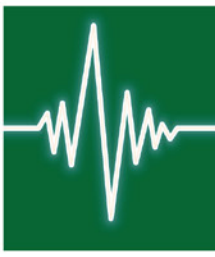
BSP CI
Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire

Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire





Février 2026

Volume 004,
Numéro 01

SOMMAIRE

03 **Éditorial**

04 **Actualités**

Actualités du BSPCI

- Réunion de la Communauté de pratiques des Public Health Bulletin
- Étude d'évaluation d'impact du Bulletin de Santé Publique-Côte d'Ivoire : les enquêteurs formés et équipés pour la collecte des données
- Atelier de restitution des résultats de l'évaluation sur la mise en œuvre du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSPCI)

Actualités des partenaires

- Lancement officiel des activités de la Société Africaine des Sciences Analytiques et Contrôle Qualité (2SACQ) : une nouvelle ère pour l'excellence scientifique en Afrique
- Atelier de validation du Plan stratégique régional de Santé numérique de la CEDEAO
- Lancement de la représentation nationale de la chaire UNESCO

16 **Articles complets**

- Évaluation de la mise en œuvre du guide de recettes pour l'alimentation complémentaire des enfants dans le district d'Abidjan
- Évaluation de l'effet d'un extrait aqueux de grains de café torréfiés et moulus associé au glibenclamide sur deux marqueurs hépatiques dans un modèle de diabète expérimental
- Port systématique du préservatif chez les adolescents et jeunes au Service de Santé Scolaire et Universitaire d'Agboville (Sud-Est de la Côte d'Ivoire)
- Surveillance des sites sentinelles du paludisme: cas du district sanitaire de Korhogo 1 de 2021 à 2024 au nord de la Côte d'Ivoire
- Les raisons des accouchements non assistés dans l'aire sanitaire de Totrodrou sous financement base sur la performance en 2024 à l'ouest de la Côte d'Ivoire

34 **Notes de synthèse**

- Analyse des causes de non-vaccination et de sous-vaccination en Afrique subsaharienne : revue de littérature

38 **Données de surveillance épidémiologique**

Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire - Semaine 37 du 08/09/2025 au 14/09/2025)

41 **Bon à savoir**

- Parole d'expert : Interviews avec Dr KOFFI-MENAN Éliane et Dr KOUASSI Valérie
- Institution à la Une
- Directives du Ministère de la Santé de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle
- Journées d'Actualités Scientifiques 26
- 5ème Congrès de Santé Publique-Côte d'Ivoire

Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire
Volume 04 - N°01
Février 2026

Numéro de dépôt légal : N° 27774
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
MCA 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

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 DIAKITÉ Aïssata	Toxicologie
Dr DAKOUO-GUEI Semite Jokebed	Hydrologie
Dr N'GUESSAN Gnangoran Kouakou Daniel	Sociologie de la santé
MC YORO Cyrille	Criminologie
Dr DOUKOURÉ Daouda	Sociologie
Dr KOUROUMA Raïssa	Gestion des systèmes de santé
Dr ADOU Djané	Sociologie
Dr BAMA Martial	Sociologie de la santé
Dr NZI-BOA Tania	Santé Publique
Dr MANOUAN Mathilde	Sociologie

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

Éditorial

Chers lecteurs,

Le Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI) est aujourd'hui une référence et partage son expérience avec les pays francophones d'Afrique de l'Ouest et du Centre. Ce rayonnement s'appuie sur les ressorts institutionnels et la rigueur requise pour l'accomplissement de sa mission. L'obtention de son numéro ISSN est un signal fort adressé à cet outil important de promotion de santé publique.

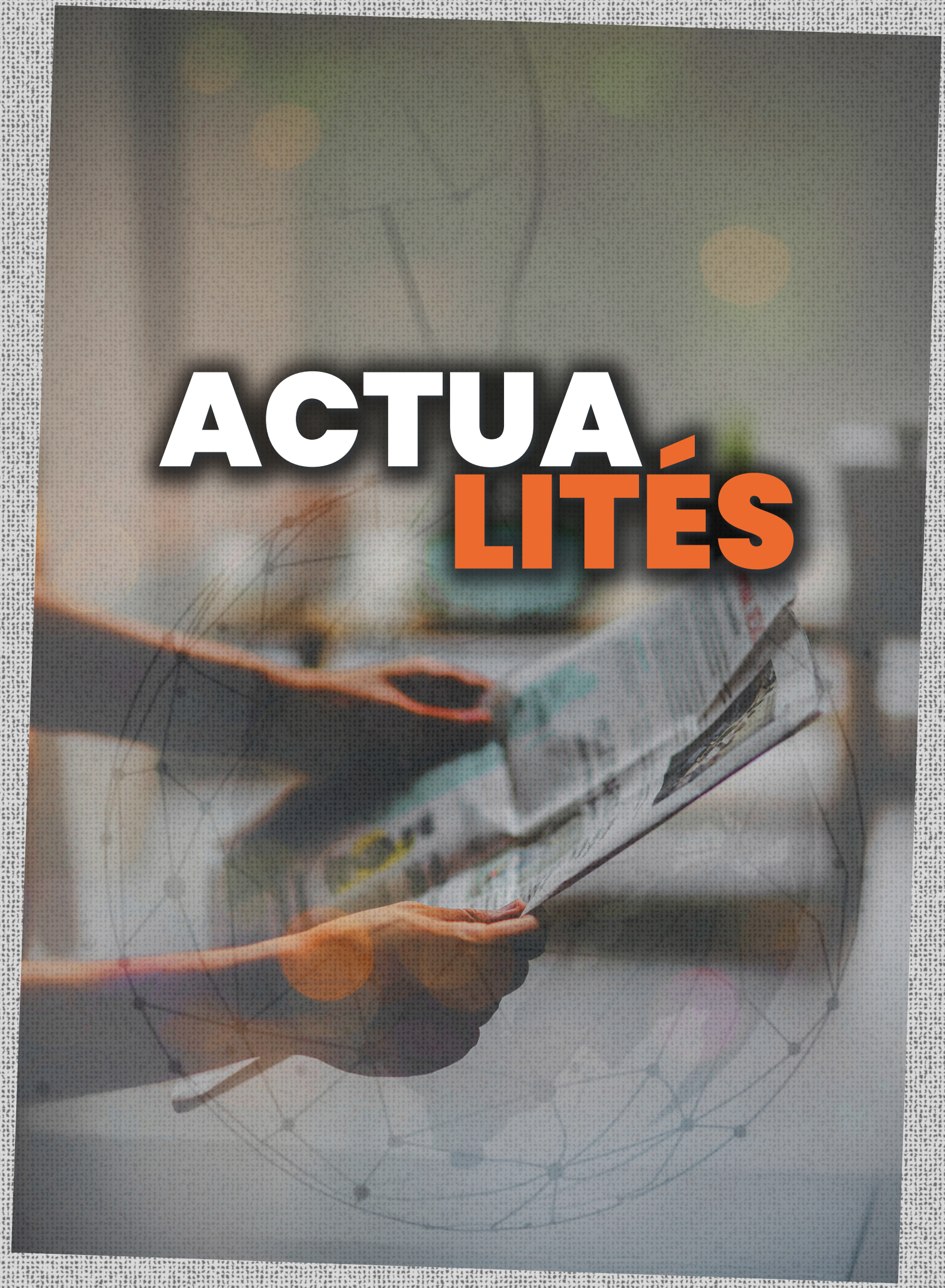
La présente parution est structurée autour de quatre mouvements à savoir les actualités avec cinq rencontres scientifiques, cinq articles complets, une note de synthèse, les données de surveillance épidémiologique, de même que des conseils précieux dans le bon à savoir.

D'abord, au niveau des actualités, le lecteur aura droit à deux événements liés au BSP et trois rencontres des partenaires notamment le lancement officiel des activités de la Société Africaine des Sciences Analytiques et Contrôle Qualité (2SACQ), l'atelier de validation du plan stratégique régional de santé numérique de la CEDEAO et le lancement de la représentation nationale de la chaire UNESCO.

Ensuite, au niveau des articles complets, le lecteur aura accès à cinq articles très instructifs allant des recettes pour l'alimentation complémentaires des enfants à Abidjan, l'expérience sur des marqueurs hépatiques des extraits de caféine au niveau du diabète, les déterminants des accouchements non-assistés à l'Ouest de la Côte d'Ivoire, entre autres.

La note de synthèse fait l'écho des réalités de l'offre de vaccination. Le lecteur découvrira aussi les données de la surveillance épidémiologique avec le vigile. Enfin, les conseils de deux experts, le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT) la création des pôles d'inspection sanitaires, le congrès de santé publique Côte d'Ivoire et les journées d'actualités scientifiques de 2026 clôtureront ce numéro dans la rubrique « Bon à savoir ».

Bonne lecture à toutes et à tous.


ACTUA
LITÉS

Actualités du BSPCI

Réunion de la Communauté de pratiques des Public Health Bulletin Community Of Practices (PHB-COP)





Ce mardi 3 février 2026, s'est tenue la réunion mensuelle de la Communauté des Pratiques des Bulletins de Santé Publique (PHB Community of Practice). Modérée par Madame Kimberly Koporc, Conseillère Technique senior pour l'initiative Data for Health au sein de la fondation CDC.

Réunis dans la salle de conférence du Centre de Recherches en Santé des Populations Politiques et Systèmes de Santé (CREPS) à l'Institut National de Santé Publique (INSP), les membres du comité de rédaction du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI) ont partagé leur expérience de promotion du BSP-CI devant une audience de 36 participants en ligne, marquant une affluence particulièrement élevée.

La présentation co-animée par Professeur SACKOU-KOUAKOU Julie et M. Dabo Emmanuel, respectivement Rédactrice en chef et Coordonnateur Technique, a mis en lumière les stratégies mises en place pour promouvoir le BSP-CI. Il s'agit de tournées dans les institutions académiques, sanitaires, de la société civile, et lors des rencontres scientifiques et professionnelles. La sollicitation de personnalités telles que les joueurs de l'équipe nationale de football (les Éléphants de Côte d'Ivoire) et le Premier Ministre, la création d'une chaîne WhatsApp interactive pour fidéliser les abonnés font partie du paquet de méthodes de promotion du BSP-CI. Les présentateurs ont expliqué l'impact de leurs méthodes et stratégies de communication sur la visibilité du bulletin. L'équipe a également souligné que cette dynamique promotion nécessitait des ressources matérielles et logistique constantes.

L'efficacité de l'équipe de Côte d'Ivoire a été saluée par Madame Koporc et par les autres participants notamment du Burkina Faso, du Cap-Vert, du Mali, de l'Ouganda, et de la Zambie et qui ont demandé des précisions sur le statut du personnel travaillant pour le BSP-CI, la gestion des articles et la mobilisation des personnalités publiques.

Au terme de ces échanges, les différents participants se sont déclarés prêts à approfondir ce partage d'expérience. Pour la prochaine réunion de la Communauté des Pratiques, ce sera au tour du Bangladesh de présenter sa stratégie de communication en mettant l'accent sur les indicateurs de suivi et d'évaluation.

Étude d'évaluation d'impact du Bulletin de Santé Publique-Côte d'Ivoire : les enquêteurs formés et équipés pour la collecte des données



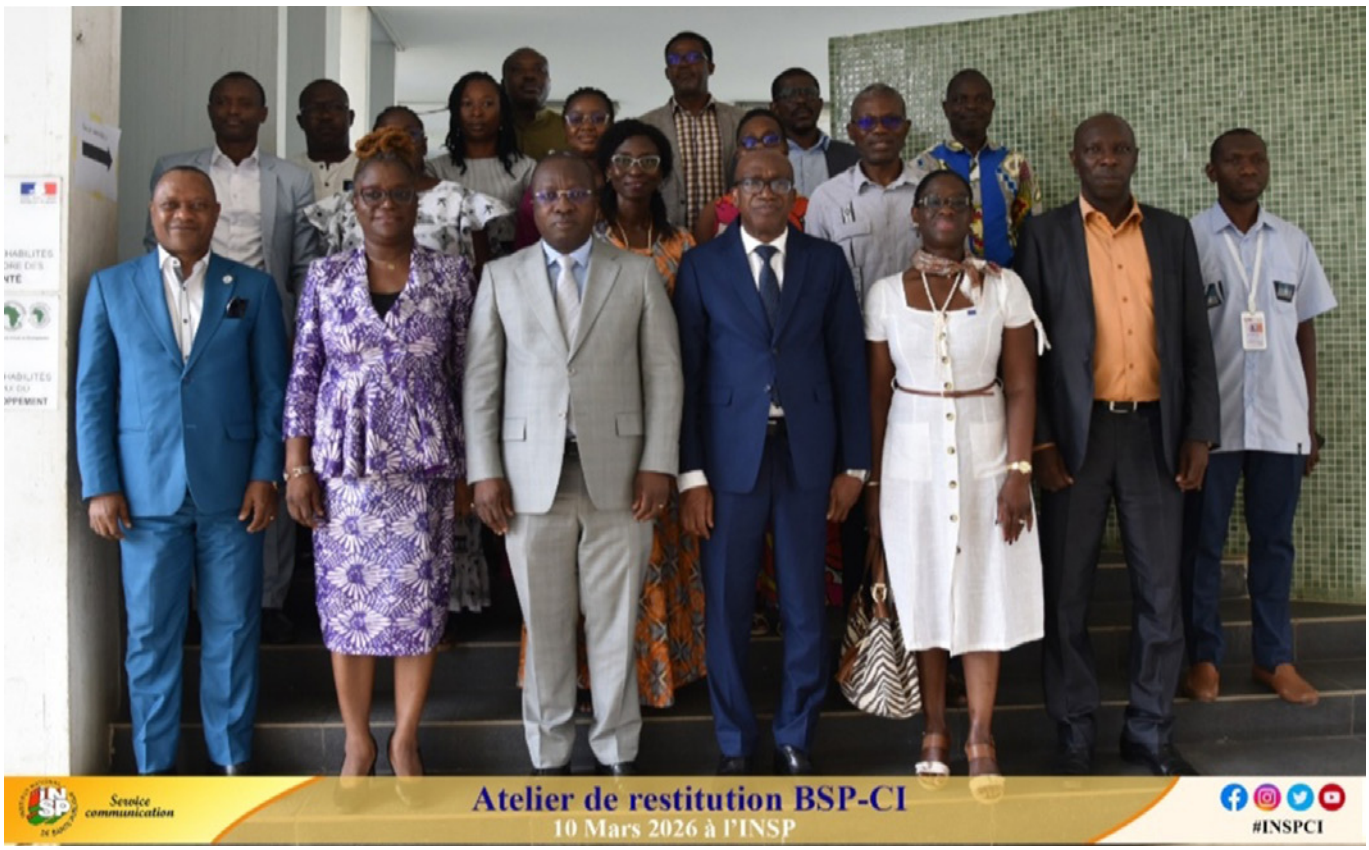
L'Institut National de Santé Publique (INSP) a organisé les 3 et 4 février 2026, une formation des enquêteurs. Cette activité s'inscrit dans le cadre de l'amélioration continue du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI). En effet à la suite de la mise en place des BSP dans certains pays d'Afrique subsaharienne francophone, il apparaît opportun de documenter leur mise en place. Cela servira à tirer des leçons apprises pour œuvrer à la pérennisation des BSP.

La session de formation a réuni 11 participants comprenant les enquêteurs et des membres du comité de rédaction du bulletin. Elle a été assurée par deux membres du comité de rédaction du BSP-CI.

L'objectif visé durant ces deux jours était de former les enquêteurs à la maîtrise des outils et de la méthode de collecte, afin de leur permettre d'avoir les aptitudes nécessaires pour récolter des données de qualité. La rédactrice en Chef, Professeur SACKOU-KOUAKOU Julie, a d'abord présenté le BSP-CI. Ensuite, M. DABO Emmanuel, Coordonnateur Technique du BSP-CI, a présenté les outils de l'approche quantitative. Enfin, Drs KONÉ Bognan et DOUKOURÉ ont décrit les outils de l'approche qualitative. Après la présentation du protocole et des objectifs de l'étude, les participants se sont exercés au travers de jeux de rôles et de simulations. Ces exercices ont permis de valider la compréhension des outils par les enquêteurs.

Grâce à cette préparation rigoureuse, l'équipe d'enquêteurs est désormais prête à recueillir les informations nécessaires afin de garantir une optimisation du bulletin visant à rendre l'information de santé publique plus accessible aux populations. L'enquête proprement dite est prévue du 5 au 19 Février 2025. Les populations ciblées sont les abonnés au site internet et à la chaine WhatsApp du BSP-CI, les membres du comité de gestion et les membres du conseil consultatif, les auteurs, les reviewers, les partenaires techniques et financiers. Cette activité a été rendue possible à travers l'appui financier et technique de Bloomberg Philanthropies et de CDC Foundation.

Atelier de restitution des résultats de l'évaluation sur la mise en œuvre du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSPCI)



Le mardi 10 mars 2026, la salle NANGBELE COULIBALY de l'Institut National de Santé Publique (INSP) de Côte d'Ivoire a prêté son cadre pour l'atelier de restitution des résultats de l'évaluation portant sur la mise en œuvre du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSPCI). Cette rencontre a été placée sous la présidence du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) du Docteur Mamadou TIA, Directeur Général Adjoint de la Santé et représentant le MSHPCMU en présence du Professeur William YAVO, Directeur Général de l'INSP qui a souhaité la bienvenue à tous les participants. Le Dr TIA a rappelé que le BSP-CI était le reflet des efforts collectifs pour contribuer à l'amélioration de la santé de notre population, identifier les défis émergents et informer les décisions politiques et programmatiques. C'est un baromètre indispensable pour les stratégies de santé publique en Côte d'Ivoire. Avant de procéder à l'ouverture de l'atelier, il a tenu tout particulièrement à remercier Vital stratégies et le CDC- Foundation pour le financement octroyé pour cette étude, gage de leur engagement au service de la santé publique.

L'étude dont les résultats ont été présentés est le fruit d'un travail rigoureux mené du 5 février au 4 mars 2026 et qui a impliqué les abonnés, les auteurs, les reviewers, le comité de gestion du BSPCI, les membres du Conseil Consultatif, les partenaires techniques et financiers.

Cette rencontre a été marquée par la présence de nombreux membres du conseil consultatif venant représentant leur institution : la Direction Générale de la Santé, l'Institut National d'Hygiène Publique, Le Programme de formation des épidémiologistes de terrain (FETP), la Direction de l'Information Sanitaire (DIS), L'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS), l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI), La Direction Générale de la Recherche et de l'Innovation, l'Université Alassane Ouattara (UAO), la Fédération Nationale des Organisations de la Société Civile pour la Santé (FENOSCI), le CDC de l'Ambassade des États-Unis.

La séance a débuté par l'intervention de la Rédactrice en Chef, Professeur Julie SACKOU-KOUAKOU, qui a situé le contexte de la rencontre avant de céder la parole aux autorités pour leurs allocutions. La phase technique de la restitution a été amorcée par Dr Djané ADOU, Rédacteur en Chef Adjoint a exposé les objectifs et méthodes de l'étude, posant ainsi les bases pour une meilleure compréhension des enjeux. Poursuivant cette dynamique, Dr Daouda DOUKOURE, membre du Comité de Rédaction a détaillé les résultats de l'enquête qualitative, structurant son propos autour du cadre conceptuel, de l'exploration, de l'implémentation, de la durabilité et des recommandations. Le volet quantitatif a, quant à lui, été présenté par le Coordonnateur Technique, M. Emmanuel DABO qui a mis en lumière les caractéristiques sociodémographiques des populations cibles, celles liées au BSPCI ainsi que les performances du bulletin à travers de l'analyse du PHB ScoreCard qui est un outil d'évaluation permettant de mesurer la qualité des bulletins de santé publique.

Au terme de ces exposés, un dialogue constructif a eu lieu avec l'assistance, permettant de saluer la qualité du travail accompli par l'équipe du BSP-CI. L'assistance a également pu poser ses questions et préoccupations qui ont trouvé des réponses auprès de l'équipe.

Des pistes de solutions ont été présentées pour pallier les défis rencontrés notamment le recrutement d'un personnel dédié ou la valorisation du temps de travail de l'équipe de coordination, la promotion du BSPCI au niveau des districts et des régions sanitaires, etc.

Cet atelier intervenant trois ans après le lancement du bulletin, ne se contente pas de dresser un bilan, il annonce un avenir prometteur pour ce bulletin qui, en diffusant des données fiables, devient un pilier essentiel pour la santé de la population ivoirienne.

