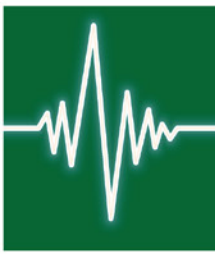
BSPCI
Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire

Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire





Volume 004,
Numéro 02

Juin 2026

SOMMAIRE

03 Éditorial

04 Actualités

Actualités du BSPCI

- Les Bulletins de Santé Publique appuyés par le CDC-Foundation réfléchissent à leur pérennisation
- Cérémonie d'hommage et d'excellence INSP : 37 agents à l'honneur
- Impliquer les médias de santé et médias traditionnels dans la diffusion du BSP-CI
- 5ème édition du Colloque Étudiant de la Recherche Clinique
- Les Oscars de la santé 2026 : une célébration de l'excellence au service des populations
- Le Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI) à l'honneur à travers une double distinction décernée à sa Rédactrice en Chef

Actualités des BSP francophones

- Hommage à notre confrère Dr Karl AGENDU BAKI, Rédacteur en Chef Adjoint du Bulletin de Santé Publique de la République Démocratique du Congo : une mémoire gravée dans les Bulletins de Santé Publique Francophones

17 Articles complets

- Réformes de l'assurance maladie en Afrique de l'Ouest : analyse comparative du modèle ivoirien aux expériences du Sénégal et du Mali
- Facteurs socio-culturels du refus de la vaccination du Papillomas Virus Humain chez les adolescentes de 9 à 14 ans à Abengourou, Côte d'Ivoire (Septembre, 2025)
- Révision de la grille d'évaluation de la qualité technique des établissements sanitaires de premier contact (ESPC) en juin 2024 : Quels impacts sur la qualité des services dans le district sanitaire de Bloléquin en 2025 (Côte d'Ivoire)
- Facteurs maternels associés à la faible couverture vaccinale de la deuxième dose du vaccin rougeole rubeole des enfants de 15-23 mois dans le district sanitaire de Sassandra, Côte d'Ivoire 2023-2025
- Fréquence de la carie dentaire chez les personnes détenues au pôle pénitentiaire d'Abidjan d'octobre 2022 à janvier 2023

34 Bon à savoir

- Parole d'expert : Interview avec Dr TRAORE Samuel, psychiatre Institution à la Une : Plate-forme de Recherche Internationale en Santé Mondiale-Côte d'Ivoire (Programme de Recherche en santé [PAC-CI]

Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire
Volume 04 - N°02
Juin 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

Directeur de publication adjoint :
Professeur Vincent DJOHAN

Rédactrice en chef :
Professeur Julie SACKOU-KOUAKOU

Rédactrice en chef adjointe :
Dr Tania N'ZI-BOA

Rédactrice en chef adjointe :
Dr Raïssa KOUROUMA-DOUMBIA

Rédacteur en chef adjoint :
Dr Djané ADOU

Responsable qualité :
MCA Régine ATTIA

Infographie et mise en page :
Dr Bognan Valentin KONÉ

Relecteur
Dr Cyrille Julien Sylvain YORO, Université Félix Houphouët-Boigny

Comité de rédaction/reviewers

Prof. SACKOU-KOUAKOU Julie Ghislaine	Hygiène et Santé Publique
Prof. DJOHAN Vincent	Parasitologie-Mycologie
MCA ATTIA-KONAN Akissi Régine	Économie de la santé et du médicament
MCA DIAKITÉ Aïssata	Toxicologie
MCA TIGORI- SANGARE Beatrice	Toxicologie
MCA HOUNSA- ALLA Anita Emeline	Gestion des systèmes de santé
MA TIADE-TRA BI Marie-Laure	Epidémiologie
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- DOUMBIA 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
Dr YOBOUE- N'GUESSAN Mireille	Développement Durable
Mme KOUAME Amenan Geneviève	Sociologie
Dr NKOUSSE Blaise	Sociologie
Dr KOUASSI-GRANTHE Emilienne	Santé Publique

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
- Aka Sandrine Armelle KONAN
- Digbohou Okobet Stephane
- Henry VANDI
- Diene KABA

CDC Foundation
- Kimberly KOPORC
- Sydney MOGOTSI
- Jeremiah MARTIN

Emory University
- Muna Yusuf AINASHE

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

INSP
- Serge Dali
- Oscar ATTOUNGBRE
- Alexis Yao KONAN

Éditorial



Docteur ATTIAH Gneville Joseph

Assistant Technique Principal (FBP), Institutions: CREPS/ INSP.

Chers lecteurs,

Ce numéro du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI) revêt une importance particulière. Il témoigne d'une dynamique porteuse d'espoir, marquée par le renforcement des collaborations régionales et la reconnaissance du travail abattu par les organes de gestion du BSPCI à travers deux récompenses obtenues au niveau national.

En effet, l'Institut National de Santé Publique (INSP) d'Abidjan a accueilli un atelier régional réunissant pendant neuf jours les équipes des Bulletins de Santé Publique du Burkina Faso, du Mali, de la République Démocratique du Congo et de la Côte d'Ivoire. Avec l'appui de la CDC Foundation et le soutien financier de Vital Strategies, cette rencontre a permis de consolider les bases d'un réseau francophone fondé sur la rigueur scientifique, l'éthique, l'innovation et la solidarité. L'actualité se poursuit avec deux récompenses majeures attribuées au BSP-CI et remises à sa Rédactrice en Chef.

Au-delà de l'actualité institutionnelle, ce numéro met en lumière plusieurs travaux qui interrogent, éclairent et parfois interpellent nos politiques de santé.

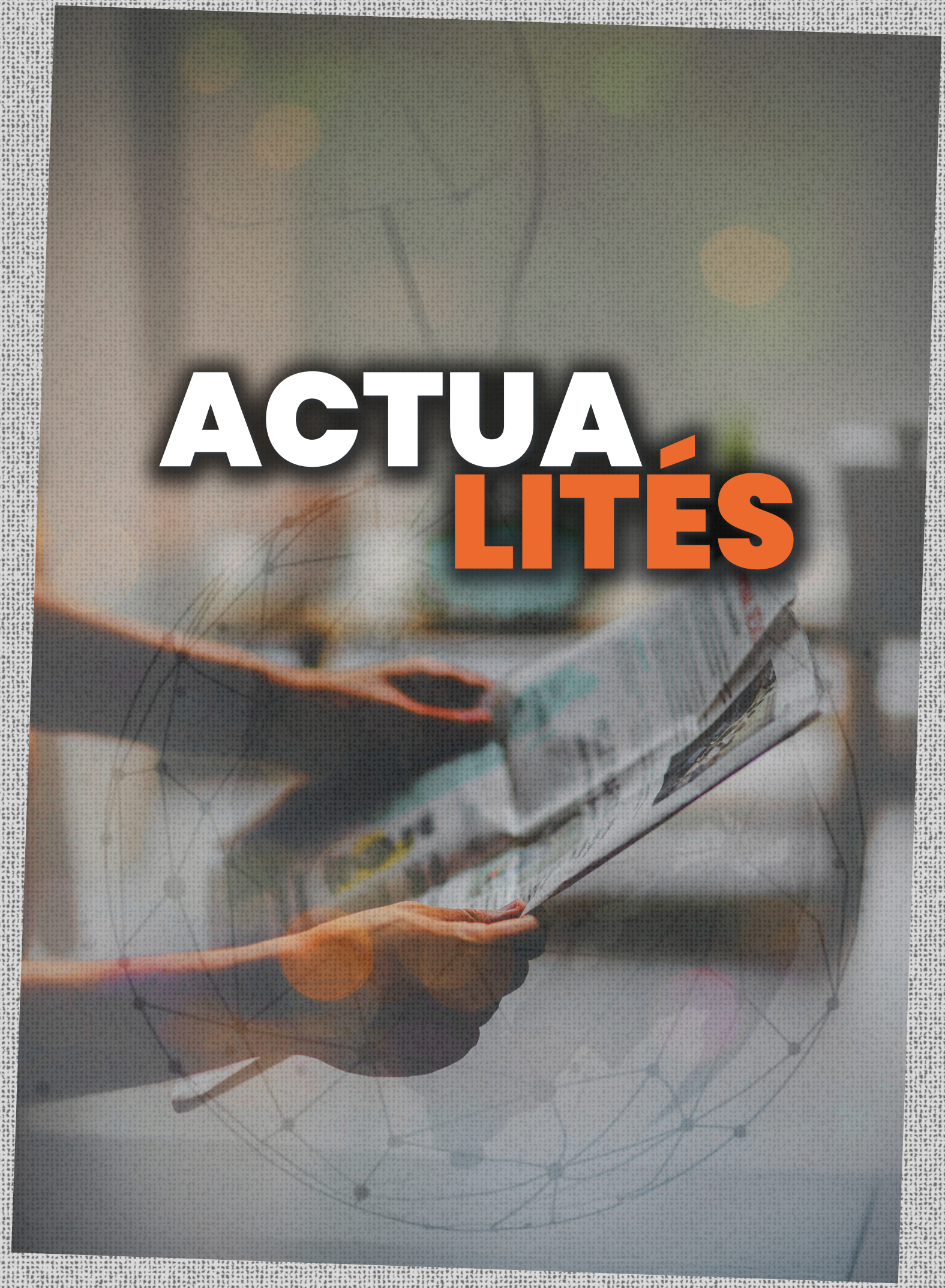
L'analyse comparative des réformes de l'assurance maladie en Afrique de l'Ouest, proposée par Bakary Cissé, rappelle une vérité essentielle : la Couverture Maladie Universelle ne peut se limiter à l'enrôlement des populations. Son succès dépend tout autant de la qualité, de l'accessibilité et de l'efficacité des services de santé offerts aux citoyens. Les autres contributions nous ramènent également à une réalité souvent observée sur le terrain : les défis sanitaires ne sont pas uniquement médicaux. Ils sont aussi sociaux, culturels et comportementaux. Ainsi, l'étude menée à Abengourou par l'équipe d'Amani montre que la gratuité du vaccin contre le papillomavirus humain ne suffit pas toujours à lever les craintes, les idées reçues ou les stigmates qui freinent son acceptation. À Sassandra, les travaux de KOFFI mettent en évidence l'influence du niveau d'instruction des mères, des croyances religieuses et de la structure familiale sur la vaccination contre la rougeole-rubéole.

Cette attention portée aux réalités humaines se retrouve également dans l'étude de AMANGOUA sur la carie dentaire chez les personnes détenues au pôle pénitentiaire.

Ce numéro met aussi à la « une » :

- la dépression du post-partum (réalité quelque fois niée en Afrique) avec le MCA TRAORÉ Samuel qui présente par la même occasion les mesures de prévention et de prise en charge,
- et le Programme de Recherche en santé / Plateforme de Recherche Internationale en Santé Mondiale (PAC-CI/PRISME-CI).

Dr ATTIAH Gneville Joseph


ACTUA
LITÉS

Actualités du BSP-CI

Les Bulletins de Santé Publique appuyés par le CDC-Foundation réfléchissent à leur pérennisation

La première journée de l'atelier régional des pays francophones qui ont mis en place un bulletin de santé publique a eu lieu le lundi 20 avril 2026 à l'Institut National de Santé Publique. Étaient représentés le Burkina Faso (deux représentants), le Mali (trois représentants), la RDC (deux représentants), et la Côte d'Ivoire, le pays hôte et

les États-Unis à travers l'équipe de CDC-Foundation (Mmes Kim KOPORCK et Diene KABA). L'atelier a été financé par VitalStratégies.

Après les allocutions du DG de l'INSP (Prof Willliam YAVO), de la Représentante du CDC-Atlanta (Dr Kim KOPORCK) et du Conseiller Technique Monsieur Emmanuel TANNY, Représentant le Ministre de la Santé de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, les participants se sont présentés et la séance a été immortalisée par une photo de famille.

L'étude d'évaluation d'impact du Bulletin de Santé Publique-Côte d'Ivoire (BSP-CI) a été ensuite présentée :

- le contexte et la méthodologie par Dr Mireille YOBOUÉ, membre du comité de rédaction du BSP-CI
- les résultats du volet qualitatif par Dr Daouda DOUKOURE, membre du comité de rédaction du BSP-CI
- et ceux du volet quantitatif par Professeur Julie Ghislaine SACKOU-KOUAKOU, Rédactrice en chef du BSP-CI.

Après les présentations, des échanges ont eu lieu et ont porté sur des questions de compréhension, des commentaires et des recommandations. Au titre des recommandations, il a été suggéré qu'une étude d'impact soit réalisée au



niveau du grand public pour recueillir les opinions de la population sur les Bulletins de Santé Publique.

Après la pause-déjeuner trois groupes de travail ont été formés pour améliorer le protocole utilisé par la Côte d'Ivoire :

- le groupe1 était chargé des outils de l'étude quantitative,
- le Groupe 2, des outils de l'étude qualitative,
- et le groupe 3 de la méthodologie de l'étude.

La deuxième journée a été consacrée à la présentation des résultats des travaux de groupe suivis d'échanges. Ensuite, un article a été évalué avec la fiche d'auto-évaluation élaborée par CDC-Foundation.

La troisième journée avait pour objectif de renforcer les capacités des participants en matière d'intégrité scientifique et d'utilisation responsable des outils d'intelligence artificielle. Sous la facilitation du Prof SACKOU, les activités ont alterné présentations des modules, discussions interactives et travaux de contextualisation. Un rappel des acquis du jour 2 a précédé les sessions techniques. Les participants ont acquis une meilleure compréhension des concepts de plagiat et des implications de l'IA dans la rédaction scientifique. Les modules de formation ont été analysés et améliorés afin de les adapter aux contextes nationaux. Une session pratique a permis d'appliquer ces notions à l'analyse d'articles. Les échanges ont mis en évidence la nécessité d'encadrer l'usage de l'IA et de promouvoir des pratiques éthiques dans la production des BSP.

La quatrième journée, une formation sur la diffusion des BSP a été faite en ligne par M. Alain Akmel SACKOU, infographe du BSP-CI depuis le Burkina Faso. Les modules ont porté sur l'introduction aux outils de diffusion PHB et leurs utilisations. Par ailleurs, la stratégie de promotion du BSP-CI à travers la chaîne WhatsApp qui est utilisée par la Côte d'Ivoire a été présentée. Des travaux de groupes ont montré également d'autres stratégies de promotions qui sont : l'exposition des versions physiques dans les bibliothèques, les communications lors des colloques, le réseautage en s'appuyant sur les points focaux BSP, la diffusion des messages-clés en langues locales, l'organisation des journées de plaidoyer et le partage du canevas de parole d'expert utilisé par la Côte d'Ivoire. Chaque pays doit se servir des exemples des autres pour faire la diffusion, la promotion et la vulgarisation du BSP.

La cinquième journée, les ressources techniques des BSP du centre de ressources des PHB (www.phbhub.org) ont été présentées Dr KIM K. et Mme DIENE K.

Des travaux de groupes ont été réalisés sur les aspects suivants :

- la rédaction d'un Bulletin de Santé Publique,
- la publication d'un numéro BSP,
- la diffusion d'un numéro,
- le développement d'intérêt pour le BSP
- et l'évaluation d'unBSP.

Chaque groupe était chargé de travailler sur ces thématiques en respectant les étapes suivantes :

- dresser la liste des ressources pour mener à bien la tâche qui leur a été assignée
- déterminer si ces ressources étaient disponibles sur le Hub,
- évaluer l'utilité de la ressource et formuler des recommandations pour l'améliorer,
- répertorier les ressources manquantes.

Les résultats de ces travaux ont été restitués en plénière et compilés par la suite.

La sixième journée a porté sur le thème de l'édition, visant à améliorer les compétences des participants en mise en page et en production de supports de communication du BSP. Animée par Dr BOGNAN, la session a combiné exposés techniques, démonstrations pratiques et travaux dirigés. Les participants ont acquis des techniques avancées de mise en page. Les travaux pratiques ont permis de recevoir des feedbacks constructifs pour améliorer la qualité des productions.

Les activités ont contribué à harmoniser les pratiques d'édition et à renforcer la qualité visuelle et structurelle des BSP.

La septième journée a été dédiée au développement de la « Boîte à outils pour le plaidoyer (BAOP)», avec pour objectif de doter les participants de compétences en communication stratégique pour la promotion des BSP. Sous la conduite de Dr Joseph Gneville ATTIAH, les travaux ont inclus des présentations méthodologiques, des exercices d'identification des cibles et messages-clés et la présentation des visuels élaborés à partir des messages-clés (vidéos, textes...). Après quoi, les participants ont élaboré des ébauches de BAOP adaptées à leurs contextes nationaux. Les travaux de groupe ont favorisé le partage d'expériences et la co-construction. La journée a mis en évidence l'importance du plaidoyer pour accroître la visibilité et l'impact des BSP auprès des décideurs et partenaires.

La huitième journée a été consacrée aux travaux de groupe par pays autour de l'élaboration de leur BAOP suivie de la restitution de chaque pays à la fin de la journée.

Lors de la dernière journée, l'atelier a été délocalisé à l'hôtel JIB'S Resort de Grand-Bassam grâce aux ressources allouées par le Directeur Général de l'INSP, Prof William YAVO. Des travaux ont été faits par pays pour répondre à la question : *Comment les BSP peuvent-ils contribuer à la prise de décision ?* Chaque pays a été invité à présenter ces travaux. Ensuite, Professeur SACKOU a présenté les recommandations générales puis spécifiques à chaque pays. Un numéro de BSP a été officiellement remis à l'équipe de CDC-Foundation et un échange de BSP a été fait entre les différents pays . La Côte d'Ivoire a remis également le document sur la boite à outil de plaidoyer pour le financement des BSP. Enfin Prof Vincent Djohan, Directeur de la Formation, de la Recherche et de l'Innovation en Santé, de l'INSP, représentant le Directeur Général de l'INSP a mis fin à l'atelier, suivi de la photo de famille. Après le déjeuner, l'ensemble de l'équipe a visité le musée des costumes de la ville et d'autres sites touristiques.



Cérémonie d'hommage et d'excellence INSP : 37 agents à l'honneur



L'Institut National de Santé Publique (INSP) de Côte d'Ivoire a honoré ses agents les plus méritants, le 04 juin 2026, lors de la deuxième édition de sa cérémonie d'hommage et d'excellence.

En présence du Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, Monsieur Pierre N'Gou DIMBA, trente-sept récipiendaires dont six retraités ont été distingués au titre de l'année 2025.

Placée sous le signe de l'excellence, la rencontre visait à saluer l'engagement et le professionnalisme du personnel de l'INSP.



Après la distinction des meilleurs agents de chaque service, le Directeur Général, Professeur William YAVO, a remis son Prix spécial à Madame Rachelle INWOLEY, Inspectrice en Chef d'Éducation Spécialisée et Représentante du personnel au Conseil d'Orientation et de Surveillance.

La haute distinction du « Meilleur des meilleurs agents 2025» est revenue à Monsieur Docelm Madou OUATTARA, Infirmier Diplômé d'État, Responsable de l'Unité de sensibilisation du Service Communication et des Relations Publiques.

Les agents admis à la retraite en 2025 ont également été honorés.

Un Prix spécial a été décerné au Ministre Pierre DIMBA pour son grand engagement en faveur de la performance système de santé ivoirien.

Le Directeur Général de l'INSP a salué l'organisation de ce grand événement qui traduit «un encouragement fort et un signe de confiance » envers celles et ceux qui œuvrent pour que l'excellence à l'INSP au service des populations soit une réalité quotidienne. Le Ministre Pierre DIMBA a, pour sa part, félicité les lauréats et les a invités à maintenir leur niveau. «Vous êtes déjà là-haut ; désormais le plus difficile est de vous y maintenir » a-t-il affirmé. Il a exhorté l'ensemble du personnel à faire en sorte que l'excellence ne soit pas une option mais constitue le socle pour la qualité et la performance du système de santé. Il a également félicité le Directeur Général, Professeur William YAVO, pour son leadership et l'engagement de toute son équipe à faire de l'Institut un pôle d'excellence en santé publique aux niveaux national et sous-régional.

À travers cette deuxième édition, l'INSP réaffirme son attachement aux valeurs du mérite, de la reconnaissance et de l'excellence.

Service Communication INSP

Impliquer les médias de santé et médias traditionnels dans la diffusion du BSP-CI



Au cours d'un atelier qui s'est tenu à l'hôtel IBIS-Plateau, les médias de santé et les médias traditionnels ont été conviés à apporter leur appui à la diffusion du BSP-CI.

La cérémonie officielle d'ouverture a été marquée par les allocutions du Directeur Général de l'INSP le Professeur William YAVO et du représentant du Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, le Dr Roger N'DRI, Directeur Régional de la Santé d'Abidjan 2.

Dans son intervention, le Directeur Général de l'INSP a rappelé l'importance du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire comme outil stratégique de diffusion d'informations sanitaires fiables et d'aide à la décision.

Prenant la parole au nom du Ministre de la Santé, le Dr Roger N'DRI a salué l'initiative de l'INSP et réaffirmé l'engagement du Gouvernement en faveur du renforcement de la communication sanitaire. Il a mis en évidence le rôle déterminant des médias dans la sensibilisation des populations et la promotion des comportements favorables à la santé. Il a par ailleurs encouragé les professionnels des médias à s'approprier le Bulletin de Santé Publique et à contribuer à sa diffusion auprès du grand public.

Les travaux techniques ont ensuite débuté avec la présentation du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI) par le Professeur Julie SACKOU-KOUAKOU, Rédactrice en Chef. Cette communication a porté sur le contexte de création du Bulletin, sa justification, ses objectifs, son contenu, sa périodicité ainsi que son importance dans la surveillance sanitaire et la prise de décision.

Elle a mis en évidence le rôle du BSP-CI comme outil stratégique de veille sanitaire permettant de mettre à la disposition des décideurs, des professionnels de santé et du grand public des informations fiables et actualisées sur l'état de santé des populations.

À la suite de cette première présentation, les participants ont suivi la communication de Madame Geneviève KOUAMÉ, membre du Comité de rédaction, sur la transformation des données sanitaires en messages accessibles au grand public.

Au cours de cette présentation, elle a démontré l'importance de la vulgarisation des données sanitaires afin de les rendre compréhensibles, accessibles et exploitables par les populations. Elle a insisté sur la nécessité de transformer les données techniques en messages clairs, adaptés aux différents publics tout en conservant leur rigueur scientifique (nous avons eu l'exemple de la sensibilisation sur l'usage de la chicha en langues locales).

À la suite de cette présentation, le Dr Bognan KONÉ a ouvert les échanges en invitant les participants à réfléchir aux stratégies de collaboration à mettre en place pour renforcer la promotion et la diffusion du BSP-CI.



Les discussions ont été particulièrement riches et participatives. Les représentants des médias, des institutions sanitaires ont souligné l'importance de disposer d'informations sanitaires fiables, actualisées et facilement accessibles afin de mieux prévenir les maladies et renforcer la santé publique.

À l'issue des échanges, les participants ont fait des recommandations notamment :

- Mettre en place un cadre permanent de collaboration entre le BSP-CI et les médias ;
- Associer les médias à l'ensemble des actions et activités du BSP-CI ;
- Développer un réseau de journalistes partenaires pour la promotion du BSP-CI
- Utiliser les canaux institutionnels du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (newsletter, réseaux de diffusion, magazine annuel, site internet et réseaux sociaux) pour accroître la visibilité du Bulletin.

La forte implication des participants au cours de cet atelier, la qualité des communications présentées ainsi que la pertinence des recommandations formulées constituent des bases solides pour le développement d'un partenariat durable entre le BSP-CI et les médias, au service d'une meilleure information sanitaire des populations ivoiriennes.

Dr Mireille YOBOUÉ-NGUESSAN
Comité de Rédaction BSP-CI





5ème édition du Colloque Étudiant de la Recherche Clinique



Photo de famille des officiels aux côtés du Ministre Pr Adama Diawara lors du CERC 2026.

La 5é édition du Colloque Étudiant de la Recherche Clinique (CERC) s'est tenue le 25 juin 2026 à l'Espace Tissandra à Abidjan, autour du thème « Recherche clinique et pratiques en santé ». Organisée **par l'Unité de Recherche Clinique de Côte d'Ivoire (URCCI)** sous le haut parrainage du **Professeur Adama DIAWARA**, Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, cette rencontre a réuni étudiants, enseignants-chercheurs, professionnels de santé et personnalités du monde académique et institutionnel.

Une ouverture marquée par de fortes personnalités

La cérémonie d'ouverture a été rythmée par les allocutions du **Dr Joyce DOHOU**, fondatrice de l'URCCI, du Prof **Hyacinthe EHOUNOUD**, Directeur Médical de l'URCCI et du Dr **Germain KANGA**, parrain académique de la promotion, avant l'intervention du ministre prof **Adama DIAWARA**, qui a officiellement ouvert les travaux.

Dans son discours, le ministre a félicité la directrice générale de l'URCCI, le **Dr Joyce DOHOU**, ainsi que tout le comité d'organisation, pour la constance et la qualité du travail accompli depuis cinq éditions. Il a salué une initiative devenue, selon lui, un événement essentiel pour la formation scientifique des étudiants ivoiriens, rappelant que la recherche clinique n'est pas un luxe réservé aux grandes puissances mais une nécessité pour tout pays qui aspire à maîtriser son système de santé. Il a invité les participants à devenir des professionnels capables non seulement de soigner, mais aussi d'analyser, de questionner, de publier et d'innover.

Remise du prix ‘‘ADAMA DIAWARA’’ aux bâtisseurs de la recherche clinique

L'un des moments forts de la cérémonie a été la remise du **prix Adama DIAWARA**, qui a récompensé des personnalités pour leur contribution au développement de la recherche clinique et de la santé en Côte d'Ivoire : Bâtisseurs de la recherche clinique. Décerné par **l'URCCI**, ce prix a été symboliquement remis par le ministre, le **Pr Adama DIAWARA**. Parmi les récipiendaires figuraient notamment :

- Pr. Nome Yolande GNAGNE-AGNERO épouse KOFFI, Conseillère technique du ministre de l’enseignement supérieur et recherche scientifique ;
- Pr Asseman KOUA, Directeur Coordonnateur du Programme National de Santé Mentale ;
- Pr Julie SACKOU-KOUAKOU, Rédactrice en chef du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire ;
- Pr Liliane SIRANSY, Présidente de la Société Ivoirienne d'Hématologie, d'Oncologie et de Transfusion Sanguine ;
- Pr Crezoit YAPO, Présidente de la Société Ivoirienne d'Immunologie Clinique et Biologique ;
- Pr Ismaël DALLY, Vice-Président de l'Université de Bondoukou ;
- Pr Alphonsine MBENGUÉ-KOUASSI, Directrice de l’UFR Sciences Médicales d'Abidjan ;
- Pr Méliane N'DHATZ-SANOGO, Directrice Générale de l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS)
- Pr Mahama OUATTARA, Directeur de l’UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques ;
- Pr Muller PESSON, Vice-Directeur de l’UFR Odonto-Stomatologie ;
- Pr Alimata Sandia BAKAYOKO, Pr Viviane KOFFI épse AKA ;
- Dr Ehoulé KROA, Directeur Coordonnateur du Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle,
- Dr Guy Roger ZOUGROU, Pharmacien biologiste, Directeur du Laboratoire Dr Pierre Montagnier ;
- Dr Elodie METCHI, Docteure en Médecine Publique, fondatrice de Doc@Dom ;
- Dr Jean Noël MAMBO, représentant de la Direction de la Formation et de la Recherche Scientifique (DFRS) ;
- Dr Raoul MOH, Directeur Exécutif du PAC-CI ;



Photo de famille des lauréats du prix Adama Diawara aux côtés du ministre Pr Adama Diawara lors du CERC 2026.

- Dr Sangaré YAYA, Secrétaire Général du Fonds pour la science, la technologie et l'innovation (FONSTI);
- Dr Innocent NANAN, Président de la Société Ivoirienne de Bioscience et d'Informatique Médicale (SIBIM).

Conférence inaugurale et présentation spéciale

La conférence inaugurale a été assurée par le **Dr Franck ZAL**, CEO-CSO de Hermarina, sur le thème « De la biologie marine à la clinique : le parcours translationnel de l'hémoglobine d'arénicole », illustrant comment une découverte issue du monde marin peut déboucher sur des applications cliniques concrètes. En milieu d'après-midi, **Mme Alexandra LA GARRIGUE** a proposé une présentation spéciale consacrée au raisonnement clinique infirmier appliqué à la télésurveillance, avec des exemples concrets de suivi des patients à domicile.

Communications orales des professionnels de santé

La matinée a été consacrée aux communications orales, un exercice réservé cette année aux professionnels de santé confirmés, notamment issus de **l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS).** Quatre communications ont particulièrement retenu l'attention du jury :

- Mme Kouya Sahognenon Guilaine SOHOU, sur les profils de consommation des substances psychoactives chez les étudiants de première année de l'INFAS de Daloa, lauréate du prix de la meilleure communication orale ;
- Mme Marie Louise AHOUTOU née KOUABIZOU, sur les connaissances, attitudes et pratiques des hommes dans le suivi mère-enfant, à travers le cas de l'École des Maris du Centre de Santé Henriette KONAN BÉDIÉ de Bardot, à San Pedro, communication distinguée du 2 prix ;
- M. Ouaba Fernand KOUASSI, sur la gestion de l'activité physique et M. Auguste YEBOUÉ KOUADIO, sur l'interaction entre les groupes ethniques et la prévalence des maladies chroniques.

Entreprises virtuelles étudiantes : des projets portés fièrement

Comme dans son essence, le CERC a offert une tribune aux étudiants de Licence 3 organisés en groupes de recherche sous forme d'entreprises virtuelles. Pendant cinq mois, ces équipes ont conçu, structuré et défendu un projet de recherche, restitué sous forme de poster scientifique lors du colloque. Cet exercice a une nouvelle fois révélé le bon niveau des étudiants en matière de recherche et de valorisation scientifique. Trois équipes se sont particulièrement illustrées :

- **BIOWEL**, qui a étudié l'influence des habitudes alimentaires et du microbiote intestinal sur la santé mentale et les performances académiques, remportant le prix de la meilleure entreprise virtuelle
- **HORIZON CLINICAL RESEARCH (HCR),** qui s'est penchée sur l'automédication par procuration, interrogeant si ce comportement relève d'un véritable automatisme comportemental, équipe lauréate du prix du meilleur poster scientifique ;
- **HUMAN HEALTH**, dont le projet a exploré l'influence de la posture professionnelle des soignants sur l'efficacité de la prise en charge et le bien-être des patients, repartant avec le prix coup de cœur des membres du jury.

Une édition qui confirme le rayonnement du CERC

La journée s'est achevée par la proclamation des résultats des différents concours et une cérémonie de clôture suivie d'une photo officielle. Après cinq années d'existence, le Colloque Étudiant de la Recherche Clinique confirme son rôle de rendez-vous incontournable pour la formation, l'innovation et l'émergence d'une nouvelle génération de chercheurs ivoiriens, au service du renforcement du système de santé national.

Les Oscars de la santé 2026 : une célébration de l'excellence au service des populations







Le vendredi 26 juin 2026, l'Hôtel Noom d'Abidjan a accueilli la quatrième édition des **Oscars de la Santé**, un rendez-vous désormais incontournable de reconnaissance et de valorisation des acteurs du système de santé ivoirien.

Initiés par le **Club SOCAPHARM**, premier club réunissant les professionnels de santé de Côte d'Ivoire, les Oscars de la Santé poursuivent une ambition claire : mettre en lumière les femmes, les hommes et les institutions qui contribuent chaque jour à l'amélioration de la santé des populations. C'est un **hommage à l'excellence dans toutes les professions de santé.** Parmi les catégories, figuraient notamment les distinctions de Médecin, Pharmacien, Chirurgien-Dentiste, Sage-Femme et Infirmier de l'année, mais également celles consacrées aux établissements hospitaliers, aux cliniques, aux cabinets médicaux et dentaires, à l'innovation en santé ou encore à la création de contenu santé. La cérémonie a également été marquée par la remise de l'**Oscar de la Santé d'Honneur**, distinction spéciale destinée à célébrer un parcours exceptionnel et une contribution remarquable au développement du secteur de la santé.

Cette édition 2026 avait pour thème : **« Le rôle des acteurs de santé dans la lutte contre l'insuffisance rénale »** qui a été brillamment développé lors de la conférence inaugurale animée par **Dr Emmanuel ABLE**, sur les enjeux de prise en charge holistique des maladies rénales. La soirée a ensuite laissé place aux allocutions.

Dans son allocution, Dr Raymond BLEU-LAINÉ, Directeur du Club SOCAPHARM, a rappelé la philosophie qui guide les Oscars depuis leur création et le mode de sélection des nominés. En effet, les lauréats sont identifiés à travers un processus associant à la fois les professionnels de santé, un jury indépendant et le vote du public, donnant ainsi à cette distinction une dimension collective et participative.

Fort du succès de cette quatrième édition, le Club SOCAPHARM donne d'ores et déjà rendez-vous pour la **5e édition des Oscars de la Santé**, prévue en juin 2027.

Promouvoir l'excellence, valoriser les talents, fédérer les professionnels de santé.

Club SOCAPHARM

Le Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI) à l'honneur à travers une double distinction décernée à sa Rédactrice en Chef

Les 25 et 26 juin derniers, la Rédactrice en Chef du Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI), le Professeur Julie SACKOU-KOUAKOU, a reçu deux distinctions qui mettent le BSP-CI à l'honneur.

Le jeudi 25 juin 2026, à l'occasion de la 5e édition du Colloque Étudiant de la Recherche Clinique (CERC), organisé par l'Unité de Recherche Clinique de Côte d'Ivoire (URCCI) sous la direction du Dr Joyce DOHOU, elle s'est vu décerner le Prix Adama DIAWARA des « Bâtisseurs de la Recherche Clinique ». Ce prix, qui porte le nom du Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique de Côte d'Ivoire, récompense son engagement à rendre l'information sanitaire accessible à tous notamment à travers le Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI).







Le lendemain, vendredi 26 juin 2026, lors de la cérémonie des Oscars de la Santé 2026 organisée par le club SOCAPHARM, présidé par le Dr Raymond BLEU-LAINÉ, le Professeur SACKOU a reçu le Prix du « Pharmacien de l'année du secteur public ». Attribuée à l'issue des votes du public et de l'évaluation d'un jury d'experts, cette distinction salue le travail accompli par le Professeur SACKOU et son équipe pour le positionnement et le rayonnement du BSP-CI tant au niveau national qu'international, en matière de communication et de promotion de la santé.

Au-delà de la reconnaissance individuelle, ces deux distinctions constituent une véritable consécration collective pour le BSP-CI. Elles mettent en lumière l'engagement et le professionnalisme des organes du bulletin à savoir, le conseil consultatif, le comité de rédaction, le comité de gestion et le personnel administratif de l'Institut National de Santé Publique.

Elles viennent récompenser les efforts consentis par le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle et les partenaires CDC-Atlanta, CDC-GHSA, CDC-Foundation, IANPHI, VitalStrategies pour faire du BSP-CI un instrument de référence au service des décideurs, des professionnels de santé et des populations. Elles renforcent la motivation et l'engagement de toute l'équipe de rédaction à poursuivre la mission d'informations sanitaires fiables.

http://www.bsp.inspci.org/ et https://whatsapp.com/channel/0029Vb70IVk-FHWq7RXcsNR1u

Yemina KOUAKOU,
Stagiaire BSP-CI

Actualités des BSP francophones

Hommage à notre confrère Dr Karl AGENDU BAKI

Rédacteur en Chef Adjoint du Bulletin de Santé Publique de la République Démocratique du Congo : une mémoire gravée dans les Bulletins de Santé Publique Francophones

Aujourd'hui, les collègues, les frères et sœurs de la grande famille des Bulletins de Santé Publique Francophones ont décidé de faire une promesse à papa Karl : celle de ne jamais l'oublier et de graver son nom dans le marbre de notre histoire commune.

Il nous est encore difficile d'accepter son départ si brutal, si tôt. Mais nous savons que chaque être humain vient en ce monde avec une mission particulière à accomplir. La sienne, il l'a portée avec dignité, engagement et générosité. Nous en avons été les témoins privilégiés.

Il y a encore quelques fuseaux horaires, aucun de nous n'imaginait que les aiguilles de son horloge naturelle s'approchaient de leur dernière graduation. La vie, dans son mystère, nous rappelle parfois la fragilité de notre passage sur cette terre.

Nous nous souvenons encore de ces jours doux et cléments d'Abidjan, cette terre d'hospitalité qui nous a réunis pour la dernière fois :

Nous nous souvenons de ce **Môgôba (homme de puissance en Malinké)**, qui savait galvaniser ses collègues par un langage clair, posé et rassembleur, nous invitant à relever ensemble les défis auxquels les Bulletins de Santé Publique Francophones sont confrontés.

Nous nous souvenons de ce jeune homme passionné, qui, avec une démarche assurée et une curiosité constante, parcourait les coins et recoins de l'INSP de Côte d'Ivoire, portant haut l'esprit de collaboration et de partage.

Nous nous souvenons de ce compagnon de travail qui n'était jamais pressé, mais toujours à l'heure ; toujours disponible, toujours présent lorsque la communauté avait besoin de lui.

Dans ses conseils, il y avait de la sagesse ; dans ses paroles, il y avait de l'apaisement ; dans son accompagnement, il y avait de la sincérité et de la bienveillance.

À sa famille, à sa chère épouse, à ses enfants, nous dirons ceci : le Môgôba n'est pas parti. Il demeure vivant dans chaque édition, chaque avancée et chaque réussite des Bulletins de Santé Publique Francophones.

Son œuvre continuera de parler pour lui. Son engagement restera une source d'inspiration pour tous ceux qui poursuivront ce chemin.

Avec un profond respect et une immense reconnaissance, nous lui disons **Merci.**

La grande famille africaine des Bulletins de Santé Publique Francophones, du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire et du Mali.

Dr Solomane TRAORÉ

Rédacteur en Chef

Bulletin de Santé Publique-Mali





ARTICLES COMPLETS

p.18 Réformes de l'assurance maladie en Afrique de l'Ouest : analyse comparative du modèle ivoirien aux expériences du Sénégal et du Mali

p.23 Facteurs socio-culturels du refus de la vaccination du Papillomas Virus Humain chez les adolescentes de 9 à 14 ans à Abengourou, Côte d'Ivoire (Septembre, 2025)

p.26 Révision de la grille d'évaluation de la qualité technique des établissements sanitaires de premier contact (ESPC) en juin 2024 : Quels impacts sur la qualité des services dans le district sanitaire de Bloléquin en 2025 (Côte d'Ivoire)

p.29 Facteurs maternels associés à la faible couverture vaccinale de la deuxième dose du vaccin rougeole rubeole des enfants de 15-23 mois dans le district sanitaire de Sassandra, Côte d'Ivoire 2023-2025

p.33 Fréquence de la carie dentaire chez les personnes détenues au pôle pénitentiaire d'Abidjan d'octobre 2022 à janvier 2023

01

Réformes de l'assurance maladie en Afrique de l'Ouest : analyse comparative du modèle ivoirien aux expériences du Sénégal et du Mali

Reforms of health insurance in West Africa: a comparative analysis of the Ivorian model with the experiences of Senegal and Mali.

Auteurs : Bakary CISSE,[1,2] **KAFFLOUMAN KOUAME STANISLAS**[1,2]

1. Bridgefield University, Zambie
2. Université libre de Kisangani, RD Congo

Auteur correspondant : cissebakary1@live.fr

Résumé

Introduction : La CMU en Côte d'Ivoire vise l'équité d'accès et la protection financière. L'objectif de ce travail est d'analyser ses défis structurels via une revue critique et comparative des modèles sénégalais et malien afin d'identifier les leviers stratégiques d'une mise en œuvre efficace.

Méthodes : Cette étude repose sur une revue critique de la littérature et une analyse comparative des expériences sénégalaises et maliennes. Elle examine la pertinence des stratégies de protection sociale ouest-africaines pour identifier les leviers d'efficacité du modèle ivoirien.

Résultats : L'analyse comparative montre que la CMU ivoirienne partage des barrières systémiques avec le Sénégal et le Mali : fragmentation institutionnelle et inégalités. Son efficacité exige une intégration organisationnelle ainsi qu'un renforcement massif de l'offre de soins.

Conclusion : Le succès de la CMU ivoirienne dépend de sa capacité à transformer la gouvernance sanitaire et à restaurer la confiance des usagers par une amélioration tangible de la qualité des services.

Message de santé publique : Pour être réellement universelle, la CMU ne doit pas être un simple outil financier, mais le moteur d'une réforme structurelle de l'offre de soins.

Mots-clés : Couverture Maladie Universelle, Système de santé, Équité, Gouvernance, Protection sociale

Abstract

Introduction: Universal Health Coverage (UHC) in Côte d'Ivoire aims for equitable access and financial protection. This study objective is to analyze its structural challenges through a critical and comparative review of the Senegalese and Malian models to identify strategic levers for effective implementation.

Methods: This study is based on a critical literature review and a comparative analysis of Senegalese and Malian experiences. It examines the relevance of West African social protection strategies to identify efficiency levers for the Ivorian model.

Results: The comparative analysis shows that Ivorian UHC shares systemic barriers with Senegal and Mali: institutional fragmentation and inequalities. Its effectiveness requires organizational integration and a massive strengthening of healthcare supply.

Conclusion: The success of Ivorian UHC depends on its ability to transform health governance and restore user trust through tangible improvements in service quality.

Public Health Message: To be truly universal, UHC must not be a mere financial tool but the driver of structural reform in healthcare delivery.

Keywords: Universal Health Coverage, health system, equity, governance, social protection, Côte d'Ivoire.

Introduction

L'accès universel et équitable à des soins de santé de qualité est un objectif fondamental des politiques de développement. En Afrique de l'Ouest, la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle (CMU) est devenue un pilier des stratégies nationales pour atteindre la Couverture Santé Universelle (CSU). La Côte d'Ivoire, en particulier, a initié un processus institutionnel d'envergure pour concrétiser cette ambition. La CMU vise à protéger la population contre les risques financiers liés à la maladie et à améliorer l'état de santé général de la population, répondant ainsi à l'appel mondial pour la santé reproductive. La gestion des maladies chroniques, comme le diabète, qui représentent un fardeau économique croissant en Afrique (1). Cependant, la traduction de cet impératif politique en réalité opérationnelle est complexe. Les expériences des pays voisins, notamment le Sénégal et le Mali, montrent que les réformes de la CMU sont souvent minées par la fragmentation des politiques et la complexité des dynamiques de pouvoir ainsi que de valeurs des parties prenantes (2) .Cet article a pour objectif d'analyser les défis et les opportunités de la CMU en Côte d'Ivoire, à travers une revue critique de la littérature et une mise en perspective avec les contextes socio-économiques et politiques similaires de l'Afrique de l'Ouest. Cette démarche analytique vise, à terme, à identifier les leviers d'action nécessaires pour optimiser l'efficacité du système ivoirien.

Méthodes

Type d'étude et justification du champ d'analyse

Il s'agit d'une étude bibliographique à visée descriptive et analytique. Cette approche a été privilégiée en raison de la rareté des travaux académiques documentant les résultats opérationnels directs de la CMU en Côte d'Ivoire. Pour pallier cette limite, nous avons adopté une méthodologie par analogie régionale. La revue s'est ainsi concentrée sur les expériences de mise en œuvre de la CMU et des systèmes d'assurance maladie basés sur la mutualité communautaire en Afrique de l'Ouest. Une emphase particulière a été mise sur le Sénégal et le Mali, dont les systèmes de santé et les défis socio-économiques présentent de fortes similitudes avec le contexte ivoirien (3).

Stratégie de Recherche

La collecte des données a été réalisée via les moteurs de recherche académiques Google Scholar et Cairn.info, ainsi que la base de données bibliographique PubMed. Elle a été complétée par une analyse des textes législatifs et rapports institutionnels nationaux. La recherche a été structurée autour de mots-clés en français et en anglais, combinés à l'aide des opérateurs booléens (AND/OR). La stratégie de recherche a été adaptée aux spécificités de chaque interface utilisée. Pour la base de données PubMed, l'équation de recherche a été structurée à l'aide d'opérateurs booléens (AND/OR) comme suit : *(« Couverture Maladie Universelle » OR « Assurance Maladie ») AND (« Côte d'Ivoire » OR « Sénégal » OR « Mali ») AND (« Gouvernance » OR « Équité » OR « Défis »)*. En revanche, pour les moteurs de recherche tels que Google Scholar et Cairn.info, nous avons privilégié une recherche en langage libre. Cette approche a permis d'identifier la littérature grise et les articles francophones en utilisant des expressions clés directes, sans la syntaxe booléenne complexe propre aux bases de données indexées. *(« Gouvernance » OR « Équité » OR « Défis »).* Les documents ont été sélectionnés selon leur pertinence thématique, en se concentrant sur la période de mise en œuvre des grandes réformes de protection sociale en Afrique de l'Ouest. L'analyse ne s'est pas limitée au recensement de leçons apprises, mais a reposé sur une évaluation critique des modèles nationaux selon trois axes structurels précis :

1. Le cadre législatif et le degré d'obligation : Analyse de la transition entre l'adhésion volontaire (mutualité classique) et le régime obligatoire.
2. Le modèle de financement et de gouvernance : Évaluation de la viabilité financière et de la décentralisation de la gestion des risques.
3. L'offre de soins et la qualité des services : Analyse de l'adéquation entre l'extension de la couverture financière et la capacité opérationnelle des infrastructures de proximité.

Cette grille d'analyse a permis de confronter systématiquement les barrières rencontrées au Sénégal et au Mali avec le cadre institutionnel ivoirien pour en dégager des recommandations stratégiques.

Résultats

Cette étude bibliographique analyse dix documents de référence, constituant le socle de l'évaluation des systèmes de protection sociale ouest-africains. Le corpus se compose de sept articles scientifiques portant sur les expériences du Sénégal et du Mali, d'une étude thématique sur les défis épidémiologiques et les crises sanitaires (10), ainsi que deux du cadre législatif ivoirien instituant la CMU et l'IPS-CNAM (5, 9). L'analyse de ce corpus démontre que la mise en œuvre de la CMU est un processus multidimensionnel structuré autour de trois axes : le portage politique et institutionnel par l'IPS-CNAM, les défis opérationnels d'enrôlement et l'impératif d'une offre de soins de qualité pour garantir la confiance des usagers.

1. L'élan politique et l'inclusion financière (Opportunités)

La mise en œuvre de la CMU en Côte d'Ivoire se distingue par une volonté politique affirmée, marquée par la création d'un cadre législatif contraignant et d'une institution dédiée l'IPS-CNAM (4). Cette dynamique vise à transformer le paysage de la protection sociale en basculant d'une logique de paiements directs vers une mutualisation des risques.

L'opportunité majeure réside dans la capacité de l'État ivoirien à tirer des leçons des modèles régionaux :

- Comparaison avec le Sénégal : À l'instar du modèle sénégalais qui a intégré les Mutuelles de Santé (MS) dans un plan national pour organiser le risque au niveau local (2) la Côte d'Ivoire s'appuie sur une structuration descendante pour garantir la solidarité.
- Finalité : Cette approche, similaire à celle observée au Mali (3) est un levier essentiel pour réduire les dépenses de santé catastrophiques et assurer une inclusion financière durable des populations, notamment celles du secteur informel.

2. Fragmentation et Adhésion (défis opérationnels)

En Côte d'Ivoire, le déploiement opérationnel de la CMU se heurte à des défis structurels majeurs qui font écho aux barrières observées chez ses voisins. L'analyse met en lumière trois points critiques :

- Le risque de fragmentation : Bien que la Côte d'Ivoire ait opté pour une gestion centralisée via l'IPS-CNAM, la coexistence de divers régimes et la persistance de mutuelles privées créent un risque de fragmentation institutionnelle. Comme l'a démontré l'expérience sénégalaise (2), une telle fragmentation fragilise la viabilité financière et complique la lisibilité du système pour les usagers.
- Les dynamiques d'enrôlement : Si le déploiement initial de la CMU en Côte d'Ivoire a été marqué par des lourdeurs administratives, la réalité actuelle montre une évolution notable. Grâce à la généralisation de la production des cartes *In Situ* et à la multiplication des centres d'enrôlement, les délais de délivrance ont été drastiquement réduits, entraînant une augmentation significative du nombre d'adhérents. Toutefois, le défi de l'adhésion effective (utilisation réelle de la carte et paiement régulier des cotisations) persiste, particulièrement dans le secteur informel et les zones rurales. Ce déficit résiduel ne relève plus seulement de la logistique, mais de la nécessité de renforcer la confiance des usagers dans la pérennité du mécanisme et la qualité de l'offre de soins. L'enrôlement est fortement corrélé à la proximité géographique et à la qualité perçue des services (5), des leviers encore fragiles en Côte d'Ivoire.
- L'iniquité persistante : Malgré les dispositifs d'exonération, des iniquités d'accès demeurent. En Côte d'Ivoire, comme au Sénégal, les populations rurales et celles touchées par la précarité urbaine restent vulnérables (6). Les barrières structurelles (distance des centres de santé, disponibilité des médicaments) limitent l'impact de la couverture financière.

3. Offre de soins de qualité (les défis Systémiques)

Offre de soins de qualité : le défi de la capacité opérationnelle Un résultat récurrent dans les évaluations des modèles d'assurance maladie en Afrique de l'Ouest (Sénégal et Mali) est que la couverture financière ne peut réussir sans une mise à niveau structurelle de l'offre de soins. Financer l'accès sans améliorer la qualité conduit à la déception des usagers.

Infrastructures et personnel : l'atteinte de la CSU est subordonnée aux capacités du système de santé sénégalais (7). Cette observation s'applique à la Côte d'Ivoire. Investir dans la formation et la qualité des professionnels de santé s'avère nécessaire (5).

Qualité et sécurité des soins : L'amélioration de la sécurité des patients et de la qualité technique des actes est documentée comme le pivot de la rétention des adhérents dans les systèmes d'assurance maladie en Afrique de l'Ouest (7). Cette exigence de qualité, pour être effective, nécessite la mise en place d'indicateurs de performance standardisés.Ils permettent de suivre l'efficacité clinique et la satisfaction des usagers, garantissant ainsi la crédibilité du mécanisme (8).

Discussion

L'expérience des pays voisins, notamment les défis liés à la fragmentation des politiques au Sénégal et les innovations dans la gestion mutualiste au Mali offre des perspectives critiques pour la CMU ivoirienne.

1. Du volontariat à l'obligation

La CMU ivoirienne, par son caractère obligatoire, vise à transcender le modèle des mutuelles de santé fondé sur le volontariat. Pour garantir cette transition, l'État a mis en place l'IPS-CNAM, un organisme de protection sociale de type particulier agissant comme pivot unique de gouvernance (8). Ce dispositif institutionnel a précisément pour mission de centraliser la gestion des risques et d'harmoniser les régimes spécifiques (public, privé, informel) afin de neutraliser le risque de fragmentation. Toutefois, le défi demeure dans la capacité opérationnelle de cet organe à intégrer efficacement les acquis des mutuelles existantes. Si cette harmonisation sous l'égide de la CNAM n'aboutit pas à une solidarité inter-régimes réelle, la CMU pourrait alors être perçue comme une simple politique d'assurance technique plutôt qu'un instrument de solidarité (2).

2. L'équité géographique

Comme indiqué dans nos résultats sur les disparités territoriales, la barrière de l'offre de soins constitue la menace la plus critique pour l'équité de la CMU en Côte d'Ivoire. L'assurance ne vaut que par les services qu'elle permet d'acheter (1). En effet, une couverture financière performante dans le grand Abidjan resterait vaine si elle ne s'accompagne pas d'une accessibilité réelle dans les zones rurales isolées. Ce constat corrobore les enseignements tirés des contextes régionaux : L'équité géographique apparaît comme le pivot de la réussite du modèle ivoirien. À l'instar des disparités observées dans l'espace urbain malien ou des défis d'accès au Sénégal, la CMU en Côte d'Ivoire risque de se heurter à la réalité des déserts médicaux (**1**). Cette analyse souligne une limite fondamentale : la couverture financière ne constitue qu'un levier théorique si elle ne s'accompagne pas d'une offre de soins effective. Sans une mise à niveau des infrastructures en zone rurale, l'assurance maladie risque de demeurer une "promesse de papier" pour les populations périphériques, incapable de traduire le droit à la santé en un recours aux soins réel (**8**).

Dès lors, pour que la CMU ivoirienne atteigne son objectif universel, le déploiement de l'assurance doit impérativement s'accompagner d'un investissement massif et parallèle dans la réhabilitation et la création d'infrastructures sanitaires de premier niveau. Également dans le recrutement et la répartition équitable de professionnels de santé qualifiés sur l'ensemble du territoire.

3. La qualité comme pilier de la confiance

La question de la confiance des usagers, identifiée dans nos résultats comme un frein majeur à l'enrôlement au Sénégal et au Mali, s'impose comme le pivot de la réussite ivoirienne. Nos analyses documentaires confirment que l'adhésion n'est pas seulement une question financière, mais une réponse à la qualité perçue des services (5).

Confrontation et interprétation : En Côte d'Ivoire, si les prestations couvertes par la CMU sont perçues comme inefficaces, le risque de désengagement des assurés est réel. Cette dynamique est particulièrement critique pour la prise en charge des maladies chroniques (MNT), telles que le diabète, qui exigent un suivi régulier et une disponibilité constante des intrants (1). Sans une amélioration tangible de la prise en charge de ces pathologies de longue durée, la CMU perdrait sa crédibilité aux yeux des populations.

Synthèse pour la Côte d'Ivoire : Par conséquent, la CMU ivoirienne doit dépasser la simple fonction de recouvrement des cotisations pour devenir un levier d'amélioration de la performance clinique. Cela implique l'intégration de mécanismes de suivi-évaluation transparents et une flexibilité du panier de soins face aux urgences sanitaires.

Le succès de l'IPS-CNAM résidera ainsi dans sa capacité à garantir que l'acte médical soit à la hauteur de l'effort contributif demandé aux citoyens.

4. La CMU face aux nouvelles menaces de santé

L'adéquation du panier de soins face à l'évolution de la charge morbide, identifiée dans nos résultats, représente un défi de pérennité pour l'IPS-CNAM. Comme observé lors de la pandémie de COVID-19 (3), la résilience du modèle ivoirien dépendra de sa capacité à absorber le coût des maladies chroniques, comme le diabète, et à maintenir une flexibilité budgétaire face aux chocs sanitaires imprévus. Cette adaptation est une condition *sine qua non* pour que l'assurance maladie protège durablement les populations contre l'appauvrissement lié aux risques émergents et persistants.

Conclusion

La CMU ivoirienne marque une avancée historique vers l'équité sociale. Bien que portée par une volonté politique forte, son succès dépend du dépassement des modèles mutualistes fragiles au profit d'un système intégré et obligatoire. Les défis restent structurels : fragmentation institutionnelle, inégalités territoriales et offre de soins précaires. Pour réussir, la CMU doit transformer la gouvernance sanitaire et garantir une qualité de soins irréprochable, socle indispensable de la confiance publique.

Références

1. Maadjhou, C., & Mbanya, J. Challenges and Economic Burden of Diabetes in Africa, 2020, https://doi.org/10.1007/978-3-030-53370-0_3._
2. Mladovsky P., Prince R., Hane F. et *al*. The primacy of politics in neoliberal universal health coverage policy reform. A commentary on 'financing and provision of healthcare for two billion people in low-income nations : Is the cooperative healthcare model a solution?" by William C Hsiao and Winnie Yip. *Social Science & Medicine* (2023). https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115742.
3. Touré L., Boivin P., Diarra Y., et *al*. Innovations in mutuality: Challenges and learnings for the Universal Health Insurance Plan in Mali. *BMJ Global Health,* 2023, *7*. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-011055.
4. République de Côte d'Ivoire. Loi n° 2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture Maladie Universelle. *Journal Officiel de la République de Côte d'Ivoire,* 2014.
5. Rouyard T., Mano Y., Daff, B. et *al*. Operational and structural factors influencing enrolment in community-based health insurance schemes : An observational study using 12 waves of nationwide panel data from Senegal. *Health Policy and Planning,* 2022, *37*, 858–871. https://doi.org/10.1093/heapol/czac033.

6. Taverne B., Laborde-Balen G., TOP B.R., et *al* Perceptions et utilisation de la Couverture Maladie Universelle (Plan Sésame) par les personnes âgées à Dakar (Sénégal), impacts sur les dépenses de santé liées au diabète et à l'hypertension. *Médecine Tropicale et Santé Internationale,* 2023, *3*. https://doi.org/10.48327/mtsi.v3i3.2023.320._

7. Paul E., Ndiaye, Y., Sall F. L., et *al*. An assessment of the core capacities of the Senegalese health system to deliver Universal Health Coverage. *Health Policy OPEN,* 2020, *1*. https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100012.

8. République de Côte d'Ivoire. Décret n° 2014-395 du 25 juin 2014 portant création de l'Institution de Prévoyance Sociale - Caisse Nationale d'Assurance Maladie (IPS-CNAM). *Journal Officiel de la République de Côte d'Ivoire,*2014.

9. Bertrand M. Familles à l'épreuve de l'étalement urbain dans l'espace du grand Bamako, Mali. *Espace populations sociétés,* 2022, https://doi.org/10.4000/eps.12515.

10. Kamgain A. T., & Kesa, H. Will the COVID-19 third wave lockdown measures not lead to a resurgence of non-communicable diseases in South Africa? *Ethics, Medicine, and Public Health,* 2021, *19*, 100709–100709. https://doi.org/10.1016/j.jemep.2021.100709.

02

Facteurs socio-culturels du refus de la vaccination du Papillomas Virus Humain chez les adolescentes de 9 à 14 ans à Abengourou, Côte d'Ivoire (Septembre, 2025)

Socio-cultural factors of the refusal of Human Papillomavirus vaccination among adolescent girls aged 9 to 14 in Abengourou, Ivory Coast (September, 2025)

Amani Ahou Florentine
Anthropologie médicale, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan, Cocody,
Auteur correspondant : amanifloflo1984@yahoo.fr

Résumé

Introduction : Le cancer du col de l'utérus demeure une menace constante pour la santé de la jeune fille et des femmes [1] en Afrique Subsaharienne.

La vaccination des jeunes filles contre le HPV comme intervention étudiée, demeure la prévention primaire visant à prévenir l'infection et ses complications. Cette étude vise à décrire les représentations sociales du cancer du col de l'utérus (CCU) et à assurer une compréhension des barrières socio-culturelles influençant l'acceptation ou le refus de la vaccination HPV.

Méthodes : L'étude a été menée du 10 au 24 Septembre 2025 à Abengourou et s'inscrit dans une approche qualitative et interprétative. Elle a mobilisé 32 participants via des entretiens individuels semi-directifs et des Focus Groups de Discussion. Les données ont été soumises à une analyse thématique.

Résultats : Les perceptions courantes décrivent le cancer du col de l'utérus comme une *« maladie de la honte »* attribuée à une *« vie de débauche sexuelle »*. Plusieurs barrières socio-culturelles entravent l'adhésion à la vaccination HPV.

Conclusion : La vaccination anti-HPV à Abengourou fait face à des barrières socioculturelles et institutionnels, en dépit de la politique de gratuité ciblé.

Message de santé publique : Soutenons la vaccination HPV dans nos communautés.

Mots clés : Cancer du col de l'utérus, Vaccination HPV, obstacles, croyances populaires

Abstract

Introduction: Cervical cancer remains a constant threat to the health of girls and women in Sub-Saharan Africa. Vaccinating young girls against HPV, as a studied intervention, remains the primary prevention aimed at preventing the infection and its complications. This study aims to describe social perceptions of cervical cancer (CCU) and to understand the socio-cultural barriers that influence the acceptance or refusal of the HPV vaccine.

Methods : This study was conducted in Abengourou from 10 to 24 September 2025 and adopted a qualitative, interpretive approach. A total of 32 participants were recruited and engaged through semi-structured individual interviews and homogeneous focus groups. The data were transcribed, coded using NVivo 14 software, and subsequently analysed thematically.

Results : Prevailing perceptions characterise cervical cancer as a "women's disease" or a "disease of shame." The condition is socially attributed to a "life of sexual debauchery". Several socio-cultural barriers impede adherence to HPV vaccination.

Conclusion : Despite a targeted policy of free provision, HPV vaccination in Abengourou continues to face both socio-cultural and institutional barriers.

Public health message: Let's encourage HPV vaccination in our communities.

Keywords: Cervical cancer, HPV vaccination, obstacles, popular beliefs

Introduction

Le cancer du col de l'utérus un défi contemporain pour les systèmes de santé en Afrique. Selon le Programme National de Lutte contre le Cancer [2], c'est le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme en Côte d'Ivoire, avec une incidence de 15,8 pour 100.000 femmes [3] et un taux de mortalité de 22,8 pour 100.000 femmes en 2020 dû au diagnostic tardif [2]. Une revue systématique récente a révélé que la prévalence globale varie de 3,6% à 89,4% selon le profil sociodémographique et sanitaire des populations [4]. Toutefois, chez les femmes de plus de 20 ans vivant avec le VIH, cette prévalence varie entre 39,1% et 88% tandis qu'elle est de 3,6% chez les jeunes filles de 11 à 16 ans [4].

Ces indicateurs demeurent préoccupants car, dans le contexte ivoirien, la sexualité précoce des jeunes filles [1] augmente considérablement le risque d'exposition au virus dès l'adolescence. Cette réalité épidémiologique et sociale rend la vaccination anti-HPV indispensable pour réduire les incidences futures du CCU. Malgré l'introduction gratuite du vaccin par le Ministère de la Santé en 2019, la couverture vaccinale demeure faible à 27% loin de l'objectif national qui est de 70% [5]. Cette étude visait à décrire les barrières socio-culturelles qui entravent l'adhésion de la vaccination contre le HPV.

Méthodes

Cette étude qualitative et interprétative a été menée du 10 au 24 septembre 2025 à Abengourou. Elle a enregistré 12 entretiens individuels semi-directifs et 2 focus groups homogènes dissociant les adolescentes scolarisées et les non-scolarisées. Trente-deux participants dont 20 jeunes filles âgées de 10 à 14 ans, 10 mères et 2 éducateurs du secteur éducatif public et privé ont été choisis selon la technique de l'échantillonnage par choix raisonné. La participation était volontaire et le consentement oral des participants a été obtenu. Les données ont été d'abord transcrites manuellement, puis codifiés et catégorisés dans le logiciel NVIVO 14®. Enfin, elles ont été soumises à une analyse thématique.

Résultats

Représentation sociale

Les représentations sociales du cancer du col de l'utérus à Abengourou ne reposaient pas uniquement sur de simples descriptions médicales, mais des constructions symboliques articulées autour de trois thèmes principaux.

Dans sa dimension organique, le CCU représente une entité prédatrice qui s'attaque directement à l'intimité féminine. Elle est décrite comme *« une maladie qui détruit le sexe des femmes »* et qui apporte la mort. Pour les enquêtées en effet, *« Cette vilaine maladie boit le sang et tue à petit feu ».*

Au-delà de ces effets sur le corps de la femme, cette maladie empêche la femme de mener à bien ses activités et de tenir ses engagements sociaux. Celle-ci crée une rupture sociale, déstabilise et détruit la vie de la femme, ce qui met en cause son rôle dans le foyer et la société.

Enfin, parce qu'il touche à l'intimité, le CCU est défini comme une maladie stigmatisante et symbolique de la souillure. Il est catégorisé de *« maladie de la honte »*, car, socialement associé à une vie de débauche sexuelle, au manque de propreté, ou au non-respect de la planification familiale. Comme l'ont attesté nos enquêtées *« Cette maladie fait honte dè ! parce que comme c'est dans le sexe de femme, les gens pensent que tu as-tu as géré gbizie* [1] *».* La socialisation de la maladie favorise une stigmatisation qui concourt à la catégorisation des femmes avec des conséquences graves. Le fait de voir dans le regard de l'autre cette différence engendre une souffrance psychologique permanente. Le CCU dégrade les relations sexuelles et affectifs et, renforce la dépendance émotionnelle et physique. Ce nouveau statut détruit l'estime de soi notamment, avec une perte de poids importante et la perte des cheveux et des poils.

Cependant, la crainte orientée sur la sexualité implique une activité sexuelle désagréable et un arrêt de la procréation. Or, la sexualité concourt à la consolidation des rapports dans la vie de couple. L'accomplissement de l'acte sexuel est à la fois un devoir moral et social pour la femme puisque le bien-être de son foyer en dépend.

Pour la majorité, le CCU ne concernait que les *« femmes adultes ».*

Les obstacles liés à la vaccination HPV

Plusieurs barrières logistiques et socioculturelles influençaient la vaccination HPV des adolescentes. La première était liée aux contraintes structurelles et politiques. En effet, la politique de vaccination HPV cible principalement les établissements scolaires publics. Cette stratégie sectorielle renforce les inégalités de santé, car, elle laisse en marge les adolescentes non scolarisées ou issues du secteur privé. Par ailleurs l'expérience de la Covid 19 a semé le doute dans les mentalités occasionnant une méfiance à l'égard de la qualité des vaccins. En outre, l'incertitude sur la capacité du vaccin à assurer une protection durable entravent le recours systématique. Les mères remettaient en question l'exclusivité de la vaccination des jeunes filles *: « pourquoi, on ne vaccine pas aussi les garçons alors qu'on dit c'est dans la sexualité qu'on attrape le virus ».*

1 Avoir plusieurs partenaires sexuels et monnayer les rapports sexuels

Discussion

Les résultats obtenus corroborent les études réalisées à Abidjan, soulignant que les déterminants du statut vaccinal étaient fortement liés à l'environnement scolaire [1]. De même, la méfiance observée après la crise de la Covid-19 rejoint les travaux portant sur les refus vaccinaux dans les ménages d'Alionan, lesquels confirmaient la persistante d'une crainte de stérilité induite par le vaccin [6]. En comparaison avec les observations effectuées au Burkina Faso [7] et au Togo [8], le cancer du col de l'utérus demeurait enfermé dans un imaginaire collectif dominé par la peur, la fatalité et l'imminence de la mort. Cette pathologie était considérée comme une maladie « incurable » et « énigmatique », dont l'origine était souvent attribuée aux dérives de la modernité et à des causes exogènes. En Côte d'Ivoire, ces croyances populaires expliquent pourquoi le cancer du col est souvent occulté ou traité tardivement, car il touche non seulement au corps physique, mais aussi à l'intégrité morale et spirituelle de la femme [6].

Conclusion

Le refus de la vaccination contre le HPV à Abengourou n'était pas uniquement le produit de contraintes logistiques, mais résultait d'une construction sociale complexe de la maladie. En effet, le cancer du col de l'utérus est perçu comme *« une maladie de la honte »*, intrinsèquement liée à une stigmatisation de la sexualité féminine. Cette représentation couplée à une méfiance post COVID -19 concernant la stérilisation des jeunes filles, entravent l'adhésion au programme vaccinal. Cette étude recommande de déconstruire les croyances à travers une approche communautaire.

Références

1. Dainguy ME, Kouadio EC, Kouakou KC et *al*. Déterminants du statut vaccinal contre le Papilloma Virus Humain chez des adolescentes scolarisées à Abidjan : Déterminants of Human Papilloma Virus Vaccination Status among Adolescent Schoolgirls in Abidjan, 2024, Vol.25, n°110, http://www.hsdfmsb.org/index.php/hsd/article/download/6108/4625.
2. Programme National de Lutte Contre le Cancer (PNLCa), «Profil épidémiologique du cancer en Côte d'Ivoire » 2019.
3. OMS, « Côte d'Ivoire, cervical cancer profile » Ministère de la Santé de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, 2021.
4. Brou EC, Okou D. et Kiki-Barro PC. Prévalence et distribution des virus du papillome humain chez les femmes en Côte d'Ivoire : revue systématique, PAMJ-One Health, 2025, Vol. 18, n°112, p. n.d. https://www.one-health.panafrican-med-journal.com/content/article/18/12/full/
5. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) » Ministère de la Santé, Côte d'Ivoire, 2021-2025.
6. Marie Noelle AAK, Daniel E, Marielle E. A. et *al.* Déterminants du refus de la vaccination contre le papillomavirus humain chez les parents des enfants de 9 à 14 ans au sein des ménages d'Aliodan en 2024, Côte d'Ivoire : étude transversale quantitative, Pan African Medical Journal 2025, Vol. 51, n° %162, pp. 1-16, https://panafrican-med-journal.com/content/article/51/62/full/.
7. Zeba S. « Femmes atteintes du cancer du col de l'utérus et accès aux soins dans la ville de Ouagadougou » chez Vulnérabilités, santé et sociétés en Afrique contemporaine : Expériences plurielles, Quebec et Ouagadougou, Éditions science et bien commun, 2020, pp. 5-6.
8. Germaine A. A. D. Les perceptions du cancer par les patients, leur entourage et les soignants à Lomé, analyse descriptive au CHU SO, à la clinique Biasa et à la clinique de l'aéroport. ESJ, 2020 Vol. 16, n°111 :10-19044. http://dx.doi.org/10.19044/esj.2020.v16n11p178

03

Révision de la grille d'évaluation de la qualité technique des établissements sanitaires de premier contact (ESPC) en juin 2024 : Quels impacts sur la qualité des services dans le district sanitaire de Bloléquin en 2025 (Côte d'Ivoire)

Revision of the technical quality assessment grid for primary healthcare facilities (ESPC) in June 2024 : Impact on service quality in the Bloléquin health district in 2025 (Côte d'Ivoire)

Auteurs : KANGA K[1], TANO K[2], GBANE M[2]

1. District sanitaire de Bloléquin, Côte d'Ivoire
2. Institut National de Santé Publique, Cote d'ivoire

Auteur correspondant : kevinkanga1989@gmail.com

Résumé

Introduction : Dans l'implémentation du Financement Basé sur la Performance, la grille d'évaluation qualité des Établissements Sanitaires de Premier Contact a été révisée en juin 2024 afin de l'aligner aux priorités sanitaires. Cette étude a examiné l'impact de cette révision sur la qualité des services de santé.

Méthodes : L'étude s'est déroulée dans 12 établissements sanitaires du district, sous contrat depuis 2022. La qualité a été évaluée avec une grille de 40 indicateurs comprenant 142 critères. Le test de Wilcoxon et les moyennes ont permis de comparer le score qualité et le nombre de critères validés avant et après la révision.

Résultats : Les résultats ont montré une diminution significative des scores moyens de la qualité technique, passant de 51,9 à 23,8. Le nombre moyen de critères validés a également diminué de 126,3 à 79,9, indiquant un impact significatif de la révision sur la qualité des services dans le district.

Conclusion : Ces résultats suggèrent l'intérêt de mesures d'accompagnement pour préserver la qualité des services offerts.

Message-clé de santé publique : Le personnel de santé tend à privilégier les indicateurs contractuels au détriment de la qualité globale des soins.

Mots-clés : Financement Basé sur la Performance, Grille d'évaluation, Établissements sanitaires de premier contact.

Abstract

Introduction : In the context of Performance-Based Financing , the quality assessment tool used in Primary Health Care Facilities was revised in June 2024 to better reflect current health priorities. This study explores how this revision has affected the quality of health services delivered at the primary care level.

Methods : The study was carried out in 12 health facilities within the district, all engaged in PBF contracts since 2022. Service quality was assessed using a tool composed of 40 indicators and 142 criteria. Mean values and the Wilcoxon signed-rank test were applied to compare quality scores and the number of validated criteria before and after the revision.

Results : After the revision, a marked decline in technical quality scores was observed, with average values decreasing from **51.9 to 23.8**. Similarly, the average number of validated criteria fell from **126,3 to 79,9.** These findings suggest that the revised assessment tool was associated with a significant reduction in measured service quality across the district.

Conclusion : The results highlight the importance of introducing supportive measures alongside assessment changes to help maintain service quality.

Public health key message : Health professionals may focus more on contractual indicators than on overall quality of care.

Keywords : Performance-Based Financing, evaluation tool, primary health care facilities

Introduction

Dans un contexte mondial exigeant des soins accessibles et de qualité, le Financement Basé sur la Performance (FBP) se révèle une stratégie efficace pour améliorer l'accès et la qualité des soins, notamment en cas de ressources limitées (1). En liant le financement des établissements de santé à leur performance, le FBP incite les prestataires à offrir des soins de qualité.

Selon l'OMS, en 2022, le FBP a amélioré la couverture vaccinale, les consultations prénatales et les accouchements assistés dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne (2).

En Côte d'Ivoire, le FBP a été introduit en phase pilote en 2016 et ensuite intégré au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020, pour passer à échelle national en 2021(3).

Les effets du FBP dépendent de plusieurs facteurs dont la conception du programme et la pertinence des outils d'évaluation, qui définissent les critères de financement (4). Après décembre 2021, la grille d'évaluation a été révisée en juin 2024 pour aligner les pratiques aux priorités. Cependant, l'impact de ces révisions sur la qualité des services reste à analyser.

L'impact du FBP varie selon le contexte : inefficace au Burkina Faso sur la santé infantile (5), son retrait a dégradé les performances en Égypte (6). Ces disparités prouvent qu'une adaptation locale rigoureuse est indispensable pour garantir l'efficacité réelle de ces programmes.

Bien que le PBF soit documenté, l'impact des modifications des grilles d'évaluation technique reste peu exploré. L'objectif était d'évaluer l'impact de cette révision sur la qualité des services offerts dans le district sanitaire de Bloléquin.

Méthodes

L'étude a été réalisée dans le district sanitaire de Bloléquin, région du Cavally à l'ouest de la Côte d'Ivoire. Un échantillonnage exhaustif des 12 établissements sanitaires a été retenu. L'évaluation s'est appuyée sur l'ancienne grille de décembre 2021 (7). Elle comprenait 40 indicateurs et 142 critères permettant d'obtenir 64 points maximum. Ces indicateurs ont été retenus en raison de leur retrait ou modification dans la nouvelle grille et concernaient la santé reproductive, l'hygiène et la gouvernance.

Les autorités et responsables sanitaires de Bloléquin ont autorisé ce travail.

La collecte des données s'est faite à travers une étude transversale et analytique. Elle s'est déroulée du 15 au 30 janvier 2025 et a reposé sur la méthode avant-après, reconnue pour l'évaluation des effets des interventions dans le domaine de la santé publique et permet de comparer deux situations avant et après une intervention.

Nous avons utilisé les données de l'évaluation de la qualité du 2e trimestre 2024, et celles de l'évaluation réalisée en janvier 2025 avec la même grille.

Les données ont été analysées avec le logiciel R. Le calcul des moyennes et écarts-types a permis de décrire les scores. Le test de Wilcoxon a comparé les variations des scores *(1 pour un indicateur dont tous les critères sont validés et 0 pour un indicateur avec au moins un critère non validé)* avant et après révision, avec un seuil de significativité fixé à 5 %.

Résultats

Avant la révision, le score moyen était de 51,9 ± 2,3. Six mois après la révision de la grille, il était de 23,8 ± 2,4 dans les centres de santé (Tableau I).

Tableau I : Scores qualité avant et après le changement de la grille (N=64)

Centre de santé	Score avant la révision de la grille	Score 6 mois après la révision de la grille
Guibobly	58,00	27,00
Doké	55,00	27,00
Blédi dieya	33,00	26,00
Diboke	58,00	21,00
Tinhou	42,00	08,00
Pétit Guiglo	60,00	24,00
Dandrou	51,00	10,00
Tomepleu	46,00	19,00
Dépouta	51,00	38,00
Chantier colonel	53,00	30,00
Petit Bouake	60,00	32,00
Zéaglo	56,00	24,00
Moyenne des scores	51,92 **± 2,34** **(p** < 0,001)	23.83 **± 2,46** **(p** < 0,001)

La figure 1 présente le nombre de critères validés avant et 6 mois après la révision de la grille. Une baisse générale du nombre de critère validés six mois après la révision de la grille a été observée.

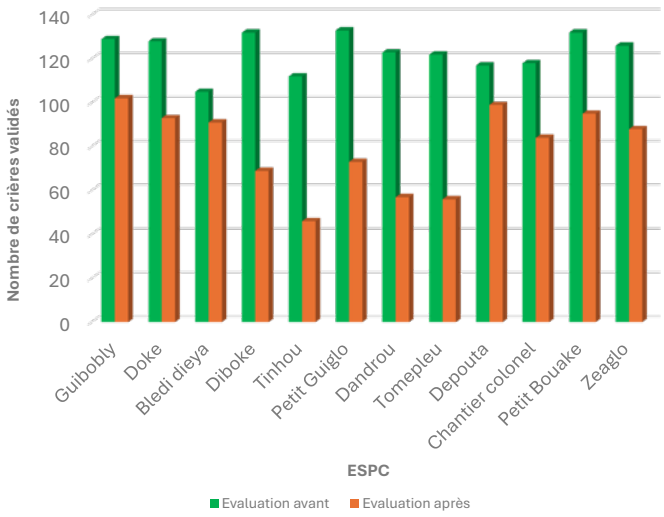


Figure 1 : Nombre de critères validés avant et après la révision de la grille dans les diffrents centres de santé (N=142

Discussion

Cette étude a examiné l'impact de la révision de la grille d'évaluation sur la qualité des services offerts. Les résultats ont montré une baisse des performances, avec un score moyen passé de 51,92 ± 2,34 à 23,83 ± 2,26 après l'intervention. Le test de Wilcoxon a confirmé cette différence **(p** < 0,001).

Le nombre de critères validés a également diminué, passant de 126,3 ± 5,4 à 79,92 ± 12,3 en moyenne, confirmé par un test de Wilcoxon (**p** < 0,001). Cette baisse résulte probablement du réajustement des priorités des établissements sanitaires vers de nouveaux indicateurs contractuels. L'écart-type 19,4 du nombre de critère validés après intervention indiquait une variabilité dans la baisse de performances entre les établissements sanitaires. Ces résultats indiquent que la révision de la grille a eu un impact négatif sur la qualité des soins offerts, particulièrement pour les indicateurs changés. Cette situation pourrait s'expliquer par l'absence d'accompagnement pour pérenniser les acquis surtout que ces établissements sanitaires avaient de bons scores avec la nouvelle grille.

Ces résultats diffèrent de ceux de Zombre et *al,* en 2021 (8) au Mali mais rejoignent ceux de El-Shal et *al*, en 2023 en Égypte (6), car l'arrêt des incitations avaient dégradé des performances.

Les résultats de cette étude ne sont pas généralisables car elle a été réalisée dans un seul district sanitaire.

Conclusion

Une baisse notable des performances a été observée en utilisant la grille révisée. Une étude sur les perceptions des acteurs permettrait de mieux appréhender cet impact et ses causes réelles. Nous recommandons d'introduire progressivement les nouveaux indicateurs, en maintenant les anciens jusqu'à consolidation, avant la transition complète.

Aucun conflit d'intérêt déclaré.

Références

1. Management Sciences for Health, World Bank Group. Manuel du financement basé sur la performance: concevoir et mettre en œuvre des programmes efficaces de financement basé sur la performance. Boston (MA): Management Sciences for Health; 2016. p17-18
2. De Walque D. Improving Effective Coverage in Health: Do Financial Incentives Work? s.l: World Bank Publications; 2022. 1 p. (Policy Research Reports).
3. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Manuel de procédures du financement basé sur la performance (FBP) en Côte d'Ivoire. Abidjan (CI): Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique ; 2021:p.2
4. Diaconu K, Falconer J, Verbel A et al. Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. Cochrane Database Syst Rev. 5 mai 2021 ;5(5).
5. Koulidiati JL, De Allegri M, Lohmann J, Hillebrecht M, Kiendrebeogo JA, Hamadou S, et al. Impact of Performance-Based Financing on effective coverage for curative child health services in Burkina Faso: Evidence from a quasi-experimental design. Trop Med Int Health. Août 2021 ;26(8) : 1002-13.
6. El-Shal A, Cubi-Molla P, Jofre-Bonet M. Discontinuation of performance-based financing in primary health care: impact on family planning and maternal and child health. Int J Health Econ Manag. Mars 2023 ;23(1) : 109-32.
7. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Agence d'Achat du Financement Basé sur la Performance. Grille qualité des établissements sanitaires de premier contact (ESPC). Abidjan (CI): Ministère de la Santé et de hygiene Publique; 2021: 2-66.
8. Zombré D, De Allegri M, Ridde V. Les effets du financement basé sur les résultats au Mali sur le recours aux soins. In : Ridde V, éditeur. Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? Réformes en Afrique subsaharienne. Québec : Éditions Science et Bien Commun ; 2021 : 531-552.

04

Facteurs maternels associés à la faible couverture vaccinale de la deuxième dose du vaccin rougeole rubeole des enfants de 15-23 mois dans le district sanitaire de Sassandra, Côte d'Ivoire 2023-2025

Maternal factors associated with low vaccination coverage for the second dose of the measles-rubella vaccine among children aged 15–23 months in the Sassandra Health District, Côte d'Ivoire, 2023–2025.

KOFFI KD[1], ANO AMA KMJ[2], YAO GNISSAN HA[3], TIEMBRE I[1,4]

1. Service Action Sanitaire, District Sanitaire de Sassandra, Côte d'ivoire
2. Département de Santé Publique, Institut National d'Hygiène Publique, Abidjan, Côte d'Ivoire
3. Département de Santé Publique, UFR Sciences Médicales de Bouaké, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire
4. Département de Santé Publique, UFR Sciences Médicales d'Abidjan, Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : KOFFI Kakou Delphin, kakoudelphin@gmail.com

Resumé

Introduction : La Rougeole, maladie évitable par la vaccination connait une résurgence depuis quelques années. Des flambées épidémiques en lien avec une faible couverture vaccinale de Rougeole Rubéole surtout au deuxième contact (RR2), ont été observées dans le District Sanitaire de Sassandra. Notre étude visait à analyser les facteurs associés à cette faible couverture vaccinale.

Méthodes : Une étude transversale analytique a été réalisée début 2025 auprès de mères d'enfants de 15-23 mois. Les données ont été analysées avec Epi-Info 7.0 et le test de Fischer a permis de rechercher les associations entre les caractéristiques socio-démographiques des mères et le statut vaccinal de leur enfant.

Résultats : 147 mères qui ont été interrogées. Deux principaux déterminants sociodémographiques de la couverture vaccinale RR2 identifiés. Se sont : le niveau d'instruction des mères (p=0,000) ; et la situation géographique (p=0,011).

Conclusion : nos résultats concordent avec la littérature scientifique nationale et internationale plaçant la distance aux service de vaccination et l'instruction aux rangs des principaux obstacles à l'accès à la vaccination.

Message de Santé Publique : Agir sur la distance au centre de santé et l'instruction, stratégie pour ne laisser aucun enfant sans protection.

Mots clés : Couverture Vaccinale, Rougeole, Rubéole, Deuxième dose.

Abstract

Background: Measles, a vaccine-preventable disease, has been experiencing a resurgence in recent years. Epidemic outbreaks linked to low measles-rubella vaccination coverage, particularly at the second contact (MR2), have been observed in the Sassandra Health District. Our study aimed to analyze the factors associated with this low vaccination coverage.

Methods: A cross-sectional analytical study was conducted in early 2025 among mothers of children aged 15–23 months. Data were analyzed using Epi-Info 7.0, and Fisher's exact test was used to investigate associations between the socio-demographic characteristics of mothers and the vaccination status of their children.

Results: A total of 147 mothers were interviewed. Two main socio-demographic determinants of MR2 vaccination coverage were identified: maternal educational level (p=0.000) and geographical location (p=0.011).

Conclusion: Our findings are consistent with the national and international scientific literature, which identifies distance to vaccination services and maternal education as among the primary barriers to vaccination access.

Public Health Message: Addressing distance to health facilities and maternal education is a key strategy to ensure no child is left without protection.

Keywords: Vaccination Coverage, Measles, Rubella, Second Dose.

Introduction

La Rougeole est une infection virale aiguë de l'enfant, qui sévit particulièrement dans les pays à faible et moyen revenu. C'est une maladie évitable par la vaccination qui connait une résurgence épidémique depuis quelques années. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2022, le monde a connu une résurgence de rougeole avec 9 millions de cas et 13 600 décès (1).

La stratégie majeure de lutte contre cette maladie est la vaccination selon un schéma à deux doses à partir de 9 mois (2).

La Rougeole et la Rubéole circulent souvent dans les mêmes populations. Aussi, pour offrir une protection simultanée contre ces infections virales, réduire le nombre d'injections nécessaires et garantir une immunisation complète, le vaccin contre la rougeole a été combiné avec celui de la rubéole (3).

En Côte d'Ivoire, malgré les progrès enregistrés avec le Programme Élargi de Vaccination (PEV), la couverture vaccinale de la rougeole rubéole au deuxième contact (RR2) reste encore en deçà des 95% d'objectifs programmatiques.

En 2023 et 2024, le District Sanitaire de Sassandra, dans la région du Gboklé a connu une résurgence de la rougeole, avec des flambées épidémiques. Ce district sanitaire enregistrait une couverture à 88% pour le vaccin rougeole rubéole au premier contact (RR1) et 60% pour le RR2 (4). Face à ce constat, notre étude visait à analyser les facteurs socio-démographiques associés à cette faible couverture vaccinale de RR2 dans le district sanitaire de Sassandra.

Méthodes

Une étude transversale analytique a été réalisée dans le district sanitaire de Sassandra du 20 Janvier au 20 Mai 2025. Elle a concerné les mères de nourrissons de 15-23 mois. La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule de Schwartz et estimée à 384 individus. Les participantes ont été sélectionnées de façon aléatoire à 3 degrés. Le premier degré étant les aires sanitaires, le deuxième degré les ménages et le troisième degré les individus.

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire électronique Google Forms, administré par interview face à face aux mères d'enfants sélectionnées.

Les principales variables étudiées étaient les caractéristiques socio-démographiques (niveau d'instruction, distance par rapport au centre de santé, milieu de résidence, religion, rang de l'enfant dans la fratrie) et le statut vaccinal RR2 du nourrisson.

Les données collectées ont été exportées sur Excel, puis analysées avec le logiciel Epi Info 7,0.

Les données descriptives ont été exprimées en fréquences et pourcentages. Une analyse uni variée, à l'aide du test de Fischer au risque 5%, a permis de rechercher les liens entre le « statut vaccinal RR2 de l'enfant » et les caractéristiques socio-démographiques des mères.

Le consentement éclairé des participantes, l'anonymat et la confidentialité des données ont été respectées. Par ailleurs l'autorisation du Directeur du District Sanitaire de Sassandra a été obtenu.

Résultats

Ce sont au total 147 mères d'enfants de 15 à 23 mois qui ont accepté de participer à notre étude, soit un taux de participation de 38 %.

Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques socio-démographiques des mères sont décrites dans le tableau I.

Tableau I : Répartition des caractéristiques socio-démographiques des mères d'enfants de 15 à 23 mois du District Sanitaire de Sassandra en 2025 (N=147)

Caractéristiques	n	%
Niveau d'instruction		
Primaire	85	57,8
Secondaire	**12**	**8,2**
Aucun	50	34,0
Distance d'un centre de santé		
Moins de 5 Km	**107**	**72,8**
[5-15km]	40	27,2
Milieu de Résidence		
Urbain	13	8,8
Rural	**134**	**91,2**
Religion		
Chrétien	84	57,14
Musulman	60	40,82
Animiste	3	2,04
Rang de l'enfant dans la fratrie		
1er	43	29,2
2ème	37	25,2
3ème	51	34,7
4ème	10	6,8
5ème	6	4,1

Plus de 9 mères sur 10 n'étaient pas instruites ou avaient le niveau primaire, et vivaient en milieu rural. Près des 3/4 étaient à moins de 5km d'un centre de santé.

Statut vaccinal de la deuxième dose du vaccin Rubéole-Rougeole (RR2)

Le statut vaccinal des nourrissons est présenté dans la figure 1.

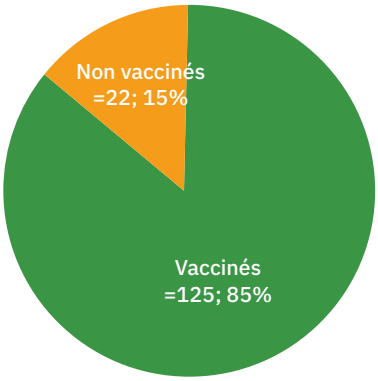


Figure 1 : Répartition des mères des nourrissons de 15 à 23 mois dans le district sanitaire de Sassandra selon leur statut vaccinal RR2 en 2025 (N=147)

La couverture vaccinale RR2 était de 85%.

Facteurs socio-démographiques associés au statut vaccinal RR2

Les associations entre les caractéristiques socio-démographiques des mères et le statut vaccinal RR2 des enfants sont présentées dans la tableau II.

Tableau II : Relations entre les caractéristiques socio-démographiques des mères de nourrissons de 15 à 23 mois du District Sanitaire de Sassandra et le statut vaccinal RR2 des enfants en 2025 (N=147)

Caractéristiques	Vacciné n(%)	Non vacciné n(%)	P value
Niveau d'instruction			***0.000***
Primaire (n=85)	74 (87)	11(13)	
Secondaire (n=12)	10 (83)	2 (17)	
Aucun (n=50)	41 (82)	9 (18)	
Situation Géographique			***0.011***
Moins de 5 Km (n=107)	94(88)	13 (12)	
[5-15km] (n=40)	31 (78)	9 (22)	
Résidence			***0.005***
Urbain (n=13)	11 (85)	2 (5)	
Rural (n=134)	114 (85)	20 (15)	
Religion			***0.155***
Chrétien (n=84)	69 (82)	15 (18)	
Musulman (n=60)	53 (88)	7 (12)	
Animiste (n=3)	3 (100)	0 (0)	
Fratrie			***0.057***
1er (n=43)	40 (74)	3 (6)	
2ème (n=37)	36 (97)	1 (3)	
3ème (n=51)	39 (76)	12 (24)	
4ème (n=10)	9 (90)	1 (10)	
5ème (n=6)	1 (17)	5 (83)	

Le niveau d'instruction des mères, la situation géographique, et la résidence ont un lien statistiquement significatif avec la couverture vaccinale RR2.

Discussion

Les principaux déterminants sociodémographiques de la couverture vaccinale RR2 des nourrissons étaient le niveau d'instruction des mères (la situation géographique

Au sujet du niveau d'instruction, la couverture vaccinale était élevée dans tous les groupes mais meilleure chez les nourrissons des mères ayant le niveau primaire de l'education nationale (p<0,001)comparées aux mères de niveau secondaire et sans instruction.

Akani et Konan en 2025, en Côte d'Ivoire avaient révélé que les enfants dont les mères étaient instruites avaient une meilleure couverture vaccinale. (5).

A propos de la situation géographique, la couverture vaccinale en RR2 des nourrissons dont les mères vivaient à moins de 5 kilomètres d'un établissement sanitaire étaient mieux vaccinés comparée à celle des nourrissons vivant au-delà (p=0,011). Cette situation a été décrite par Coulibaly et Yao en 2019 dans le district sanitaire de Bondoukou en Côte d'Ivoire soulignant l'effet de l'éloignement sur la continuité vaccinale (6).

Conclusion

L'accessibilité géographique aux services de vaccination et le niveau d'instruction des mères étaient les déterminants de la couverture vaccinale en RR2 des nourrissons. Il est donc primordial d'intensifier les stratégies avancées et les vaccinations en poste avancé sans oublier de renforcer la communication et l'éducation pour la santé à l'endroit des mères non instruites. Par ailleurs, il faudrait envisager la mise en place d'un système de traçage actif des nourrissons non vaccinés en collaboration avec les agents de santé communautaire. .

Références

1. Organization, world health and OMS. Meales Fact Sheet. 2023.
2. Progress towards meales elimination-worldwide, 2000-2024, weekly epidemiological record, (48), 2025, 100, 591-604.
3. Savoy ML. Measles, Mumps, and Rubella vaccine. Dans / MSD Manual Consumer Version [internet] disponible sur: https://www.merckmanuals.com/home/infections/immunization/measles-mumps-and-rubella-vaccine
4. District Health Information System 2 (DHIS2). Données de vaccination – Sassandra 2024
5. Akani BC., Konan NG., et al. Facteurs sociodémographiques associés à la vaccination incomplète des enfants de 12 à 59 mois dans six pays de l'Afrique de l'Ouest, Santé Publique, 2015/4. (2) 575-84 doi : 10.3917/spub.154.0575.
6. Coulibaly M'Begnan, Yao Gnissan HA., Déterminant de l'abanndonvaccinal dans le district sanitaire de Bondoukou, Côte d'Ivoire. Revue espace territoires Sociétés et santé (RETSSA), 2019ISSN 2617-3085. https://retssa-ci.com/detail-article/48/3.

05

Fréquence de la carie dentaire chez les personnes détenues au pôle pénitentiaire d'Abidjan d'octobre 2022 à janvier 2023

Prevalence of Dental Caries Among Inmates at the Abidjan Prison Complex from October 2022 to January 2023

Amangoua AAMA[1,2], Meless GD [1,2], Koffi-Pregnon MP[2], Nouaman NM[2], Traoré M[2], Dogba KP[2], Guinan JC[2],

Institut National de Santé Publique-Côte d'Ivoire

Département de développement, croissance, Santé Publique et Odontologie Légale, UFROS/Université FHB

Auteur correspondant : amangouaasse@gmail.com

Résumé

Introduction : Les personnes détenues dans les prisons constituent une population particulièrement à risque de maladies bucco-dentaires, en raison des habitudes d'hygiène bucco-dentaire adoptées par celle-ci. Ces habitudes sont impactées par les caractéristiques et conditions de vie dans ces prisons. Nous avons eu pour objectif, de déterminer la fréquence de la carie dentaire chez les personnes détenues au pôle pénitentiaire d'Abidjan (PPA) d'octobre 2022 à janvier 2023.

Méthodes : L'étude transversale, descriptive a concerné les personnes détenues du PPA en 2023. Les données collectées étaient : les caractéristiques sociodémographiques, les habitudes d'hygiène bucco-dentaire et la présence ou non de lésions carieuses.

Résultats : L'échantillon constitué de 1117 personnes détenues avaient une moyenne d'âge de 33,5 ans (écart-type de 10,06 ans). La majorité des sujets étaient des hommes (97,1%). Seulement 35,5% des sujets se brossaient deux fois par jour, conformément aux recommandations. Environ 71% des personnes avaient au moins une dent cariée.

Conclusion : La fréquence de carie était élevée avec des mauvaises habitudes d'hygiène bucco-dentaire chez les personnes détenues du PPA.

Message clé de santé publique : Mener des campagnes de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire et de dépistage des maladies bucco-dentaires pour l'amélioration de la santé bucco-dentaire en milieu carcéral.

Mots-clés : Carie dentaire, Milieu carcéral, Afrique de l'ouest

Abstract

Introduction : Prisoners are a population at particularly high risk for oral diseases due to their oral hygiene habits. These habits are influenced by the characteristics and living conditions within these prisons. Our aims was to determine the prevalence of dental caries among inmates at the Abidjan Penitentiary Complex (APC) from October 2022 to January 2023.

Methods : This cross-sectional, descriptive study involved inmates at the APC in 2023. The data collected included sociodemographic characteristics, oral hygiene habits, and the presence or absence of carious lesions.

Results : The sample of 1,117 inmates had a mean age of 33.5 years (standard deviation of 10.06 years). The majority of participants were men (97.1%). Only 35.5% of participants brushed their teeth twice a day, in accordance with recommendations. Approximately 71% of individuals had at least one decayed tooth.

Conclusion : The prevalence of dental caries was high, accompanied by poor oral hygiene habits among PPA inmates.

Key Public Health Message : Conduct oral hygiene awareness campaigns and screenings for oral diseases to improve oral health in prison settings.

Keywords : Dental caries, prison setting, West Africa

Introduction

Le milieu carcéral désigne un ensemble de conditions de vie, caractérisé par une privation de liberté. Les personnes qui y sont détenues sont exposées à la promiscuité, la surpopulation, un accès limité aux soins de santé et des habitudes d'hygiène souvent inadéquates (1). Le Pôle Pénitentiaire d'Abidjan (PPA), principale structure carcérale en Côte d'Ivoire présente des conditions de vie semblables à celles observées dans de nombreux pays à faibles ressources (1,2).

Les personnes détenues sont des populations à risque de maladies bucco-dentaire par rapport à la population générale. En effet, des études récentes rapportent des pourcentages de maladies bucco-dentaires élevés, supérieurs à ceux observés dans la population générale (3). Parmi ces maladies fréquentes chez ces personnes, figure la carie dentaire. C'est une maladie multifactorielle avec pour principales causes, une alimentation riche en sucres fermentescibles et des habitudes d'hygiène bucco-dentaire insuffisantes (4). La carie dentaire constitue selon l'OMS, la maladie non transmissible la plus fréquente au monde, touchant plusieurs milliards de personnes. Elle représente un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale(5). Elle altère considérablement la qualité de vie des individus du fait de la douleur et des conséquences qu'elle génère. L'objectif de cette étude était de déterminer la fréquence de la carie dentaire chez les personnes détenues au pôle pénitentiaire d'Abidjan (PPA) d'octobre 2022 à janvier 2023.

Méthodes

L'étude transversale descriptive a été réalisée d'octobre 2022 à janvier 2023 au Pôle Pénitentiaire d'Abidjan (PPA). Anciennement dénommé Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan (MACA), le PPA est situé dans la commune de Yopougon, à l'Ouest de la ville d'Abidjan. La population d'étude était constituée des personnes détenues âgées d'au moins 17 ans, fréquentant le centre médical et qui ont donné leur consentement pour participer à l'étude. Les données collectées à l'aide d'une fiche d'enquête étaient : les caractéristiques sociodémographiques, les habitudes d'hygiène bucco-dentaire et la présence ou non de caries dentaires.

Les données recueillies sur papier ont été saisies avec le logiciel EPI Data. La base de données obtenue a été exportée sur le logiciel Excel puis minutieusement examinée afin de contrôler l'ensemble des données saisies, de vérifier les éventuelles incohérences et corriger les éventuelles erreurs de saisie. L'analyse statistique s'est faite avec le logiciel statistique EPI Info.

Résultats

Au total, 1117 personnes ont été enquêtées. Leurs caractéristiques socio-démographiques sont présentées dans le tableau I.

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques des détenus du PPA d'octobre 2022 à janvier 2023 (N=117)

Variables	Effectif	%
Âge (années)		
<25	233	20,9
[25-35[	423	37,9
[35-45[	305	27,3
≥45	156	13,9
Sexe		
Homme	1085	97,1
Femme	32	2,9

L'âge médian des enquêtés était de 29,5 ans avec des extrêmes de [17- 70]ans. La moyenne d'âge était de 33,5 (+/-10,06) ans.

Les habitudes d'hygiène bucco-dentaire et notamment la fréquence de brossage représentée sur la figure 1.

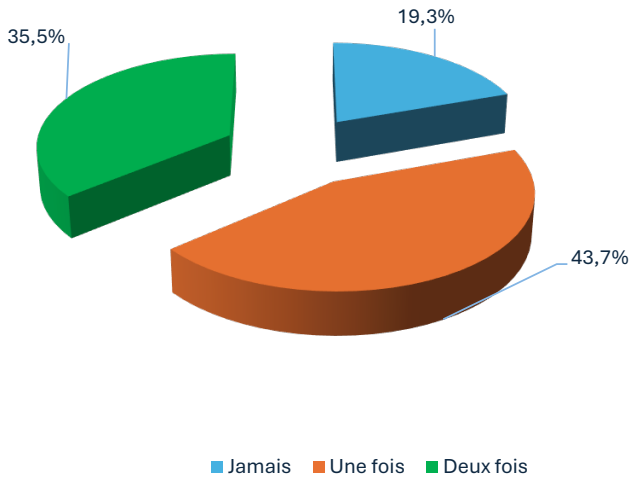


Figure 1 : Fréquence de brossage des personnes détenues au PPA d'octobre 2022 à janvier 2023 (N=1117)

Un peu plus d'un tiers des enquêtés (35,5 %) se brossait les dents deux fois par jour, tandis que plus de 19 % (212/1117 personnes) ne le faisaient jamais.

Le matériel utilisé pour le brossage dentaire est présenté dans la figure 2.

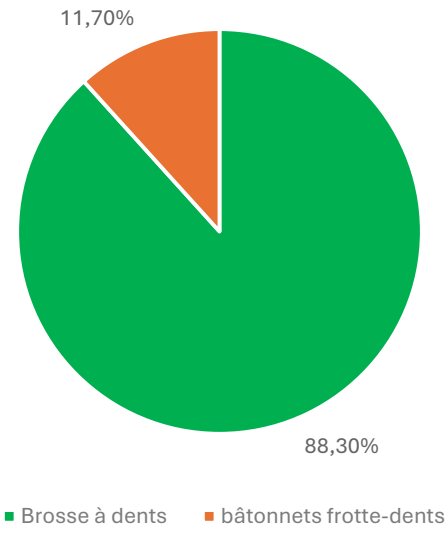


Figure 2 : Répartition des personnes détenues selon le matériel d'hygiène bucco-dentaire utilisé d'octobre 2022 à janvier 2023 (N=1117)

La brosse à dents était le matériel le plus utilisé pour l'hygiène bucco-dentaire (88,3%).

La fréquence de la carie dentaire est présentée dans la figure 3.

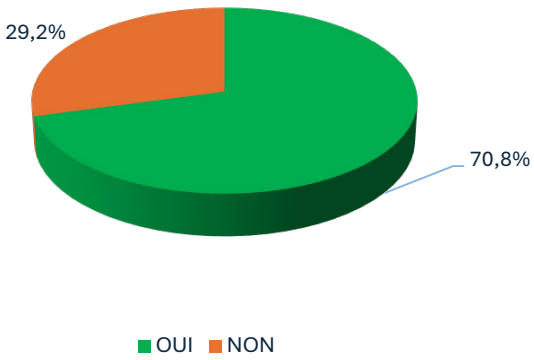


Figure 3 : Répartition des personnes détenues selon la fréquence de la carie dentaire d'octobre 2022 à janvier 2023 (N=1117)

La prévalence de la carie dentaire était de 70,8%

Conclusion

Notre étude, qui avait pour but de déterminer la fréquence de la carie dentaire chez les personnes détenues du PPA a trouvé une fréquence élevée de carie dentaire chez ces personnes. Une étude réalisée à Bamako a rapporté une prévalence de la carie dentaire également élevée de 85,1 % chez les détenus (6). Cette fréquence élevée dans notre étude pourrait s'expliquer par les habitudes d'hygiène bucco-dentaire observées dans cette population. En effet, selon les déclarations des détenus interrogés, 88,3% de l'échantillon avait une brosse à dents. Mais seulement 35,5 % se brossaient les dents deux fois par jour, tandis que plus de 19 % ne le faisaient jamais. Ces fréquences de brossage ne sont pas conformes aux recommandations qui veulent que toute personne se brosse les dents au moins deux fois par jour ; surtout la nuit avant de se coucher, pour garantir une bonne santé bucco-dentaire(7). Ces proportions sont plus élevées que celles rapportées par Coulibaly au Mali, où 18 % des détenus se brossaient deux fois par jour et 8,7 % ne se brossaient jamais les dents(6). Dans notre étude, les détenus ayant déclaré ne jamais se brosser les dents ont expliqué que, compte tenu de la dureté de leurs conditions de détention, ils privilégiaient l'achat de nourriture à celui de produits d'hygiène bucco-dentaire, jugés trop coûteux en milieu carcéral. Alors que de mauvaises habitudes d'hygiène bucco-dentaire, constituent l'une des causes principales de survenue de la carie dentaire(4).

Cette étude présente certaines limites. Le choix du Pôle Pénitentiaire d'Abidjan comme unique site d'enquête peut limiter la généralisation des résultats à l'ensemble des établissements pénitentiaires du pays, en raison de possibles différences de conditions de détention et d'accès aux soins. De plus, le recrutement des participants parmi les détenus fréquentant le centre médical expose à un biais de sélection, susceptible de conduire à une surestimation de la prévalence de la carie dentaire. L'extrapolation des résultats de cette étude doit être interprétée avec prudence. Toutefois, compte tenu du poids démographique du Pôle Pénitentiaire d'Abidjan, qui regroupe une proportion importante de la population carcérale nationale, de la rigueur scientifique lors du recueil et de l'interprétation des données, les résultats apportent une bonne estimation de la carie dentaire et des informations utiles. Cette étude constitut donc une base pour un plaidoyer pour mener des actions de promotion de la santé pour le maintien d'une bonne santé bucco-dentaire en milieu carcéral.

Références

1. Korkosz R, Trzcionka A, Hildebrandt T, et *al.* Oral Findings in Male Prisoners: A Systematic Review. J Clin Med. 17 mars 2024;13(6):1736. doi:10.3390/jcm13061736 PubMed PMID: 38541961; PubMed Central PMCID: PMC10970850.

2. Mehta V, Tripathy S, Shamim MA, et *al.* Oral health status of prisoners in India: A systematic review and meta-analysis. Spec Care Dent Off Publ Am Assoc Hosp Dent Acad Dent Handicap Am Soc Geriatr Dent. sept 2024;44(5):1359-67. doi:10.1111/scd.13010 PubMed PMID: 38693634.

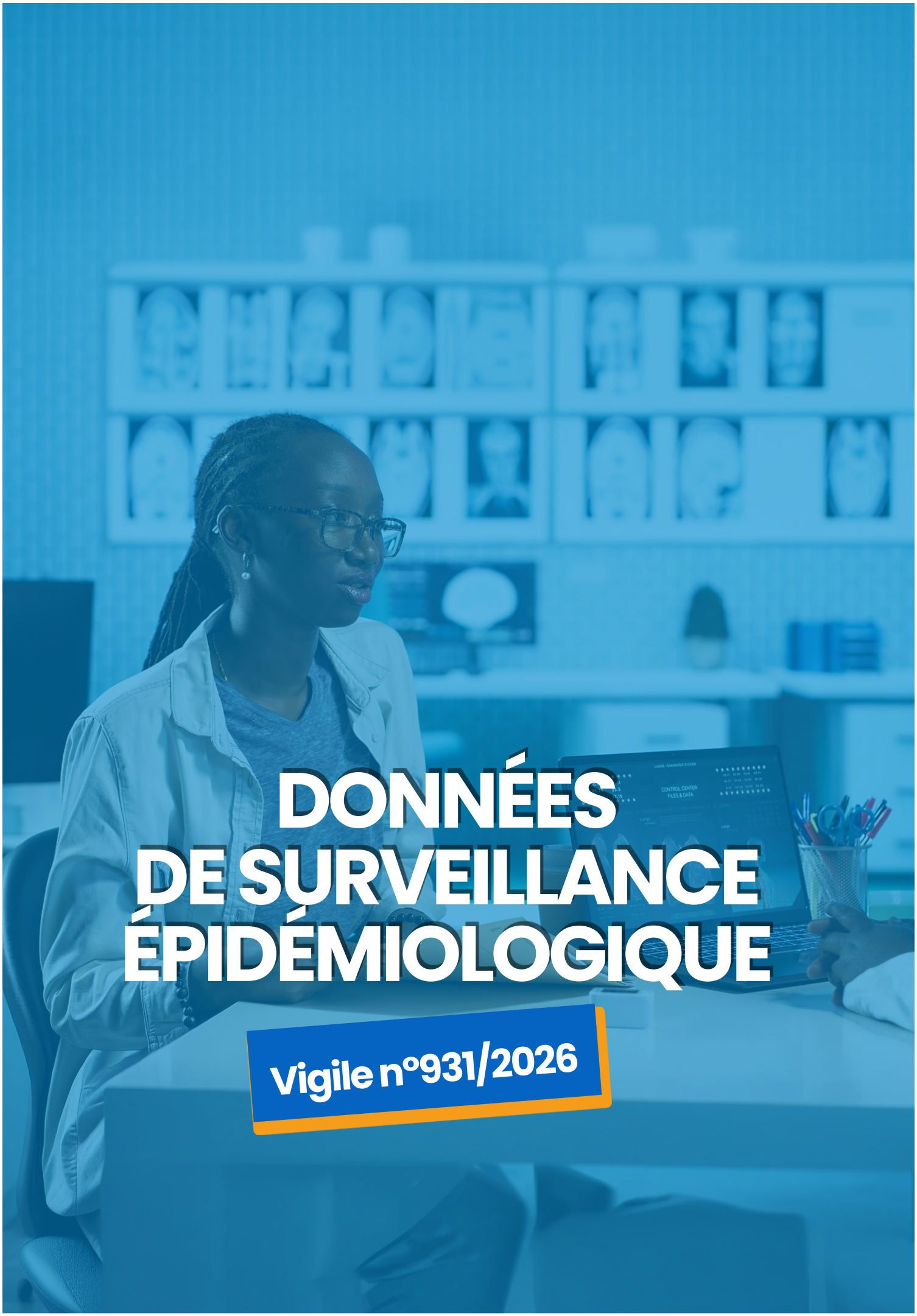
3. Korkosz R, Trzcionka A, Mączkowiak D, et *al.* Dental Treatment Needs of Male Inmates in Relation to the Analysis of Medical Databases. J Clin Med. 1 févr 2024;13(3):858. doi:10.3390/jcm13030858.

4. Keyes PH. Discussion. J Dent Res. janv 1962;41(1):275-8. doi:10.1177/00220345620410012901.

5. Moynihan P. Sugars and Dental Caries: Evidence for Setting a Recommended Threshold for Intake. Adv Nutr. janv 2016 ;7(1):149-56. doi :10.3945/an.115.009365

6. Coulibaly B. Etat buccodentaire des détenus de la maison centrale d'arrêt de Bamako [Thesis] [Internet]. USTTB ; 2022 [cité 20 avr 2026]. Disponible sur: https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5937.

7. Glenny AM, Walsh T, Iwasaki M, Kateeb E, Braga MM, Riley P, et al. Development of Tooth Brushing Recommendations Through Professional Consensus. Int Dent J. juin 2024;74(3):526-35. doi : 10.1016/j.identj.2023.10.018 PubMed PMID: 38052700; PubMed Central PMCID: PMC11123540.



DONNÉES DE SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Vigile n°931/2026

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°931/2026-Semaine 27 (du 29/06/2026 au 05/07/2026)

Promptitude des notifications

Cent neuf (109) districts sanitaires sur **113** ont transmis à temps leurs données au cours de la **semaine 27, s**oit une promptitude de **96,46%.**
Districts ayant notifiés en retard : Toumodi et Bouaké-Sud.
Districts n'ayant pas notifiés : Boundiali et Prikro.

Fièvre Jaune

Tableau I : Répartition hebdomadaire des cas de Fièvre Jaune, semaine 27, année 2026, Côte d'Ivoire.

Sem	Cas Suspects	Cas présumés positifs	Provenance
S27	9	-	Adjamé-Plateau- Attecoubé 1c Arrah 1c Dimbokro 1c Ferkessedougou 1c Kouibly 3c Koun-Fao 1c Port-Bouet-Vridi 1c
S01-S27	**533**	**31**	

Sept (7) districts sanitaires ont notifié au moins un cas suspect de Fièvre jaune au cours de la semaine 27.
De la semaine 1 à la semaine 27, un total de **533 cas suspects** a été notifié dont **31 cas probables** (15 cas IgM+ et 16 cas Indéterminés**)** identifiés par l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI).
Parmi les cas présumés positifs, **24 cas** ont fait l'objet d'analyse complémentaire par le laboratoire sous régional de référence l'Institut Pasteur de Dakar (IPD) qui a permis de confirmer **08 cas PRNT positif de fièvre jaune, 07** autres cas sont en attente et **09 cas négatifs.** Les **08 cas PRNT+** résident dans l**es** districts sanitaires de Port-Bouet-Vridi, Danané, Agboville, Jacqueville, Bouaké-Nord-Est, Soubré, San-Pedro et Anyama.
Des investigations ont été menées autour des 08 cas PRNT positif par les districts affectés. D'autres investigations autour des autres cas sont en cours. La vaccination réactive autour des cas a été faite dans **06 districts sanitaires :** Danané, Jacqueville, Bouaké-Sud, Soubré, San-Pedro et Agboville.

Dengue

Tableau II : Répartition hebdomadaire des cas de Dengue, semaine 27, année 2026, Côte d'Ivoire.

Sem	*TDR Positifs*	*Confirmés PCR*	*Provenance*
S27	**8**	-	Abobo-Ouest 1c ; NS1 Bongouanou 3c Man 1c Sinfra 1c NS1 Yopougon-Est 2c (1IgM, 1NS1)
S01-S27	**263**	**3**	

Cinq (5) districts sanitaires ont notifié au moins un cas de TDR positif à la dengue au cours de la semaine 27 avec 100% de prélèvement. De la semaine 1 à la semaine 27, un total de **263 TDR** à la dengue a été enregistré, dont **trois (3)** cas de dengue 2 confirmés par PCR (IPCI).

Grippe Aviaire

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

TNN

Aucun cas de TNN notifié au cours de la semaine 27.
De la semaine 01 à la semaine 27, quatre (04) cas de TNN ont été notifiés.

Ver de Guinée

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

Méningite

Aucun cas suspect notifié au cours de la semaine 27.
De la semaine 1 à la semaine 27, un total de 66 cas suspects de méningite a été notifié.

Choléra

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

PFA

Tableau III : Répartition hebdomadaire des cas de PFA, semaine 27, année 2026, Côte d'Ivoire.

Sem	*Cas Suspects*	*Cas Confirmés*	*Provenance*
S27	8	0	Akoupé 1c Blolequin 1c Didievi 1c Ferkessedougou 1c Man 1c Soubré 1c Tanda 1c Toumodi 1c
S01-S27	**308**	**0**	

Huit (8) districts sanitaires ont notifié au moins un cas suspect de PFA à la semaine 27. De la semaine 01 à la semaine 27, un total de **308 cas suspects** de PFA a été enregistré.

Décès Maternels

Tableau IV : Répartition hebdomadaire des cas de décès maternels, semaine 27, année 2026, Côte d'Ivoire

Sem	*Cas*	*Provenance*
S27	04	Alepé 1c Bouaké-Nord-Est 1c Korhogo_1 1c Yamoussoukro 1c
S01-S27	**395**	

Grippe

Tableau V : Répartition hebdomadaire des cas de Grippe, semaine 27, année 2026, Côte d'Ivoire.

Sem	Cas Suspects	Cas Confirmés	*Provenance*
S27	32	20	CHU Angré 3c CHU Bouaké 6c FSU Yopougon Attié 3c MACA 15c MAN 5c
S01-S27	**1999**	**89**	

Les 20 cas confirmés au cours de la semaine 27 proviennent du CHU Angré, du CHU de Bouaké, de FSU Yopougon Attié, de la MACA et de MAN.
De la semaine 1 à la semaine 27, un total de 1999 cas suspects a été notifié dont **89 cas confirmés (54 grippes A, 35 grippes B) et 18 Covid** par l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI).

Rougeole

Tableau VI : Répartition hebdomadaire des cas de cas de rougeole, semaine 27, année 2026, Côte d'Ivoire.

Sem	*Cas Suspects*	*Cas Confirmés*	*Provenance*
S27	20	15	Adiaké 1c; vacc Beoumi 4c; 2vaccs Biankouma 1c Bouaké-Sud 3c Kouassi-Kouassikro 3c Man 1c Nassian 2c Port-Bouet-Vridi 1c Sakassou 1c Sinfra 1c Yakassé-Attobrou 1c Yamoussoukro 1c ; vacc
S01-S27	**2565**	**441**	

Sur les 20 cas suspects de rougeole notifiés au cours de la semaine 27 par 12 districts sanitaires, seulement 15% des cas étaient vaccinés. De la semaine 01 à la semaine 27, un total de 2565 cas suspects de rougeole a été enregistré, dont **441 confirmés**.

Rage Humaine

Aucun cas suspect de rage humaine n'a été notifié au cours de la semaine 27. Par ailleurs, **460 personnes** ont utilisé les services des centres antirabiques de l'INHP après des morsures d'animaux.
Au total, de la semaine 01 à la semaine 27, vingt-huit (28) cas suspects décédés ont été notifiés dont 18 ont été confirmés comme rage.

Tableau VII : Répartition des cas d'expositions de rage humaine, semaine 27, année 2026, Côte d'Ivoire.

Sem	Exposition	Provenance
S27	460	Antennes INHP 414 Centre antirabique Treichville 46
S01-S27	**14 469**	

Mpox

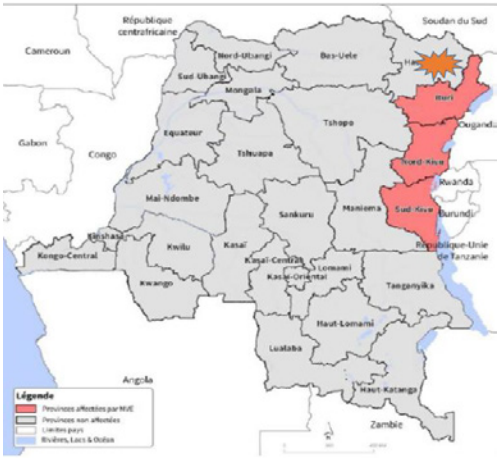
Tableau VIII : Répartition hebdomadaire des cas de la Mpox, semaine 27, année 2026, Côte d'Ivoire.

Sem	Cas Suspects	Cas Confirmés	Provenance
S27	3	0	Sakassou 2c Transua 1c
S01-S27	**184**	**41**	

Deux (2) districts sanitaires ont notifié au moins un cas suspect de Mpox à la Semaine 27. Aucun district en épidémie.
De la semaine 01 à la semaine 27, un total de 184 cas suspects de Mpox a été enregistré, dont 41 confirmés.

INFORMATION EBOLA en RDC

Depuis le 21 juin 2026, l'Ouganda n'a plus enregistré de cas e MVE. Concernant la RDC, la Semaine 27 enregistre 340 cas notifiés et 110 décès.
Au total, depuis le début de l'épidémie, l'épidémie enregistre **1624 cas et 521 décès** dans 3 provinces, pour une létalité de 32,1 %. Le nombre de guéris est de 254 et le taux de suivi des contacts pour les 3 provinces (Ituri, Nord-Kivu et Sud-Kivu) est de 81,6%. Cependant ce taux de suivi varie selon les provinces ; La province de l'Ituri demeure l'épicentre de l'épidémie, concentrant à elle seule près de 91% des cas confirmés parmi les trois provinces touchées.
Deux cas importés, dont un décès, ont été confirmés dans la zone sanitaire de Wamba, dans la province du Haut-Huele, et ce sont des contacts d'un cas confirmé dans l'Ituri.
Le profil épidémique est marqué par **94,2**% des décès survenant dans la communauté, ce qui démontre une transmission active invisible et un effondrement de la détection précoce des cas.



***Source** : SitRep_MVE_RDC_N°52/MVB_05_07_2026.*

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

	Année 2026	*Année 2025*		Cumul 2026	Cumul 2025	Cumul 2025
	Semaine 27	*S01-S52*		S01-S27	S01-S27	S01- S52
	Cas suspects	*Médiane*	*Maximum*			
Fièvre Jaune	**9**	**17**	**32**	**533**	**402**	**869**
Choléra	**0**	**13**	**105**	**0**	**241**	**556**
Rougeole	**20**	**62**	**155**	**2565**	**2440**	**3664**
Méningite	**0**	**2**	**9**	**66**	**59**	**97**
PFA	**8**	**16**	**31**	**308**	**355**	**736**
TNN	**0**	**1**	**2**	**5**	**7**	**13**
Grippe	**32**	**79**	**142**	**1999**	**2030**	**4196**
Décès Maternel	**4***	**14**	**22**	**395**	**426**	**745**

* Cas de décès


Bon à
Savoir

Paroles d'expert



Interview avec

Dr

Dr TRAORE Samuel

Maître de Conférences Agrégé de Psychiatrie d'Adultes.

1. Pouvez-vous vous présenter ?

Dr TRAORE Samuel, Maître de Conférences Agrégé de Psychiatrie d'Adultes. Je suis Médecin-Psychiatre et Addictologue, actuellement chef du Service d'Addictologie et d'Hygiène Mentale de l'Institut National de Santé Publique.

2. Pouvez-vous définir la dépression du post-partum aux lecteurs du Bulletin de Santé Publique-Côte d'Ivoire ?

Déjà merci à BSP pour l'opportunité et félicitations pour son rayonnement croissant. Il s'agit d'une forme de dépression qui survient chez certaines femmes après l'accouchement, généralement entre 03 et 12 semaines, avec un pic de survenue à 06 semaines. Le risque majeur de cette maladie est que dans sa forme grave la mère peut tuer son bébé. On parle d'infanticide. Elle peut aussi se suicider.

3. Est-elle une réalité en Côte d'Ivoire aujourd'hui ?

Oui, c'est une maladie ubiquitaire, c'est-à-dire qu'on la retrouve partout dans le monde et dans toutes les cultures, donc aussi en Côte d'Ivoire. Au Service d'Addictologie et d'Hygiène Mentale par exemple, sur les 10.000 patients reçus chaque année nous avons un peu plus de 100 troubles psychiques du post-partum au sein desquels on retrouve les dépressions du post-partum. Les symptômes étant mal interprétés par les familles , la demande de soin ne suit pas toujours ; ce qui fait supposer que la fréquence de ce trouble est sous-estimée.

4. Quels sont les signes et symptômes les plus courants chez les femmes qui en souffrent ? Quel est le délai d'apparition de ces symptômes ?

Il se situe généralement entre 03 à 06 semaines après l'accouchement. Dans certains cas par contre, les symptômes sont le prolongement d'un *baby-blues*. Rappelons que le *baby-blues*, lui n'est pas une maladie. C'est un état passager entre le 2eme et le 5eme jour après l'accouchement, où la femme est anxieuse, nerveuse, a un mauvais sommeil et a peur de ne pas être capable de bien s'occuper de son bébé.

La dépression du post-partum a pour symptômes.

- l'humeur triste (que la maman va cacher). La mère éprouve un sentiment de découragement et d'incapacité à s'occuper de son bébé ; une forte culpabilité pour au moins deux raisons : soit qu'elle ne se sent digne d'être mère alors qu'elle est dans une culture exigeante quant aux compétences maternelles ou bien parce qu'elle juge que sa tristesse pourrait gâcher la joie de son entourage face à la naissance d'un bébé (évènement heureux);
- elle éprouve une baisse de sa vitalité mentale et physique ;
- elle a des crises de larmes faciles et est plus nerveuse ;
- la nouvelle maman éprouve une crainte de faire du mal à son enfant et évite de ce fait tout contact avec lui ;
- elle ressent des maux de tête, une fatigue dont elle a du mal à récupérer et une insomnie qui peut être masquée par le maternage d'un bébé qui ne fait pas encore ses nuits ;
- on retrouve aussi un trouble précoce de la relation mère-enfant du fait du rejet de l'enfant ou du fait qu'elle s'occupe de son enfant sans affection. L'entourage qui ne sait pas que ce comportement est le symptôme d'une maladie aura tendance à la traiter de mauvaise mère. Cette perturbation de la relation mère-enfant peut être à l'origine d'un retard du développement du bébé, des maux de ventre, des problèmes de peau tels que les eczémas.
- Enfin, dans les formes graves la maman peut présenter un délire qui porte sur son enfant. C'est généralement un délire de négation de filiation (elle dira par exemple ce n'est pas son enfant, qu'il aurait été échangé). Dans ce cas le risque d'infanticide est plus important comme évoqué plus haut.

5. Y-a-t-il une prédisposition génétique/familiale à la dépression du post-partum ?

On parle plutôt d'héritabilité c'est-à-dire une vulnérabilité génétique qui peut exister dans certaines familles. Chez ces femmes déjà vulnérables, les changements hormonaux qui suivent l'accouchement, facilitent l'entrée dans la dépression du post-partum. Mais, ni la vulnérabilité, ni les changements hormonaux ne suffisent à eux seuls pour expliquer la survenue de la dépression du post-partum. D'autres facteurs sont souvent à prendre en compte.

6. Quels sont les facteurs de risque spécifiques au contexte ivoirien (socioculturels, économiques, médicaux) ? Y-a-t-il des risques de récidive ?

Sans prétendre être exhaustif on peut citer plusieurs facteurs de risque dans différents registres.

Sur le plan médical avoir des antécédents personnels ou familiaux de dépression est un facteur de risque.

Au niveau psychosocial et culturel, être une mère idéale pèse toujours sur les femmes. On note aussi une baisse de l'aide au maternage. Aujourd'hui il y a de moins en moins de proches qui viennent aider les nouvelles mamans à s'occuper de leur bébé, alors que c'est une présence pédagogique et soutenante. Il y a aussi le manque ou l'insuffisance de soutien conjugal durant la grossesse et après l'accouchement.

Au niveau du déroulement de la grossesse et de l'accouchement, le stress, le deuil d'un précédent bébé, l'accouchement prématuré, les malformations, les difficultés avec le bébé (pleurs excessifs, problèmes de sommeil) et le fait de ne pas pouvoir l'allaiter.

Au niveau économique les problèmes financiers sont à prendre en compte.

Oui, il existe des risques de récidives. Dans certains cas il y a un seul épisode heureusement. Dans d'autres cas malheureusement à chaque grossesse il y a une récidive. Dans certains autres, la 1ère dépression du post-partum est comme une porte d'entrée dans la maladie mentale chronique. On dira par exemple de telles femmes que « depuis son accouchement, elle ne s'est plus retrouvée mentalement ».

7. Comment les femmes concernées peuvent-elles être accompagnées, et quels dispositifs existent actuellement en Côte d'Ivoire ?

La mère doit être amenée par ses proches à consulter un médecin pour poser le diagnostic, mettre un traitement antidépresseur, organiser un soutien psychologique, motiver une plus grande implication des aidants/conjoint dans le maternage et favoriser le rétablissement rapide de la relation mère-enfant. Mais dans les 1ers moments, l'arrêt de l'allaitement est conseillé. Pour améliorer les compétences des parents à s'occuper du bébé, on fera de la guidance parentale.

Cet accompagnement multidisciplinaire fait intervenir le psychiatre, psychologue, le pédiatre, le médecin généraliste et la sage-femme. Une hospitalisation peut être nécessaire en psychiatrie lorsque le risque suicidaire est élevé. Les centres de santé, les services de santé mère-enfant et les services de psychiatres sont les dispositifs sur lesquels reposent cet accompagnement en Côte d'Ivoire.

8. Que recommandez-vous aux familles, aux conjoints et aux communautés pour prévenir et soutenir efficacement une femme atteinte de dépression du post-partum ?

Déjà il faut saluer la décision de prolongement de la durée du congé de maternité en Côte d'Ivoire. Certaines pratiques traditionnelles permettaient de garantir une bonne santé maternelle périnatale. C'était des mesures « psycho-prophylactiques » très structurées. Il faut pouvoir les adapter à notre époque. Cette aide au maternage incluait par exemple :

- **le retour de la nouvelle accouchée en famille** qui offre une récupération psychologique est de meilleure qualité
- **le repos post-partum de la mère :** dans certaines cultures, la nouvelle mère bénéficiait d'une période de repos de 01 à 03 mois dans une pièce spéciale, où elle est entièrement prise en charge par sa famille et déchargée de toute tâche ménagère. Elle fait des bains de vapeur, est habillée, massée avec des huiles naturelles, nourrit par des plats spécifiques considérés comme thérapeutiques et symboliques.
- **« le stage maternel » :** durant le repos post-partum, des grand-mères prodiguaient des soins spécifiques au nouveau-né, des massages et des bains, tout en initiant la mère aux pratiques adéquates.
- **L'allaitement maternel :** il crée un lien affectif fort entre la mère et l'enfant, une confiance en soi chez la mère et une réduction des symptômes de dépression**.**

Ce que recommande la médecine moderne pendant la grossesse et après l'accouchement pour éviter la dépression du post-partum c'est :

- maintenir des liens sociaux et ne pas s'enfermer chez soi ;
- se reposer autant que possible et faire des siestes lorsque le bébé dort ;
- avoir une alimentation équilibrée et éviter les substances telles que la caféine, l'alcool et la nicotine ;
- se relaxer (massage, respiration profonde pour réduire le stress, s'accorder des moments de détente et pratiquer des activités plaisantes) ;
- être attentif aux signes de *baby blues* et ne pas hésiter à consulter si les symptômes persistent au-delà de 05 à 07 jours ;
- assurer une aide à la mère dans les soins du bébé surtout dans les 03 premiers mois ;
- préférer l'allaitement maternel.

Pour soutenir efficacement une femme qui souffre de dépression du post-partum il faut entre autres :

- faire consulter un professionnel de santé à la mère souffrante
- augmenter l'aide de l'entourage dans les soins de l'enfant
- surveiller la relation mère-enfant et rechercher idées suicidaires
- entourer la mère de suffisamment d'affection

Institution à la Une

Plate-forme de Recherche Internationale en Santé Mondiale-Côte d'Ivoire (Programme de Recherche en santé [PAC-CI]





Quelles sont les populations cibles de vos activités ?

PAC-CI/PRISME-CI concentre ses interventions sur :

- Les personnes vivant avec le VIH (estimées à 407 000 en Côte d'Ivoire) ;
- Les populations clés, les adolescents et jeunes adultes particulièrement vulnérables ;
- Les femmes enceintes et les enfants dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH de la mère-enfant ;
- Les patients atteints de tuberculose ;
- Les patients atteints d'hépatites virales ;
- Les populations exposées aux maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes.

Quels problèmes de santé sont habituellement identifiés ?

- L'infection à VIH : en 2024, 407 000 personnes vivaient avec le VIH et 8209 nouvelles infections ont été estimées. Malgré les progrès significatifs réalisés en matière d'accès au dépistage et au traitement antirétroviral, des disparités persistent selon l'âge, le sexe et la situation géographique, notamment au sein des populations clés et des jeunes femmes.
- La tuberculose, en particulier dans ses formes associées au VIH, continue de représenter un défi important en termes de morbidité et de mortalité.
- Quant aux hépatites virales, elles représentent une urgence de santé publique majeure, touchant une part significative de la population avec des conséquences graves telles que la cirrhose et le cancer primitif du foie. On estime qu'environ 8 % à 12 % de la population est porteuse du virus, soit plus de 3,6 millions de personnes. Certaines sources du Programme National de Lutte contre les Hépatites Virales (PNLHV) évoquent une prévalence de 6 %. 1 à 3 % de la population ivoirienne est porteuse de l'hépatite C, représentant près de 800 000 personnes.
- Par ailleurs, le pays demeure exposé aux maladies infectieuses émergentes et ré émergentes, telles que la dengue, ainsi qu'aux risques épidémiques liés à Ebola ou à la variole du singe (MPOX), dans un contexte régional marqué par une forte mobilité des populations.
- La santé maternelle et infantile constitue également une priorité, la mortalité maternelle et néonatale restant élevée en Afrique subsaharienne malgré les efforts de renforcement des systèmes de santé.
- Enfin, la transition épidémiologique en cours se traduit par une augmentation des maladies non transmissibles, notamment cardiovasculaires, dans un contexte de vieillissement progressif des personnes vivant avec le VIH. Cette évolution s'inscrit dans un environnement où les déterminants sociaux et environnementaux de la santé influencent de manière significative les trajectoires de santé.

Quels sont les objectifs poursuivis ?

La plateforme poursuit cinq objectifs stratégiques :

- Améliorer l'accès précoce au diagnostic et au traitement, afin de réduire la morbidité, la mortalité et la transmission des maladies prioritaires ;
- Renforcer la prévention combinée, notamment à travers la prophylaxie pré exposition (PrEP), la vaccination contre le papilloma virus (HPV) et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et du Virus de l'Hépatite B (VHB) ;
- Développer et évaluer des stratégies innovantes en zones décentralisées, pour améliorer l'équité et l'efficacité des interventions en santé dans un contexte « One Health » ;

- Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile, par des approches intégrées et contextualisées ;
- Produire des données scientifiques robustes, destinées à orienter les politiques et les recommandations nationales et internationales.

Quelles étaient les activités et approches utilisées ? :

Les actions menées en 2024 par PAC-CI/PRISME-CI reposaient sur une articulation étroite entre recherche clinique et opérationnelle, renforcement des capacités des communautés et partenariats institutionnels structurants.

- **Recherche clinique et opérationnelle**

40 projets actifs ont été en 2024, dont 27 qui regroupaient plusieurs pays. Ces travaux sont soutenus par des financements internationaux, dont 21 projets par l'Agence Nationale de Recherche sur le SIDA, les Hépatites Virales et les Maladies Infectieuses Émergentes (ANRS-MIE), 6 projets par le National Institute of Health (NIH) et 4 par l'European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP).

- **Renforcement communautaire**

Le projet PROXISANTE qui cible les Agents de Santé Communautaire (ASC) a renforcé les compétences des ASC en zones rurales afin d'améliorer l'accès aux soins de proximité et l'acceptabilité des interventions.

- **Formation et développement des compétences**

Elle se fait à travers la formation avec 6 soutenances de Master en 2024 et 20 doctorats en cours. Parallèlement, des actions ciblées de renforcement des ressources humaines contribuent à consolider la qualité et la performance des équipes.

- **Collaboration institutionnelle**

Une convention cadre a été signée en 2023 entre, pour la partie ivoirienne, le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, le Ministère des Finances et du Budget et côté Français, l'ANRS-MIE, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et l'Université de Bordeaux.

Quels résultats tangibles ont été enregistrés ?

- La production scientifique s'est traduite en 2024, par 55 publications dans des revues à comité de lecture. Parallèlement, 40 projets de recherche actifs, couvrant le VIH, la tuberculose, les cancers et les maladies émergentes, les hépatites virales, ont permis de générer des données.
- Les travaux conduits par PAC-CI/PRISME-CI ont contribué à l'élaboration ou à l'évolution de recommandations de l'OMS, notamment à travers les essais Temprano (évaluation du traitement antirétroviral précoce), Ditrame (prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant) et Cotrimo-CI (prévention des affections opportunistes par le Cotrimoxazole chez les personnes infectées par le VIH).
- Sur le plan communautaire, le modèle PROXISANTE a démontré une forte acceptabilité d'interventions en santé en zones rurales. Ce modèle sera reproduit en zones décentralisées, sur la question des hépatites virales et des maladies diarrhéiques chez les enfants.

Quels éléments ont facilité la réussite ? :

Les performances et la pérennité des actions conduites par PAC-CI/PRISME-CI reposent sur plusieurs leviers :

- Tout d'abord, la plateforme d'ingénierie scientifique dénommée Méthodologie et Évaluation pour la Recherche clinique et Epidémiologique sur le VIH en Afrique (MEREVA) a permis de concevoir, de coordonner et de gérer de façon rigoureuse des projets de recherche dans plusieurs pays et plusieurs sites en même temps, avec des procédures parfois complexes, nécessitant une expertise avérée comme la nôtre.

Quels éléments ont facilité la réussite ? :

Les performances et la pérennité des actions conduites par PAC-CI/PRISME-CI reposent sur plusieurs leviers :

- Tout d'abord, la plateforme d'ingénierie scientifique dénommée Méthodologie et Évaluation pour la Recherche clinique et Epidémiologique sur le VIH en Afrique (MEREVA) a permis de concevoir, de coordonner et de gérer de façon rigoureuse des projets de recherche dans plusieurs pays et plusieurs sites en même temps, avec des procédures parfois complexes, nécessitant une expertise avérée comme la nôtre.

- Ensuite, la gouvernance conjointe garantit un pilotage fondé sur la co-responsabilité institutionnelle et l'alignement avec les priorités nationales et internationales de santé publique.
- La forte intégration communautaire des interventions, notamment en zones décentralisées, favorise l'acceptabilité, l'appropriation locale et la durabilité des actions mises en œuvre. Par ailleurs, la diversification des sources de financement et des partenariats assure une stabilité relative des activités, renforce l'indépendance scientifique et soutient une programmation pluriannuelle cohérente.
- Enfin, l'expertise reconnue au niveau international du partenariat, illustrée par sa participation à des consortiums et groupes d'experts, confère à ses travaux une visibilité et une crédibilité qui facilitent leur traduction en politiques publiques et recommandations stratégiques.

Quelles avaient été les contraintes éventuelles ?

En 2024, PAC-CI/PRISME-CI a évolué dans un environnement exigeant caractérisé par :

- La complexité des procédures réglementaires et éthiques des projets multicentriques ;
- La dépendance aux financements compétitifs internationaux ;
- Des besoins croissants en ressources humaines qualifiées ;
- La nécessité d'une réactivité accrue face aux menaces épidémiques émergentes.

Pour y répondre, la plateforme a diversifié ses partenariats et ses financements renforcé progressivement les compétences internes, et digitalisé ses outils de gestion.

Quels ont été les changements observés ?

- Au niveau national, la recherche en santé s'est progressivement institutionnalisée, contribuant à l'autonomisation scientifique et à la consolidation d'un écosystème de recherche compétitif en Afrique de l'Ouest.
- Dans les zones décentralisées, l'intégration de dispositifs innovants a favorisé une meilleure continuité des services de santé et une interaction renforcée entre structures sanitaires et communautés.
- Sur le plan stratégique, les données générées localement aident à la prise de décision tant sur le plan national qu'international. On peut citer la contribution à l'adoption de nouvelles approches thérapeutiques et préventives aujourd'hui intégrées dans la prise en charge des maladies cibles.
- Enfin, le renforcement des compétences des chercheurs et de professionnels de santé garantit la pérennité des acquis scientifiques et leur adaptation continue aux enjeux émergents de santé publique.

Quelles sont les leçons apprises ?

- L'expérience acquise au cours de la mise en œuvre des activités confirme que les approches co-construites avec les acteurs locaux favorisent l'appropriation, la confiance et la continuité des soins.
- Elle souligne également que le développement de la capacité à concevoir, coordonner et gérer des projets complexes au niveau national renforce l'autonomie, la réactivité et la crédibilité des initiatives de recherche.
- Enfin, les interventions en zones rurales et décentralisées mettent en évidence l'importance de stratégies contextualisées, adaptées aux réalités locales, aux ressources disponibles et aux déterminants socioculturels, condition essentielle pour garantir l'équité et l'impact des actions entreprises.

Perspectives

Les orientations stratégiques à court et moyen terme s'inscrivent dans une dynamique d'expansion territoriale, de consolidation scientifique et d'alignement renforcé avec les priorités nationales de santé.

L'implantation d'un bureau régional à Bouaké permettra d'intensifier les activités en milieu décentralisé et de renforcer l'équité territoriale en matière d'innovation en santé.

Des études sur l'hépatite B et les maladies diarrhéiques en zones décentralisées sont planifiées. Il s'agit des projets :

- HIPOCAMP sur l'évaluation de stratégies de prévention de la transmission du virus de l'hépatite B de la mère à l'enfant,
- SIMBADE sur évaluation de simplification des critères de mise en route du traitement antiviral B en zones décentralisées et défavorisées)
- et PROROTA sur l'évaluation de probiotiques et de vaccination contre les maladies diarrhéiques chez l'enfant.

Ces projets permettront d'accompagner les autorités sanitaires dans l'opérationnalisation des stratégies nationales de prévention, de prise en charge du VHB ainsi que des maladies diarrhéiques.

Par ailleurs, le développement de cohortes dédiées au vieillissement des personnes vivant avec le VIH répond à l'évolution épidémiologique observée et vise à anticiper les besoins futurs du système de santé en matière de comorbidités et de prise en charge intégrée.

Enfin, le renforcement et la formalisation des partenariats avec les programmes nationaux de santé visent à consolider l'articulation entre production scientifique et politiques publiques, afin d'assurer une traduction rapide et cohérente des résultats de recherche en stratégies opérationnelles à l'échelle nationale.

Message de santé publique :

La recherche sauve des vies lorsqu'elle est connectée aux réalités locales. Soutenir et participer aux activités de PAC-CI/PRISME-CI, c'est investir dans des solutions adaptées, durables et scientifiquement validées pour la santé des populations ivoiriennes et africaines.

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 U.S. 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