BSP CI
Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire

Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire








Volume 003,
Numéro 01

Mars 2025

SOMMAIRE

03 **Éditorial**

04 **Actualités**

Nomination de Directeurs à l'Institut National de Santé Publique de Côte d'Ivoire (INSP)

La VII[ème] Journée d'Actualités scientifiques 2025 à l'UFHB

Atelier de formation et de renforcement des capacités à la rédaction et à la révision d'articles du BSP-CI

11 **Articles complets**

Vérification des pratiques d'hygiène et d'assainissement dans le quartier précaire Adjouffou II de la commune de Port-Bouët en Côte d'Ivoire
Manouan NM, Koutou NC, Essis ML

Dynamiques sociales de la population abidjanaise en réponse à la pandémie de COVID-19
Doukouré D, Bayo S, Ahi N, Kouakou OK

Intérêt de la consommation des fruits et légumes chez les jeunes : cas des étudiants en médecine
Maiga S, Malik KS, Pilabre WE

Cartographie des Ressources Humaines pour la mise en Œuvre de l'approche Une Seule Santé en Côte d'Ivoire, en 2022
Badie YB, Kouassi YM, Kouassi-N'guessan CM, Kouassi-M'bengue AA

Obésité maternelle, facteur de risque de l'hypertension artérielle gestationnelle ? Enquête dans le district sanitaire d'Abobo-Est Abidjan en 2023
Malik KS; Meless D, Adoubi A, Oga S, Yavo W

35 **Service à la une**

L'Institut National de Santé Publique de Côte d'Ivoire (INSP) : premier ECHO Superhub en Afrique francophone
Kouassi AE, Attiah GJ, Tano-Ve A, Konaté M, Gbane M, Konan AA, Yavo W

41 **Données de surveillance épidémiologique**

Bulletin épidémiologique hebdomadaire - Semaine 21 (du 19/05/2025 au 25/05/2025)

44 **Bon à savoir**

- Parole d'expert
- UEMOA - Directive 2008-06-libre établissement-pharmaciens
- NOTE D'INFORMATION - Transposition de la Directive n°06-2008-UEMOA

Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire
Volume 03 - N°01
Mars 2025

Numéro de dépôt légal : N° 25066
E-ISSN : 3104 - 6231

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

Responsables qualités :
Professeur Vincent DJOHAN
Professeur Régine ATTIA

Coordonnateur technique :
Mélèdje 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
- Digbohou Okobet Stephane
- Vandi Henry
- Diene Kaba

CDC Foundation
- Kimberly Koporc
- Sydney Mogotsi

Emory University
- Amandine Zoonekyndt-Ballart
- Muna Yusuf Ainashe

Centre Régional de Surveillance et de Contrôle des Maladies de la CEDEAO
- Mamadou Diarrassouba

INSP
- Serge Dali
- Oscar Attoungbré

Comité de rédaction/reviewers

Prof. SACKOU-KOUAKOU Julie Ghislaine	Santé Publique
Prof. DJOHAN Vincent	Parasitologie-Mycologie
MCA ATTIA-KONAN Akissi Régine	Économie de la santé et du médicament
MCA TIGORI-SANGARÉ Béatrice	Toxicologie
MCA HOUNSA-ALLA Anita	Santé Publique
MCA ANGORA Étienne	Parasitologie-Mycologie
MC YORO Cyrille	Criminologie
Dr DOUKOURÉ Daouda	Sociologie
Dr KOUROUMA Raïssa	Gestion des systèmes de santé
Dr ADOU Djané	Sociologie
Dr NKOUSSÉ Blaise	Sociologie
Dr KANGA Orphée	Sociologie
Dr TIADÉ-TRA BI Marie-Laure	Épidémiologie
Dr YAPI Brou Richard	Épidémiologie
Dr NZI-BOA Tania	Santé Publique
Mme MANOUAN Mathilde	Sociologie

Éditorial



Chers lecteurs

Le BSP-CI vous invite à parcourir les rubriques de ce premier numéro du 3ème volume.

Dans les actualités, l'INSP continue sa restructuration selon le décret n°2022-704 du 14 septembre 2022 portant transformation de l'INSP en Établissement Public Hospitalier National (EPHN). En effet, Dr KATCHIÉ Jacques et Professeur DJOHAN Vincent ont été nommés respectivement Directeur des Soins Médicaux et Sociaux, Directeur de la Formation de la Recherche et de l'Innovation en Santé.

La santé publique en Côte d'Ivoire se trouve à un tournant crucial, où progrès technologiques et enjeux sociaux se mêlent pour façonner l'avenir des soins et de la prévention.

La VIIème Journée d'Actualités Scientifiques (JAS) 2025 de l'UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université Félix Houphouët-Boigny a abordé cette question en mettant en lumière le rôle clé du Big Data et de l'Intelligence Artificielle en santé. Ces technologies au cœur de la révolution industrielle sont des leviers majeurs pour anticiper les risques sanitaires et améliorer la qualité des soins.

Le BSP-CI continue de se déployer. Ainsi au niveau national, le comité de rédaction forme es abonnés à la rédaction et la révision des articles, une auditrice vous partage son expérience. Sur le plan international, le BSP-CI a rejoint le centre des ressources techniques des Public Health Bulletin (PHB) sur **https://phbhub.org.**

Des thématiques d'actualités en santé publique sont abordées dans les cinq articles complets. Ainsi la gestion des eaux usées à Adjouffou rappelle l'importance de mobiliser les décideurs pour l'assainissement de l'environnement du quartier. L'environnement communautaire avec ses réalités culturelles est aussi à prendre en compte pour obtenir l'adhésion communautaire aux messages de santé publique, surtout lors des pandémies comme celle de la COVID-19. Ces messages de santé publique s'adressent également aux individus comme les ressources humaines de santé. En effet chez les étudiants de médecine, futurs professionnels de santé, il a été révélé une faible consommation de fruits et légumes. Ces ressources humaines doivent être disponibles pour aborder la santé de façon holistique d'où l'importance d'une meilleure coordination afin qu'elles soient réparties dans tous les secteurs de l'approche « Une Seule Santé ». Une autre cible des messages de santé publique est la population des femmes enceintes. L'étude menée dans le district sanitaire d'Abobo-Est souligne la nécessité d'un suivi renforcé des grossesses chez les femmes obèses afin d'éviter tout risque d'hypertension artérielle.

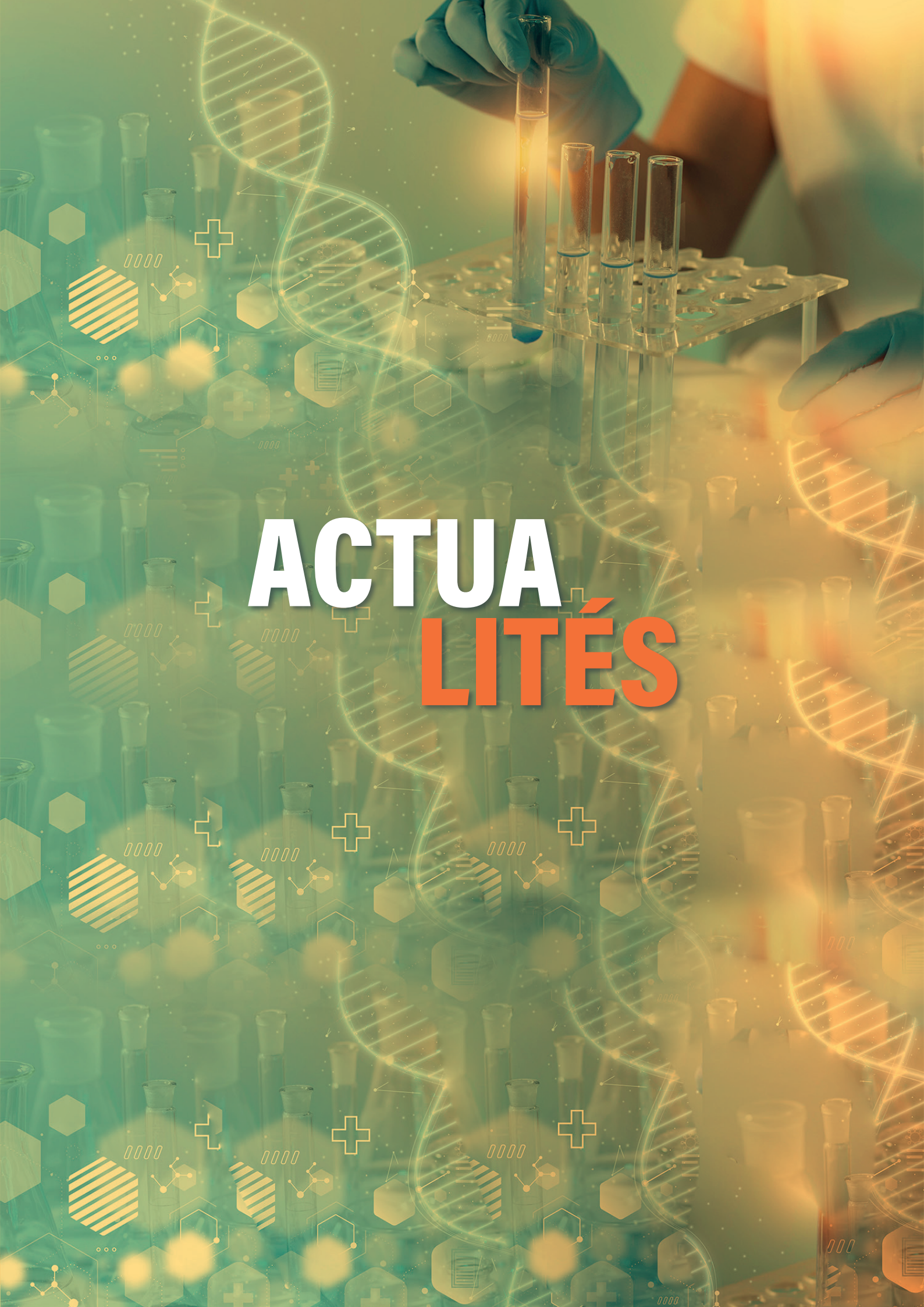
Dans la rubrique « service à la une », le parcours de l'INSP depuis 2017 pour devenir le premier ECHO superhub en Afrique francophone est relaté. L'institut joue de ce fait un rôle majeur dans la formation en ligne des professionnels de santé en Afrique francophone via le modèle ECHO, renforçant la riposte sanitaire, notamment durant les épidémies voire pandémies.

M. Hugues AHIBOH, dans « paroles d'expert » rappelle que le Big Data et l'Intelligence Artificielle offrent des perspectives inédites pour le diagnostic, le traitement personnalisé et la prédiction d'épidémies à travers le Machine Learning et le Deep Learning, même dans les pays en développement. Ensemble, chercheurs, praticiens, décideurs et citoyens, peuvent transformer ces défis en opportunités durables pour la santé publique.

Enfin, il est bon à savoir que la Directive N° 06/2008/CM/UEMOA, adoptée le 27 juin 2008 par le Conseil des Ministres de l'UEMOA, vise à faciliter la libre circulation et l'établissement des pharmaciens ressortissants de l'Union au sein de l'espace UEMOA. Elle permet à tout pharmacien inscrit à l'Ordre National des Pharmaciens d'un État membre de l'Union d'exercer temporairement ou de s'établir de façon permanente dans un autre État membre, sous certaines conditions.

Bonne lecture à toutes et à tous.

Dr Jacques KATCHIÉ
Directeur des Services Médicaux et Sociaux de l'INSP



ACTUALITÉS

Le responsable qualité du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire nommé Directeur de la formation et de la recherche de l'Institut National de Santé Publique de Côte d'Ivoire

L'Institut National de Santé Publique de Côte d'Ivoire (INSP) a un nouveau directeur de la formation et de la recherche. Il s'agit du Professeur Vincent Djohan. Son installation officielle s'est tenue le 24 avril 2025 en présence du Dr Bernard Kpaho, Représentant Monsieur le Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, ainsi que du directeur général de l'INSP, Professeur William Yavo.

Professeur Djohan était un membre actif du comité de gestion du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI) avec pour rôle de veiller à la qualité des différents numéros. Professeur Titulaire de Parasitologie-Mycologie, il est enseignant-chercheur à l'Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan, Côte d'Ivoire). Son poste de bi-appartenance est à l'Institut Pierre Richet, antenne de l'INSP à Bouaké. Cette nomination fait de lui le Directeur de Publication Adjoint du BSP-CI.



Professeur Vincent Djohan

Dr Jacques KATCHE promu Directeur des Services Médicaux et Sociaux de l'Institut National de Santé Publique de Côte d'Ivoire (INSP)

Médecin spécialiste, il cumule 20 années de service au sein de l'INSP où il a gravi plusieurs échelons occupant successivement les fonctions de chef de service de détection précoce du cancer du sein et du col de l'utérus puis sous-directeur des services médico-sociaux.



Dr Jacques KATCHE

La VII^{ème} Journée d'Actualités scientifiques 2025 à l'UFHB

Le GRACS (Groupe de Recherche et d'Aide à la Communication scientifique), sous l'égide de de l'UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (UFR SPB) de l'Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody-Abidjan en Côte d'Ivoire a organisé sa VIIème journée des actualités scientifiques (JAS) sur le thème : BIG DATA ET ARTIFICIAL INTELLIGENCE EN SANTE : État des lieux, défis et perspectives.

Cette journée scientifique, qui s'est déroulée le mardi 25 mars 2025 au sein de l'UFR SPB, a rassemblé 83 chercheurs et praticiens hospitaliers (Médecins, Pharmaciens, Chirurgiens-dentistes). L'objectif de cette journée était d'offrir une plateforme de réflexion et d'échanges entre les acteurs professionnels et chercheurs intervenant dans le domaine de la santé et plus particulièrement d'apprécier, à travers une revue de la littérature, l'intérêt de l'utilisation des Big Data et de l'intelligence artificielle dans ce domaine.

Les moments forts de cette journée ont été la cérémonie inaugurale, la Conférence, des sessions de communications et la cérémonie de clôture.

La Présidente du Comité d'Organisation, le Professeur Agrégé en Hématologie-Biologie, N'GUESSAN-BLAO Rebecca, a souligné dans son allocution l'importance de la prise en compte de ces technologies innovantes (Big Data et IA) qui révolutionnent la manière d'appréhender la santé, notamment en termes d'optimisation des soins ou encore d'anticipation de risques sanitaires.

Cette journée a été honorée par la présence de la Sous-Directrice chargée de la pédagogie Pr VANGAH Henriette, Représentant du Directeur de l'UFR SPB, des chefs de département et de laboratoire de l'UFR SPB.

Au cours de cette journée, 26 communications ont été présentées lors de trois (3) sessions successives dont les thèmes étaient :

- IA et Big Data en sante publique,
- IA et Big Data en sciences biologiques
- et IA et Big Data en sciences pharmaceutiques.

La conférence sur le thème « l'Intelligence Artificielle en sciences pharmaceutiques et biologie médicale : fondements, applications et défis" : a été animée par le Maître de Conférences Agrégé de Biochimie, AHIBOH Hugues.

Les échanges et les discussions ont contribué à enrichir cette journée et relever l'importance des Big Data et de l'intelligence artificielle qui constituent de nos jours des outils incontournables



dans divers domaines de la santé notamment en matière de recherche, de santé publique, de sciences biologiques et de développement des nouveaux médicaments. Cependant, il demeure des défis auxquels il faudra faire face à savoir, l'éthique, le cadre réglementaire de leur utilisation et les biais de données. Ceux-ci méritent d'être relevés au bénéfice des systèmes de santé de nos pays en développement.

A très bientôt pour la prochaine JAS 2026 !

Prof. Ag. N'GUESSAN-BLAO Rebecca
Présidente du comité d'organisation des JAS 2025



Le Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI) désormais disponible sur le Hub de ressources techniques PHBHUB.ORG développé par CDC Foundation et Bloomberg Philanthropies

Découvrir



Atelier de formation et de renforcement des capacités à la rédaction et à la révision d'articles du BSP-CI



L'Institut National de Santé Publique a obtenu un financement de CDC Fundation (Bloomberg Philanthropies) dans le cadre du Global Grant Programme (GGP Round 8) pour mener des activités de pérennisation du BSP-CI. Deux formations pour le renforcement des capacités à la rédaction et à la révision d'articles pour le BSP-CI ont été planifiées. Le présent rapport relate le déroulement de la deuxième formation.

Du 12 au 17 mai 2025 s'est tenu à L'hôtel le Régent de Grand-Bassam, le second atelier de formation à la rédaction et à la révision d'articles pour le Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI).

L'atelier a réuni 23 participants venant des institutions listées ci-contre :

Structures
Institut National de Santé Publique (INSP)
Université Felix Houphouët Boigny d'Abidjan Cocody
Programme National de Lutte contre le Paludisme
MEDI 1 TV
District Sanitaire de TOUBA
Direction Régionale de la Santé de KABADOUGOU
CEEDeB
ASCA
Direction de la Santé Communautaire et de la Promotion de la Santé
District Sanitaire M'BATTO
Université Peleforo Gon Coulibaly de Korhogo
Université Alassane OUATTARA de Bouaké
Direction des Ressources Humaines du Ministère en charge de la santé
Unité de Recherche Clinique de Côte d'Ivoire (URCCI)
Centre Suisse de Recherche Scientifique (CSRS)
Programme National de Lutte contre le Tuberculose (PNLT)

Le contenu de l'atelier de formation était articulé autour de la structure IMRAD (Introduction, Méthode, Résultats et Discussion). En plus de cela, les aspects liés à l'éthique, la présentation de statistique, la création de tableaux et les erreurs courantes à éviter en rédaction scientifique ont été présentés.

Les participants dans l'ensemble étaient satisfaits de l'atelier. Tout le long de la formation, ils ont été assidus et studieux. Cela reflète l'importance accordée à cette formation. Les aspects appréciés sont entre autres la pédagogie appliquée (présentation et exercice), le coaching et la disponibilité des formateurs.

Un groupe WhatsApp (cercle BSP-CI) a été créé afin que les participants puissent interagir et poser leurs préoccupations. Également, l'atelier a permis aux participants de commencer la rédaction des projets d'article qu'ils avaient à l'entame de l'atelier. A la fin de l'atelier, trois (03) projets d'article ont été présentés aux participants afin que ces derniers fassent des critiques constructives.

L'atelier a pris fin avec la remise des attestations de participation, le dernier jour, par les formateurs.