Yémina KOUAKOU
Stagiaire BSP-CI





Actualités des partenaires

Lancement officiel des activités de la Société Africaine des Sciences Analytiques et Contrôle Qualité (2SACQ) : une nouvelle ère pour l'excellence scientifique en Afrique



La Société Africaine des Sciences Analytiques et Contrôle Qualité (2SACQ) annonce avec fierté le lancement officiel de ses activités lors d'une cérémonie solennelle qui s'est tenue **le jeudi 22 janvier 2026** à **9 heures**, au sein de **l'UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques** de l'Université Félix-Houphouët-Boigny à Abidjan. Cet événement fondateur marque l'aboutissement d'une vision ambitieuse née en 2024 : doter l'Afrique d'une société savante de référence dédiée aux sciences analytiques et au contrôle qualité.

À propos de la 2SACQ

La Société Africaine des Sciences Analytiques et Contrôle Qualité (2SACQ) est une société savante panafricaine dont la mission est de fédérer l'expertise, de promouvoir les meilleures pratiques et d'élever les standards de qualité sur le continent. En rassemblant les professionnels et en forgeant des partenariats stratégiques, la 2SACQ agit pour que la science analytique devienne un pilier incontournable du développement et de la souveraineté sanitaire et industrielle de l'Afrique.

Une réponse à un besoin continental stratégique

Créée pour rassembler et représenter les scientifiques africains spécialisés, la 2SACQ œuvre à promouvoir une compréhension approfondie de la qualité des produits en lien direct avec la santé et le bien-être des populations. Dans un contexte continental en pleine transformation économique et industrielle, la maîtrise de l'analyse et de la qualité est devenue un enjeu critique pour les secteurs pharmaceutique, agroalimentaire, environnemental et minier. La 2SACQ se positionne comme le fer de lance de cette expertise.

Une alliance unique des compétences

La société savante fédère une communauté pluridisciplinaire d'experts : pharmaciens, médecins, chimistes, ingénieurs, statisticiens, sociologues, enseignants-chercheurs et professionnels de l'industrie. Ensemble, ils partagent l'objectif d'élever le niveau d'expertise analytique sur le continent, de garantir la sécurité sanitaire et de valoriser la conformité des produits « Made in Africa ». Cette approche collaborative et inclusive est au cœur de l'ADN de la 2SACQ.

Un programme structuré pour l'impact

L'organisation s'appuie sur une architecture dynamique composée d'Entités (pôles d'intérêt scientifiques ou générationnels), de Divisions (grands domaines disciplinaires), de Groupes Thématiques et de Sections Régionales.

Ce maillage permet une action ciblée et une représentativité panafricaine. Sa mission s'articule autour de quatre piliers :

- Promouvoir l'excellence en sciences analytiques et en contrôle qualité.
- Faciliter les échanges scientifiques et techniques.
- Soutenir la formation continue et la recherche appliquée.
- Contribuer au développement économique, industriel et social du continent.

Une cérémonie de lancement sous le signe de l'engagement

La cérémonie du 22 janvier 2026 a été un moment fort de rencontres et de projections.

Un appel aux partenariats

La 2SACQ appelle à une mobilisation collective et invite les institutions universitaires, les centres de recherche, les industries, les organismes de régulation et les partenaires au développement à rejoindre ce mouvement. L'objectif est de construire, main dans la main, un écosystème robuste où l'excellence scientifique devient le levier d'une croissance durable, d'une industrie compétitive et d'une santé publique préservée.

La cérémonie s'est achevée par une photo de famille et un cocktail offert par les organisateurs.



Au programme :

- Allocutions institutionnelles des fondateurs et de partenaires stratégiques.
- Présentation détaillée de la vision, des missions et de la gouvernance de la 2SACQ.
- Conférence inaugurale sur les défis et perspectives des sciences analytiques en Afrique.
- Lancement symbolique du Prix du Meilleur Chercheur 2SACQ, destiné à récompenser et à encourager l'innovation scientifique au service de l'industrie.
- Session de networking pour initier des collaborations entre le monde académique, la recherche et l'industrie.

Atelier de validation du Plan stratégique régional de Santé numérique de la CEDEAO



L'Organisation Ouest-Africaine de la Santé (OOAS) organise, du 19 au 23 janvier 2026 à Dakar, l'atelier de validation du Plan stratégique régional de Santé numérique de la CEDEAO (2026–2030) ainsi que du plan opérationnel couvrant les deux premières années de mise en œuvre.

Cette rencontre a réuni des représentants des États membres, des experts régionaux, des partenaires, ainsi que des acteurs du secteur de la santé numérique. Elle a pour objectif de finaliser le premier projet du document stratégique en tenant compte des priorités nationales, régionales et internationales, d'harmoniser les axes stratégiques, les indicateurs de performance et les mécanismes de gouvernance, et d'ajuster le plan opérationnel pour en garantir la faisabilité et la pertinence budgétaire.

Au nom du Directeur général de l'OOAS, le Directeur exécutif du Centre régional de surveillance et de contrôle des maladies (CRSCM) a souligné que, face aux défis sanitaires de l'espace CEDEAO, la santé numérique constitue un levier stratégique essentiel pour moderniser les systèmes de santé, renforcer leur efficacité, promouvoir l'équité et accroître la résilience face aux crises, améliorant ainsi concrètement les conditions de vie des populations. Il a rappelé que la tenue de cet atelier témoigne de la volonté commune des États membres et des partenaires de créer un écosystème de santé numérique interopérable, sécurisé, inclusif et centré sur l'humain.



Lancement de la représentation nationale de la chaire UNESCO



Le vendredi 26 septembre 2025, à l'Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan Côte d'Ivoire, s'est tenu le lancement des activités de la représentation de la Chaire UNESCO EDUCATIONS ET SANTÉ en Côte d'Ivoire. Cette journée de lancement visait à présenter officiellement la Chaire, sensibiliser sur son importance pour atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) et identifier des opportunités de collaboration avec les partenaires stratégiques. La création de cette Chaire à l'Université Félix Houphouët-Boigny s'inscrit dans une dynamique de renforcement des capacités et d'innovation pédagogique pour transformer les défis sanitaires en opportunités de développement.

Plusieurs interventions ont meublé cette cérémonie.

Mme SACKOU-KOUAKOU Julie Ghislaine (Professeur de Santé Publique à l'UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques Université Félix Houphouët Boigny, Chef de service du Centre de Recherches en Populations, Politiques et Systèmes de Santé (CREPS)-Institut National de Santé Publique (INSP), Diplômée de l'Université Paris 13 Sorbonne-Cité en éducation pour la santé, Représentant le DG de l'Institut National de Santé Publique en Côte d'Ivoire) dans son intervention sur **« Inégalités socio-économiques et éducation à la santé »,** a rappelé que la santé dépendait de plusieurs déterminants (biologie, système de santé, modes de vie, environnement) et socio-économiques. Les inégalités sanitaires, comme l'écart d'espérance de vie ou la mortalité infantile, résultent de l'échec des politiques publiques et non d'une fatalité. A ce propos, elle a indiqué que l'éducation pour la santé est un moyen d'autonomiser les individus pour qu'ils fassent des choix éclairés. Pour y parvenir, elle doit cibler les savoirs (être, faire) et s'appuyer sur des campagnes de communication, des informations scientifiques et des actions de proximité.

M. KOFFI Kan (Homéo dynamicien (Infirmier), Docteur en Soins Infirmiers ; Enseignant-Chercheur Autonome, Président du Conseil National de l'Ordre National des Infirmiers et Infirmières de Côte d'Ivoire (ONII-CI), Représentant de l'ordre des infirmiers de Côte d'Ivoire a fait un **état des lieux, des défis et perspectives en matière d'éducation et santé**. Il a pour sa part axé son intervention sur la "Science Homéodynamique", centrée sur l'interaction entre l'être humain et son environnement. À ce propos, il a proposé d'intégrer la santé dans les systèmes éducatifs pour favoriser la co-construction de la santé communautaire. Dans une telle perspective, le défi majeur à relever demeure celui d'éduquer l'humanité à prendre soin d'elle-même et de sa "niche écologique" face au réchauffement climatique et aux pandémies.

Mme Adjoua Jeannette DEGNY-ANON (Sage-femme, Spécialiste en psychiatrie au CHU Treichville, Secrétaire chargée de la formation au Bureau National de l'Association des Sage-Femmes Ivoiriennes (ASFI), Représentant de l'ordre des sage-femmes), a présenté le rôle des sage-femmes dans le lien éducation-santé. Elle a souligné que l'éducation des femmes était un levier direct pour la santé maternelle et infantile. Pour elle, une femme instruite adhérerait mieux aux soins prénatals et à la planification familiale. Dans cette perspective, l'analphabétisme, les inégalités en zone rurale et les croyances socioculturelles constituent d'énormes freins contre le progrès. Pour y remédier, elle a suggéré que l'accès à l'éducation des filles soit renforcé et que les sage-femmes soient utilisées comme éducatrices de proximité pour lutter contre la désinformation.

M. BAN Kouassi Yéboua (Inspecteur pédagogique au Ministère de l'éducation nationale Coordonnateur des de projets de santé et de bien des adolescents et Jeunes à la Direction de la Mutualité et des Œuvres Sociales en milieu Scolaire (DMOSS)), Représentant le Directeur de la DMOSS), a abordé l'éducation pour la santé en milieu scolaire. Il a souligné les efforts déjà déployés par le Ministère en charge de l'éducation nationale pour intégrer la santé aux curricula de formation (Sciences de Vie et de la Terre (SVT), Éducation aux Droits de l'Homme et de Citoyenneté (EDHC)). Il a fait également cas des actions entreprises dans le cadre de la santé sexuelle, mentale et la prévention des grossesses en cours de scolarisation. Pour pérenniser les actions entreprises, il a proposé que l'accent soit mis sur la formation des enseignants, la pair-éducation et la collaboration avec les structures sanitaires nationales pour instaurer une culture de prévention durable.

M. KONAN Eugène (Maître Conférences, Spécialiste en Médecine préventive et Promotion de la santé, Représentant du Directeur Général de l'Institut National d'Hygiène publique (INHP)), a abordé la thématique de l'Interdépendance entre éducation et santé. L'éducation est un levier essentiel qui réduit les inégalités sociales de santé, tandis qu'une bonne santé est indispensable à la réussite scolaire. Toutefois, il a noté un manque d'articulation entre les deux secteurs et un besoin d'améliorer l'impact des interventions. En guise de perspective, il a préconisé un décloisonnement sectoriel, un renforcement des capacités des acteurs et le développement de la recherche à l'interface santé-éducation.

Les échanges qui ont suivi ont établi que la santé et l'éducation ne sont pas des secteurs isolés, mais deux piliers interdépendants du développement humain.

Des défis restent à relever :

- la nécessité de réduire les inégalités socio-économiques et territoriales qui freinent l'accès aux soins et à l'information ;
- l'impératif de lutter contre l'analphabétisme et les croyances socioculturelles limitantes ;
- le besoin de décloisonnement sectoriel pour une meilleure articulation entre les ministères en charge de la Santé et de l'Éducation Nationale.

En perspective, la Chaire UNESCO Éducations & Santé s'engage à :

- renforcer les capacités à travers la formation des enseignants et des professionnels de la santé pour qu'ils deviennent des relais éducatifs compétents ;
- soutenir la recherche en développant des travaux scientifiques à l'interface santé-éducation pour guider les politiques publiques ;
- promouvoir l'inclusion par l'intensification des programmes communautaires incluant les leaders communautaires et associatifs pour l'adoption des pratiques favorables à la santé.

Le lancement de cette Représentation Nationale ouvre une ère de collaboration renforcée. La Chaire se positionne désormais comme le catalyseur d'un investissement essentiel pour assurer un succès collectif et un développement durable pour toute la nation ivoirienne.

Photos de la tribune officielle : les autorités durant les allocutions d'ouverture.

ARTICLES COMPLETS

p.17 Évaluation de la mise en œuvre du guide de recettes pour l'alimentation complémentaire des enfants dans le district d'Abidjan

p.20 Évaluation de l'effet d'un extrait aqueux de grains de café torréfiés et moulus associé au glibenclamide sur deux marqueurs hépatiques dans un modèle de diabète expérimental

p.24 Port systématique du préservatif chez les adolescents et jeunes au Service de Santé Scolaire et Universitaire d'Agboville (Sud-Est de la Côte d'Ivoire)

p.27 Surveillance des sites sentinelles du paludisme: cas du district sanitaire de Korhogo 1 de 2021 à 2024 au nord de la Côte d'Ivoire

p.31 Les raisons des accouchements non assistés dans l'aire sanitaire de Totrodrou sous financement base sur la performance en 2024 à l'ouest de la Côte d'Ivoire

01

Évaluation de la mise en œuvre du guide de recettes pour l'alimentation complémentaire des enfants dans le district d'Abidjan

Evaluation of the implementation of the recipe guide for complementary feeding of children in the district of Abidjan

Digbé B.M.1, Koumi D.M.1, Cherif Z.D.2, N'Bra K.A.1 Patou H.K.1, Yao S.J.T.1,3

1. Institut National de Santé Publique
2. PMI de Cocody
3. Laboratoire de chimie analytique de l'UFR des sciences Pharmaceutiques de l'UFHB Auteur correspondant : Digbé-Blé Matogoma, digbematogoma@yahoo.fr

Résumé

Introduction : Un guide de recettes pour l'alimentation de compléments a été élaboré depuis 2015 afin de permettre à l'enfant d'obtenir tous les nutriments essentiels. L'objectif de cette étude était d'évaluer la mise à disposition de ce guide.

Méthodes : Une enquête a été réalisée de février en mai 2024 dans deux communes du district d'Abidjan à savoir Adjamé et Cocody, chez 123 mères allaitant et pratiquant la diversification alimentaire. Un questionnaire a permis de connaître la période et les groupes d'aliments consommés par le jeune enfant. Les proportions des variables ont été évaluées par EXCEL.

Résultats : La quasi-totalité des mères n'avaient pas connaissance de l'existence du guide et ont pratiqué la diversification alimentaire de façon inappropriée. Sur les 123 mères, très peu ont énuméré les différents groupes d'aliments aux périodes indiquées.

Conclusion : Les résultats de l'étude montrent que la sensibilisation et l'éducation maternelle sont nécessaires pour une pratique appropriée et optimale de la diversification alimentaire.

Principal message au BSP-CI : Divulguer l'information de la disponibilité du guide de recette pour l'alimentation de complément des enfants âgés de 6 à 24 mois

Mots-clés : Guide de recettes, Diversification alimentaire, Jeune enfant.

Abstract

Introduction : A recipe guide for complementary feeding has been developed since 2015 to enable children to obtain all the essential nutrients. The objective of this study was to evaluate the availability of this guide.

Methods : A survey was carried out from February to May 2024 on 123 mothers breastfeeding children aged twelve months in two municipalities in the district of Abidjan, namely Adjamé and Cocody. A questionnaire was used to determine the period and food groups consumed by the child. The proportions of the variables were evaluated using EXCEL.

Results : Almost all of the mothers were unaware of the guide's existence and practiced weaning inappropriately. Of the 123, very few gave the different food groups at the indicated times.

Conclusion : The study results show that maternal awareness and education are necessary for appropriate and optimal dietary diversification.

Public Health Message : Disclose information on the availability of the recipe guide for complementary feeding for children aged 6 to 24 months

Keywords : Recipe guide, Food diversification, Young child.

Introduction

Selon le rapport annuel intitulé "Global nutrition report" (GNR), à travers des données provenant de l'Organisation des Nations Unies (ONU), de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et du Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), notre alimentation ne s'est pas améliorée au cours des dix dernières années et constitue une menace majeure pour la santé des populations **[1]**. Cette menace touche toutes les catégories d'âge en particulier les nourrissons et les enfants, dont l'exposition courante à des pratiques d'alimentation inappropriées peut avoir des conséquences irréversibles sur leur santé **[2]**. Étant donné que la diversité alimentaire est une exigence majeure pour que l'organisme puisse obtenir tous les nutriments essentiels, l'OMS a recommandé la diversification alimentaire chez l'enfant à partir de six mois **[3] ;** politique dans laquelle la Côte d'Ivoire s'est inscrite. En effet, le Ministère en charge de la Santé en collaboration avec le Programme National de Nutrition (PNN) a élaboré un guide de recette en 2015 **[4].** Selon les directives du PNN pour améliorer la diversité alimentaire minimale, les enfants doivent en plus d'être allaités, consommés au moins 5 groupes d'aliment sur 8 chaque jour. Ces 8 groupes d'aliments sont : les céréales, les légumes, les fruits (jus d'agrumes), les tubercules, les légumineuses (soja, pâte d'arachide), les produits laitiers (yaourt), de la protéine animale et halieutique et les œufs.

Cependant, en 2017 et en 2023, selon les rapports des Enquêtes *à* Indicateurs Multiples et Démographique de la Santé (EDS), 72% d'enfants de 6 à 23 mois n'ont pas bénéficié d'un régime alimentaire minimum adéquat **[5,6]**. Face à cette persistance d'une alimentation inadéquate des enfants, il est nécessaire de s'assurer de la pratique de la diversification alimentaire et de la connaissance du guide de recettes. L'objectif de l'étude était d'évaluer les pratiques d'alimentation complémentaire à l'aide du guide de recettes pour l'alimentation de complément des enfants âgés de 6 à 24 mois en Côte d'Ivoire.

Méthodes

Cadre et type de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale qui a été menée de février à mai 2024 dans les quartiers Dallas et Mermoz respectivement dans les communes d'Adjamé et de Cocody dans le district d'Abidjan.

Critères d'inclusion

Les mères allaitant des enfants âgés de 12 mois, ayant reçus la diversification alimentaire à partir de six mois, ont été inclues dans cette étude.

Critères de non-inclusion

Les mères dont les enfants étaient soumis à un régime alimentaire particulier n'ont pas été incluses.

Enquête

L'enquête était basée sur la connaissance du guide et la pratique de la diversification alimentaire par les mères **[4].**

Traitement des données

Les variables qualitatives ont été décrites par des proportions sur EXCEL®. Un test de comparaison des différentes variables a été effectué à l'aide du logiciel XLSTAT® Le test de corrélation/association entre la bonne pratique d'alimentation du jeune enfant et la connaissance du guide a été réalisé au risque 5 %.

Résultats

Niveau de connaissance des mères du guide de recette

Cette étude a concerné 123 mères allaitant des enfants âgés de 12 mois dont 60 à Cocody et 63 à Adjamé.

Plus de 93,5% des mères n'avaient pas connaissance du guide de recette en Côte d'Ivoire.

Les groupes d'aliments introduits pour la diversification alimentaire

Pour la diversification alimentaire, les mères ont privilégié trois groupes d'aliments à savoir les céréales, les légumes et les protéines animales et halieutiques (Figure 1).

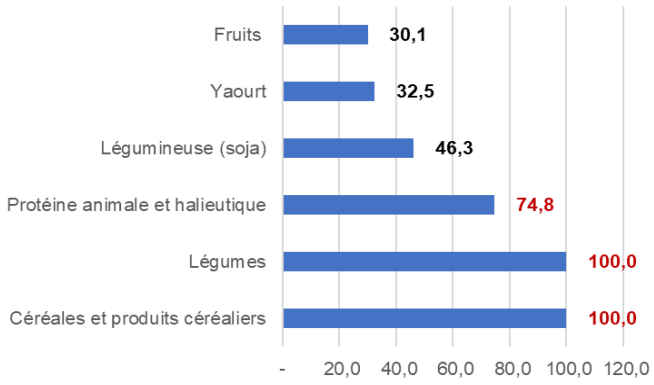


Figure 1 : Proportion des groupes d'aliments introduits à partir de 6 mois (N=123)

Les légumes ainsi que les protéines animales et halieutiques ont été généralement introduits dans l'alimentation des enfants à partir du 11ième mois (tableau I).

Tableau I : Répartition des jeunes enfants selon l'âge du début de l'introduction des aliments (N=123)

Groupes d'aliments introduits	Tranches d'âges (mois)		
	[6-9[n (%)	[9-11[n (%)	[11-12] n (%)
Céréales et produits céréaliers	**89 (72,4)**	20(16,3)	14 (11,4)
Légumes	3 (2,4)	32 (26,0)	**88(71,5)**
Légumineuse (soja)	34 (27,6)	0 (0,0)	23 (18,7)
Protéine animale et halieutique	0 (0,0)	29 (23,6)	**63 (51,2)**
Yaourt	0 (0,0)	13 (10,6)	27 (21,9)
Fruits	31 (25,2)		6 (4,9)

Le test de corrélation/association a montré une différence significative avec une p-value de 0,027.

