% n'avaient reçu aucune information venant d'un prestataire de santé sur l'utilisation de ces services durant les 60 jours de la période postnatale (7). De nombreuses études en Côte d'Ivoire abordent les connaissances et pratiques des mères en matière de soins prénatals. Cependant, celles concernant les soins à l'accouchement et le post-natal restent parcellaires. Cette étude avait pour objectif d'évaluer les connaissances et pratiques des mères sur les soins à l'accouchement et durant le postpartum afin de contribuer à l'amélioration de leur état de santé.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et exhaustive qui s'est déroulée du 14 février au

24 avril 2022 dans les ménages des quartiers précaires d'Allakro et Belle-ville de la commune de Cocody. Elle a concerné les mères d'enfants de moins de 2 ans. Ont été incluses les mères âgées de 15 à 49 ans ayant un enfant de moins de 2 ans vivant dans le quartier depuis au moins trois mois. Les mères absentes après trois passages n'ont pas été incluses.

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire à 5 volets. Le premier a porté sur les caractéristiques sociodémographiques des ménages, le deuxième sur les caractéristiques gynéco-obstétricales de la mère, le troisième sur l'accouchement, le quatrième sur la consultation postnatale et le cinquième sur les connaissances sur l'accouchement et les consultations post-natales. L'étude s'est déroulée dans les différents ménages et dans chaque ménage, toutes les mères répondant aux critères d'inclusion ont été interviewées.

Les données ont été analysées avec le logiciel SPSS version 20.0. Les variables quantitatives ont été exprimées en termes de moyenne et d'écart-type. Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentage pour chacune de leurs modalités. Le test de khi deux a été utilisé au seuil de 5%. Pour garantir les droits des participantes, les chefs du quartier ont été contactés, la participation des mères était volontaire, le recueil et la saisie des données étaient anonymes.

Considérations éthiques

Le consentement des participantes a été requis avant l'enquête, et elles avaient le libre choix de se retirer de l'enquête à tout moment. Pour les mères de moins de 15 ans, l'assentiment des parents a été obtenu.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques et gynéco-obstétricales des femmes

Au total, 146 femmes avaient participé à l'étude avec un âge moyen de 28,2 ($\pm 5,8$) ans. En plus, 78,8% des mères vivaient en couple, et 32,2% étaient des ménagères. Plus de la moitié des mères (56,8%) était non scolarisée. La majorité d'entre elles (76%) avait entre 1 et 3 enfants. Le service de planning familial était fréquenté par 86% des mères.

Suivi de soins de santé en continu et connaissances des signes de dangers durant le postnatal immédiat

La plupart des mères (68,5%) avaient suivi les soins de santé en continu. Parmi celles qui ne les avaient pas fait, certaines ont estimé que cela n'était pas nécessaire. D'autres ont évoqué l'absence de rendez-vous postnatal et des problèmes financiers. Moins de deux femmes sur quatre connaissaient au moins un signe de danger durant le post-natal immédiat et citaient surtout l'hémorragie (82,5%). Parmi les facteurs étudiés, le manque de connaissance sur les signes de danger durant le post-natal immédiat favorisait le suivi des soins de santé en continu (tableau I).

Tableau I: Facteurs associés au suivi de soins de santé en continu, Allakro, Belleville, 2022

	Total	Suivi de soins de santé en continu		p-value
		Oui n(%)	Non n(%)	
Connaissance d'au moins un signe de danger				
Oui	57	28 (49,1)	29 (50,9)	<0,001
Non	89	73 (82)	16 (18)	
Niveau d'étude				
Non scolarisée	83	56 (67,4)	27 (32,6)	0,91
Primaire	35	24 (68,5)	11 (31,5)	
Secondaire	23	17 (73,9)	6 (26,1)	
Supérieur	05	3 (60)	2 (40)	
Profession de la mère				
Sans emploi	17	12 (70,6)	5 (29,4)	0,89
Fonctionnaire / Cadre	01	1 (100)	0 (0)	
Commerçante	60	43 (71,6)	17 (28,4)	
Etudiante/ Elève	04	2 (50)	2 (50)	
Ménagère	47	32 (68)	15 (32)	
Ouvriers/ artisans	17	10 (58,8)	7 (41,2)	
Situation matrimoniale				
Célibataire	30	20 (67)	10 (33)	0,70
En couple	115	79 (68,7)	36 (31,3)	
Divorcé	1	1(100)	0 (0)	

Discussion

Les mères étaient en majorité jeunes. En effet, elles étaient pour la plupart âgées de 25 à 30 ans (34,9%), avec une moyenne d'âge de 28,2 ans. 56,8% des mères étaient non scolarisées. Selon l'EDS-CI 2021, près d'une femme sur deux (49 %) n'avait aucun niveau d'instruction (8). Le manque d'instruction pourrait être un obstacle majeur à l'utilisation des soins de santé et l'accès à l'information en matière de santé.

Dans l'étude, 68,5% des mères avait suivi des soins de santé en continu. Celles qui connaissaient au moins un de ces signes étaient 39%, et 82,5% citaient surtout l'hémorragie. Le manque d'informations et de sensibilisation des femmes avant et après l'accouchement par les prestataires pourrait justifier ce faible taux comme l'ont relevé

Diariatou K. et al., au Mali, en 2017. En effet, plus de 77,9% des mères n'avaient reçu aucune information venant d'un prestataire sur l'utilisation de ces services dans les 60 jours de la période postnatale (7). Au Cameroun, Bassong OYM et al. ont relevé que la mauvaise connaissance du suivi postnatal, ainsi qu'une mauvaise représentation sociale sont des facteurs pouvant engendrer une forte augmentation du taux de mortalité maternelle (9).

Les mères qui ne connaissaient aucun signe de danger/avertissement durant le post-natal immédiat étaient plus nombreuses à suivre les soins de santé en continu ($p < 0,001$). En effet, l'ignorance des femmes sur ces signes de dangers provoque chez ces dernières le besoin de respecter ce continuum de soins car elles ne connaissent pas les conduites à tenir à l'apparition des signes de danger.

Conclusion

La majorité des femmes ne connaissaient aucun signe de danger d'un accouchement compliqué et durant le post-natal immédiat. Aussi vrai qu'elles ne connaissaient pas, elles étaient nombreuses à réaliser le continuum de soins.

Remerciements :

Nous remercions les populations de Belleville et Allakro pour leur accueil.

Références bibliographiques

1. Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), État de la population mondiale – 2005 (Genève : UNFPA, 2005).
2. Maternal Mortality Estimation Inter-agency. Trends in maternal mortality 2000 to 2017. pdf [Internet]. [Cité 19 mai 2020]. Disponible sur: <http://documents.worldbank.org/curated/en/793971568908763231/pdf/Trends-in-maternal-mortality-2000-to-2017-Estimates-by-WHO-UNICEF-UNFPA-World-BankGroup-and-the-United-Nations-Population-Division.pdf>.
3. Groupe Inter-Organisation pour l'Estimation de la Mortalité Maternelle. Evaluation de la mortalité maternelle 2000-2017.pdf [Internet]. [Cité 25 février 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241516488>.
4. Kochou SHA, Rwenge MJR. Social factors of the nonuse or the inadequate use of prenatal care in Côte d'Ivoire. African Evaluation Journal. 18 déc 2014;2(1):12 pages.
5. Rapport Annuel sur la situation Sanitaire (RASS) 2020. 2020;593.
6. Anoua, A. La question de la prise en charge postnatale dans la culture obstétricale akyé en Côte d'Ivoire 2020. Antropo, 43, 51-66.
7. Diariatou K, Haoua D, Assarag B, et al. Facteurs associés à l'utilisation des soins postnatals en commune V du district de Bamako (MALI). Cah Santé Publique, Vol. 18, n°1- 2019, p:11.
8. Enquête Démographique et de Santé 2021. pdf [Internet]. [cite 11 Sept 2022]. En ligne sur: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR140/PR140.pdf>.
9. Bassong OYM, Djatcha JLD, Fossi CT, Fossi A. Connaissances et Représentations Sociales du Suivi Postnatal dans le District de Santé de Bafang (Cameroun). Health Sci Dis : Vol 21 (5) May 2020 p 41-46.

Notes de synthèse

29

Promotion de la santé des populations : Expériences dans quatre quartiers précaires dans la commune de Cocody-Abidjan

Promotion de la santé des populations : Expériences dans quatre quartiers précaires dans la commune de Cocody-Abidjan

Auteurs : Akpa-Boni C¹, Akpa AC¹ Kouakou KPL¹, Olagboyé B¹, Amon D¹, N'guessan D¹ Kouassi C², Daba W², Messou R²

1. Fondation I-Seven

2. Comité Église et Société, Eglise Méthodiste Unie de Côte d'Ivoire Jubilé Cocody (CES/EMUCI)

Auteur correspondant : akpaceline1@gmail.com

Résumé

Introduction :

La promotion de la santé est un gage de succès des actions de santé communautaire. L'objectif est de présenter une expérience de promotion de la santé dans les quartiers précaires à Abidjan.

Méthodes :

Des consultations médicales de sensibilisation, d'assainissement de l'environnement, d'éducation et d'autonomisation ont été menées de 2015 à 2022 dans les quartiers précaires de la Nouvelle Jérusalem (NJ), d'Allakro, de Belleville et de Gobelet.

Résultats :

Au total, 2 807 personnes ont participé aux consultations médicales. A la NJ, la sensibilisation a porté sur les mesures de prévention du paludisme, des maladies respiratoires et diarrhéiques. A Allakro et Gobelet, du matériel de nettoyage a été remis à la chefferie lors d'une activité de balayage. L'alphabétisation a permis d'inscrire 47 personnes à la NJ leur donnant la possibilité de lire les recommandations des carnets de santé, les dates des vaccinations et les ordonnances. De même, 506 kits scolaires ont été distribués dans les trois autres quartiers. Une machine à coudre et un tricycle ont été achetés sur fonds propres dans le cadre des activités d'autonomisation.

Conclusion :

La prise en charge holistique de la santé permet aux populations de devenir des acteurs dans la transformation de leur milieu de vie.

Principal message de santé publique :

La réponse à apporter aux besoins de santé de cette communauté ne relève pas seulement du système de soins. Elle doit être beaucoup plus globale incluant des interventions environnementales et socio-économiques.

Mots-clés : Promotion de la santé, santé communautaire, quartiers précaires

Abstract

Introduction:

Health promotion is a key to the success of community health initiatives. The aim is to present an experience of health promotion in precarious neighbourhoods in Abidjan.

Methods:

Medical consultations, awareness-raising, environmental sanitation, education and empowerment were carried out from 2015 to 2022 in the precarious neighbourhoods of Nouvelle Jérusalem (NJ), Allakro, Belleville and Gobelet.

Results:

A total of 2,807 people took part in the medical consultations. In NJ, awareness-raising focused on measures to prevent malaria, respiratory diseases and diarrhoea. In Allakro and Gobelet, cleaning equipment was handed over to the chiefdom during a sweeping activity. Literacy training enabled 47 people to register with the NJ, giving them the opportunity to read the recommendations in the health booklets, the dates of vaccinations and prescriptions. Similarly, 506 school kits were distributed in the three other neighborhoods. A sewing machine and a tricycle were purchased with own funds as part of the empowerment activities.

Conclusion:

Taking a holistic approach to health enables people to play an active role in transforming their living environment.

Main public health message:

The response to the health needs of this community is not just a matter for the healthcare system. It needs to be much more comprehensive, including environmental and socio-economic interventions.

Key words: Health promotion, community health, precarious neighbourhoods

Introduction

La promotion de la santé passe par cinq groupes d'actions que sont la mise en place d'une politique publique saine, la création d'environnements favorables à la santé, le développement des capacités des individus, la réorientation des services de santé et la mise en œuvre d'actions impliquant la communauté [1]. En 1978, la déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires demandait d'impliquer effectivement les communautés dans les interventions sanitaires faites à leur endroit en prenant en compte leurs contextes de vie, leurs besoins et leur savoir-faire [2]. Ces actions agissent comme un "ciment" qui solidifie la relation santé publique et population [3]. C'est un gage de succès des actions de santé communautaire. Ainsi, au Sénégal, l'expertise des acteurs associatifs en matière d'accompagnement psycho-social a été mobilisée dans la lutte contre le VIH et pendant l'épidémie d'Ebola [4]. Cependant, cette expertise n'a pas été utilisée dans le cas de l'épidémie de la COVID 19 en 2020; ce qui a amené les membres des Organisations à Base Communautaire de l'étude de Carillon à faire le constat « d'un plan de résilience qui ne prend pas en compte les réalités de terrain » [5]. Les actions de promotion de la santé pourraient permettre de réduire les inégalités sociales de santé par le processus d'empowerment [6] ; surtout dans les quartiers précaires où les conditions de vie constituent un risque pour la santé des habitants. Dans ces territoires, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est le double de celui des enfants vivant dans de meilleures conditions. Ce qui démontre la vulnérabilité de ces zones qui font l'objet de peu d'études [7]. Par ailleurs, dans ces bidonvilles, le manque de services de base, d'enquêtes auprès des ménages et d'engagement communautaire facilite la propagation des maladies [7]. Cette note de synthèse a pour objectif de présenter une expérience d'interventions de promotion de la santé dans les quartiers précaires à Abidjan.

Méthodes

Contexte et cadre de l'étude

L'Eglise Méthodiste Unie Jubilé de Cocody depuis 2015 en partenariat avec des professionnels de la santé, de l'éducation nationale et du secteur économique, intervient dans quatre quartiers précaires de la commune de Cocody. « Nouvelle Jérusalem » (NJ), aujourd'hui détruite était un espace d'un hectare qui abritait environ 400 personnes, dans un bas-fond derrière le CHU de Cocody. Aux Il Plateaux, les quartiers « Belleville » et « Allakro » où vivent respectivement 3000 et 2500 habitants. Le dernier quartier « Gobelet » se trouve à Attoban, et abrite environ 8000 habitants.

Type, durée et population d'étude

L'intervention a consisté en des activités médicales, de sensibilisation, d'assainissement de l'environnement, d'éducation et d'autonomisation destinées à tous les habitants des quartiers. Elles ont eu lieu de 2015 à 2018 à la NJ, depuis 2020 à Allakro, Belleville et depuis 2022 à Gobelet.

Matériel

Le matériel de consultation et des fiches d'inspection de l'environnement ont été utilisés. Du matériel didactique a été utilisé pour les sensibilisations et les formations.

Déroulement

• Actions médicales

Les consultations médicales foraines se sont déroulées dans les quatre quartiers et ont associé le district sanitaire de Cocody-Bingerville, le Programme National de lutte contre les Maladies Métaboliques, des bénévoles médecins, pharmaciens, techniciens de laboratoire.

Chaque fois que cela a été nécessaire, les cas graves ont été référés aux structures sanitaires idoines (Centre Anti-Diabétique d'Abidjan, clinique médicale partenaire ou établissements de santé de premier contact proches des quartiers). Un dépistage gratuit du cancer du col de l'utérus a été fait en collaboration avec le Programme national de lutte contre le cancer, à Allakro, en avril 2022, Belleville et Gobelet, en mai 2022.

- **Assainissement de l'environnement**

Il a été réalisé en partenariat avec l'Agence Nationale de Gestion des Déchets (ANAGED) et le district autonome d'Abidjan.

- **Actions éducatives**

Une alphabétisation des adultes s'est déroulée dans le quartier « Nouvelle Jérusalem ». Elle a commencé par l'obtention d'une autorisation officielle du Ministère de l'Education Nationale. La mise en place d'un mécanisme de parrainage et de subvention a permis aux populations d'avoir accès à l'alphabétisation moyennant le paiement de 7 000 FCFA, au lieu de 35 000 FCFA. Les cours ont été organisés en deux sessions précédées de la formation de deux personnes-ressources de la communauté en tant que moniteur d'alphabétisation de mars 2016 à septembre 2017.

Des kits scolaires destinés aux élèves du niveau primaire et secondaire ont été distribués dans les quartiers de Belleville et Allakro pour l'année scolaire 2021-2022 et étendus à Gobelet en 2022-2023 après des appels à dons.

- **Actions d'autonomisation**

En juin 2021, en association avec l'ONG « Care International », une formation sur les Associations Villageoises d'Epargne et de Crédit (AVEC) a été dispensée aux femmes de Belleville et Allakro.

Saisie des données

Les données ont été saisies sur le logiciel Excel®. Les variables essentiellement qualitatives ont été présentées sous forme d'effectifs.

Considérations éthiques

Les chefs communautaires et les associations des femmes et jeunes des quartiers ont donné leur accord et ont contribué à réaliser les activités. La chefferie des quartiers a mis à disposition des guides volontaires pour faciliter l'accès aux ménages.

Résultats

Actions médicales

Au total, 2 807 personnes ont été reçues lors des consultations médicales foraines. Les effectifs des personnes reçues en consultations médicales foraines sont présentées dans le tableau I.

Tableau I : Répartition des effectifs de population consultés par quartier et par date

Quartier	Date	Total
Nouvelle-Jérusalem	Mai 2015	300
Allakro	03 Novembre 2019	529
Allakro	30 Mai 2021	424
Belleville	26 Septembre 2021	430
Gobelet	28 Novembre 2021	500
Belleville	29 Octobre 2022	624
Total		2807

Après la séance de dépistage du cancer du col de l'utérus, 171 jeunes femmes ont été sensibilisées; 22 cas de Papillomavirus ont été diagnostiqués.

Séances de sensibilisation

A la Nouvelle Jérusalem, la sensibilisation a ciblé les mères d'enfants de moins de cinq ans. Elle a porté sur les mesures de prévention du paludisme, des maladies respiratoires et diarrhéiques, le suivi vaccinal des enfants et la fréquentation des services PMI. L'impact de l'alphabétisation a été observé au cours de ces séances de sensibilisation. En effet, les mères ont pu lire des informations marquées sur les sachets de solution de réhydratation orale et un dépliant de prise en charge à domicile des maladies infantiles.

A Belleville et Allakro, la sensibilisation a été faite à l'attention des chefferies et des représentants des associations des femmes et de jeunes. Elle a porté sur les mesures préventives contre la COVID-19 avec dons de kits de lavage des mains, l'adoption de comportements écocitoyens et la formation de brigade de salubrité.

Assainissement de l'environnement

A la NJ, une démoustication de tout le quartier a été faite. A Allakro et Gobelet, des brouettes, pelles, balais, râtaux ont été remis à la chefferie lors des opérations dites "Zéro déchet" suivies de la mise en place d'une brigade de salubrité.

Les actions éducatives

Elles sont résumées dans le tableau II. Plus de 500 kits ont été distribués, et plus de 47 personnes ont pris part aux trois niveaux d'alphabétisation.

Tableau II : Répartition des actions éducatives de 2015 à 2023

Quartier	Année scolaire	Actions (n)	
		Apprenants inscrits à l'alphabétisation	Kits scolaires distribués
Nouvelle-Jérusalem	2015-2016	17 de niveau 1	-
	2017-2018	30 de niveau 1 et 2	-
	2018-2019	47 de niveau 1, 2 et 3	-
Belleville, Allakro	2022-2023	-	174
Belleville, Allakro, Gobelet	2022-2023	-	332

Actions d'autonomisation

A Allakro, les femmes se sont associées pour acheter une machine à coudre à l'une d'entre elles pour débiter une activité génératrice de revenus et un tricycle a été acquis sur fonds propres de la population pour l'évacuation des ordures ménagères.

Discussion

Cette approche santé en milieu précaire met en relief une démarche holistique qui a combiné des actions sur l'éducation, le cadre de vie et l'alphabétisation. Elle est recommandée si l'on veut obtenir des résultats de transformation et d'adoption de comportements favorables à la santé tant pour l'individu que la communauté [8]. Fournier et Poitvin l'ont également exprimé en affirmant que les aspects territoriaux, sociaux, organisationnels et les modalités de mise en œuvre d'actions doivent être pris en compte pour les projets de santé communautaire [9]. La santé étant un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie [10], le praticien de la santé, le spécialiste de l'environnement et le religieux toucheraient le patient dans ses trois dimensions chacun selon ses compétences.

Conclusion

Ces interventions ont permis de prendre en compte la santé dans sa globalité plutôt que de la considérer comme relevant du système de santé exclusivement. Cette approche holistique est recommandée si l'on veut que les populations deviennent les premiers acteurs de leur développement.

Remerciements :

Nous remercions toutes les structures partenaires à cette intervention dans les quartiers précaires : le district autonome d'Abidjan, l'ANAGED, le Programme national de lutte contre les maladies métaboliques, le programme national de lutte contre le Cancer, le District sanitaire de Cocody-Bingerville et Care International.

Références bibliographiques

- 1- WHO/EURO, The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> accessed 28 May 2023).
- 2- Organisation mondiale de la santé : Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma Ata (URSS) 6 au 12 Septembre 1978 : 90p.
- 3- World Health Organization : Community engagement : a health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people, 2020 : 35 p.
- 4- Desclaux A, Sow K, « Humaniser » les soins dans l'épidémie d'Ebola ? Les tensions dans la gestion du care et de la biosécurité dans le suivi des sujets contacts au Sénégal », Anthropologie & Santé [En ligne], 11 | 2015, mis en ligne le 09 novembre 2015, consulté le 27 mai 2023. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1751> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1751>. Consulté le 28 mai 2023.

- 5- Carillon S, Hane F, Bâ I, Sow K, Desclaux A, la réponse communautaire à la pandémie de covid-19 au Sénégal : un rendez-vous manqué ? mouvements n° 105, Printemps 2021 : 92-103. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-mouvements-2021-1-page-92.htm>, consulté le 16 Mai 2023
- 6- Ridde V. Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé ? Promotion & Education. 2007;14(2):111-114. doi:10.1177/10253823070140020601
- 7- Programme participatif d'amélioration des bidonvilles de Nairobi. Almanach des bidonvilles 2015-2016: Suivre l'amélioration de la qualité de vie des habitants des bidonvilles. Nairobi: ONU-Habitat; 2016. 87p. 3
- 8- World Health Organization . Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. World Health Organization (2019). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328123Astana>
- 9- Fournier P, Potvin Fournier et Poitvin L, Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme, Sciences Sociales et Santé, 1995 , Vol 13, N°2 pp. 39-59
- 10- Conférence internationale de la Santé, Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé 22 Juillet 1946 disponible sur <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>. Consulté le 28 mai 2023.

Données de surveillance épidémiologique

33

Surveillance des maladies évitables
par la Vaccination en Côte
d'Ivoire : données de la semaine
épidémiologique 22 de l'année 2023

Surveillance des Maladies Évitable par la Vaccination en Côte d'Ivoire : données de la semaine épidémiologique 22 de l'année 2023

Comité éditorial du BSP-CI : KOUROUMA KR, ADOU D, N'ZI-BOA TY, SACKOU-KOUAKOU JG

Direction de Coordination du Programme Élargi de Vaccination : OKIE BK, AKA M, AMAN S, AKA L, EKRA KD.

Introduction

La diffusion des données de la Surveillance Intégrée des Maladies et de la Réponse (Integrated Disease Surveillance Response (IDSR)) permet d'informer des stratégies et politiques nationales mises en œuvre et de renforcer les programmes de vaccination. Elle intègre l'introduction des vaccins, la couverture vaccinale et la mise en place potentielle d'une riposte aux épidémies. Elle permet également de communiquer des informations sur les changements dans l'épidémiologie des maladies évitables par la vaccination (MEV) au fil du temps, du fait de

l'utilisation des vaccins et d'autres mesures préventives. Les données sur la surveillance des Maladies Évitable par Vaccination, concernent les 131 districts sanitaires du pays. Elles sont collectées dans tous les établissements de santé, au niveau de la communauté et du district, puis transmises au niveau du Programme Élargi de Vaccination (PEV) pour analyse et diffusion par l'intermédiaire du Rapport hebdomadaire de situation épidémiologique SITREP et le Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI). Cet article fournit des données sur la poliomyélite, la rougeole, la rubéole et la fièvre jaune et les événements à déclaration obligatoire, pour la semaine épidémiologique 22/2023.

Faits saillants

- Au total, 688 cas confirmés de rougeole (627) et de rubéole (61) ainsi 3 cas de paralysie flasque aiguë (PFA) notifiés au cours de la semaine 22/2023.
- De la semaine 1/2023 à la semaine 22/2023, le nombre de cas notifiés de Fièvre jaune était de 978 dont 15 confirmés.
- Les douze derniers mois, 96% des districts ont notifié au moins 4 cas de PFA, et 4 districts n'ont pas fait de retour sur la surveillance PFA (**Tai, Dianra, Kounahiri et Nassian**).
- Les douze derniers mois, 05 sur 113 districts sanitaires n'ont pas atteint la cible (**Tengrela, Tiassalé, Divo, Bondoukou, Bongouanou, Daoukro**) en ce qui concerne la détection des éruptions fébriles non rougeoleuses.
- Les cas confirmés de rubéole et fièvre jaune étaient plus nombreux dans le district sanitaire de **Cocody-Bingerville**.
- Mission de renforcement de la surveillance dans les districts sanitaires silencieux de **Tai, Dianra, Kounahiri et Nassian**.
- Suivi des flambées épidémiques de rougeole au niveau national.

La rougeole

La rougeole est une maladie virale grave extrêmement contagieuse qui cible principalement les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes ou toute personne non immunisée contre la maladie. Le virus se transmet lorsque le malade tousse ou éternue, par le contact rapproché entre personnes ou par le contact direct avec des sécrétions nasales ou laryngées. Le virus reste actif et contagieux dans l'air ou sur les surfaces contaminées pendant 2 heures. Les porteurs du virus peuvent le transmettre pendant les 4 jours qui précèdent l'apparition de l'éruption cutanée et les 4 jours qui suivent. La personne infectée présente : une fièvre, une toux, un écoulement nasal, des yeux rouges, une somnolence, des sautes d'humeur, une éruption cutanée. Les complications possibles sont : infection des oreilles, aveuglement, infection pulmonaire, enflure du cerveau, ou encore travail prématuré, fausse couche et faible poids à la naissance si la maladie est survenue pendant la grossesse [1]. Dans le monde, elle touche plus

de 30 millions d'enfants et provoque près de 777 000 décès chaque année, dont plus de la moitié surviennent en Afrique. En Côte d'Ivoire, le nombre de cas notifiés à l'OMS est passé de 372 en 2019 à 600 en 2020 [2]. La performance du système de santé dans la riposte contre la rougeole repose sur sa capacité à détecter les cas suspects de rougeole, les éruptions fébriles non rougeoleuses et de confirmer les cas de rougeole.

Au cours de la semaine 22/2023, 3 158 cas suspects de rougeole ont été notifiés dont 627 confirmés.

Le Taux d'Eruption Fébrile Non Rougeoleuse (TEFNR) en Côte d'Ivoire pour les 12 derniers mois est de 13,5/100 000 habitants. Au total, 5 218 cas suspects de rougeole ont été notifiés. Tous les districts sanitaires ont pu notifier au moins un cas suspect de rougeole. L'incidence était de 30,8 cas pour 1 million d'habitants (Cible < 5/1 000 000). La cible à atteindre pour le TEFNR est d'au moins 2/100 000 habitants. Sur l'ensemble des 113 districts sanitaires, 05 n'ont pas atteint la cible (Tengrela, Tiassalé, Divo, Bondoukou, Bongouanou, Daoukro) (Figure 2).

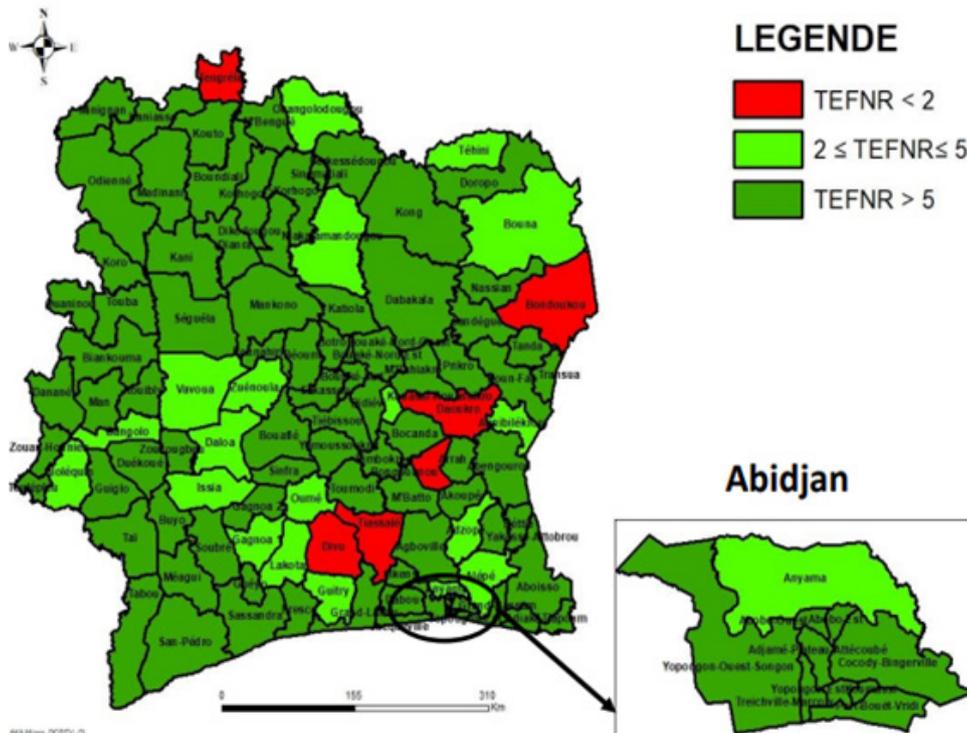


Figure 2 : Taux d'éruption fébrile non rougeoleuse par district sanitaire en Côte d'Ivoire de la semaine 23 en 2022 à la semaine 21 en 2023

La rubéole

La rubéole est une infection virale contagieuse qui touche le plus souvent les enfants et les jeunes adultes. Elle est moins grave que la rougeole, sauf chez les femmes enceintes où elle peut entraîner la mort du fœtus ou des malformations congénitales (syndrome de rubéole congénitale). En général, la rubéole se manifeste par une fièvre bénigne et de légers symptômes qui ressemblent à un rhume, suivis d'une éruption. Les ganglions du cou peuvent enfler. La maladie dure environ 3 jours. La rubéole se transmet à travers les éternuements et la toux [3].

Le nombre de cas de rubéole notifiés dans le monde a chuté de 97%, passant de 670 894 cas

dans 102 pays en 2000 à 14 621 cas dans 151 pays en 2018. Les taux de syndrome de rubéole congénitale sont les plus élevés dans les Régions OMS de l'Afrique et de l'Asie du Sud-Est où les couvertures vaccinales sont les plus faibles [3].

Le système de surveillance repose sur la détection des cas suspects et leur confirmation en laboratoire ou par lien épidémiologique [4]. En Côte d'Ivoire, pour la semaine épidémiologique 22/2023, 61 cas de rubéole ont été confirmés.

De la semaine 23/2022 à la semaine 21/2023, on observe une concentration des cas confirmés de rubéole dans les régions sanitaires d'Abidjan 1 et 2, avec un nombre plus élevé de cas dans le district sanitaire de Cocody-Bingerville (figure 3).

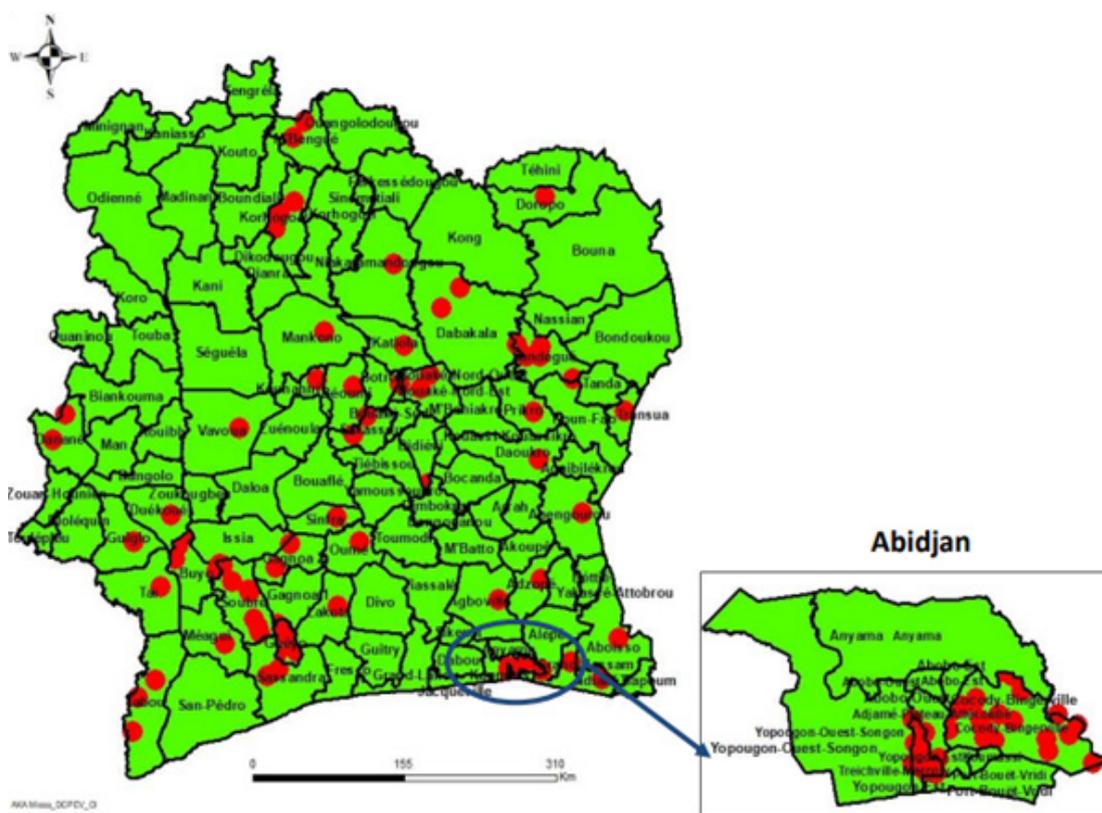


Figure 3 : Cas confirmés de rubéole par district sanitaire en Côte d'Ivoire de la semaine 23 en 2022 à la semaine 21 en 2023

La fièvre jaune

La fièvre jaune est une maladie hémorragique virale aiguë transmise par des moustiques infectés qui piquent principalement dans la journée. Le patient présente une fièvre élevée avec des maux de tête et des courbatures. Le terme « jaune » fait référence à la jaunisse présentée par certains patients. Le virus est endémique dans les régions tropicales d'Afrique, d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud [5]. L'OMS estime chaque année à 200 000, le nombre de cas de fièvre jaune et à 30 000 le nombre de décès dus à cette maladie dans le monde. L'Afrique est de loin le continent le plus touché, avec 95% des cas recensés dans le monde. Autrefois limitées à la savane et

en bordure de forêt, les épidémies africaines gagnent les cités en expansion qui procurent aux moustiques de nouveaux gîtes (vieux pneus ou bidons pleins d'eau). En témoignent les épidémies à Abidjan en Côte d'Ivoire en 2001 et 2008 [6].

En Côte d'Ivoire, selon le Ministère en charge de la Santé, 210 cas de fièvre jaune ont été notifiés entre mars et septembre 2019 [6]. Des semaines 1 à 22 en 2023, le nombre de cas notifiés était de 978 dont 15 confirmés.

De la semaine 23/2022 à la semaine 21/2023, on observe une concentration des cas suspects et confirmés de fièvre jaune dans les régions sanitaires Abidjan 1 et 2, avec un nombre plus élevé de cas dans le district sanitaire de Cocody-Bingerville (figures 4 et 5).

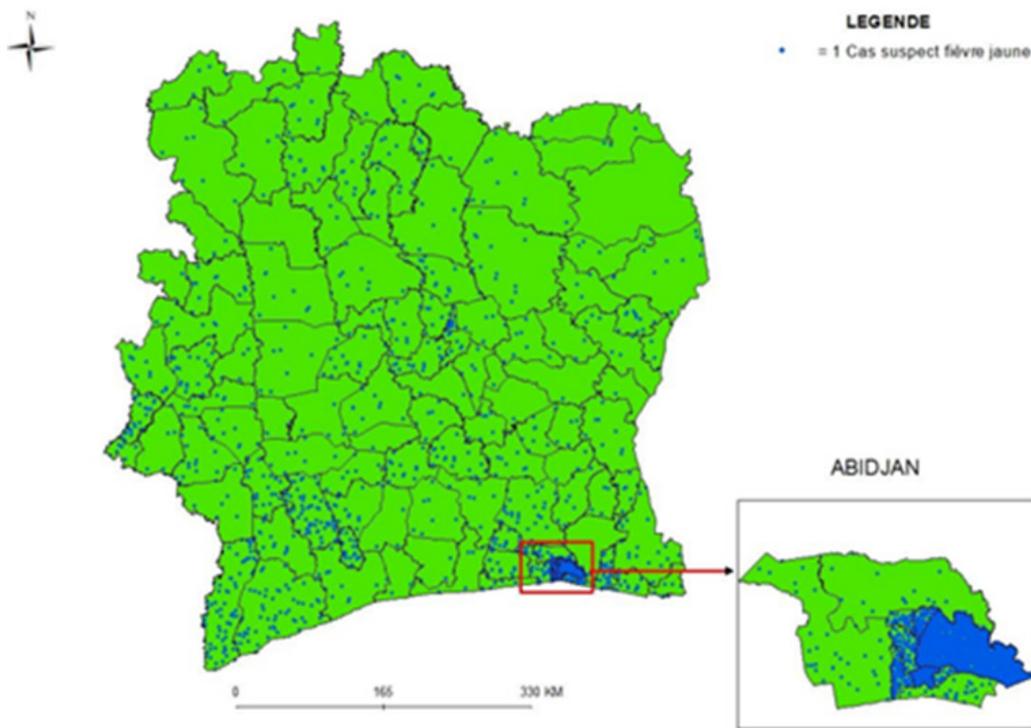


Figure 4 : Cas suspects de Fièvre jaune par district sanitaire en Côte d'Ivoire de la semaine 23/2022 à la semaine 21/2023

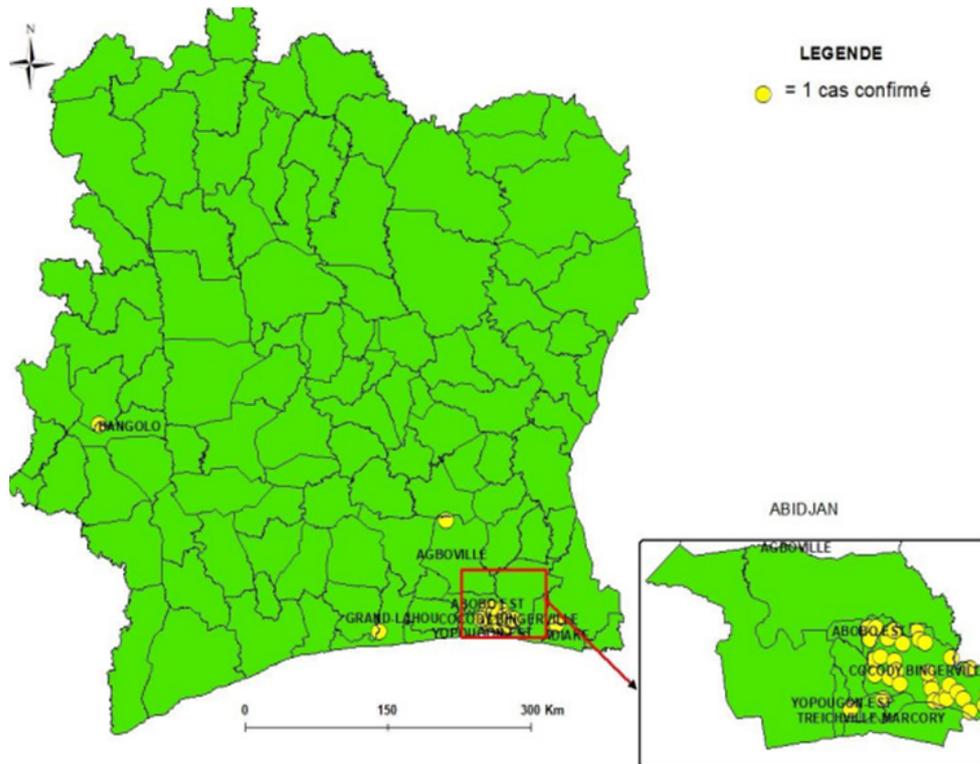


Figure 5 : Cas confirmés de Fièvre jaune par district sanitaire en Côte d'Ivoire de la semaine 23/2022 à la semaine 21/2023.

Références

1. Rougeole, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/measles> (accessed 16 June 2023).
2. Mangoua HG, Amani RY, Wilnique P, et al. 313 - Evaluation du système de surveillance épidémiologique de la rougeole, Région sanitaire de l'Indénié-Djuablin, Côte d'Ivoire, janvier-septembre 2021. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2022; 70: S170.
3. La rubéole pendant la grossesse. *Paediatr Child Health* 2007; 12: 802.
4. rubéole-(dernière-mise-à-jour-le-15-octobre-2018).pdf, https://www.who.int/docs/default-source/immunization/vpd_surveillance/vpd-surveillance-standards-publication/rub%C3%A9ole-%28derni%C3%A8re-mise-%C3%A0-jour-le-15-octobre-2018%29.pdf (accessed 18 June 2023).
5. Principaux repères sur la fièvre jaune, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/yellow-fever> (accessed 16 June 2023).
6. Fièvre jaune. *Institut Pasteur*, <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/fievre-jaune> (2015, accessed 16 June 2023).

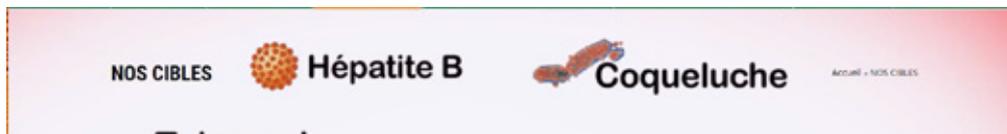


Directives

Calendrier vaccinal du Programme Élargi de Vaccination (PEV)



CIBLES ET MALADIES



♣ LE PEV A TROIS GRANDES CIBLES QUI SONT:

- *Les enfants de 0 – 11 mois,*
- *Les femmes enceintes,*
- *Les jeunes filles de 09 ans;*

♣ LES MALADIES CIBLES DU PEV SONT:

- **Tuberculose;**
- **Diphthérie;**
- **Tétanos;**
- **Coqueluche;**
- **hépatite virale B;**
- **Poliomyélite;**
- **Méningite à *hémophilus influenzae de type B*;**
- **Méningite à pneumocoque et infections respiratoires aiguës;**
- **Diarrhées à rotavirus;**
- **Rougeole,**
- **Fièvre jaune.**

SURVEILLANCE DES MALADIES

La surveillance des maladies cibles du PEV fait intervenir au niveau central quatre structures (DC-PEV, IPCI, INHP et DIIS), qui doivent tenir des réunions trimestrielles d'harmonisation des données.

Cette surveillance est assurée exclusivement par les structures publiques. Bien que des définitions communautaires de cas aient été élaborées, Concernant la retro-information sur les performances en matière de surveillance des maladies, elle est faite deux fois par an au niveau central vers le niveau périphérique, à l'occasion des réunions de validation des données avec les directions régionales et les districts sanitaires.

Par ailleurs, il existe un bulletin épidémiologique hebdomadaire national (« Le vigile ») qui est diffusé aux différents acteurs de la surveillance. Au niveau régional, 100% des Directions Régionales disposaient d'un point focal pour la surveillance des maladies et ont reçu une formation sur la surveillance des maladies.

CALENDRIER VACCINAL

DU PEV

CHEZ LES ENFANTS DE 0 À 11 MOIS

A LA NAISSANCE

CONTACT	VACCINS	MALADIES
1ER	DN HÉPB +BCG + VPO 0	HÉP B, TUBERCULOSE, POLIOMYÉLITE

ENFANTS A 6 SEMAINES (1MOIS ET DEMI)

CONTACT	VACCINS	MALADIES
2^E	Penta 1, VPO1, PCV13-1, Rota1	DIPHTÉRIE, TÉTANOS, COQUELUCHE, HÉPATITE VIRAL B, POLIO, MÉNINGITE À HÉMOPHILUS INFLUENCE DE TYPE B, MÉNINGITE À PNEUMOCOQUE ET INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES, DIARRHÉES À ROTAVIRUS

ENFANTS A 10 SEMAINES (2MOIS ET DEMI)

CONTACT	VACCINS	MALADIES
3^E	PENTA 2, VPO 2, PCV13-2, ROTA2	DIPHTÉRIE, TÉTANOS, COQUELUCHE, HÉPATITE VIRAL B, POLIO, MÉNINGITE À HÉMOPHILUS INFLUENCE DE TYPE B, MÉNINGITE À PNEUMOCOQUE ET INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES, DIARRHÉES À ROTAVIRUS

ENFANTS 14 SEMAINES (3MOIS ET DEMI)

CONTACT	VACCINS	MALADIES
4 ^E	PENTA 3, VPO3, PCV13-3, VPI,	DIPHTÉRIE, TÉTANOS, COQUELUCHE, HÉPATITE VIRAL B, POLIO, MÉNINGITE À HÉMOPHILUS INFLUENCE DE TYPE B, MÉNINGITE À PNEUMOCOQUE ET INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES, DIARRHÉES À ROTAVIRUS

ENFANTS A 9 MOIS

CONTACT	VACCINS	MALADIES
5 ^E	RR ; VAA ; MEN A	ROUGEOLE ET RUBÉOLE, FIÈVRE JAUNE, MÉNINGITE A

ENFANT DE 15 À 23 MOIS

CONTACT	VACCINS	MALADIES
6 ^E	RR2	ROUGEOLE ET RUBÉOLE

CHEZ LA FEMME

A LA PREMIERE CPN

PÉRIODE D'ADMINISTRATION	CONTACT	VACCIN	DUREE DE PROTECTION	MALADIES
A LA 1ÈRE CONSULTATION PRÉNATALE (CPN)	1 ^{ER}	TD 1	PAS DE PROTECTION	TÉTANOS DIPHTÉRIE

4 SEMAINES APRES LE TD1 (2EME CPN)

PÉRIODE D'ADMINISTRATION	CONTACT	VACCIN	DUREE DE PROTECTION	MALADIES
4 SEMAINES APRÈS LE TD 1 (À LA 2ÈME CPN)	2ÈME	TD 2	3 ANS	TÉTANOS DIPHTÉRIE

6 MOIS APRES LE TD2

PÉRIODE D'ADMINISTRATION	CONTACT	VACCIN	DUREE DE PROTECTION	MALADIES
6 MOIS APRÈS LE TD 2	3ÈME	TD 3	5 ANS	TÉTANOS DIPHTÉRIE

1 AN APRES LE TD3

PÉRIODE D'ADMINISTRATION	CONTACT	VACCIN	DUREE DE PROTECTION	MALADIES
1 AN APRÈS LE TD 3	4ÈME	TD 4	10 ANS	TÉTANOS DIPHTÉRIE

1 AN APRES LE TD4

PÉRIODE D'ADMINISTRATION	CONTACT	VACCIN	DUREE DE PROTECTION	MALADIES
1 AN APRÈS LE TD 4	5ÈME	TD 5	A VIE	TÉTANOS DIPHTÉRIE

VACCINE CHECK

VillageReach, en collaboration avec le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle et Praekelt, conçoit un service mobile, **VaccineCheck**, pour aider à recueillir les préoccupations, les rumeurs et les informations erronées du personnel de santé et de la communauté concernant le vaccin COVID-19, ainsi qu'à fournir des réponses précises aux questions les plus fréquemment posées, 24 heures sur 24.

VaccineCheck est aussi un canal sécurisé et fiable pour rapporter les effets secondaires liés à la vaccination (ou Manifestation Post-vaccinale Indésirable dites MAPI).

Opportunité de la Solution

Grâce à VaccineCheck, les gouvernements peuvent:

- Communiquer directement avec les professionnels de santé*
- Partager des informations précises sur le vaccin COVID*
- Suivre les préoccupations de la communauté*
- Rapporter les MAPI*

VaccineCheck est à la fois un canal d'écoute sociale et de communication qui peut répondre à la fois aux problèmes liés à la **génération de la demande** et à ceux liés à la **gestion de la demande**.



VaccineCheck est un outil d'assistance technique de haute qualité pour mettre en oeuvre les activités de gestion de la désinformation et de soutien à la communication dans le suivi, l'analyse et la lutte contre les rumeurs émergentes et les idées fausses concernant la vaccination contre la COVID-19 ainsi que les introductions de nouveaux vaccins.

Canaux de communication mobiles et formats de l'information

VaccineCheck peut utiliser un large éventail de canaux de communication permettant d'établir un équilibre entre design et fonctionnalité afin d'atteindre le plus grand nombre de personnes.

- ✓ Plateforme d'Intelligence Artificielle basée sur WhatsApp
- ✓ SMS and USSD



Agenda des rencontres scientifiques

Evènement	Organisateur	Thème	Dates	Lieu	Deadline de soumission des résumés
3 ^{ème} congrès de Santé et Engagement Communautaire (Congrès CHE)	Filière Santé Publique de l'Université Félix Houphouët Boigny (UFHB), Abidjan, Cocody	Déterminants de la santé et du développement communautaire	31 Août- 01 septembre 2023	En présentiel et en ligne Pôle scientifique de l'UFHB Bingerville	30 Juillet 2023
10 ^{ème} Journées de l'Ordre National des Pharmaciens de Côte d'Ivoire (JONPCI)	Ordre National des Pharmaciens de Côte d'Ivoire (ONPCI)	-	5-7 Octobre 2023	Abidjan	-
XV ^{ème} Colloque de Biologie, Santé Publique et Sciences Pharmaceutiques	UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, UFHB, Abidjan, Cocody	Maladies non transmissibles (MNT) : Aspects Socio-Economiques et Prise en Charge	25-26 Octobre 2023	UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, UFHB, Abidjan, Cocody	17 Septembre 2023
1 ^{er} 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 (UAO), Bouaké	« L'enseignement de l'éthique de l'intelligence artificielle dans les universités africaines : Quels modules de formation ? »	26-27 Octobre 2023	Université Alassane Ouattara (UAO), Bouaké	-
1 ^{er} Congrès de la Société Africaine de Santé Publique	Société Africaine de Santé Publique	Systèmes de santé et défis sanitaires en Afrique	15-17 Novembre 2023	Hôtel Golden Palace, Grand-Bassam, Côte d'Ivoire	30 Septembre 2023
3 ^{ème} Congrès de Santé Publique- Côte d'Ivoire (CSP-CI)	Institut National de Santé Publique (INSP)	Promotion de la santé des jeunes : Déterminants sociaux et environnementaux	23-24 Novembre 2023	En Présentiel et en Ligne Institut National de Santé Publique (INSP)	30 Septembre 2023
6 ^{èmes} Journées Scientifiques du CAMES	Programme Thématique de Recherche Santé	Innovation en Afrique/ Défis et opportunités pour l'Enseignement Supérieur	5-8 Décembre 2023	En présentiel et en ligne Yamoussoukro Côte d'Ivoire	4 Juillet 2023

3 CONGRÈS SCIENTIFIQUE NATIONAL SANTÉ ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE
ABIDJAN - CÔTE D'IVOIRE 2023

Thème
Déterminants de la santé et du développement communautaire

Date et lieu
Du 31 Août au 1er Septembre 2023
Pôle scientifique de l'Université Félix Houphouët-Boigny - Bingerville

EN PRÉSENTIEL ET EN LIGNE

Appel à communications

- Communications Orales et affichées - Structure IMRAD
- Partages d'expériences - Structure - Intervention, Mise en œuvre Résultats et Impacts
- 350 mots maximum - Times New Roman 11

FRAIS D'INSCRIPTIONS PROFESSIONNELLS : 50.000 FCFA - ETUDIANTS : 20.000 FCFA
PREINSCRIPTION ET SOUMISSIONS DES RÉSUMÉS CSN-SEC.FSPHD-UFHB.COM

DATE LIMITE DE SOUMISSION DES RÉSUMÉS : 30 JUILLET 2023

07 69 47 00 84 05 07 45 71 31

CONTACT : 07 87 17 41 21

APPEL A COMMUNICATION

XV^{ème} COLLOQUE DE BIOLOGIE, SANTÉ PUBLIQUE ET SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Dates: 25 et 26 octobre 2023
Lieu: UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Cocody

Thème:
Maladies non transmissibles (MNT) : Aspects socio-économiques et prise en charge

Sous-thèmes

- Epidémiologie et prévention des MNT
- Innovation dans le diagnostic et la prise en charge des MNT
- Aspects socio-anthropologiques de la prise en charge des MNT
- Impact socio-économique des MNT
- Enfants et MNT
- Communications libres

Date limite de soumission des résumés : 17 septembre 2023
Structure: Introduction, Méthodes, Résultats, Conclusion
Présentation : A4, police Arial 12, Maximum 2000 caractères (espaces non compris)
Ces résumés sont à soumettre sur le site : www.ufrspb.ci

Droit d'inscription :

- Professionnels de la santé, enseignants, chercheurs : 30.000 F CFA
- Étudiants : 15.000 F CFA

Infoline: (+225) 07 08 73 67 42 / 07 58 88 06 12 / 01 40 41 11 11
colloque@ufrspb.ci

SASP SOCIÉTÉ AFRICAINE DE SANTÉ PUBLIQUE

1^{er} CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DE SANTÉ PUBLIQUE

THÈME
SYSTÈME DE SANTÉ ET DÉFIS SANITAIRES EN AFRIQUE

15-17 NOVEMBRE 2023 GRAND-BASSAM, CÔTE D'IVOIRE HÔTEL GOLDEN PALACE

> APPROCHE ONE HEALTH > EVALUATION EN SANTÉ

- GESTION DES URGENCES SANITAIRES • COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE
- FORMATION ET GESTIONS DES RESSOURCES HUMAINES DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN AFRIQUE
- FINANCEMENT DE LA SANTÉ • INNOVATION TECHNOLOGIQUE • DIGITALISATION EN SANTÉ

Précongrès: 13 et 14 novembre 2023
Infections associées aux soins, Evaluation en Santé

APPEL À COMMUNICATION

Structure IMRAD (Introduction, Méthode, Résultats, Conclusion)
300 mots maximum, Arial, 11, interligne 1,5

Date limite de soumission:
30 septembre 2023

PROGRAMME

- > Conférences
- > Communications orales
- > Communications affichées
- > Visite de stands
- > Ateliers de formation
- > Tables rondes

**Les 12 meilleures communications à transformer en articles seront retenues pour le 1er numéro de la revue Africaine de santé publique et épidémiologie.*

PROGRAMME

- > Etudiants / Doctorants: 20.000 fca
- > Médecins/ DESS / Assistant / Maître-assistant / Attachés de recherche/ Chargés de recherche: 30.000 fca
- > Professeurs / MCA / Maître de recherche/ Directeurs de recherche: 50.000 fca

E-mail: SASP2023@gmail.com • Tél du secrétariat du congrès : +225 01 03 26 51 09

3^{ème} CONGRÈS DE SANTÉ PUBLIQUE
ABIDJAN - CÔTE D'IVOIRE 2023

Thème Promotion de la santé des jeunes : Déterminants sociaux et environnementaux

Du 23 au 24 Novembre 2023

En présentiel et en ligne à partir des plateformes E-santé de l'INSP

Appel à communications

- Orales et affichées : Structure IMRAD
- Partages d'expériences: Introduction-Mise en œuvre-Résultats et Impacts
- 350 mots maximum - Times New Roman 11
- Interligne 1,5

DATE LIMITE DE SOUMISSION DES RÉSUMÉS :
30 SEPTEMBRE 2023

INSCRIPTION ET SOUMISSION DES RÉSUMÉS
CONGRES2023@BSP.INSPCI.ORG

FRAIS D'INSCRIPTION

- PROFESSIONNELLS : 50.000 FCFA
- ETUDIANTS : 20.000 FCFA

07 99 23 53 77 05 66 24 52 64

PARTENAIRES : CDC, IANPHI, GHSA, WHO, UNICEF, AFENET, ASCA

JONPCI
JOURNÉES DE L'ORDRE
NATIONAL DES PHARMACIENS
DE CÔTE D'IVOIRE

**10^{ème}
ÉDITION**

Save
THE DATE

05, 06 & 07 OCTOBRE 2023

LIEU ABIDJAN

(+225) 07 08 59 25 65 / 07 07 98 13 23



LUTTE CONTRE LA DENGUE
LES MESURES DE PREVENTION

-  **Vider toutes les retenues d'eau après chaque pluie**
-  **Assécher les eaux stagnantes**
-  **Éviter d'exposer à la pluie les vieux objets (canaris, casseroles, pneus, carcasses de véhicules, noix de coco etc...)**
-  **Éviter de garder dans les maisons et aux alentours des récipients de stockage d'eau non couverts**
-  **Détruire les plantes à feuilles engainantes et désherber aux alentours des maisons**
-  **Changer tous les deux jours l'eau des pots de fleurs**
-  **Mettre des grilles anti-moustiques aux portes et fenêtres des maisons**
-  **Dormir de jour comme de nuit sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide**

ENSEMBLE, APPLIQUONS LES MESURES DE PREVENTION
Pour plus d'information, appelez le 101 ou 143 (appel gratuit) ou envoyez un sms au 57 37 74 58 / 71 97 83 25
Facebook: mobilisonsnouscontredengue
Site web: www.inhp.ci



LUTTE CONTRE LA DENGUE
EN CAS D'APPARITION DE CES SIGNES

-  **Fièvre**
-  **Maux de tête**
-  **Fatigue intense**
-  **Courbatures**
-  **Douleurs musculaires**
-  **Manque d'appétit**

SE RENDRE IMMÉDIATEMENT DANS LE CENTRE DE SANTÉ LE PLUS PROCHE.
Pour plus d'information, appelez le 101 ou 143 (appel gratuit) ou envoyez un sms au 57 37 74 58 / 71 97 83 25
Facebook: mobilisonsnouscontredengue
Site web: www.inhp.ci



LUTTE CONTRE LA DENGUE
DÉTRUISONS TOUS LES LIEUX DE REPRODUCTION DES MOUSTIQUES

-  **MOUSTIQUE ADÈLE**
-  **Pneus usés**
-  **Baniers aux alentours des habitations**
-  **Récipients abandonnés**
-  **Récipients de collecte des eaux de pluie**
-  **Seau abandonné**
-  **Baignoire abandonnée**
-  **Soucoupe de pot de fleur**
-  **Creux de bâches**
-  **Objet de décoration**
-  **Objets abandonnés**
-  **Bidon de stockage d'eau abandonné**
-  **Arbre du voyageur**

Pour plus d'information, appelez le 101 ou 143 (appel gratuit) ou envoyez un sms au 57 37 74 58 / 71 97 83 25
Facebook: mobilisonsnouscontredengue
Site web: www.inhp.ci



Appel à publications pour les deux (02) prochains numéros du Bulletin de Santé Publique de 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

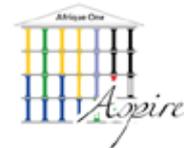
- 30 août 2023 pour le numéro 3
- 30 novembre 2023 pour le numéro 4

Recommandations aux auteurs disponibles sur

www.bsp.inspci.org



Partenaires institutionnels



Partenaires financiers