Les participants et le comité d'organisation ont fait les suggestions suivantes :

- Que chaque participant fasse le retour d'expériences dans son institution ;
- Que chaque participant finalise et soumette au BSP son ou ses article(s) débutés pendant la formation ;
- Que chaque participant soit la voix du BSP-CI dans son institution et y suscite la mise en place d'un cercle BSP-CI.

Depuis cette session, trois participants ont soumis leur article au comité de rédaction du BSP-CI ; deux de ces articles ont été acceptés pour publication dans les deux premiers numéros de 2025, le troisième est dans le processus de révision.



Retour d'expérience

Devernode Tano
Ingénieur géomaticienne, santé-environnement

Retour sur une belle expérience de formation !

Du 12 au 16 mai, j'ai eu le privilège de participer à un atelier de formation à la rédaction des articles pour le Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI) à Grand-Bassam, animé par Prof. Julie SACKOU-KOUAKOU, Dr N'ZI-BOA Tania et Mme KOUAME Geneviève. Leur disponibilité, rigueur et bienveillance ont fait de cette semaine un véritable moment d'apprentissage et de partage.

Grâce à leur accompagnement, j'ai pu finaliser un article scientifique portant sur le lien entre la méningite et certains paramètres climatiques dans un contexte de changement climatique. Cet article paraîtra très prochainement dans le Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI)

La formation s'est déroulée dans une ambiance chaleureuse et collaborative, réunissant une vingtaine de participants autour de thématiques variées en lien avec la santé publique.

Je tiens à remercier tout particulièrement Prof. William YAVO, Directeur Général de l'INSP et Directeur de publication du BSP-CI, ainsi que Prof. Julie SACKOU-KOUAKOU (rédactrice en chef du BSP-CI) et Emmanuel Dabo (Coordonateur technique du BSP-CI, pour cette belle opportunité.

J'encourage vivement les professionnels, étudiants en santé publique et plus encore l'ensemble de la population à s'intéresser au Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire, une source d'informations pertinentes sur la santé des populations.

Le BSP-CI est une revue trimestrielle pour la vulgarisation des données de santé. Il est disponible sur **www.bsp.inspci.org** et l'abonnement et la publication sont gratuits.

https://lnkd.in/e87GgUAk



Articles complets

p.12 Pratiques d'hygiène et d'assainissement dans le quartier précaire Adjouffou II de la commune de Port-Bouët en Côte d'Ivoire

p.17 Dynamiques sociales de la population abidjanaise en réponse à la pandémie de COVID-19

p.21 Intérêt de la consommation des fruits et légumes chez les jeunes : cas des étudiants en médecine

p.25 Cartographie des Ressources Humaines pour la mise en Œuvre de l'approche Une Seule Santé en Côte d'Ivoire, en 2022

p.30 Obésité maternelle, facteur de risque de l'hypertension artérielle gestationnelle ? Enquête dans le district sanitaire d'Abobo-Est Abidjan en 2023

01

Vérification des pratiques d'hygiène et d'assainissement dans le quartier précaire Adjouffou II de la commune de Port-Bouët en Côte d'Ivoire

Auteurs : Manouan NM[1,2], Koutou NC[1], Essis ML[2]

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

Auteur correspondant : manounatto3@gmail.com

Résumé

Introduction

Les pratiques adéquates en matière d'hygiène et d'assainissement du milieu sont nécessaires pour assurer un confort dans le cadre de vie. L'implication de la population et de ses autorités municipales reste importante en l'occurrence les quartiers précaires. L'objectif de cette étude était de déterminer le degré d'implication des autorités municipales dans les prises de décisions de la population relatives à la gestion des eaux usées.

Méthodes

Une étude qualitative transversale a été réalisée du 02 au 30 octobre 2021. Des entretiens approfondis, ont été réalisés avec 17 leaders communautaires sélectionnés par choix raisonné. L'analyse de contenu thématique a été utilisée.

Résultats

Les résultats ont montré l'implication partielle des autorités municipales aux prises de décisions. Les autorités n'ont pas tenu les promesses faites pour la gestion des eaux usées.

Conclusion

L'implication complète des autorités administratives reste indéniable pour réussir la gestion des eaux usées dans la communauté.

Message-clé de santé publique

Sensibiliser les autorités administratives à une implication totale dans la gestion des eaux usées pour le bien-être environnemental et sanitaire.

Mots clés

Hygiène, Assainissement, Quartier précaire, Côte d'Ivoire.

Abstract

Introduction

Wastewater management remains important to the well-being of communities. In addition, proper hygiene and environmental sanitation practices are necessary to ensure a comfortable living environment. This is why it is necessary to define the contours of this phenomenon in neighborhoods, particularly precarious ones. The involvement of the population and its municipal authorities remains important. The aim of this study was to determine the extent to which municipal authorities are involved in the population's decision-making on wastewater management.

Methods

To achieve this objective, a cross-sectional qualitative study using in-depth descriptive and analytical interviews was carried out from October 02 to 30, 2021. A total of 17 community leaders selected on the basis of reasoned choice took part in the study. Thematic content analysis was used for the study.

Results

The results showed the partial involvement of municipal authorities in decision-making; at the same time, provisions and promises concerning wastewater management are not kept by the authorities.

Conclusion

The full involvement of administrative authorities remains undeniable for the functioning of the community, both environmentally and health-wise, in terms of wastewater management.

Key public health message

Raise awareness of the need for administrative authorities to be fully involved in the management of their populations' wastewater, for both their environmental and health well-being.

Key words

hygiene and sanitation practices, precarious neighborhood, Ivory Coast.

Introduction

La gestion des eaux usées demeure importante pour le bien-être des communautés. En outre, les pratiques adéquates en matière d'hygiène et d'assainissement du milieu sont nécessaires pour leur assurer un confort dans leur cadre de vie. Au cours du deuxième Sommet Mondial du Développement Durable en 2002, les préoccupations environnementales s'imposaient comme des valeurs essentielles pour construire le monde de demain. Dans les pays développés, la gestion des eaux usées repose essentiellement sur les ruissellements des eaux pluviales qui créent par endroit des inondations (1). Celle-ci étant lié à l'assainissement constitue aujourd'hui une préoccupation majeure pour les pays en voie de développement. Les zones urbaines des pays en de développement sont confrontées à un manque d'infrastructures d'assainissement à domicile. Leurs eaux usées sont insuffisamment traitées, ce qui représente une menace pour la santé humaine et pour l'environnement.

H. G. MPAKAN et *al*, en 2006 ont réalisé une étude selon laquelle 2,6 milliards, soit 42% de la population mondiale n'ont pas accès à un assainissement adéquat. En 2010, plus de 50% de la population mondiale était urbaine, et le phénomène continue de s'amplifier (2). L'évolution de la population urbaine en Afrique était de 37,9% en l'an 2000, et elle atteindra la proportion de 51,8% en 2025, soit un taux d'accroissement de + 3,77% par an. L'une des conséquences est l'absence de réseaux publics et d'infrastructures d'assainissement adaptées dans les quartiers naissants selon Baecher en 2004 (3) ; parallèlement une urbanisation accélérée entraîne également des pressions sur les milieux naturels qui recueillent l'ensemble des rejets (4) selon Désille, en 2012. Les crises socio-politiques de 2002, 2011 et 2020 qu'a connues la Côte d'Ivoire ont entrainé des mouvements migratoires vers les grandes villes notamment la capitale économique Abidjan et ses banlieues. Il se crée alors de nouveaux quartiers surtout les quartiers précaires. Ces quartiers étant situés pour la plupart dans les zones à risque ne bénéficient pas de plans de lotissement et de viabilisation. Ainsi, les populations adoptent des méthodes qui leur sont propres pour rendre leur cadre de vie agréable. Il est à noter que pour le bien-être des habitants, les autorités ont effectué des ouvertures de voie dans les quartiers ; elles ont favorisé la constitution des comités de gestion des quartiers (CGQ). Ces derniers mènent des activités de sensibilisation qui sont basées sur la gestion des déchets liquides et solides. En dépit de toutes ces dispositions prises par les autorités, les habitants n'arrivent pas à adopter des comportements citoyens pour leur bien-être en matière de gestion des déchets en l'occurrence l'évacuation des eaux usées (5). Ainsi pour cerner les contours du phénomène de la gestion des eaux usées dans les quartiers précaires, il est important de connaitre le degré d'implication de la population mais surtout des autorités municipales. Cette étude avait pour objectif de déterminer le degré d'implication des autorités municipales dans les prises de décisions de la population relatives à la gestion des eaux usées.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude essentiellement qualitative transversale menée du 02 au 30 octobre 2021 à l'aide d'entretiens approfondis. Elle s'est déroulée dans le quartier précaire Adjouffou II de la commune de Port-Bouët faisant partie du District Autonome d'Abidjan. Des leaders communautaires au nombre de 17 ont été sélectionnés par choix raisonné. Les critères de sélection étaient : être présent dans le village ou le quartier pendant au moins un mois, donner son consentement avant tout entretien. Une analyse de contenu thématique a été faite dans la perceptive de la sociologie du structuro-Fonctionnalisme de Talcott en 1963 (6) et le rationnel de Raymond Boudon en 2002 (7). Cette référence théorique a permis d'étayer notre étude afin de comprendre le phénomène social.

Résultats

Problèmes liés à l'évacuation des eaux usées

Les habitants quartier Adjouffou II rencontraient des problèmes qui étaient liés à l'évacuation des eaux usées qu'ils produisaient. Le quartier n'étant pas viabilisé, il était sujet à des problèmes de voiries, de caniveaux ... La plupart des concessions ne disposaient pas de puits perdus. Les fosses septiques qui existaient étaient construites de façon empirique et anarchique. Elles ne respectaient pas les normes de construction et produisaient par moment des désagréments (ruissellements, odeurs nauséabondes) lorsque ceux-ci étaient remplis. Ces eaux usées se

retrouvaient généralement sur les voies du quartier et un peu partout. En saison pluvieuse, l'eau stagnait en pleine rue et on observait une inondation dans les cours à telle enseigne que les populations ne pouvaient ni entrer, ni sortir de leur maison.

Ce répondant disait ceci : « Le véritable problème est que comme le quartier n'a pas été viabilisé, il n'y a pas de voies de canalisation d'eaux, donc vraiment c'est ce que je viens de dire là, les gens sont obligés de verser l'eau sur la voie publique, il y a d'autres aussi comme ils n'ont plus d'espaces dans leurs cours, ils font des puits perdus sur les voies et lorsque ça remplit ça crée des désagréments » (EI ; homme A. B. A., 41 ans)

Implication des autorités municipales aux prises de décisions

La gestion des zones territoriales nécessite une symbiose entre les collectivités et les autorités municipales. Il existait un cadre de concertation entre le maire et la population dans lequel se trouvaient presque tous les leaders d'opinions. C'est dans ce cadre qu'un président de CGQ était voté et servait de courroie de transmission entre la population et le maire en relayant les problèmes que vivait la population. Les différentes activités compilées dans les rapports d'activités permettaient de prendre des décisions opérationnelles. Ainsi, il était interdit de construire des fosses septiques à ciel ouvert et des bacs à ordures devaient être déposés dans le quartier…

Ce leader communautaire clamait : « Oui, puisqu'aujourd'hui notre maire qui est là, il a mis les gens dans le quartier, comme tout de suite je viens de vous dire que je suis dans le bureau centre espoir, il y a un président de CGQ, c'est vers ceux-là que nous allons pour exposer nos problèmes. » (EI ; homme, G. ; 67 ans).

Cependant, des raisons de la non-implication des autorités municipales dans les prises de décisions viennent infirmer les raisons précédentes. Il est à noter que le CGQ ne donnerait pas des opportunités aux chefs des communautés pour organiser des rencontres d'échanges qui auraient permis de prendre des décisions pour le bien-être de la population. À cela s'ajoute la non-tenue des promesses. Ce chef communautaire disait : « Oui, mais ils ne viennent pas comme çà pour échanger avec nous, on les voit souvent en campagne, quand ils viennent en campagne, on leur donne nos préoccupations lorsqu'ils finissent, ils nous promettent beaucoup de choses, ils nous donnent des réponses qui nous font rêver et après la campagne on ne les revoit plus ici » (EI ; Homme K. K. ; 70 ans).

Dispositions prises par les autorités pour l'évacuation des eaux usées

Les dispositions n'étaient pas prises pour le bien-être de la population, selon cet interviewé : « Aucune disposition et pas de promesses en ce qui concerne les eaux usées. Ils nous disent qu'ils vont faire la voirie. Ce sont des promesses et on ne voit pas. On veut du concret. » (EI ; Homme K. K.).

Un autre répondant affirmait ceci : « le quartier étant considéré comme précaire est délaissé par presque toutes les autorités qui arrivent au niveau de la mairie. Ceux-ci ne prennent pas le temps pour le visiter afin de s'imprégner des difficultés que subit la population en ce qui concerne l'assainissement. » (EI ; homme L. K. ; 27 ans).

Néanmoins, un des répondants a affirmé que le maire avait mis à la disposition du quartier un engin pour les aider à vider les fosses septiques ; cependant le problème majeur reste la difficulté de cet engin à accéder aux habitations. Les voies d'accès étaient pratiquement inexistantes. Il a dit : « Le maire a acheté un engin pour pouvoir nous aider à vider nos fosses septiques à la mairie là-bas. Ici notre problème ce n'est pas partout que le camion peut rentrer. » (EI ; homme A. B. A., 41 ans).

Discussion

Problèmes liés à l'évacuation des eaux usées

Au quartier Adjouffou II, les puits perdus et les fosses septiques étaient installés de façon anarchique surtout dans les ruelles. En saison pluvieuse, l'eau stagne en pleine rue, et on observe une inondation dans les cours à telle enseigne que la population ne pouvait ni entrer, ni sortir de leur maison. Cette situation est révélée par Sall (1998), in A.BA, (8) lorsqu'il évoquait les problèmes de nuisances esthétiques dans les quartiers de Goumel, Kenia, et Belfort, dans commune de Ziguinchor au Sénégal « Ces nuisances esthétiques s'accroissent pendant la saison des pluies lorsque les eaux de ruissellement se mélangent aux eaux usées domestiques et aux déchets solides ménagers de toute nature et envahissent rues, terrains vagues et parcelles situés dans la zone inondable. »

Implication des autorités municipales aux prises de décisions

L'implication des autorités municipales aux prises de décisions dans la gestion des eaux usées dans le quartier Adjouffou. II ne différait pas des résultats de l'étude de Traoré KASSOUM menée dans les quartiers précaires de la ville d'Abidjan en 2007 (9). Selon son étude, plus de la moitié de la population interrogée (58%) jugeait l'action des pouvoirs publics insuffisante, tandis qu'un peu plus d'un quart (27%) la trouvait acceptable. Une frange de personnes interrogées (15%) était sans opinion. Pour lui, ce résultat traduisait une certaine insatisfaction de la population des quartiers concernés devant les interventions des pouvoirs publics.

Toujours selon lui, de l'avis des enquêtés, respectivement 26,7% et 15,1%, la mairie les conviait aux réunions, et elle était sensible à leur problème de salubrité. Pour preuve, ces derniers se référaient aux réunions que les mairies initiaient souvent avec les chefs des quartiers. Mais en réalité, le constat sur le terrain montrait que les résultats escomptés de toutes ces actions menées n'étaient pas probants. C'est ce qui a fait dire respectivement à 73,3% et 84,9% d'entre eux que la mairie ne les conviait pas aux réunions et n'était pas sensible à la dégradation de leur cadre de vie. Pour ces derniers, la mairie ne travaillait pas bien pour la salubrité des quartiers.

Dispositions prises par les autorités pour l'évacuation des eaux usées

Les populations du quartier Adjouffou II dans presque l'unanimité affirmaient que les dispositions n'étaient pas prises pour leur bien-être en ce qui concerne l'évacuation des eaux usées. Ce résultat abonde dans le même sens que l'analyse faite par Péga TUO en 2019 dans son étude réalisée au quartier Kennedy-Clouetcha lorsqu'il disait que 74,1% des chefs de ménages enquêtés estimaient que les autorités municipales ne menaient aucune action concrète sur le terrain en matière d'assainissement (10).

Cependant, Traoré KASSOUM (op. cit) a affirmé que certaines mairies ne pouvaient pas totalement faire face à cette tâche parce que leurs ressources financières seraient insuffisantes (9). Le budget ne permettrait pas de faire de grands travaux de réhabilitation.

Conclusion

Les pratiques en hygiène et en assainissement du milieu sont nécessaires pour procurer un cadre de vie agréable à la population. Cela passe par une action collégiale de la population avec l'implication complète des autorités administratives afin que la communauté bénéficie d'un bien être aussi bien au niveau environnemental que sanitaire.

Remerciements

Nous remercions les leaders communautaires, le CGQ pour leur disponibilité et leur contribution.

Références

1- BRELOT Elodie, BARRAUD Sylvie, BACOT Laetitia, 2006, Rédaction d'un rapport technique sur les réseaux, voiries et infrastructures pour la gestion des eaux pluviales-stratégie et solution technique (extrait) région Rhône-Alpes.

2- MPAKAM Hernanie Grelle, KAMGANG Kabeyne, B.V., KOUAM Kenmogne, G.-R., TAMO Tatietse et EKODECK Georges E., 2006, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement dans les villes des pays en développement : cas de Basoussan (Cameroun). Revue électronique en sciences de l'environnement (vertigo), vol. 7, N° 2, site : https//vertigo.revues.org/2377 du 15/11/2017 à12h 33.

3- BAECHER Cédric, DUTREIXN Nicolas, 2004, Eau, assainissement et développement durable : Les enjeux dans les villes des pays en Développement par une co-production de (UNESCO, programme Waterdev de Veolia : Water Veolia Water, pS-Eau) 2004 ; p14-16.

4- DESILLE Denis, 2012, Guide pratique intervenir pour l'assainissement dans les pays en développement réaliser par Ps-Eau (le programme solidarité eau)

2010 ; p.4, www.pseau.org, programme Solidarité Eau, Paris, France.

5- MANOUAN N'guetta Mathilde, 2018, La problématique de l'évacuation des eaux usées dans les quartiers précaires en Côte d'Ivoire : le cas du quartier Divo dans la commune de Koumassi, mémoire Master II. P6.

6- TALCOTT Parsons, 1963, ON THE CONCEPT OF INFLUENCE, Public Opinion Quarterly, Volume 27, Issue 1, SPRING 1963, Pages 37–62, https://doi.org/10.1086/.

7- BOUDON Raymond, 2002, la théorie du choix rationnel ou l'individualisme méthodologique sociologie et sociétés, -erudit.org du 22/06/2020 à 19h 46.

8- BA Aïssatou, 2021, Assainissement autonome au Sénégal, entre principes et pratiques : l'exemple des quartiers de Goumel, Kenia et Belfort, comme de Ziguincor. Site : https:/riviereduSud.uasz.sn./handle/123456789.

9- TRAORÉ Kassoum, 2007, De la sensibilisation des populations à la gestion de l'environnement urbain dans les quartiers précaires de la ville d'Abidjan. Etude de la Population Africaine Vol. 22 N°2 ; http://aps.journals.ac.za.

10- TUO Péga, 2019, Gestion des eaux usées et nuisances sanitaires dans les cadres de vie des populations d'Abobo-Kennedy-Clouetcha (Abidjan, Côte d'Ivoire) Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique (RASP) Vol. 1 No 1, Site : http://revue-rasp.org/index.php/rasp/issue/view/.

02

Dynamiques sociales de la population abidjanaise en réponse à la pandémie de COVID-19

The social dynamics of the Abidjan population in response to the COVID-19 pandemic

Auteurs : Doukouré D[1], Bayo S[1], Ahi N1, Kouakou OK[1]

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

Auteur correspondant : daouabass2017@gmail.com

Résumé

Introduction

La pandémie de COVID-19 a causé des millions de morts dans le monde. En réponse, le gouvernement ivoirien a adopté des mesures strictes, telles que le confinement du Grand Abidjan. Cette étude aborde les dynamiques sociales de la population abidjanaise en réponse à la pandémie de COVID-19.

Méthodes

Une enquête qualitative menée du 06 mai au 13 mai 2021, a été adressé à 17 participants selon un choix raisonné. Les informations ont été traitées à l'aide du logiciel NVIVO 12, et une analyse de contenu a été faite.

Résultats

Les croyances des populations en la Covid-19 ont permis de renforcer les actions de sensibilisations. Cette croyance a permis de développer des stratégies de survie inscrites dans les pratiques des sociétés pour conjurer le mauvais sort.

Conclusion

Cette étude a mobilisé des réactions et des adaptations diverses de la population du Grand Abidjan face à la pandémie. Ces stratégies ont joué un rôle central dans la prévention de la pandémie, ce qui souligne la nécessité d'une approche plus inclusive en matière de santé publique.

Message-clé de santé publique

Une communication adaptée et respectueuse des croyances peut aider à surmonter les malentendus et favoriser une meilleure compréhension des mesures sanitaires pour mieux contrôler une épidémie.

Mots clés

Dynamique sociale, Croyances, Comportements, Résilience, COVID 19, Abidjan

Abstract

Introduction

The COVID-19 pandemic has caused millions of deaths worldwide. In response, the Ivorian government has adopted strict measures, such as the confinement of Greater Abidjan. This study addresses the social dynamics of the Abidjan in response to the COVID-19 pandemic.

Methods

A qualitative survey was conducted from May 6 to May 13, 2021, was sent to 17 participants according to reasoned choice. The information was processed using NIVIVO 12 software and a content analysis was carried out.

Results

People's beliefs in Covid-19 have made it possible to strengthen awareness-raising actions. This belief has made it possible to develop survival strategies embedded in the practices of societies to ward off bad luck.

Conclusion

Beliefs or not in Covid-1 have mobilize various reactions and adaptations of the population of greater Abidjan in the face of the pandemic. These strategies have played a central role in community prevention, highlighting the need for a more inclusive approach to public health.

Key public health message

Clear, appropriate and respectful communication of beliefs can help overcome misunderstandings and promote a better understanding of health measures to better control an epidemic

Keywords

Social dynamics, beliefs, behaviors, resilience, Covid-19, Abidjan

Introduction

En fin 2019, une nouvelle épidémie à Coronavirus, dénommée COVID-19, est apparue en Chine. Cette pandémie s'est progressivement répandue dans les pays du monde avec des décès. Face à son ampleur, elle a été déclarée comme une urgence de santé publique de portée internationale. Elle a touché plus de 600 millions de personnes à travers le monde, dont plus de 6 millions de décès à la date du 30 août 2022 [1]. En Côte d'Ivoire, le premier cas de malade infecté au coronavirus a été confirmé le 11 mars 2020 dans la capitale économique. Au 30 septembre 2020, la Côte d'ivoire avait notifié 19 724 cas de Covid-19 et 120 décès [2]. Face au nombre croissant de personnes infectées et de décès enregistrés quotidiennement, le gouvernement ivoirien a mis en place diverses mesures pour lutter contre la pandémie de COVID-19, notamment le renforcement des infrastructures sanitaires, la gratuité du diagnostic et des soins pour les cas suspects et confirmés, ainsi que la protection des agents de santé et des forces de sécurité (INS, 2020) [3]. Ces mesures ont été soutenues par un plan économique, social et humanitaire pour atténuer les effets négatifs de la pandémie. Pour freiner efficacement la propagation du virus, il était essentiel de comprendre les croyances, le comportement et les stratégies de résilience des populations du Grand Abidjan face à la maladie émergente à Coronavirus.

Méthodes

De nature qualitative, cette étude a convoqué des entretiens individuels approfondis semi-directifs.

- **Sites, cibles et période de l'étude**

Six districts sanitaires du district d'Abidjan : épicentre de la maladie à coronavirus ont servi de sites : Cocody-Bingerville, Abobo-Est, Treichville-Marcory, Yopougon-Est, Grand-Bassam et Jacqueville.

Les entretiens individuels ont été réalisés auprès de cinq catégories de personnes selon un choix raisonné. Les sites et le nombre d'entretiens recueillis sont listés dans le tableau suivant :

Tableau I : Synthèse des sites et du nombre d'entretiens recueillis

Zones d'étude	Nombre	Type d'unités sociales	Nombre d'entretiens	Lieu d'enquête
Cocody-Bingerville	02	Leaders communautaires	02	Blockhaus Adjamé-Bingerville
Abobo-Est	05	Personne guérie	01	Clouétcha-Kenedy Abobo-Baoulé Akeikoi-Extension Banco 1-2
		Leader Communautaire	01	
		Leader religieux	01	
		Personnels de santé	02	
Treichville-Marcory	03	Tradipraticien	01	Arras Anoumabo Hibiscus
		Personnel de santé	01	
		Tradipraticienne	01	
Yopougon-Est	04	Personnels de santé	02	Toit rouge Kouté village Yopougon mairie Yao-Séhi
		Leader Communautaire	01	
		Leader religieux	01	
Grand-Bassam	01	Leader Communautaire	01	Moossou-Begnini
		Personnel de santé	01	Millionnaire-Ouest
Jacqueville	02	Leader Communautaire	01	N'djem
Total			17	

Source : enquête de terrain, mai 2021

- **Déroulement de la collecte**

La collecte de cette phase qualitative s'est déroulée du 06 mai au 13 mai 2021 dans le Grand Abidjan.

- **Analyse et traitement des données**

Elle s'est faite sous forme d'analyse de contenu du discours livré par les interviewés. Les données ont été retranscrites et encodées sur NVIVO 12.

Résultats

Croyance en la maladie à coronavirus

- **La Covid-19 comme une punition divine**

La punition divine est relative à la transgression des lois de Dieu. On note cette idée dans les propos émis par cet enquêté :

« *Les êtres humains ne suivent plus les recommandations divines, et vous voyez ce que ce comportement nous coûte ; voyez comment nous souffrons de ce mal, cette punition qui bouleversent tout le monde* (.....) » (Propos d'un leader religieux_ Abobo Est).

- **La Covid-19, une maladie imaginaire**

Les mesures adoptées par le gouvernement sont foulées au pied par une frange de la population qui doute de l'existence de la Covid-19 : « *Les gens croient que c'est du mensonge ; que ça n'existe pas. Au tout début, on avait déposé des dispositifs de lavage des mains un peu partout dans la communauté. Mais, les gens venaient passer à côté de ça.* (...) » (Propos d'un médecin spécialiste Marcory-Treichville).

Le déni de la maladie s'explique par un manque de médiatisation et de la présence physique des personnes atteintes de la Covid-19.

« *On n'a jamais croisé de cas* (malades Covid-19) *; donc on ne peut pas dire que cela est vrai ou faux..... on n'a pas vu* » (Propos leader communautaire Yopougon- Est).

Résilience de la population face à la maladie à Coronavirus

Pour résister face à la Coronavirus, la population a utilisé des médicaments ou certains produits de la pharmacopée africaine et des prières pour conjurer le mauvais sort.

- **Utilisation des médicaments traditionnels comme mesure de prévention à la COVID-19**

Cet enquêté expose quelques recettes pour prévenir le mal en ces termes : « *Il y a le callitus, le timi- timi, drofra, maintenant il y'a djala, bâti-brou ; donc voilà quelques plantes et bien sûr, j'ai une potion avec du beurre de karité, qui a pu guérir quelqu'un qui a été testé positif, pendant trois jours d'utilisation* » (Propos de tradipraticien_Marcory-Treichville).

- **Recours aux esprits divins conjurer le mauvais sort**

Face au moment d'incertitude, certaines pratiques sont mises en œuvre pour conjurer le mauvais "sort". Cela passe par l'imploration des esprits divins pour soutenir ou épargner la communauté. C'est cette situation qui est décrite par cet enquêté : « *Chez nous, quand il y a une maladie qui vient d'ailleurs, il y a des femmes qu'on appelle les "komians". La nuit, elles mélangent du kaolin, des feuilles et de l'eau et quand on met dans l'eau, on attend à partir de minuit à 5h du matin et on asperge les murs et les maisons. On attend à minuit parce que tous les esprits sont là et tout est calme. Là, ça, guérit tout ce qui est mauvais* » (Propos de leader communautaire_Grand-Bassam).

Discussion

Croyances et Comportements des populations face aux mesures de lutte contre la COVID-19

Dans notre étude, deux tendances se sont dégagées, il s'agit de ceux qui croient en l'existence de la maladie et ceux qui ne croient pas. Les croyances et les perceptions des individus ont influé sur l'adoption des mesures recommandées. Cette influence a été citée dans les études de Bavel [4]. Ceux qui croient en la COVID-19 ont trouvé que la maladie a toujours une origine verticale. C'est-à-dire qu'elle était causée par des entités surnaturelles contre des sociétés déviantes, les individus asociaux [5].

Résilience de la population face à la maladie à Coronavirus

La maladie dans la conscience des hommes laissait toujours entrevoir la mort, et pourtant le désir

d'éternité et l'instinct de conservation autorisaient l'homme à refuser la mort. D'où l'invention des stratégies de survie [6]. C'est dans cette logique que dans la communauté, avec l'avènement de la Covid-19, les méthodes de prévention variaient, incluant l'usage de plantes médicinales, ainsi que des pratiques spirituelles telles que la prière et l'invocation des esprits.

Conclusion

Les croyances ont révélé une existence et une inexistence de la Covid-19. Cette tendance dualiste a fait émerger des comportements de sensibilisation et des attitudes résilientes de la population du Grand Abidjan face au Coronavirus. Des stratégies résilientes sont développées à travers les pratiques culturelles, religieuses et spirituelles dans des communautés pour conjurer le 'mauvais sort' ou le 'malheur'. Ces stratégies ont joué un rôle central dans la prévention communautaire, ce qui souligne la nécessité d'une approche plus inclusive en matière de santé publique.

Références

1. Johns Hopkins University. COVID-19 Data Repository by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE). Lancet. 2022 ; Inf Dis, 19, 13. Retrieved from https://coronavirus.jhu.edu/map.html
2. J.-M. MILLELIRI, D. COULIBALY, F. Lamontagne. La Covid-19 en Côte d'Ivoire (mars 2020 - avril 2021) une année sous le sceau du coronavirus. médecine tropicale et santé internationale doi : 10.48327/mtsimagazine.n1.2021.102, publié le 28/04/21 - copyright © 2021 sfmtsi
3. Institut National de la Statistique, Rapports d'enquêtes. 2020. https://www.ins.ci/index.php?option=com_content&view=article&id=96&Itemid=66
4. BAVEL, J. J. V., et al., 2020. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. Nat Hum Behav. 2020 May ;4(5) :460-471
5. KACOU-FATO P, Doukouré D, ATSE AAP, Perceptions, Attitudes et comportement de la population ivoirienne face à la Fièvre Hémorragique à Virus Ebola (FHVE), Afrique Biomédical, 2014, volume 19, N°4.
6. ATTALI J. Au propre et au figuré. 1988 ; Paris, Fayard

03

Intérêt de la consommation des fruits et légumes chez les jeunes : cas des étudiants en médecine

Young people's interest in eating fruit and vegetables: the case of medical students

Auteurs : Maiga S[1], Malik KS[2], Pilabre WE[1]

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

Auteur correspondant : SORO Siényélédjama Françoise- sorofrancoise@yahoo.fr

Résumé

Introduction

L'OMS recommande de consommer 5 fruits et légumes par jour. L'objectif général de cette étude était d'analyser le respect de cette recommandation par les étudiants en médecine, futurs professionnels de santé.

Méthodes

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée du 15 Novembre au 31 Décembre 2023. L'enquête s'est déroulée en ligne via l'application Google Forms.

Résultat

Au total, 253 étudiants ont été inclus. On notait une prédominance masculine avec un sex-ratio=1,4. L'âge moyen était de 22,77 (± 2,55) ans.

Seuls 4,35% des étudiants consommaient au moins 5 fruits et légumes par jour. La consommation quotidienne moyenne était inférieure à 2 (+/1,84) fruits et légumes.

Conclusion

La consommation des fruits et légumes était insuffisante chez les futurs professionnels de la santé. Il est nécessaire de les y encourager.

Message de santé publique

Mettre en place des stratégies pour augmenter la consommation quotidienne de fruits et légumes chez les étudiants.

Mots-clés

Fruits et légumes, Étudiants en médecine

Abstract

Introduction

The WHO recommends eating 5 fruits and vegetables a day. The general objective of this study was to analyze the consumption of fruits and vegetables by medical students.

Methods

This was a descriptive cross-sectional study conducted from November 15 to December 31, 2023. The survey was conducted online using the Google Forms application.

Results

A total of 253 students were included. They were predominantly male, with a sex ratio of 1.4. Average age was 22.77 ± 2.55 years.

Only 4.35% of students consumed more than 5 fruits and vegetables per day. Average daily consumption was less than 2 fruits and vegetables (1.84).

Conclusion

This study revealed a low consumption of fruit and vegetables among young people, in line with WHO recommendations. It is important to encourage them to eat more fruit and vegetables.

Public health message

Implement strategies to increase daily fruit and vegetable consumption among medicine students.

Key words

Fruit and vegetables, medical students.

Introduction

Consommer des fruits et légumes participe entre autres à réduire l'incidence et la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires (1), le risque de cancer du tractus gastro-intestinal (2), et à améliorer les performances intellectuelles et cognitives (3). Selon Wang et *al*., l'effet protecteur est perceptible dès la consommation d'une portion quotidienne et demeure cumulatif jusqu'à un plafond de 5 fruits et légumes (1). L'OMS a donc recommandé une consommation quotidienne de 5 portions de fruits et légumes, soit une quantité minimale de 400 g par jour (4). Elle participe ainsi à prévenir entre autres les maladies cardiovasculaires. Cette prévention devrait commencer chez les sujets jeunes. Ainsi, la promotion de la recommandation de l'OMS dans cette population serait une bonne approche particulièrement en Côte d'Ivoire. En effet, le pays produit des fruits et légumes de saison qui sont ainsi disponibles sur toute l'année.

En tant que futurs professionnels de la santé, les étudiants en médecine auront à conseiller cette bonne pratique à leurs patients. L'objectif de cette étude a donc été de décrire leur consommation de fruits et légumes.

Méthodes

Une enquête a été réalisée du 25 Novembre au 15 Décembre 2023 auprès d'étudiants de l'UFR Sciences Médicales d'Abidjan (UFRSMA) de l'Université Félix Houphouët-Boigny (UFHB).

Les données ont été collectées en ligne via l'application Google Forms. Le lien du questionnaire a été envoyé dans les groupes WhatsApp de chaque promotion concernée. Le questionnaire a permis de recueillir les caractéristiques sociodémographiques des étudiants (âge, genre, niveau d'étude, statut boursier, lieu de résidence) et la consommation de fruits et légumes (quantité et fréquence). Les délégués de promotion ont été sollicités pour faciliter l'accès aux étudiants.

La participation était libre. L'accord des responsables de l'UFRSMA et des étudiants a été obtenu. L'anonymat et la confidentialité ont été respectés.

Les données recueillies ont été analysées avec le logiciel stata version 12.0. Les valeurs quantitatives sont exprimées en moyenne (+/- écart-type). Les valeurs qualitatives sont présentées par les effectifs et les fréquences

Résultats

1. Caractéristiques sociodémographiques de la population

Ce sont au total 253 étudiants en médecine qui ont accepté de participer à cette étude. On notait une prédominance masculine avec un sex-ratio (H/F) de 1,4.

Près de 8 étudiants sur 10 étaient boursiers (79,1%). Plus du tiers logeait en cité universitaire (36%). Enfin, les étudiants en doctorat d'exercice étaient les plus représentés (41,4%) (Tableau I).

L'âge moyen était de 22,77 (± 2,55) ans.

Tableau I : Caractéristiques générales de la population d'étude (N=253)

Caractéristiques	n (%)
Sexe :	
• Masculin	148 (58,5)
• Féminin	105 (41,5)
Statut boursier :	
• Boursier	200 (79,1)
• Non boursier	53 (21)
Résidence :	
• Cité universitaire	91 (36,0)
• Hors de cité	162 (64,0)
Niveau d'étude :	
• Licence 2	23 (09,1)
• Licence 3	52 (20,6)
• Master 1	28 (11,1)
• Master 2	45 (17,8)
• Doctorat 1	46 (18,2)
• Doctorat 2	59 (23,2)

2. Consommation des fruits et légumes par les étudiants

Consommation habituelle de fruits et légumes

Près de 93,7% ont indiqué consommer au moins un fruit et légume mais seulement 8,5% en consommaient tous les jours de la semaine. La consommation moyenne quotidienne était de 1,83 (+/-1,17) fruits et légumes.

Seuls 4,4% disaient consommer au moins 5 fruits et légumes par jour. Les trois-quarts (75,2%) consommaient quotidiennement 1 à 2 fruits ou légumes (figure 1).

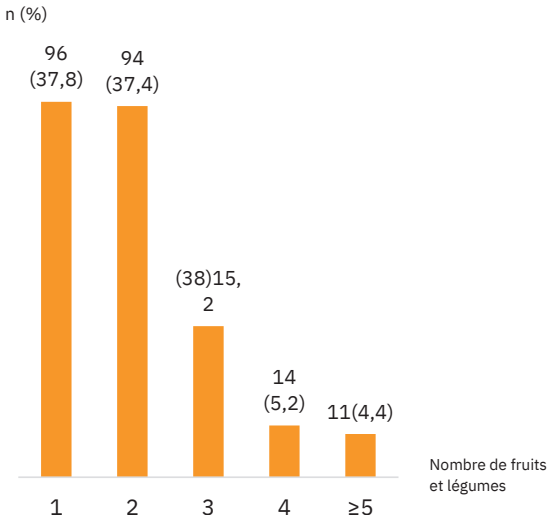


Figure 1 : Répartition des étudiants selon le nombre de fruits et légumes consommés quotidiennement (N=253)

Discussion

L'âge moyen était de 22,77 (± 2,55) ans. Cette moyenne d'âge était proche de celle trouvée par Zobo chez les étudiants de l'Institut National Polytechnique de Côte d'Ivoire qui était de 20 ans en 2023 (5). Nyanchoka, dans son étude sur la corrélation entre la consommation de fruits et légumes et la survenue de facteurs de risque de maladies chroniques chez les étudiants au Kenya en 2022, rapportait un âge moyen de 22,46 (± 2,96) ans (6). En effet, la population estudiantine se caractérise par sa jeunesse. Ces jeunes, susceptibles d'intégrer facilement les bonnes pratiques alimentaires, devraient constituer une cible prioritaire pour les actions de santé publique en prévention des pathologies chroniques (7).

La consommation quotidienne d'au moins 5 fruits et légumes était faible chez les étudiants (4,4%). Des auteurs ont rapporté des valeurs supérieures aux nôtres. En effet, Peltzer et Pengpid au Laos en 2015 ont rapporté qu'en moyenne 17,2% des étudiants consommaient plus de cinq portions de fruits et de légumes. La consommation moyenne quotidienne de fruits et légumes pour la Côte d'Ivoire était d'au moins 3,9 portions dans la même étude (8), donc supérieure à celle de 1,83 de notre étude. De même, Nyanchoka au Kenya en 2022 a trouvé une consommation moyenne de 1,72 pour les fruits et 1,91 pour les légumes avec 21,5% des participants consommant au moins 5 fruits et légumes (6). Dans l'étude de Lim à Singapour en 2017,13,6% des étudiants respectaient la recommandation de l'OMS ; et le nombre moyen de fruits et légumes consommés par jour était de 3 (9).

Certains facteurs favorisent la consommation des fruits et légumes chez les jeunes. Il s'agit du niveau socioéconomique élevé, le niveau d'étude universitaire (8,9), la prise régulière de petit déjeuner, la fréquence élevée des repas (7–10), l'activité physique régulière (7,8,11), et la vie au domicile familial, (7).

Les effets bénéfiques de la consommation de fruits et légumes ont été rapportés par Bailey R aux États-Unis en 2021, Zurbau A au Canada en 2020 et Alicja B en Pologne en 2019. Ces études ont rapporté une baisse significative de la prévalence des maladies comme l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires, la dépression, la démence et certains cancers (12–14). Ils rappellent ainsi que l'aliment doit être un médicament.

Conclusion

Cette étude a mis en évidence une faible consommation des fruits et légumes. C'est une bonne pratique qui devrait commencer chez les jeunes afin de bénéficier des avantages à long terme.

En tant que futurs professionnels de la santé et prescripteurs de mesures hygiéno-diététiques, il est important que les étudiants en médecine

respectent ces recommandations de consommer des fruits et légumes d'abord pour leur santé et ensuite pour le conseiller à leurs patients.

Références

1. Wang X, Ouyang Y, Liu J, Zhu M, Zhao G, Bao W, et al. Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. BMJ. 29 juill 2014;349(jul29 3):g4490-g4490.
2. Guo X fei, Shao X feng, Li J mei, Li S, Li K lei, Li D. Fruit and vegetable intake and liver cancer risk: a meta-analysis of prospective cohort studies. Food Funct. 2019;10(8):4478-85.
3. Saghafian F, Malmir H, Saneei P, Keshteli AH, Hosseinzadeh-Attar MJ, Afshar H, et al. Consumption of fruit and vegetables in relation with psychological disorders in Iranian adults. Eur J Nutr. sept 2018;57(6):2295-306.
4. OMS. Alimentation saine. 23 Octobre 2018 [Internet]. [cité 15 nov 2023]; Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet
5. Zobo PC, Touré FY, Coulibaly I, Bitty-Anderson AM, Boni SP, Niangoran S, et al. Prevalence of hypertension and other cardiovascular disease risk factors among university students from the National Polytechnic Institute of Côte d'Ivoire: A cross-sectional study. Cowley H, éditeur. PLOS ONE. 5 janv 2023;18(1):e0279452.
6. Nyanchoka MA, Van Stuijvenberg ME, Tambe AB, Zuma MK, Mbhenyane XG. Fruit and Vegetable Consumption Patterns and Risk of Chronic Diseases of Lifestyle among University Students in Kenya. Int J Environ Res Public Health. 7 juin 2022;19(12):6965.
7. Mello Rodrigues V, Bray J, Fernandes AC, Luci Bernardo G, Hartwell H, Secchi Martinelli S, et al. Vegetable Consumption and Factors Associated with Increased Intake among College Students: A Scoping Review of the Last 10 Years. Nutrients. 17 juill 2019;11(7):1634.
8. Peltzer K, Pengpid S. Correlates of healthy fruit and vegetable diet in students in low, middle and high income countries. Int J Public Health. janv 2015;60(1):79-90.
9. Lim RBT, Tham DKT, Müller-Riemenschneider F, Wong ML. Are University Students in Singapore Meeting the International and National Recommended Daily Servings of Fruits and Vegetables? Asia Pac J Public Health. avr 2017;29(3):199-210.
10. Poscia A, Teleman AA, Azzolini E, de Waure C, Maged D, Virdis A, et al. Eating episode frequency and fruit and vegetable consumption among Italian university students. Ann Ist Super Sanita. 2017;53(3):199-204.
11. Aiello P, Peluso I, Di Giacomo S, Di Sotto A, Villaño Valencia D. Body Composition and Metabolic Status of Italian and Spanish University Students: Relationship with Fruit and Vegetable Consumption. Nutrients. 11 août 2022;14(16):3296.
12. Bailey RR, Singleton JR, Majersik JJ. Association of obesity and diabetes with physical activity and fruit and vegetable consumption in stroke survivors. Fam Pract. 4 févr 2021;38(1):56-61.
13. Zurbau A, Au-Yeung F, Blanco Mejia S, Khan TA, Vuksan V, Jovanovski E, et al. Relation of Different Fruit and Vegetable Sources With Incident Cardiovascular Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. J Am Heart Assoc. 6 oct 2020;9(19):e017728.
14. Alicja B-R. Food groups in dietary prevention of type 2 diabetes. Rocz Państw Zakładu Hig. 2019;347-57.

04

Cartographie des Ressources Humaines pour la mise en Œuvre de l'approche "Une Seule Santé" en Côte d'Ivoire, en 2022

Mapping of Human Resources for the Implementation of the One Health approach in Côte d'Ivoire, in 2022

Auteurs : Badie YB[1], Kouassi YM[2], Kouassi-N'guessan CM[2], Kouassi-M'bengue AA[2]

1. Direction des Ressources Humaines, Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle
2. Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan

Auteur correspondant : BADIE Yao Bernard ; badieyao@yahoo.fr

Résumé

Introduction

Les ressources humaines (RH) qualifiées sont une garantie pour l'offre de soins de qualité selon l'approche « une seule santé (USS) » ou « One Health (OH)». Notre objectif a été de décrire la répartition des RHUSS sur le territoire national en Côte d'Ivoire.

Méthodes

Les données des ministères-clés et des institutions de formation ont été croisées avec celles du Ministère en charge de la Fonction Publique à l'aide d'une grille de lecture. Les effectifs et les fréquences des RHUSS des RHUSS par secteur d'activités de santé (animale, humaine, environnementale), leur répartition sur le territoire national et dans les établissements supérieurs de formation ont été calculés.

Résultats

Les RHUSS étaient au nombre de 53 307. Les ministères-clés avaient un effectif de 50090 (94%). Ils employaient majoritairement les professionnels de leur domaine de spécialisation. Le seul District Autonome d'Abidjan regroupait 43% des RHUSS.

Conclusion

La cartographie a révélé une disponibilité des RHUSS, une inéquitable répartition des RHUSS et une insuffisance de professionnels de santé animale.

Principal message de santé publique

Une collaboration fluide entre les ministères-clés, l'accroissement des effectifs RHUSS et leur équitable répartition nationale assureront la mise en œuvre efficace de l'approche One Health.

Mots clés

Une Seule Santé, Ressources Humaines, Cartographie

Abstract

Introduction

Qualified human resources (HR) are a guarantee for the provision of quality care according to the 'One Health' approach. Our objective was to describe the distribution of One Health human resources (OHHR) across the national territory in Côte d'Ivoire.

Methods

Data from key ministries and training institutions were cross-referenced with data from the Ministry in charge of Public Service using a reading grid. The numbers and frequencies of OHHR were calculated.

Results

There were 53,307 OHHR. Key ministries had a workforce of 50,090 (94%). They primarily employed professionals from their area of specialization. The Autonomous District of Abidjan alone accounted for 43% of OHHR.

Conclusion

The mapping revealed the availability of OHHR, an inequitable distribution of OHHR, and an insufficiency of animal health professionals.

Main public health message

The clear mechanisms of coordination, the fluidity of intersectoral collaboration among key ministries, the increase in OHHR staff and their equitable distribution ensure the effective implementation of the 'OH' approach.

Keywords

'OH' approach, HR, Mapping.

Introduction

L'approche « Une Seule Santé (USS) » ou « One Health (OH) » reconnaît que la santé des humains, des animaux domestiques et sauvages, des plantes et de l'environnement est interdépendante. L'approche mobilise plusieurs secteurs, disciplines et communautés. Elle vise à améliorer le bien-être et à lutter contre les menaces pour la santé humaine, animale et des écosystèmes. Elle prend en compte les mesures de lutte contre le changement climatique [1-2].

Cette approche permet à tout pays de garantir la sécurité sanitaire internationale en luttant contre les maladies infectieuses émergentes ou ré-émergentes. Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à travers le Règlement Sanitaire International (RSI) 2005 a recommandé aux États-parties de disposer de personnels de santé formés et compétents. Ces personnels doivent coopérer de manière systématique pour la mise en œuvre effective du RSI, et ce, lors des Urgences de Santé Publique de Portée Internationale. Pour assurer les compétences essentielles du RSI (2005), ces personnels doivent être répartis dans tous les secteurs de santé y compris les services vétérinaires et l'hygiène environnementales [3-4]. Notre objectif a été de décrire la répartition des RHUSS sur le territoire national en Côte d'Ivoire.

Méthodes

La première étape de l'étude a porté sur les RH des ministères-clés à savoir Ministères en charge de la Santé (MSHPCMU), des Eaux et Forêts (MINEF), de l'Agriculture (MEMADR), de l'Assainissement (MAS), de la Santé des Armées (MINEMD_SSA), de l'Environnement (MINEDD), des Ressources Animales et Halieutiques (MIRAH). La seconde a porté sur les compétences des institutions de formation.

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive. Elle s'est déroulée du 27 juillet 2021 au 22 mars 2022. Les effectifs par domaine de santé, la répartition géographique des RHUSS ont été collectés à l'aide d'une grille de lecture auprès des responsables RH des ministères-clés, universités, instituts de recherche et formation. Des visites sur site ont été effectuées en raison de certaines procédures de confidentialité.

Le croisement des bases de données des institutions avec celles du Ministère en charge de la Fonction Publique (MFP) a permis d'apurer les données et de calculer les effectifs et les fréquences des RHUSS.

L'accord des Directeurs de Cabinet des ministères-clés a été obtenu. L'anonymat et la confidentialité concernant les informations personnelles ont été respectés.

Résultats

1. Ressources Humaines des ministères-clés

Près de 8 RH sur 10 des ministères-clés étaient utilisées par le MSHPCMU, et trois-quarts des professionnels de santé étaient de la santé humaine. À peine 3% des professionnels de santé intervenaient dans le domaine de la santé animale (Tableau I). Les ministères-clés employaient majoritairement les professionnels de santé de leur domaine de spécialisation.

Tableau I : Répartition des RH des ministères-clés intervenant dans l'approche « USS », 2022 (N= 50090)

Ministère	Domaines « USS »				Total	%
	Administratifs et personnels d'appui n	Santé animale n	Santé humaine n	Santé environnementale n		
MEMADR	453	37	26	1534	2050	4,1
MAS	220	2	9	22	253	0,5
MINEMD_SSA	180	12	824	-	1016	2,0
MINEDD	476	-	36	656	1168	2,3
MINEF	181	2	11	4 266	4460	9
MIRAH	178	1675	7	90	1950	4
MSHPCMU	2423	-	36736	34	39193	78
Total	**4111**	**1728**	**37649**	**6602**	**50090**	
%	**8**	**3**	**75**	**13**		**100**

2. Ressources Humaines de l'encadrement

L'Université Félix Houphouët-Boigny (UFHB) disposait de la moitié des effectifs d'Enseignants-Chercheurs et Chercheurs. Comparativement aux autres institutions de formation, la répartition des compétences de l'UFHB permettait de couvrir tous les domaines de l'approche « USS ». La répartition des compétences par domaine donnait plus de la moitié à la santé humaine. Le domaine de la santé animale employait moins de 10 % des compétences de santé (Tableau II).

Tableau II : Répartition des Enseignants-Chercheurs et Chercheurs par type d'établissement et par domaines de compétences, 2022 (N=2335)

Institution	Domaines « USS »			Total	%
	Santé animale n	Santé environnementale n	Santé humaine n		
INP-HB	7	63	4	74	3,1
IPCI	-	-	7	7	0,3
UAO	6	29	164	199	8,5
UFHB	49	319	809	1177	50,4
UJLOG	23	161	49	233	10
UMAN	5	29	13	47	2
UNA	31	124	94	249	10,7
UPGC	35	138	74	247	10,6
UVCI	-	1	1	2	0,1
CRO	5	24	3	32	1,3
IPCI	1	1	66	68	3
Total	**162**	**889**	**1284**	**2335**	
%	**7**	**38**	**55**		**100**

Outre les professionnels de santé, d'autres compétences au nombre de 882 intervenaient, en tant que support à l'encadrement, dans la formation.

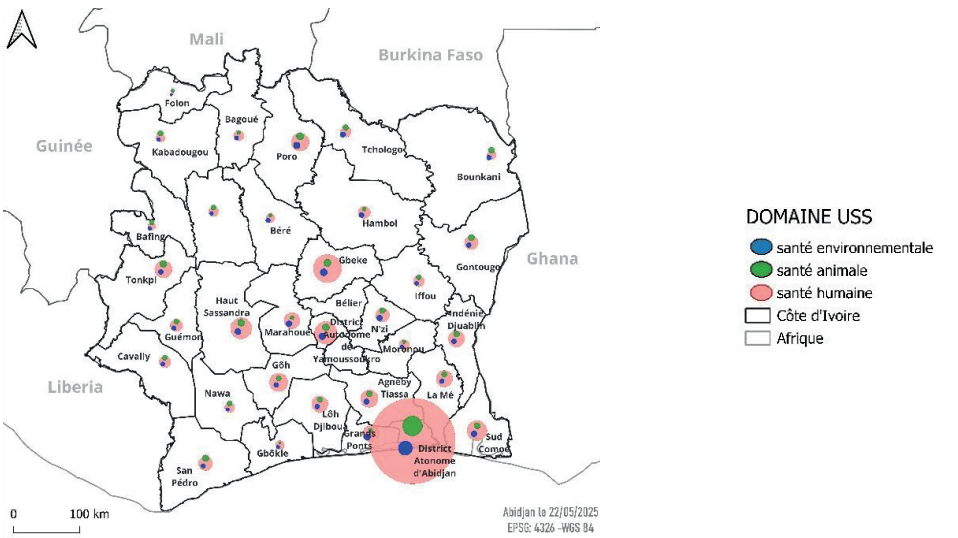
Au total, les RHUSS étaient au nombre de 53 307 dont 50090 (94%) des ministères-clés, 2335 (4%) d'Enseignants-Chercheurs et Chercheurs et 882 (2%) de compétences supports à l'encadrement.

3. Répartition géographique des RHUSS

La plupart des RHUSS étaient regroupées dans le District Autonome d'Abidjan (43%).

La région du Folon, au nord-ouest de la Côte d'Ivoire, avait le plus faible effectif (<1%). Les professionnels de la santé humaine étaient les mieux représentés sur le territoire national (Figure 1).

Figure 1 : Répartition géographique des RHUSS,2022, source notre étude



Discussion

La cartographie des RH avait pour objectif de décrire la répartition des RHUSS sur le territoire national en Côte d'Ivoire. Elle a révélé que les ministères-clés employaient majoritairement les professionnels de santé de leur domaine de spécialisation. Cette situation contraste avec les principes d'intégration, de fédération, d'interdisciplinarité et de multisectorialité contenus dans le concept « USS ». Le défi pour la mise en œuvre de l'approche « USS » en Côte d'Ivoire est réel. Pour y arriver, il faudrait une coopération horizontale et verticale entre toutes les institutions compétentes responsables de la santé des humains, des animaux et de l'écosystème selon Hristovski M et *al*. [5].

En 2022, les pays de la Communauté Économique et Monétaire de l'Afrique centrale (CEMAC) faisaient face au même défi. Les acteurs impliqués dans l'approche étaient sous la dépendance de leur ministère de tutelle. La fluidité de la collaboration intersectorielle était alors ralentie avec une augmentation des crises de leadership entre acteurs de l'approche « USS » [6]. Une étude qualitative réalisée au Bénin indiquait que la collaboration multisectorielle était jugée insuffisante et déséquilibrée en faveur du secteur santé [7]. Ainsi le renforcement des capacités de leadership et de gouvernance implique l'amélioration du dialogue politique et l'établissement de mécanismes clairs de coordination entre les ministères de tutelle et les autres parties prenantes [6].