Discussion

Cette étude réalisée dans deux communes du district autonome d'Abidjan a révélé que 93% des femmes allaitantes n'ont pas eu connaissance de l'existence du guide de recettes pour enfants. Cette méconnaissance a eu pour conséquence une pratique inappropriée de la diversification alimentaire. En effet, pour optimiser la diversification alimentaire des jeunes enfants, le PNN recommande les céréales, soja, tubercules, poisson, fruits et légumes feuilles entre 6 et 8 mois. Quant à la viande, les œufs et les tubercules à partir du 9ème mois [**4**]. Cependant, dans notre étude, plus de 80% des enfants ont consommé majoritairement un groupe d'aliments : les céréales. Par ailleurs, les autres aliments tels que les protéines animales et halieutiques ainsi que les légumes ont été introduits dans l'alimentation des enfants qu'à partir du 11ème mois. Nos résultats corroborent ceux de plusieurs études dont ceux de Darebo et *al* réalisés sur 597 enfants de 6 à 23 mois en Éthiopie. Ces chercheurs ont déterminé plusieurs facteurs liés à la mauvaise pratique de la diversification alimentaire dont la méconnaissance des pratiques en matière d'alimentation des jeunes enfants. En effet, les mères qui participent à des démonstrations culinaires, celles conseillées et ayant une meilleure connaissance des notions d'alimentation étaient plus susceptibles de les pratiquer **[7]**. Cette étude montre que des séances d'interventions nutritionnelles et éducatives sont nécessaires afin de promouvoir une nutrition optimale du nourrisson pendant les premières années de vie.

Conclusion

La diversification alimentaire est une phase importante dans l'alimentation des jeunes enfants. Elle reflète le lien entre la méconnaissance du guide et les bonnes pratiques d'alimentation du jeune enfant. En effet, il ressort que le guide de recettes pour enfant de 6 à 23 mois était méconnu de la population cible. Une éducation concrète ainsi que sa mise à disposition aux mères allaitantes est nécessaire pour une pratique appropriée et optimale.

Remerciements

Nous remercions le premier responsable des collectivités, les agents des services pédiatriques des communes de Cocody et d'Adjamé et les mères pour leur participation à l'étude.

Références

1. **GEO. (**2021). Les problèmes alimentaires dans le monde. [En ligne], Consulté le «17Août 2022, Disponible sur https://www.google.com/amp/s/www.geo.fr/geopolitique/un-rapport-pointe-les problèmes-alimentaires-dans-le-monde-20711843famp
2. **Keno S., Bikila H., Shibiru T., et *al*.** Dietary diversity and associated factors among children aged 6 to 23 months in Chelia District, Ethiopia. BMC Pediatrics **(**2021) ; 21(1) : 1-10.
3. **Molla W., Adem D.A., Tilahun R., et *al*.** Dietary diversity and associated factors among children (6–23 months) in Gedeo Zone, Ethiopia: cross - sectional study. Italian Journal of Pediatrics ; (2021) ; 47(1) :1-10.
4. **République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA, Programme National de Nutrition.** Guide national de recettes pour l'alimentation de complément des enfants âgés de 6 à 24 mois en Côte d'Ivoire https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/CdI-Guide-National Recettes-Dec 2015_0.pdf : 23-24.
5. **Institut National de la Statistique (INS)**. La Situation des Femmes et des Enfants en Côte d'Ivoire. Enquête à Indicateurs Multiples 2016 - MICS5, Ministère du plan et du développement, 2017 ; 442p.
6. Institut National de la Statistique-INS et ICF. Enquête Démographique et de Santé de Côte d'Ivoire, 2021. Rockville, Maryland, USA : INS/Côte d'Ivoire et ICF 2023. 294p.
7. **[7]. Darebo T., Dereje R., Fufa D.A.**. Minimum dietary diversity and its associated factors among children of 6–23 months in rural Ethiopia 2023, Scientific Reports (2025) ;15 (9709) : 1-10.

02

Évaluation de l'effet d'un extrait aqueux de grains de café torréfiés et moulus associé au glibenclamide sur deux marqueurs hépatiques dans un modèle de diabète expérimental

Evaluation of the effect of an aqueous extract of roasted and ground coffee beans combined with glibenclamide on two hepatic markers in an experimental model of diabetes

AKA Francis Béranger Angelo[1]*, Digbé Matogoma[1], Kunindjani Adou Koffi[1], N'GUESSAN Anon Franck-Donald[1], ZAHE kollet yao aimé sylvère[2], Kati-Coulibaly Séraphin[2]

1. Institut National de Santé Publique – Côte d'Ivoire
2. Laboratoire de Biologie santé – UFR Biosciences (Université Felix Houphouët-Boigny)

Résumé

Introduction : Le diabète peut être la conséquence d'un dysfonctionnement hépatique. Or, la consommation du café protégerait contre le diabète de type 2. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'effet d'un extrait aqueux de grains de café torréfiés et moulus (boisson café filtrée) associé à un anti-hyperglycémiant oral (glibenclamide) sur deux marqueurs hépatiques dans un modèle de diabète expérimental.

Méthodes : Cinq lots de six rates ont été utilisés : 1 lot normo-glycémique et 4 lots diabétiques. Les rates du lot 1 ont reçu 1 mL d'eau distillée. Les rates diabétiques des lots 2, 3, 4 et 5 ont reçu respectivement 1 mL d'eau distillée, 1 mL de glibenclamide (10 mg/kg p.c.), 1 mL de boisson café filtrée (20 mg/kg p.c) et 2 mL d'association boisson café filtrée (1 mL) + glibenclamide (1 mL) pris séparément. Le dosage des transaminases (ALAT et ASAT) a été effectué à J0, J14 et à J28. Les résultats ont été donnés sous forme de moyenne suivie de l'erreur standard sur la moyenne. La différence entre deux valeurs a été déterminée par le test de Student-Newman-Keuls.

Résultats : Les transaminases ont diminué chez les rates diabétiques des lots 3, 4 et 5 après 28 jours de traitement. Cette baisse était significative ($p<0,05$) chez les rates traitées par l'association café filtré + glibenclamide comparée à celles traitées par le glibenclamide seul, et très significative ($p<0,001$) comparée à celles traitées par le café filtré seul.

Conclusion : La boisson café filtrée aurait un effet hépato-protecteur. Cette synergie d'effet avec le glibenclamide pourrait constituer une piste thérapeutique intéressante pour une prise en charge efficace du diabète de type 2.

Principal Message de Santé Publique : Sensibiliser la population aux bienfaits de la consommation de café filtré.

Mots clés : Diabète, Boisson café filtrée, Glibenclamide, Transaminases.

Summary

Introduction : Diabetes can result from liver dysfunction. Coffee consumption is thought to protect against type 2 diabetes. The aim of this study was to evaluate the effect of filtered coffee and glibenclamide on two liver markers in an experimental model of diabetes.

Methods : Five batches of six female rats were used: one normoglycaemic batch and four diabetic batches. Female rats in batch 1 received 1 mL of distilled water. Diabetic rats in batches 2, 3, 4 and 5 received 1 mL distilled water, 1 mL glibenclamide (10 mg/kg bw), 1 mL filtered coffee (20 mg/kg bw) or 2 mL of the combination filtered coffee (1 mL) + glibenclamide (1 mL), respectively. Transaminases (ALAT and ASAT) were measured at D0, D14 and D28. Results were expressed as mean ± standard error of the mean. Differences between groups were assessed using the Student–Newman–Keuls test.

Results : Transaminase levels were reduced in diabetic rats from batches 3, 4 and 5 after 28 days of treatment. This reduction was statistically significant ($p<0.05$) in rats treated with the combination of filtered coffee + glibenclamide compared with glibenclamide alone, and highly significant ($p<0.001$) compared with filtered coffee alone.

Conclusion : Filtered coffee appears to have a hepatoprotective effect. Its synergistic effect with glibenclamide could represent an interesting therapeutic avenue for improving the management of type 2 diabetes.

Main Public Health Message : Raise public awareness of the benefits of drinking filtered coffee.

Key words : Diabetes, Filtered coffee, Glibenclamide, Transaminases, Type 2 diabetes management.

Introduction

Un dysfonctionnement hépatique peut entraîner le développement d'une résistance à l'insuline et conduire au diabète hépatogène [**1**]. Une prise en charge adéquate de ce problème permettrait d'améliorer la santé des diabétiques. En effet, cette prise en charge en plus des médicaments, passe par le respect de mesures hygiéno-diététiques. Aussi, d'autres mesures alternatives comme la consommation de produits alimentaires d'origine naturelle pourraient être envisagées. Ainsi, une consommation régulière et modérée de la boisson café filtré diminuerait le risque d'apparition de diabète [**2**].

Toutefois, malgré les bienfaits de la consommation de la boisson café filtré, peu de recherches ont évalué son impact sur la santé des diabétiques. Il serait donc utile d'en mener sur les marqueurs hépatiques que sont l'Alamine aminotransférase (ALAT) et l'Aspartate aminotransférase (ASAT). L'objectif de l'étude était d'évaluer l'effet de la boisson café filtrée associée au glibenclamide sur deux marqueurs hépatiques dans un modèle de diabète expérimental

Méthodes

Matériel végétal

Le matériel végétal utilisé était des cerises mûres de *Coffea canephora* robusta récoltées à Agboville, en Côte d'Ivoire, et conservées au réfrigérateur à 8°C.

Matériel animal

Des rates albinos de l'Institut Pasteur d'Adiopodoumé de Côte d'Ivoire ont été utilisées au cours de l'expérimentation. Elles avaient accès libre à l'eau et à la nourriture. Ces protocoles expérimentaux ont été approuvés par le comité éthique de l'université Félix Houphouët-Boigny de Côte d'Ivoire. Les expérimentations ont été conduites conformément aux directives nationales sur l'utilisation des animaux de laboratoire.

Préparation de l'extrait aqueux de grains torréfiés et moulus de *Coffea canephora* robusta (EAGTCc)

Les grains de *Coffea canephora* robusta ont été torréfiés, puis moulus. Trente grammes (30 g) de cette poudre ont été infusés dans de l'eau chaude à l'aide d'une caféière. Le filtrat obtenu a ensuite été séché à l'étuve à 60°C.

La poudre obtenue (trois grammes : 3 g) représentant l'extrait aqueux de grains torréfiés a été conservée dans des bocaux stériles. Le rendement était de 10 %.

Produits chimiques et pharmaceutiques

L'Alloxane monohydrate (98 %) a été utilisé pour induire le diabète expérimental et le glibenclamide, comme substance antihyperglycémiante [**3**].

Protocole expérimental

Cette étude a duré 4 semaines. Trente rates réparties en 5 lots de 6 ont été utilisées pour l'expérimentation. Le lot 1 était constitué de rates normo-glycémiques et les lots 2, 3, 4 et 5 de rates diabétiques. Le diabète expérimental a été induit par la poudre de l'alloxane diluée dans du NaCl 9‰ puis injectée par voie intrapéritonéale à la dose de 150 mg/kg p.c. Les différentes substances ont été administrées à raison de 1 mL de solution par animal.

Lot 1 : les rates de ce groupe ont reçu de l'eau distillée. Ce groupe a servi de témoin (RTN) ;

Lot 2 : les rates diabétiques de ce groupe sont traitées avec de l'eau distillée (RDNT);

Lot 3 : les rates diabétiques de ce groupe sont traitées avec 10 mg/kg p.c de glibenclamide (RDTG) ;

Lot 4 : les rates diabétiques de ce groupe sont traitées avec 20 mg/kg p.c d'EAGT*Cc* (RDTC) ;

Lot 5 : les rates diabétiques de ce groupe sont traitées simultanément avec 20 mg/kg

p.c d'EAGT*Cc* + 10 mg/kg p.c de glibenclamide (RDTC+G).

Les groupes ont été notés comme suit : RTN (rates témoins normoglycémiques), RDNT (rates diabétiques non traitées), RDTG (rates diabétiques traitées par glibenclamide), RDTC (rates diabétiques traitées par EAGTCc), RDTC+G (rates diabétiques traitées par EAGTCc + glibenclamide).

Dosage des transaminases (ALAT et ASAT)

Les transaminases (ALAT et ASAT) ont été dosés par la méthode cinétique selon la fiche technique *Spinreact*.

Méthodes d'analyse statistique et de traitement des données

Les données ont été présentées sous forme de moyenne suivie de l'erreur sur la moyenne. La différence entre deux valeurs a été déterminée par le test de Student- Newman-Keuls.

Différents types comparaison :

*p < 0,05 (significatif), **p < 0,01 (très significatif) et ***p < 0,001 (hautement significatif) par rapport aux rates témoins et à la même période ;

$^{\neq}$ p < 0,05 (significatif), ≠ $^{\neq}$p < 0,01 (très significatif), ≠ $^{\neq}$p<0,001 (hautement significatif) par rapport aux rates diabétiques et à la même période ;

$^{\phi}$ p < 0,05 (significatif), $^{\phi\phi}$ p < 0,01 (très significatif), $^{\phi\phi\phi}$ p<0,001 (hautement significatif) par rapport aux rates diabétiques traitées avec le glibenclamide et à la même période.

Résultats

Étude des effets de l'extrait aqueux de grains de café torréfié et moulus associé au glibenclamide sur les marqueurs hépatiques chez le rat diabétique.

La mesure du taux d'Alamine Amino-Transférase est présentée dans le tableau I.

Tableau I : Taux d'ALAT à différentes périodes J0, J14 et J28 chez les différents lots d'animaux expérimentaux.

Paramètres	Lots de rates	Période		
		J0	J14	J28
Taux en ALAT (UI/L)	RTN	32±2,00	31±4,00	32±3,00
	RDNT	76±4,00***	77±2,00***	76±4,00***
	RDTG	78±3,00***	60±2,00 ≠≠≠	37±0,02≠≠≠
	RDTC	75±5,00***	73±3,00 ≠,ΦΦ	71±2,00 ≠,ΦΦΦ
	RDTC+G	77±4,00***	57±2,00 ≠≠≠,Φ	33±3,00 ≠≠≠,Φ

RTN *: rates témoins normoglycémiques ;* RDNT : *rates diabétiques non traitées ;* RDTG : *rates diabétiques traitées par glibenclamide ;* RDTC : *rates diabétiques traitées par EAGTCc ;* RDTC+G : *rates diabétiques traitées par EAGTCc + glibenclamide.*

* *comparaison par rapport aux rates témoins et à la même période,*

≠ *comparaison par rapport aux rates diabétiques et à la même période,*

Φ *comparaison par rapport aux rates diabétiques traitées avec le glibenclamide et à la même période.*

Après 28 jours, le taux d'ALAT des rates diabétiques traitées par l'association EAGTCc+ glibenclamide (RDTC+G) se rapprochait des valeurs des rates témoins normoglycémiques (RTN), suggérant une amélioration plus marquée de la fonction hépatique dans ce groupe.

La mesure du taux d'Aspartame Amino-Transférase est présentée dans le tableau II.

Tableau II : Taux d'ASAT à différentes périodes J0, J14 et J28 chez les différents lots d'animaux expérimentaux.

Paramètres	Lots de rates	Période		
		J0	J14	J28
Taux en ASAT (UI/L)	RTN	85±4,00	74±4,00	76±4,00
	RDNT	138±10,00***	139±9,00***	140±8,00***
	RDTG	140±6,00***	100±8,00 ≠≠≠	76±5,00 ≠≠≠
	RDTC	137±9,00***	133±8,00 ΦΦΦ	128±7,00 ≠,ΦΦΦ
	RDTC+G	141±4,00***	99±9,00 ≠≠≠	70±6,00 ≠≠≠,Φ

RTN *: rates témoins normoglycémiques ;* RDNT *: rates diabétiques non traitées ;* RDTG *: rates diabétiques traitées par glibenclamide ;* RDTC *: rates diabétiques traitées par EAGTCc ;* RDTC+G *: rates diabétiques traitées par EAGTCc + glibenclamide.*

* *comparaison par rapport aux rates témoins et à la même période,*

≠ *comparaison par rapport aux rates diabétiques et à la même période,*

Φ *comparaison par rapport aux rates diabétiques traitées avec le glibenclamide et à la même période.*

De façon similaire, les taux d'ASAT diminuaient davantage dans le groupe RDTC+G que dans les groupes RDTG et RDTC à J28, indiquant un effet protecteur potentialisé de l'association café filtré + glibenclamide sur l'intégrité hépatique.

Globalement, les traitements par glibenclamide seul, EAGTCc seul et l'association EAGTCc + glibenclamide réduisaient les taux d'ALAT et d'ASAT chez les rats diabétiques, mais l'association a montré l'effet le plus marqué à J28, ce qui suggère une potentialisation de l'action hépatoprotectrice.

Discussion

Les enzymes hépatiques étaient élevées chez les rats diabétiques [**4**]. Elles l'étaient moins chez celles ayant reçu la boisson café filtré, mais restaient néanmoins élevées. Les traitements avec le glibenclamide et l'association boisson café filtré + glibenclamide amélioraient la fonction des foies chez les rats diabétiques. Cependant, l'association boisson café filtré + glibenclamide était plus efficace que le glibenclamide.

Cette élévation des enzymes hépatiques proviendrait de la destruction des cellules hépatiques (cytolyse hépatique) due à l'action de l'alloxane et à l'accumulation des acides aminés comme l'alanine et l'acide glutamique provenant de la dégradation des protéines du corps [**4**]. Par ailleurs, la boisson café filtré améliorerait les fonctions hépatiques chez le rat diabétique au bout de 28 jours de traitement dans notre modèle expérimental. En effet, la consommation de la boisson café diminuerait le risque d'élévation des transaminases [**5**].

L'injection d'agents diabétogènes a entraîné une augmentation des marqueurs hépatiques (ASAT et ALAT). Toutefois, la consommation de café protègerait contre l'élévation de ces derniers. Cette protection était plus importante en cas d'association à l'alcool ou au tabac [**6**]. Par ailleurs, la boisson café réduisait le risque de fibrose hépatique et de mortalité par maladie chronique du foie [**7**].

L'acide chlorogénique du café inhiberait la métalloprotéinase-9 de la matrice, impliquée dans la genèse et la métastase des tumeurs hépatiques [**8**].

Conclusion

Cette étude a révélé que l'extrait aqueux de grains de café torréfiés et moulus (boisson café filtré) possèderait un effet hépato-protecteur et potentialiserait l'effet du glibenclamide sur les deux marqueurs hépatiques (ALAT et ASAT) étudiés. Cette synergie d'effet avec le glibenclamide pourrait constituer une piste thérapeutique intéressante dans la prise en charge du diabète de type 2.

Cette étude présente néanmoins certaines limites, notamment la durée relativement courte du suivi (28 jours), l'utilisation d'une seule dose d'EAGTCc et de glibenclamide et l'absence d'analyse histologique hépatique, qui auraient permis de confirmer les observations biochimiques.

Remerciements

Nous remercions les responsables de l'institut Pasteur d'Adiopodoumé et le personnel du Laboratoire de Biochimie de l'UFR des Sciences médicales d'Abidjan pour leur contribution à la réalisation de l'étude.

Références

1. **Kumar, R.** Hepatogenous Diabetes : An Underestimated Problem of Liver Cirrhosis. Indian J. Endocrinol. Metab, 2018, 22, 552–559.
2. **Natella F, Scaccini C.** Role of coffee in modulation of diabetes risk. *Nutrition Reviews*, 2012, 70 : 207-217.
3. **Shetti AA. Sanakal RD, Kaliwal BB.** Antidiabetic effect of ethanolic leaf extract of Phyllantus amarus in alloxan induced diabetic mice. Asian Journal of Plant Science and Research, 2012, 2(1) : 11-15.
3. **Barbosa NBV, Rocha JBT, Wandracek DC.** Diphenyl diselenide reduces temporarily hyperglycemia: possible relationship with oxidative stress. *Chemico-Biological Interactions,* 2006 ; 163 : 230-238.
4. **Birerdinc A., Stepanova M. & Pawloski L.** - Caffeine is protective in patients with non- alcoholic fatty liver disease. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 2012, 35 : 76-82.
5. **Tanaka K., Hara M. & Sakamoto T.** Inverse association between coffee drinking and the risk of hepatocellular carcinoma : a case-control study in Japan. Cancer Science 2007, 98 : 214-218.
6. **Anty R., Tran A., & Pariente A.** Café et foie : de bons camarades ? Hepatologie Gastrologie, 2013, 20 : 123-131.
7. **Jin UH, Lee LY, Kang SK et *al*.** A phenolic compound, 5-caffeoylquinic acid (chlorogenic acid), is a new type and strong matrix metalloproteinase-9- inhibitor : isolation and identification from methanol extract of *Euonymus alatus*. *Life Sciences,* 2005, 77 : 2760-2769.

03

Port systématique du préservatif chez les adolescents et jeunes au Service de Santé Scolaire et Universitaire d'Agboville (Sud-Est de la Côte d'Ivoire)

Systematic condom use among adolescents and young people at the School and University Health Service in Agboville (Southeast Côte d'Ivoire)

N'drin Yapi David Gautier.

Service de Santé Scolaire et Universitaire Santé Adolescents et Jeunes, Département d'Agboville, République de Côte d'Ivoire.

Résumé

Introduction : La santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes demeure un enjeu majeur en Afrique subsaharienne, avec une utilisation systématique du préservatif encore insuffisante en Côte d'Ivoire, notamment à Agboville.

Objectif : Étudier la pratique du port systématique du préservatif et identifier les freins à sa non-utilisation chez les adolescents et jeunes consultant au SSSU-SAJ d'Agboville.

Méthodes : Étude descriptive menée auprès de 97 jeunes, avec collecte par entretiens individuels.

Résultats : 62,89% n'utilisaient pas systématiquement le préservatif. La non-utilisation était plus fréquente chez les non scolarisés (72,22%) et chez ceux résidant hors d'Agboville (94,44%). Les principaux freins et attitudes étaient : baisse de la sensation (59,01%), influence des pairs (16,39%), manque de connaissance (11,48%), absence d'intérêt (8,2%) et oubli (4,92%).

Conclusion : Le port systématique du préservatif est faiblement utilisé et influencé par des facteurs individuels, sociaux et structurels.

Message de santé publique : Des stratégies intégrées telles que l'éducation sexuelle, implication des pairs/parents, accessibilité discrète et gratuite, outils numériques sont nécessaires pour améliorer cette situation.

Mots-clés : Santé sexuelle, Adolescents, Préservatif, Comportements à risque, Prévention,

Abstract

Introduction : Sexual and reproductive health among adolescents and young people remains a major public health issue in sub-Saharan Africa. In Côte d'Ivoire, consistent condom use remains low despite awareness-raising efforts, particularly in Agboville where STIs, early pregnancies and HIV/AIDS are still frequent.

Objective: To assess consistent condom, use and identify barriers to non-use among adolescents and young people attending the School and University Health Service for Adolescents and Youth in Agboville.

Methods: Descriptive study conducted with 97 young people, with data collected through individual interviews.

Results: 62.9% did not consistently use condoms during sexual intercourse. Non-use was higher among out-of-school youth (72.2%) and those living outside the municipality of Agboville (94.4%). The main barriers were reduced sexual sensation (59.0%), peer influence (16.4%), lack of knowledge about condom use (11.5%), lack of interest (8.2%) and forgetfulness (4.9%).

Conclusion: Consistent condom use is low and influenced by individual, social, and structural factors.

Public Health message : Integrated strategies such as sex education, peer/parent involvement, discreet and free access, and digital tools are needed to improve this situation.

Keywords: Sexual health, Adolescents, Condom, Risk behaviors, Prevention.

Introduction

La santé sexuelle et reproductive est un enjeu majeur en Afrique subsaharienne, notamment en Côte d'Ivoire, où environ 30 % de la population est constituée de jeunes confrontés à des risques tels que les infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH/SIDA et les grossesses précoces [1].

Le préservatif reste l'une des méthodes les plus efficaces pour prévenir ces risques, mais son utilisation reste faible chez les jeunes, malgré les efforts de sensibilisation [2]. À Agboville, la cellule santé scolaire et universitaire joue un rôle important dans la promotion des comportements sexuels responsables, mais des rapports de terrain montrent une adoption limitée du préservatif [2, 3].

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation, tels qu'un accès insuffisant aux préservatifs, des croyances sociales négatives, un manque de communication sur la sexualité [3]. Leur analyse permettrait de comprendre les comportements des jeunes face à l'utilisation du préservatif et les obstacles à son adoption systématique [4]. Notre objectif était d'étudier la pratique du port systématique du préservatif chez les adolescents et jeunes.

Méthodes

L'étude transversale descriptive a été réalisée dans le service de santé scolaire et universitaire d'Agboville du 15 Juillet au 30 Juillet 2025.

Tous les adolescents et jeunes venus en consultation pendant la période de l'étude et consentant à y participer ont été inclus. Un questionnaire individuel a été administré par interview.

La réalisation de notre étude a reçu l'autorisation du médecin chef du service de santé scolaire et universitaire santé adolescents et jeunes du département d'Agboville. Le consentement éclairé des adolescents et jeunes venus a été obtenu. La confidentialité et l'anonymat ont été respectés.

Résultats

Nous avons enregistré 97 adolescents et jeunes pendant la période d'étude.

Les caractéristiques sociodémographiques des adolescents et jeunes sont présentées dans le tableau I.

TABLEAU I : Répartition des consultants selon les caractéristiques socio-démographiques (N=97)

Variables	Modalités	Effectif	(%)
Âge (années)	< 16	20	20,6
	[16-24[	65	67,0
	≥24	12	12,4
Sexe	Masculin	60	61,9
	Féminin	37	38,1
Profession	Scolarisés	72	74,2
	Non scolarisés	25	25,8
Type d'établissement	Public	32	44,4
	Privé	40	55,6
Domicile	Commune Agboville	87	89,7
	Hors commune Agboville	10	10,3
Niveau d'étude	Aucun niveau	25	25,8
	Primaire	1	1,0
	Secondaire	66	66,0
	Supérieur	5	5,2

La majorité des élèves avait une tranche d'âge comprise entre 16 et 24 ans. Le sexe masculin était prédominant avec un sex-ratio (H/F) de 1,62 et trois-quarts étaient scolarisés.

55,6% des consultants fréquentaient les établissements privés.

Les caractéristiques de l'utilisation des préservatifs pendant les rapports sexuels sont présentées dans le tableau II.

TABLEAU II : Caractéristiques des consultants n'utilisant pas systématiquement les préservatifs pendant les rapports sexuels (N=97)

Variables	Modalités	Effectif	(%)
Utilisation des préservatifs	Oui	36	37,11
	Non	61	62,89
Âge (années)	< 16	5	8,19
	[16-24[	46	75,4
	≥24	10	16,39
Sexe	Masculin	34	55,74
	Féminin	27	44,26
Profession	Scolarisés	17	27,78
	Non scolarisés	44	72,22
Type d'établissement	Public	41	66,67
	Privé	20	33,33
Domicile	Commune Agboville	3	5,56
	Hors commune Agboville	58	94,44
Motifs de non-utilisation des préservatifs	Baisse de sensation	36	59,01
	Influence des pairs	10	16,39
	Manque d'intérêt	5	8,2
	Manque de connaissance	7	11,48
	Oubli	3	4,92

La majorité des élèves n'utilisait pas systématiquement les préservatifs (62,9%).

Les non-utilisateurs des préservatifs étaient majoritairement dans la tranche d'âge des moins de 16 ans (8,20%), des hommes (55,7%) et non scolarisés (72,2%). Ils étaient scolarisés au public (66,7%) et résidaient pratiquement tous hors de la commune d'Agboville (94,4%).

Les élèves d'âge compris entre 16 et 24 ans représentaient les trois-quarts des utilisateurs systématiques des préservatifs.

Plusieurs raisons ont été évoquées pour expliquer la non-utilisation des préservatifs dont la principale était la baisse de la sensation de plaisir pendant les rapports sexuels avec le port des préservatifs (59,0%).

Discussion

Le préservatif, lorsqu'il est utilisé correctement, reste une méthode clé de prévention des Infections Sexuellement Transmissibles et des grossesses non désirées. Cependant, son utilisation systématique demeure faible chez les jeunes à Agboville, les exposant ainsi aux risques sexuels (IST/VIH, grossesse non désirée) [5]. Cette situation peut être expliquée par des facteurs individuels, relationnels et contextuels. L'absence d'éducation sexuelle adéquate, notamment par les programmes d'éducation complète à la sexualité (ECS), limite l'adoption du préservatif. En Côte d'Ivoire, des politiques de communication et de services adaptés visent à répondre à ces défis [6]. Par ailleurs, des inégalités d'accès aux services de santé sexuelle et aux préservatifs, ainsi que des normes sociales variées en fonction des lieux de résidence, influencent également l'utilisation du préservatif [6, 8]. Les barrières déclarées incluaient la « baisse de la sensation de plaisir » et la pression des pairs, ce qui souligne la nécessité de messages positifs et centrés sur le plaisir, ainsi que le développement de compétences de vie [6, 9]. Enfin, l'environnement de soins joue un rôle crucial, et des stratégies de communication locale sont nécessaires pour améliorer l'accès aux services [10].

Si le caractère descriptif et transversal de l'étude ne permet pas une généralisation des résultats, elle met tout de même en lumière des leviers pour améliorer l'usage du préservatif chez les jeunes.

Conclusion

La pratique du préservatif reste insuffisante chez les jeunes à Agboville, avec 62,89% ne l'utilisant pas systématiquement. Les freins incluent la baisse de sensation, l'influence des pairs, et le manque de connaissances. Des stratégies intégrées, incluant l'éducation sexuelle, l'implication des pairs et l'accès discret aux préservatifs, sont nécessaires pour améliorer la prévention.

Références

1. Programme National de Santé Scolaire et Universitaire – Côte d'Ivoire (2023). *Rapport annuel d'activités*.
2. OMS (2022). *La santé sexuelle et reproductive des adolescents : directives à l'intention des services de santé*.
3. ONUSIDA (2023). *Rapport mondial sur le VIH/SIDA*.
4. World Health Organization. Condoms [Internet]. Geneva: WHO; 2025 Feb 14 [cited 2025 Dec 9]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/condoms
5. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida. Politique nationale de santé des adolescents et des jeunes 2016–2020 [Internet]. Abidjan: MSLS; 2016 [cited 2025 Dec 9]. Available from: https://sante.gouv.ci/userfiles/file/Politique%20Nationale%20Sant%C3%A9%20Adolescents%20et%20Jeunes.
6. UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women, World Health Organization. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach. Revised edition [Internet]. Paris: UNESCO; 2018 [cited 2025 Dec 9]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/
7. Analogbei T, Dear N, Reed D, et al; AFRICOS Study Group. Predictors and barriers to condom use in the African Cohort Study. AIDS Patient Care STDS. 2020 ; 34 (5) : 228-236.
8. Kanda LL, Mash R. Reasons for inconsistent condom use by young adults in Mahalapye, Botswana. Afr J Prim Health Care Fam Med. 2018 ; 10(1).
9. Koné NA, Coulibaly SH. Perceptions et accessibilité des adolescents et jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive dans la ville de Bouaké en Côte d'Ivoire. Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique. 2024 ; 6(3) : 138-153.
10. Rwenge JRM, Djourdebbe FB, Ekambi Ekambi E. Social and individual factors associated with condom use among single youths: an analysis of the 2018 Cameroon Demographic and Health Survey. J Biosoc Sci. 2022 ; 54 (2) : 295-321.

04

Surveillance des sites sentinelles du paludisme: cas du district sanitaire de Korhogo 1 de 2021 à 2024 au nord de la Côte d'Ivoire

Monitoring of malaria sentinel sites : case of the Korhogo 1 health district from 2021 to 2024 in northern Côte d'Ivoire

Fofana AS[1], Degnoma M[2], Yeo S[1], Gokou O[3], Karidioula T[1]

1. District Sanitaire de Korhogo 1, Côte d'Ivoire
2. Centre Hospitalier Régional de Korhogo, Côte d'Ivoire
3. Direction Régionale sanitaire du PORO, Côte d'Ivoire

Résumé

Introduction : La surveillance du paludisme à travers les sites sentinelles permet d'orienter efficacement les stratégies de lutte. Cette étude visait à décrire l'évolution du paludisme dans le district sanitaire de Korhogo 1 entre 2021 et 2024.

Méthodes : À travers une étude descriptive transversale, nous avons collecté les données du système de surveillance sentinelle du paludisme. portaient sur les cas confirmés de paludisme et les décès associés.

Résultats : Entre 2021 et 2024, le district a enregistré 382 418 cas de paludisme, avec une incidence moyenne annuelle de 151 pour 1 000 habitants. Les enfants de moins de 5 ans ont représenté 30 % des cas et 54 % des décès. Le pic de transmission a été observé en 2022. Le taux de létalité s'est maintenu autour de 1 %. La répartition spatiale a révélé des foyers actifs dans les zones urbaines densément peuplées et autour du CHR de Korhogo.

Conclusion : La surveillance sentinelle s'est révélée essentielle pour guider les interventions. Il est recommandé d'intensifier la surveillance communautaire dans les zones à forte transmission.

Principal Message de Santé Publique : la surveillance du paludisme dans le district sanitaire de Korhogo 1 a permis une meilleure analyse de la situation du paludisme dans la région.

Mots-clés : Paludisme, Surveillance sentinelle, Korhogo, Côte d'Ivoire.

Abstract

Introduction : Malaria remains a major cause of morbidity and mortality in Côte d'Ivoire. Sentinel site surveillance helps guide effective control strategies. This study aimed to describe malaria trends in the Korhogo 1 health district from 2021 to 2024, assess the disease burden, and identify priority areas for intervention.

Methods : We conducted a retrospective descriptive study using data from the malaria sentinel surveillance system. Data were extracted from health facility SIG reports and the DHIS2 platform. Confirmed malaria cases and malaria-related deaths were analyzed using Excel 2021.

Results : From 2021 to 2024, a total of 382,418 malaria cases were recorded in the district, with an average annual incidence of 151 per 1,000 inhabitants. Children under 5 years old accounted for 30% of cases and 54% of deaths. The highest transmission peak occurred in 2022. The case fatality rate remained around 1%. Spatial analysis revealed active transmission hotspots in densely populated urban areas and around the Korhogo Regional Hospital.

Conclusion : Malaria burden remained high in the Korhogo 1 district despite control efforts. Sentinel surveillance proved essential for guiding interventions. We recommend strengthening targeted measures, particularly for children under 5 years old, and enhancing community-level surveillance in high-transmission areas.

Public health message : The malaria surveillance in the Korhogo 1 health district allowed for a better analysis of the malaria situation in the region.

Keywords : Malaria, Sentinel surveillance, Korhogo, Côte d'Ivoire.

Introduction

La surveillance du paludisme est un élément important dans la lutte contre endémie, particulièrement dans les régions tropicales où elle reste une cause majeure de morbidité et de mortalité. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la surveillance du paludisme permet de suivre l'évolution de la transmission du paludisme, d'évaluer l'impact des interventions de contrôle et d'orienter les politiques de santé publique [1]. Elle repose sur la collecte régulière de données provenant de sites sentinelles, qui servent de points d'observation pour détecter les tendances épidémiques et guider les actions de prévention et de traitement. Ces sites permettent d'obtenir des informations précieuses sur les foyers de transmission, les groupes les plus vulnérables et l'efficacité des mesures mises en place [2].

En 2021, le paludisme demeurait la principale cause de morbidité en Côte d'Ivoire, avec un taux d'incidence estimé à 270,8 cas pour 1 000 habitants dans la population générale et 594 cas pour 1 000 chez les enfants de moins de cinq ans, malgré les efforts de prévention et d'accès aux traitements [3].

Le district sanitaire de Korhogo 1, situé dans la région du Poro au nord de la Côte d'Ivoire, est particulièrement exposé à ce problème en raison de son climat tropical humide, favorable à la prolifération des moustiques vecteurs du parasite *Plasmodium* [4]. Ainsi, la surveillance des sites sentinelles du paludisme dans cette région devient essentielle pour comprendre la dynamique de la transmission, évaluer les interventions existantes et proposer des stratégies adaptées. C'est dans ce cadre que nous avons mené une étude dont l'objectif était d'analyser les résultats de la surveillance épidémiologique du paludisme dans le district sanitaire de Korhogo 1, de 2021 à 2024.

Méthodes

Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée dans le district sanitaire de Korhogo 1, composé de ses établissements publics et privés dont un centre hospitalier régional. Il couvre 11 sous-préfectures du département de Korhogo. En raison de la diversité de ses zones écologiques et de la mise en œuvre de plusieurs projets de santé publique axés sur la surveillance épidémiologique et entomologique du paludisme, le district de Korhogo 1 a été désigné site sentinelle national pour le suivi des indicateurs du paludisme.

Type d'étude

Il s'est agi d'une étude descriptive transversale basée sur les données de routine du système DHIS2 couvrant la période de 2021 à 2024.

Population d'étude

L'étude a porté sur l'ensemble des cas de paludisme enregistrés dans le district sanitaire de Korhogo 1 au cours de la période d'observation. Au total, 382 418 cas diagnostiqués et 169 décès attribués au paludisme ont été recensés dans les établissements sanitaires publics et privés dudit district.

Collecte et analyse des données

Les données annuelles ont été extraites de la base nationale SIGSANTE-DHIS2 du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU). Pour la collecte des données, ont été inclus dans l'étude :

- Les cas confirmés de paludisme enregistrés dans les registres de consultation et d'hospitalisation ;
- Les décès attribués au paludisme selon le diagnostic médical figurant dans les registres d'hospitalisation et le certificat de décès ;
- Les structures sanitaires assignées au formulaire DHIS2 pour la période.

Les cas non confirmés biologiquement, les dossiers incomplets et les structures non assignées ou désassignées dans le système DHIS2 ont été exclus de l'analyse.

Les données collectées ont été analysées avec le logiciel Microsoft Excel version 2021 et exprimées en fréquences, moyennes, et pourcentages.

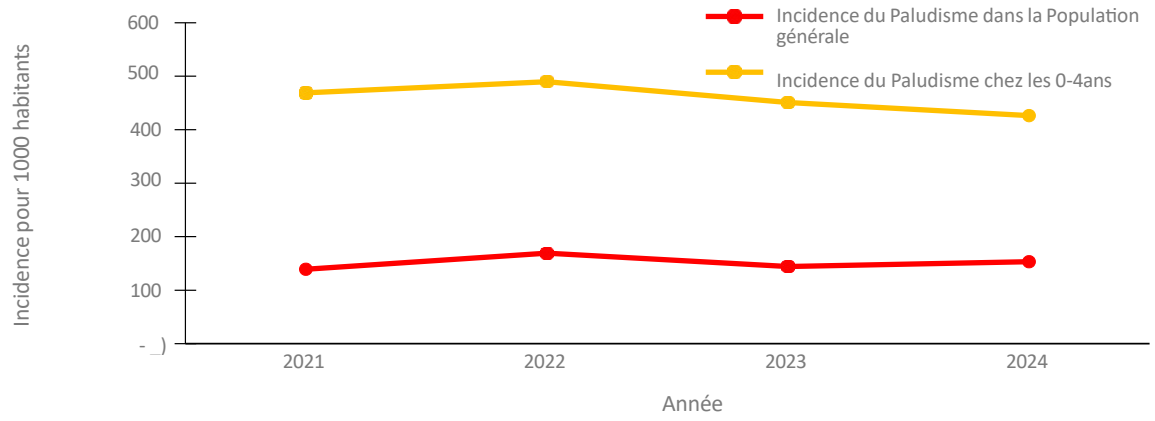
Considérations éthiques

Notre étude a respecté les principes éthiques de la recherche, notamment l'anonymat, la confidentialité des données des patients et les normes de la déclaration d'Helsinki.

Les autorisations nécessaires pour l'accès aux dossiers médicaux et aux rapports de surveillance ont été obtenues auprès des autorités sanitaires compétentes.

Résultats

Une distribution inégale des cas de paludisme selon les sous-préfectures est constatée. Les localités de Napié (22 080 cas), Komborodougou (11 667 cas), Dassoungbo (10 132 cas), et le CHR de Korhogo (plus de 27 000 cas) ont enregistré les chiffres les plus élevés. L'incidence a fluctué entre 2022 et 2024. Chez les moins de 5 ans, elle a diminué, mais restait deux fois plus élevée que dans la population générale (figure 1).



Létalité et mortalité dues au paludisme

Le district a enregistré 21 316 cas d'hospitalisations pour paludisme grave, dont 41 % chez les enfants de moins de 5 ans. Le taux de létalité était d'environ 1 %.

Entre 2021 et 2024, 169 décès, dont 53,8 % (91 décès) chez les enfants de moins de 5 ans, ont été recensés. La mortalité équitablement répartie entre les sexes a présenté un pic en 2021 (31,9 % des décès), avec une baisse en 2023. Les personnes âgées de 50 ans et plus ont représenté 11,8 % des décès (Tableau I).

Tableau I : Répartition des décès attribués au paludisme au district sanitaire de Korhogo 1 de 2021-2024

Tranche d'âge (années)	Féminin	Masculin	Total
[0-5 [	44	47	91
[5-10[	16	13	29
[10-15[	3	2	5
[15-20[	3	3	6
[20-25 [	2	0	2
[25-50 [	9	7	16
≥ 50	9	11	20
TOTAL	86	83	169

Discussion

Tendance épidémiologique globale

Les 382 418 cas de paludisme enregistrés entre 2021 et 2024 dans le district sanitaire de Korhogo 1 témoignaient d'une charge épidémiologique élevée. Une étude réalisée dans la région de Korhogo entre juillet 2016 et juillet 2017 a estimé une incidence moyenne de 130 cas pour 1 000 personnes-années [5]. Par ailleurs, une analyse spatio-temporelle pour la Côte d'Ivoire de 2015 à 2019 a montré une incidence moyenne qui passait de 155,5 pour 1 000 à 229,8 pour 1 000 personnes-années dans plusieurs districts sanitaires [6]. Ainsi, les 382 418 cas de paludisme observés de 2021-2024 dans le district sanitaire de Korhogo 1 confirment que la région de Korhogo reste un foyer de transmission élevé, au regard de la charge passée. Cela suggère que malgré les efforts de lutte, la maladie reste très présente et que la transmission ne diminue pas de façon marquée.

Vulnérabilité des enfants de moins de 5 ans

Les enfants de moins de cinq ans représentent près d'un tiers des cas (30%) et plus de la moitié des décès (53,8%) liés au paludisme dans le district sanitaire de Korhogo 1, confirmant leur statut de population la plus vulnérable. Cette observation est cohérente avec les tendances régionales en Afrique subsaharienne, où les enfants de moins de 5 ans concentrent la majorité des décès par paludisme [7,8]. La vulnérabilité accrue de cette tranche d'âge s'explique par une immunité partielle, la perte de l'immunité maternelle, une exposition élevée aux moustiques et un accès plus tardif aux soins [9].

Répartition géographique et accès aux soins

La concentration des cas de paludisme dans les sous-préfectures de Napié, Korhogo, Komborodougou, Dassoungbo et au CHR de Korhogo s'explique par la combinaison de facteurs écologiques favorables à la prolifération des *Anopheles* (zones humides, rizières, proximité des cultures), et de facteurs liés au système de santé, tels que la centralisation des cas graves et la meilleure capacité diagnostique des structures de référence. Ces déterminants environnementaux et organisationnels, déjà rapportés dans la région de Korhogo, confirment que la transmission locale du paludisme reste influencée par l'interaction entre conditions écologiques et accessibilité aux soins [5].

Réduction de la mortalité

La baisse de la mortalité palustre observée entre 2021 et 2023 dans le district sanitaire de Korhogo 1 s'inscrit dans la tendance régionale de recul observée en Afrique subsaharienne, attribuée à l'intensification des interventions de lutte telles que la distribution massive de moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action, le diagnostic rapide et

l'accès élargi aux traitements antipaludiques. Cette évolution traduit à la fois les progrès des stratégies de lutte intégrée et l'amélioration du système de surveillance, plutôt qu'un recul absolu de la transmission [10].

Implication pour la surveillance sentinelle

Les données de Korhogo 1 ont démontré la valeur ajoutée d'un dispositif de surveillance sentinelle avec :

- L'identification des foyers actifs pour ciblage géographique,
- Le suivi de la dynamique épidémiologique,
- L'orientation des ressources pour les groupes à risque (enfants <5 ans, personnes âgées),
- Le renforcement de la détection des cas graves et de la riposte clinique.

Conclusion

La surveillance sentinelle du paludisme dans le district de Korhogo 1 entre 2021 et 2024 a mis en évidence une forte charge de morbidité, une vulnérabilité marquée chez les enfants de moins de cinq ans et une répartition inégale des cas. Ces données soulignent l'importance de renforcer les stratégies de prévention ciblées, d'améliorer l'accès aux soins et de maintenir un système de surveillance efficace et réactif.

Références

1- World Health Organization. World Malaria Report 2018. Geneva : WHO 2018.

2- Faye D, et *al*. Epidemiology of malaria and surveillance in sub-Saharan Africa: challenges and opportunities. Lancet Infect Dis. 2014 ; 14 (11) : 950–8.

4. World Health Organization. Côte d'Ivoire : Country Disease Outlook 2023. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2023. Available from: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2023-08/CIV.pdf

3- Bousema T, et *al*. Emergence of highly infectious malaria parasites and their contribution to malaria transmission. Nature. 2014 ; 511(7509) : 1–7.

4- Tchiekoi NB, Zogo MB, Ahoua Alou LP, et *al*. Malaria epidemiology in the Korhogo area, northern Côte d'Ivoire : baseline assessment prior to a randomized controlled trial. Malar J. 2025 ; 24 : 309.

5- Azongnibo KRM, Guindo-Coulibaly N, Bonnet E et *al*. Spatiotemporal analysis of malaria incidence in Côte d'Ivoire from 2015 to 2019. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2023 ; 117(4) : 301– 9.

6- Sarfo JO, Amoadu M, Kordorwu PY et *al*. Malaria amongst children under five in sub-Saharan Africa: a scoping review of prevalence, risk factors and preventive interventions. Eur J Med Res. 2023 ; 28 : 80.

7- Mbishi JV, Chombo S, Luoga P, et *al*. Malaria in under-five children: prevalence and multi-factor analysis of high-risk African countries. BMC Public Health. 2024 ; 24 : 1687.

8- Isiko I, Nyegenye S, Bett DK, et *al*. Factors associated with the risk of malaria among children: analysis of 2021 Nigeria Malaria Indicator Survey. Malar J. 2024 ; 23 : 109.

9- World Health Organization. World Malaria Report 2024. Geneva : WHO 2024.

05

Les raisons des accouchements non assistés dans l'aire sanitaire de Totrodrou sous financement base sur la performance en 2024 à l'ouest de la Côte d'Ivoire

Reasons for unassisted births in the Totrodrou health area under performance-based funding in 2024 in western Côte d'Ivoire

Mossoun LM[1], Tano K[2], Sylla MC[2], Gbané M[2], Yavo W[2]

1. Centre de Santé Urbain de Totrodrou, District de Kouibly
2. Institut National de Santé Publique, Cote d'Ivoire

Auteur correspondant : Mossoun Ludovic Martial (00225)0707227977- mosslumart@yahoo.fr

Résumé

Introduction : Le financement basé sur la performance (FBP) est une option d'amélioration de la qualité des soins adoptée par l'Etat de Côte d'Ivoire, nécessaire à la réduction de la mortalité maternelle dont les accouchements non assistés (ANA) demeurent une cause majeure. L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence et les motifs de ce mode d'accouchement dans l'aire sanitaire de Totrodrou dans le contexte du FBP.

Méthodes : Une analyse descriptive de données issues d'une enquête transversale menée dans l'aire sanitaire de Totrodrou en 2024 auprès de 261 femmes accouchées de moins d'un an a été réalisée. La base de données a été importée puis analysée à l'aide du logiciel Epi-info version 7.04.

Résultats : L'âge moyen des enquêtées était de 25,91 ± 6,40 ans. Elles étaient majoritairement ménagères (65,5 %) et avaient au moins le niveau d'étude du primaire (67 %). Moins de la moitié (42,1 %) résidait à Totrodrou, village abritant le centre de santé. La prévalence était de 14,9 %. Les principaux motifs évoqués étaient la surprise du travail et l'absence de moyens de déplacement respectivement dans 41 % et 20,5 % des cas.

Conclusion : Les accouchements non assistés demeurent d'actualité malgré la mise en œuvre du FBP, nécessitant une évaluation et une adaptation régulière de ce mode de financement.

Message-clé de santé publique : Le phénomène des accouchements non assistés en contexte du FBP nécessite des interventions complémentaires visant à prendre en compte la motivation des bénéficiaires dans le processus d'amélioration de la santé maternelle.

Mots-clés : Accouchement non assisté, Financement Basé sur la Performance, (FBP), Milieu rural.

Abstract

Introduction : Performance based financing (PBF) is an option to improve the quality of care adopted by the State of Côte d'Ivoire, necessary for the reduction of maternal mortality whose unassisted deliveries (UD) remain a major cause. The objective of this study was to determine the prevalence and the reasons for this method of delivery in Totrodrou's health area in the context of PBF.

Methods : A descriptive data analysis from a cross-sectional survey conducted in the Totrodrou health area in 2024 was carried out among 261 women who gave birth less than a year ago. The data base was imported and analysed using Epi-info 7.04 software.

Results : The mean age of respondents was 25.91 ± 6,40 years. They were mainly housewives (65.5 %) and had at least the level of primary school study (67 %). Less than half (42.1 %) lived in Totrodrou, a village housing the health center.

The prevalence was 14.9 %. The main reasons mentioned were the surprise of work and the absence of means of travel respectively in 41% and 20.5 % of cases.

Conclusion : Unassisted deliveries continue to be relevant despite the implementation of the PBF requiring regular evaluation and adaptation of this financing system.

Key public health message : The phenomenon of unassisted deliveries in the context of PBF requires additional interventions aimed at taking into account the motivation of beneficiaries in the process of improving maternal health.

Key words : Unassisted delivery, Performance Based Financing, (PBF), Rural area.

Introduction

La mortalité maternelle demeure une préoccupation mondiale et particulièrement dans les pays à revenu faible où elle reste élevée. En effet, l'OMS estimait en 2015 que plus de 300 000 femmes sont décédées dans le monde des causes liées à la grossesse et à l'accouchement dont près de 99 % sont survenus en Afrique subsaharienne [1]. Parmi les causes majeures de ces décès figurent les accouchements non assistés (ANA) à travers ses nombreuses complications [2,3]. Face à ce fléau, plusieurs initiatives mondiales ont mis au centre de leurs politiques la question de la santé maternelle dont l'un des objectifs majeurs était de promouvoir l'accouchement en milieu hospitalier [4].

C'est ainsi qu'en Côte d'Ivoire, une politique de gratuité ciblée en faveur du couple mère-enfant, la construction et l'équipement des structures sanitaires ont été effectués. En outre, pour améliorer la qualité des soins, le gouvernement ivoirien avait opté pour un nouveau mode de financement, le financement basé sur la performance (FBP) initié depuis 2016 et passé à échelle en 2021. Cependant, malgré ces efforts pour améliorer la prise en charge obstétricale, les accouchements non assistés persistent, avec des proportions qui avoisinent les 58 % en 2022 [5], et les données spécifiques sur ce phénomène dans un contexte de financement basé sur la performance restent limitées. L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence et les raisons évoquées face aux ANA dans l'aire sanitaire de Totrodrou,

Méthodes

Il s'agissait d'une analyse descriptive secondaire issue d'une étude transversale conduite dans l'aire sanitaire de Totrodrou, une aire de santé sous FBP depuis le troisième trimestre de l'année 2022, dans le district sanitaire de Kouibly en 2024. Cette enquête avait été menée dans tous les ménages de l'aire de santé du 1er juillet au 31 août 2024 auprès de 261 femmes accouchées de moins d'un an à l'aide d'un questionnaire préalablement testé et administré face à face. La base de données a été importée et analysée à l'aide du logiciel Epi-info version 7.04. Les variables quantitatives ont été décrites au moyen de tableaux de fréquence simples, ainsi que d'indicateurs de tendance centrale tels que les moyennes et de mesures de dispersion comme l'écart-type. Les variables qualitatives ont été exposées à travers des tableaux de fréquence mettant en lumière les pourcentages de chaque modalité.

Considérations éthiques

Cette étude avait bénéficié d'une autorisation de la Direction départementale de la santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle de Kouibly. Le consentement éclairé des participantes avait été obtenu.

Résultats

Profil sociodémographique

Au total, 261 femmes avaient été incluses dans l'étude. L'âge moyen des enquêtées était de 25,91 ± 6,40 ans avec des extrêmes de 15 et 45 ans, un peu plus de la moitié (57,8 %) avait un âge compris entre 20 et 29 ans. Elles étaient majoritairement ménagères (171 ; 65,5 %) et avaient au moins le niveau d'étude du primaire (175 ; 67%). Moins de la moitié (42,1 %) résidait à Totrodrou, village abritant le centre de santé.

Prévalence et raisons des accouchements non assistés

La prévalence des ANA était de 14,9 %, soit 39 cas sur 261. Ces ANA ont lieu au domicile avec l'aide d'accoucheuses villageoises ou matrones dans 84,6 % des cas (33/39) et sans aide dans 15,4 % des cas. Les principales raisons des accouchements non assistés évoquées par les femmes étaient la surprise du travail et l'absence de moyens de déplacement respectivement dans 41 % et 20,5 % des cas (Tableau I).

Tableau I : Principales raisons des accouchements non-assistés chez les femmes dans l'aire sanitaire de Totrodrou en 2022 (N=39)

Raisons des Accouchements non assistés	Effectif	%
Surprise du travail	16	41
Absence de moyens de déplacement	8	20,5
Manque de moyens financiers	5	12,8
Survenance nocturne de l'accouchement	3	7,7
Accouchement jugé facile	3	7,7
Seul à la maison	2	5,1
Choix personnel	2	5,1

Discussion

Cette étude avait pour objectif de déterminer la prévalence et les motifs évoqués par les femmes ayant eu des accouchements non assistés dans l'aire sanitaire de Totrodrou, une aire de santé sous FBP. Elle a mis en évidence une prévalence estimée à 15 %. La surprise du travail et le manque de moyens de déplacement ont été évoqués respectivement par plus du tiers des femmes et un peu moins du quart comme principaux motifs de l'ANA.

Cette prévalence était légèrement inférieure à la prévalence nationale selon l'EDS 2021 qui est 19 % [6] mais proche de celle trouvée par Bénié en 2009, dans deux quartiers précaires de Yopougon qui était de 17 % [2]. Une prévalence

de 13,27 %, presque similaire à la nôtre a été rapportée par Hounkponou au Bénin [7], en 2021. Elle parait encore plus basse que celle d'Akani [8] en Côte d'Ivoire dans une étude antérieure à la nôtre, qui avait trouvé une prévalence de 26 % en 2016. Cette différence de résultats pourrait s'expliquer par le lieu et le contexte d'étude. Cette étude avait été menée juste après la crise postélectorale de 2011 qu'a traversée le pays, où le système sanitaire était affaibli. Ce constat corrobore les résultats de Kakobo en RDC [9] où la prévalence dépassait les 35 %. Cependant, dans la plupart des pays, on note une tendance baissière liée aux efforts gouvernementaux pour l'atteinte des objectifs de développement durable en vue de réduire la mortalité infantile avec comme moyen privilégié, l'accouchement assisté par un personnel qualifié [9]. Dans de nombreux pays africains comme la Côte d'Ivoire, les reformes entreprises dans le domaine de la santé visant à améliorer la santé des populations vulnérables ont engendré une baisse significative des ANA [6].

En ce qui concerne les motifs, nos résultats sont similaires à ceux de Dembélé [3] au Mali qui trouvait que 46,2 % des accouchées sans assistance médicale étaient du fait de la surprise du travail et le manque de moyens de transport dans 17,5 % des cas.

Malgré l'adoption et l'application des mesures de gratuité en vigueur, le manque de moyens financiers a été relevé dans 12, 8 % des cas dans notre étude. Cela traduirait le surcoût lié à l'éloignement et à l'impraticabilité des routes en zone rurale, ainsi qu'à un manque de préparation suffisante à l'accouchement comme le souligne Méa [5]. Ces différents aspects comportementaux et organisationnels semblent ne pas être suffisamment influencés par le FBP ; d'où l'intérêt de l'évaluer et de l'adapter continuellement afin d'atteindre les objectifs escomptés en matière de baisse de la mortalité maternelle.

Conclusion

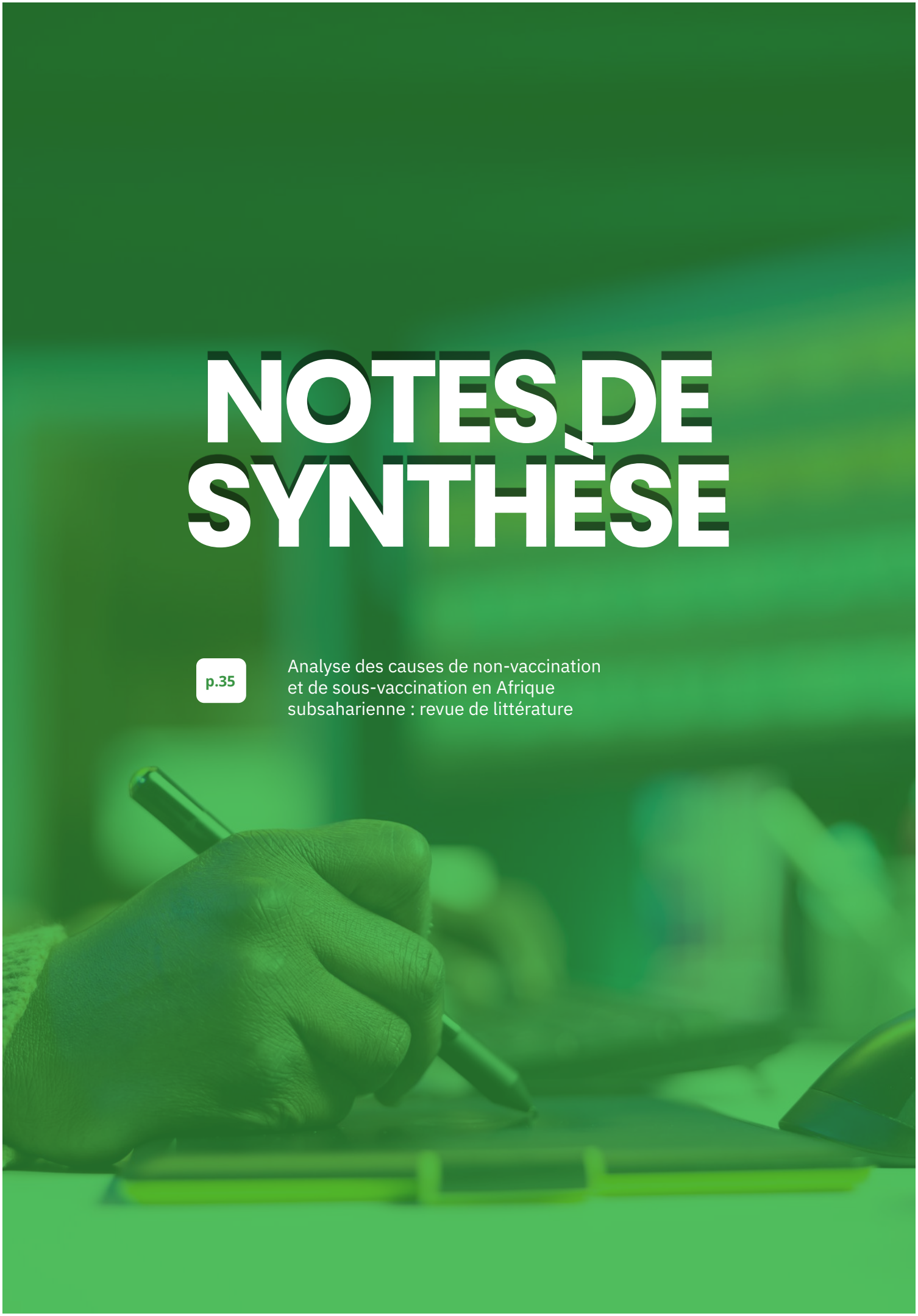
La persistance des accouchements non assistés demeure encore d'actualité et soulève la problématique de la motivation des bénéficiaires dans les projets d'amélioration des indicateurs de santé maternelle, surtout en milieu rural où l'inaccessibilité géographique et financière constitue un véritable frein à la fréquentation des services de maternité.

Références

1. OMS, UNICEF, UNFPA, Groupe de la Banque Mondiale et Division de la population des Nations Unies. Tendances de la mortalité maternelle : 1990 – 2015. Disponible sur http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204113/1/WHO_RHR_15.23_fre.pdf
2. Bénié Bi VJ, Tiembré I, Zengbé-Acray P et *al*. Prévalence et déterminants des accouchements à domicile dans deux quartiers précaires de la commune de Yopougon (Abidjan), Côte d'Ivoire. Santé publique, volume 21, n° 5, Sep-Oct, 2009 : 499-506.
3. Dembele S, Diassana M, Macalou B et *al*. Socio-Epidemiological Aspects and Prognosis of Unassisted Deliveries Arriving at Fousseyni Daou Hospital in Kayes. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2023, vol. 13, no 2 : 360- 371.
4. Nkurunziza M. Accoucher à domicile malgré la gratuité des soins, le cas du milieu rural burundais. Autrepart 2015/2 n°74-75 : 85 à 100.
5. Méa BH, Tanoh EF, N'gatta NS et al. Accouchements non assistés à domicile : cas de deux villages du Sud-Est de la Côte d'Ivoire. Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire, vol 1, n°2 : 2-23.
6. Institut National de la Statistique-INS et ICF 2023. Enquête Démographique et de Santé de Côte d'Ivoire, 2021.Rockville, Maryland, USA : INS/Côte d'Ivoire et ICF.
7. Hounkponou NFM, Sidi IR, Yadonta MBP et al. Prévalence et facteurs associés à l'accouchement à domicile à Parakou au Benin de 2010 à 2020. *Journal de la SAGO*, 2021, vol. 22, no 2 : 20-25.
8. Akani CB, Douba A, Konan LG et al. Niveaux socio-économiques et recours au personnel de santé qualifié lors de l'accouchement en Côte d'Ivoire. Revue Afr des Sciences Sociales et de la Santé Publique, vol. 5 (1), p. 265-283.
9. Kaboko MK, Wembonyama OS. Déterminants des accouchements à domicile dans la zone de santé rurale de Nyunzu, province du Tanganyika, en République Démocratique du Congo. *Tanganyika Journal of Sciences*, 2022, vol. 2, no 1 : 36-48.

NOTES DE SYNTHÈSE

p.35 Analyse des causes de non-vaccination et de sous-vaccination en Afrique subsaharienne : revue de littérature



01

Analyse des causes de non-vaccination et de sous-vaccination en Afrique subsaharienne : revue de littérature

Analysis of the causes of non-vaccination and under-vaccination in sub-Saharan Africa: literature review

ATTIA-KONAN R[1,2], N'ZI-BOA T[1], YOBOUE M[1], MANOUAN M[1], KONE B[1], SORO F[1], YOHOU K[1], MIAN A[1], FADIGA A G[3], GBAYORO-KOUAME C[3], BAKEU M[3], DEDOH J L[3] , KOUTOUAN M G[3], TOURE A[4], MAMA D M[4], DJOHAN V[1,2], YAVO W[1,2], SACKOU-KOUAKOU J[1,2].

1. Institut National de Santé Publique
2. UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Université Félix Houphouët-Boigny
3. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
4. Comité National d'Éthique des Sciences de la Vie et de la Santé

Auteur correspondant : ATTIA-KONAN Régine yaoregci@yahoo.fr

Résumé

Introduction : La vaccination permet de prévenir la morbidité et la mortalité liées aux maladies infectieuses. Cependant, il existe de nombreux obstacles responsables d'une sous-vaccination ou une non-vaccination. Cette étude vise à analyser les facteurs liés à l'offre entravant un accès équitable à la vaccination.

Méthodes : Une revue de littérature a été réalisée de septembre à octobre 2025 sur PubMed, Google scholar et la littérature grise. Les documents répondant aux critères de sélection ont été retenus.

Résultats : Les résultats de cette revue révèlent que des facteurs structurels, organisationnels liés aux professionnels de santé, à l'indisponibilité des vaccins et à des facteurs socioculturels constituent des obstacles à un accès équitable à la vaccination des enfants en Afrique subsaharienne.

Conclusion : L'amélioration de l'offre doit s'inscrire dans une stratégie multisectorielle permettant d'atteindre une couverture vaccinale universelle.

Mots-clés : Offre des services de vaccination, Non-vaccination, Sous-vaccination

Abstract

Introduction: Vaccination prevents morbidity and mortality related to infectious diseases. However, there are many barriers that lead to under-vaccination or non-vaccination. This study aims to analyze the supply-side factors that hinder equitable access to vaccination.

Methods: A literature review was conducted from September to October 2025 on PubMed, Google Scholar, and gray literature. Documents meeting the selection criteria were retained.

Results: The results of this review reveal that structural and organizational factors related to healthcare professionals, vaccine unavailability, and sociocultural factors constitute barriers to equitable access to childhood vaccination in sub-Saharan Africa.

Conclusion: Improving supply must be part of a multisectoral strategy to achieve universal vaccination coverage.

Keywords: Vaccination service provision, Non-vaccination, Under-vaccination.

Introduction

Parmi les interventions de santé publique, la vaccination se distingue par son efficacité et son excellent rapport coût-efficacité dans la prévention des pathologies infectieuses et la réduction de la mortalité infantile **[1.** L'Afrique subsaharienne a enregistré des avancées notables en matière de couverture vaccinale durant la dernière décennie, cependant des défis persistent quant à l'atteinte des objectifs mondiaux et des inégalités d'accès aux vaccins restent encore observées **[2,3].**

Les causes de la sous-vaccination et la non-vaccination sont multiples et complexes **[3,4].** Elles sont parfois aggravées par la méfiance à l'égard des vaccins, entretenue par la circulation d'informations erronées **[5].**

En Côte d'Ivoire, bien que des progrès significatifs aient été réalisés dans la mise en œuvre des programmes de vaccination, des défis persistent, notamment en matière de couverture vaccinale, d'équité d'accès et d'infrastructures **[6].**

Comprendre les causes profondes de la non-vaccination et de la sous-vaccination en Afrique subsaharienne est essentiel pour élaborer des stratégies adaptées et efficaces afin d'améliorer la couverture vaccinale et, par conséquent, de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies évitables. Cette analyse se propose d'examiner les principaux facteurs explicatifs de cette problématique, en explorant successivement les dimensions systémiques, socio-culturelles, économiques et politiques qui entravent l'accès équitable à la vaccination dans cette région du monde.

Méthodes

L'approche méthodologique a consisté à réaliser une revue des documents pertinents sur les barrières de la vaccination liées à l'offre de santé de septembre à octobre 2025.

Sources de revue documentaire

Les documents ont été collectés à partir des outils bibliographiques suivants :

- Site des institutions œuvrant dans le domaine de la vaccination : OMS, UNICEF, GAVI, PNUD, DC-PEV (rapports d'activités, enquêtes de couverture vaccinale) ;
- Moteurs de recherche Google Scholar, Bases de données PubMed/Medline.

Critères de sélection des documents

Les mots-clés ont été identifiés et les stratégies de recherche élaborées pour la recherche documentaire dans Google Scholar et PubMed/Medline.

Les stratégies de recherche étaient les suivantes :

- En français :
- « Vaccination » et « offre de soins » et « Afrique subsaharienne »
- En anglais :
- « Vaccination » OR « Active immunization » AND « Delivery of health care » AND « Sub-saharan Africa»

Les critères d'inclusion et de non inclusion étaient les suivants :

- Critères d'inclusion : lieu (pays à revenu faible ou intermédiaire), période de publication (≤ 10 ans), âge des enfants (0 à 59 mois) ;
- Critères de non-inclusion : document ne prenant pas en compte l'offre de soins, l'organisation des soins de vaccination.

Résultats

Accessibilité des services

Accessibilité géographique des services de vaccination

L'inaccessibilité géographique des établissements de santé a été mise en cause dans la sous-vaccination et la non-vaccination des enfants cibles dans plusieurs pays de l'Afrique sub-saharienne. Les agents de santé devaient parcourir de longues distances pour assurer des services de proximité **4,5].** Les mères ou les personnes en charge des enfants qui vivaient loin et dont le temps de trajet pour se rendre aux sites de vaccination était supérieur à une heure étaient dix fois plus susceptibles d'avoir des enfants incomplètement vaccinés par rapport à celles dont le trajet était inférieur à 15 minutes **[7].**

Continuité des services

Plusieurs facteurs concourent à la continuité de service à savoir la disponibilité des ressources humaine, les vaccins et les services de vaccination **[8].** Le suivi des rappels des enfants constitue un enjeu dans le respect du calendrier vaccinal **[5].**

Non Intégration de la vaccination dans les soins de santé primaires

Une approche non intégrée de la vaccination de routine dans les soins de santé primaires solides, contribue à une couverture vaccinale sous-optimale **[9,10].**

Ressources humaines

Disponibilité

L'indisponibilité du personnel ou l'insuffisance des effectifs en charge de la vaccination a souvent été incriminée dans la sous-vaccination ou la non-vaccination des enfants **[5].**

Compétences

Le manque de connaissances des agents de santé sur les indications et les contre-indications des vaccins et le manque de compétences en matière de conseil ont été décrits comme des obstacles à la vaccination **[5,8].**

Comportement / Supervision des agents de santé

Plusieurs études ont mis en évidence des comportements négatifs des agents de santé envers les mères ou gardiens d'enfants, qui ont également été signalées comme des obstacles à la vaccination **[5,8].**

Intrants et logistiques

Gestion des stocks et disponibilité des vaccins et du matériel de vaccination

La rupture de la chaîne du froid, l'irrégularité de l'approvisionnement et de la distribution des vaccins sont des défis de la mise en œuvre efficace de la vaccination en Afrique subsaharienne. La pénurie de vaccins au niveau des établissements de santé et les difficultés de transport des vaccins ont été fréquemment signalées comme entravant considérablement les services de vaccination **[5,10].**

Causes culturelles

Le sexe, les croyances, l'âge avancé des mères ou des personnes chargées de s'occuper des enfants (plus de 35 ans), le faible niveau d'éducation de la mère, une attitude négative à l'égard de la vaccination, un manque de connaissances, la crainte des effets secondaires, le manque d'amabilité du personnel de santé et le temps d'attente sont tous des facteurs statistiquement significatifs et indépendants prédictifs d'une vaccination incomplète **[4,5].**

Des facteurs individuels influencent la prise de décision en défaveur de la vaccination tels que la profession, le statut de célibataire de la mère, les contraintes financières, le lieu de résidence de la mère/du tuteur, la religion, l'origine ethnique, la taille élevée de la famille, le soutien du partenaire masculin **[5].**

Conclusion

L'analyse des causes de non-vaccination et de sous-vaccination liées à l'offre de soins en Afrique subsaharienne met en évidence le rôle déterminant des facteurs structurels et organisationnels des systèmes de santé. Le renforcement des systèmes de santé, à travers des investissements soutenus et des stratégies innovantes, constitue une priorité essentielle. Néanmoins, cette amélioration de l'offre doit s'inscrire dans une stratégie multisectorielle permettant d'atteindre une couverture vaccinale universelle en Afrique subsaharienne.

Références bibliographiques

1- WHO. Organisation mondiale de la santé (OMS). Immunization coverage. 2023

2- Islam MR, Rahman MM, Rahman MS, et *al.* Trends and projections of age-appropriate vaccination coverage in 41 low- and middle- income countries in Asia and Sub-Saharan Africa, 2000-2030. Front Public Health. 2024 May 9 ;12 :1371258.

3- Restrepo-Méndez MC, Barros AJ, Wong KL, et *al.* Inequalities in full immunization coverage: trends in low- and middle-income countries. Bull World Health Organ. 2016 Nov 1 ; 94 (11) : 794-805B.

4- Hajizadeh M. Socioeconomic inequalities in child vaccination in low/middle-income countries: what accounts for the differences? J Epidemiol Community Health. 2018;72(8):719-725.

5- SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. *Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy*. 2014

6- Institut National de la Statistique. Enquête Démographique et de Santé 2021. 2022.

7- Abegaz MY, Seid A, Awol SM, et *al.* Determinants of incomplete child vaccination among mothers of children aged 12 23 months in Worebabo district, Ethiopia: Unmatched case-control study. PLOS Glob Public Health. 2023; 3(8): doi: 10.1371/journal.pgph.0002088

8- Saha S, Quazi ZS. Does Digitally Enabling Frontline Health Workers Improve Coverage and Quality of Maternal and Child Health Services? Findings From a Mixed Methods Evaluation of TECHO+ in Gujarat. Front. Public Health. 2022 ; 10:856561.

9- Gavi. L'équité dès la naissance une approche intégrée en matière de vaccination et de nutrition note de politique. 2021

10- Jejaw M, Tafere TZ, Tiruneh MG, et *al.* Three in four children age 12–23 months missed opportunities for vaccination in Sub Saharan African countries: a multilevel mixed effect analysis of demographic health and surveys 2016–2023. BMC Public Health. 2025 ; 25:62.



DONNÉES DE SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Vigile n°914/2026

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

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

LE VIGILE

Votre Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire N°914/2026-Semaine 10 (du 02/03/2026 au 08/03/2026)

Promptitude des notifications

Cent treize (113) districts sanitaires sur **113** ont transmis à temps leurs données au cours de la **semaine 10, s**oit une promptitude de **100%.**

Fièvre Jaune

Tableau I : Répartition hebdomadaire des cas de Fièvre Jaune, semaine 10, année 2026, Côte d'Ivoire.

Sem	Cas Suspects	Cas Confirmés	Provenance
S10	17	0	Abobo-Est 3c Adzopé 1c Biankouma 1c ; vacc Cocody-Bingerville 1c, vacc Dimbokro 1c Doropo 1c Niankara 1c Port-Bouet-Vridi 2c San Pedro 4c; 1vacc Yopougon-Est 1c Yopougon-Ouest-Songon 1c
S01-S10	**135**	**0***	

Onze (11) districts sanitaires ont notifié au moins un cas suspect de Fièvre jaune au cours de la semaine 10 avec **100%** des cas prélevés et 18% de ces cas vaccinés.
De la semaine 1 à la semaine 10, un total de 135 cas suspects a été notifié dont **5 cas IgM+ et 5 cas Indéterminés,** identifiés par l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI).
(*) Confirmé par PCR.

Dengue

Tableau II : Répartition hebdomadaire des cas de Dengue, semaine 10, année 2026, Côte d'Ivoire.

Sem	*TDR Positifs*	*Confirmés PCR*	*Provenance*
S10	**16**	**0**	Abobo-Ouest 1c Koumassi 7c Port-Bouet-Vridi 3c Yopougon-Ouest-Songon 5c
S01-S10	**158**	**0**	

Quatre (04) districts sanitaires ont notifié au moins un cas de TDR positif dengue au cours de la semaine 10 avec 65% de prélèvement.
De la semaine 01 à la semaine 10, un total de 158 TDR dengue positifs ont été enregistrés.

MAPI

Aucun cas suspect notifié depuis le début de l'année 2026.

Grippe Aviaire

Aucun cas suspect notifié depuis le début de l'année 2026.

TNN

Aucun cas de TNN n'a été notifié à la semaine 10.
De la semaine 01 à la semaine 10, aucun cas notifié.

Ver de Guinée

Aucun cas suspect notifié depuis le début de l'année 2026.

Méningite

Un (01) cas suspect de méningite a été notifié et prélevé dans le district sanitaire de Sinfra au cours de la semaine 10.
De la semaine 01 à la semaine 10, vingt-trois (23) cas suspects ont été notifiés.
(*) Les résultats de laboratoire sont en attente.

Choléra

Aucun cas suspect de choléra notifié à la semaine 10.
De la semaine 01 à la semaine 10, aucun cas notifié.

PFA

Tableau III : Répartition hebdomadaire des cas de PFA, semaine 10, année 2026, Côte d'Ivoire.

Sem	*Cas Suspects*	*Cas Confirmés*	*Provenance*
S10	10	0	Agboville 1c Bouaflé 2c Cocody-Bingerville 1c Danané 1c Sikensi 1c Sinfra 1c Tiébissou 1c Yopougon-Est 1c Yopougon-Ouest-Songon 1c
S01-S10	**66**	**0**	

Dix (10) cas suspects ont été notifiés à la semaine 10 avec 100% des cas prélevés.

Décès Maternels

Tableau IV : Répartition hebdomadaire des cas de décès maternels, semaine 10, année 2026, Côte d'Ivoire.

Sem	Décès	Provenance
S10	5	Gagnoa 1c Korhogo 1c Yopougon-Ouest-Songon 1c
S01-S10	**90**	

Grippe

Tableau V : Répartition hebdomadaire des cas de grippe, semaine 10, année 2026, Côte d'Ivoire.

Sem	*Cas suspect*	*Positif grippe*	*Positif covid*	*Sites sentinelles*
S10	67	4	1	FSU Yopougon Attié 5c CHU Bouaké 10c CHR Korhogo 7c MACA 15c CHR Man 16c FSU Attécoubé 6c CHR San Pedro 8c
S01-S10	**673**	**28**	**3**	

La surveillance sentinelle de la grippe saisonnière a permis de détecter de la semaine 1 à la semaine 10, un total de 28 cas positifs de grippe (19 cas de grippe A et 9 cas de grippe B) et 3 cas de Covid-19.

Rougeole

Tableau VI : Répartition hebdomadaire des cas de Rougeole, semaine 10, année 2026, Côte d'Ivoire.

Sem	Cas Suspects	Cas Confirmés	Provenance des cas suspects
S10	101	23	Abobo-Est 14c Abobo-Ouest 1c Adzopé 1c Agnibilékrou 3c Alépé 1c Anyama 2c Arrah 1c Béoumi 1c ; vacc Biankouma 1c Beoumi 1c Blolequin 3c ; 1vacc Bouaké-Sud 1c Bouna 1c Buyo 1c Dabakala 1c; vacc Dabou 1c Didievi 1c Doropo 2c ; 1vacc Duékoué 2c Ferkessédougou 2c Gagnoa_1 1c Grand-Bassam 2c Guitry 1c Katiola 1c; vacc Korhogo 12c Koumassi 1c Man 1c Mankono 4c ; 1vacc Oumé 1c
S01-S10	**624**	**129**	

Quarante et un (41) districts sanitaires ont notifié au moins un cas suspect de rougeole au cours de la semaine 10 avec **97 %** des cas prélevés et **13 %** des cas vaccinés. Districts sanitaires en épidémie : Port-Bouet-Vridi et San-Pedro.

Rage Humaine

Deux (2) cas suspect de rage humaine a été notifié au cours de la semaine 10 dans les districts sanitaires de Man (1c) Soubré (1c). De la semaine 01 à la semaine 10, Neuf (9) cas suspects ont été notifiés dont 6 cas confirmés et décédés.

Tableau VII : Répartition des cas d'expositions de rage humaine, semaine 10, année 2026, Côte d'Ivoire.

Sem	Exposition	Provenance
S10	541	Antennes INHP 502 Centre antirabique Treichville 39
S01-S10	**5 255**	

Mpox

Tableau VIII : Répartition hebdomadaire des cas de la Mpox, semaine 10, année 2026, Côte d'Ivoire.

Sem	Cas Suspects	Cas Confirmés	Provenance
S10	6	2	Doropo 2c Sikensi 2c Tiébissou 1c Zuenoula 1c
S01-S10	**51**	**26**	

Quatre (04) districts sanitaires ont notifié au moins un cas suspect de Mpox à la semaine 10 avec **100%** des cas prélevés.

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

	Année 2026	*Année 2025*		Cumul 2026	Cumul 2025	Cumul 2025
	Semaine 10	*S01-S52*		S01-S10	S01-S10	S01- S52
	Cas suspects	*Médiane*	*Maximum*			
Fièvre Jaune	**17**	**17**	**32**	**135**	**102**	**869**
Choléra	**0**	**13**	**105**	**0**	**0**	**556**
Rougeole	**101**	**62**	**155**	**624**	**936**	**3664**
Méningite	**1**	**2**	**9**	**23**	**33**	**97**
PFA	**10**	**16**	**31**	**66**	**73**	**736**
TNN	**0**	**1**	**2**	**0**	**3**	**13**
Grippe	**67**	**79**	**142**	**673**	**645**	**4196**
Décès Maternel	**3***	**14**	**22**	**90**	**131**	**745**

* Cas de décès


Bon à
Savoir

Paroles d'expert



Interview avec

Dr
KOFFI-MENAN Éliane

Médecin interniste, chargée du suivi et de l'accompagnement de patients porteurs de pathologies chroniques et lourdes

La santé physique et psychologique au travail

1. Pouvez-vous vous présenter svp ?

Je m'appelle Dr Eliane KOFFI-MENAN, Médecin interniste à la base, chargée depuis 12 années, du suivi et de l'accompagnement de patients porteurs de pathologies chroniques et lourdes dans une mutuelle de santé de la place.

J'ai obtenu une spécialité en gestion globale de la santé option gestion stratégique de la santé et sécurité au travail à l'université de Sherbrooke.

L'entièreté de mon expérience professionnelle actuelle a été acquise avec la Mutuelle des Agents de la Direction générale des impôts (MADGI) dont les dirigeants ont compris très vite l'importance de la gestion des travailleurs les plus vulnérables afin de leur procurer une meilleure qualité de vie et de meilleures conditions de travail.

2. Expliquez aux lecteurs du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI) en quoi consiste la santé physique et psychologique au travail ?

Avant d'expliquer ces deux concepts qui font partie intégrante de la santé globale, je tiens à définir la notion de santé globale, une approche holistique qui vise l'harmonie entre le corps, l'esprit, les relations sociales et l'environnement afin de favoriser la qualité de vie. Elle prend en compte plusieurs aspects de la santé qui selon la science seraient étroitement liés et qui en représentent les différents piliers. Ce sont : la santé physique, la santé mentale et psychologique, la santé sociale et spirituelle, la santé au travail et la santé environnementale.

Pour en revenir à votre question, je dirai que la santé physique est un état de fonctionnement optimal de notre organisme, c'est la capacité du corps à remplir efficacement ses fonctions physiologiques et à s'adapter aux variations internes et externes. Elle se mesure à travers des indicateurs tels que la pression artérielle, la fréquence cardiaque, le taux de glucose, les biomarqueurs, etc.

La santé psychologique, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), fait partie intégrante de la santé mentale. Elle correspond à un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté.

3. L'existence d'un service de santé, sécurité au travail au sein des entreprises privées ou publiques est-elle une obligation en Côte d'Ivoire ? quel rôle devait-il jouer ?

En Côte d'Ivoire, les employeurs ont une obligation légale d'assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de leurs travailleurs. Les obligations en santé et sécurité au travail sont principalement définies par le code du travail et impliquent que les employeurs doivent prévenir les risques, fournir les équipements de protection individuelle et collective, organiser les formations et mettre en place un comité de santé et de sécurité au travail.

De leur côté, les employés ont l'obligation de respecter les mesures de sécurité, de porter les Équipements de Protection Individuelle (EPI), de participer à la prévention, de signaler les accidents et de se soumettre aux examens médicaux requis par la législation.

Le comité de santé et de sécurité au travail, en Côte d'Ivoire (CSST), est une instance paritaire chargée de la prévention des risques professionnels. Ses missions incluent l'analyse des dangers, la proposition de mesures préventives et le contrôle de l'application des normes d'hygiène et de sécurité.

Les missions principales d'un service de santé au travail sont confortées et rééquilibrées. Il s'agit d'une action en entreprise, de conseil, de surveillance de l'état de santé, de traçabilité et de veille sanitaire donc de la mise en conformité normative des activités de l'entreprise en SST.

4. Quels sont aujourd'hui les principaux risques physiques et psychosociaux auxquels les travailleurs sont confrontés en Côte d'Ivoire et comment se manifestent-ils ?

Les risques physiques, en Côte d'Ivoire comme partout d'ailleurs, sont en rapport avec le type de travail exercé par le travailleur. Ils regroupent l'ensemble des facteurs environnementaux qui peuvent avoir des conséquences directes sur la santé des travailleurs.

Les principales catégories de risques physiques en milieu professionnel sont regroupées de la façon suivante :

- les facteurs liés à l'environnement physique : il s'agit essentiellement d'exposition aux bruits, aux vibrations, à la chaleur excessive, à l'humidité, aux radiations et aux poussières (ex : imprimantes laser), de risques mécaniques et électriques par l'utilisation d'outils tranchants, de machines ou d'installations électriques précaires et défectueuses. On peut également citer les chutes de plain-pied, de hauteur ou d'objets mal empilés et les glissades.
- les facteurs liés à l'activité physique et à l'organisation: problèmes cardiovasculaires, toxiques ou d'hyperthermie dus à une activité physique intense ou, à l'inverse, des maladies et des accidents liés à la sédentarité.
- les facteurs individuels : les capacités physiques, l'état de santé du travailleur déterminent son niveau d'astreinte physique pour réaliser un travail donné.
- les facteurs liés à l'environnement de travail ou risques ergonomiques : le port et la manutention de charges lourdes, les postures contraignantes et les mouvements répétitifs sont des facteurs de risques majeurs.

Les risques psychosociaux

Qu'est-ce qui favorise la survenue de ces risques ?

- **les exigences du travail** : la surcharge et l'intensité du travail, l'existence d'objectifs irréalistes ou flous, longues journées de travail, les instructions contradictoires, le travail en horaire atypique, l'imprévisibilité des horaires de travail, l'équilibre vie privée- vie professionnelle.
- **les exigences émotionnelles :** tensions avec le public, contact avec la souffrance ou la détresse humaine, exigence de devoir cacher ses émotions, présentéisme prolongé...

- **le manque d'autonomie et les problèmes de compétences au travail** : faibles marges de manœuvre pour effectuer son travail, rythme de travail imposé, ne pas pouvoir développer ses compétences, complexité des tâches, ne pas participer aux décisions, charge mentale importante, introduction de nouvelles technologies sans repenser l'organisation du travail, etc.
- les **rapports sociaux dégradés au travail :** relations conflictuelles avec les collègues ou avec la hiérarchie, aucune perspective de carrière, harcèlement moral, absence d'intégration, de reconnaissance des savoirs, etc.
- **les conflits de valeurs :** ne pas être fier de son travail, ne pas pouvoir effectuer un travail de qualité, etc.
- l'**insécurité de la situation au travail** : peur de perdre son emploi, non maintien du niveau de salaire, contrat de travail précaire, restructurations, incertitudes sur l'avenir et son métier...

5. Existe-t-il des signes avant-coureurs d'une détérioration de la santé mentale

Savoir repérer les signes d'une santé mentale est une première étape indispensable pour pouvoir intervenir et prévenir les troubles plus graves. Il s'agit pour la plupart du temps :

- de changements d'humeur inhabituels : des fluctuations d'humeur importantes, comme des épisodes de tristesse, de colère ou d'irritabilité ;
- d'isolement social : un retrait social soudain ou progressif, la tendance à éviter les interactions peut révéler un trouble débutant, de difficultés de mémoire et de concentration sont souvent des symptômes précoces d'anxiété ou de dépression ;
- de troubles du sommeil : hypersomnie ou réveils nocturnes fréquents sont des signaux d'alerte à ne pas négliger ;
- de modifications de l'appétit : qu'il s'agisse d'une perte ou d'une augmentation de celui-ci sont souvent le reflet d'un fort retentissement émotionnel ;
- de pensées négatives persistantes : un pessimisme constant, un sentiment de vide ou d'impuissance;
- de perte d'intérêt pour les activités plaisantes : l'envie de participer à des activités autrefois plaisantes disparaît ;
- de fatigue inexpliquée sans cause physique apparente ;
- d'une augmentation accrue des consommations de substances comme l'alcool, le tabac, les drogues peut être une stratégie d'adaptation face à une souffrance psychique;
- de pensées suicidaires : avoir des pensées récurrentes sur la mort ou le suicide est un signe d'alerte majeur.

6. Quelles en sont les effets et les principales conséquences des risques physiques et psychosociaux en milieu professionnel ?

Les risques physiques peuvent entrainer des blessures telles que :

- des douleurs et des troubles musculosquelettiques,
- des accidents traumatiques comme des plaies, des fractures, des entorses, etc.
- des affections aigues ou chroniques : troubles circulatoires, crampes, gelures, épuisement, une surdité irréversible, stress thermique comme des coups de chaleur, syncope, problèmes de santé liés à l'exposition aux rayonnements,
- des maladies cardiovasculaires et respiratoires,
- des conséquences sur la performance professionnelle telles que la fatigue, les erreurs et dégradation de la qualité du travail et la diminution de la perception et des capacités,
- des conséquences sur a sécurité avec une augmentation des risques d'accidents et la détérioration des gestes professionnels avec une mauvaise exécution des gestes. Ces conséquences peuvent à la longue avoir un impact sur la santé mentale.

L'exposition à des risques psychosociaux peut également avoir des conséquences graves sur la santé des travailleurs, sur l'individu et le fonctionnement de l'entreprise, telles que :

- le stress au travail, le syndrome d'épuisement professionnel (burn-out), les maladies cardiovasculaires, l'usage de substances comme l'abus d'alcool, l'usage de drogues ou d'autres substances, des troubles du sommeil, maux de tête chroniques, un affaiblissement du système immunitaire et des troubles musculosquelettiques,
- le développement de troubles comportementaux et sociaux comme des difficultés à gérer les émotions, les crises de larmes, les problèmes à la maison et au travail, des relations interpersonnelles compliquées,
- -le fonctionnement de l'entreprise : une baisse de la productivité, une augmentation de l'absentéisme, une dégradation de l'ambiance du travail, une augmentation des malfaçons et une détérioration de l'image de marque de l'entreprise.

7. Comment le travailleur peut-il prévenir ces risques au niveau individuel ?

Pour la prévention des risques physiques, le travailleur doit de prime abord adhérer à la politique de prévention en matière de SST de son organisation. Cela va se matérialiser par le port des équipements de protection individuelle mis à sa disposition, par son implication à l'identification des risques dans le milieu de travail, par sa participation aux formations proposées et aux séances de simulation en cas d'urgence incendie ou de catastrophes qui permettent de tester et d'améliorer les réflexes.

La prévention des risques psychosociaux par le travailleur passe par bien gérer son stress au quotidien, demander et accepter de l'aide, valoriser ses réussites et faire des pauses.

8. Quelles politiques publiques ou initiatives locales mériteraient d'être renforcées en Côte d'Ivoire pour mieux protéger la santé des travailleurs ?

Il existe une interconnexion des risques. Les risques physiques et psychologiques sont souvent liés. Une mauvaise santé mentale peut avoir des répercussions sur la santé physique et inversement. Un esprit sain dans un corps sain, il est tout aussi important de prendre soin de sa santé mentale que de sa santé physique.

Pour une bonne qualité de vie de nos travailleurs, il y a une nécessité en Côte d'Ivoire de la modernisation de la médecine du travail, par l'évolution des textes légaux. La SST en Côte d'Ivoire est régie par le code de travail de 2015 et les textes d'application qui l'accompagnent. Le code du travail de 2015 (la loi numéro 2015-532 du 20 juillet 2015) a été adopté pour établir le cadre juridique de la protection des droits des travailleurs, y compris les dispositions relatives à la santé et la sécurité au travail. En plus des lois, des conventions collectives interprofessionnelles (1977) complètent le cadre juridique et doivent être respectées.

Le ministère de la santé doit s'assurer de l'effectivité de la mise en œuvre des lois déjà existantes afin de convaincre les entreprises de s'engager dans une action de prévention, de la construire par la mise en œuvre de moyens d'outils, d'une méthode, de conduire l'action au cours du temps et de l'évaluer à chaque étape de son avancement.

Il est important que les entreprises mettent en place une politique de prévention prenant en compte la santé et la sécurité au travail.

9. Que suggérez-vous pour une amélioration de la santé mentale des travailleurs Pour le Ministère en charge de la santé ?

Pour répondre aux enjeux de la santé mentale en Côte d'Ivoire, il est préconisé de mettre en œuvre des actions concrètes visant à :

- lutter contre la stigmatisation et la discrimination et promouvoir la prise en compte systématique de la santé mentale dans les politiques publiques ;
- développer la prévention et sensibiliser les citoyens aux enjeux de la santé mentale ;
- faciliter l'accès aux soins en santé mentale ;
- prendre soin des acteurs de la santé,
- développer la recherche pour fonder les pratiques sur des normes établies à partir de données probantes en santé mentale.

Pour les entreprises

Il s'agirait pour l'employeur de :

- évaluer les risques physiques et les risques psychosociaux,
- identifier, d'évaluer et de maîtriser les risques (stress, harcèlement, burn-out, etc.) de la même manière que les risques physiques,
- mettre en place une prévention collective à savoir privilégier les mesures qui agissent sur l'organisation du travail et les conditions de travail,
- promouvoir la reconnaissance du travail effectué par les collaborateurs et collègues,
- soutenir le management : former les managers à reconnaître les signes de mal-être et à y réagir de manière appropriée,
- utiliser des outils de mesure : les questionnaires des risques psychosociaux peuvent être un outil pour recueillir des informations,
- promouvoir le bien-être et prévenir les troubles par l'identification et l'orientation précoce afin d'éviter que les troubles ne s'installent, ne s'aggravent et ne se chronicisent, améliorer la qualité de vies des personnes atteintes de troubles.

Engagements :

- proposer une prise en charge psychosociale aux personnes vulnérables,
- accompagner les professionnels soignants lors de leur formation et dans nos établissements.



Interview avec

Dr
KOUASSI Valérie

Médecin généraliste à l'INSP

La santé des personnes âgées

1. Partagez-nous SVP votre biographie en quelques lignes ?

Je suis Dr Kouassi Valérie épouse Konan, Docteur en médecine depuis 2004 ; titulaire d'une Maitrise professionnalisée en Santé Publique. Je suis en service depuis 2005 comme médecin généraliste à l'INSP, et je suis chef du service de médecine des collectivités depuis 2015.

2. Pouvez-vous nous présenter brièvement le service de gériatrie de l'INSP : depuis quand existe-t-il, et quelles sont ses principales missions?

Le service de médecine des collectivités n'est pas un service de gériatrie. Il est d'abord un service de médecine générale qui est orienté vers la prise en charge préventive et curative des adultes et des personnes âgées. A l'instar de l'INSP, le service assure les missions de soins (préventifs et curatifs), de recherche et de formation.

3. Comment définit-on une personne âgée et quelles sont les pathologies les plus fréquemment prises en charge dans votre service ?

Selon l'OMS, une personne est considérée âgée à partir de l'âge de 60 ans.

Notre service prend en charge les maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, Accident Vasculaire Cérébral hypertensif), les pathologies ostéo-articulaires (arthrose, rhumatisme), les maladies métaboliques (diabète, dénutrition, obésité), les pathologies digestives (constipation, dysphagie, gastro-entérite), les problèmes uro- prostatiques (incontinence, infections urinaires, hypertrophie bénigne de la prostate), ainsi que les affections neurologiques (troubles cognitifs).

4. Quels types de soins ou de services leur proposez-vous ?

Notre service propose des soins préventifs et des soins curatifs. Les soins préventifs visent à éviter ou retarder l'apparition de maladies ou de complications. Nous réalisons des campagnes de dépistage et de sensibilisation sur des pathologies comme l'hypertension artérielle, le diabète ou l'obésité. Nous proposons aussi des soins curatifs pour traiter les maladies aiguës et chroniques.

5. Quels sont, selon vous, les principaux défis de santé publique liés au vieillissement de la population ivoirienne ?

Les défis sont nombreux. Le vieillissement s'accompagne de besoins en matière de soins, et d'accompagnement socio-médical. Les maladies chroniques deviennent en effet plus fréquentes. Ce qui nécessite une prise en charge continue et multidisciplinaire, souvent coûteuse.

Par ailleurs, la perte d'autonomie ou la dépendance apparait généralement à un certain âge, entrainant ainsi chez de nombreuses personnes âgées un besoin croissant en aidants familiaux ou professionnels. Un autre défi majeur concerne le renforcement de la formation des professionnels de santé. Il est essentiel d'avoir des gériatres et du personnel formé à la prise en charge exclusive des pathologies du vieillissement pour répondre aux besoins complexes des personnes âgées.

6. Y a-t-il un volet de formation pour les professionnels de santé dans le domaine de la gériatrie en Côte d'Ivoire et spécifiquement à l'INSP ?

Les cours de gériatrie sont inclus dans le cursus pré-doctoral des Unités de Formation et de Recherches Sciences Médicales d'Abidjan (UFRSMA-Université Félix Houphouët Boigny) et Bouaké (UFRSMB-Université Alassane Ouattara). De plus, un Diplôme d'Études Spécialisées (DES) en gériatrie, avec pour responsable le Pr BINAN Yves, est ouvert à l'UFRSMA. L'INSP dispose aussi du centre e-santé, une plateforme de formation en ligne et en présentiel dédiée au renforcement des capacités du personnel. Le service de médecine des collectivités encadre les stagiaires gérontologues de l'INJS.

7. Quelles sont les principales difficultés que rencontre votre service dans l'accompagnement des personnes âgées ?

La prise en charge étant essentiellement ambulatoire, le service n'est pas adapté pour assurer l'hospitalisation des personnes âgées, ce qui limite la possibilité d'un suivi approfondi. De plus, le coût élevé des médicaments constitue parfois un frein au suivi médical optimal.

8. Que faudrait-il faire pour vieillir en bonne santé ?

Pour vieillir en bonne santé, il est recommandé de :

1. manger équilibré en privilégiant les fruits, légumes et protéines maigres ;
2. bouger régulièrement, par exemple en faisant de la marche ;
3. faire un suivi médical régulier, faire ses bilans et se faire vacciner ;
4. éviter de fumer et limiter la consommation de l'alcool ;
5. aménager son environnement pour prévenir les chutes ;
6. éviter l'isolement en maintenant des liens sociaux solides;

Enfin, bien dormir et apprendre à gérer son stress.

9. Que doit-on améliorer, selon vous, dans le système de santé ivoirien pour mieux prendre en charge les aînés ?

Il faudrait :

a. renforcer la formation en gériatrie ;
b. développer des structures de soins adaptées ;
c. Mettre en place des services de gériatrie dans les hôpitaux de référence et les Centres Hospitaliers Universitaires.

10. Quel message souhaiteriez-vous adresser à la population, aux décideurs ou aux jeunes professionnels de santé sur la question du vieillissement et de la gériatrie ?

À la population : Vieillir en bonne santé, c'est possible si nous prenons soin de nous en mangeant sainement, en bougeant chaque jour et en allant régulièrement en consultation.

Aux décideurs *:* Même si notre population reste aujourd'hui majoritairement jeune, il est essentiel de préparer dès maintenant la prise en charge du vieillissement. Cela passe par le renforcement de la formation en gériatrie, le développement de la formation continue dans les structures sanitaires et les écoles paramédicales, ainsi que la création de structures de soins adaptées.

Aux jeunes professionnels de santé : En tant que jeunes professionnels de santé, vous êtes appelés à jouer un rôle clé dans la prise en charge du vieillissement. Investissez- vous dans la formation en gériatrie, développez vos compétences en soins globaux pour garantir des soins de qualité et une meilleure qualité de vie pour nos aînés.

Institution à la Une

Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNMT)

TANAUH-N'GUESSAN Olivia Mo, KROA Ehoulé, YAO Kouamé B., AMESSAN Beugré M., BLE Boris Guyemane K., SIB Hoho F.

Contexte de création

Le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT) est une structure technique du ministère en charge de la santé. Il a été créé par arrêté ministériel n°409 du 28 décembre 2001 modifié par l'arrêté n°253 du 10 septembre 2007. Sa création a été marquée par quatre (4) grandes décisions.

1. La *Déclaration d'Alma Ata de 1978* qui stipule d'intégrer la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires ;
2. l'*Appel d'Abuja d'avril 2001* qui demande de développer le potentiel de la médecine traditionnelle et de ses acteurs ;
3. Le Plan National de Développement Sanitaire (*PNDS) 1995* dans lequel le Ministre en charge de la santé a fait de la médecine traditionnelle une de ses priorités
4. La *Lettre Présidentielle N° 3967 du 27 Août 1997* dans laquelle le gouvernement ivoirien a autorisé la collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne.

Missions

Le PNPMT a pour missions de :

- Définir les orientations stratégiques du Programme ;
- Proposer les documents de politique ;
- S'assurer de la prise en compte de la promotion de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelles dans les plans opérationnels des animateurs des différents niveaux du système sanitaire ;
- Élaborer et faire adopter les directives du Programme ;
- Mettre en place des activités et s'assurer de leur bonne intégration dans les plans des districts, notamment en organisant la décentralisation des tâches aux différents niveaux opérationnels ;
- Suivre et évaluer, en liaison avec les échelons centraux, régionaux et départementaux, les activités du Programme ;
- Participer à la mobilisation des ressources.

Le PNPMT est dirigé par un Directeur Coordonnateur, aidé par des chargés d'études qui ont la responsabilité des services suivants :

- Service de la Communication, des Projets et des relations extérieures ;
- Service de la Recherche Opérationnelle et de la Valorisation des Médicaments issus de la Pharmacopée Traditionnelle ;
- Service d'Identification, de la Formation, du Suivi et de l'évaluation ;
- Service de la Réglementation et du Contrôle de l'exercice de la Médecine Traditionnelle.

Réglementation

L'ossature du cadre juridique et règlementaire du PNMT est composée de :

- la Loi N°2015 du 20 Juillet 2015 portant exercice et organisation de médecine et de la pharmacopée traditionnelle,
- du décret N°2016-24 du 27Janvier 2016, portant code d'éthique et de déontologie des praticiens de médecine traditionnelle.

Principales activités du PNMT

Formation des Praticiens de Médecine Traditionnelle (PMT)

Le PNPMT propose des formations illustrées dans le tableau I.

Tableau I : Liste des modules de formation et nombre des Praticiens de Médecine Traditionnelle formés (2025)

Modules	Nombre de PMT formés
L'hygiène conventionnelle, l'anatomie, la collecte et gestion des données	268
La reconnaissance des signes d'appels des pathologies courantes	39
Les techniques de collectes et de conservations durables des produits issus des plantes médicinales	71
Les normes de Bonnes Pratiques de Fabrication des Médicaments Traditionnels Améliorés et le processus d'homologation	71
Les formes galéniques en Médicaments Traditionnels et leurs modes d'obtention	71
La gestion des stocks en Médecine Traditionnelle	59

Célébration de la Journée Africaine de la Médecine Traditionnelle (JAMT) 2025

La Journée Africaine de la Médecine Traditionnelle (JAMT) instituée depuis 2003, est célébrée le 31 août de chaque année dans les pays membres de l'OMS/AFRO. Cette journée vise à reconnaitre le rôle de la médecine traditionnelle dans les soins des populations en Afrique. En 2025, le thème retenu était ***« Renforcer la base factuelle de la médecine traditionnelle »***.

La vingt-troisième (23e) JAMT couplée avec les Awards de la médecine traditionnelle a eu lieu 30 septembre 2025 à l'amphithéâtre Délormas de l'Institut National de Santé Publique (INSP) sis au Plateau.



Figure 1 : Prix spécial décerné au Directeur Coordonnateur du PNPMT lors de la 23e JAMT (Dr KROA ÉHOULÉ)

Élaboration de documents de la pharmacopée ivoirienne

Le PNMT a élaboré deux pharmacopées disponibles dans ledit programme (et 3). La première pharmacopée ivoirienne a été éditée en 2018 et comprenait les monographies de cinquante-deux (52) plantes médicinales (Figure 2). Le deuxième Tome, lui, en décrit quatre-vingt-trois (83). Les domaines d'utilisation de la pharmacopée sont :

- l'homologation des produits de santé à base de plantes,
- la formulation des médicaments à base de plantes,
- la collaboration entre les acteurs de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne,
- et la formation, la recherche et le développement des médicaments traditionnels à base de plantes.

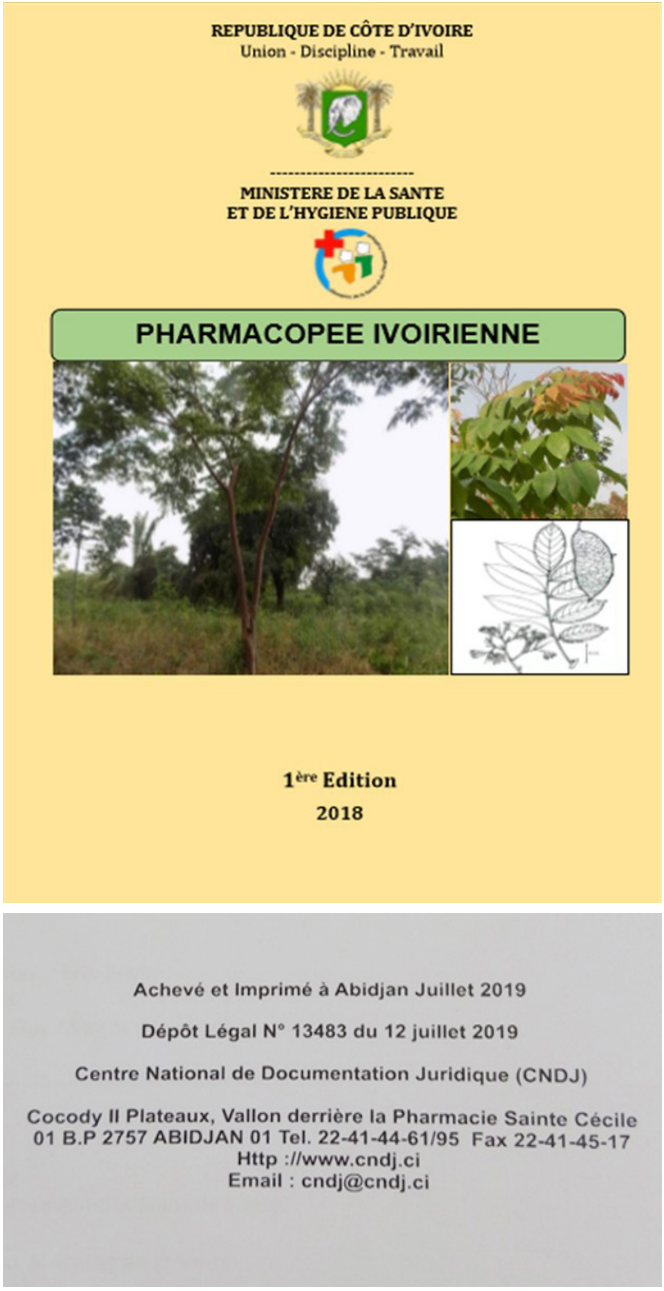
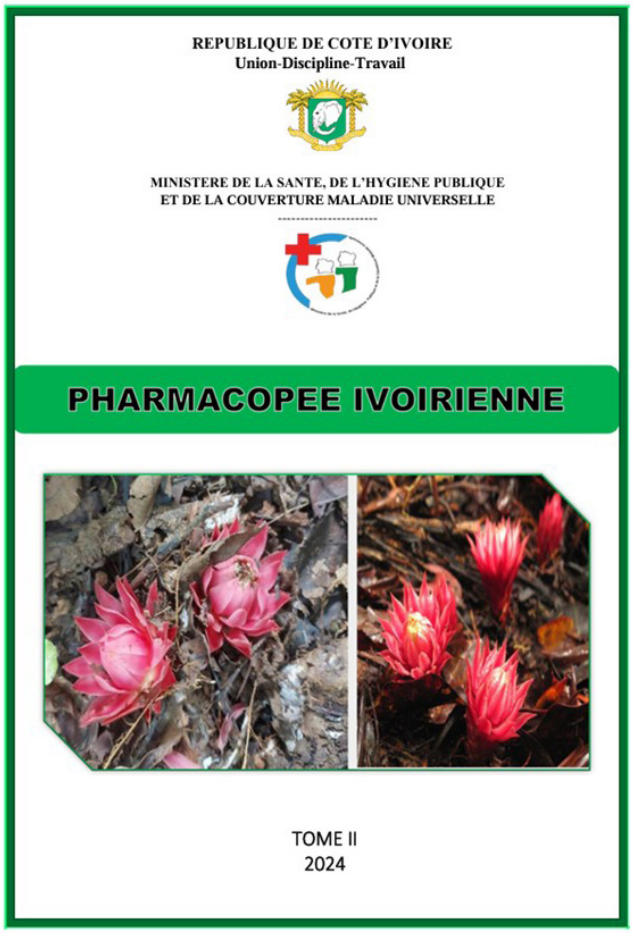
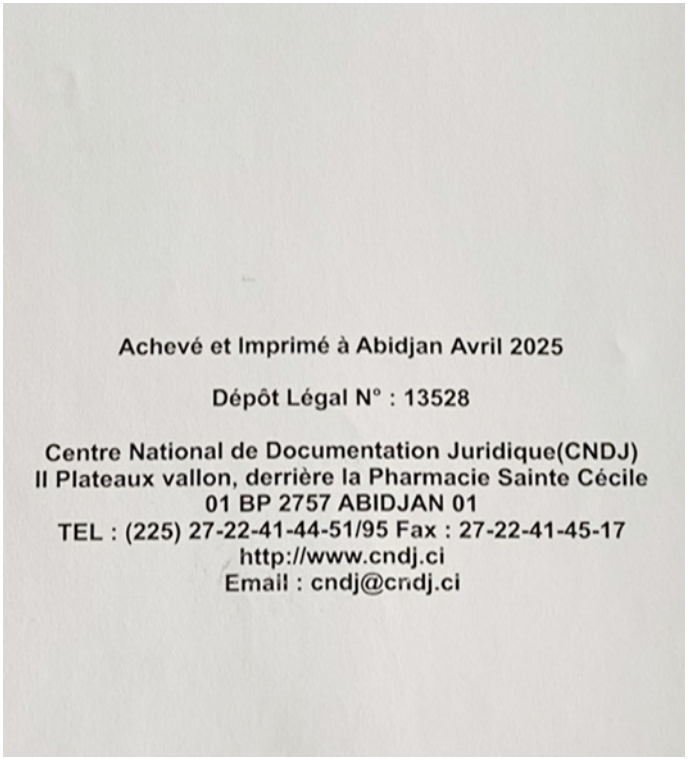


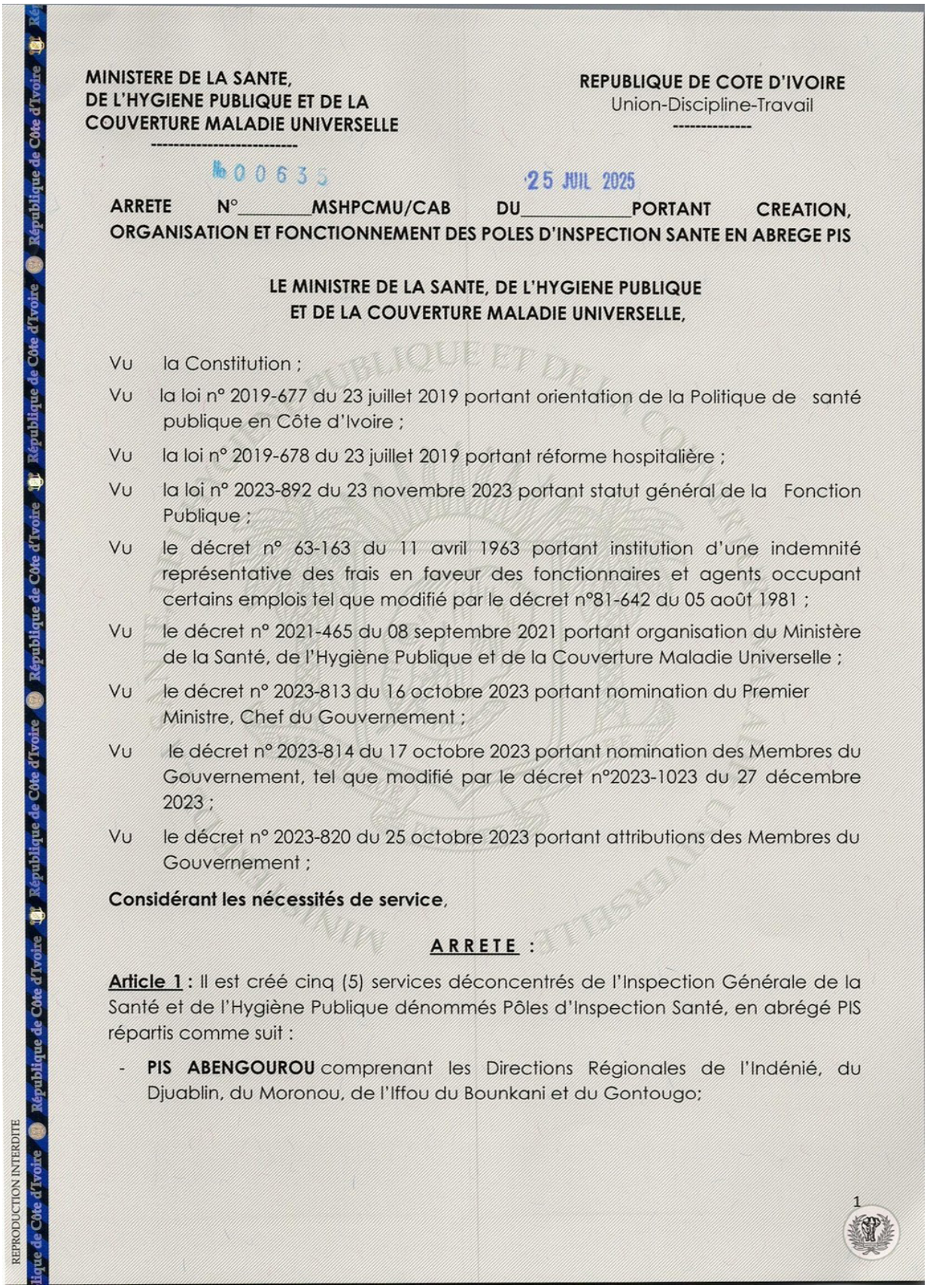
Figure 2 : 1ère édition de la Pharmacopée ivoirienne (Source PNMT)

Figure 3 : 2ème édition de la Pharmacopée ivoirienne (Source PNMT)





Directives du Ministère de la Santé de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle



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

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union-Discipline-Travail

N° 00633 25 JUIL 2025

ARRETE N°_____MSHPCMU/CAB DU_____PORTANT CREATION, ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES POLES D'INSPECTION SANTE EN ABREGE PIS

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

Vu la Constitution ;

Vu la loi n° 2019-677 du 23 juillet 2019 portant orientation de la Politique de santé publique en Côte d'Ivoire ;

Vu la loi n° 2019-678 du 23 juillet 2019 portant réforme hospitalière ;

Vu la loi n° 2023-892 du 23 novembre 2023 portant statut général de la Fonction Publique ;

Vu le décret n° 63-163 du 11 avril 1963 portant institution d'une indemnité représentative des frais en faveur des fonctionnaires et agents occupant certains emplois tel que modifié par le décret n°81-642 du 05 août 1981 ;

Vu le décret n° 2021-465 du 08 septembre 2021 portant organisation du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle ;

Vu le décret n° 2023-813 du 16 octobre 2023 portant nomination du Premier Ministre, Chef du Gouvernement ;

Vu le décret n° 2023-814 du 17 octobre 2023 portant nomination des Membres du Gouvernement, tel que modifié par le décret n°2023-1023 du 27 décembre 2023 ;

Vu le décret n° 2023-820 du 25 octobre 2023 portant attributions des Membres du Gouvernement ;

Considérant les nécessités de service,

ARRETE :

Article 1 : Il est créé cinq (5) services déconcentrés de l'Inspection Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique dénommés Pôles d'Inspection Santé, en abrégé PIS répartis comme suit :

- **PIS ABENGOUROU** comprenant les Directions Régionales de l'Indénié, du Djuablin, du Moronou, de l'Iffou du Bounkani et du Gontougo;

REPRODUCTION INTERDITE

- **PIS BOUAKE** comprenant les Directions Régionales du Gbèkè, du Hambol, du Bélier, de la Marahoué ; du Nzi, et du Goh ;
- **PIS KOROGHO** comprenant les Directions Régionales du Poro, du Tchologo, du Béré, Bagoué, du Folon, du Kabadougou et du Worodougou ;
- **PIS MAN** comprenant les Directions Régionales du Cavally, du Guemon, du Tonkpi et du Bafing;
- **PIS SAN PEDRO** comprenant les Directions Régionales du Gboklè, du Loh-Djiboua, de la Nawa, de San Pedro et du Haut Sassandra ;

Article 2 : Les pôles d'Inspection Santé ont pour rôle :

- de procéder au contrôle administratif, financier, médical, en soins infirmiers, obstétricaux et pharmaceutique des établissements et services relevant du Ministère de la Santé de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle ;
- de procéder à l'audit des établissements Sanitaires Publics ; en cas de besoin ;
- de veiller à la diffusion et à l'application de la législation de la réglementation et les directives ministérielles où communautaire.

Article 3 : Les PIS sont composés d'un pool d'inspecteurs dirigés par un Inspecteur en chef nommé par arrêté du Ministre chargé de la Santé.

Article 4 : Les inspecteurs des PIS tiennent une réunion par trimestre et chaque fois que de besoin.

Les rapports d'activités sont produits dans un délai d'un (1) mois à la fin de chaque trimestre et adressés à l'Inspection Générale de la Santé.

Article 5 : L'Inspecteur Général de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié partout où besoin sera.

Fait à Abidjan, le 25 JUIL 2025

Ministère de la Santé de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle
LE MINISTRE Pierre DIMBA

Ampliations :

Secrétariat Général du Gouvernement	1
Cabinet MSHPCMU	1
IGS	1
DGS	1
DAJC Archives	1

REPRODUCTION INTERDITE

UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

OPHACI

APPEL À COMMUNICATION



8èmes JOURNEES DES ACTUALITES SCIENTIFIQUES (JAS)

Thème

INNOVATION EN SANTÉ : Revue de la littérature des défis et valorisations

28 au 30 Avril 2026

UFR SPB/Université Félix Houphouët Boigny Abidjan

Participation

Membres GRACS
25.000 FCFA

Professionnels non-membres
30.000 FCFA

Etudiants
gratuit

Date limite d'envoi des résumés :

29 Mars 2026

Sous-thèmes

01. **Approches innovantes en épidémiologie et surveillance sanitaire**
02. **Innovations technologiques en santé**
03. **Innovations pharmaceutiques et thérapeutiques issues de la médecine moderne et traditionnelle**
04. **Innovations en biologie médicale et prévention**

Structure des résumés

- **Introduction**
- **Méthodes**
- **Applications pour les pays en développement**
- **Conclusion et perspectives**
- 300 **mots maximum y compris les espaces**
- **Nombre de mots clés :** 3-5
- **Time New Roman** 12, **interligne** 1,5

Courriel d'envoi : ggracs@gmail.com

07 07 79 72 57 / 07 07 64 39 91 / 07 07 21 91 59

ÉDITION 5

CONGRÈS DE SANTÉ PUBLIQUE CÔTE D'IVOIRE

THEME

NOS ENVIRONNEMENTS ET NOTRE SANTÉ



DU 22 AU 24 JUILLET 2026

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (INSP) ABIDJAN-CÔTE D'IVOIRE

SOUS THÈMES

- Environnements psycho-socio-culturels et santé
- Environnements physiques et santé
- Environnements professionnels et santé
- Environnements règlementaires et santé
- Environnements sanitaires et santé
- Communications libres

FORMATION

Étude d'impact environnemental

MASTERCLASS

Environnement de travail et performances des ressources humaines

- Réseau des Établissements Francophones en Santé Publique (REFESP)
- Extension for Community Healthcare Outcomes (ECHO)

FORMAT DU RÉSUMÉ

IMRAD-300 mots - Times new roman

FRAIS D'INSCRIPTION (FCFA)

	Avant le 30 Mai 2026	Après le 30 Mai 2026
Chercheurs et Enseignants-Chercheurs	50.000 FCFA	60.000 FCFA
Autres professionnels	30.000 FCFA	40.000 FCFA
Etudiants (formation initiale) Doctorants (non-professionnels)	20.000 FCFA	30.000 FCFA
Formation (par atelier thématique)	25.000 FCFA	40.000 FCFA

INSCRIPTION

Congrès : 0150544475-0798971210-0556244796

Formation : 0505601115

WesternUnion-RIA-MoneyGram : SACKOU-KOUAKOU JULIE

Justificatifs de paiement via WhatsApp : 0505601115-0747860740

INFOLINE : 00225) 0505601115-0747860740
0712887006-0505730720

PARTENAIRES

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

Numéro de dépôt légal : N° 27774
E-ISSN : 3104 - 6231

BSPCI
Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire