

Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire



03 Comité éditorial

04 Actualités

Le Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI) contribue à l'excellence de l'INSP en matière de communication scientifique.

Le premier Forum International des Sciences Analytiques et Contrôle Qualité (FISACQ) à l'Université Félix Houphouët-Boigny

09 Articles complets

Durée du sommeil des enfants de moins de 5 ans en consultation à l'hôpital général de Grand-Bassam

Douvonwa BSR, Sess-Tchotch DA, Meless DFR, Kouamé N

Facteurs associés à l'état nutritionnel des personnes âgées : cas du Centre Hospitalier Universitaire d'Angré (Côte d'Ivoire)

Noufouza S, An-Icha A, Desquith A, Diabagaté HM, SESS TD, Dia GC

18 Note de synthèse

Promouvoir la littératie pour améliorer la santé buccodentaire en Côte d'Ivoire

Méité I, Loua L, N'Zi-Boa T

23 Données de surveillance épidémiologique

Surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination et des maladies à déclaration obligatoire en Côte d'Ivoire : données de janvier à mai 2024

33 Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire - Semaine 22-23 (27/05/-16/06/2024)

47 Bon à savoir

- **Parole d'expert : Interview avec Professeur Gildas Komenan GBASSI du Laboratoire National de la Santé Publique (LNSP)**
- **Avis d'expert : Vente d'alcool en petits conditionnements et alcoolisme précoce chez les enfants et écoliers en Côte d'Ivoire : une bombe à retardement sanitaire, sociale et économique**
- **Dossier presse relatif à la réception du vaccin antipaludique (VAP)**
- **4ème Congrès de Santé Publique-Côte d'Ivoire**
- **Congrès National sur l'Autisme en Afrique**

Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire Volume 02 - N°02 Juin 2024

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 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

Responsable qualité :

Professeur Vincent Djohan

Coordonnateur technique :

Mélédje 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,
Université Félix Houphouët-Boigny

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

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

- Erin Sauber-Schatz
- Jim Ting
- Konan Aka Sandrine Armelle
- Digbohoh Okobet Stephane
- Mamadou Diarrassouba
- Vandi Henry
- Diene Kaba

CDC Foundation

- Kimberly Kporc
- Sydney Mogotsi

Emory University

- Amandine Zoonekyndt-Ballart
- Muna Yusuf Ainashe

INSP

- Serge Dali
- Oscar Attoungbré

Comité éditorial

Chers lecteurs,

Le Bulletin National de Santé Publique de Côte d'Ivoire à travers le présent numéro (Volume 2, numéro 2) vous souhaite la bienvenue dans la poursuite de ses parutions. Permettez-nous à travers cet éditorial de vous présenter les points saillants de ce numéro dans lequel, nous mettons en lumière des problèmes de santé publique cruciaux qui jouent un rôle déterminant dans le bien-être de notre population. Ce numéro fait un gros plan sur les enfants, les adolescents, les jeunes et les personnes âgées.

Au niveau des enfants, des adolescents et jeunes, le numéro aborde le sommeil des enfants dans un article complet et l'alcoolisme précoce dans un avis d'expert toxicologue. Le sommeil joue un rôle crucial dans le développement des jeunes enfants. Un sommeil inadéquat peut avoir des effets néfastes sur leur développement physique, émotionnel et cognitif. Il en est de même pour l'alcoolisme précoce qui constitue une menace grandissante en Côte d'Ivoire, exacerbée par la vente d'alcool en petits conditionnements, facilement accessibles aux adolescents et aux jeunes.

Chez les personnes âgées, la malnutrition peut entraîner de nombreuses complications de santé, affectant leur qualité de vie. Dans un article complet, la lumière est faite sur les facteurs associés à leur état nutritionnel.

De façon générale, la note de synthèse sur la promotion de la littératie pour améliorer la santé buccodentaire en Côte d'Ivoire, nous

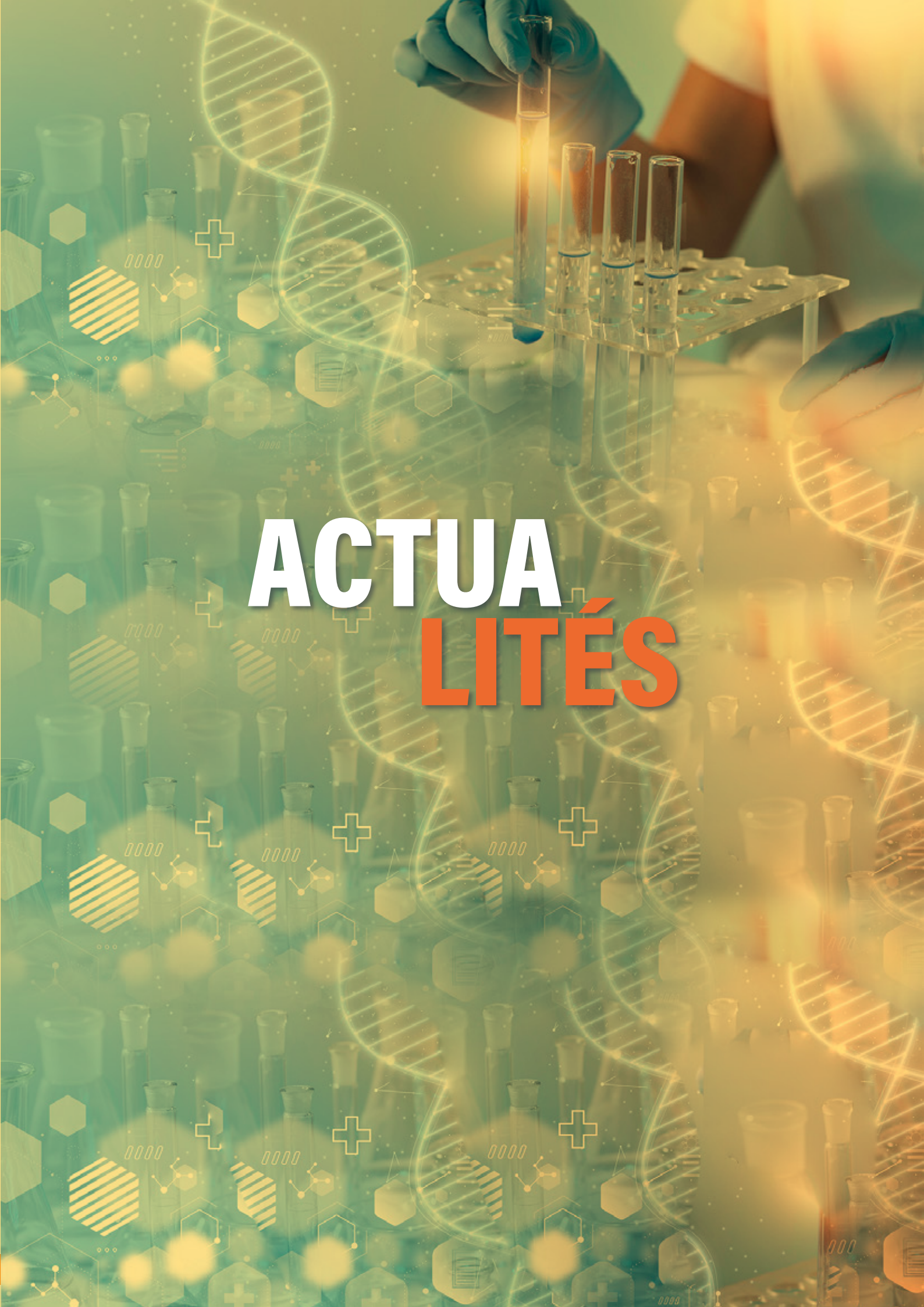
rappelle l'importance de donner les capacités à la population pour adopter les pratiques d'hygiène bucco-dentaires essentielles au bien-être général.

La parole de l'expert est donnée au Professeur Gildas Komenan GBASSI du Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) qui nous éclaire sur l'utilité des sciences analytiques dans l'analyse des substances chimiques contenues dans les produits. Le renforcement des capacités analytiques en Côte d'Ivoire est vital pour prévenir les risques sanitaires liés à l'exposition à des substances toxiques et pour assurer la conformité des produits aux normes internationales.

Ce numéro comprend également une synthèse des bulletins épidémiologiques de l'Institut National d'Hygiène Publique couvrant la période du 1er janvier au 19 mai 2024 et le bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS).

En conclusion, chaque thématique abordée dans ce bulletin met en évidence l'importance de la prévention, de l'éducation et du renforcement du système de santé. Ces sujets reflètent la diversité des défis de santé publique auxquels notre pays est confronté et soulignent l'importance d'une approche intégrée pour y répondre efficacement. En collaborant étroitement, nous pouvons améliorer les conditions de vie et la santé des populations.

Bonne lecture à tous.



ACTUALITÉS

Le Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI) contribue à l'excellence de l'INSP en matière de communication scientifique



L'Institut National de Santé Publique (INSP) a reçu le vendredi 10 mai 2024 à la maison de la presse à Abidjan, un « **Prix Spécial d'Excellence MSD en Communication Scientifique** ». Ce prix lui a été décerné par l'Association des Journalistes Scientifiques de Côte d'Ivoire connue sous le nom de Médias pour la Science et le Développement (MSD). Selon les promoteurs de ce prix, cette distinction vient saluer la remarquable contribution de l'INSP à la diffusion de l'information scientifique, notamment à travers l'édition d'un Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI), la facilitation d'accès à l'information scientifique aux journalistes, ainsi que l'organisation de diverses conférences publiques sur des sujets scientifiques variés.

Le prix a été remis au Directeur général de l'INSP, Professeur Claude N'Dindin. Il a exprimé sa reconnaissance aux promoteurs du Prix MSD, à toutes les structures de l'INSP en particulier le service communication et le comité de gestion du BSP-CI. « L'engagement de l'INSP en favorisant la vulgarisation des connaissances scientifiques sur diverses plateformes, permet à un large public d'accéder à des informations essentielles, contribuant ainsi à améliorer la qualité de vie de nombreuses personnes », a-t-il ajouté.

Le Directeur général de l'INSP a procédé à une remise symbolique du BSP-CI aux participants de la cérémonie de remise du Prix MSD. Il était accompagné pour la circonstance par Mme Régine Attia-Konan (Maître de Conférences Agrégée

en économie de la santé et du médicament), M. Emmanuel Dabo, respectivement membre du comité de gestion et coordonnateur technique du BSP-CI et Mme Chantal Yao, chef de service communication et relations extérieures de l'INSP.

C'est un accomplissement important pour l'INSP de recevoir ce prix d'excellence en communication scientifique. Cela confirme que le BSP-CI dont l'INSP pilote la production, est sur la bonne voie et participe grandement à la réduction des barrières d'accès à l'information sanitaire de qualité.

Le BSP-CI est à sa deuxième année de parution et a à son actif sept numéros dont un numéro « supplément » sur le 3^{ème} Congrès de santé

Publique-Côte d'Ivoire. Fruit d'un accord de coopération entre le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle à travers l'Institut National de Santé Publique (INSP), le Centre of Diseases Control (CDC), l'International Association of National Public Health Institute (IANPHI) et le Global Health Security Agenda (GHSA), le BSP-CI est un trimestriel de diffusion d'informations et de recommandations sanitaires fiables et utiles aux populations, aux professionnels comme aux non professionnels de santé. L'abonnement est gratuit ; les abonnés le reçoivent par e-mail et ce, dès sa mise en ligne. À ce jour, le BSP-CI compte 1251 abonnés. Les lecteurs peuvent retrouver le BSP-CI sur le site web www.bsp.inspci.org.

Le premier Forum International des Sciences Analytiques et Contrôle Qualité (FISACQ) à l'UFHB



Les adeptes et amateurs du monde de la qualité se sont retrouvés pour **la première édition du Forum International des Sciences Analytiques et Contrôle Qualité (FISACQ) 2024** sur le thème: « **Promouvoir l'importance du contrôle qualité : Innovation, Fiabilité, Impact** ». L'UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (UFRSPB) de l'Université Félix Houphouët Boigny de Cocody-Abidjan Côte d'Ivoire, par le biais de son Directeur, le Professeur Mahama OUATTARA, en collaboration avec BIOTECH LAB (représenté par son directeur, le Docteur Jean Arthur KOUADIO) a accueilli ce forum durant deux (2) jours **les 23 et 24 Mai 2024**

La vision stratégique du FISACQ 2024 est de renforcer les capacités nationales, favoriser la collaboration internationale et stimuler le progrès scientifique et industriel en Côte d'Ivoire, en réunissant en un seul endroit toutes les parties prenantes du domaine de la recherche scientifique et du contrôle qualité.

Le contenu de ce forum 4 en 1 était une conférence inaugurale, quatre panels, des échanges B2B, la présentation de la société savante et douze expositions de stands.

« Cet évènement est le fruit d'une collaboration assidue avec Biotech Lab et témoigne de notre engagement constant en faveur de l'excellence et de l'amélioration continue dans tous les aspects de notre travail. Ensemble continuons de bâtir une société pour la qualité au cœur de nos actions »

dixit **Professeur Gildas GBASSI, Président du Comité scientifique du FISACQ et Vice-Directeur de l'UFRSPB.**

Ce premier rendez-vous a accueilli d'éminentes personnalités telles que le Professeur GNAGNE-KOFFI Yolande, représentante du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la recherche Scientifique (MESRS), M. Armel ASSEMIEN, Conseiller municipal/Représentant du Maire de Cocody, M. Matheus KATINAN, conseiller adjoint à la mairie de Cocody et de 12 Directeurs partenaires du FISACQ 2024.

Le professeur INZA Koné, Directeur du Centre Suisse de Recherches Scientifiques (CSRS) a animé la conférence inaugurale de ce prestigieux forum sur le thème : « *Apport des sciences analytiques pour l'atteinte des objectifs « une seule santé »* ». C'est donc 1 conférencier, 15 panélistes, 4 modérateurs, 17 partenaires et 12 exposants, tous experts du monde analytique, du contrôle et de la qualité, ainsi que plus de 500 visiteurs passionnés et

comblés par la beauté dudit forum, qui ont apporté leur pierre à cet édifice qu'est le FISACQ.

La réussite de cette première édition a été favorisée par les enseignements de qualité véhiculés par les différents intervenants.

A très bientôt pour la deuxième édition du FISACQ !

Akwaba dans la grande famille FISACQ.

FISACQ, parce qu'il est temps de parler qualité.

Laétitia BAÏ

Coordonnatrice FISACQ

Articles complets

p.10

Durée du sommeil des enfants de moins de 5 ans en consultation à l'hôpital général de Grand-Bassam

p.14

Facteurs associés à l'état nutritionnel des personnes âgées : cas du Centre Hospitalier Universitaire d'Angré (Côte d'Ivoire)

Durée du sommeil des enfants de moins de 5 ans en consultation à l'hôpital général de Grand-Bassam

Sleep duration of children under 5 years in consultation at the Grand-Bassam General Hospital

Auteurs : Douvonwa BSR¹, Sess-Tchotch DA², Meless DFR³, Kouame N²

1. Hôpital Général de Grand-Bassam
2. Institut National de la Jeunesse et des Sports, Côte d'Ivoire
3. Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : Douvonwa Bachi Rose (rdouvonwa@gmail.com)

Résumé

Introduction

Un sommeil suffisant étant recommandé pour le développement de l'enfant selon l'OMS, nous avons eu pour objectif d'analyser les comportements en matière de sommeil chez les enfants de moins de 5 ans.

Méthodes

L'étude descriptive transversale s'est déroulée du 1^{er} janvier au 31 mars 2022 au service de pédiatrie de l'Hôpital Général de Grand-Bassam. Les caractéristiques socio-démographiques des mères, des enfants et la durée de sommeil diurne et nocturne de l'enfant ont été recueillies et comparées aux utilisant les lignes directrices de l'OMS. Les temps de sommeil moyen entre les enfants ayant un sommeil conforme et non conforme ont été comparés à l'aide du test de Student ($\alpha = 5\%$). Le lien entre les caractéristiques des mères et le sommeil de leurs enfants a été étudié par le test du khi carré (niveau de risque de 5%).

Résultats

L'âge moyen des 202 enfants était de 22,68 ($\pm 18,84$) ans et le sex-ratio de 0,98. Les durées de sommeil recommandées étaient conformes à 70% avec une différence significative ($p=0,0001$). Bien que les différences ne soient pas significatives avec les enfants qui dormaient plus longtemps, les enfants dont le temps de sommeil était court avaient des mères célibataires, dans le secteur privé, avec un niveau d'instruction supérieur et un revenu régulier.

Conclusion

La durée du sommeil de la plupart des enfants était conforme.

Message clé de santé publique

Promouvoir les normes sur l'hygiène de sommeil chez les enfants auprès des mères actives.

Mots-clés

Hygiène du sommeil, Enfant de moins de 5 ans.

Abstract

Introduction

As sufficient sleep is recommended for child development according to the WHO, our aim was to analyze sleep behavior in children under 5.

Methods

The descriptive cross-sectional study took place from January 1 to March 31, 2022, in the pediatrics department of Grand-Bassam General Hospital. The socio-demographic characteristics of the mothers and children and the child's daytime and night-time sleep duration were collected and compared using WHO guidelines.

The mean sleep times between children with compliant and non-compliant sleep were compared using Student's t test ($\alpha = 5\%$). The relationship between mothers' characteristics and their children's sleep was studied using the chi-square test (5% risk level).

Results

The mean age of the 202 children was 22.68 (± 18.84) years, with a sex ratio of 0.98. Recommended sleep times were 70% compliant, with a significant difference ($p=0.0001$). Although the differences were not significant with children who slept longer, children with shorter sleep times had single mothers, in the private sector, with a higher level of education and a regular income.

Conclusion

Most children's sleep duration was correct.

Key public health message

Promote child sleep hygiene standards among working moth.

Keywords

Sleep hygiene, Children under 5.

Introduction

Un sommeil suffisant confère des avantages significatifs à la santé physique et psychosociale des enfants [1]. Il peut être façonné chez les enfants de moins de cinq ans car ils sont plus sensibles aux changements d'habitudes [2]. Des lignes directrices ont été élaborées comme celles de l'OMS sur les comportements en matière de mouvement sur 24 heures pour les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans [3-6]. En 2017, en Australie, Hesketh et al, avaient montré que la proportion de nourrissons respectant les lignes directrices pour le sommeil était de 58,7% [7]. Au Royaume-Uni, en 2022, cette proportion était également de plus de 50% [8]. En Côte d'Ivoire, comme dans de nombreux pays, les connaissances sur la proportion d'enfants qui respectent les recommandations en matière de sommeil au cours des premiers mois de leur vie dans le monde sont parcellaires alors que la promotion d'un sommeil de qualité dès l'enfance permet de lutter contre le développement des pathologies chroniques telles que le surpoids et l'obésité [8, 9]. L'objectif de cette étude était d'analyser les comportements en matière de sommeil chez les enfants de 0 à 5 ans.

Méthodes

Cadre

Le service de pédiatrie de l'Hôpital Général de Grand-Bassam a servi de cadre pour la réalisation de cette étude. Il se compose d'une équipe de personnel soignant dont dix médecins, seize sage-femmes, neuf infirmiers, cinq aides-soignantes avec 50 enfants reçus en moyenne par jour.

Type, période

L'étude descriptive transversale a été réalisée dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Général de Grand-Bassam du 1^{er} janvier au 31 mars 2022.

Population d'étude

Elle a concerné les enfants de 0 à 5 ans et leurs mères venues en consultation durant la période de collecte des données.

Variables

La variable dépendante était le temps de sommeil, tandis que les variables explicatives étaient le sexe et l'âge des enfants, la situation matrimoniale, la profession, le niveau d'instruction et la régularité des revenus des mères.

Collecte des données

À partir d'un questionnaire, les caractéristiques socio-démographiques des mères ; de leurs enfants et la durée de sommeil des enfants ont été recueillies sur 3 mois.

Analyse des données

La durée du sommeil des enfants a été analysée selon les lignes directrices de l'OMS de 2019.

Les données ont été saisies sur Excel 2010 et traitées par le logiciel R-4.1.1 et SPSS 22. La somme de la durée moyenne du sommeil pendant la nuit et pendant la journée a été calculée. Le temps de sommeil quotidien des enfants a été considéré conforme s'il respectait les intervalles suivants :

- [0-4[mois : de 14 à 17 heures,
- [4-12[mois : de 12 à 16 heures,
- [12- 36[mois : de 11 à 14 heures,
- [36-59[mois : de 10 à 13 heures.

Les temps de sommeil moyen entre les enfants ayant un sommeil conforme et non conforme ont été comparés à l'aide du test de Student, avec un niveau de risque α égal à 5%. Le lien entre les caractéristiques des mères et le sommeil de leurs enfants a été étudié à l'aide du test du khi carré avec un niveau de risque de 5%.

Considérations éthiques

Les accords du Directeur de l'hôpital et du chef de service du service de pédiatrie ont été obtenus, ainsi que le consentement éclairé et écrit des mères. L'anonymat et la confidentialité ont été respectés tout au long du recueil et de l'analyse des données.

Résultats

Caractéristiques socio-démographiques de l'enfant

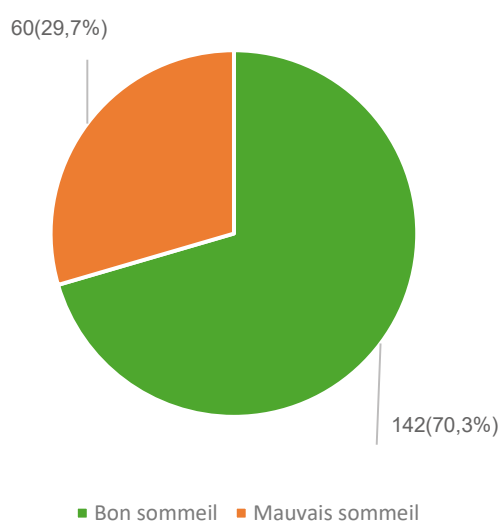
La répartition des 202 enfants selon l'âge et le sexe est donnée dans le tableau I.

Tableau I : Données socio-démographiques de l'enfant (N=202)

Variables	Effectif	%
Âge (mois)		
[0-4[	41	20,3
[4-12[	32	15,8
[12-36[	62	30,7
[36-59[	67	33,2
Sexe		
Féminin	102	50,5
Masculin	100	49,5

La moyenne d'âge était de 22,68 (\pm 18,77) ans et le sex-ratio (H/F) de 0,98.

La répartition des enfants selon les directives concernant le sommeil est donnée dans la figure 1.

**Figure 1 : Répartition des enfants selon la conformité de leur temps de sommeil (N=202)**

Environ 7 enfants sur 10 avaient un temps de sommeil conforme.

Le temps de sommeil moyen chez les enfants ayant un mauvais temps de sommeil était de 10,4 (\pm 1,70) heures tandis qu'il était de 12,9 (\pm 1,82) heures chez les enfants ayant un bon temps de sommeil. Cette différence de temps de sommeil entre les 2 groupes était significative ($p=0,0001$).

Le lien entre la qualité du sommeil des enfants et les caractéristiques de leurs mères est résumé dans le Tableau II.

Tableau II : Relations entre les caractéristiques socio-démographiques des mères et le temps de sommeil des enfants (N= 202)

Caractéristiques des mères	Temps de sommeil		p
	conforme n (%)	non conforme n (%)	
Situation matrimoniale			
Célibataire	107 (71,33)	43 (28,67)	0,600
Marié	35 (67,31)	17(32,69)	
Niveau d'instruction			
Non instruites	25 (73,5)	9 (26,5)	0,665
Primaire	24 (64,9)	13 (35,1)	
Secondaire	45 (75)	15 (25)	
Supérieur	48 (67,6)	23 (32,4)	
Profession			
Ménagère	18 (78,3)	5 (21,7)	0,321
Fonctionnaire	18 (60)	12 (40)	
Secteur privé	106 (71,1)	43 (28,9)	
Régularité de votre revenu			
Irrégulier	69 (71,9)	27 (28,1)	0,648
Régulier	73 (68,9)	33 (31,1)	

La différence entre la conformité du temps de sommeil des enfants et les caractéristiques socio-démographiques de leur mère n'était pas significative.

Le temps de sommeil moyen par groupe d'âge est donné dans le tableau III.

Tableau III : Temps de sommeil moyen par groupe d'âge (N=202)

Âge (mois)	Temps moyen (Heures)	Écart-type	Médiane (Heures)	Max (Heures)	Min (Heures)
[0-4[	14	2,31	14,5	17	8,00
[4-12[	13	1,95	12,25	17	8,75
[12-36[	12	1,78	12	16,75	8,00
[36-59[	11	1,69	11	14,50	6,00

Le temps de sommeil moyen était conforme pour tous les groupes d'âge.

Discussion

Le temps de sommeil moyen des enfants de différents groupes d'âge était conforme. Dans l'étude de **Hesketh et al.** (2022) au Royaume-Uni, 76,2 % des enfants de moins de 12 mois respectaient les recommandations en matière de sommeil et 82,8 % de ceux d'âge supérieur ou égal à 12 mois [7]. Environ 70,3% des enfants respectaient les directives correspondant à leur âge avec une différence de temps de sommeil significative entre les 2 groupes ($p=0,0001$). **Brambilla P et al.** en 2017 en Italie avaient révélé que 66% des enfants de 1 à 3 ans avaient un sommeil conforme aux directives [10]. Alors que **Hesketh et al.** (2017) avaient montré que les nourrissons dont la mère avait un faible niveau d'éducation dormaient nettement moins que les nourrissons dont la mère avait un niveau d'éducation moyen ou élevé, dans notre étude, c'étaient plutôt les mères de niveau d'étude supérieur qui avaient des enfants qui dormaient moins. Toutefois, la différence n'était pas significative. Cette analyse du sommeil des enfants doit être approfondie en travaillant sur une plus grande population et intégrant l'évaluation de la qualité de leur sommeil.

Conclusion

Plus de la moitié des enfants de 0 à 5 ans respectaient les directives de l'OMS sur le temps de sommeil. Cependant les mères de niveau d'étude supérieur, célibataires et avec un meilleur revenu, avaient des enfants qui dormaient moins longtemps. Il faudrait alors promouvoir les normes sur l'hygiène de sommeil auprès des mères actives.

Références

- Poitras VJ, Gray CE, Janssen X, et al. Systematic review of the relationships between sedentary behaviour and health indicators in the early years (0–4 years). *BMC Public Health*. 2017 ;17(Suppl 5):868.
- Gliebe S. The development of self-control in young children. 2011;144(5):1-15.
- World Health Organization, Guidelines on Physical Activity, Sedentary Behaviour and Sleep for Children under 5 Years of Age. Geneva: 2019.
- Tremblay MS, Carson V, Chaput J-P, et al. Canadian 24-hour movement guidelines for children and youth: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2016;41(6 Suppl 3): S311–27.
- Tremblay MS, Chaput JP, Adamo KB, et al. Canadian 24-hour movement guidelines for the early years (0-4 years): an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *BMC Public Heal*. 2017;17: 874.
- U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines for Americans. 2nd ed. Washington: US Department of Health and Human Services; 2018.
- Hesketh KD, Downing KL, Campbell K, et al. Proportion of infants meeting the Australian 24-hour Movement Guidelines for the Early years: data from the Melbourne InFANT Program *MC Public Health*, 2017 Nov 20;17(Suppl 5): 856.doi: 10.1186/s12889-017-4856-9.
- Hesketh Kathryn R. and Xanne Janssen, Movement behaviours and adherence to guidelines: perceptions of a sample of UK parents with children 0–18months *Behav Nutr Phys Act* (2022) 19 :58 <https://doi.org/10.1186/s12966-022-01300-5>.
- Pascale Duché, Debout l'info ! n°5 - Activité physique, sédentarité et sommeil novembre 2017 www.onaps.fr consulté le 26 février 2024.
- Brambilla P, Giussani M, Pasinato A, et al. Sleep habits and pattern in 1-14 years old children and relationship with video devices use and evening and night child activities. *Ital J Pediatr*. 2017 ;43(1):7.

Facteurs associés à l'état nutritionnel des personnes âgées : cas du Centre Hospitalier Universitaire d'Angré (Côte d'Ivoire)

Factors associated with the nutritional status of the elderly: case of the University Hospital of Angré (Côte d'Ivoire)

Auteurs : NOUFOUZA S¹; DESQUITH AA²; ACKO UV³; AN-ICHA A¹; BAMBA A³; SAY EF³; DIABAGATÉ HW³; BINAN Y³

1. Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire
2. Direction de Coordination du Programme Élargi de Vaccination (DCPEV), Côte d'Ivoire
3. Centre Hospitalier Universitaire d'Angré, Côte d'Ivoire.

Résumé

Introduction

Les personnes âgées étant sujettes à la malnutrition, notre objectif était d'analyser l'état nutritionnel de celles reçues en consultation au service de Médecine Interne et Gériatrie du CHU de Angré à Abidjan.

Méthodes

L'étude transversale descriptive a été menée de novembre 2023 à janvier 2024. Les caractéristiques socio-démographiques et les habitudes de vie ont été renseignées sur un questionnaire et le Mini Nutritional Assessment (MNA). Le score MNA a servi à établir le risque de malnutrition par carence. Les facteurs associés ont été recherchés au seuil de significativité de 5%.

Résultats

Parmi les 291 participants, 66% avaient un état nutritionnel normal ; 25,7% étaient à risque de malnutrition et 8,3% étaient malnutris. Les facteurs associés à cette altération de l'état nutritionnel étaient l'âge \geq 80 ans ($p=0,044$), le faible niveau d'instruction ($p=0,003$), le manque d'activité physique ($p=0,027$), l'anorexie et la polymédication ($p<0,001$) chacun.

Conclusion

Le risque de malnutrition était réel chez les personnes âgées. L'évaluation de leur état nutritionnel reste une priorité pour le personnel de santé.

Message clé de santé publique

Mettre en place des programmes d'éducation nutritionnelle adaptés pour les personnes âgées et de leurs aidants.

Mots clés

État nutritionnel, Mini Nutritional Assessment, Personnes Âgées, Abidjan.

Abstract

Introduction

As the elderly are prone to malnutrition, our aim was to analyze the nutritional status of those who were received in consultation at the Internal Medicine and Geriatrics Department of Angré University Hospital in Abidjan.

Methods

The descriptive cross-sectional study was conducted from November 2023 to January 2024. Socio-demographic characteristics and lifestyle habits were recorded in a questionnaire and the Mini Nutritional Assessment (MNA). The MNA score was used to establish the risk of deficiency malnutrition. Associated factors were investigated at the 5% significance level.

Results

Among the 291 participants, 66% had a normal nutritional status; 24.8% were at risk of malnutrition and 8.3% were malnourished. Factors associated with this altered nutritional status were age \geq 80 years ($p=0.044$), low level of education ($p=0.003$), lack of physical activity ($p=0.027$), anorexia ($p<0.001$) and poly medication ($p<0.001$).

Conclusion

The risk of malnutrition was real among the elderly. Evaluating their nutritional status remains a priority for health professionals.

Key public health message

Implementing nutritional education programs for the elderly and their caregivers.

Keywords

Nutritional status, Mini Nutritional Assessment, Older Adults, Abidjan

Introduction

Environ un quart des personnes âgées sont malnutries ou à risque de malnutrition, avec une prévalence mondiale de 22,8 % [1]. Les déficits sensoriels, les difficultés à mâcher ou à avaler, l'anorexie, la dépression et les maladies aiguës ou chroniques en sont des facteurs favorisants [2]. En Afrique, près d'une personne âgée sur cinq est sous-alimentée, tandis que 30 % sont en surpoids ou obèses [3]. La Côte d'Ivoire est confrontée à une situation préoccupante de malnutrition chez les personnes âgées, en raison de leur situation économique vulnérable et des conditions de vie précaires.

Le pays offre des mesures de protection sociale pour les personnes âgées à travers la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) et la caisse générale des retraités et agents de l'État (CGRAE). Les établissements de santé comme l'INSP et le CHU de Angré offrent des services de prise en charge des personnes âgées. La Société Nationale Ivoirienne de Gériatrie et de Gérontologie (SNIGG) a été créée en 2006 pour soutenir la gériatrie et la gérontologie. Mais malgré les efforts déployés, les problèmes de malnutrition persistent [4]. Cette étude a donc eu pour objectif d'analyser l'état nutritionnel des patients âgés au CHU de Angré à Abidjan.

Méthodes

L'étude transversale descriptive s'est déroulée du 6 novembre 2023 au 3 Janvier 2024 au CHU de Angré. Les personnes âgées de 60 ans et plus reçues en consultation pour des besoins médico-sanitaires au service de gériatrie ont été incluses. Les patients gravement malades, incapables de se déplacer et souffrant d'une détérioration physique ou mentale les empêchant de remplir la grille du Mini Nutritional Assessment (MNA) n'ont pas été inclus.

Une fiche d'enquête et l'outil MNA ont été utilisés pour recueillir les caractéristiques sociodémographiques, socioculturelles, économiques, sanitaires et les habitudes de vie. Le questionnaire a été administré par interview après la mesure du poids et de la taille. Des mesures de la circonférence brachiale et celle du mollet ont été effectuées à la fin de l'interview.

Les données ont été saisies sur Microsoft Excel 2016 et analysées sur SPSS 29.0.

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne avec l'écart type. Les variables qualitatives étaient résumées en fréquences et pourcentages. L'état nutritionnel a été évalué à l'aide du score MNA complet avec un score variant de 0 à 30 points. Les sujets ont été classés en trois catégories en fonction du score : dénutris (<17), à risque nutritionnel ($17 \leq \text{score} < 24$), état nutritionnel adéquat (≥ 24).

L'indice de masse corporelle (kg/m^2) a été utilisé pour signaler le surpoids et l'obésité sur la base des directives de l'OMS : Surpoids ($25 \leq \text{IMC} < 29,9$) et Obésité ($\text{IMC} \geq 30$). Le Khi^2 a été utilisé au seuil de 5% pour rechercher les facteurs associés à la malnutrition.

Considérations éthiques

L'autorisation de la Direction Médicale et Scientifique du CHU d'Angré a été obtenue.

Le consentement verbal des participants a été obtenu. L'anonymat et la confidentialité ont été observés.

Résultats

Caractéristiques socio-démographiques

L'étude a inclus 291 personnes avec un sex-ratio (H/F) de 0,59. La tranche d'âge de 60-69 ans était majoritaire (52,58%) et l'âge moyen était de 70,1 ($\pm 7,24$) ans. Près de 4 personnes sur 10 étaient non-instruites (Tableau I).

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées au CHU de Angré

Variables	Effectif	Pourcentage
Tranche d'âge (années)		
[60 - 70[	153	52,6
[70 ; 80[	99	34,0
≥ 80	39	13,4
Sexe		
Masculin	108	37,1
Féminin	183	62,9
Situation matrimoniale		
Marié (e)	138	47,4
Veuf (ve)	124	42,6
Célibataire / Divorcé	29	10,0
Niveau d'étude		
Non scolarisé	111	38,1
Primaire	41	14,1
Secondaire	76	26,1
Supérieur	63	21,7

État nutritionnel des personnes âgées

L'évaluation globale a révélé que près d'un quart était à risque de malnutrition, et environ une personne sur 10 en état de dénutrition. L'IMC a permis de mettre en évidence le surpoids chez près d'un quart des patients et l'obésité chez une personne sur cinq (Tableau II).

Tableau II : État nutritionnel des personnes âgées (CHU Angré-Abidjan)

État nutritionnel	Féminin		Masculin		Total
	n	(%)	n	(%)	
Score MNA (N=291)					
≥ 24	127	(66,1)	65	(33,9)	192
[17 - 24[	44	(58,7)	31	(41,3)	75
< 17	12	(50,0)	12	(50,0)	24
IMC (kg/m²) (N=134)					
Surpoids [25 - 30[	48	(16,5)	23	(7,9)	71
Obésité ≥ 30	54	(18,6)	9	(3,1)	63

Facteurs associés à l'état nutritionnel des personnes âgées

La malnutrition était élevée chez les patients d'âge ≥80 ans (p=0,044), chez les non-scolarisés (p=0,003), souffrant d'anorexie sévère (p<0,001). Les patients qui ne pratiquaient pas d'activités physiques (p=0,027) et ceux qui utilisaient plusieurs médicaments (p<0,001) étaient également les plus malnutris. La malnutrition n'était pas liée au sexe (Tableau III).

Tableau III : Facteurs associés à l'état nutritionnel des personnes âgées

Variables	État nutritionnel		p-value
	Normal n (%)	Altéré n (%)	
Âge (années)			
[60-70[	107 (69,9)	46 (30,1)	0,044
[70-80[	66 (65,3)	33 (33,3)	
≥ 80	19 (48,7)	39 (51,3)	
Sexe			0,109
Féminin	127 (69,4)	56 (30,6)	
Masculin	65 (60,2)	43 (39,8)	
Niveau d'étude			0,003
Non scolarisé	59 (53,2)	52 (46,8)	
Primaire	28 (68,3)	13 (31,7)	
Secondaire	59 (77,6)	17 (22,4)	
Supérieur	46 (73,0)	17 (27,0)	
Activité physique			0,027
Oui	100 (72,5)	38 (27,5)	
Non	92 (60,1)	61 (39,9)	
Anorexie			<0,001
Modérée	48 (50,5)	47 (49,5)	
Sévère	2 (10,5)	17 (89,5)	
Aucun	142 (80,2)	35 (19,8)	
Polymédication			<0,001
Oui	36 (41,9)	50 (58,1)	
Non	156 (76,1)	49 (23,9)	

Discussion

Selon la méthode de dépistage MNA complet, 8,25 % des participants souffraient d'une altération de l'état nutritionnel, 24,8% risquaient d'en souffrir. Basibüyük *et al.* en Turquie ont trouvé un résultat similaire (8,4%) [5]. Toutefois, cette prévalence était plus faible que celle de Abate *et al.* en Éthiopie (26,6%) [6]. Même si la malnutrition n'était pas liée au sexe, l'obésité et le surpoids ont été plus retrouvés chez les femmes comme Mabiama *et al.* l'ont montré au Cameroun avec respectivement 17,5% d'obésité et 24,9% de surpoids [7].

L'état nutritionnel était altéré surtout chez des patients d'au moins 80 ans. Comme l'âge avancé est l'un des facteurs de risque de développer une maladie, les personnes âgées courent le risque le plus élevé d'avoir un état nutritionnel défavorable [8]. La malnutrition était également liée au niveau d'étude. L'association entre l'altération de l'état nutritionnel chez les personnes non-scolarisées est corroborée par Abate *et al.* en Éthiopie [6]. En effet, le faible niveau d'instruction peut entraîner des difficultés de compréhension donc d'appropriation des messages d'éducation nutritionnelle. Ce qui va impacter négativement le choix des ingrédients et la préparation de repas sains.

Le manque d'activité physique était aussi associé à l'altération de l'état nutritionnel. En effet, l'inactivité physique peut favoriser la diminution de la masse et de la force musculaire, la dépression et le risque de maladies entretenant ainsi le cycle de la malnutrition [6,9]. Enfin, l'anorexie et la polymédication étaient liées à la malnutrition des personnes âgées. En effet, l'anorexie peut conduire à une carence en nutriments essentiels et la polymédication peut affecter l'absorption des nutriments et entraîner des interactions médicamenteuses qui peuvent affecter la nutrition [10].

Conclusion

Cette étude souligne que près d'un quart des personnes âgées présentaient un risque de malnutrition. Les facteurs associés à cette altération de l'état nutritionnel étaient l'âge avancé, le faible niveau d'instruction, le manque d'activité physique, l'anorexie et la polymédication. Il est

essentiel de mettre en place des stratégies de prévention et de prise en charge de la malnutrition chez les personnes âgées pour améliorer leur santé et leur qualité de vie.

Remerciements

Nos remerciements vont à l'ensemble du personnel du service de médecine interne et gériatrie du CHU d'Angré.

Références

1. Naidoo I., Charlton K. E., Esterhuizen T. M., et al., High risk of malnutrition associated with depressive symptoms in older South Africans living in KwaZulu-Natal, South Africa : a cross-sectional survey, *J. Health Popul. Nutr.* 2015, vol. 33, p. 19, doi: 10.1186/s41043-015-0030-0.
2. Rasheed S et Woods R. T., Malnutrition and quality of life in older people : A systematic review and meta-analysis, *Ageing Res. Rev.* 2013, vol. 12, n° 2, p. 561-566, doi: 10.1016/j.arr.2012.11.003.
3. Mabiama G., Adio D., Millimino T., et al., Dénutrition, surpoids et obésité chez les personnes âgées vivant dans des communautés en Afrique : une revue systématique, *Nutr. Clin. Métabolisme.* 2022, vol. 36, n° 1, Supplement, p. S12., doi: 10.1016/j.nupar.2021.12.022.
4. Doukoure D., N'Dia A. F., et Kourouma K. R., Santé nutritionnelle et vulnérabilité économique des personnes du 3ème âge dans la commune d'Abobo (Côte d'Ivoire), *Canadian Social Science* 2020, Vol. 16, n° 5, p. 44-53
5. Basibüyük G. Ö., Ayremlou P., Saeidlou N. S., et al., Evaluation of Malnutrition among Elderly People Living in Nursing Homes by Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) in Turkey, *Mædica* 2019, vol. 14, n° 1, p. 38-44, doi: 10.26574/maedica.2019.14.1.38.
6. Abate T., Mengistu B., Atnafu A., et al., Malnutrition and its determinants among older adults people in Addis Ababa, Ethiopia, *BMC Geriatr* 2020., vol. 20, n° 1, p. 498., doi: 10.1186/s12877-020-01917-w.
7. Mabiama G., 2021, Evaluation de l'état nutritionnel des personnes âgées au Cameroun et facteurs associés, Médecine humaine et pathologie, Université de Limoges ; Université de Douala, p.301
8. Norman K., Haß U., et Pirlich M., Malnutrition in Older Adults-Recent Advances and Remaining Challenges, *Nutrients* 2021, vol. 13, n° 8, p. 2764, doi: 10.3390/nu13082764.
9. Waters D., Baumgartner R., Garry P., et al., Advantages of dietary, exercise-related, and therapeutic interventions to prevent and treat sarcopenia in adult patients: an update, *Clin. Interv. Aging* 2010, vol. 5, p. 259-270.
10. Huynh N. T. H., Nguyen T.T.T., Pham H.K.T., et al., Malnutrition, Frailty, and Health-Related Quality of Life Among Rural Older Adults in Vietnam: A Cross-Sectional Study, *Clin. Interv. Aging* 2023, vol. 18, p. 677-688, doi: 10.2147/CIA.S405847.

Note de synthèse

p.19

Promouvoir la littératie pour
améliorer la santé buccodentaire
en Côte d'Ivoire

Promouvoir la littératie pour améliorer la santé buccodentaire en Côte d'Ivoire

Promoting literacy to improve oral health in Côte d'Ivoire

Auteurs : Méité Ibrahim¹, Loua Lynda¹, N'Zi-Boa Tania²

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

Auteur correspondant : N'ZI-BOA Tania (tnzi@yahoo.fr)

Résumé

Introduction

Les problèmes buccodentaires sont accentués chez les individus ayant de faibles connaissances et compétences leur permettant de comprendre et utiliser les informations liées à la santé, en un mot, une faible littératie. Notre objectif était d'explorer cette littératie en santé bucco-dentaire (LSBD) à Abidjan.

Méthodes

Une étude transversale auprès de patients d'un cabinet dentaire et d'étudiants en sciences odonto-stomatologiques a été réalisée en janvier 2024. Le Health Literacy in Dentistry Scale-14 (HeLD-14), outil adressant 7 domaines, a été utilisé. Les scores des 14 questions de cet outil ont été attribués sur une échelle de 1 à 5 et les scores moyens de chaque domaine ont été calculés.

Résultats

Les scores moyens de littératie en santé buccodentaire étaient adéquats avec 4,48 chez les patients du cabinet dentaire et 4,24 chez les étudiants.

Conclusion

Les scores étaient globalement adéquats. Cependant, ils restaient faibles dans certains des 7 domaines. Il est donc nécessaire de renforcer ces domaines spécifiques à travers une communication sur la santé bucco-dentaire adaptée aux besoins des individus.

Message clé de santé Publique

Utiliser des messages adaptés pour améliorer la littératie en santé buccodentaire en vue de la prévention des problèmes de santé bucco-dentaire et l'utilisation des soins.

Mots clés

Littératie - Santé buccodentaire - HeLD-14.

Abstract

Introduction

Oral health problems are accentuated in individuals with poor knowledge and skills to understand and use health-related information - in a word, low literacy. Our aim was to explore oral health literacy (OHL) in Abidjan.

Methods

A cross-sectional study of dental practice patients and odonto-stomatological science students was conducted in January 2024. The Health Literacy in Dentistry Scale-14 (HeLD-14), a tool addressing 7 domains, was used. Scores for the tool's 14 questions were assigned on a scale of 1 to 5, and mean scores for each domain were calculated.

Results

Mean oral health literacy scores were adequate at 4.48 for dental office patients and 4.24 for students.

Conclusion

Overall, scores were adequate. However, they remained low in some of the 7 domains. It is therefore necessary to reinforce these specific areas through oral health communication adapted to the needs of individuals.

Public health message

Use tailored messages to improve oral health literacy for the prevention of oral health problems and the use of care.

Keywords

Literacy - Oral health - HeLD-14.

Introduction

La littératie en santé est définie, par Sorensen et *al.* (2012), comme « la connaissance, la motivation et les compétences d'un individu à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information de santé en vue de porter un jugement et prendre des décisions dans sa vie de tous les jours, en ce qui concerne la santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, de manière à maintenir ou améliorer sa qualité de vie » [1]. Dans le domaine de la santé bucco-dentaire, la littératie concerne la compréhension et l'utilisation des informations liées à la santé orale. En Côte d'Ivoire, elle reste un axe à développer afin de mieux comprendre les besoins et les défis de la population ivoirienne en matière de santé bucco-dentaire et mettre en place des interventions efficaces adaptées.

En effet, la santé bucco-dentaire est étroitement liée à la santé générale et participe à une meilleure qualité de vie. De nombreux signes cliniques ont mis en évidence une association entre les pathologies bucco-dentaires et les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies pulmonaires et les complications obstétricales etc. Pourtant, ces maladies bucco-dentaires, évitables, restent courantes avec une prévalence de 45% selon le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2018 [2]. En Côte d'Ivoire, selon le président de l'Association des Odontologues et Stomatologues de Côte d'Ivoire (AOSCI), cette prévalence était de 60% [3].

Sun Y et *al.* en 2021 avaient indiqué que les problèmes bucco-dentaires étaient plus observés chez les individus dotés d'une faible littératie en santé bucco-dentaire [4]. L'objectif de cette note de synthèse était donc d'explorer cette littératie en santé bucco-dentaire (LSBD) de patients fréquentant un centre de soins dentaires et d'étudiants en chirurgie dentaire. L'intérêt était de présenter leurs capacités à comprendre et utiliser les informations liées à la santé bucco-dentaire.

Méthodes

Une étude transversale descriptive a été réalisée de janvier à février 2024, auprès de cinquante (50) patients âgés de plus de 18 ans reçus au cabinet dentaire dans un Centre de Santé Urbain à base Communautaire (CSU-COM) de la commune de Cocody et auprès de trente (30) étudiants de

Licence 2 de l'Unité de Formation et de Recherche en Odonto-Stomatologie (UFROS) de l'Université Félix Houphouët-Boigny (UFHB).

Les données ont été collectées à l'aide du Health Literacy in Dentistry Scale-14 (HeLD-14). Il comprend sept domaines à savoir la réceptivité, la compréhension, l'accès, la communication, l'utilisation, le financement et le soutien (accompagnement).

Chaque item, mettant l'accent sur la difficulté rencontrée, a été noté à l'aide d'une échelle de Likert à 5 points comme suit :

- 1 : « incapable à faire »,
- 2 : « très difficilement »,
- 3 : « avec quelques difficultés »,
- 4 : « peu de difficultés »,
- 5 : « sans difficulté » [4].

Les scores moyens de littératie ont été calculés. Les scores les plus bas indiquaient un faible niveau de littératie en santé bucco-dentaire et les plus élevés, un niveau adéquat.

Justification et preuves

La littératie en santé, revêt une grande importance lorsqu'il s'agit des maladies chroniques et des maladies liées au mode de vie, comme les maladies bucco-dentaires. Ce concept est ainsi devenu essentiel pour la santé publique et est considéré comme un déterminant de santé [5].

Un faible niveau de littératie en santé bucco-dentaire peut (i) limiter la compréhension des informations relatives aux habitudes de vies, à la prévention et aux options de soins bucco-dentaires, (ii) rendre difficile la prise de décisions éclairées concernant les soins bucco-dentaires, (iii) limiter l'accès aux ressources et aux informations nécessaires pour prendre soin de leur santé bucco-dentaire et (iv) donc accroître le risque de développer des problèmes bucco-dentaires pouvant détériorer la santé générale des individus [6].

La littérature scientifique a mis en exergue l'impact d'une faible littératie en santé bucco-dentaire sur la prévalence des maladies bucco-dentaires et des problèmes y afférents. ainsi, Wehmeyer et *al.* à l'Université de Caroline du Nord, ont montré qu'une faible littératie en santé bucco-dentaire avait un effet négatif sur les affections parodontales des patients, suivis régulièrement

ou non dans cette clinique [7]. Selon Divaris K et al., un faible niveau de littératie bucco-dentaire (surtout en matière de compréhension), était aussi un prédicteur significatif d'une absence d'entrée dans le système de soins bucco-dentaires, ou d'un accès uniquement pour des consultations en urgence [8]. Quant à Dutra L da C, ils ont révélé que les adolescents âgés de 15 à 19 ans, avec un faible niveau de littératie avaient plus de problèmes bucco-dentaires, indépendamment de leur statut socio-économique et de leurs antécédents de visite chez le dentiste [9].

Commentaires

Les scores moyens de LSBSD sont présentés dans le tableau I.

Tableau I : Scores moyens de littératie en santé bucco-dentaire

Domaines	Score moyen	
	Patients n=50	Étudiants UFROS n=30
Réceptivité	4,69 (±0,52)	4,04 (±1,08)
Compréhension	4,38 (±0,92)	4,27 (±1,03)
Accès	4,26 (±0,90)	4,09 (±1,41)
Communication	4,26 (±0,90)	4,38 (±1,05)
Utilisation	4,62 (±0,74)	4,67 (± 0,62)
Financement	4,65 (±0,75)	3,68 (±1,42)
Soutien	4,06 (±1,10)	4,60 (±0,83)
Moyenne (± ET)	4,48 (±0,79)	4,24 (±1,06)

Globalement, les patients se sentaient en mesure de répondre à leurs besoins en matière de santé bucco-dentaire et à y consacrer du temps. Cependant, ils estimaient un peu moins qu'il fallait y amener leurs familles ou venir accompagnés.

Les étudiants, futurs dispensateurs de soins bucco-dentaires, disaient être en mesure d'écouter les instructions d'un dentiste et d'utiliser ses conseils pour améliorer leur santé bucco-dentaire. Mais, ils s'estimaient être moins capables de payer pour les consultations, les soins et les médicaments.

Le niveau de LSBSD était globalement adéquat. Cela peut s'expliquer par le fait que les patients recrutés dans un cabinet dentaire peuvent être plus sensibilisés sur les questions de SBD. Quant aux étudiants de l'UFROS, ils sont informés lors des enseignements reçus. Ce niveau pourrait être différent en population générale.

Conclusion

Le niveau de littératie en santé bucco-dentaire était adéquat. Cependant, il restait faible dans certains des 7 domaines. Il est donc nécessaire de renforcer ces domaines spécifiques à travers une communication sur la santé bucco-dentaire adaptée aux besoins des individus.

La promotion de la littératie en santé bucco-dentaire est possible à travers des programmes fournissant des informations claires et accessibles, utilisant des supports visuels et audio et encourageant la participation des patients dans la prise en charge de leur problème de santé bucco-dentaire.

Bibliographie

1. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12, 80 (2012). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
2. OMS, <https://www.who.int/fr/news/item/18-11-2022-who-highlights-oral-health-neglect-affecting-nearly-half-of-the-world-s-population> consulté le 7 février 2024
3. <https://www.lecourrierdudentiste.com/nationales/plus-de-60-de-la-population-souffre-de-problemes-bucco-dentaires-en-cote-d-ivoire.html>, consulté le 07 février 2024
4. Ju X, Brennan DS, Parker E, et al. Confirmatory factor analysis of the health literacy in dentistry scale (HeLD) in the Australian population. *Community Dent Health*. 2018 Aug 30;35(3):140-147. doi: 10.1922/CDH_4325Ju08. PMID: 30130002.
5. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008 Dec;67(12):2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050. Epub 2008 Oct 25. PMID: 18952344.
6. A Report of a Workgroup Sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, U. S. Public Health Service, Department of Health and Human Services, The Invisible Barrier: Literacy and Its Relationship with Oral Health, First published: 01 May 2007,

- <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2005.tb02808.x> Journal of Public Health of Dentistry Volume65, Issue3 September 2005, Pages 174-182, consulté le 07 février 2024
7. Wehmeyer MM, Corwin CL, Guthmiller JM, et *al.* L'impact de la littératie en santé bucco-dentaire sur l'état de santé parodontale. *J Dent de santé publique.* 2014; 74:80-7.
 8. Divaris K, Lee JY, Baker AD, et *al.* Influence of Caregivers and Children's Entry Into the Dental Care System. *Pediatrics.* 2014 May 1;133(5):e1268-76.
 9. Dutra L da C, de Lima LCM, Neves ÉTB, et *al.* Adolescents with worse levels of oral health literacy have more cavitated carious lesions. *PloS One.* 2019;14(11):e0225176.

Données de surveillance épidémiologique

p.24

Surveillance épidémiologique
des maladies évitables par la
vaccination et des maladies à
déclaration obligatoire en Côte
d'Ivoire : données du premier
quadrimestre de l'année 2024

Surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination et des maladies à déclaration obligatoire en Côte d'Ivoire : données de janvier à mai 2024

Epidemiological surveillance of vaccine-preventable diseases and notifiable diseases in Côte d'Ivoire: data from the first quadrimester of 2024

- Comité éditorial du BSP-CI : KOUROUMA KR, N'ZI-BOA T, ADOU D, SACKOU-KOUAKOU JG
- Service de Surveillance Épidémiologique de l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP)

Introduction

La Stratégie de Surveillance Intégrée des Maladies et de la Réponse (IDSR) est considérée comme la méthode la plus efficace pour prévenir et contrôler les maladies transmissibles, en particulier celles qui ont un potentiel épidémique élevé. La surveillance épidémiologique est une pratique de santé publique qui vise à recueillir de manière continue des données sur les événements de santé, à les analyser pour générer des indicateurs quantitatifs, puis à les cartographier. Ces résultats sont ensuite diffusés pour éclairer les décideurs en matière de santé humaine et animale. Ainsi, la surveillance épidémiologique permet de repérer l'apparition de nouveaux phénomènes, qu'ils soient d'origine humaine ou animale (épidémies, nouveaux syndromes, résurgences de maladies), et de mettre en place des mesures de contrôle et de prévention appropriées. En Côte d'Ivoire, le système de surveillance épidémiologique est centralisé au Centre des Opérations d'Urgences de Santé Publique (COUSP), affilié à l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP). Les données proviennent des 33 régions sanitaires et des 131 districts sanitaires du pays, collectées dans tous les établissements de santé des districts puis transmises au niveau national pour analyse et diffusion. Cet article présente les données des semaines S01 à S20 de 2024 sur diverses maladies telles que la fièvre jaune, la dengue, la méningite, le

choléra, le tétanos néonatal, les décès maternels, le ver de Guinée, la poliomyélite, la rougeole, la grippe, la COVID-19, les manifestations post-vaccinales (MAPI), ainsi que la grippe aviaire et la rage humaine.

1. Faits saillants

De S01 à S20, il a été notifié :

- 516 cas suspects de Fièvre Jaune ;
- 2 cas suspects de Cholera confirmés négatifs ;
- 6814 cas suspects de Rougeole dont 668 cas confirmés positifs ;
- 50 cas suspects de Méningite dont aucun confirmé ;
- 388 cas suspects de paralysie flasque aigüe mais aucun confirmé ;
- 1576 cas de grippe dont 58 cas positifs de COVID 19 ;
- 341 cas de décès maternels ;
- 130 cas suspects de Dengue dont 37 confirmés positifs ;
- 05 cas suspects de Tétanos néonatal (TNN) et 3 décès ;
- Aucun cas de grippe aviaire, de rage humaine et de ver de guinée n'a été notifié.

Carte 1 : Découpage sanitaire de la Côte d'Ivoire

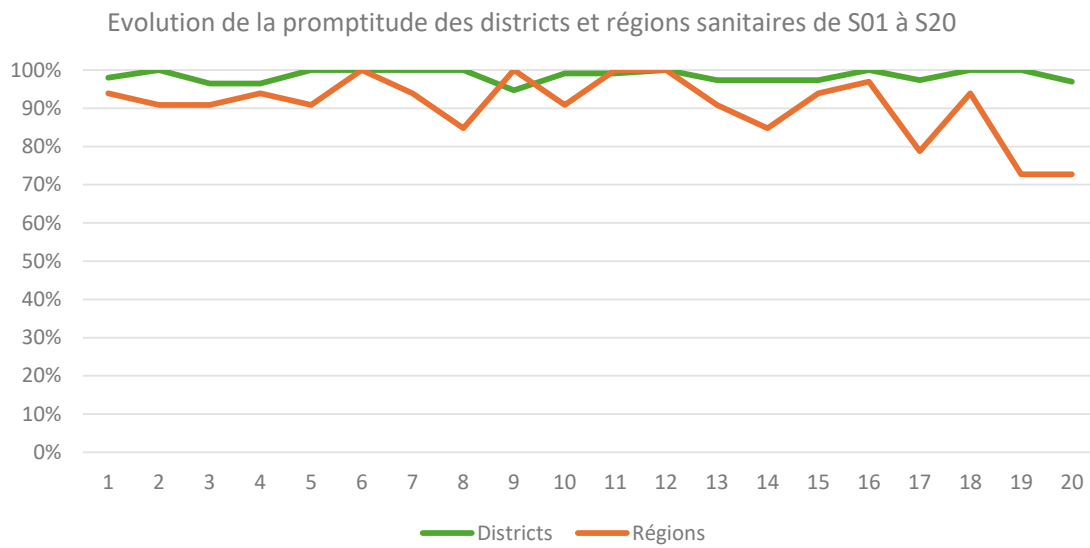


2. Promptitude des données

La promptitude représente le nombre de rapports transmis dans les délais planifiés, rapporté au total des rapports transmis. La promptitude des données dans un système d'informations sanitaires se réfère donc à la rapidité avec laquelle les données sont collectées, traitées, analysées et mises à disposition pour une utilisation pertinente dans la gestion de la santé publique. Une promptitude efficace permet aux décideurs

de prendre des mesures rapides et éclairées pour répondre aux besoins de santé de la population, notamment en cas d'épidémies, de crises sanitaires ou de situations d'urgence. Elle implique une mise à jour régulière des informations et une transmission rapide des données entre les différentes parties prenantes du système de santé. De S01 à S20, la majorité des districts sanitaires (DS) ont transmis leurs données à temps. Au niveau des régions, la promptitude est moins importante.

Figure 1 : Évolution hebdomadaire de la promptitude des districts et régions sanitaires de S01 à S20



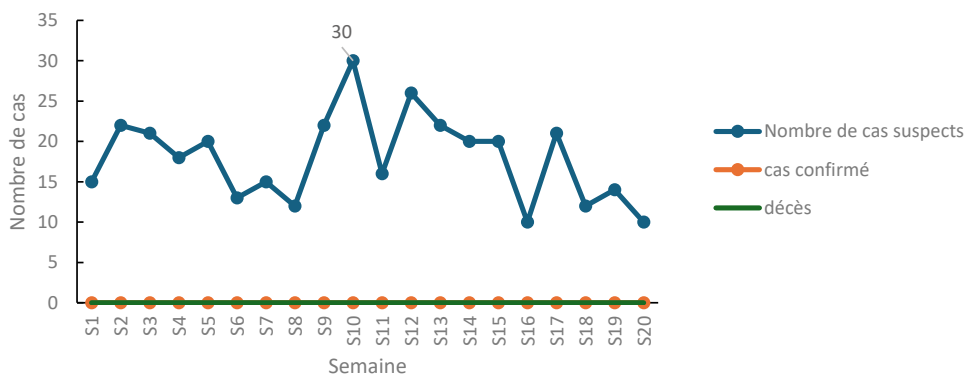
3. La fièvre jaune

Le virus de la fièvre jaune est un virus transmis par des moustiques présents dans les régions tropicales d'Afrique et d'Amérique du Sud. Bien que la plupart des infections soient asymptomatiques, la maladie clinique varie d'une maladie fébrile bénigne à une maladie potentiellement mortelle avec des manifestations hépatiques et hémorragiques. La fièvre jaune peut être prévenue par un vaccin recommandé pour les personnes âgées d'au moins 9 mois qui

voyagent ou vivent dans des zones à risque de fièvre jaune [1].

De S01-S20, 516 cas suspects ont été notifiés dont 19 en attente de confirmation. En effet, 100% des cas suspects ont bénéficié de prélèvement avec 30% de sujets vaccinés. De S01-S19, 19 cas probables identifiés par l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire, en attente de confirmation par le laboratoire de référence. Un pic de cas suspects a été observé à S10 avec 30 cas. La région sanitaire de la Nawa a notifié le plus de cas suspects sur la période avec 33 cas suspects pour le DS de San-Pedro suivi du DS de Soubré avec 31 cas suspects.

Figure 2 : Évolution du nombre de cas suspects de fièvre jaune de S01 à S20



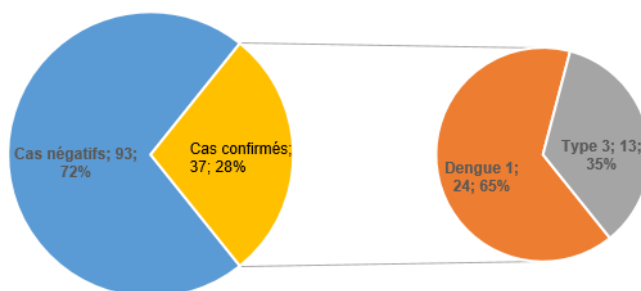
4. La Dengue

La dengue est une infection virale transmise par les moustiques, qui sévit dans les régions tropicales et subtropicales du monde entier. La dengue est une maladie grave de type grippal qui touche les nourrissons, les jeunes enfants et les adultes mais dont l'issue est rarement fatale. Ces dernières années, la transmission a surtout progressé dans les zones urbaines et périurbaines

et cette maladie est devenue un sujet majeur de préoccupation pour la santé publique [2]. La Côte d'Ivoire connaît des épidémies récurrentes de dengue ces trois dernières décennies.

En 2024, 130 cas suspects ont été enregistrés de S01 à S20, dont 37 cas confirmés de dengue type 1 (24 cas) et type 3 (13 cas). Le DS de Cocody Bingerville demeure l'épicentre avec 26 cas suspects enregistrés durant la période.

Figure 3 : Répartition des cas de dengues de S01 à S20



5. Méningite

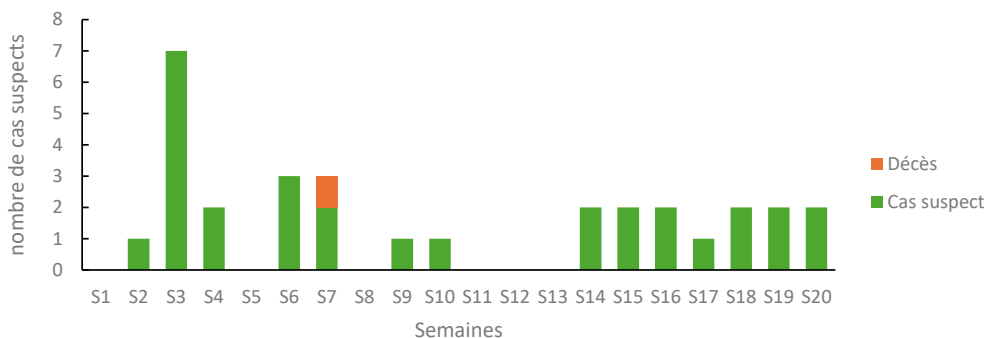
La méningite est une infection qui provoque une inflammation des membranes protectrices recouvrant le cerveau et la moelle épinière. Plusieurs agents pathogènes, principalement des virus et des bactéries, peuvent provoquer une méningite. Les bactéries sont transmises de personne à personne par le transfert de sécrétions provenant du nez ou de la gorge lors d'un contact étroit ou intime. Partager des verres ou des couverts, des cigarettes, du rouge à lèvres, des brosses à dents ou des instruments de musique

munis d'un embouchoir favorise la propagation de la maladie, tout comme embrasser, éternuer ou tousser sur quelqu'un [3].

Environ 2,8 millions de cas et plus de 300 000 décès liés à la méningite surviennent chaque année dans le monde selon PATH, malgré la disponibilité d'un vaccin contre le méningocoque A (NmA), le type de méningite le plus courant en Afrique [4].

La surveillance cas par cas de la méningite permet entre autres d'évaluer l'efficacité du vaccin. Ainsi en 2024, la Côte d'Ivoire a enregistré 50 cas de méningites dont 01 décès.

Figure 4 : Répartition hebdomadaire des cas suspects de méningites de S01 à S20



6. Choléra

Le choléra est une maladie diarrhéique aiguë, dont on peut mourir en quelques heures en l'absence de traitement. Selon les études, on estime qu'il y a chaque année 1,3 à 4 millions de cas de choléra, et 21 000 à 143 000 décès dus à la maladie dans le monde.

Les causes du choléra sont entre autres : l'accès insuffisant à l'eau potable, les conflits, l'urbanisation non planifiée. La plupart des personnes infectées n'ont aucun symptôme ou que des symptômes bénins et peuvent être traitées avec succès avec des sels de réhydratation orale.

Pour les cas graves, un traitement rapide par perfusion de liquide et d'antibiotiques par voie intraveineuse s'impose. La prévention est possible en administrant des vaccins contre le choléra par voie orale utilisés conjointement à l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement [5].

En 2024, de S01 à S20, deux (02) cas suspects ont été enregistrés et les prélèvements sont revenus négatifs.

7. Manifestation Post-vaccinale Indésirable (MAPI)

Une MAPI correspond à toute survenue d'un événement médical indésirable faisant suite à une vaccination et qui ne présente pas nécessairement un lien de cause à effet avec l'utilisation du vaccin [6].

On distingue les MAPI mineures (fièvre, réaction au point d'injection), qui ne mettent pas en danger la personne et n'entraînent pas d'hospitalisation et les MAPI graves (p.ex. réaction anaphylactique, encéphalite), qui entraînent une hospitalisation, une incapacité voire un décès.

De S01 à 20, 30 cas suspects de MAPI non graves ont été enregistrés ainsi qu'un décès à S13.

8. Tétanos du Nouveau-Né (TNN)

Le tétanos est une maladie infectieuse évitable par la vaccination. Il demeure un problème de santé publique dans les pays en développement où il est responsable de nombreux décès en particulier chez les femmes et les nouveau-nés. Le tétanos du nouveau-né (TNN) survient dans les quatre premières semaines de vie, classiquement dans les 3 à 14 jours qui suivent la naissance. Les symptômes évocateurs sont le refus de téter, les pleurs inexplicables, la fièvre. L'OMS définit le TNN comme « une maladie survenant chez un enfant qui tète et pleure normalement au cours des 2 premiers jours de la vie, mais qui perd cette capacité entre le 3^{ème} et le 28^{ème} jour et présente des raideurs et des spasmes ». Le nouveau-né présente de la fièvre avec des troubles du comportement et du tonus [7].

De S01 à S20, cinq (5) cas suspects ont été enregistrés dont trois décès. Les 5 cas suspects enregistrés se répartissent comme suit :

- DS Soubré, 3 cas dont 01 à S11 et 01 à S12 ;
- DS Zuénoula, 1 cas à S15 ;
- DS Sinfra, 1 cas à S17

9. Paralysie flasque aigüe (PFA)

La paralysie flasque aigüe (PFA), c'est-à-dire la paralysie soudaine des membres et des muscles, est un signe avant-coureur de la polio [8]. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande que les pays procèdent à la surveillance de la PFA afin de suivre l'évolution de la poliomyélite. Depuis le début de l'année, la Côte d'Ivoire a enregistré 388 cas de PFA. Ces cas suspects ont été prélevés et sont en attente de confirmation.

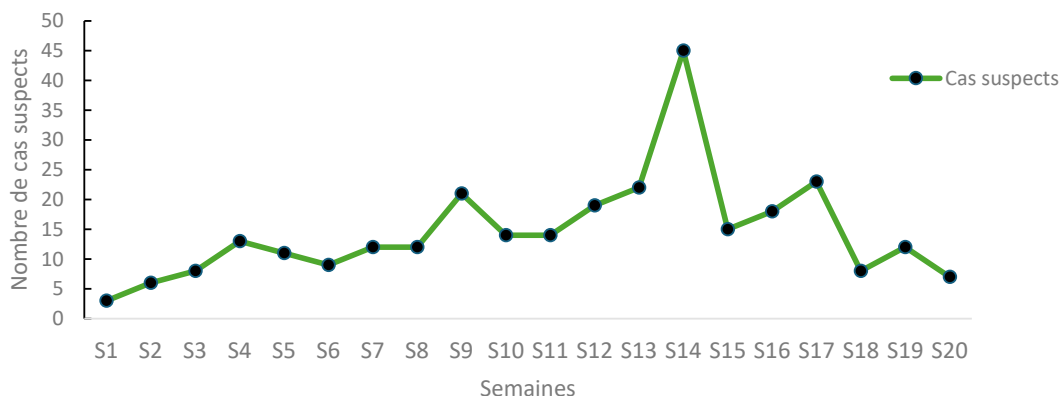


Figure 5 : Répartition hebdomadaire des cas suspects de PFA de S01 à S20

10. Grippe/Covid 19

La grippe et la Covid19 sont deux infections sont dues à des virus, mais leurs effets sur les individus peuvent varier. Certaines personnes ne présentent aucun symptôme, ou présentent des symptômes légers, tandis que d'autres peuvent avoir des manifestations graves. La grippe comme la COVID-19 peuvent être mortelles. Dans bien des cas, elles peuvent se manifester par des

symptômes identiques, notamment la toux, l'écoulement nasal, les maux de gorge, la fièvre, les maux de tête et la fatigue [9].

La surveillance sentinelle de la grippe saisonnière a permis de détecter 43 cas de grippe type A, 11 cas de grippe B et 58 cas de Covid 19 de S01 à S20. Un pic de cas positif à la Covid19 a été observé à S11 avec 04 décès.

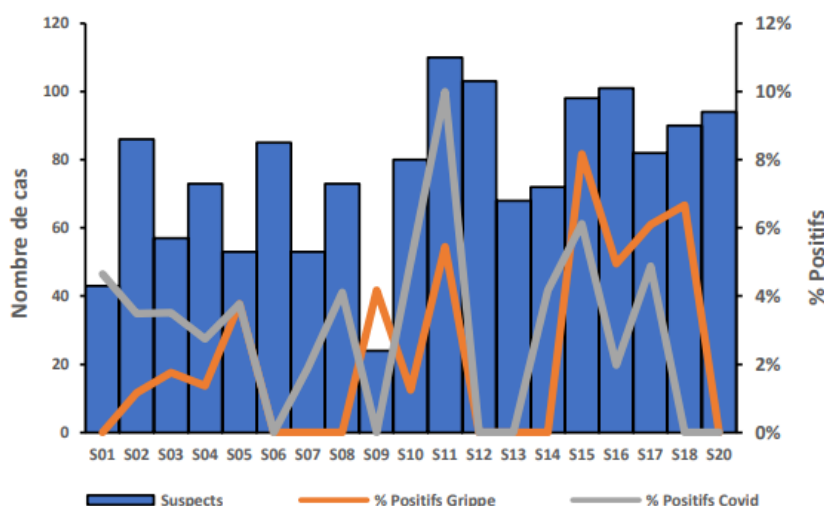


Figure 6 : Répartition des cas suspects et positifs de grippe et de COVID-19 de S01 à S20

11. Décès maternels

La surveillance des décès maternels et riposte est un système qui permet d'identifier et de mesurer tous les décès maternels en temps réel, qui nous aide à appréhender tous les facteurs sous-jacents contribuant à ces décès, et guide des actions destinées à prévenir de potentiels décès. C'est

une forme de surveillance continue qui établit une passerelle entre le système d'information sanitaire et les processus d'amélioration de la qualité des soins du niveau local au niveau national [10].

De S01 à S20, 341 décès maternels ont été notifiés sur l'étendue du territoire ivoirien.

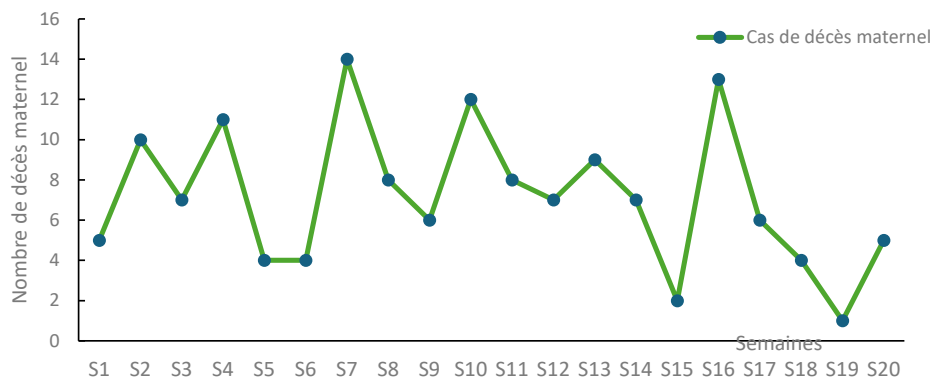


Figure 7 : Répartition du nombre de décès maternels de S01 à S20

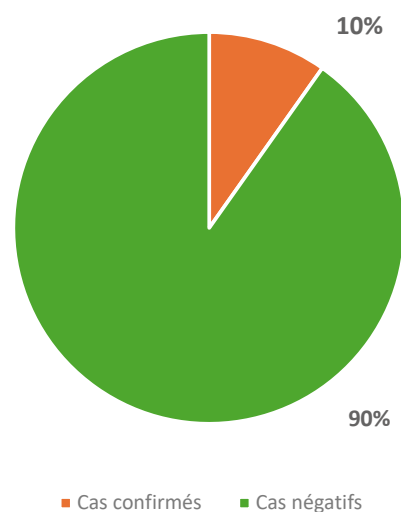
12. Rougeole

La rougeole est une maladie grave et hautement contagieuse causée par un virus qui peut entraîner des complications graves et la mort. La vaccination contre la rougeole a permis d'éviter 57 millions de décès entre 2000 et 2022.

Bien qu'il existe un vaccin sûr et rentable, en 2022, on estime à 136 000 le nombre de décès dus à la rougeole dans le monde, principalement chez des enfants de moins de 5 ans non vaccinés ou insuffisamment vaccinés. En 2022, environ 83 % des enfants dans le monde ont reçu une dose de vaccin contre la rougeole avant leur premier anniversaire dans le cadre des services de santé de routine - le taux le plus bas depuis 2008 [11].

Depuis le début de l'année, 6814 cas suspects de rougeole ont été notifiés dont 10% confirmés positifs. Par ailleurs, 80,89 % de cas suspects prélevés à S20 n'ont pu être confirmés pour cause de rupture de réactifs au laboratoire de référence.

Figure 8 : Répartition des cas suspects de rougeole de S01 à S20



Les données de surveillance épidémiologique des maladies à potentiel épidémique au niveau national, sont présentées dans le tableau I.

Tableau I : Cumul des données nationales de surveillance épidémiologique des maladies à potentiel épidémique du premier quadrimestre de l'année 2024

	Cas suspects	Cas confirmés	Décès
Fièvre Jaune	516	—	—
Dengue	130	37	—
Méningite	50	—	—
Choléra	2	—	—
MAPI	30	30	1
Tétanos néonatal	5	—	3
Paralysie Flasque Aigue	388	—	—
Grippe Covid	1576	112	4
Rougeole	6814	668	—
Décès maternels			341

Références

1. Staples JE, Monath TP, Gershman MD, Barrett ADT. Yellow fever vaccines. In: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA, Edwards KM, eds. Plotkin's vaccines, 7th edn. Philadelphia, PA : Elsevier, 2018 : 1181–265.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Dengue. [Internet]. OMS : 2024. [Consulté le 10 juin 2024] Disponible sur : <https://www.emro.who.int/fr/health-topics/dengue/>
3. Organisation Mondiale de la Santé, PATH. Projet Vaccin méningite. . [Internet]. OMS : 2023 [Consulté le 13 juin 2024] . Disponible sur <https://www.meningvax.org/fr/>
4. PATH. Aide-mémoire à la méningite à méningocoques. [Internet]. PATH : 2013 [Consulté le 13 juin 2024] https://media.path.org/documents/MVP_meningitis_fs_fr.pdf
5. Organisation Mondiale de la Santé. Choléra. [Internet]. OMS : 2023. [Consulté le 13 juin 2024] Disponible sur : [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cholera?gad](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cholera?gad_source=1&gclid=Cj0KCOjw97SzBhDaARIsAFHXUWD2W9pHqF-nvdkiTU556c-vhGqz12GHblLAGRmrPxNYLvsxZiTwaMgaAmwLEALw_wcB)
6. Organisation Mondiale de la Santé. Gestion des MAPI (Manifestations Post-vaccinales Indésirables) Huit pays africains formés à l'élaboration de manuels nationaux de surveillance et de formation sur les MAPI [Internet]. OMS : 2016. [Consulté le 13 juin 2024] Disponible sur : <https://www.afro.who.int/fr/news/gestion-des-mapi-manifestations-post-vaccinales-indesirables-huit-pays-africains-formes>
7. Organisation Mondial de la Santé. Tétanos. [Internet]. OMS : 2023. [Consulté le 13 juin 2024] Disponible sur : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tetanus>
8. Organisation Mondiale de la Santé. Évaluer les ripostes aux épidémies stimule la préparation face à la polio. [Consulté le 13 juin 2024] Disponible sur : <https://www.afro.who.int/fr/photo-story/evaluer-les-ripostes-aux-epidemies-stimule-la-preparation-face-la-polio>,

9. Organisation Mondiale de la Santé. Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) : similitudes et différences avec la grippe. [Consulté le 14 juin 2024] Disponible sur : https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-similarities-and-differences-with-influenza?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjw97SzBhDaARIsAFHXUWD8K28wxEOlmy3wtTazjX6N11fJaPmJr3jy29w84rb0lRYiD8aRQoUaAt7-EALw_wcB
10. Organisation Mondiale de la Santé. Surveillance des décès maternels et riposte. [Consulté le 15 juin 2024] Disponible sur : <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241506083#:~:text=La%20Surveillance%20des%20d%C3%A9c%C3%A8s%20maternels,niveau%20local%20au%20niveau%20national.>
11. Organisation Mondiale de la Santé. La rougeole. [Consulté le 15 juin 2024]. Disponible sur : [Organisation Mondiale de la Santé https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/measles](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/measles)

**BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE
HEBDOMADAIRE**



**EPIDEMIOLOGICAL WEEKLY
BULLETIN**

Semaine / Week 22-24 (27/05-16/06/2024)

1 July 2024 / July 1, 2024

Contenu

- Aperçu global des événements de santé publique.
- Situation épidémiologique du Choléra.
- Situation épidémiologique de la Dengue.
- Situation épidémiologique de la Rougeole.
- Situation épidémiologique de la Diphtérie.

Contents

- Global overview of public health events.
- Epidemiological situation of Cholera.
- Epidemiological situation of Dengue.
- Epidemiological situation of Measles.
- Epidemiological situation of Diphtheria.

Aperçu des épidémies de santé publique dans l'espace CEDEAO Overview of Public health epidemics in ECOWAS region	
Nouveaux événements / New events	Epidémies en cours / Ongoing Epidemics
Intoxication présumée aux métaux lourds / Suspected heavy metal poisoning : Niger	Chikungunya / Chikungunya : Sénégal
	Choléra / Cholera : Nigeria
	Dengue/ Dengue Fever : Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, Nigéria, Sénégal
	Diphtérie/ Diphtheria : Guinée, Niger, Nigéria
	Fièvre Lassa / Lassa Fever : Liberia, Nigéria
	Méningite / Meningitis : Niger, Nigéria
	Mpox / Mpox : Liberia
	Virus du Nil Occidental / West Nile Virus : Sénégal
	FHCC / CCHF : Sénégal
	Poliovirus circulant type 2 dérivé de souche vaccinale/ circulating Vaccine-Derived Poliovirus type 2 (cVDPV2) : Nigeria
Rougeole / Measles : Burkina Faso, Ghana, Liberia, Mali, Niger, Nigéria, Sénégal, Togo	

Aperçu des autres épidémies de santé publique en Afrique hors de l'espace CEDEAO Overview of other public health epidemics in Africa outside ECOWAS	
Nouveaux événements / New events	Autres épidémies en cours en Afrique hors de l'espace CEDEAO/ Other ongoing epidemics in Africa outside Ecowas region
Anthrax /Anthrax: Uganda	Anthrax/Anthrax : Kenya, Zimbabwe
	Choléra/Cholera : Burundi, Comoros, Ethiopia, Kenya, Malawi, Mozambique, RDC, South Africa, Tanzania, Uganda, Zambia, Zimbabwe
	Dengue / Dengue Fever : Ethiopia, Mauritius
	Fièvre de la vallée du Rift / Rift Valley Fever : Kenya
	Mpox/ Mpox : Cameroon, Congo, RCA, RDC
	Diphtérie/ Diphtheria : Gabon
	Fièvre jaune/ Yellow Fever : Cameroun, South Sudan, RCA
	Hépatite E/ Hepatitis E : South Sudan, Tchad
	Leptospirose / Leptospirosis : Mauritius
	Rougeole / Measles : Namibia
FHCC / CCHF : Uganda	
Méningite / Meningitis : RCA	
Poliomyélite (PCDV1) / Poliomyelitis (Cvdpv1) : Congo, RDC	
Poliomyélite (PCDV2) / Poliomyelitis (Cvdpv2) : Cameroon, Kenya, RCA, RDC, South Sudan, Tchad	
Rougeole / Measles : Burundi, Cameroon, Ethiopia, Kenya, Mauritania, RCA, RDC, South Sudan, Tchad, Uganda, Zambia	

Sources: OOAS_Regional Data Warehouse (<https://data.wahoas.org>); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.

Situation épidémiologique du Choléra.

Dans la région de la CEDEAO, de nouveaux cas suspects de choléra continuent d'être signalés, en particulier dans les États membres endémiques, et une épidémie est en cours au Nigeria.

En effet, le 9 juin 2024, le gouvernement de l'État de Lagos, au Nigeria, a déclaré une épidémie de choléra, comme l'a indiqué le centre d'opérations d'urgence (EOC). Cette déclaration faisait suite à une augmentation significative du nombre de cas et de décès de patients présentant des stades avancés de déshydratation extrême et de gastro-entérite à Eti-Osa, Lagos Island, Ikorodu et Kosofe LGA. Les tests de laboratoire ont confirmé que la souche de choléra était du sous-type O-1, connu pour provoquer des maladies plus graves. Comme l'a indiqué le Centre des opérations d'urgence (EOC) le 12 juin 2024, **324 cas suspects de choléra ont été signalés dans l'État, dont 15 personnes décédées.**

Le Centre nigérian de contrôle et de prévention des maladies (NCDC) a indiqué qu'un total de **1.141 cas suspects et 65 cas confirmés de choléra avec 30 décès** ont été signalés dans 30 États (sur un total de 37) du Nigeria entre le 1er janvier et le 11 juin 2024. Les 10 États qui ont contribué à 90% au fardeau du choléra sont Bayelsa, Zamfara, Abia, Cross River, Bauchi, Delta, Katsina, Imo, Nasarawa et Lagos. Parmi les cas suspects au Nigeria, les enfants de moins de cinq ans sont les plus touchés, suivis des personnes âgées de 5 à 14 ans, hommes et femmes confondus. La répartition des cas suspects selon le sexe est de 49 % d'hommes et 51 % de femmes.

La réponse du gouvernement fédéral nigérian se poursuit par le déploiement de l'équipe d'intervention rapide, la coordination, la communication sur les risques, la recherche active de cas, les diagnostics en laboratoire, la gestion des cas, la fourniture de matériel d'intervention, les initiatives en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH), et les campagnes de sensibilisation au choléra.

Epidemiological situation of Cholera.

In ECOWAS region, new suspected cases of Cholera continue to be reported especially in endemic member states and there's an epidemic underway in Nigeria.

Indeed, on June 9, 2024, the Lagos State Government in Nigeria declared a cholera outbreak, as reported by the Emergency Operations Centre (EOC). This followed a significant rise in cases and fatalities, with patients presenting late stages of extreme dehydration and gastroenteritis in Eti-Osa, Lagos Island, Ikorodu, and Kosofe LGA. Laboratory tests confirmed the cholera strain as subtype O-1, known for causing more severe illness. As reported by the Emergency Operations Centre (EOC) on 12 June 2024, **324 suspected cholera cases have been reported in the state, including 15 people who died.**

The Nigeria Centre for Disease Control and Prevention (NCDC) reported that, a total of **1,141 suspected and 65 confirmed cases of cholera with 30 deaths** have been reported across 30 states (out of 37) in Nigeria from the 1st of January to the 11th of June 2024. The 10 states that contributed 90% to the burden of cholera include Bayelsa, Zamfara, Abia, Cross River, Bauchi, Delta, Katsina, Imo, Nasarawa and Lagos States. Among the suspected cases in Nigeria, children under five years old are the most affected, followed by those aged 5-14 years across both males and females. The sex-ratio distribution of suspected cases is 49% being male and 51% female.

The Nigerian Federal Government response is ongoing through the deployment of the rapid response team, coordination, risk communication, active case searches, laboratory diagnostics, case management, provision of response supplies, water sanitation and hygiene (WASH) initiatives, and cholera awareness campaigns.

Sources: OOAS_Regional Data Warehouse (<https://data.wahooas.org>); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.

Au niveau régional, depuis notre dernier rapport de la semaine 17, **666 nouveaux cas suspects de choléra, 44 cas confirmés (par test de diagnostic rapide ou culture) et 23 décès** ont été signalés par 4 États membres :

1. **Benin** : 39 suspects, 0 confirmé et 0 décès.
2. **Ghana** : 22 suspects, 0 confirmé et 0 décès.
3. **Liberia** : 22 suspects, 0 confirmé et 0 décès.
4. **Nigeria** : 528 suspects, 44 confirmés et 23 décès.

Depuis le début de l'année jusqu'à la semaine 24 de 2024, le nombre **de cas suspects de choléra, de cas confirmés (par test de diagnostic rapide ou culture) et de décès signalés dans 7 États membres de la région de la CEDEAO est respectivement de 1.547, 65 et 30**. Le Nigeria représente 100 % du total des cas confirmés et des décès jusqu'à présent. Les données présentées ici doivent être interprétées avec prudence en raison des retards potentiels dans la notification.

Les épidémies de choléra sont de plus en plus complexes en raison de facteurs transnationaux tels que la mobilité des populations, les catastrophes naturelles et le changement climatique. Ces facteurs contribuent à créer un environnement dynamique pour la propagation de la maladie. Dans la région de la CEDEAO, l'augmentation des précipitations accroît le risque d'épidémies, aggravé par les pénuries de ressources, les mauvaises conditions d'hygiène, le manque de fiabilité de l'approvisionnement en eau et l'augmentation des mouvements transfrontaliers, autant de facteurs qui augmentent considérablement le risque de propagation du choléra.

At the regional level since, our last report in week 17, **666 new suspected cholera cases and 44 confirmed case (by rapid diagnostic test or culture) and 23 deaths** have been reported by 4 member states:

1. **Benin**: 39 suspected, 0 confirmed and 0 death.
2. **Ghana**: 22 suspected, 0 confirmed and 0 death.
3. **Liberia**: 22 suspected, 0 confirmed and 0 death.
4. **Nigeria**: 582 suspected, 44 confirmed and 23 deaths.

From the beginning of the year to week 24 of 2024, the number of cholera **suspected cases, confirmed cases (by rapid diagnostic test or culture) and deaths reported in 7 member states of the ECOWAS region is 1,547, 65 and 30 respectively**. Nigeria accounts for 100% of the total confirmed cases and deaths so far. The data presented here should be interpreted cautiously due to potential reporting delays.

Cholera outbreaks exhibit growing complexity due to transnational factors such as population mobility, natural disasters, and climate change. These factors contribute to a dynamic environment for disease spread. In the ECOWAS region, increased rainfall heightens the risk of outbreaks, compounded by resource shortages, poor sanitation, unreliable water supplies, and increased cross-border movements, all of which significantly elevate the risk of cholera spread.

Sources: **OOAS_Regional Data Warehouse (<https://data.wahooas.org>); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.**

L'OOAS continue de soutenir les efforts régionaux et maintient les recommandations suivantes :

1. Intensifier les efforts stratégiques de préparation et de réponse au choléra.
2. Renforcer les activités de surveillance, y compris la surveillance communautaire et les collaborations transfrontalières.
3. Adopter une approche de coordination multisectorielle.
4. Intensifier la communication des risques et engagement communautaire.

WAHO continue to support regional efforts and maintains the following recommendations:

1. Intensify strategic cholera preparedness and response efforts.
2. Strengthen surveillance activities, including community-based surveillance and cross border collaborations.
3. Adopt a multi-sectoral coordination approach.
4. Intensify risk communication and community engagement

Tableau 1 : Répartition des cas du choléra dans l'espace de la CEDEAO à la semaine 24, 2024. / Distribution of Cholera cases in ECOWAS region as of Week 24, 2024.

Pays Country	Suspects Suspected	Confirmés Confirmed	Décès Deaths
Benin	231	0	0
Côte d'Ivoire	2	0	0
Ghana	45	0	0
Guine-Bissau	4	0	0
Liberia	123	0	0
Nigeria	1 141	65*	30
Togo	1	0	0
TOTAL	1 547	65	30

*Les données sur les cas confirmés du Nigéria ont été revues / Data on confirmed cases in Nigeria have been reviewed.

Sources: OOAS_Regional Data Warehouse (<https://data.wahooas.org>); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.

Situation épidémiologique de la Dengue

Depuis notre dernière publication sur la dengue en semaine 19, **4.318 nouveaux cas suspects, dont 698 cas confirmés et 5 décès, ont été signalés par 5 États membres.**

1. **Burkina Faso** : 2.452 suspects, 577 confirmés et 4 décès.
2. **Cabo Verde** : 201 suspects, 99 confirmés et 0 décès.
3. **Côte d'Ivoire** : 374 suspects, 0 confirmé et 0 décès.
4. **Mali** : 1.276 suspects, 22 confirmés et 1 décès.
5. **Sénégal** : 15 suspects, 0 confirmé et 0 décès.

Entre les semaines 1 et 24 2024, les données épidémiologiques cumulées de la dengue dans l'espace CEDEAO sont de **27.270 cas suspects, dont 7.195 confirmés et 65 décès probables rapportés dans 9 États membres.**

À la période correspondante en 2023, **3.546 cas suspects, dont 1.260 confirmés et 5 décès ont été signalés dans les 5 États membres** (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Niger et Sénégal) tandis qu'à la période correspondante en 2022, un total de **3.801 cas suspects, 9 confirmés et 4 décès ont été enregistrés dans 4 États membres de la CEDEAO** (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Niger et Sénégal).

Les données épidémiologiques indiquent une augmentation significative des cas de dengue et de la mortalité dans la région CEDEAO en 2024 par rapport aux mêmes périodes en 2023 et 2022 (voir figure 1).

Epidemiological situation of Dengue

Since our last publication on dengue in week 19, **4,318 new suspected cases including 698 confirmed cases and 5 deaths were reported by 5 member states.**

1. **Burkina Faso**: 2,452 suspected, 577 confirmed and 4 deaths.
2. **Cabo Verde**: 201 suspected, 99 confirmed and 0 death.
3. **Côte d'Ivoire**: 374 suspected, 0 confirmed and 0 death.
4. **Mali**: 1,276 suspected, 22 confirmed and 1 death.
5. **Senegal**: 15 suspected, 0 confirmed and 0 death.

From week 1 to 24 2024, the cumulative epidemiological data of dengue in the ECOWAS region is **27,270 suspected cases, including 7,195 confirmed and 65 probable deaths as reported in 9 Member States.**

At the corresponding period in 2023, **3,546 suspected cases, including 1,260 confirmed and 5 deaths had been reported in the 5 member states** (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Niger, and Senegal) while at the corresponding period in 2022, a total of **3,801 suspected cases, 9 confirmed and 4 deaths were recorded in 4 ECOWAS member states** (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Niger and Senegal).

The epidemiological data indicates a significant increase in dengue cases and mortality in the ECOWAS region in 2024 compared to the same periods in 2023 and 2022 (see Figure 1).

Sources: OOAS_Regional Data Warehouse (<https://data.wahooas.org>); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.

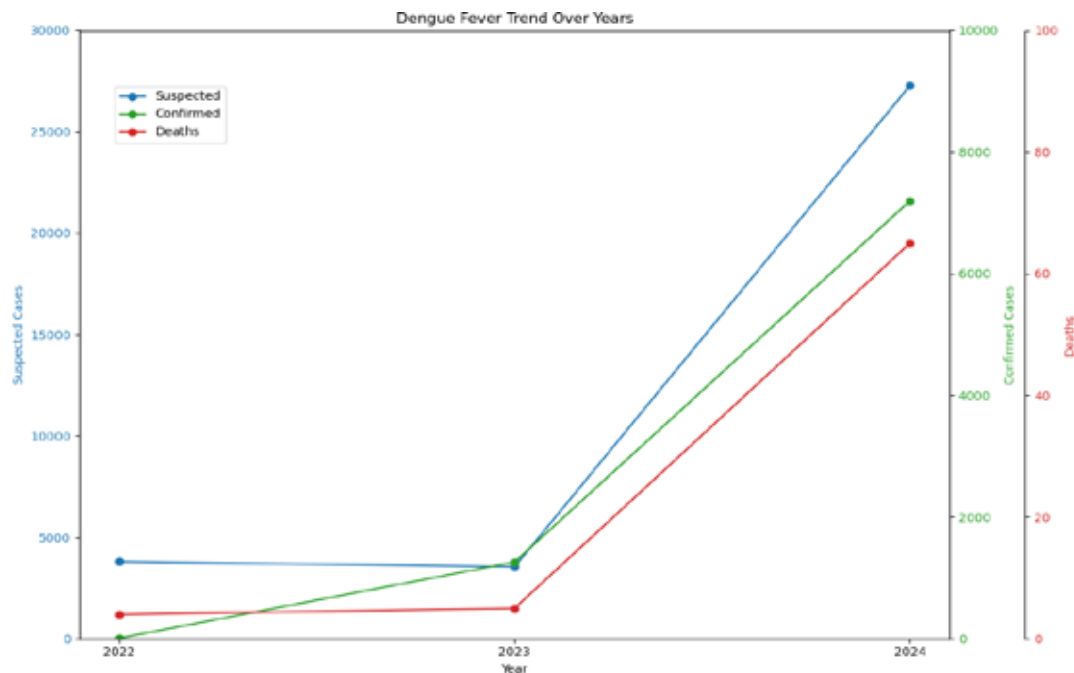


Figure 1 : Évolution des cas suspects, des cas confirmés et des décès dus à la dengue entre 2022 et 2024. / The trends in suspected cases, confirmed cases, and deaths from dengue between 2022 and 2024.

Ces données suggèrent une tendance notable à la hausse de l'incidence et de la gravité de la dengue, ainsi qu'une expansion de la propagation géographique de la maladie dans la région.

Cette tendance, ainsi que l'extension géographique à un plus grand nombre d'États membres de la CEDEAO, sont potentiellement dues à des facteurs tels que l'augmentation des populations de moustiques, le changement climatique, l'urbanisation et l'insuffisance des mesures de lutte antivectorielle, entre autres. Dans cette optique, le renforcement de la surveillance, l'amélioration des interventions de santé publique telles que la vaccination contre la dengue doivent être considérés comme faisant partie d'une stratégie intégrée de lutte contre la maladie, comprenant le contrôle des vecteurs, la gestion adéquate des cas, l'éducation communautaire et l'engagement de la communauté.

This data suggests a notable upward trend in both the incidence and severity of dengue, as well as an expansion in the geographic spread of the disease within the region.

This trend along with the geographic spread to more member states within the ECOWAS region are potentially due to factors such as increased mosquito populations, climate change, urbanization, and insufficient vector control measures amidst others. In purview of this, enhanced surveillance, improved public health interventions such as vaccination against dengue should be viewed as part of an integrated strategy to control the disease, including vector control, proper case management, community education, and community engagement.

Sources: OOAS Regional Data Warehouse (<https://data.wahooas.org>); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.

L'OOAS encourage les États membres à prendre en considération les recommandations de l'OMS sur l'introduction de la vaccination dans les zones à forte intensité de transmission de la dengue et à :

1. Améliorer le signalement des cas, le diagnostic en laboratoire et la surveillance des vecteurs pour un contrôle efficace de la dengue.
2. Renforcer la communication sur les risques et l'implication de la communauté dans la prévention de la dengue.
3. Adopter une approche intégrée et multisectorielle, en intégrant la lutte antivectorielle dans les interventions communautaires.
4. Renforcer la collaboration transfrontalière et la réponse de santé publique au niveau du point d'entrée afin de réduire le risque d'importation de cas.

WAHO encourages member states to take into consideration the WHO recommendations on the introduction of vaccination in areas with high transmission intensity of dengue and to:

1. Improve case reporting, laboratory diagnosis and vector surveillance for effective dengue control.
2. Strengthen risk communication and community involvement in dengue prevention.
3. Adopt an integrated, multi-sectoral approach, integrating vector control into community-based interventions.
4. Strengthen cross-border collaboration and public health response at PoE to reduce risk of imported cases.

**Tableau 2 : Répartition des cas de Dengue dans l'espace CEDEAO à la semaine 24, 2024 /
Distribution of Dengue Fever cases in ECOWAS region as of Week 24, 2024.**

Pays Country	Suspects Suspected	Confirmés Confirmed	Décès Deaths
Benin	3	1	1
Burkina Faso	20 735	5 983	46
Cabo Verde	1 012	562	0
Côte d'Ivoire	494	0	1
Ghana	1	0	0
Liberia	3	0	0
Mali	4 742	626	5
Niger	56	0	12
Senegal	224	23	0
TOTAL	27 270	7 195	65

Sources: **OOAS_Regional Data Warehouse** (<https://data.wahooas.org>); **Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.**

Situation épidémiologique de la Rougeole.

De la semaine 19 à la semaine 24, **3.864 cas suspects, 417 cas confirmés (par laboratoire, lien épidémique ou cliniquement) et 6 nouveaux décès** ont été signalés dans 13 États membres de la CEDEAO. Le Burkina Faso et le Mali continuent de signaler respectivement le plus grand nombre de cas suspects et de cas confirmés.

Les données ventilées des États membres de la CEDEAO ont montré que **près de 45% des cas concernaient des enfants de moins de 5 ans, dont 74% à 86%** n'avaient pas reçu une seule dose de vaccin contre la rougeole et d'autres maladies évitables par la vaccination.

Entre les semaines 1 et 24 de 2024, un total de **28.838 cas suspects, 1.451 cas confirmés (par le laboratoire, le lien épidémique ou cliniquement) et 83 décès** ont été signalés dans 13 États membres de la CEDEAO.

A la même période en 2023, les données épidémiologiques de la rougeole étaient les suivantes : un total de **20.462 cas suspects, 1.242 cas confirmés (par laboratoire, lien épidémique ou cliniquement) et 35 décès** rapportés dans 13 États membres de la CEDEAO.

Cette tendance à la hausse d'une année sur l'autre est également observée au niveau mondial. Elle peut s'expliquer par la lenteur de la reprise de la couverture vaccinale en 2021 et 2022 après la pandémie de Covid 19, exacerbée par la faiblesse des systèmes de santé dans certains États membres de la CEDEAO.

L'OOAS exhorte les États membres à poursuivre leurs efforts pour renforcer les systèmes de santé et mettre en œuvre des mesures de santé publique efficaces afin de protéger tous les enfants contre cette maladie et, plus particulièrement à :

Epidemiological situation of Measles

From week 19 to week 24, **3,864 suspected cases, 417 confirmed cases (by laboratory, epidemic link or clinically) and 6 new deaths** have been reported in 13 ECOWAS member states. Burkina Faso and Mali are still reporting respectively the highest number of suspected cases and confirmed cases.

The disaggregated data from ECOWAS Member states, showed that nearly **45% of the cases involved children under 5 years of age of whom 74% to 86%** had not received a single dose of vaccine against measles and other vaccine-preventable disease.

From weeks 1 and 24 of 2024, a total of **28,838 suspected cases, 1,451 confirmed cases (by laboratory, epidemic link or clinically) and 83 deaths** have been reported in 13 ECOWAS Member states.

At the same time in 2023, epidemiological data for measles were as follows: a total of **20,462 suspected cases, 1,242 confirmed cases (by laboratory, epidemic link or clinically) and 35 deaths** reported in 13 ECOWAS Member states.

This year-on-year upward trend has also been observed worldwide. It can be explained by the slow recovery of vaccination coverage in 2021 and 2022 following the Covid 19 pandemic, exacerbated by the weakness of health systems in some ECOWAS Member States.

WAHO urges Member States to continue efforts to strengthen health systems and implement effective public health measures to protect all children against this disease and more specifically to:

Sources: OOAS_Regional Data Warehouse (<https://data.wahooas.org>); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.

1. renforcer les services de vaccination pour une mise en œuvre efficace du calendrier de vaccination à deux doses visant à atteindre une couverture vaccinale très élevée supérieure à 95 % des groupes ciblés ;
2. poursuivre leurs efforts pour vacciner toutes les personnes sensibles en utilisant les données épidémiologiques pour identifier les lacunes dans la couverture vaccinale ;
3. intensifier la recherche des cas et des contacts ;
4. améliorer le diagnostic clinique et de laboratoire.

1. reinforce Immunization services for the effective implementation of the two-dose immunisation schedule aimed at achieving a very high vaccination coverage above 95% of the targeted groups.
2. continue their efforts to vaccinate all susceptible people by using epidemiological data to identify gaps in vaccination coverage,
3. intensify case and contact tracing,
4. improve clinical and laboratory diagnosis.

Tableau 3: Répartition des cas de Rougeole dans la région de la CEDEAO au cours de la semaine 24, 2024. / Distribution of Measles cases in the ECOWAS region in Week 24, 2024.

Pays Country	Suspects Suspected	Confirmés Confirmed	Décès Deaths
Benin	709	284	4
Burkina Faso	10,240		46
Cabo Verde	0	0	0
Côte d'Ivoire	7,018	170	6
Gambie	106	2	1
Ghana	2832	76	0
Guinea	1096	193	6
Guinée Bissau	33	2	0
Liberia	965	107	0
Mali	900	271	0
Niger	4,055		20
Nigeria	Data not available / Données non disponibles		
Senegal	469	345	0
Sierra Leone	125	0	0
Togo	246	1	0
TOTAL	298,981	1,168	83

Sources: OOAS_Regional Data Warehouse (<https://data.wahooas.org>); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.

Situation épidémiologique de la Diphtérie

Depuis notre dernière mise à jour de la situation épidémiologique de la semaine 19, la Guinée, le Niger et le Nigéria ont continué de notifier des cas de diphtérie dans l'espace CEDEAO.

A la semaine 24, ce nouveau rapport de la situation de la diphtérie dans la CEDEAO fait état de **1.438 nouveaux cas suspects, 1.897 nouveaux confirmés (cliniquement et au laboratoire) et de 18 nouveaux décès**. Le nombre de **nouveaux cas confirmés** plus élevés que celui de **nouveaux cas suspects** s'explique par la réception d'arriérés de données du Nigéria.

Plus spécifiquement :

- 1- **En Guinée** : entre les semaines 19 et 24 de 2024, **413 nouveaux cas suspects, 412 confirmés (dont 1 au laboratoire) et 12 décès** ont été rapportés.
Au total, **3.206 cas suspects, 3.108 confirmés (dont 32 au laboratoire) et 32 décès (létalité de 1%)** ont été enregistrés en Guinée à la semaine 24.
- 2- **Au Niger** : entre les semaines 19 et 24 de 2024, **221 nouveaux cas suspects et 6 nouveaux décès ont été rapportés**. Selon l'OMS AFRO, le nombre de cas confirmés au 31 mars 2024 étaient de 1.277 cas.
Au total, **2.007 cas suspects, 1.277 confirmés et 91 décès (létalité de 7,1%)** ont été enregistrés au Niger à la semaine 24.
- 3- **Au Nigéria** : les dernières données disponibles remontent au 15 mai 2024 (semaine 20). Le nouveau point de la situation fait état de **804 nouveaux cas suspects et de 1,485 confirmés sans décès**.
Au total, **7.086 cas suspects, 4.185 confirmés et 76 décès (létalité de 1,8%)** ont été enregistrés au Nigéria à la date du 15 mai 2024 (semaine 20 de 2024).

Epidemiological situation of Diphtheria

Since our last epidemiological update in week 19, Guinea, Niger and Nigeria have continued to report cases of diphtheria in the ECOWAS region.

As of week 24, this new report on the diphtheria situation in ECOWAS region shows **1,438 new suspected cases, 1,897 new confirmed cases (clinical and laboratory) and 18 new deaths**. The higher number of **new confirmed cases** than **new suspected cases** is explained by the receipt of backlogs of data from Nigeria.

More specifically :

- 1- **In Guinea**: between weeks 19 and 24 of 2024, **413 new suspected cases, 412 confirmed cases (including 1 laboratory case) and 12 deaths** were reported.
In total, **3,206 suspected cases, 3,108 confirmed cases (including 32 laboratory-confirmed cases) and 32 deaths (case-fatality rate of 1%)** had been recorded in Guinea by week 24.
- 2- **In Niger**: between weeks 19 and 24 of 2024, **221 new suspected cases and 6 new deaths** were reported. According to WHO AFRO, the number of confirmed cases at 31 March 2024 was **1,277**.
In total, **2,007 suspected cases, 1,277 confirmed cases and 91 deaths (CFR of 7,1%)** have been recorded in Niger as of week 24.
- 3- **Nigeria**: the latest available data date back to 15 May 2024 (week 20). The latest update shows **804 new suspected cases and 1,485 confirmed cases with no deaths**.
In total, **7,086 suspected cases, 4,185 confirmed cases and 76 deaths (CFR of 1,8%)** have been recorded in Nigeria as of 15 May 2024 (week 20 of 2024).

Sources: **OOAS_Regional Data Warehouse (<https://data.wahooas.org>); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.**

Le Mali n'a notifié aucun cas suspect durant la période du rapport et donc le cumul de 2024 est toujours de **49 cas suspects avec 0 confirmés et 0 décès**.

Depuis le début de l'année 2024, la région de la CEDEAO a enregistré un total de **12.348 cas suspects, 8.570 confirmés et 199 décès (létalité de 2,3%) rapportés par 4 États membres**. Parmi les cas confirmés environ **58% sont des femmes, 64% ont moins de 15 ans et 77,3% sont non vaccinés ou ont un statut inconnu**.

La situation reste préoccupante dans la CEDEAO, car elle abrite tous les Pays où la maladie reste active en Afrique. De plus le Nigéria reste le pays le plus affecté par la diphtérie (avec plus de 70% des cas et des décès dans la région OMS de l'Afrique) et que selon l'OMS les tendances épidémiologiques récentes indiquent une légère augmentation des cas hebdomadaires en Guinée et au Niger en date du 26 Mai 2024.

L'OOAS va appuyer les Etats membres affectés dans la CEDEAO, à adresser les défis liés au plaidoyer pour un engagement plus fort des autorités politiques, à la mobilisation des ressources, à une réponse adéquate (incluant le renforcement de la surveillance, la formation des agents de santé et la prise en charge des cas, l'approvisionnement des laboratoires en réactifs...), à la gestion des données, à la mise en œuvre de campagne de vaccination rattrapage,

L'OOAS encourage les États membres à :

1. atteindre une couverture de 95% pour les 3 doses primaires recommandées avant l'âge de 2 ans.
2. inclure une dose de rappel chez les enfants d'âge scolaire (5-14 ans) pour atteindre une couverture de 95%.

Mali did not report any suspected cases during the reporting period, so the cumulative total for 2024 is still **49 suspected cases with 0 confirmed cases and 0 deaths**.

Since the beginning of 2024, the ECOWAS region has recorded a total of **12,348 suspected cases, 8,570 confirmed cases and 199 deaths (case-fatality ratio of 2.3%) reported by 4 Member States**. Of the confirmed cases, around **58% are women, 64% are under 15 years of age and 77.3% are unvaccinated or of unknown status**.

The situation remains worrying in ECOWAS, as she hosts all the countries where the disease is still active in Africa. Moreover, Nigeria remains the country most affected by diphtheria (with more than 70% of cases and deaths of total case in Africa WHO region) and, according to the WHO, recent epidemiological trends indicate a slight increase in weekly cases in Guinea and Niger as of 26 May 2024.

WAHO will support the affected ECOWAS Member States in addressing the challenges associated with advocacy for a stronger commitment from the political authorities, resource mobilisation, an adequate response (including strengthening surveillance, training health workers and case management, supplying laboratories with reagents, etc.), data management and the implementation of catch-up vaccination campaigns,

WAHO encourages Member States to:

1. achieve 95% coverage for the 3 recommended primary doses before the age of 2.
2. include a booster dose in school-age children (5-14 years) to achieve 95% coverage.

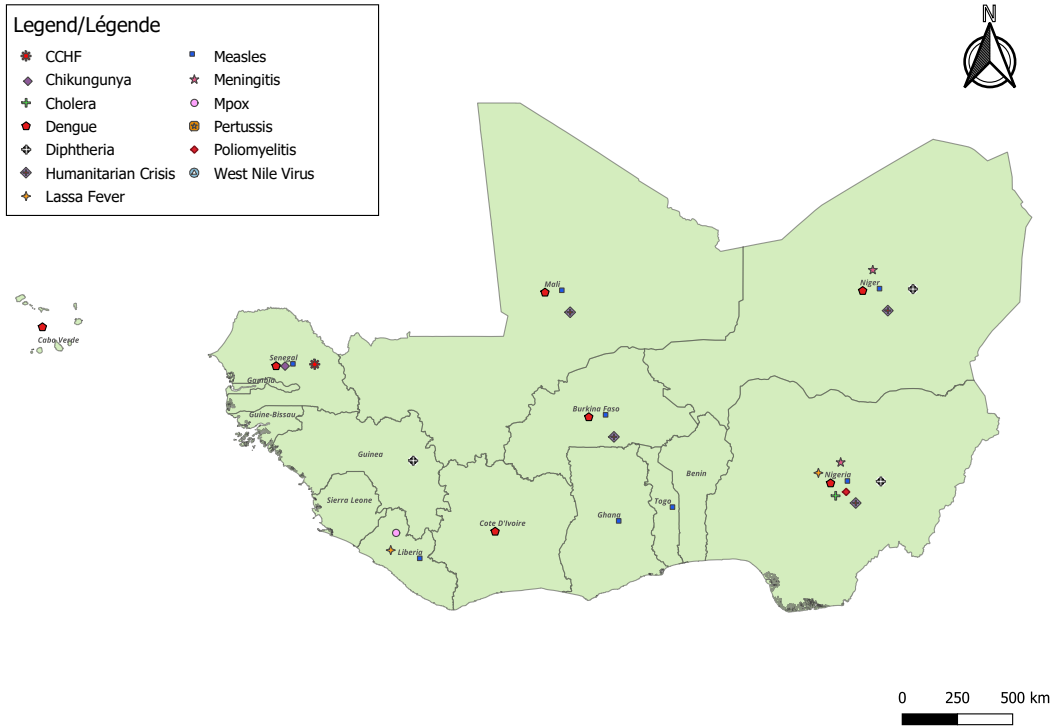
Sources: OOAS Regional Data Warehouse (<https://data.wahooas.org>); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.

**Tableau 4 : Répartition des cas de diphtérie dans l'espace CEDEAO à la semaine 24, 2024. /
Distribution of Diphtheria cases in ECOWAS region as of Week 24, 2024.**

Pays Country	Suspects Suspected	Confirmés Confirmed	Décès Deaths	Létalité % CFR %
Guinée	3 206	3 108	32	1.0
Mali	49	0	0	7.1
Niger	2 007	1 277	91	3.8
Nigéria	7 086	4 185	76	1.8
Total	12 348	8 570	199	2.3

Sources: OOAS_Regional Data Warehouse (<https://data.wahooas.org>); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.

Figure 2 : Aperçu Visuel des Epidémies de Santé Publique dans l'espace de la CEDEAO à la semaine 24, 2024 / Visual Overview of Public Health Epidemics in ECOWAS region as of Week 24, 2024.



Sources: OOAS_Regional Data Warehouse (<https://data.wahoas.org>); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.

Editorial Production Team / Contact points:

1. **Dr Babacar FALL**, MD, MPH, Health communication officer, Regional Centre for Surveillance and Disease Control (RCSDC), bfall@rcdc.wahooas.org ;
2. **Mrs Olatinwo Islamiyyat Adekemi**, BSc, MPH, Epidemiologist RCSDC, islamiyyat.me@outlook.com ;
3. **Ms Egunyinka Oluwatosin Alexandra**, Health communication assistant RCSDC; yinkatosin1@gmail.com ;
4. **Dr Mariame Bonkano Laurent Comlan**, Technical advisor at RCSDC marianne@clapnoir.org

Editorial Advisory Group:

1. **Dr Melchior Athanase Joël Codjovi AÏSSI**, Director General of the West African Health Organization (WAHO).
2. **Dr Virgil LOKOSSOU**, Acting Director of the ECOWAS Regional Centre for Surveillance and Disease Control (ECOWAS_RCSDC).

Sources: OOAS_Regional Data Warehouse (<https://data.wahooas.org>); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.



Bon à Savoir

Interview avec Professeur Gildas Komenan GBASSI du Laboratoire National de Santé Publique (LNSP)

« Les sciences analytiques fournissent les outils et les méthodes pour analyser les substances chimiques contenues dans les produits en vue de leur contrôle »



Gildas Komenan GBASSI est Pharmacien, Professeur Titulaire des Universités du CAMES dans la spécialité Chimie Physique. Depuis 2015, il est le Chef du Service Contrôle des Aliments du Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) ; et depuis 2023, il cumule les fonctions de Chef du Département des Sciences Analytiques et Santé Publique, et Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération à l'UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université Félix Houphouët Boigny. Le professeur GBASSI a été le Président du Comité Scientifique de l'édition 2024 du FISACQ (Forum International des Sciences Analytiques et Contrôle Qualité).

1. Qu'est-ce qu'il faut comprendre par sciences analytiques et contrôle qualité ?

Les sciences analytiques et le contrôle qualité sont deux domaines étroitement liés mais distincts, souvent utilisés dans les industries pharmaceutiques, alimentaires, cosmétiques, chimiques et manufacturières. Les sciences analytiques se concentrent sur le développement et l'application de méthodes et de techniques pour identifier, quantifier et caractériser les substances chimiques présentes dans des produits.

Le contrôle qualité est un processus destiné à garantir que les produits répondent aux normes de qualité et aux spécifications requises.

En résumé, les sciences analytiques fournissent les outils et les méthodes pour analyser les substances chimiques contenues dans les produits en vue de leur contrôle.

2. Quel état des lieux peut-on faire de la pratique du contrôle qualité en Côte d'Ivoire ?

La pratique du contrôle qualité est une réalité en Côte d'Ivoire. Elle présente des défis et des opportunités d'amélioration. Dans le domaine agroalimentaire par exemple, notre pays est l'un des plus grands producteurs mondiaux de cacao, ainsi que

d'autres produits comme le café, l'huile de palme, le caoutchouc, et met un accent particulier sur le contrôle qualité de ces produits.

Dans le domaine pharmaceutique, la Côte d'Ivoire s'est dotée d'une autorité nationale de réglementation pharmaceutique (AIRP) qui est le garant de la sécurité des médicaments et dispositifs médicaux disponibles sur le marché local.

L'industrie manufacturière commence à adopter des pratiques de contrôle qualité pour améliorer la compétitivité de ses produits, au regard du nombre croissant de produits et d'entreprises certifiés selon les normes ivoiriennes, ISO et autres standards internationaux.

Le secteur de la construction a pris des mesures pour assurer la sécurité et la durabilité des infrastructures suite aux nombreux cas de non-conformité détectés dans le milieu.

Des efforts continus sont nécessaires pour surmonter les défis existants et renforcer les pratiques de qualité dans tous les secteurs économiques.

3. Le contrôle qualité est-il une affaire de laboratoires ?

Le contrôle qualité n'est pas exclusivement une affaire de laboratoires, bien que les laboratoires jouent un rôle crucial dans le processus (étalonnage, validation, tests physicochimiques et microbiologiques, etc.).

Le contrôle qualité est un ensemble de pratiques et de procédures déployées à divers niveaux de la chaîne de production pour garantir que les produits finaux répondent aux normes de qualité spécifiées.

L'inspection visuelle (anomalies de couleur ou de forme, imperfections physiques, non-conformité des étiquettes), le contrôle des processus (opérateurs de production sur ligne de fabrication pour surveiller les paramètres critiques de température, pression, vitesse, etc.), et l'audit interne (vérification documentaire des procédures, de la traçabilité, respect des normes) sont des contrôles qualité hors laboratoires.

4. Quels sont les secteurs les plus concernés par la question du contrôle qualité ?

Tous les secteurs sont concernés, aucun n'y échappe.

Dans la construction et le génie civil, vous avez le contrôle qualité des matériaux et leur qualité doit être irréprochable en termes de sécurité et de performance.

Dans les technologies de l'information, des tests de qualité sont requis pour garantir la fonctionnalité, la sécurité et la performance des produits.

Dans l'industrie manufacturière (chimie, pharmacie, agroalimentaire, cosmétique, biotechnologie...), le contrôle qualité permet de protéger les consommateurs et de se conformer à la réglementation. Même la productrice traditionnelle de savons fait à base d'huile de palme doit pouvoir bénéficier d'un encadrement de qualité, idem pour celui qui produit de l'alcool (koutoukou) à partir de son vin de palme, pour lui éviter de recueillir des vapeurs de méthanol (très toxique) dans son produit final.

5. Quels sont les défis qui se présentent en matière de promotion et d'application des sciences analytiques et du contrôle qualité ?

Plusieurs défis se présentent. Nous pouvons en évoquer quelques-uns.

L'évolution rapide des technologies peut rendre certaines méthodes et équipements de contrôle qualité, habituellement utilisés rapidement obsolètes. Les normes et réglementations peuvent aussi varier considérablement entre les pays et les industries.

La mise en place d'un système de contrôle qualité (équipements, formation du personnel) et l'implémentation d'un processus de certification et d'accréditation peuvent paraître coûteuses de prime abord. Même si le retour sur investissement peut démontrer plus tard le contraire.

Surmonter ces défis nécessite une approche stratégique incluant des investissements dans la formation, la technologie et la gestion des données, une culture de la qualité axée sur l'amélioration continue et la conformité réglementaire, une évaluation des coûts de qualité et de non-qualité etc.

6. Quelles recommandations pouvez-vous faire aux décideurs, aux entreprises et aux populations dans leur grand ensemble pour une meilleure prise en compte des questions liées au contrôle qualité dans les décisions et choix de comportements ?

Voici quelques recommandations destinées aux décideurs, aux entreprises et aux populations :

Pour les décideurs :

- Élaborer des réglementations claires et cohérentes,
- Assurer une surveillance et des inspections régulières.
- Renforcer l'infrastructure de contrôle qualité (locaux et plateau technique adéquat),
- Promouvoir la recherche et l'innovation,

Pour les entreprises :

- Investir dans la formation et l'éducation par une promotion des programmes de formation continue pour les employés,
- Promouvoir une culture d'entreprise reconnaissant et récompensant les pratiques exemplaires en matière de qualité,
- Encourager la transparence et la communication (partager les informations sur les normes, les incidents qualité et les meilleures pratiques).

Pour les populations :

- Adopter des comportements de consommation responsable en choisissant des produits durables respectueux de l'environnement (en se référant aux étiquettes des produits).
- Adhérer aux associations de consommateurs pour faire entendre leurs voix sur la qualité des produits.
- Soutenir les initiatives locales et communautaires visant à promouvoir la qualité, Participer à des enquêtes de satisfaction pour aider à améliorer la qualité.
- Signaler tout problème de qualité rencontré sur des produits : il s'agira dans le cas des produits pharmaceutiques par exemple de signaler à l'Autorité Ivoirienne de Régulation Pharmaceutique (AIRP) tout problème rencontré.
- Privilégier l'achat des produits certifiés par des organismes reconnus comme CODINORM pour la marque NI.

Vente d'alcool en petits conditionnements et alcoolisme précoce chez les enfants et écoliers en Côte d'Ivoire : une bombe à retardement sanitaire, sociale et économique



Professeur Aissata DIAKITE, Laboratoire de Toxicologie et Hygiène Agro-Industrielle (LTHAI), UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologique. Université Félix Houphouët-Boigny

L'usage d'alcool pendant l'adolescence est connu pour avoir, à long terme, des effets néfastes sur le plan sanitaire, social, économique et le développement des jeunes ainsi que de la société [Gatley, 2017]. Les recherches montrent que les jeunes qui commencent à consommer l'alcool avant l'âge de 15 ans ont six fois plus de risque de développer une dépendance que ceux qui débutent à 21 ans. Les adolescents qui consomment de l'alcool sont également plus susceptibles d'abuser d'autres drogues, d'exercer ou de subir des violences et d'avoir des performances scolaires médiocres [CDC, 2021 ; Dehos, 2022].

En Côte d'Ivoire, une étude réalisée auprès de 4169 élèves de la classe de seconde de 87 écoles publiques et privées a révélé que 39,9% consommaient de l'alcool et 25% avaient déjà vécu un épisode d'ivresse alcoolique (plus de 5 consommations consécutives). L'âge d'initiation se situait en dessous de 13 ans pour 47,3% d'entre eux [ONUUDC, 2017].

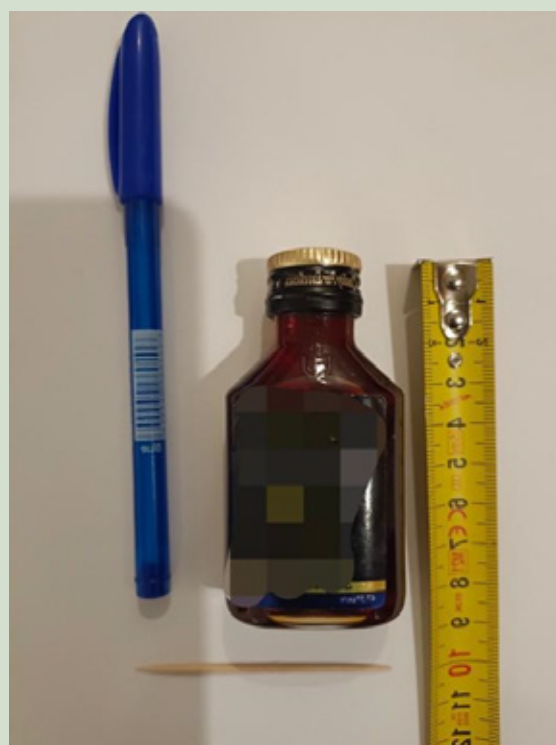


Photo 1 : Rhum 50 ml, 47,5% vol (200 FCFA) équivalent à 3 cuillères à soupe

Un des facteurs principaux de l'usage précoce d'alcool chez les élèves ivoiriens est l'accessibilité aux boissons alcooliques. En effet, le marché des boissons alcooliques est en pleine explosion en Côte d'Ivoire avec une politique commerciale très agressive ciblant une population de plus en plus jeune et influençable. Le phénomène de la vente d'alcools forts (titre alcoolique >18% vol) dans de petits conditionnements, attrayants et à prix très réduit, favorise la forte consommation d'alcool chez nos jeunes enfants.

Ces conditionnements esthétiquement plaisants et attractifs, se présentant sous la forme de cannettes de 250 ml ou de bouteilles en plastique de 50 à 120 ml, sont disponibles dans tous les quartiers, villes, villages et à proximité des écoles dans notre pays. Ces boissons fortement alcoolisées et souvent sucrées sont facilement à la portée de la bourse des élèves grâce à l'argent de poche mis à leur disposition par leurs parents. À titre d'exemple, une boisson au *Rhum* présentée en format de 50 ml ne coûte que 200 FCFA [Photo 1], un spiritueux en format de 120 ml coûte 300 FCFA [Photo 2], et une canette de *mix Vodka* de 250 ml coûte 500 à 600 FCFA [Photo 3].

En plus de l'accessibilité financière, ces boissons formulées à partir d'une base alcool purifiée, aromatisée et très sucrée pour masquer le goût de l'alcool, favorisent la consommation nocive d'alcool chez les enfants. L'OMS définit la consommation nocive chez l'adulte comme la consommation de plus 4 unités standard d'alcool par jour chez la femme et plus de 6 unités standard d'alcool chez l'homme, (1 unité standard d'alcool = 10 grammes d'éthanol pur).

Les boissons en format «pédiatrique» actuellement disponible sur le marché sont très fortement dosées en alcool avec des titres alcooliques variant de 18% à 48% vol. À titre d'illustration, la boisson au Rhum (47,7% vol) contient 2 unités standard d'alcool dans seulement 50 ml (équivalent de 3 cuillères à soupe), alors que la boisson spiritueuse (42% vol) contient 4 unités standard d'alcool dans 120 ml (soit 2 petits verres à thé « Atai »). Ces petits volumes peuvent être bus d'un trait, en 2 ou 3 gorgées et exposent les enfants, chez qui l'alcool est formellement interdit, à une consommation nocive.

En outre, ces petits conditionnements permettent de dissimuler très facilement ces boissons dans les poches, les cartables et trousse d'école, les tiroirs pour être consommés en tout temps et en tout lieu, et échapper à la vigilance des parents, enseignants et surveillants.

Rappelons que depuis le 19 novembre 2016, le gouvernement ivoirien a interdit l'importation, la production, la commercialisation et la détention d'alcool en sachets plastiques ou berlingots, justement en raison de la forte accessibilité de ces boissons aux enfants et afin de les protéger d'un usage nocif des boissons alcoolisées [Conseil des Ministres, 2016]. À l'heure actuelle, force est de constater que les fabricants ont trouvé un moyen de contourner cette interdiction par la mise sur



Photo 2 : Spiritueux 120 ml, 42% vol (300 FCFA) équivalent à 2 petits verres à thé

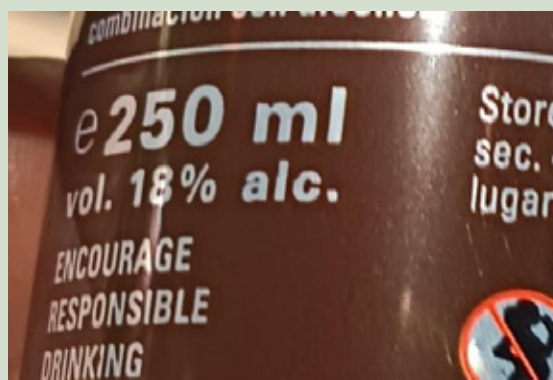


Photo 3 : Étiquette d'une canette mix Vodka 250 ml, 18% vol (500 FCFA)

le marché de petites bouteilles en plastique présentant des volumes identiques aux sachets, ou de canettes contraignant à la consommation de la totalité du contenu une fois ouvertes.

Enfin, la publicité sur les étiquettes de ces alcools forts ciblant clairement les enfants devrait être interdite. Une boisson à la Vodka actuellement disponible sur le marché véhicule l'image d'un artiste bien connu et adulé des jeunes ivoiriens qui le perçoivent comme un modèle. Ce type de

message ne peut que renforcer la consommation nocive de ces boissons. En effet, le lien entre l'exposition à la publicité et les comportements d'alcoolisation excessive chez les adolescents est particulièrement bien démontré dans la littérature scientifique [Inserm, 2014; 2021].

Les risques sur la santé de nos enfants liés à la consommation de ces boissons fortement alcoolisées sont incalculables, de même que les répercussions sur l'avenir de notre jeunesse. En conséquence, il semble urgent que ces conditionnements, qui constituent des bombes à retardement, soient bannis au plus vite afin de sauver la jeunesse d'une catastrophe sanitaire, sociale et économique programmée.

Références

1. Gatley JM, Sanches M, Benny C, Wells S, Callaghan RC. The Impact of Drinking Age Laws on Perpetration of Sexual Assault Crimes in Canada, 2009-2013. *J Adolesc Health*. 2017 Jul;61(1):24-31. doi: 10.1016/j.jadohealth.2017.03.005. Epub 2017 May 16. PMID: 28526372.
2. Dehos FT. Underage access to alcohol and its impact on teenage drinking and crime. *J Health Econ*. 2022 Jan;81:102555. doi: 10.1016/j.jhealeco.2021.102555. Epub 2021 Nov 18. PMID: 34906782.
3. Center for Disease Control and Prevention (CDC). 2021 Youth Risk Behavior Survey Data. Accessed May 18, 2024. <http://yrbs-explorer.services.cdc.gov/>
4. Office des Nations Unis contre la drogue et le crime (ONUDD). Rapport de l'enquête sur la consommation de substances psychoactives et la santé chez les élèves des écoles secondaires en Côte d'Ivoire. 2017, 95 pages disponible à l'adresse : https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/Drugs/Drug%20use/Drug_use_in_Cote_d_Ivoire.pdf
5. Conseil des Ministres de la République de Côte d'Ivoire du 11 novembre 2016. Communication relative à l'interdiction de production, d'importation, de commercialisation, de détention, d'offre à titre gratuit d'alcool, d'eau de vie, de liqueur et autres boissons spiritueuses en sachet plastiques ou berlingots. 2016
6. INSERM. Conduites Addictives chez les Adolescents : Usages, Prévention et Accompagnement. Collection Expertise collective, 2014. Les Éditions Inserm, 101 rue Tolbiac, Paris; 100 pages
7. INSERM, Expertise collective. Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. Collection Expertise collective, Montrouge : EDP Sciences 2021, Paris; 129 pages



Dossier presse relatif à la réception du vaccin antipaludique (VAP)

ABIDJAN, LE JEUDI 27 JUIN 2024



Réception des Vaccins Anti-paludiques par la Côte d'Ivoire

Le Gouvernement de la République de Côte d'Ivoire, l'OMS, l'UNICEF avec l'appui financier de GAVI, annoncent la réception des vaccins antipaludiques R21/Matrix-M, recommandés par l'OMS. La cérémonie de réception se tiendra ce jeudi 27 juin 2024 à l'Aéroport International Félix Houphouët Boigny, en présence des autorités sanitaires et des partenaires techniques et financiers.

Le paludisme est une préoccupation majeure de santé publique dans le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire. En effet, en dépit des efforts ayant abouti, d'une part, à la régression de la prévalence parasitaire de 37% à 26% chez les enfants de moins de 5 ans et d'autre part, à une réduction du nombre de décès liés au paludisme dans la population générale de 3340 à 1315 décès, le paludisme constitue à ce jour 30% des consultations dans nos hôpitaux et la première cause de mortalité, avec une augmentation de son incidence de 154,58 pour 1000 à 173,43 pour 1000 dans la population générale et de 286,87 à 440,97 pour 1000 chez les enfants de moins de 5 ans.

Dans le but de relever le défi de la réduction des cas de décès des enfants de moins de 5 ans, le Gouvernement a inscrit dans sa politique sanitaire, le renforcement des interventions de proximité (consultation en stratégie avancée, activités communautaires de prise en charge, distribution de moustiquaires imprégnées, démoustication, etc...) qui permettent une prise en charge précoce des cas.

Afin de contribuer à l'accélération de l'élimination du paludisme en Côte d'Ivoire, le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle introduit cette année, le vaccin antipaludique dans son Programme Élargi de Vaccination (PEV) de routine.

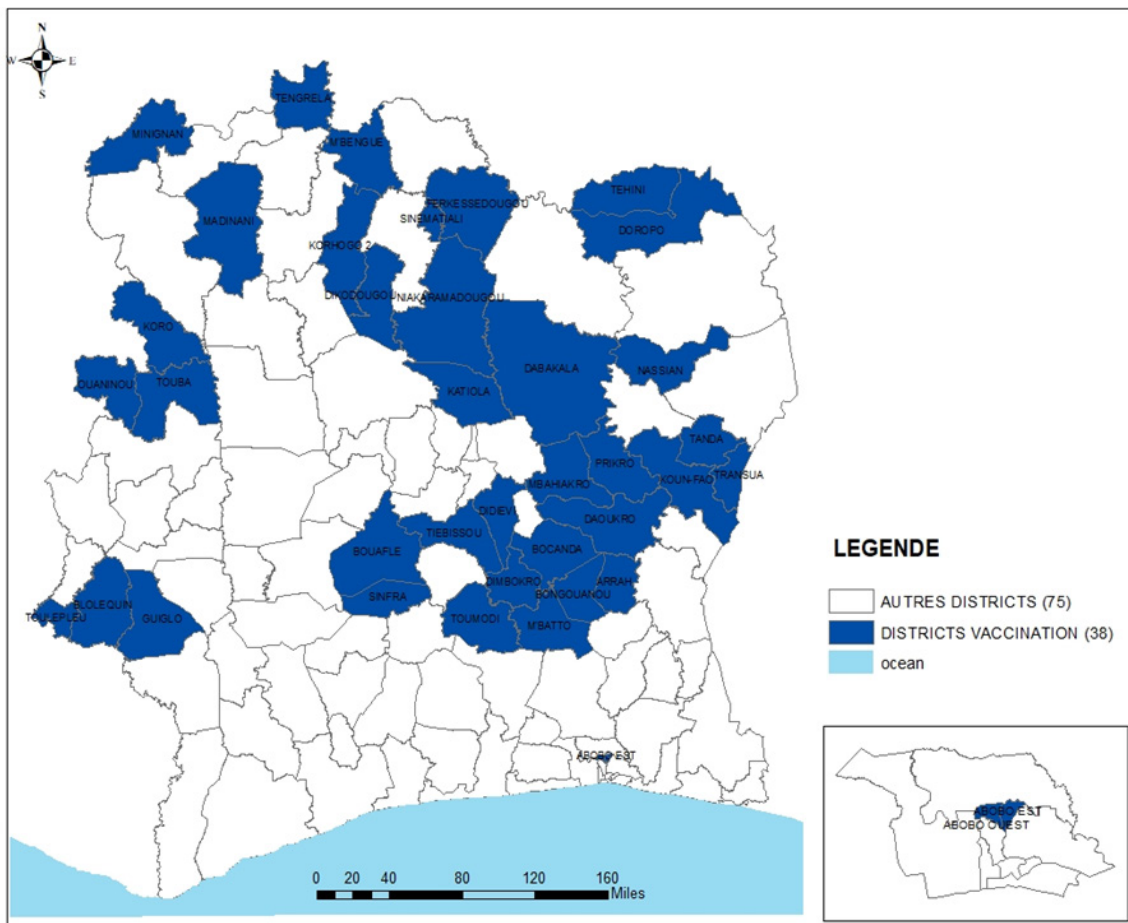
C'est dans ce cadre que ledit Ministère, reçoit le jeudi 27 juin 2024, à 13h, une livraison de 131 100 doses de vaccin antipaludique (R21/Matrix-M) sur le tarmac de l'aéroport Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan. Cette livraison fait partie d'un total de 656 600 doses déjà reçues. Ces vaccins seront déployés dans le cadre du Programme Élargi de Vaccination (PEV) de routine à partir du 15 juillet 2024. Ce déploiement marque une étape importante dans la lutte contre cette maladie mortelle et permettra de vacciner 250 000 enfants âgés de 0 à 23 mois dans 38 districts sanitaires répartis dans 16 régions. Le Nouveau calendrier de vaccination prévoit 4 doses de vaccin Antipaludique (VAP) administrées à 6 mois, 8 mois, 9 mois et 15 mois.

L'Extension de la vaccination Antipaludique se fera progressivement dans les 75 autres districts sanitaires d'ici la fin 2024.

L'acquisition de ces vaccins se fait dans le cadre du cofinancement des partenaires et l'Etat de Côte

d'Ivoire. Le coût total de l'introduction du vaccin antipaludique est estimé à 3 565 634 977 CFA (5 930 370 USD) dont 1 647 617 706 CFA (2 721 257 USD).

Figure 1 : Carte du pays montrant les districts qui introduiront le vaccin contre le paludisme



La Côte d'Ivoire devient ainsi le 10^e pays, après le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, le Ghana, le Kenya, le Libéria, le Malawi, la République

Centrafricaine et la Sierra Leone, à intégrer ce vaccin dans les programmes de vaccination infantile.

3^{ème} Annonce



**CONGRES
DE SANTE
PUBLIQUE**
CÔTE D'IVOIRE

**Thème : Informations sanitaires
de qualité pour des systèmes
de santé efficaces**



23 > 26
juillet 2024



Institut National
de santé Publique
Abidjan Côte d'Ivoire

Atelier de formation

**Thème : Gestion des
données qualitatives
et quantitatives**

Formateurs

- | M.YORO Cyrille *MC en criminologie*
- | M.MELESS David *MCA en épidémiologie*

**Nombre de
places : 25 places**

**Coût de la formation
40 000 FCFA**

Réservation : +225 0505601115

Participation au congrès

- Professionnels 50 000 FCFA
- Étudiants 25 000 FCFA



**Les inscriptions ont
commencé et se
poursuivent**

Contact : +225 0505601115

Pour tout paiement, veuillez appeler au
(00225) 0799235377/ 0103382447



L'Institut National de Santé Publique (Côte d'Ivoire) en collaboration avec
le Centre d'Excellence Autisme et des Troubles du Neurodéveloppement (iMIND)
et Le Vinatier, Psychiatrie Universitaire Lyon Métropole
organisent



1^{ÈRE} ANNONCE

CONGRÈS INTERNATIONAL SUR L'AUTISME EN AFRIQUE



THÈME

L'AUTISME EN AFRIQUE : CONFORMITÉ OU ORIGINALITÉ ?

SOUS-THÈMES

- PARTICULARITÉS BIOPSYCHOSOCIALES ET CULTURELLES DE L'AUTISME EN CONTEXTE AFRICAIN
- PHARMACOPÉE, PRATIQUES ET OPTIMISATION DES INTERVENTIONS DE PRISE EN CHARGE DE L'AUTISME EN AFRIQUE
- RECHERCHES LOCALES ET INNOVATIONS
- INSERTION, INCLUSION, INTÉGRATION ET PERSPECTIVES AUX ÂGES DE LA VIE



<https://inspci.org/centre-marguerite-te-bonle>
congressa225.insp@gmail.com
+ 225 01 52 38 66 18



11 - 13
DÉCEMBRE 2024



INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
(INSP), ABIDJAN



LE VINATIER
PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE

**PARTENAIRES,
ASSOCIEZ VOTRE IMAGE
À CET ÉVÈNEMENT !**



Code abonnement



Code Appel à
communication et
recommandations aux
auteurs

Partenaires institutionnels



Partenaires financiers



EMORY
UNIVERSITY