En Côte d'Ivoire, le domaine santé animale avait un faible effectif comparativement à ceux des domaines santé environnementale et humaine. Au Bénin, c'était plutôt le domaine santé environnementale qui avait l'effectif le plus faible [7].

Les RH santé humaine étaient disponibles sur l'ensemble du territoire contrairement à celles des domaines santé animale et environnementale. Toutefois, la densité (0,84 Médecins, Infirmiers, Sage-Femmes pour 1000 habitants) était très inférieure au standard recommandé (4,45 prestataires de soins pour 1000 habitants) [8].

La cartographie a aussi révélé un regroupement des RHUSS dans le District Autonome d'Abidjan (43%). Ces statistiques corroborent avec les données de l'OMS Région Afrique qui rapportent que 29 % à 53 % des agents de santé étaient répartis de manière inéquitable [9]. Cette situation pourrait s'améliorer avec la stratégie de régionalisation des postes de recrutement des professionnels de santé humaine mise en place par le MSHPCMU.

Conclusion

En 2022, la cartographie des RHUSS en Côte d'Ivoire a répertorié 53 307 RHUSS disponibles sur l'ensemble du territoire. Les ministères-clés employaient majoritairement les professionnels de leur domaine de spécialisation. Des mesures d'accroissement des effectifs et leur équitable répartition sont nécessaires pour la mise en œuvre l'approche « USS ». Elles doivent être suivies de mécanismes clairs de coordination, assurant la fluidité de la collaboration intersectorielle des ministères-clés.

Remerciements

Les auteurs remercient l'UFR Sciences Médicales d'Abidjan, les Directeurs de Cabinet et Responsables RH des ministères-clés pour leur appui technique et AFROHUN et l'USAID pour leur appui financier.

Références

1. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/one-health/ohhlep/one-health-definition-and-principles-translations.pdf?sfvrsn=d85839dd_6&download=true, consulté le 04 février 2025
2. Groupe Sécurité sanitaire & Environnement (HSE) : Cadre opérationnel pour renforcer la résilience des systèmes de santé face au changement climatique, OMS, Genève 2016 : 54p.
3. Évaluation externe conjointe des principales capacités RSI de la République de Côte d'Ivoire. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO
1. Organisation mondiale de la Santé ; Genève 2016. Règlement Sanitaire International (2005), 3è édition
2. Hristovski M, Cvetkovik A, Cvetkovik I et *al*. Concept of One Health - a New Professional Imperative. Maced J Med Sci. 2010; 3 (3): 229-32. doi.10.3889/MJMS.1957 5773.2010.0131.
4. Nsangou MM, Ongolo-Zogo P. État des lieux de l'approche « One health » dans les pays de la CEMAC. Note d'Information Stratégique du CDBPS-H. Yaoundé, Cameroon : CDBPS-H, 2022. 16p. www.cdbph.org.
5. V. D. SODJINOU, A. P. AYELO, R. A. HOUNGNIHIN, et al., Santé publique volume 34 / N° 3 - mai-juin 2022
6. World Health Organization. (2016). Global strategy on human resources for health: workforce 2030. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/250368
7. Asamani JA, Akogun OB, Nyoni J, et *al*. Towards a regional strategy for resolving the human resources for health challenges in Africa. BMJ Global Health 2019;4: e001533. doi:10.1136/bmjgh-2019-001533.

05

Obésité maternelle, facteur de risque de l'hypertension artérielle gestationnelle? Enquête dans le district sanitaire d'Abobo-Est Abidjan en 2023

Maternal obesity, a risk factor for gestational hypertension? Survey in the Abobo-Est Abidjan health district in 2023

Auteurs : Malik KS[1], Meless D[1,2], Adoubi A[3], Oga S[2], Yavo W[1,2]
1. Institut National de Santé Publique, Abidjan – Côte d'Ivoire
2. Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan – Côte d'Ivoire
3. Université Alassane Ouattara, Bouaké – Côte d'Ivoire

Auteur correspondant :

Résumé

Introduction

Les troubles hypertensifs pendant la grossesse sont une cause majeure de morbidité et de mortalité chez les femmes. Notre objectif a été d'en déterminer les facteurs de risque.

Méthodes

Une enquête de cohorte a été réalisée dans le district sanitaire d'Abobo-Est. Elle concernait les femmes enceintes ayant moins de 20 semaines d'aménorrhée non hypertendues à l'inclusion. Leurs données sociodémographiques et anthropométriques ont été collectées et la pression artérielle mesurée. Les données ont été saisies sur le logiciel KoboCollect et analysées par les logiciels R version 4.1.1. Un modèle de régression de Poisson avec une correction de variance robuste au seuil de significativité 0,05 a été utilisé.

Résultats

Trois cent quarante et une (341) femmes ont été recrutées avec un âge moyen de 27,03 (± 6,09) ans. Quarante nouveaux cas d'hypertension artérielle ont été observés, soit un taux d'incidence de 11,7% d'hypertension artérielle gestationnelle. Après analyse multivariée, les femmes obèses avaient 2,4 fois plus de risque d'avoir une hypertension artérielle gestationnelle comparées à celles qui ne l'étaient pas (IC [1,1 – 5,8], p= 0,04)

Conclusion

L'obésité est un facteur de risque de l'hypertension artérielle gestationnelle

Message de santé publique

Surveiller les grossesses permettrait de dépister et prendre en charge dans les meilleurs délais l'hypertension artérielle gestationnelle chez les femmes obèses.

Mots-clés

Hypertension artérielle gestationnelle, obésité.

Abstract

Introduction

Hypertensive disorders during pregnancy are a major cause of morbidity and mortality in women. The aim of this survey was to determine the risk factors for gestational hypertension.

Methods

A cohort survey of pregnant women in the Abobo Est health district was carried out. Women with less than 20 weeks of amenorrhea were recruited. Sociodemographic and anthropometric data were collected. Blood pressure was measured. Data were entered on KoboCollect software and analyzed by R software version 4.1.1. A Poisson regression model with robust variance correction at the 0.05 significance level was used.

Results

Three hundred and forty-one (341) women who were not hypertensive at inclusion were reviewed at least once, with a mean age of 27.03 (± 6.09) years. Forty new cases of hypertension were observed, representing an incidence rate of 11.7% of gestational hypertension. After multivariate analysis, obese women were 2.4 times more likely to have gestational hypertension than non-obese women (CI [1.1 - 5.8], p= 0.04).

Conclusion

Obesity is a risk factor for gestational hypertension

Public health message

Close monitoring of the pregnancy is essential to detect and manage gestational hypertension as soon as possible.

Key words

Gestational hypertension, obesity.

Introduction

Dans le monde, 10% de toutes les grossesses sont compliquées d'hypertension artérielle nommée hypertension artérielle gestationnelle (HTAG) (1). Les troubles hypertensifs de la grossesse sont la deuxième cause de morbidité et de mortalité maternelles dans le monde (2) ainsi qu'une cause majeure de morbidité et de mortalité chez leur fœtus (3). En Afrique au sud du Sahara, les troubles hypertensifs de la grossesse sont la deuxième cause de décès maternels (après l'hémorragie) (4). En effet, ils sont associés à environ 16% de la mortalité maternelle, Les femmes qui en souffrent sont cinq fois plus susceptibles d'avoir un décès périnatal que les femmes qui n'ont pas de troubles hypertensifs (5,6). Les prévalences de l'obésité maternelle en Afrique sont comparables à celles de certains pays développés, où environ une femme enceinte sur cinq est obèse (7).

En Côte d'Ivoire, l'étude de Niamkey et *al*. en 2007 avait révélé une fréquence de l'hypertension artérielle gestationnelle 8,4% (8). Celle de Koffi et *al*. en 2011 avait mis en évidence que 7,62% des femmes avaient des troubles hypertensifs de la grossesse (9). L'objectif de notre étude a donc été de rechercher les facteurs de risque de l'hypertension artérielle gestationnelle.

Méthodes

Nous avons réalisé une enquête de cohorte de femmes enceintes dans cinq centres de santé du district sanitaire d'Abobo-Est au nord d'Abidjan du 21 février 2022 au 31 mai 2023. Les centres qui avaient reçu le plus grand nombre de consultations prénatales en 2021 et qui avaient une salle d'accouchement ont été sélectionnés. Il s'agissait de 4 centres de santé et un Hôpital général. Les femmes résidant à Abobo âgées de 18 ans au moins, ayant moins de 20 semaines d'aménorrhée (SA) et non hypertendues ont été incluses avec leur consentement.

À l'aide d'un questionnaire, l'âge a été recueilli par interview. La pression artérielle (PA) a été recueillie à l'inclusion et chaque mois au cours du suivi. Le poids et la taille ont été pris à l'inclusion. L'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé au cours du premier trimestre de la grossesse (7,10). La PA a été mesurée après un repos de 5 minutes par un tensiomètre électronique de marque OMRON M^6 (11). Deux mesures de la PA ont été faites et la moyenne des deux mesures a été calculée. La fréquence cardiaque a été prise par le stéthoscope lors de l'examen clinique, à l'auscultation du cœur et attestée par le tensiomètre électronique.

Les données ont été saisies sur le logiciel KoboCollect et analysées par les logiciels R version 4.1.1. La recherche des facteurs associés à l'HTAG a été faite par le test KHI deux de Pearson. Puis, les variables avec des p-value inférieures à 20% ont été introduites dans un modèle de régression de Poisson avec une correction de variance robuste au seuil de 0,05.

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique national. L'anonymat et la confidentialité des données ont été assurés.

Résultats

Trois cent quarante et une (341) femmes ont été suivies, avec un âge moyen de 27,03 (± 6,09) ans. Plus de la moitié des femmes avaient entre 25 et 34 ans, et plus de 17% des femmes étaient obèses à l'inclusion (tableau I)

Tableau I : Caractéristiques des femmes enceintes suivies pour l'HTAG, 2023 (N= 341)

Caractéristiques	Fréquences	Pourcentage
Âge (années)		
18 – 24	116	34,0
25 – 29	107	31,4
30 - 34	65	19,0
35 - 46	53	15,6
Parité		
Nullipare	121	38,1
Primipare	90	28,3
Multipare	107	33,6
Obésité à l'inclusion (avant 20 SA)*		
Non	191	82,3
Oui	41	17,7
Fréquence cardiaque à l'inclusion (FC)		
FC ≤ 100 (normale)	282	87,6
FC > 100 (tachycardie)	40	12,4

Le tableau II montre les facteurs associés à l'hypertension artérielle gestationnelle survenue après 20 semaines d'aménorrhée.

Tableau II : Analyse bivariée du risque relatif des facteurs associés à l'hypertension artérielle gestationnelle, 2023

Âge (ans)	Normotendues n(%)	Hypertendues n(%)	Total	RR	IC à 95%	p
[18-25[	105(90,5)	11(9,5)	**116**	-	-	**0,05**
[25-30[	95(88,8)	12(11,2)	**107**	1,21	[0,51 – 2,86]	
[30-35[	60(92,3)	5(7,7)	**65**	0,80	[0,26 – 2,40]	
[35 - 46[	41(77,4)	12(22,6)	**53**	2,78	[1,14 – 6,83]	
Obésité						
Obésité non	175(91,6)	16(8,4)	**191**	-		**0,007**
Obésité oui	31(75,6)	10(24,4)	**41**	2,9	[1,4 – 5,9]	
FC (battements/min)						
FC ≤ 100	255(90,4)	27(6,9)	**282**	-	-	**0,003**
FC > 100	29(72,5)	11(27,5)	**40**	2,9	[1,5 – 5,3]	

Les nouveaux cas d'HTAG étaient au nombre de 40, soit un taux d'incidence global de 11,7%. Les femmes obèses avaient trois fois plus de risque d'avoir une HTGA que les femmes non obèses. De même, les femmes ayant une tachycardie sinusale à l'inclusion avaient environ trois fois plus de risque d'avoir une HTAG que celles qui n'avaient pas de tachycardie.

Le tableau III présente les résultats de l'analyse multivariée des facteurs associés à l'HTAG survenue après 20 semaines d'aménorrhée

Tableau III : Analyse multivariée du risque relatif des facteurs associés à l'hypertension artérielle gestationnelle, 2023

Variables	Risque Relatif (RR)	IC à 95%	p-value
Âge (années)			**0,13**
[18-25[	-		
[25-30[	1,16	[0,4 – 3,3]	
[30-35[	0,86	[0,3 – 2,9]	
[35-46[	2,30	[0,8 – 6,7]	
Obésité			**0,04**
Non	-		
Oui	2,4	[1,1 – 5,8]	
Fréquence Cardiaque (FC)			**0,08**
FC ≤ 100	-		
FC > 100	2,3	[0,9 – 5,6]	

L'obésité apparait comme un facteur de risque indépendant associé à l'hypertension artérielle gestationnelle avec un lien statistiquement significatif. Les femmes obèses avaient plus de deux fois plus de risque d'avoir une hypertension artérielle gestationnelle que les femmes non obèses.

Discussion

Cette enquête de cohorte réalisée dans le District sanitaire Abobo-Est à Abidjan a permis de suivre 341 femmes qui n'étaient pas hypertendues. Plus de la moitié d'entre elles étaient âgées de 25 à 34 ans. Plus de 17% des femmes étaient obèses. Cette prévalence de l'obésité est la même que celle observée par Relph et al. dans leur enquête de cohorte réalisée à partir de données collectées régulièrement et stockées dans le registre BORN (Better Outcomes Registry and Network) de l'Ontario en 2021 (17,7%) (5).

Parmi les femmes obèses à l'inclusion, 10 (38,5 %) avaient une HTAG. Les femmes obèses avaient environ 3 fois plus de risque d'avoir une HTAG que celles qui ne l'étaient pas. L'obésité maternelle est donc un facteur de risque de l'hypertension artérielle gestationnelle. Antwi et *al.* au Ghana en 2016 avaient aussi révélé que l'incidence de l'HTAG était plus élevée dans les régions de forte prévalence de l'obésité féminine (12). De même, Iyoke et *al*. au Nigeria avaient noté que les femmes obèses avaient 2,31 fois plus de risque de faire une HTAG que les femmes non obèses (13).

Nous avons eu des perdues de vue à cause du suivi de la cohorte des femmes enceintes. Toutefois selon la littérature, ce fait n'entrainait qu'un biais minime dans certaines associations exposition-résultats.

Conclusion

L'obésité maternelle est un facteur de risque de l'hypertension artérielle gestationnelle. L'accent doit être mis sur la sensibilisation des femmes par rapport à l'obésité dès l'âge de l'adolescence. Lorsque les femmes obèses sont enceintes, une surveillance étroite de la grossesse doit être de mise afin de dépister et de prendre en charge dans les meilleurs délais l'hypertension artérielle gestationnelle. Cette surveillance étroite passe pas des consultations prénatales plus rapprochées.

Remerciements

Nous remercions les responsables des cinq centres de santé qui nous ont permis de réaliser cette enquête ainsi que leur personnel.

Références

1. Muti M, Tshimanga M, Notion GT, Bangure D, Chonzi P. Prevalence of pregnancy induced hypertension and pregnancy outcomes among women seeking maternity services in Harare, Zimbabwe. BMC Cardiovasc Disord. 2 oct 2015;15:111.
2. Ford ND, Cox S, Ko JY, Ouyang L, Romero L, Colarusso T, et al. Hypertensive Disorders in Pregnancy and Mortality at Delivery Hospitalization — United States, 2017–2019. 2022;71(17).
3. Fong A, Chau CT, Pan D, Ogunyemi DA. Clinical morbidities, trends, and demographics of eclampsia: a population-based study. Am J Obstet Gynecol. sept 2013;209(3):10.1016/j.ajog.2013.05.050.
4. Fokom-Domgue J, Noubiap JJN. Diagnosis of Hypertensive Disorders of Pregnancy in Sub-Saharan Africa: A Poorly Assessed But Increasingly Important Issue. J Clin Hypertens. 2015;17(1):70-3.
5. Relph S, Guo Y, Harvey ALJ, Vieira MC, Corsi DJ, Gaudet LM, et al. Characteristics associated with uncomplicated pregnancies in women with obesity: a population-based cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 5 mars 2021;21:182.
6. Marchi J, Berg M, Dencker A, Olander EK, Begley C. Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. Obes Rev. 2015;16(8):621-38.

7. Onubi OJ, Marais D, Aucott L, Okonofua F, Poobalan AS. Maternal obesity in Africa: a systematic review and meta-analysis. J Public Health Oxf Engl. sept 2016;38(3):e218-31.

8. Niamkey JT, N'guetta R, Adoh A, Anongba S, Ekou A. Aspects épidémiologiques et évolutifs de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse à Abidjan. Rev Int Sc Méd. 2007;9(2):54-60.

9. Koffi A, Konan B, Olou N, Fanny M, Toure-Ecra A. Complications de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse : Bilan d'une année d'activité aux urgences obstétricales du CHU de Yopougon, Abidjan. Rev Int Sc Méd. 2011;13(3):14-7.

10. Gudnadóttir TA, Bateman BT, Hernádez-Díaz S, Luque-Fernandez MA, Valdimarsdottir U, Zoega H. Body Mass Index, Smoking and Hypertensive Disorders during Pregnancy: A Population Based Case-Control Study. PLoS ONE. 24 mars 2016;11(3):e0152187.

11. Mounier-Vehier C, Amar J, Boivin JM, Denolle T, Fauvel JP, Plu-Bureau G, et al. Hypertension artérielle et grossesse. Consensus d'experts de la Société française d'hypertension artérielle, filiale de la Société française de cardiologie. Presse Médicale. 1 juill 2016;45(7, Part 1):682-99.

12. Antwi E, Klipstein-Grobusch K, Quansah Asare G, Koram KA, Grobbee D, Agyepong IA. Measuring regional and district variations in the incidence of pregnancy-induced hypertension in Ghana: challenges, opportunities and implications for maternal and newborn health policy and programmes. Trop Med Int Health. janv 2016;21(1):93-100.

13. Iyoke CA, Ugwu GO, Ezugwu FO, Lawani OL, Onyebuchi AK. Retrospective cohort study of the effects of obesity in early pregnancy on maternal weight gain and obstetric outcomes in an obstetric population in Africa. Int J Womens Health. 14 août 2013;5:501-7.

SERVICE À LA UNE

L'Institut National de Santé Publique de Côte d'Ivoire (INSP) : premier ECHO Superhub en Afrique francophone

Kouassi A. E.[1], Attiah G. J.[1], Tano-Ve A.1, Konaté M.[1], Gbane M.[1], Konan A. A.[1], Yavo W.[1]

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

Auteur correspondant : koasiemilie@gmail.com

Contexte

Depuis 2017, l'Institut National de Santé Publique de Côte d'Ivoire est en partenariat avec l'Université du Nouveau-Mexique (UNM) aux Etats-Unis, pour la mise en œuvre d'une approche d'apprentissage dénommée modèle ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes) c'est-à-dire modèle de développement des communautés de pratiques en vue de l'amélioration continue de la qualité des services et des soins de santé.

Le modèle ECHO, qui est une propriété exclusive de l'UNM, est un modèle innovant créé en 2003 qui développe les connaissances et les capacités des professionnels de santé et des agents de santé communautaires grâce à un mentorat et des enseignements virtuels continus**.** Il améliore l'accès aux soins grâce à la mise à jour des connaissances médicales surtout dans les régions isolées ou à ressources limitées.

Cette approche d'apprentissage a été adoptée en 2017 par l'Institut National de Santé Publique de Côte d'Ivoire (INSP), qui de ce fait est devenu une organisation qui facilite les programmes ECHO ou ECHO hub. L'institut a eu donc pour objectif de développer plusieurs programmes de renforcement de capacités des professionnels de santé en collaboration avec les structures du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle et les Partenaires Techniques et Financiers.

Entre 2017 et 2021, l'INSP a conduit plusieurs programmes de formation selon le modèle ECHO. Ainsi, plus de 3000 prestataires de santé ont été formés sur le VIH, 10000 prestataires sur le COVID-19 et 850 prestataires à la Surveillance Intégrée des Maladies et de la Riposte (SIMR).



Formation nationale sur la lutte contre le Covid19 : 115 sessions, +900établissements sanitaires, 10000 prestataires de soins formés

En Mars 2022, l'INSP a obtenu l'approbation du siège du projet ECHO pour certifier de nouveaux partenaires ECHO ainsi que pour former et soutenir d'autres partenaires ECHO. Il a pour ce faire reçu une formation spéciale pour recruter, former et soutenir de nouveaux partenaires d'ECHO tout au long du processus de mise en œuvre de leurs programmes de formation. Il est devenu ainsi le premier ECHO Superhub en Afrique francophone et devient de ce fait **une référence internationale** en matière de mentorat et d'accompagnement des organisations en Côte d'Ivoire et en Afrique francophone.

Désormais en tant que Supercentre-ECHO, l'INSP assume des missions clés pour soutenir et étendre le modèle ECHO en :

- Créant des ECHO hubs dans les régions sanitaires de la Côte d'Ivoire qui pourront développer des programmes de formation basés sur le modèle ECHO selon leur besoin de formation ;
- Organisant des formations initiales (immersion, formations au modèle ECHO) et proposant un accompagnement continu pour le développement et l'animation de nouveaux programmes ECHO adaptés aux besoins des communautés ;
- Facilitant l'accès aux outils et ressources spécifiques des plateformes technologiques (Box.com, Zoom, iECHO) ;
- Faisant le suivi des données de participation, évaluation des sessions, supervision des équipes des hubs, et adaptation des programmes en fonction des besoins identifiés ;
- Intégrant plusieurs spécialités médicales dans les programmes de formation des ECHO hubs selon un calendrier établi ou à la demande ;
- Facilitant le processus de signature des contrats des nouveaux partenaires avec l'UNM ;
- Partageant les bonnes pratiques acquises par les ECHO hubs entre eux et former ainsi un groupe de praticiens ou une communauté de pratiques.

Ce rôle stratégique positionne l'INSP comme un acteur clé dans l'amélioration des soins de santé et le développement des capacités à travers le modèle ECHO, en répondant efficacement aux besoins des professionnels de santé en Afrique francophone.

Promotion du modèle ECHO en Côte d'Ivoire

Les établissements Publics Hospitaliers Régionaux (EPHR) au nombre de 13 et 2 antennes de l'INSP ont été créés et développent des programmes portant sur les maladies chroniques et les urgences de santé publique.

Au niveau des régions sanitaires, 92 personnes venant de ces établissements ont été formées à l'utilisation du modèle ECHO pour la mise en place des ECHO hubs.

En 48 séances, 550 participants ont été formés à plusieurs thématiques à savoir : Nutrition, Santé Mère et Enfant, Urgences sanitaires, Paludisme, VIH, Hépatites virales, Hygiène hospitalière, Système de référence-contre référence, Maladies Tropicales Négligées, HTA, Diabète, Maladies hématologiques, Qualité des soins, Etc.

216 prestataires issus de 113 districts sanitaires ont vu leur compétence améliorée dans le cadre de la promotion des soins de santé primaires en Côte d'Ivoire à travers des évaluations des pratiques professionnelles par l'analyse de cas. Cette méthode est dénommée programme ECHO-vignettes.

L'INSP a apporté son appui au Programme National de Lutte contre le Cancer (PNLCa) et au Programme National de Santé Mentale (PNSM) pour la mise en œuvre d'un projet ECHO Cancer et d'un programme ECHO Autisme en Côte d'Ivoire.

Contribution à la réponse aux urgences sanitaires émergentes et re-émergentes

L'INSP a apporté une assistance technique à la Représentation Afrique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS-AFRO) pour (i) l'élaboration des documents normatifs e-learning [Guide du formateur, Manuel de l'apprenant] dans le domaine de la gestion des urgences de santé publique en Afrique (Août 2022 Kintélé au Congo) ; (ii) la création de centres d'apprentissage

numérique basés sur le modèle ECHO aux niveaux national et infranational en vue de la préparation et la réponse aux situations d'urgence en Afrique (Projet AVoHC SURGE) en formant 55 Experts issus de 18 pays formés.

L'INSP a également apporté un appui technique à la Mauritanie pour la mise en place d'une communauté de pratiques au sein de son Centre d'Opérations d'Urgences de Santé Publique en décembre 2022.

De novembre 2022 à mars 2023 : 25 sessions ECHO COVID19 bimensuelles ont été organisées avec un taux de participation moyen d'environ 46% de prestataires de soins issus des Hôpitaux Généraux, Centres Hospitaliers Régionaux, Centres Hospitalo-Universitaires ; 25 modules de formation sur la COVID19 portant sur la prévention et contrôle des infections, la communication, la prise en charge, la biologie, la vaccination et le soutien psychologique.

De juillet-décembre 2023, l'INSP a formé, au cours de 10 sessions, 511 auditeurs sur le COVID Long (ECHO COVID Long) provenant d'une trentaine de pays d'Afrique Francophone.

Participation au réseau mondial ECHO

L'INSP a mobilisé onze (11) experts nationaux qui ont participé au Programme West Africa Régional ECHO (WARE) dans les thématiques telles que les vaccins, la Communication des risques, Ebola, Monkeypox, Covid19, Choléra, Rougeole, Stress et drogues).

Les formateurs de ECHO Superhub de l'INSP ont pris une part active à quatre (4) sessions internationales d'immersion ECHO en Juin et Août 2022, Janvier et Juillet 2023.

En termes d'impact immédiat, les programmes de formation utilisant le modèle ECHO ont permis de **(i)** renforcer les connaissances des ressources humaines de la santé dans plusieurs domaines spécialisés, **(ii)** d'accélérer la digitalisation sanitaire de la formation continue en santé en Côte d'Ivoire, **(iii)** et de familiariser les agents de santé aux logiciels de visio-conférence (Zoom, Teams, Iecho, etc.).

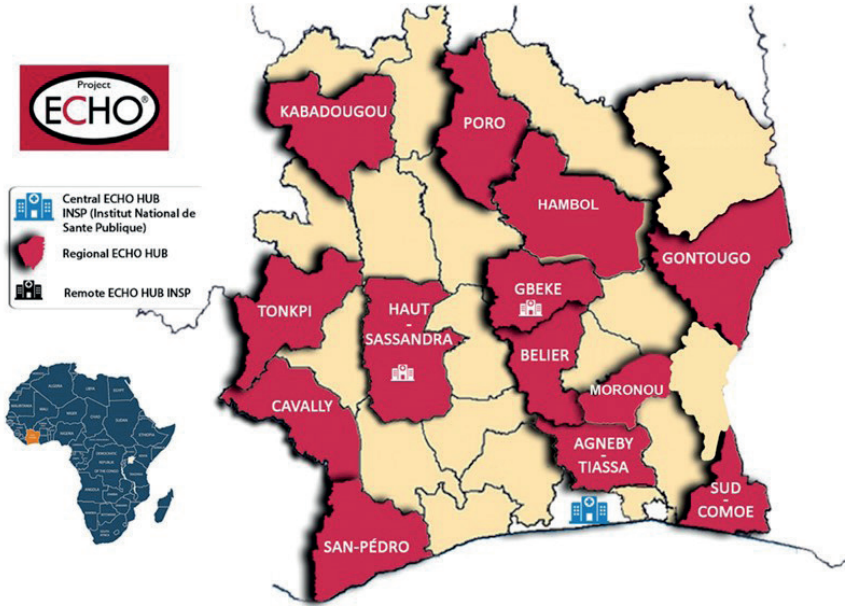
En perspectives, l'INSP compte (i) poursuivre et consolider les pratiques au sein des communautés déjà établies et étendre le réseau entre les professionnels de santé de la Côte d'Ivoire et ceux de l'Afrique francophone ; (ii) partager les résultats des activités de renforcement des capacités des ressources humaines pour la décentralisation des soins spécialisés ; (iii) collaborer avec des institutions nationales de formation pour accroitre la crédibilité et la certification du modèle en Côte d'Ivoire et dans la sous-région africaine, (iv) et rechercher des financements pour la consolidation et la pérennisation (Partenariats Stratégiques avec des ONG, des Institutions multilatérales ou des Universités) et faire le plaidoyer pour l'intégration au Programme des Investissements Publics de l'Etat.

L'expertise de l'INSP est mise à disposition de toute institution désireuse de mettre en place un ECHO hub pour le renforcement des capacités des acteurs de santé.

Avec ECHO « Tous enseignent ! tous apprennent ! »

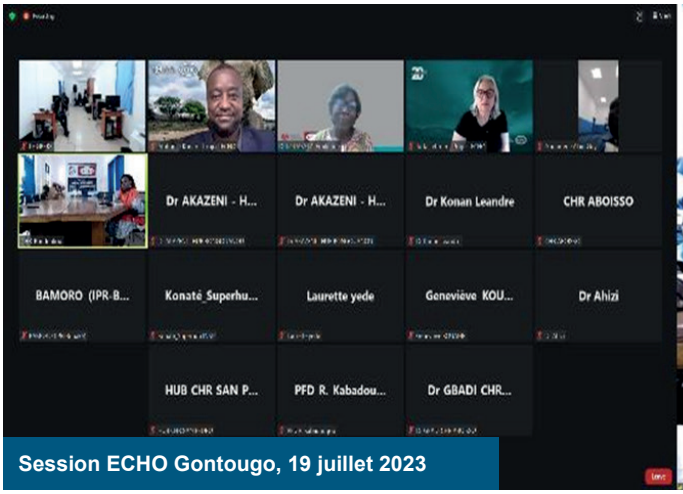
LISTE DES HUBS REGIONAUX

1. CHR D'ABOISSO
2. CHR D'AGBOVILLE
3. CHU DE BOUAKÉ
4. CHR DE DALOA
5. CHR DE KORHOGO
6. CHR DE MAN
7. CHR D'ODIENNE
8. CHR DE SAN-PEDRO
9. CHR DE YAMOUSSOUKRO
10. CHR DE BONDOUKOU
11. IPR INSP BOUAKÉ
12. ANTENNE INSP DALOA
13. CHR de KATIOLA
14. CHR de SOUBRE
15. CHR BONGOUANOU





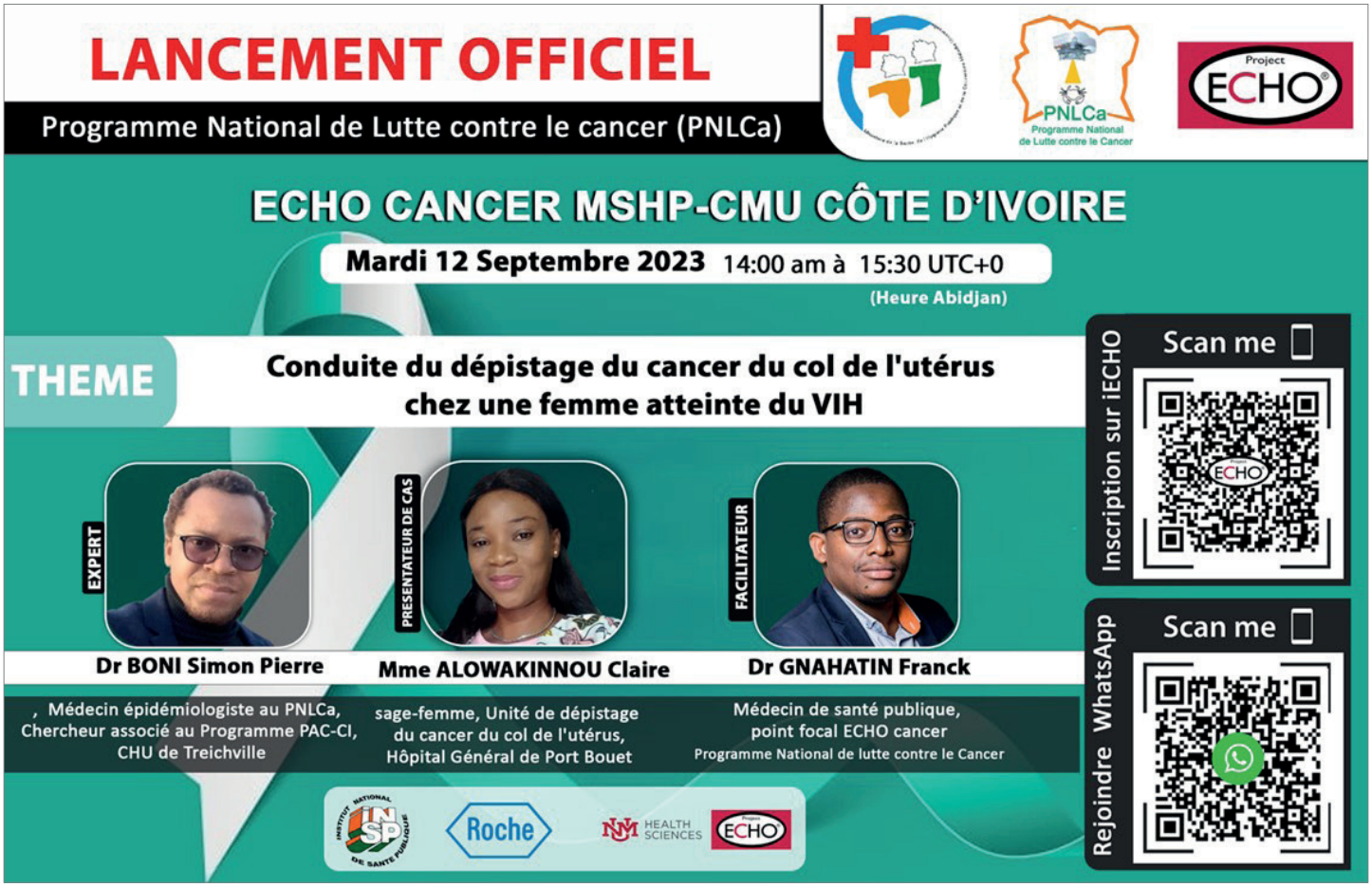
Formation hybride des partenaires ECHO au modèle ECHO, août 2024



Session ECHO Gontougo, 19 juillet 2023




Organisation mondiale de la Santé
LANCEMENT DU PROGRAMME FRANCOPHONE
ECHO AUTISME CÔTE D'IVOIRE
THÈME : INTRODUCTION À L'AUTISME
MERCREDI 31 JUILLET 2024
10H00 - 11H30
EN LIGNE
(+225) 07 47 83 03 85 / 07 00 66 93 54
Groupe WhatsApp du réseau ECHO AUTISME CI
Inscrivez vous sur iECHO pour rejoindre le programme de formation


LANCEMENT OFFICIEL
Programme National de Lutte contre le cancer (PNLCa)
PNLCa Programme National de Lutte contre le Cancer
ECHO CANCER MSHP-CMU CÔTE D'IVOIRE
Mardi 12 Septembre 2023 14:00 am à 15:30 UTC+0
(Heure Abidjan)
THEME
Conduite du dépistage du cancer du col de l'utérus chez une femme atteinte du VIH
EXPERT
Dr BONI Simon Pierre
, Médecin épidémiologiste au PNLCa, Chercheur associé au Programme PAC-CI, CHU de Treichville
PRESENTATEUR DE CAS
Mme ALOWAKINNOU Claire
sage-femme, Unité de dépistage du cancer du col de l'utérus, Hôpital Général de Port Bouet
FACILITATEUR
Dr GNAHATIN Franck
Médecin de santé publique, point focal ECHO cancer
Programme National de lutte contre le Cancer
Inscription sur iECHO
Scan me
Rejoindre WhatsApp
Scan me
Roche
HEALTH SCIENCES

Données de surveillance épidémiologique

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

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
UNION – DISCIPLINE – TRAVAIL

LE VIGILE

Votre Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire N°873/2025-Semaine 21 (du 19/05/2025 au 25/05/2025)

Promptitude des notifications

108 districts sur **113** ont transmis à temps leurs données au cours de la **semaine 21**, soit une promptitude de **95,57%.**
Les districts n'ayant pas notifié sont : Tiassalé, Duekoué, Kouibly, Bettié et Issia.

Fièvre Jaune

Tableau I : Répartition hebdomadaire des cas suspects de Fièvre Jaune, semaine 21, année 2025, Côte d'Ivoire.

Sem	Cas Suspects	Cas Confirmés	Provenance
S21	8	--	Bangolo 1c Biankouma 1c Dimbokro 1c Man 1c Sikensi 2c Treichville-Marcory 2c
S01-S21	242	--*	

Six (06) districts sanitaires ont notifié chacun un cas suspect de fièvre jaune au cours de la semaine 21. Tous les cas ont été prélevés, parmi lesquels aucun cas vacciné.
De la semaine 1 à la semaine 21, un total de **242 cas suspects** ont été notifiés dont dix **(10) cas probables** identifiés par l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire soit un taux de positivité de **4,13%.**
(*) Cas confirmé par l'Institut Pasteur de DAKAR.

Dengue

Tableau II : Répartition hebdomadaire des cas suspects de dengue, semaine 21, année 2025, Côte d'Ivoire.

Sem	Cas Suspects	Cas Confirmés	Provenance des cas suspects
S21	3	--	Adjamé-Plateau-Attécoubé 1c Treichville-Marcory 2c
S01-S21	127	56	

Trois (03) cas suspects de dengue ont été notifié au cours de la semaine 21. Au total **127 cas suspects** ont été enregistrés de la semaine 1 à la semaine 21 dont **56 cas confirmés** avec une prédominance de dengue type 2.

Méningite

Un **(1) cas suspect** de méningite a été notifié dans le district sanitaire de Katiola au cours de la semaine 21. De S01-S21, **56 cas suspects** de méningite ont été notifiés.

Choléra

Aucun cas suspect de choléra n'a été notifié au cours de la semaine 21.

MAPI

Aucun cas suspect de MAPI n'a été notifié au cours de la semaine 21. De S01 à S21, aucun cas suspect de MAPI enregistré dans le DHIS2.

Grippe Aviaire

Aucun cas suspect de grippe aviaire n'a été enregistré depuis le début de l'année 2025.

TNN

Aucun cas suspect n'a été notifié au cours de la semaine 21.

Depuis le début de l'année, 6 cas suspects de TNN ont été notifiés.

Ver de Guinée

Aucun cas suspect de ver de Guinée n'a été notifié depuis le début de l'année 2025.

PFA

Tableau III : Répartition hebdomadaire des cas de PFA, semaine 21, année 2025, Côte d'Ivoire.

Sem	*Cas Suspects*	*Cas Confirmés*	*Provenance*
S21	06	0	Abobo-Est 1c Buyo 1c Cocody-Bingerville 1c Daloa 1c Dianra 1c Grand-Lahou 1c
S01-S21	219	0	

Tous les cas ont été prélevés.

Décès Maternels

Deux (2) cas de décès maternel ont été notifiés au cours de la semaine 21 dans les districts sanitaires **Issia (1c)** et **Yamoussoukro (1c)**. Depuis le début de l'année, **271 décès maternels** ont été notifiés.

Rougeole

Tableau IV : Répartition hebdomadaire des cas suspects de Rougeole, semaine 21, année 2025, Côte d'Ivoire.

Sem	Cas suspects	Cas Confirmés	Provenance des cas suspects
S21	24	6	Adiaké 3c ; 2vaccs Adjamé-Plateau-Attécoubé 1c Bouaké-Nord-Ouest 1c; vacc Buyo 5c; 1vacc Katiola 2c; 1vacc Koumassi 2c Madinani 1c; vacc Man 1c Meagui 2c; 1vacc Odienné 1c Port-Bouet-Vridi 1c Sikensi 1c Toumodi 1c Yamoussoukro 2c ; vaccs
S01-S21	1966	665	

Quatorze (14) districts sanitaires ont notifié 24 cas suspects de rougeole. **87,50 %** des cas suspects ont été prélevés. La proportion de vaccinés était de **37,5%**. Les **cas confirmés** de la semaine 21 proviennent des 08 districts suivants : **Adjamé-Plateau-Attecoubé 1c, Meagui 1c, Odienné 1c, Sikensi 1c et Yamoussoukro 2c.**
Le district de **Sikensi** est en épidémie de rougeole.

Service de Surveillance Epidémiologique de l'Institut National d'Hygiène Publique E-mail : episurvinhp@gmail.com Tel/Fax : 29-21-29-35-11 / cell : 05 05 47 74 04 67

Grippe

Tableau V : Répartition hebdomadaire des cas suspects de grippe, semaine 21, année 2025, Côte d'Ivoire.

Sem	*Cas suspect*	*Positif grippe*	*Positif covid*	*Sites sentinelles*
S21	69	-	-	FSU Yopougon Attié 12c HG Agnibilékrou 2c CHR Korhogo 13c CHU Bouaké 12c CHR Man 14c MACA 11c CHR San-Pedro 5c
S01-S21	**1484**	**60**	**38**	

La surveillance sentinelle de la grippe saisonnière a permis de détecter 60 cas de grippe dont 39 de type A, 21 de type B et 38 cas de Covid-19 de S01-S21.

Point sur l'épidémie Mpox (Variole simienne)

Tableau VI : Répartition hebdomadaire des cas suspects de la Mpox, semaine 21, année 2025, Côte d'Ivoire.

Sem	Cas suspects	Cas Confirmés	Provenance
S21	5	1	Toulepleu 2c Toumodi 1c Treichville-Marcory 2c
S01-S21	**203**	**24**	

Cinq (5) cas suspects de Mpox ont été notifiés au cours de la semaine 21 dans 3 districts sanitaires. Les prélèvements sont en cours d'analyses.
De S01 à S21, **203 cas suspects** ont été notifiés dont **24 cas confirmés.**

Suite à l'épidémie de Mpox déclarée depuis le 1er juillet 2024 en Côte d'Ivoire, un total de **697 cas suspects** a été détecté dont **131 cas confirmés** dans **37 districts sanitaires** et un décès parmi les cas confirmés.
Il est recommandé à tous les districts sanitaires de maintenir les capacités de surveillance dans tous les centres de santé y compris les portes d'entrées.

Tableau VII : Récapitulatif des cas suspects des maladies à potentiel épidémique

	Année 2025	*Année 2024*		Cumul 2025	Cumul 2024	Cumul 2024
	Semaine 21	*S01-S52*		S01-S21	S01-S21	S01- S52
	Cas suspects	*Médiane*	*Maximum*			
Fièvre Jaune	**8**	**20**	**36**	**242**	**561**	**1048**
Choléra	**0**	**1**	**2**	**0**	**2**	**5**
Rougeole	**24**	**95**	**592**	**1966**	**7328**	**9493**
Méningite	**1**	**3**	**7**	**56**	**55**	**114**
PFA	**06**	**16**	**49**	**219**	**531**	**936**
TNN	**0**	**1**	**1**	**6**	**7**	**13**
Grippe	**69**	**86**	**171**	**1484**	**1818**	**4642**
Décès Maternel *	**2**	**16**	**29**	**271**	**418**	**837**

(*) Ce sont des cas de décès


Bon à
Savoir

Parole d'expert

Interview avec Hugues AHIBOH, PharmD, PhD Biochem

1. Présentez-vous SVP

Je suis Hugues AHIBOH, PharmD, PhD Biochem,

- Maître de Conférences Agrégé à l'UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université Félix Houphouët-Boigny ;
- Biologiste au Centre de Diagnostic et de Recherche sur le SIDA et les autres maladies infectieuses (CeDReS) situé dans l'enceinte du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville à Abidjan.
- Praticien en data science,
- Passionné de science fondamentale et science appliquée au service du développement et des hommes



2. Que faut-il comprendre par big data et intelligence artificielle ?

Le terme *Big Data* désigne des ensembles de données informatives très variées, produites rapidement, en grande quantité, et trop complexes pour être traitées par des outils classiques de gestion de base de données (smartphones, les productions de l'internet, ...). Nous en produisons tout le temps sans en avoir conscience surtout dans notre pratique professionnelle. Environ 30 % des données colligées par l'homme le sont dans la santé.

L'intelligence artificielle (IA) est l'ensemble des technologies qui permettent à des ordinateurs, des robots, de raisonner, d'apprendre, de prendre des décisions. Elles simulent les capacités de connaissance des êtres humains. Le concept existe depuis la fin de la 2ème guerre mondiale mais c'est la puissance de calcul des ordinateurs actuels qui lui a donné les capacités qu'elle a aujourd'hui. Suivant les technologies utilisées, on parlera de *Machine Learning* ou de *Deep Learning*.

3. En quoi le big data et l'intelligence artificielle peuvent-ils être utiles au secteur de la santé ?

Même si l'IA fait actuellement l'objet de courses à gros investissements, elle reste une révolution technologique accessible aux pays les moins avancés. Quatre révolutions industrielles se sont succédé. Si nous (les ivoiriens d'aujourd'hui) n'étions pas contemporains des trois premières révolutions, nous le sommes de la 4ème. C'est l'industrie 4.0 et elle est en cours. C'est la convergence des technologies numériques avec les technologies physiques de production. L'industrie 4.0 appliquée à la santé, c'est l'IA en santé, entre autres.

De manière concrète, les technologies de l'IA en santé permettent de :

- Modéliser des voies métaboliques, qu'elles soient physiologiques ou pathologiques ;
- Découvrir de nouveaux récepteurs moléculaires et des biomédicaments ;
- Concevoir et fabriquer des molécules bioactives ;
- Découvrir les facteurs de déclenchement des maladies (facteurs biologiques, environnementaux, alimentaires, sociologiques...) ;
- Diagnostiquer et pronostiquer des maladies ;
- Optimiser les protocoles thérapeutiques, voire personnaliser les traitements ;
- Prévoir des épidémies et anticiper les actions à mener ;
- Optimiser les interactions praticiens-patients.

Ces avancées dans les tâches et activités de santé se font avec des performances qui surpassent bien souvent celles des êtres humains, et ce à des coûts moindres et en des laps de temps très courts. Tous les corps de métier de la santé tirent profit de l'IA.

4. Quels sont les défis à l'utilisation du data et de l'intelligence artificielle dans le secteur de la santé ?

Tous les corps de métiers de la santé sont remaniés. Il ne faudrait pas s'étonner ni craindre que certains corps de métiers disparaissent progressivement. Il en a toujours été ainsi. En voici quelques exemples :

- Le médecin radiologue tout comme le pharmacien-biologiste muent en responsable qualité et gestionnaire de données plus qu'en analyste.
- Le pharmacien d'officine évoluera vers un rôle plus clinique du fait de l'assistance IA de la dispensation et d'autres activités (e-prescription, télépharmacie, livraison à domicile…).
- Moins de pharmaciens grossistes-répartiteurs au niveau des centrales d'achat et des agences de distribution…). Pour les commandes de médicaments, l'utilisation des systèmes IA-assisté (voire robotisé) tiennent compte de l'épidémiologie régionale, des données locales de santé publique, des saisons, des paramètres météorologiques, des commandes précédentes, des contraintes des fournisseurs, des ruptures locales ou générales, des bioéquivalences pharmacologiques etc.

Les gains de temps et les performances de l'IA vont modifier les attentes que l'on a du professionnel de santé. De nouveaux métiers en santé sont déjà apparus : pharmacien data scientist (pharmacométricien), spécialistes en validation/éthique des IA médicales, télépharmacien, praticien coordinateur de parcours de soins, pharmacien éthicien Etc.

Ce n'est pas demain ; cela a déjà commencé.

5. Quelle stratégie big data et intelligence artificielle faut-il mettre en place pour améliorer les performances du secteur de la santé ?

Dans un contexte d'IA-assistance professionnelle, les connaissances et les compétences d'analyse et de synthèse du professionnel de santé sont toujours requises. Il doit garder ses capacités critiques pour prendre des décisions tout en s'appuyant sur l'IA-assistance sans pour autant lui abandonner tout le travail.

Pour cela, il faut former et se former pour ne pas aliéner ses compétences à l'IA.

D'un autre côté, il faut faire parler les données issues des pratiques professionnelles. Les données sont générées tous les jours dans la pratique professionnelle. Il faut donc systématiser la collecte des données (informatives, de qualité, volumineuses, diversifiées et à croissance rapide).

Les curricula de formation des professionnels de santé devraient très vite intégrer des modules de formation de *Data Science* (science des données).

Les institutions politiques, administratives et professionnelles devraient faciliter et œuvrer à la promotion des *Open Data.* Ce sont des données ouvertes, partagées et libres d'exploitation une fois que leurs auteurs en ont terminé l'exploitation. Les données ouvertes trouvent leur plein potentiel lorsque des personnes aux compétences ou perspectives différentes, en révèlent des usages inattendus à forte valeur ajoutée.

Bien sûr comme toute nouvelle technologie, il est nécessaire d'en encadrer l'usage aux niveaux juridiques, réglementaires et déontologiques. Des équipes pluridisciplinaires devraient travailler à proposer des textes qui protègent la santé des populations.

6. Est-ce qu'il y a d'autres aspects de l'intelligence artificielle que vous pourriez partager avec les abonnés du BSP-CI ?

L'engagement contractuel des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, infirmiers…) vis-à-vis des clients (anciennement appelés patients) est celui d'une obligation de moyens. En effet, ils doivent déployer les moyens nécessaires et existants pour atteindre l'objectif de la prise en charge médicale du patient. Dans un contexte de démocratisation progressive de l'information scientifique médicale, ne pas optimiser sa pratique médicale, exposerait le professionnel de santé à des poursuites judiciaires et/ou disciplinaires. De plus, le risque de voir des clients privilégier le recours aux tribunaux pour trancher des litiges plutôt qu'à l'accord amiable ou à la médiation est à prendre en considération dans les métiers de la santé.

UNION ECONOMIQUE ET MONETAIRE OUEST AFRICAINE

Le Conseil des Ministres

DIRECTIVE N°06/2008/CM/UEMOA RELATIVE A LA LIBRE CIRCULATION ET A L'ETABLISSEMENT DES PHARMACIENS RESSORTISSANTS DE L'UNION AU SEIN DE L'ESPACE UEMOA

LE CONSEIL DES MINISTRES DE L'UNION ECONOMIQUE ET MONETAIRE OUEST AFRICAINE (UEMOA)

Vu le Traité de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine, notamment en ses articles 4, 6, 16, 20 à 26, 42 à 45, 60, 61, 76, 91 à 93 ;

Considérant qu'aux termes des articles 4, 91 et 92 dudit Traité, les Etats membres se sont engagés à créer un marché commun basé sur la libre circulation des personnes, des biens, des services, des capitaux et le droit d'établissement des personnes exerçant une activité indépendante ou salariée ;

Considérant l'approbation, faite à NIAMEY le 30 mars 2005 par la Conférence des Chefs d'Etat et de Gouvernement, de la démarche progressive proposée par la Commission en vue d'une mise en œuvre efficiente des libertés de circulation des personnes, de résidence, de prestation de services et du droit d'établissement au sein de l'Union ;

Considérant que la réalisation des objectifs communautaires, notamment la libre circulation des personnes et le droit d'établissement des personnes exerçant des professions libérales, nécessite, entre autres, la faculté pour les Pharmaciens d'exercer librement leur profession au sein de l'espace communautaire ;

Considérant les recommandations issues de la quatrième session du Conseil sectoriel des Ministres chargés de la Santé des Etats membres de l'UEMOA, tenue à Ouagadougou le 29 septembre 2005 ;

Sur proposition de la Commission ;

Après avis du Comité des Experts Statutaire, en date du 20 juin 2008 ;

EDICTE LA DIRECTIVE DONT LA TENEUR SUIT :

Chapitre I : Des définitions

Article premier : Aux fins de la présente Directive, on entend par :

- **CAMES** : Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur ;
- **Collège des Présidents** : Collège regroupant tous les Présidents en exercice des Ordres des Pharmaciens des Etats membres de l'Union;
- **Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens** : structure de gestion de l'Ordre chargée de la mise en œuvre de la loi portant organisation des Ordres et du respect du code de déontologie ;
- **Droit d'établissement** : le droit reconnu aux ressortissants de l'UEMOA par l'article 92 de son Traité ;
- **Enregistrement** : indication portée dans un registre concernant un Pharmacien en exercice temporaire par l'Ordre des Pharmaciens du pays d'accueil ;
- **Etablissement pharmaceutique** : toute structure dont l'ouverture, l'exploitation et le fonctionnement exigent l'engagement du diplôme et la présence d'un Pharmacien ;
- **Etat membre** : Tout Etat partie prenante au Traité de l'UEMOA ;
- **Inscription** : indication portée dans un Tableau concernant un Pharmacien, en exercice permanent, par l'Ordre des Pharmaciens d'un Etat membre de l'Union ;
- **Lettre d'introduction** : lettre par laquelle le Président de l'Ordre du pays d'origine ou de provenance atteste de la moralité et de l'aptitude du requérant à s'expatrier ;
- **Liberté de circulation** : la liberté reconnue aux ressortissants de l'UEMOA par l'article 91 de son Traité ;
- **Ordre** : Ordre National des Pharmaciens ;
- **Pays d'accueil** : pays de l'espace UEMOA au sein duquel le Pharmacien postulant souhaite exercer son art ;
- **Pays d'origine** : pays de l'espace UEMOA au sein duquel le Pharmacien peut exercer son art et en possède la nationalité ;
- **Pays de provenance** : pays de l'espace UEMOA au sein duquel le postulant exerce son art sans en avoir la nationalité ;
- **Pharmacien** : Pharmacien ressortissant de l'Union titulaire d'un diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie ou de tout autre diplôme de pharmacien reconnu équivalent ;
- **UEMOA** : Union Economique et Monétaire Ouest Africaine ;
- **Union** : Union Economique et Monétaire Ouest Africaine.

Chapitre II : De l'objet et du champ d'application

Article 2 : La présente Directive a pour objet de faciliter la libre circulation et l'établissement des Pharmaciens ressortissants de l'Union au sein de l'espace UEMOA.

Article 3 : Les dispositions nationales, législatives, réglementaires ou conventionnelles demeurent applicables à condition qu'elles ne soient pas contraires aux dispositions de la présente Directive.

Chapitre III : **De la liberté de circulation et du droit d'établissement des Pharmaciens ressortissants de l'Union au sein de l'espace UEMOA**

Article 4 : La liberté de circulation et d'exercice de la profession de pharmacien comporte le droit d'exercer toutes les activités pharmaceutiques ou de procéder à tous les actes pour lesquels le Pharmacien est dûment habilité dans son pays d'origine ou de provenance et ce, dans les limites de la validité de son acte d'enregistrement dans le pays d'accueil.

Indépendamment de l'obligation de se soumettre dans les mêmes conditions aux règles déontologiques et aux prescriptions légales régissant la profession de pharmaciens du pays d'accueil, le pharmacien demeure soumis à l'obligation d'exercice personnel édictée par les règles professionnelles et déontologiques de son art.

Article 5 : Tout Pharmacien ressortissant de l'Union régulièrement inscrit à l'Ordre National des Pharmaciens d'un Etat membre de l'UEMOA peut librement exercer sa profession de façon temporaire, à titre indépendant ou salarié, dans tout autre Etat membre de l'Union, aux conditions ci-après :

- être titulaire d'un diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie ou de tout autre diplôme de pharmacien reconnu équivalent et, en plus, pour le spécialiste, du ou des diplômes ou certificats de spécialités reconnus par le Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES) ;

- être en possession d'une lettre d'introduction du Président du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens du pays d'origine ou de provenance ;

- être enregistré au Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens du pays d'accueil.

Article 6 : Tout Pharmacien ressortissant de l'Union, régulièrement inscrit à l'Ordre National des Pharmaciens d'un Etat membre de l'UEMOA a le droit de s'établir, à titre permanent, dans tout Etat membre de l'Union pour y exercer son art.

Le droit de s'établir et d'exercer, à titre permanent, la profession de Pharmacien comporte notamment le droit d'être propriétaire d'un établissement pharmaceutique.

Toutefois, nul ne peut être inscrit à deux Ordres à la fois.

Article 7 : Toute demande d'établissement doit contenir les pièces ci-après :

- les documents exigés pour l'installation de ses nationaux par la législation et la réglementation du pays d'accueil ;

- un rapport du Président du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens du pays d'origine ou de provenance sur la situation professionnelle et disciplinaire du postulant ;

- une copie certifiée conforme du certificat d'inscription à l'Ordre du pays d'origine ou de provenance.

La demande est adressée par le postulant, en trois exemplaires, au Conseil national de l'Ordre des Pharmaciens du pays d'origine ou de provenance aux fins de transmission au Conseil national de l'Ordre des Pharmaciens du pays d'accueil, et, de soumission à l'autorité sanitaire compétente du pays d'accueil, laquelle est tenue de statuer dans un délai maximum de trois (3) mois, par décision motivée à partir de la date de réception du dossier.

Article 8: Le droit d'établissement, tel que prévu à l'Article 6, est subordonné à l'autorisation du Ministre chargé de la Santé du pays d'accueil après avis du Conseil National de l'Ordre.

L'autorisation visée à l'alinéa précédent implique la cessation de l'appartenance à l'Ordre National du pays d'origine ou de provenance, sur rapport du Président du Conseil National de l'Ordre du pays d'accueil.

Chapitre IV : Des procédures disciplinaires

Article 9: Les règles de procédures, les sanctions disciplinaires et les voies de recours prévues par la législation du pays d'accueil sont applicables aux Pharmaciens y exerçant en application de la présente Directive.

Article 10 : Le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens du pays d'accueil informe le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens du pays d'origine ou de provenance ainsi que le Collège des Présidents des Conseils Nationaux des Ordres des Pharmaciens, visé à l'article 13, de toutes sanctions disciplinaires à l'encontre du Pharmacien concerné.

Article 11 : La radiation ainsi que les décisions prononçant des sanctions disciplinaires doivent être motivées. Elles sont susceptibles de recours conformément aux règles applicables dans le pays d'accueil.

Article 12 : Le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens du pays d'origine ou de provenance et le Collège des Présidents des Conseils Nationaux, visé à l'Article 13, sont informés de la décision prise par le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens du pays d'accueil.

La décision disciplinaire produit ses effets dans le pays d'accueil et le pays d'origine ou de provenance dès sa notification à l'intéressé ; elle produit ses effets dans les autres Etats membres de l'Union à compter de sa notification aux Ordres Nationaux et à la Commission de l'UEMOA.

Chapitre V : **Des dispositions finales**

Article 13 : Dans le cadre de la mise en œuvre de la présente Directive, il est institué un Collège des Présidents en exercice des Conseils Nationaux des Ordres des Pharmaciens des Etats membres de l'UEMOA.
La Commission de l'UEMOA est habilitée à définir par voie de décision les attributions, l'organisation et les modalités de fonctionnement dudit Collège.

Article 14 : Les Etats membres de l'Union prennent les dispositions législatives, réglementaires et administratives nécessaires à la mise en œuvre de la présente Directive, au plus tard le 31 décembre 2009. Ces dispositions sont notifiées à la Commission de l'UEMOA dès leur adoption.

Les actes juridiques arrêtés contiendront une référence à la présente Directive ou seront accompagnés d'une telle référence lors de leur publication officielle.

Chapitre VI : **De l'entrée en vigueur**

Article 15 : La présente Directive qui entre en vigueur à compter de sa date de signature, sera publiée au Bulletin Officiel de l'UEMOA.

Fait à Dakar, le 26 juin 2008

Pour le Conseil des Ministres,
Le Président,

Charles Koffi DIBY

ONP-CI

ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS DECÔTE D'IVOIRE
Crée par la loi n°60-272 du 2 septembre 1960

LE CONSEIL NATIONAL

N/Réf. : 177 / CNOP/P/DA/GN/25 Abidjan le 11 juin 2025

Président :

Dr. DIARRA Arounan
Pharmacie d'Andokoi - Yopougon
Tel.: 23 46 59 52 - 01 01 47 51 81

Vice -Président :

Dr. TANOE ANGOUA Emma
Pharmacie des Finances - Plateau
Tél. : 20 30 39 50 – 07 07 07 22 95

Secrétaire Général :

Dr. BONI Hervé
Pharmacie des Cités Synacassci
Tél. : 22 00 13 15 – 07 07 01 47 12

Trésorier :

Dr. BALECOIDJO V. I. Anita
Pharmacie Catherine - Samo
Tel. : 07 07 82 67 01

Membres élus :

Dr. BLE Olivier
Ubipharm-ci
Tel. : 01 01 01 50 02

Dr. ISSOUFOU Kouakou
MEDISOURCE
Cel. : 05 56 13 11 11

Dr. ADHOUT Claver
Pharmacie Carrefour BOBY – Yop.
Tél. : 07 07 27 97 17

Dr. THIAM Demba
Pharmacie Néro–Grand-Bereby
Cel. : 07 07 03 83 92

Prof. Ag. VANGA BOSSON Henriette
UFR SPB-UFHB-Cocody
Cel. : 07 07 85 46 59

Dr. AMICHIA Attoumo Magloire
CHU de Treichville
Cel. : 05 04 24 15 15

Membres nommés :

Dr DUNCAN Rachel
Directeur de la Direction de l'Activité Pharmaceutique
Tel. : 27 21 35 13 23

Prof. OUATTARA MAHAMA
Doyen UFR SPB-UFHB-Cocody
Tel. : 07 08 74 10 23

Mme OUATTARA Yra Elise
Magistrat titulaire
Tel. : 07 07 46 23 09

M. AKO YAPI ELOI
Magistrat Suppléant
Tel. : 01 02 96 69 80

INFORMATION AUX CONSOEURS ET CONFRERES

Relative à la

Réforme de la loi sur l'exercice de la pharmacie et l'organisation de l'Ordre des Pharmaciens de Côte d'ivoire : La transposition de la Directive n°06/2008/CM/UEMOA portant sur la liberté de circulation et du droit d'établissement des Pharmaciens ressortissants de l'Union au sein de l'espace UEMOA

Chères consœurs, chers confrères

Le 05 juin 2025 à Yamoussoukro, la Commission des Affaires Sociales et Culturelles (CASC) du Sénat ivoirien a adopté un projet de loi modifiant les articles 13 et 14 de la loi n°2015-533 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice de la pharmacie et l'article 18 de la loi n°2015-535 du 20 juillet 2015 portant organisation de l'Ordre National des Pharmaciens de Côte d'Ivoire. Cette réforme répond à une volonté affirmée de mise en conformité de nos textes législatifs avec les engagements communautaires de notre pays au sein de l'Union Économique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA) depuis 2008 conformément à la directive n° 6/2008/CM/UEMOA du 26 juin 2008.

Un cadre juridique plus adapté

Depuis 2015, la Côte d'Ivoire s'est dotée d'un cadre juridique rigoureux garantissant un exercice professionnel de la pharmacie fondé sur la qualité de la formation, la compétence, la reconnaissance des qualifications, l'éthique et la protection de la santé publique.

Cependant, des évaluations récentes, notamment celles de la Commission de l'UEMOA, ont mis en lumière certaines insuffisances juridiques, notamment :

- Les articles 13 et 14 de la loi 533 et 18 de la loi 535 de 2015 qui manquaient de clarté concernant la transposition des règles communautaires ;
- L'article 14 introduisait une condition de réciprocité généralisée, y compris à l'égard des ressortissants de l'UEMOA, en contradiction avec les principes de libre circulation énoncés dans la Directive.

Un cadre clarifié et une souveraineté renforcée

La réforme adoptée par la CASC du Sénat renforce le socle existant en clarifiant les conditions d'accès à la profession pharmaceutique, tout en assurant une articulation équilibrée entre l'intégration régionale et le respect strict de la souveraineté nationale.

II PLATEAUX – VALLON – DERRIERE LA PHARMACIE SAINT GIL-NON LOIN DU GROUPE SNEDAÏ
06 – B.P. 942 ABIDJAN 06
TEL.: 22 41 06 47 – FAX: 22 41 86 63 – Site Web: http://www.ordrepharmacien.ci
E-mail: secretariat@ordrepharmacien.ci/info@ordrepharmacien.ci

ONP-CI

ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS DECÔTE D'IVOIRE
Crée par la loi n°60-272 du 2 septembre 1960

LE CONSEIL NATIONAL

Président :

Dr. DIARRA Arounan
Pharmacie d'Andokoi - Yopougon
Tel.: 23 46 59 52 - 01 01 47 51 81

Vice -Président :

Dr. TANOE ANGOUA Emma
Pharmacie des Finances - Plateau
Tél. : 20 30 39 50 – 07 07 07 22 95

Secrétaire Général :

Dr. BONI Hervé
Pharmacie des Cités Synacassci
Tél. : 22 00 13 15 – 07 07 01 47 12

Trésorier :

Dr. BALECOIDJO V. I. Anita
Pharmacie Catherine - Samo
Tel. : 07 07 82 67 01

Membres élus :

Dr. BLE Olivier
Ubipharm-ci
Tel. : 01 01 01 50 02

Dr. ISSOUFOU Kouakou
MEDISOURCE
Cel. : 05 56 13 11 11

Dr. ADHOUT Claver
Pharmacie Carrefour BOBY – Yop.
Tél. : 07 07 27 97 17

Dr. THIAM Demba
Pharmacie Néro-Grand-Bereby
Cel. : 07 07 03 83 92

Prof. Ag. VANGA BOSSON Henriette
UFR SPB-UFHB-Cocody
Cel. : 07 07 85 46 59

Dr. AMICHIA Attoumo Magloire
CHU de Treichville
Cel. : 05 04 24 15 15

Membres nommés :

Dr DUNCAN Rachel
Directeur de la Direction de l'Activité Pharmaceutique
Tel. : 27 21 35 13 23

Prof. OUATTARA MAHAMA
Doyen UFR SPB-UFHB-Cocody
Tel. : 07 08 74 10 23

Mme OUATTARA Yra Elise
Magistrat titulaire
Tel. : 07 07 46 23 09

M. AKO YAPI ELOI
Magistrat Suppléant
Tel. : 01 02 96 69 80

Elle permet notamment de :

- **Clarifier les conditions d'exercice** : les ressortissants des États membres de l'UEMOA qui exercent depuis la loi de 2015 en Côte d'Ivoire le feront désormais dans le strict respect des critères de compétence et de reconnaissance académique ;
- **Restreindre la condition de réciprocité** aux ressortissants des pays tiers (non membres de l'UEMOA), conformément au principe de souveraineté nationale ;
- **Maintenir des conditions d'accès strictes**, définies par la loi ivoirienne, afin de préserver l'excellence professionnelle, la sécurité du système de santé et la protection des usagers.

Les conditions d'exercice de la profession pharmaceutique en Côte d'Ivoire

Pour exercer légalement la pharmacie en Côte d'Ivoire, toute personne doit remplir l'ensemble des conditions suivantes :

1. Être de bonne moralité ;
2. Être titulaire du Diplôme National d'État de Docteur en Pharmacie. Les diplômés d'universités étrangères doivent obligatoirement présenter :
   - Une attestation d'équivalence délivrée par les autorités ivoiriennes compétentes ;
   - Un certificat de conformité des curricula de formation, validé par une faculté de pharmacie publique ivoirienne ;
3. Être de nationalité ivoirienne ou ressortissant d'un État membre de l'UEMOA, conformément aux traités communautaires en vigueur ;
4. Être inscrit à l'Ordre National des Pharmaciens de Côte d'Ivoire (ONP-CI), suivant les modalités définies par l'article 18 modifié de la loi n°2015-535 du 20 juillet 2015 portant organisation de l'ONP-CI ;
5. Pour les ressortissants de pays tiers, la condition de **réciprocité** s'applique : seuls ceux dont les États accordent aux pharmaciens ivoiriens le droit d'exercer sur leur territoire peuvent bénéficier du même droit en Côte d'Ivoire, dans le respect des dispositions législatives et règlementaires en vigueur.

Une profession protégée, un engagement clair et un public rassuré

Contrairement à certaines interprétations quelque peu alarmistes, cette réforme **ne constitue pas une ouverture incontrôlée** de la profession pharmaceutique aux étrangers. Elle renforce au contraire les mécanismes de contrôle, la reconnaissance des diplômes et les conditions d'inscription à l'Ordre, tout en veillant à ce que seuls les professionnels qualifiés, de bonne moralité et formés selon des standards rigoureux, puissent exercer sur le territoire national. A ce titre, une concertation de l'ensemble des acteurs de la profession est en cours pour répondre au mieux aux différentes interrogations.

ONP-CI

ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS DECÔTE D'IVOIRE
Crée par la loi n°60-272 du 2 septembre 1960

LE CONSEIL NATIONAL

Président :

Dr. DIARRA Arounan
Pharmacie d'Andokoi - Yopougon
Tel.: 23 46 59 52 - 01 01 47 51 81

Vice -Président :

Dr. TANOE ANGOUA Emma
Pharmacie des Finances - Plateau
Tél. : 20 30 39 50 – 07 07 07 22 95

Secrétaire Général :

Dr. BONI Hervé
Pharmacie des Cités Synacassci
Tél. : 22 00 13 15 – 07 07 01 47 12

Trésorier :

Dr. BALECOIDJO V. I. Anita
Pharmacie Catherine - Samo
Tel. : 07 07 82 67 01

Membres élus :

Dr. BLE Olivier
Ubipharm-ci
Tel. : 01 01 01 50 02

Dr. ISSOUFOU Kouakou
MEDISOURCE
Cel. : 05 56 13 11 11

Dr. ADHOUT Claver
Pharmacie Carrefour BOBY – Yop.
Tél. : 07 07 27 97 17

Dr. THIAM Demba
Pharmacie Néro-Grand-Bereby
Cel. : 07 07 03 83 92

Prof. Ag. VANGA BOSSON Henriette
UFR SPB-UFHB-Cocody
Cel. : 07 07 85 46 59

Dr. AMICHIA Attoumo Magloire
CHU de Treichville
Cel. : 05 04 24 15 15

Membres nommés :

Dr DUNCAN Rachel
Directeur de la Direction de l'Activité Pharmaceutique
Tel. : 27 21 35 13 23

Prof. OUATTARA MAHAMA
Doyen UFR SPB-UFHB-Cocody
Tel. : 07 08 74 10 23

Mme OUATTARA Yra Elise
Magistrat titulaire
Tel. : 07 07 46 23 09

M. AKO YAPI ELOI
Magistrat Suppléant
Tel. : 01 02 96 69 80

La Directive UEMOA fait une différence entre **l'exercice de la pharmacie de façon temporaire** et **l'établissement à titre permanent** en vue de créer une entreprise pharmaceutique. Pour chacune de ces activités l'Ordre National des pharmaciens de Côte d'Ivoire rassure les consœurs et confrères de son implication entière dans le processus.

En conclusion, l'Ordre national des pharmaciens de Côte d'Ivoire :

- Réaffirme son attachement à la **qualité des soins** et à la **sécurité sanitaire** des populations ;
- Maintient son **contrôle rigoureux sur la mise en œuvre de la Directive de l'UEMOA pour ce qui concerne l'exercice et l'établissement des pharmaciens ;**
- S'engage conformément aux dispositions législatives et réglementaires à prendre les sanctions disciplinaires nécessaires en cas de dérive ou de compromission professionnelle pour protéger la santé de nos populations.

Confraternellement !

Pour le Conseil National :
Le Président



Dr DIARRA Arounan

II PLATEAUX – VALLON – DERRIERE LA PHARMACIE SAINT GIL-NON LOIN DU GROUPE SNEDAÏ
06 – B.P. 942 ABIDJAN 06
TEL.: 22 41 06 47 – FAX: 22 41 86 63 – Site Web: http://www.ordrepharmacien.ci
E-mail: secretariat@ordrepharmacien.ci/info@ordrepharmacien.ci

INSTITUT NATIONAL D'HYGIENE PUBLIQUE

JOURNÉES SCIENTIFIQUES 2025

2ème Symposium de la SISP
& 3ème Journées Scientifiques de l'INHP

30-31 Juillet 2025

INHP Treichville







ONE HEALTH

Thème :

Gestion des risques sanitaires

- Veille sanitaire et innovations technologiques
- Gestion des déchets sanitaires et risques environnementaux
- Risques sanitaires en milieu professionnel
- Prévention vaccinale
- Approches One-Health pour une gestion holistique des risques sanitaires
- Aspects socio-économiques de la gestion des risques sanitaires
- Communications libres

AU PROGRAMME

Conférences plénières

Panels – Tables rondes

Communications orales

Communications affichées

Visites de stands d'exposition

Appel à communication

- **Début :** 01 février 2025
- **Clôture:** 15 avril 2025

- **Structure :** Introduction, Méthodes, Résultats et Discussion
- **Mots maximum :** 250

- **Adresse de soumission :** https://sites.google.com/view/js2025sispinhp/accueil

Frais de participation

Internes des hôpitaux, Etudiants	*Médecins, Chercheurs, Vétérinaires, Environnementalistes, autres professionnels de santé et autres participants*	*Enseignants de rang A, Maitres et Directeurs de recherche*
20 000 FCFA	30 000 FCFA	50 000 FCFA

Scan me pour vous pré-inscrire

Infoline: +225 01 03 26 51 09 / +225 07 09 48 04 38 / +225 05 76 72 63 63

Code abonnement

Code Appel à communication et recommandations aux auteurs

Partenaires institutionnels

INSTTITUT NATIONAL D'HYGIENE PUBLIQUE

GHSA Global Health Security Agenda
prevent, detect, respond!

Partenaires financiers

Bloomberg Philanthropies

DATA FOR HEALTH INITIATIVE

Vital Strategies

Public Health Institutes of the World
IANPHI

CDC
Centers for Disease Control and Prevention

EMORY UNIVERSITY

BSP CI
Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire