



HAL
open science

L'Afrique contre les épidémies : Principales considérations en matière de préparation et de riposte aux épidémies en Côte d'Ivoire

Firmin Kra, Megan Schmidt-Sane

► To cite this version:

Firmin Kra, Megan Schmidt-Sane. L'Afrique contre les épidémies : Principales considérations en matière de préparation et de riposte aux épidémies en Côte d'Ivoire. [Rapport Technique] Institute of Development Studies. 2021. hal-03691264

HAL Id: hal-03691264

<https://hal.science/hal-03691264v1>

Submitted on 9 Jun 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'AFRIQUE CONTRE LES EPIDEMIES : PRINCIPALES CONSIDERATIONS EN MATIERE DE PREPARATION ET DE RIPOSTE AUX EPIDEMIES EN COTE

Firmin Kra et Megan Schmidt-Sane

SYNTHESE

La Côte d'Ivoire a connu une crise militaro-politique pendant près d'une décennie (de 2002 à 2011). Cette expérience a été déterminante dans la dégradation de la capacité de l'État à gérer son système de santé. La Côte d'Ivoire est confrontée à un double fardeau : les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles. Comme l'a indiqué le Ministère de la santé, plusieurs facteurs ont limité la préparation à l'épidémie, notamment la faible couverture des infrastructures, la vétusté et le sous-équipement des installations, la pénurie de personnel de santé et sa répartition géographique inégale, l'accès insuffisant et inégal aux soins de santé pour les populations des zones rurales, la faible couverture vaccinale et l'accès limité aux médicaments. Malgré ces défis dans le secteur de la santé, le pays a connu une croissance économique dans les années qui ont suivi la crise et il est donc possible de renforcer le soutien aux systèmes de santé.

Un résumé des points et implications clés est présenté ci-dessous.

- Malgré une stabilité politique relative et une croissance économique vigoureuse depuis la fin du conflit, le redressement du système de santé a pris du retard.
- Le manque d'intérêt politique et les financements insuffisants contribuent à la faiblesse du système de santé, et notamment à l'insuffisance des infrastructures, au manque de personnel qualifié et motivé, à la mauvaise qualité des services, aux pénuries de fournitures, de médicaments et d'équipements, à la concentration des ressources à Abidjan, à l'accès limité aux établissements de santé dans les zones rurales et au sous-financement des soins primaires. Le système national de santé

accorde la primauté à la médecine curative. La prévention reste essentiellement limitée à la chimioprophylaxie. Cela signifie que la dimension biomédicale reste privilégiée au détriment des aspects sociologiques, lorsqu'il s'agit de rechercher des solutions. Par conséquent, le système national de santé publique est très médicalisé.

- Le financement public du secteur de la santé doit être amélioré, sans quoi il ne sera pas possible de renforcer durablement l'infrastructure de santé et les ressources humaines de ce secteur.
- La planification et les politiques à long terme doivent tenir compte des dimensions sociales et des facteurs de maladie.
- Les approches thérapeutiques ne doivent pas négliger de se concentrer sur la prévention en santé publique.
- Le secteur privé de la santé travaille en parallèle avec le secteur de la santé publique. Cela complique la systématisation des collaborations entre les prestataires allopathiques et la coordination entre la pratique de la médecine allopathique et de la médecine alternative.
 - Tirer parti des mécanismes informels de coordination existants pour renforcer la coopération entre le secteur public et le secteur privé.
 - Les praticiens de la médecine alternative doivent également être associés à tout effort de coordination.
- Les crises militaires et sociopolitiques ivoiriennes ont entraîné la destruction de plusieurs bases de données historiques. Le manque de mémoire institutionnelle, qui se traduit par un problème d'archivage des données, entraîne un manque de traçabilité de certaines réglementations. On peut citer à ce titre les décrets et arrêtés relatifs au fonctionnement et à l'organisation des structures de santé, tant au niveau central qu'au niveau décentralisé. On dispose également d'un nombre restreint de données sur les populations vulnérables, ainsi que dans les zones dépourvues d'infrastructures pour en faciliter suffisamment l'accès. Ce problème de manque de données est un obstacle au développement de la riposte épidémique en Côte d'Ivoire. Les données disparates ou manquantes limiteront les activités de préparation et de riposte aux épidémies. Les données de surveillance de base peuvent être indisponibles dans les zones rurales.
 - À l'inverse, il serait possible de tirer parti des agents de santé communautaires et de l'infrastructure actuelle des villages pour développer des mécanismes de compte rendu à partir de la base en utilisant des solutions à faible technologie telles que les SMS.

- Les systèmes d'orientation et de compte rendu doivent être renforcés, à commencer au sein des villages.
- La série de crises que le pays a traversées a profondément dégradé les liens sociaux et la confiance dans les autorités politiques.
 - Afin de renforcer la confiance, la coordination des soins de santé doit être diffusée à l'échelle des districts et des collectivités locales. La prestation de services de santé peut ensuite être adaptée aux coutumes et besoins locaux. En outre, le personnel de santé et les agents de santé bénévoles doivent être recrutés localement dans la mesure du possible, afin de renforcer l'appropriation locale des soins de santé.
- Le manque d'accès aux établissements de santé publics dans les zones rurales implique que peu de personnes y cherchent des soins et que bon nombre d'entre elles se tournent vers des prestataires alternatifs. L'inégalité en matière de santé affecte doublement les soins : elle limite l'accès des populations pauvres et vulnérables, ce qui influe sur leur perception du secteur de la santé, et nuit également à la confiance dans le système de santé.
 - Dans les zones rurales, les infrastructures de santé publique financées par l'État doivent être améliorées et les capacités du personnel de santé renforcées.
- Les communautés sont rarement impliquées dans le secteur de la santé ou dans la riposte aux épidémies. La communication entre les autorités et la population au sujet d'une maladie ou d'une épidémie est problématique et ce manque de communication conduit souvent à des manifestations populaires fondées sur des rumeurs.
 - Développer des approches de communication inclusives pour favoriser le soutien de la population.
 - Œuvrer au diagnostic des logiques sociales, économiques, culturelles et politiques qui conduisent à une mauvaise interprétation et à une mauvaise information dans le contexte épidémique.
- Si l'infrastructure de santé constitue un défi majeur, les services de santé doivent également être attentifs aux vulnérabilités, aux croyances en matière de santé et aux logiques culturelles locales. L'adaptation insuffisante des offres de soins aux réalités des malades conduit à des pratiques de dissimulation ou de migration des personnes affectées.
 - Les principaux groupes vulnérables tels que les populations urbaines démunies, les femmes enceintes et les enfants, ainsi que les populations très mobiles auraient besoin de protections sociales supplémentaires en période d'épidémie.

- Le modèle des agents de santé communautaires peut être adapté ou étendu pour renforcer les liens entre les communautés et le système de santé, et ainsi rétablir la confiance.
- Les prestataires alternatifs de soins de santé doivent être engagés dans la surveillance, la communication sur les risques, la prestation de traitements et l'orientation vers des services biomédicaux.
- Il est nécessaire de procéder à un examen social systématique des étymologies et des interprétations locales des maladies pour faciliter la compréhension interculturelle dans les cliniques et adapter la communication sur les risques à des populations spécifiques.
- Les précédents défis liés aux maladies infectieuses comme la maladie à virus Ebola (MVE), le paludisme et le VIH/sida ont permis des enseignements importants pour la préparation et la riposte aux futures épidémies.
 - La riposte à l'épidémie de maladie à virus Ebola qui a touché l'Afrique de l'Ouest de 2014 à 2016 comprenait une formation et une collaboration intersectorielles au niveau local. Cela a contribué à décentraliser la prise de décisions et la gestion, en transférant le pouvoir vers les régions et les districts et en ramenant la prise de décisions importantes en matière de santé plus près du niveau communautaire. Ce modèle doit être soutenu et étendu à l'ensemble du pays.
 - Les efforts de lutte contre le paludisme ont mis en évidence le fardeau du coût des soins de santé dans un pays au faible financement public du secteur de la santé. Les traitements devraient au contraire être gratuits et d'excellente qualité, autant que faire se peut. Quant à la couverture maladie universelle (CMU) et aux soins de santé primaires, ils doivent être renforcés à long terme.

TABLE DES MATIERES

Synthèse.....	1
Table des matières.....	5
Introduction	6
Système de santé.....	7
Charge de morbidité.....	8
Le système de santé publique	9
Le secteur privé de la santé.....	12
Ressources humaines pour la santé	14
Recherche de soins et interprétations locales des maladies.....	16
Épidémies de maladies infectieuses, riposte et préparation.....	19
Charge de morbidité.....	21
Risque de maladie et vulnérabilité.....	22
Populations vulnérables	23
Riposte épidémique et gouvernance	25
Études de cas de préparation et de riposte aux épidémies.....	28
Communication et transport.....	32
Gouvernance et principaux acteurs.....	33
Expériences et ripostes communautaires des acteurs sociaux locaux.....	37
Principales implications pour la riposte aux épidémies	40
Résumé des principaux problèmes.....	40
Principaux acteurs.....	51
Institutions de sciences sociales.....	51
Organisations engagées dans la riposte aux épidémies en Côte d'Ivoire	53
Remerciements.....	55
Annexe.....	57
Légende des principales figures.....	57
Vue d'ensemble du contexte géographique, politique et économique	58
Références	62

INTRODUCTION

Le contexte de crise et d'instabilité militaires et sociopolitiques qu'a connu la Côte d'Ivoire récemment (de 2002 à 2011) a entraîné une dégradation des capacités de l'État et des systèmes de santé. À partir de 2011, la Côte d'Ivoire a enregistré une croissance économique vigoureuse et ses dirigeants ont tenté de consolider la paix dans le pays. Malgré ces progrès, la coordination, le financement et la qualité du système de santé du pays doivent être renforcés de toute urgence. Les résultats sanitaires du pays sont parmi les plus mauvais de la région et du monde¹. Malgré l'ampleur croissante du fardeau des maladies non transmissibles (MNT), les maladies transmissibles demeurent la principale cause d'invalidité et de mortalité en Côte d'Ivoire. Le système de santé ivoirien est mal équipé pour prévenir et repérer les maladies non transmissibles. Par conséquent, le nombre de décès évitables est élevé et les maladies non transmissibles sont un sujet de préoccupation majeur

Cette note d'information technique s'appuie sur un examen de la documentation universitaire et de la documentation grise, ainsi que sur les contributions de spécialistes en sciences sociales et d'experts en santé publique du Niger. Cette note d'information technique est organisée comme suit : i) contexte et aperçu du système de santé national ; ii) principaux problèmes en matière d'épidémies de maladies infectieuses, de préparation et de riposte ; iii) gouvernance de la santé et principaux acteurs ; v) expériences et ripostes communautaires ; et iv) principales implications pour la préparation et la riposte aux épidémies. Elle a été élaborée par l'Institute of Development Studies, en vue de favoriser l'intégration des perspectives des sciences sociales et de l'anthropologie dans l'assistance technique du programme L'Afrique contre les maladies (ACE) soutenu par UK AID, ainsi que dans son mécanisme de réponse précoce.

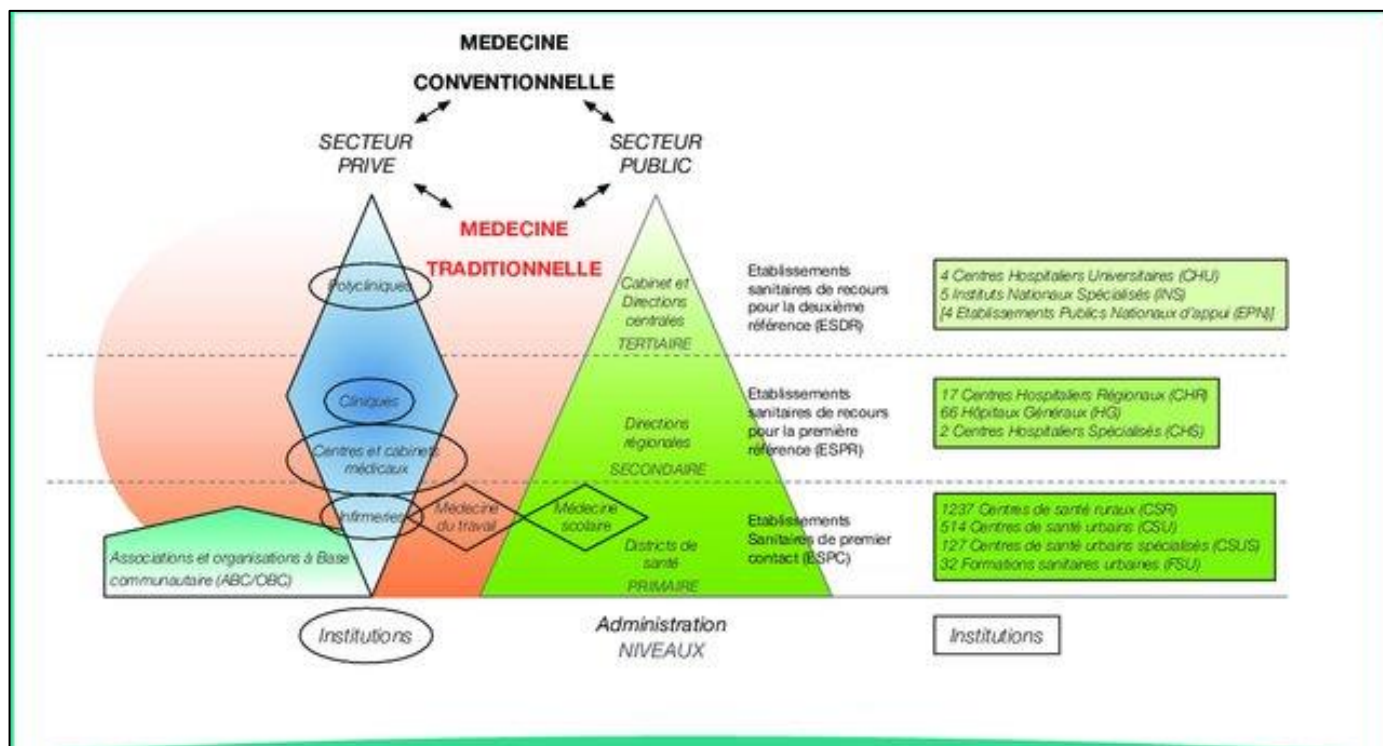


Carte de la Côte d'Ivoire. Composée de 26,4 millions d'habitants, la population de la Côte d'Ivoire compte plus de 60 groupes ethniques, dont beaucoup entretiennent des liens culturels avec les pays voisins. Source :

SYSTEME DE SANTE

Organisé de manière pyramidale, le système de santé ivoirien regroupe les secteurs public, privé et communautaire dans un continuum et une complémentarité des prestations de soins (Figure 1)². Ce système comprend une dimension administrative et une dimension prestataire ou opérationnelle qui représente l'aspect de l'offre de soins. La médecine traditionnelle joue également un rôle relativement important dans le système de santé ivoirien³.

Figure 1. Pyramide de la santé en Côte d'Ivoire (Canivet et Lecocq, 2019 : 28)



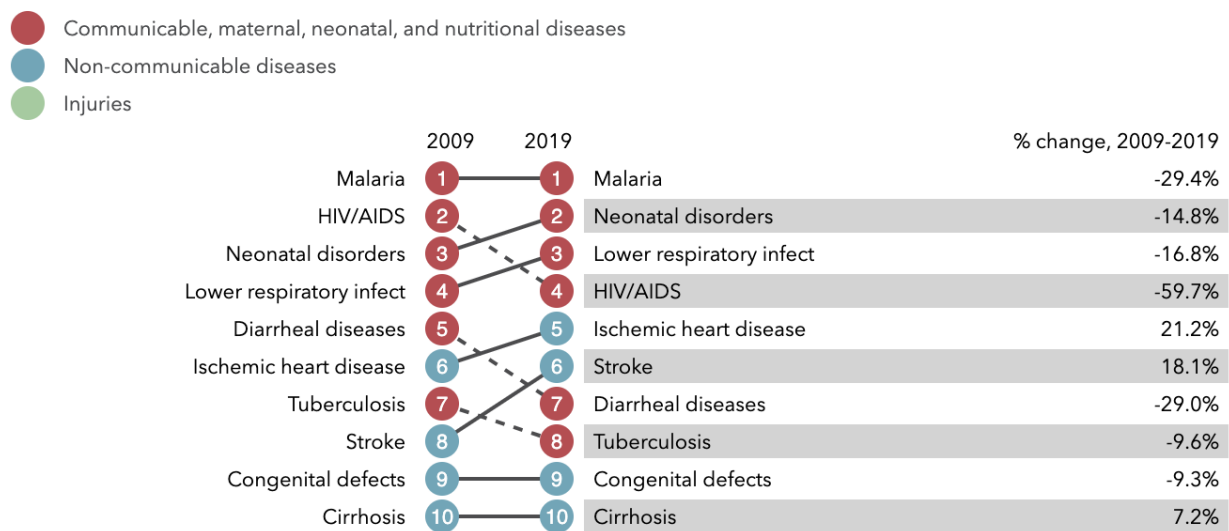
La figure montre une relation circulaire et itinérante entre ce que l'on appelle la médecine « conventionnelle », le secteur public, le secteur privé et la médecine traditionnelle. Bon nombre de ces interactions sont informelles et non uniformes. Ces relations seraient importantes pour systématiser et tirer parti d'une riposte épidémique culturellement adaptée et mobilisant la communauté. Ces composantes sont détaillées dans les sections suivantes.

CHARGE DE MORBIDITE

La Côte d'Ivoire est confrontée de longue date à une charge de morbidité alarmante, notamment en termes de maladies transmissibles et de maladies néonatales, en plus du fardeau croissant des maladies non transmissibles. En 2019, les cinq causes de mortalité majeures étaient le paludisme, les maladies néonatales, les infections des voies respiratoires inférieures, le VIH/sida et les cardiopathies ischémiques (voir la Figure 2). Ensemble, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la tuberculose (TB) et le paludisme représentent plus de 24 % des décès annuels⁴. L'espérance de vie à la naissance s'est améliorée au cours des trente dernières années, passant de 58 ans pour les femmes et 52,1 ans pour les hommes en 1990, à 65,3 ans et 60,1 ans respectivement en 2017⁵. Malgré des progrès dans la réduction des décès dus à des maladies transmissibles, les maladies non transmissibles restent un défi important en termes d'espérance de vie en Côte d'Ivoire. Les maladies non transmissibles sont diagnostiquées tardivement, ce qui

augmente la mortalité¹. En outre, la mortalité maternelle et la mortalité des enfants de moins de 5 ans sont élevées en raison du faible accès aux soins de santé dans de nombreuses parties du pays⁶. Dans le contexte de la maladie à virus Ebola, la Côte d'Ivoire est frontalière des pays à haut risque, dont elle fait elle-même partie. Le risque d'épidémies et d'autres situations d'urgence reste donc élevé⁶. Ainsi, le renforcement des capacités nationales est de la plus haute importance.

Figure 2. Les 10 principales causes du nombre total de décès en 2019 et leurs variations en pourcentage entre 2009 et 2019, tous âges confondus en Côte d'Ivoire



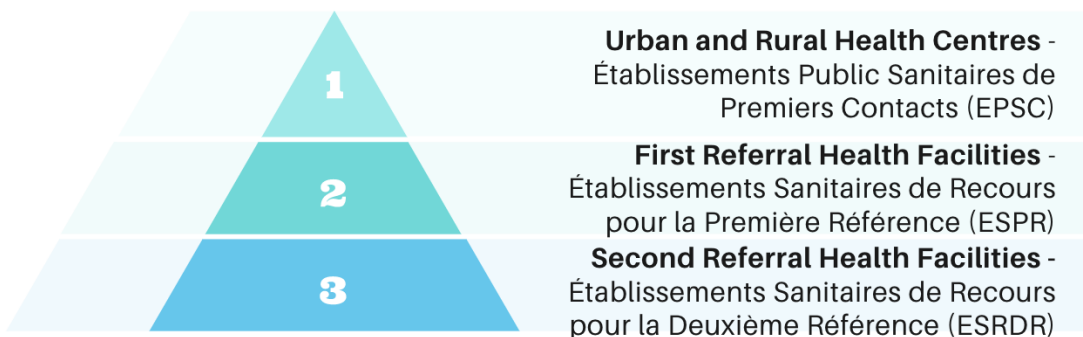
Source : Institute for Health Metrics, 2019 : <http://www.healthdata.org/cote-divoire>

LE SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE

L'organisation du système de santé publique en Côte d'Ivoire est pyramidale avec d'une part la dimension administrative et de l'autre part, celle des soins de santé. Le système de prestation de services de santé se compose de trois niveaux (Figure 3), chaque niveau fournissant des services différents. Il existe des inégalités majeures dans l'accès au système de santé, en particulier entre les zones urbaines et rurales. Les chaînes d'approvisionnement en médicaments et fournitures connaissent régulièrement des ruptures de stock. Dans le secteur public, la qualité des soins de santé est très faible, la Côte d'Ivoire étant classée à la 187^e place sur les 195 pays où la qualité des soins est la plus faible en termes de prévalence de la mortalité évitable⁴. Les dépenses de santé actuelles en Côte d'Ivoire avoisinent les 70 USD par habitant, les ménages étant la plus importante source de financement⁴. Le gouvernement n'a financé que 9 % de toutes les dépenses de soins primaires⁷. En effet, les infrastructures médicales des hôpitaux ivoiriens sont inadéquates et leurs équipements obsolètes⁸. En fait, les établissements de santé

publique ont généralement de mauvais résultats et une faible autonomie dans la gestion des ressources logistiques, humaines et financières⁹. Non seulement la gestion est centralisée au niveau de l'État, mais les crédits alloués ne tiennent pas vraiment compte des besoins et des problèmes réels exprimés par les établissements. En outre, le budget alloué à la santé est faible, en particulier concernant la prévention de la santé publique. Le système national de santé accorde la primauté à la médecine curative. La prévention reste essentiellement limitée à la chimioprophylaxie. Cela signifie que la dimension biomédicale reste privilégiée au détriment des aspects sociologiques, lorsqu'il s'agit de rechercher des solutions. Par conséquent, le système national de santé publique est très médicalisé.

Figure 3. Le système de santé publique en Côte d'Ivoire



Source : auteurs (données compilées à partir de diverses sources)

Figure 4. Répartition des régions et districts de santé (MSHP, 2016)



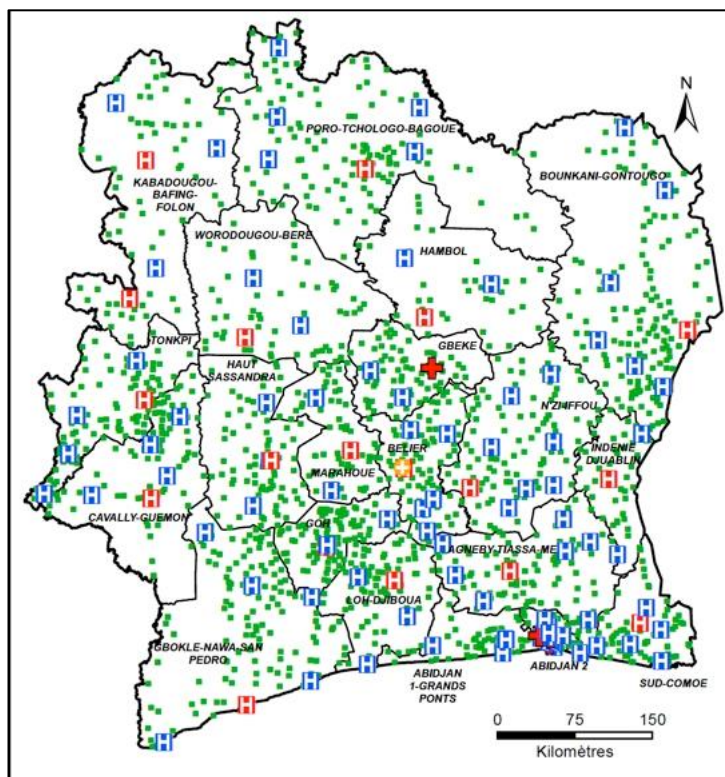
La part administrative du secteur public comprend un niveau central avec le cabinet du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, les services rattachés au cabinet, les directions générales, les directions centrales et plusieurs programmes de santé¹⁰. La carte (Figure 4) indique la répartition des régions et districts de santé publique dans le pays, qui sont composés d'un niveau intermédiaire et d'un niveau périphérique.

Le niveau intermédiaire comprend des directions régionales chargées de coordonner les activités des services de santé de leur région. Le niveau périphérique, représenté par les districts sanitaires, est l'unité opérationnelle chargée de la mise en œuvre de

la stratégie de soins de santé primaires. Outre les niveaux intermédiaire et périphérique, le système ivoirien de santé publique comporte une composante de prestation de soins de santé publique². La dimension de prestation de soins de santé publique du système de santé est divisée en trois composantes¹¹⁻¹⁴.

Premier niveau : établissements publics sanitaires de premier contact

Considérés comme le premier niveau, les établissements publics sanitaires de premier contact (EPSC) sont constitués de centres de santé urbains et ruraux¹¹. Ils assurent le premier contact avec les usagers afin de leur fournir des services curatifs, préventifs, pédagogiques et promotionnels¹⁵. Ce premier niveau comprend également les centres de santé ruraux (CSR), les centres de santé urbains (CSU), les centres de santé urbains spécialisés (CSUS) et les formations sanitaires urbaines (FSU) avec leurs activités du programme de santé². Il comprend également les centres hospitaliers universitaires et



scolaires (CHUS) qui sont également des points d'entrée dans le système de santé.

Carte 1 : carte de la santé en Côte d'Ivoire (Bandaman, 2018 : 11)

Deuxième niveau : Établissements sanitaires de recours pour la première référence (ESRPR)

Ce deuxième niveau est le point de référence immédiat ou de premier recours du premier niveau. Il comprend tous les établissements de santé publique de premier recours pour les usagers. Leur capacité technique de diagnostic et de prise en charge des

cas dépasse la compétence du premier niveau¹⁵. Ces ESRP comprennent les hôpitaux généraux (HG), les centres hospitaliers régionaux (CHR) et les centres hospitaliers spécialisés (CHS), ou encore les instituts nationaux spécialisés (INS) qui n'ont pas le statut d'établissement public national (EPN)^{13,14}.

Troisième niveau : établissements sanitaires de deuxième recours (ESDR)

Les centres hospitaliers universitaires (CHU), l'Institut de cardiologie d'Abidjan (ICA), l'Institut Raoul Follereau (IRF) et l'Institut national d'hygiène publique (INHP) sont tous considérés comme des ESDR. Toujours au troisième niveau, mais dans le secteur public cette fois, les ESDR comprennent l'Institut national de santé publique (INSP) et l'Institut national de formation des agents de santé (INFAS)^{13,16}. Ils incluent également la Nouvelle pharmacie de la santé publique (NPSP) et le Centre national de transfusion sanguine (CNT). Le Laboratoire national de santé publique (LNSP) et le Service d'aide médicale d'urgence (SAMU) font également partie des ESDR. À ces structures s'ajoutent l'Institut Pierre Richet (IPR), les établissements publics nationaux (EPN), le Laboratoire national de santé publique (LNSP) et l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI). Toutes ces structures de troisième niveau, composées de centres de recherche et de centres de formation des agents de santé, sont soutenues par d'autres ministères engagés dans la prestation de soins de santé à travers leurs infrastructures de santé, afin de renforcer le système de santé¹³.

L'Office national de protection civile (ONPC), établi par décret (n° 2000-822 du 22 novembre 2000) doit être mentionné comme un élément important du système de santé¹⁷. Parfois omise de la liste des structures publiques, cette structure peut jouer un rôle important lors d'une crise sanitaire. En premier lieu, l'ONPC est responsable de la prévention des catastrophes au niveau national. Changé en Direction générale en 2008, l'ONPC assure plusieurs missions qui pourraient être utiles en cas d'épidémies. On peut notamment citer la mise en œuvre de ressources d'urgence pour protéger les personnes, les biens et l'environnement contre les accidents et les catastrophes, d'origine naturelle, humaine ou technologique, qu'elles soient accidentelles ou intentionnelles. Au regard de ses compétences et de son expérience, l'ONPC est une structure publique qui peut être mobilisée en période de crise épidémique. L'organisation du système de santé est illustrée dans la figure ci-dessous.

LE SECTEUR PRIVE DE LA SANTE

Le secteur privé de la santé comprend trois sous-secteurs : à but lucratif, à but non lucratif et lié à la protection sociale (médecine du travail, assurance mutuelle et assurance maladie)¹¹. En Côte d'Ivoire, la prestation privée des soins de santé est assurée par plus de

2 036 établissements de toutes classes et catégories⁶. Le gouvernement a un contrôle limité sur la production et la distribution de médicaments, et le rôle du secteur privé est important dans les chaînes d'approvisionnement en fournitures et médicaments⁴. Le secteur privé de la santé est en plein essor. Il s'est progressivement développé ces dernières années avec des polycliniques, des cliniques, des centres et des cabinets médicaux, des pharmacies privées et des infirmeries privées^{3,13}. Depuis 1996, les décrets n° 96-877 et 96-878 définissent un cadre pour le fonctionnement et l'enregistrement des prestataires de soins de santé privés¹⁸. Cependant, les structures de gouvernance qui supervisent les soins privés ne sont pas bien définies ou réglementées. Chacune des catégories de soins privés est détaillée ci-dessous.

Le sous-secteur privé à but lucratif

Ce sous-secteur est principalement développé dans les grandes villes. Un rapport datant de 2007 y dénombrait 813 infirmeries, 175 cabinets médicaux, 113 cabinets dentaires, 21 laboratoires, 653 pharmacies, 75 cliniques et 11 polycliniques¹³. Il existe une association des cliniques privées, l'Association des cliniques privées de Côte d'Ivoire (ACPCI), qui compte plusieurs membres. Cependant, environ 800 de ces établissements de santé privés exerçaient sans autorisation. En outre, plusieurs insuffisances ont été détectées dans ce secteur de la santé ivoirienne : une baisse de la performance et un comportement professionnel devenu problématique avec l'absentéisme, des manquements à l'éthique professionnelle, des rackets, etc.¹³. Malgré les dispositions réglementaires fixant les conditions d'agrément et d'enregistrement pour les professionnels de santé souhaitant exercer dans le secteur privé, le secteur privé de la santé s'est parfois développé de manière anarchique, avec une faible collaboration entre les secteurs privé et public et une réglementation insuffisante de ce secteur³. Une enquête plus poussée doit être menée sur ce secteur pour mieux comprendre son fonctionnement.

Le sous-secteur pharmaceutique privé

Avec quatre distributeurs en gros, 1 100 pharmacies privées et huit unités locales de production de médicaments (dont quatre en activité), le secteur pharmaceutique est extrêmement dynamique et occupe une place importante dans le système de santé avec une couverture de 80 % à 90 % de l'offre de médicaments¹. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) constate toutefois une disproportion dans la disponibilité de médicaments génériques, qui est de 31,6 % pour le secteur public contre 56,6 % pour le secteur privé¹. Cette situation pourrait expliquer en partie le coût élevé des soins, en particulier pour les personnes démunies, car des études ont montré que la prescription de médicaments génériques contribue à réduire le coût des soins¹⁹.

Le sous-secteur de la protection sociale

Le sous-secteur de la protection sociale fait référence au secteur privé de l'assurance maladie. En Côte d'Ivoire, ce sous-secteur est dominé par de grandes entreprises publiques et privées qui emploient des médecins à temps plein ou à temps partiel avec pour mission de surveiller la santé de leurs employés et parfois de leur famille¹³. La contribution des grandes entreprises publiques et privées à la protection sociale de la population est donc limitée à un petit groupe, avec pour seul but d'augmenter leur capital. Leur rôle dans les politiques publiques de protection sociale des personnes démunies reste inconnu. En outre, le projet de couverture maladie universelle (CMU) du gouvernement, mal compris par la population, a suscité un faible soutien²⁰. Face à cette situation, il est nécessaire de poursuivre les efforts, en particulier sur le plan financier, et de concevoir de nouvelles méthodes de prestation des services essentiels à la population, dont une importante proportion est particulièrement vulnérable^a.

Le sous-secteur privé à but non lucratif

En ce qui concerne les structures de santé communautaire, on peut distinguer trois modèles : (i) le modèle des centres de santé urbains communautaires (37 UCF), (ii) le modèle des centres de santé communautaires gérés par une ONG, et (iii) le modèle des centres de santé gérés par une association de professionnels de la santé en collaboration avec une association d'usagers. Offrant presque exclusivement des soins primaires, le sous-secteur à but non lucratif est représenté par le secteur confessionnel (environ 50 établissements) d'une part, et d'autre part par les centres de santé communautaires (37 en 2007)^{1,13,21}. En 2003, les consultations de médecine générale, les consultations pédiatriques dispensées aux enfants de moins de 5 ans et le nombre d'accouchements effectués dans ces centres représentaient respectivement 46,2 %, 43,9 % et 45,3 % des procédures enregistrées dans les établissements de soins de santé primaires d'Abidjan. Toutefois, l'absence d'une politique fédératrice et la faiblesse organisationnelle des ONG constituent un obstacle à l'expansion du secteur à but non lucratif³. En 1999, la majorité des personnes qui déclaraient avoir contracté une maladie et demandé des soins étaient réparties entre le secteur public et le secteur privé à but non lucratif²². Tout cela montre l'importance du rôle du sous-secteur à but non lucratif.

RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE

Les ressources humaines pour la santé sont insuffisantes, compte tenu des besoins en matière de soins de santé en Côte d'Ivoire (Tableau 1). Les principaux défis sont les

^a <http://fr.investiretplus.com/index.php/2019/01/27/secteur-prive-afrique-subsaharienne/>

suivants : le manque d'évaluation des pratiques professionnelles, le manque d'appropriation des initiatives d'amélioration de la qualité, un outil de supervision inadapté, une coordination insuffisante des initiatives d'amélioration de la qualité lancées par les partenaires, un accès insuffisant aux soins, des références et contre-références inadéquates et une certification et une accréditation insuffisantes des établissements de santé publics et privés^{13,23}. À cet égard, un cadre juridique a été élaboré dans les années 1990 pour définir les critères d'ouverture et de mise en place d'un établissement de santé dans une localité². Ce cadre juridique dresse la liste des services et activités que chaque type d'établissement de santé est amené à réaliser dans l'annexe 1 de l'ordonnance n° 74/MSP/CABANE du 9 décembre 1996, qui définit le paquet minimum d'activités. Toutefois, les relations entre le secteur public et privé ne sont toujours pas bien réglementées⁹. Comme le souligne le présent rapport conjoint, le secteur privé de la santé n'est pas intégré dans la définition actuelle de la stratégie nationale et le partenariat public-privé n'est pas abordé dans le PNDS 2009-2013.

Tableau 1. Indicateurs de main-d'œuvre du système de santé (secteur public)		
<i>Indicateur</i>	<i>Statistiques</i>	<i>Source(s)</i>
Médecins	1 médecin pour 7 390 habitants (2019) 3 886 médecins au total (2019)	MSHP, 2019b
Infirmiers	1 infirmier pour 3 069 habitants (2011) 1 infirmier pour 1 193 habitants (2016) 11 259 infirmiers au total (2019)	Bandaman, 2018 ; MSHP, 2019b
Sages-femmes	1 infirmier pour 2 270 habitants (2011) 1 infirmier pour 995 habitants (2016) 5 601 sages-femmes (2019)	Bandaman, 2018 ; MSHP, 2019b

Le nombre total de médecins exerçant dans le secteur public était de 3 886 en 2017, dont 3 325 en poste dans les différents services. Le ratio national de 2017 est donc d'un médecin pour 7 390 habitants. Pour atteindre la norme de l'OMS d'un médecin pour 10 000 habitants, un total de 10 000 agents de santé comprenant médecins, pharmaciens, chirurgiens, dentistes, infirmiers, sages-femmes, etc., ont été recrutés sur la période allant de 2015 à 2017²⁴. Cette politique a contribué à améliorer le ratio infirmier/population de 1 infirmier pour 3 069 habitants en 2011 à 1 pour 1 932 en 2016. Quant au ratio sages-femmes/femmes en âge de procréer, il est passé de 1 pour 2 270 à 1 pour 995 au cours de la même période. La proportion de personnes vivant à moins de 5 km d'un établissement de santé serait aujourd'hui de 68 %. Toutefois, seules sept régions de santé ont atteint la norme de l'OMS¹⁴. S'il est vrai que les ressources humaines sont formées dans les écoles nationales ou internationales, l'alignement entre les connaissances académiques et la gestion des responsables sur le terrain n'est toujours pas manifeste dans les établissements de santé publique⁹.

En outre, les pratiques des professionnels de la santé en matière de soins aux malades sont influencées par divers facteurs sociaux. Les résultats d'une étude réalisée par des anthropologues du Réseau ouest-africain anthropologie des épidémies émergentes (RAEE) sur la prise en charge des cas présumés de maladie à virus Ebola en Côte d'Ivoire et au Sénégal montrent que plusieurs facteurs médicaux, sociaux et culturels influencent les critères de diagnostic des cas présumés²⁵. L'intrusion des représentations sociales dans les pratiques de soins des Ivoiriens met également en évidence l'influence de l'identité, des affiliations culturelles et religieuses sur les pratiques de soins des agents de santé²⁶. En outre, l'inadéquation incontestable entre les systèmes et les technologies de connaissances mondiales et locales est un dilemme permanent pour les professionnels de la santé publique et de la médecine²⁷. Des lacunes ont également été observées dans les pratiques de gestion des sages-femmes en matière d'administration immédiate de soins pendant et après l'accouchement²⁸. Les conclusions montrent que les femmes qui accouchent dans des établissements de santé ne bénéficient pas toujours des meilleures pratiques nécessaires pour éviter les problèmes à la naissance. Les pratiques de corruption dans le secteur de la santé (y compris l'absentéisme, le vol de fournitures médicales, les paiements informels, la fraude, les procédures opaques de passation de marchés et le détournement de fonds du système de santé) sont courantes²¹.

RECHERCHE DE SOINS ET INTERPRETATIONS LOCALES DES MALADIES

Selon l'OMS, la médecine traditionnelle est « la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent, rationnellement ou non, sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales »¹⁵. Le secteur de la médecine traditionnelle comptait environ 8 500 guérisseurs traditionnels en 2007. Avec l'automédication, il constitue le premier recours aux soins en cas de maladie^{11,20}. Ce secteur représente une alternative importante pour les familles aux ressources limitées. Ainsi, les ménages pauvres ont tendance à recourir à l'automédication, 55 % pour les médicaments traditionnels contre 59 % pour les médicaments modernes²². Ces pratiques dites d'automédication sont, dans une certaine mesure, des pratiques de soins à domicile qui constituent souvent une première étape de soin²⁹.

Selon le Ministère de la santé, plusieurs activités de recherche et de développement ont été menées. Elles ont conduit à la délivrance d'autorisations de mise sur le marché pour les médicaments traditionnels améliorés (MTA)¹². Ces progrès ont permis l'ouverture, en 2014, d'une Unité de médecine traditionnelle (UMT) au Centre hospitalier universitaire de Treichville dans le cadre d'un projet pilote. Cependant, la collaboration entre la médecine

dite traditionnelle et la médecine considérée comme moderne n'est pas toujours fructueuse, comme l'indique l'encadré ci-dessous.

Encadré 1: médecine traditionnelle et soins infirmiers, entre collaboration et confrontation

Dans les centres de santé ruraux (CSR), il est essentiel de collaborer avec les praticiens traditionnels et de s'occuper des coutumes locales. Étant donné qu'il se trouve à six heures de marche et à une heure de canoë du centre de santé le plus proche, ce n'est souvent que plusieurs jours après avoir reçu le traitement initial d'un praticien traditionnel que le patient se rend au centre de santé. Par exemple, un enfant d'un campement éloigné est mordu par un serpent, vient au centre de santé avec une « pierre de venin »^b sur la morsure, orienté par le praticien traditionnel que ses parents ont consulté. L'infirmier soigne l'enfant et demande aux parents de retourner au centre de santé rural tout en continuant à suivre le traitement du guérisseur s'ils le souhaitent, même si ce traitement a fait l'objet d'études scientifiques qui ont démontré que son efficacité était incertaine. L'infirmier nous explique qu'il montre ainsi à la communauté et aux guérisseurs que les deux médicaments peuvent être complémentaires. D'un point de vue pragmatique, le maintien de bonnes relations avec les guérisseurs est pour l'infirmier une question de santé publique car « en tant qu'agent de santé en charge d'une population de plusieurs milliers d'âmes, je refuse de laisser mourir des hommes et des femmes quand nous avons les moyens de les traiter. J'ai besoin des guérisseurs traditionnels et ils ont besoin de moi. »

Vignette de Canivet et Lecocq (2019 : 29)

Depuis 2016, conformément aux recommandations de l'OMS, les autorités sanitaires ivoiriennes s'efforcent d'intégrer la médecine traditionnelle dans les alternatives de soins de santé de la population, afin d'améliorer la couverture sanitaire et de réduire les disparités et les inégalités d'accès à des soins de qualité¹². Les pratiques médicales de ce secteur sont désormais régies par la loi n° 2015-536 du 20 juillet 2015 et le décret n° 2016-24 du 27 janvier 2016 relatifs au code d'éthique et de déontologie des praticiens de la médecine traditionnelle et de la pharmacopée. L'instauration de ce cadre juridique a mené à la définition juridique des acteurs du secteur. Ainsi, ce secteur, qui représente un mode alternatif de recherche de la santé, est constitué de praticiens de la médecine

^b Une petite pierre collée à la morsure qui, selon la tradition, est censée aspirer le venin et ne doit jamais être enlevée. Elle tombe toute seule lorsque le venin n'est plus présent dans le corps.

traditionnelle (TMP) répertoriés par le Programme national de promotion de la médecine traditionnelle (PNPMT), organisé en associations nationales, au sein de fédérations. Selon le Ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP), les compétences des acteurs de ce secteur ont été renforcées dans les domaines de l'anatomie, de l'hygiène conventionnelle, des techniques de collecte et de conservation durable des plantes médicinales, etc. Plusieurs activités de recherche et de développement ont été menées et ont conduit à la délivrance d'autorisations de mise sur le marché de médicaments traditionnels améliorés (MTA) (Dartran®, Dimitana® et Baume ALAFIA®). En outre, une unité de médecine traditionnelle (MT) a été ouverte en septembre 2014 au Centre hospitalier universitaire de Treichville dans le cadre d'un projet pilote¹².

Recherche de soins et explications locales des maladies. Les comportements de recherche de soins et les explications locales des maladies dépendent des institutions sociales locales. L'analyse des causes *a priori* et *a posteriori* des maladies chez les Sénoufos de Côte d'Ivoire montre que les modes de causalité et de logique des maladies sont en grande partie structurés par l'institution complexe du *sandogo*³⁰. En analysant cette institution sociale, les auteurs ont conclu que pour les Sénoufos, l'apparition d'une maladie est interprétée comme la résurgence d'un événement antérieur. En outre, le dispositif divinatoire a pour fonction de réalimenter cette mémoire avec ses propres schémas constitutifs. Par conséquent, l'initiation au *sandogo* illustre une conception générale de la causalité basée sur le principe de répétition. L'inventaire étiologique réalisé chez les Sénoufos montre qu'une maladie ou un symptôme donnés peuvent être liés *a priori* ou *a posteriori* à différentes catégories causales. Dans ce domaine culturel, le champ lexical des maladies/de la santé du couple est distinct de celui de la chance, du bonheur/de la tristesse, du malheur. De plus, les processus thérapeutiques observés chez les Fodonons mettent en évidence la complexité des catégories causales et de l'interprétation qui poussent à chercher des soins de santé³¹. Néanmoins, suggère Sindzingre, l'analyse des réponses aux problèmes posés par une maladie nous permet de comprendre les notions de causalité, d'efficacité et de rationalité des pratiques thérapeutiques³⁰.

En ce sens, certaines maladies sont incluses dans le lexique commun. Chez bon nombre d'habitants d'Abidjan, le paludisme est appelé *palu*, signe que le paludisme est entré dans une taxonomie locale des maladies²⁷. Les significations locales rattachées au terme *palu* semblent avoir plus d'importance que la notion biomédicale de paludisme. D'une part, ce terme nosologique populaire peut décrire d'autres affections, susceptibles d'être traitées avec d'autres médicaments, quand en réalité des antipaludiques s'imposent. D'autre part, cela peut conduire à d'autres types de traitements alternatifs et concomitants. En outre, en ce qui concerne la moustiquaire, le contexte d'un dispositif de

santé peut déterminer ses utilisations locales. Le choix de la médecine occidentale n'est pas nécessairement entravé par des « attitudes non scientifiques », mais par des forces politiques et économiques, ou encore par la disponibilité d'alternatives séduisantes³². Ainsi, la première étape de la prise en charge du paludisme à domicile prend la forme d'une interaction entre un fournisseur et un client. Elle conduit souvent à l'achat de médicaments ou d'herbes pour traiter les symptômes²⁹. La séquence des interactions peut donc orienter les choix dans la recherche de soins de santé.

L'évaluation des connaissances des familles vulnérables sur la maladie à coronavirus (COVID-19) a estimé qu'une majorité avait des « connaissances approximatives »³³. Les personnes interrogées ont comparé la COVID-19 au paludisme, tandis que d'autres sont dans le déni, voire fatalistes. Pour les fatalistes, le virus est une punition divine ou une invention du gouvernement ivoirien pour mobiliser plus de ressources. Par conséquent, la plupart de ces personnes ont recours à des alternatives thérapeutiques traditionnelles basées sur l'expérience des groupes dont elles font partie.

ÉPIDÉMIES DE MALADIES INFECTIEUSES, RIPOSTE ET PRÉPARATION

La Côte d'Ivoire est un « point chaud » des réservoirs viraux, des débordements de maladies animales et humaines et des épidémies de maladies infectieuses. Une étude portant sur une communauté de chimpanzés décimée dans le parc national de Taï a montré que ces animaux avaient été victimes de la maladie à virus Ebola en 1992 et 1994³⁴. Bien qu'aucun cas humain n'ait été officiellement signalé à ce jour, la Côte d'Ivoire reste un pays à haut risque de maladie à virus Ebola, et ce pour plusieurs raisons. Non seulement le pays dispose d'un réservoir potentiel de maladie à virus Ebola, mais il est également limitrophe de pays comme la Guinée et le Libéria qui ont été gravement touchés par le virus entre 2014 et 2016³⁵⁻³⁷. Ce risque épidémique a incité l'OMS à organiser un atelier en 2014 pour renforcer la capacité des autorités sanitaires et des professionnels de la santé à se préparer et à riposter aux épidémies, en particulier de maladie à virus Ebola³⁸. Toutefois, ce plan de préparation n'a été élaboré que sur la base de réunions entre les équipes de l'OMS et des acteurs nationaux. Au-delà des problèmes logistiques et de la disponibilité des équipements, les facteurs culturels et sociaux de la maladie devraient déterminer l'élaboration des mesures préventives.

Le paludisme est le principal problème de santé publique dans les pays d'Afrique subsaharienne, où 74 % de la population vit dans des zones fortement endémiques³⁹. Le paludisme est endémique en Côte d'Ivoire et réapparaît pendant la saison des pluies¹¹.

Par exemple, un total de 1 187 personnes en 2010 et 1 264 personnes en 2011 avaient une prévalence de l'infection à *Plasmodium*, soit 46,0 % et 56,6 % respectivement⁴⁰. En outre, l'infection palustre est susceptible d'affecter plus gravement les personnes souffrant d'hypertension⁴¹. Les ripostes politiques doivent prévoir la prise en charge de cette comorbidité.

La résurgence des épidémies de fièvre jaune en Côte d'Ivoire représente un problème de santé publique majeur⁴²⁻⁴⁵. Plusieurs épidémies ont été signalées entre 2001 et 2007, avec une recrudescence des cas pendant la saison des pluies⁴². En outre, cinq cas positifs de fièvre jaune ont été signalés en août 2010 dans le département de Séguéla, situé au nord-ouest de la Côte d'Ivoire⁴⁴. La fièvre jaune réapparaît sporadiquement dans certaines régions du pays. Dans la perspective de fournir des données épidémiologiques actualisées sur les zoonoses de ce type, une étude épidémiologique a été menée dans 63 villages du nord de la Côte d'Ivoire entre 2012 et 2014⁴⁶. Dans la même optique, une étude prospective a été menée à Abidjan de décembre 2011 à décembre 2012, afin d'estimer la proportion de cas de dengue et de paludisme chez les patients fébriles et de décrire les caractéristiques cliniques et virologiques des cas diagnostiqués de dengue⁴⁷. Les résultats de cette étude indiquent que le virus de la dengue circule à Abidjan, hors contexte épidémique. Avant cette étude, l'OMS avait noté des situations d'émergence de la dengue en Côte d'Ivoire en 2008⁴⁸.

À l'instar d'autres pays dans le monde, la pandémie de VIH/sida est un problème de santé majeur pour la Côte d'Ivoire depuis 1986^{22,49,50}. Depuis 1998, elle est devenue l'une des principales causes de mortalité chez les hommes et la deuxième chez les femmes⁵¹. La mortalité liée au sida découle d'une faible couverture des traitements antirétroviraux. Celle-ci était de 41 % en 2016, bien en deçà des objectifs mondiaux de 90 %⁴. Par ailleurs, la tuberculose est un problème de santé majeur. Avec une prévalence estimée en 2010 à 156 cas pour 100 000 habitants sous toutes les formes et une incidence estimée à 139 cas pour 100 000 habitants pour les nouveaux cas, il semblerait que la Côte d'Ivoire soit gravement touchée par la tuberculose²³. Cette maladie joue un rôle important dans la détérioration de la santé des personnes infectées par le VIH^{52,53}.

La Côte d'Ivoire est souvent victime d'épidémies épisodiques de choléra, ce qui témoigne de la médiocrité des infrastructures d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène. Depuis 1970, la Côte d'Ivoire connaît une série d'épidémies de choléra en constante évolution : 1983, 1989, 1991, 1994, 2006 et 2011⁵⁴. Ainsi, le pays a souffert en 1995 d'une épidémie de choléra avec 4 993 cas, puis en 2001 avec 5 912 cas⁵⁵. Fin 2014 et début 2015, alors que les autorités ivoiriennes continuaient de rapporter l'absence de la maladie à virus Ebola, elles luttaient silencieusement contre une épidémie de choléra⁵⁶.

En effet, le silence entourant la résurgence de cette maladie répond à la question politique de l'image d'un pays qui connaît croissance et progrès.

Comme prévu par le Ministère de la santé depuis la déclaration du premier cas de COVID-19 le 11 mars 2020 en Côte d'Ivoire, un point de la situation est fait chaque jour dans un premier temps, puis chaque semaine. Ainsi, le MSHP enregistre 319 nouveaux cas positifs de COVID-19, 129 cas de guérison et 5 décès sur sa page Facebook^c pour la journée du 28 mars 2021. Depuis le début de la pandémie, la Côte d'Ivoire a enregistré un total de 43 180 cas confirmés, dont 38 719 personnes guéries, 237 décès et 4 224 cas actifs, pour un total de 510 008 tests. Cette évaluation récente montre que, si la Côte d'Ivoire a été épargnée par l'épidémie de maladie à virus Ebola de 2014 à 2016, au regard de sa proximité et de ses frontières avec les pays touchés, la pandémie de COVID-19 s'inscrit désormais dans l'histoire des grandes épidémies en Côte d'Ivoire. La Banque mondiale a annoncé que la pandémie aura un impact majeur sur la production des grandes entreprises, mais aussi sur la vie des ménages, en particulier ceux des zones défavorisées d'Abidjan^{7,57}. Il convient également de noter que certaines maladies telles que la trypanosomiase africaine humaine, l'onchocercose, la bilharziose, la filariose lymphatique, le trachome et le pian perdurent à ce jour et nécessitent une attention particulière²³.

CHARGE DE MORBIDITE

La morbidité des épidémies, des endémies ou des pandémies reste diverse et varie en fonction des catégories d'acteurs. Néanmoins, la morbidité générale en Côte d'Ivoire demeure caractérisée par des maladies transmissibles d'une part, et des maladies non transmissibles d'autre part, constituant une double charge de morbidité^{13,14,20,40,42,58,59}. Les maladies transmissibles sont dominées par le paludisme, qui demeure la principale cause de morbidité, avec environ 50 % des motifs de consultation dans les Établissements sanitaires de premier contact (ESPC). Son incidence a augmenté de 106 % en 2013 pour atteindre 164 % en 2014^{12,13,23}. À Taabo, les maladies transmissibles représentaient 58,9 % des causes de décès, avec un taux particulièrement élevé pour le paludisme, le sida et la tuberculose pulmonaire⁶⁰. Également à l'origine de nombreux décès, les maladies non transmissibles comprennent principalement le syndrome abdominal aigu, les cardiopathies indéterminées et les néoplasmes digestifs. Toutefois, les maladies transmissibles demeurent la principale cause de décès dans les zones rurales de la Côte d'Ivoire. Les syndromes palustres représentaient plus d'un tiers des épisodes morbides rapportés par une enquête menée en 1999 auprès de la population d'Abidjan²². La

^c <https://www.facebook.com/Mshpci/>

mortalité infantile est principalement liée au paludisme, à la malnutrition, aux infections respiratoires et à la diarrhée^{2,18,61}.

L'épidémie de VIH/sida en Côte d'Ivoire se caractérise par la présence du VIH-1 et du VIH-2^{1,22}. En effet, le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 450 000, le nombre d'orphelins rendus vulnérables par le sida à 440 000¹². En outre, la Côte d'Ivoire affiche l'un des taux de prévalence du VIH/sida les plus élevés de la région de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale¹⁴. Associé aux infections sexuellement transmissibles (IST) et aux infections opportunistes, le sida est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans la population. Ces quelques données sur la séroprévalence du VIH/sida permettent de saisir la charge de morbidité liée à l'épidémie de VIH, qui représente la principale cause d'hospitalisation dans certains services hospitaliers¹. Même si la Côte d'Ivoire semble avoir entamé sa transition épidémiologique, des décès sont toujours liés aux maladies infectieuses et aux causes périnatales et le taux brut de mortalité est passé de 12,3 % en 1988 à 14 % en 2006¹¹. Les causes de cette augmentation de la mortalité seraient nombreuses. Elles sont liées, entre autres, à la résurgence des principales endémies tropicales et du VIH/sida.

RISQUE DE MALADIE ET VULNERABILITE

Plusieurs facteurs socioculturels, politiques, économiques et environnementaux contribuent au risque de maladie. Le manque d'infrastructure d'assainissement et d'approvisionnement en eau potable aggrave également ces problèmes de santé, en particulier la diarrhée¹¹. Les inondations qui touchent des zones comme la commune de Cocody sont également susceptibles de provoquer des maladies infectieuses et de déplacer des populations, ce qui peut avoir un impact psychosocial¹⁷. La vulnérabilité aux maladies gastro-intestinales résultant des inondations dans la commune de Cocody dépendrait de l'état de santé de la personne et de son sexe. En effet, les femmes seraient plus vulnérables à la diarrhée que les hommes. La vulnérabilité à la maladie provient également du contact avec de l'eau contaminée dans la zone inondée, qui peut entraîner des infections respiratoires et cutanées.

En raison des activités d'élevage et des mouvements transfrontaliers importants de bétail dans le nord de la Côte d'Ivoire, ces populations seraient vulnérables aux zoonoses telles que la brucellose, la fièvre Q et la fièvre de la vallée du Rift (FVR), qui présentent un risque important qu'il convient de prévenir⁴⁶. En effet, le profil climatologique et géomorphologique de la Côte d'Ivoire a une forte influence sur son profil épidémiologique, caractérisé par une variété de maladies tropicales, avec une prédominance de maladies endémiques, dont le paludisme, le choléra et la méningite

cérébro-spinale⁹. Le risque de maladie et la vulnérabilité dépendent donc de la géographie. Par exemple, la cartographie des risques de transmission du paludisme chez les enfants montre que les zones à haut risque se trouvent principalement dans les régions du centre-nord et de l'ouest, tandis que les zones à risque relativement faible se trouvent dans le nord, le nord-est, le sud-est, autour d'Abidjan et dans le centre-ouest⁶². En outre, les variations saisonnières sont un facteur d'apparition ou d'absence d'épidémie de paludisme⁶³. Dans les régions où les précipitations sont plus importantes, le risque d'épidémie de paludisme est plus élevé. Plusieurs rapports et études ont démontré que des maladies telles que la fièvre jaune et la dengue sont susceptibles d'émerger dans les zones humides, comme cela a été observé ces dernières années, notamment à Abidjan⁴²⁻⁴⁵.

POPULATIONS VULNERABLES

Vulnérabilités sociale et spatiale. La littérature montre la diversité des populations vulnérables, avec des variations selon l'âge, le sexe, le statut socioéconomique et le lieu de résidence. Les différences entre les lieux de résidence et les taux d'infection sont notables. En raison de facteurs socioéconomiques, les populations vulnérables au VIH/sida risquent d'être vulnérables à d'autres épidémies. Le taux de VIH/sida est plus élevé en zone urbaine (7,4 % pour les femmes et 3,2 % pour les hommes) qu'en zone rurale (5,5 % pour les femmes et 2,5 % pour les hommes)⁹. Les femmes sont plus vulnérables que les hommes, avec 2,9 % contre 1,7 % pour la tranche d'âge de 15 à 64 ans. Selon les catégories d'âge, la prévalence est de 8,7 % chez les femmes de 40 à 44 ans et de 6 % chez les hommes de 60 à 64 ans. L'enquête de sérosurveillance sentinelle sur le VIH et la syphilis menée en 2008 auprès des femmes enceintes a montré une prévalence de 4,5 % chez les femmes enceintes, avec une prévalence de 5,6 % dans les zones urbaines et de 2,9 % dans les zones rurales¹². Le VIH/sida touche particulièrement les femmes âgées de 30 à 34 ans^{64,65}. L'épidémie touche plus les femmes en Côte d'Ivoire⁶⁶. Toutefois, la vulnérabilité des jeunes filles dépend de leur capacité à négocier l'utilisation de protection contre les infections sexuellement transmissibles lors des relations sexuelles. Les statistiques montrent que les travailleurs du sexe constituent une population à haut risque^{65,67,68}. Parmi ces catégories de personnes vulnérables figurent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les consommateurs de drogue et les populations carcérales¹⁴. Les jeunes (femmes de 15 à 19 ans : 0,3 % ; femmes de 20 à 22 ans : 3,7 % ; femmes de 23 à 24 ans : 5,8 % ; hommes de 15 à 19 ans : 0,2 % ; hommes de 20 à 24 ans : 0,3 %) et les migrants sont les populations les plus vulnérables¹². En définitive, les jeunes semblent être la population la plus exposée au risque d'une infection par le VIH.

Vulnérabilités économiques. Une récente étude d'évaluation a montré que l'accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) dépend toujours du revenu des catégories sociales⁴⁰. Un rapport conjoint du Groupe de la Banque mondiale et d'autres institutions nationales et internationales a constaté que les enfants issus de ménages pauvres sont particulièrement défavorisés pour ce qui concerne l'accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide, considérées comme les plus efficaces⁹. Cette constatation amène Fidèle K. Bassa à remettre en question l'équité de la distribution des MII⁴⁰. Dans un numéro spécial consacré à la gouvernance de la Côte d'Ivoire sous la présidence de M. Ouattara, Francis Akindès revient sur la persistance des inégalités sociales à travers son article évocateur intitulé « On ne mange pas les ponts et le goudron »⁶⁹. Cela signifie que les politiques de croissance économique soutenues par l'administration Ouattara n'ont pas profité à tous de manière égale.

Femmes enceintes et enfants. Malgré des signes encourageants d'un renforcement de la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le paludisme, la prévalence du paludisme est deux fois plus élevée chez les enfants que dans la population générale (MSHP, 2016). Avec un taux d'utilisation de moustiquaires de 17 % chez les enfants, le paludisme est le principal facteur de morbidité et de mortalité infantiles. Ce taux de vulnérabilité observé chez les enfants est lié à la situation économique des parents ou de la famille (WBG, AHDR and MSHP, 2010). L'âge moyen des victimes du paludisme est généralement de 25 ans⁶¹. Les jeunes constituent donc une catégorie de la liste des personnes potentiellement exposées au paludisme. Une évaluation des infections par le virus de la fièvre jaune montre que la plupart des cas étaient âgés d'un peu plus de 15 ans (Attoh-Touré, Dagnan and Tagliante-Saracino, 2010). Les femmes enceintes comptent parmi les personnes les plus touchées par le paludisme. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, les rapports hebdomadaires de l'UNICEF montrent que le ratio de vulnérabilité des hommes et des femmes est à peu près le même, et que les enfants ne sont que des victimes collatérales (UNICEF, 2020b, 2020c).

Populations forestières et mobilité. Les forêts de Guinée orientale s'étendent du fleuve Sassandra à la partie sud-centrale et sud-est de la Côte d'Ivoire. L'ethnie kwenie, l'une des populations forestières, a rejoint la forêt sous la pression de la migration des Malinkés. Dans cette région, certaines populations sont très mobiles sur une vaste zone géographique, ce qui les rend particulièrement vulnérables aux épidémies⁷². La transmission de maladies est courante près des plans d'eau (rivières, points d'eau). Contrairement aux communautés villageoises établies, les populations forestières sont plus susceptibles d'être en contact avec des maladies à transmission vectorielle. Elles sont également exposées aux débordements de zoonoses. Les résultats des recherches menées par le programme Ebo-CI en Côte d'Ivoire pendant l'épidémie de maladie à virus

Ebola montrent que lorsque les frontières sont fermées, les gens utilisent les sentiers pour poursuivre leurs activités commerciales^d. De ce point de vue, la vulnérabilité est liée non seulement à l'environnement naturel, mais aussi à la porosité des frontières, dont la fermeture officielle conduit à des pratiques d'échange plus informelles. En raison de sa végétation très diversifiée, dominée par la forêt guinéenne au sud et la savane soudano-sahélienne au nord, la Côte d'Ivoire a un profil climatologique et géomorphologique qui se caractérise par une variété de maladies tropicales, avec une prédominance de maladies endémiques, notamment le paludisme, le choléra et la méningite cérébro-spinale⁹.

Populations urbaines démunies. Les populations vivant dans des établissements informels urbains et périurbains sont confrontées à de nombreux défis en matière de logement, d'eau, d'assainissement et de stabilité économique, qui contribuent tous à la vulnérabilité aux maladies⁷³⁻⁷⁵. En Côte d'Ivoire, l'urbanisation croissante, l'exode rural et la crise sociopolitique (de 2002 à 2011) ont contribué à la prolifération des implantations sauvages et informelles⁷³. La plupart de ces établissements n'ont pas accès aux services urbains de base, y compris l'assainissement et la collecte des déchets. Pendant la crise sociopolitique, une grande partie de la population a fui les régions du nord, du centre et de l'ouest pour s'installer à Abidjan⁷³. Cela aggrave leur précarité et exacerbe leur vulnérabilité au paludisme, à la typhoïde et à d'autres maladies diarrhéiques.

Migrants. Entre 25 et 40 % de la population est constituée de migrants venus d'autres pays d'Afrique. La majorité des migrants viennent du Burkina Faso, du Mali, du Ghana, de la Guinée, du Nigéria et d'autres pays d'Afrique de l'Ouest. Dans le même temps, on note un grand nombre de migrants quittant les zones rurales pour les zones urbaines, dans ce qui a été appelé à tort un « exode rural »⁷⁶. Dans la pratique, la migration est plus complexe que cela, car le pays connaît également une émigration urbaine.

RIPOSTE EPIDEMIQUE ET GOUVERNANCE

Depuis 2008, la Côte d'Ivoire met en place un système de surveillance épidémiologique pour recueillir régulièrement des informations sur la santé de la population et l'état du système de santé. Elle entend ainsi surveiller l'apparition de toute épidémie et apporter des ripostes appropriées⁷⁷. Dans le cadre de cette approche préventive, des campagnes de sensibilisation et d'éducation sanitaire visant à prévenir le sida ont été mises en place par le Programme national de lutte contre le sida, les maladies sexuellement

^d <https://shsebola.hypotheses.org/eboci>

transmissibles et la tuberculose (PNLS/MST/TUB)²². Dans le cadre de ce programme, le PNLS a élaboré une politique nationale de traitement des maladies opportunistes au cours d'une infection de sida. Cette politique d'intervention reste limitée aux personnes considérées comme potentiellement vulnérables. Elle pourrait être considérée comme un modèle pour d'autres systèmes de surveillance épidémiologique.

La nécessité de disposer d'informations fiables et de données à jour pour prendre des mesures de santé publique a conduit les autorités sanitaires à doter la Côte d'Ivoire d'un système national d'information sanitaire, en 1995, appelé Système d'information de gestion (SIG)³. La mission principale de cette structure est de collecter et de cartographier les zones à risques, et de catégoriser les risques pour permettre le développement d'un plan d'intervention adapté. Cependant, la collecte de données reste limitée en dehors des zones urbaines et ces données parcellaires constituent un défi majeur en termes d'efficacité du SIG.

Héritage de l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest de 2014 à 2016

L'épidémie de maladie à virus Ebola qui a sévi en Afrique de l'Ouest de 2014 à 2016 a mis tous les pays de la région en état d'alerte. Au plus fort de la crise, l'Institut national de santé publique de Côte d'Ivoire (INSP) a mobilisé une collaboration intersectorielle « Une seule santé » dans les régions occidentales du pays, limitrophes des pays touchés par la maladie à virus Ebola⁷⁸. Il s'agissait notamment de créer des comités pour lutter contre l'épidémie au niveau local et permettre d'offrir des services d'intervention directement aux communautés. Des conseillers techniques ont également été affectés dans les bureaux régionaux de la santé pour appuyer les visites de supervision intégrée, les ateliers de validation des données, la coordination et la communication⁷⁸. Parallèlement, le projet Leadership, Management, and Governance (LMG) financé par USAID et démarré en 2011, a été élargi en 2015. Il a formé des parties prenantes intersectorielles à une approche « Une seule santé », issues notamment des bureaux, hôpitaux et centres de santé des régions et districts de santé, ou encore des secteurs de l'eau, de l'assainissement, de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche⁷⁹. Cela a contribué à décentraliser la prise de décisions et la gestion, en transférant le pouvoir vers les régions et les districts et en ramenant la prise de décisions importantes en matière de santé plus près du niveau communautaire. En juin 2017, les districts cibles étaient mieux équipés pour faire face aux menaces épidémiques. Dans un hôpital de référence, le pourcentage de cas suspects de maladies épidémiques signalés au système national de notification est passé de 26 % à 100 %⁷⁹. Le programme est désormais sous l'égide du MSHP, qui est en train de l'élargir.

Paludisme

Face à la résistance du parasite responsable de la maladie à la quasi-totalité des antipaludiques disponibles sur le marché, et en l'absence d'un vaccin efficace⁸⁰, un programme national de lutte contre le paludisme, consistant à distribuer des moustiquaires à la population, est en place depuis 1996³⁹. Pour permettre au système de santé ivoirien de garantir la prestation continue de services et de soins de qualité, financièrement et géographiquement accessibles, en particulier pour les plus démunis, la Côte d'Ivoire a entrepris de nouvelles réformes dans les secteurs de la santé²¹. On peut notamment citer l'introduction de la couverture maladie universelle (CMU) avec le paquet de base de services de santé tel qu'il est défini par l'OMS²⁰. Par ailleurs, dans son optique de lutte contre le paludisme, principale cause de morbidité en Côte d'Ivoire, le gouvernement ivoirien a mis en œuvre une politique de gratuité du traitement antipaludéen afin d'alléger le fardeau financier de l'accès au diagnostic et au traitement⁶¹.

Pandémie de COVID-19

Pour lutter contre la pandémie de COVID-19, le président Alassane Ouattara a mis l'accent sur « l'unité et la solidarité » face à ce fléau.⁸¹ Suite à cela, certains partenaires de développement technique et des entreprises du secteur privé ont fait des dons en espèces ou en nature à l'État. Les acteurs politiques et les membres de la société civile ont fait preuve de solidarité avec la population. Un plan de soutien économique a été élaboré pour fournir des fonds d'appui aux populations les plus défavorisées, afin de les aider à se préparer au relèvement après la crise.⁷ De la même façon, un fonds de garantie des prêts pour les petites et moyennes entreprises a été créé en vue de garantir un accès continu au financement aux entreprises durement touchées par la crise. Ces fonds d'intervention d'urgence à destination du secteur informel et des populations vulnérables pourraient être utilisés pour stimuler le développement. Le plan d'intervention comprend le renforcement du système de santé pour limiter la propagation de la maladie, en favorisant le dépistage et le traitement des cas.⁸² Cette vision serait guidée par les principes de précaution, par une prestation optimale, intégrée, continue et rationnelle des soins de santé, et par la participation et la discipline communautaires. En termes d'intervention, le plan envisage 8 axes stratégiques : la surveillance épidémiologique et biologique, la recherche des contacts, la gestion des cas, la riposte aux épidémies, la prévention de la transmission des maladies, la communication des risques, la mobilisation sociale et l'engagement communautaire, en plus de la recherche opérationnelle et de la création d'un cadre de gestion, de suivi et d'évaluation matricielle des mesures d'urgence et des mesures de prévention. Cette stratégie de riposte est similaire au plan de riposte à la menace de maladie à virus Ebola de 2014 à 2016³⁷. Cependant, si dans le cadre de la MVE le gouvernement a fortement communiqué sur le risque de manipulation du corps d'un cas confirmé, présumé ou

décédé, il y a eu très peu de communication sur ce risque de transmission pour la COVID-19, malgré les recommandations et les lignes directrices de l'OMS relatives à ce risque¹.

ÉTUDES DE CAS DE PREPARATION ET DE RIPOSTE AUX EPIDEMIES

La revue sélectionne trois études de cas de préparation et de riposte aux épidémies. La première concerne un programme de recherche de 1994 sur les moyens de prévenir et de réduire la transmission maternelle du VIH dans les services de santé maternelle et infantile de l'hôpital universitaire et d'un centre de santé communautaire (Formation Sanitaire de Yopougon FSU) à Abidjan, qui a décelé d'autres difficultés⁸³. Cette étude consistait à évaluer le programme de dépistage systématique des femmes enceintes. En effet, pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, la première étape de ce programme fut d'introduire le dépistage volontaire du VIH chez les femmes enceintes, éventuellement lors de leur première visite à la maternité.

Encadré 2. La lutte contre le sida en Côte d'Ivoire

En 1995, la Côte d'Ivoire est devenue le deuxième pays africain, après la Zambie, à incorporer son Programme national intégré de lutte contre la tuberculose (PNILT) dans le Programme national de lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles (PNLS), un programme qui existait de longue date, était bien établi dans le pays et avait fait ses preuves. Parallèlement, ce nouveau programme, le Plan national de lutte contre le sida, les maladies sexuellement transmissibles et la tuberculose, était doté d'un service de gestion, rompant ainsi avec la vocation presque exclusivement préventive des PNLS depuis leur création en Afrique dans la seconde moitié des années 1980. L'intégration des programmes de lutte contre le sida et la tuberculose a constitué une étape importante dans la prise en charge des patients infectés par le VIH, marquant le passage de programmes verticaux de lutte contre le VIH à des services plus intégrés. En effet, la tuberculose étant la principale maladie opportuniste associée à l'infection par le VIH, les différents centres antituberculeux (CAT) du pays ont été appelés à renforcer l'équipement des centres spécialisés dans le traitement de ces patients. Cependant, alors que la tuberculose était déjà décrite comme une « maladie sociale » et, en tant que telle, était traitée dans les cliniques TB à faible coût, l'infection par le VIH n'a jamais été traitée de cette manière, dans un contexte général marqué par le retrait de l'État du secteur de la santé et par la politique de « recouvrement des coûts de santé » auprès des usagers, recommandée par les organismes internationaux et initiée en Côte d'Ivoire au début des années 1990. Deux principaux enseignements ont été tirés de la lutte contre le VIH/sida : (1) les approches verticales des maladies épidémiques sont coûteuses et souvent inefficaces, tandis que (2) les facteurs sociaux de la maladie doivent être abordés pour réduire la vulnérabilité aux maladies et les risques futurs.

Source : Msellati, Vidal et Moatti (2001 : 15-16)

La deuxième décrit la contribution des facteurs sociaux à la riposte à l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest de 2013 à 2016⁸⁴. Cet article présente les résultats des recherches menées en Côte d'Ivoire dans le cadre du programme Ebo-CI, concernant l'interdiction des rituels funéraires pendant cette période. Ce travail consistait à analyser comment les populations des zones proches des pays touchés par l'épidémie avaient vécu ces mesures.

Encadré 3. Rituels funéraires en Côte d'Ivoire pendant l'épidémie de maladie à virus Ebola de 2014 à 2016

Pendant l'épidémie, des ordonnances interdisant les rituels funéraires ont été délivrées dans les pays touchés par l'épidémie ou présentant un risque épidémique, car ces rituels sont considérés comme le principal mode de propagation du virus par contact avec les corps de personnes décédées ou mourant de la MVE. En Côte d'Ivoire, ces pratiques sont incluses dans la catégorie des « pratiques traditionnelles dangereuses ». Les données collectées dans le cadre du programme Ebo-CI (« Côte d'Ivoire et MVE ») à Abidjan, Noé et Tabou montrent que, malgré l'intensité des campagnes de prévention, ces rituels restent inchangés. On a également observé leur diversité en fonction des zones culturelles, au sein d'une même population, leur variabilité et leur spécificité selon le statut social de la personne ; le type de décès (« mauvais »/« bon », violent/attendu, « naturel »/suspect) ; les modèles étiologiques de l'événement ; le lieu de la mort. La diversité, la variabilité et la spécificité exigent une connaissance ethnographique des rituels avant de proposer des adaptations.

Ces rituels sont également flexibles et malléables. Ils sont également associés à des risques perçus, liés à leur exécution, et à des contre-rituels proposés à titre de mesures prophylactiques en cas d'erreurs commises lors de leur exécution. Considérés comme l'ensemble des pratiques depuis le moment de la mort jusqu'à l'ancestralisation, ces rituels permettent d'objectiver la mort, de déterminer sa cause, d'apaiser les rumeurs et les discours subjectifs fondés sur des hypothèses étiologiques. Ils ont pour fonction de réduire le poids de la responsabilité par rapport à l'événement et d'estomper toute culpabilité ressentie ou affirmée. Ils constituent des mécanismes de résilience développés par les sociétés face à la mort. Les impératifs culturels, notamment religieux, apparaissent dans l'imaginaire collectif comme une « norme sociale », mais surtout comme une pratique qui permet de maintenir une sociabilité optimale entre la reproduction vivante et la reproduction sociale. Inscrits au cœur de la connaissance collective, ils contribuent également à une restauration itérative de l'ordre social. Les risques potentiellement induits par leur transgression semblent beaucoup plus

importants pour les populations que le risque lointain et hypothétique de transmission possible de la MVE.

Même s'ils semblent difficiles à articuler avec des mesures de biosécurité, une meilleure connaissance de ces rituels permettrait d'élaborer des procédures circonstanciées adaptées, en utilisant le caractère malléable de ces pratiques, la perception d'autres types de risques induits par ces rituels, ou les contre-rituels existant déjà localement.

Source : Kra F., Egrot M., Akindès F., 2017, Les rituels funéraires en Côte d'Ivoire en temps d'Ebola, dans Descalux et al., (2017 : 81)

Également basée sur les résultats du programme Ebo-CI, la troisième étude de cas est tirée du programme du Projet Sonar-Global, qui vise à développer un manuel de formation pour les chercheurs en sciences sociales en vue de renforcer les capacités, mais aussi pour les professionnels de la santé, en particulier dans les pays africains tels que la Côte d'Ivoire⁸⁵. Ce manuel a été élaboré au moyen d'une approche participative, sous la supervision d'un comité scientifique, et avec la contribution d'experts internationaux, dans le cadre du programme Rituels funéraires et épidémies en Côte d'Ivoire (RiF&piC)^e, successeur d'Ebo-CI.

Encadré 4. Expériences sociales des mesures de santé relatives à la maladie à virus Ebola aux frontières de Noé et Sipilou

Lorsque l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) a été annoncée en décembre 2013 en Guinée, la Côte d'Ivoire sortait d'une crise post-électorale qui a fait des milliers de morts et d'une situation de sécurité précaire avec des structures sociales sérieusement affaiblies. Après avoir initié le processus de réconciliation nationale, le nouveau président, qui doit garantir la cohésion sociale interne, mais aussi assurer la sécurité des populations contre toute menace extérieure pour établir sa légitimité politique, doit faire face à une menace épidémique. Cette étude montre comment les questions sociopolitiques internes influencent les politiques et les stratégies de lutte contre le risque épidémique aux frontières.

Dès l'annonce de l'épidémie, les autorités ivoiriennes ont mis en place des mesures de surveillance et des stratégies de communication aux frontières. Les recommandations portent sur le renforcement de la surveillance épidémiologique, le contrôle des

^e <http://www.lped.fr/rif-pic.html>

mouvements le long des frontières et la construction de centres de traitement Ebola (CTE). La propagation de l'épidémie au Libéria en mars 2014 a renforcé les préoccupations en raison de la frontière commune, mais aussi des liens sociaux et de la mobilité humaine importante. Alors que la menace se faisait plus pressante, les autorités ont décidé de fermer certaines frontières terrestres. Après avoir suspendu tous les vols vers les pays contaminés le 11 août 2014, les autorités ont annoncé le 23 août 2014, par la voix du Premier Ministre, la fermeture officielle des frontières terrestres avec les pays touchés, et ce, malgré les instructions de l'OMS, qui a recommandé de maintenir les frontières ouvertes afin de faciliter le contrôle des passages.

Cette mesure a produit des résultats mitigés. Alors que le gouvernement avait annoncé la fermeture des frontières, des postes de contrôle restaient ouverts, sous la supervision des forces de l'ordre. En outre, les pratiques populaires ont persisté en raison de liens de parenté avec des personnes ou des familles des pays voisins (lignées des deux côtés), qui trouvent également leurs racines dans les systèmes de production agricole (aide mutuelle dans les travaux des champs). En outre, le commerce de marchandises, les travailleurs des services pour certaines activités agricoles et d'autres biens sont importants. En raison de la fermeture officielle des frontières, les populations des trois pays (Côte d'Ivoire-Guinée-Libéria) ont participé à des funérailles clandestines. Ces populations ont parfois rapatrié les dépouilles mortelles en contournant les postes de contrôle, plus fréquentés, ce qui a favorisé le trafic illicite de marchandises. Cette mesure n'a donc pas empêché les pratiques habituelles d'obéir à des impératifs socioculturels ou économiques parfois très forts. Elle n'a pas empêché les populations de s'exprimer leur compassion, leur sympathie, ou même leur empathie. Au contraire, l'annonce de la fermeture des frontières a favorisé le développement de nouvelles stratégies pour continuer à mener des activités quotidiennes et à vivre ensemble.

Les réactions face aux personnes contournant les points de contrôle ou se livrant à des activités potentiellement risquées ont également été mitigées. Les trafiquants de marchandises étaient considérés comme des malfaiteurs. Quand ils se faisaient arrêter par la police, ils négociaient parfois leur passage contre une somme d'argent. En outre, les personnes qui assistaient à des funérailles ou rapatriaient illégalement des dépouilles mortelles en Côte d'Ivoire à partir de pays touchés par l'épidémie, étaient soupçonnées d'introduire le virus dans le pays. Toutefois, des dispositions ont été prises après avis médical pour permettre aux familles d'accomplir des rituels funéraires.

Face à des mesures de santé publique claires, les pratiques des acteurs frontaliers reposaient sur la hiérarchie des priorités et des risques, articulée avec les préoccupations politiques et sécuritaires internes et le risque d'infection. Pour comprendre l'acceptabilité

des mesures aux frontières, il convient de tenir compte de la complexité sociale, de la dynamique des interactions entre les acteurs sociaux et leurs intérêts, mais aussi du contexte sociopolitique.

Source : Kra F. (2021), in Sonar-Global team. SPECIAL SOC EPIDEMICS: Training social scientists on the social dimensions of epidemics, Billaud et al., (2021: 88)

Ces études de cas montrent comment les politiques de riposte frontalière ont été organisées, mais aussi comment les populations locales les ont vécues. Ce dernier point sera abordé dans la suite de la note d'information technique.

COMMUNICATION ET TRANSPORT

Le pays dispose de vastes réseaux routiers et liés aux technologies de l'information et des communications (TIC), et les taux de couverture des ménages de ses services publics sont relativement élevés⁸⁶. Environ la moitié (12,5 millions) de la population utilise Internet et le pays dispose de plus de connexions mobiles (37,5 millions) que d'habitants⁸⁷. À l'instar de nombreux pays africains, la Côte d'Ivoire a connu une « révolution des TIC » au cours de la dernière décennie. Le pays est connecté au câble sous-marin SAT3, qui offre une connexion Internet d'assez bonne qualité. Cependant, le coût des communications est resté quatre fois plus élevé que dans tout autre pays en développement. Ainsi, pendant la pandémie de COVID-19, pratiquement tous les ménages ont été informés de la pandémie et de la riposte du gouvernement, et les canaux de communication habituels (télévision et radio) ont été utilisés pour informer la population⁷. Les médias traditionnels sont considérés comme des sources d'information fiables à l'appui de sources alternatives telles que les parents et amis (3,8 %), les leaders communautaires (3,7 %), Facebook (2,4 %) et d'autres sources (1,6 %).

En 1959, le journal *Le Monde Diplomatique*^f a estimé la taille du réseau routier ivoirien à environ 1 575 kilomètres de routes internationales et 8 150 kilomètres de routes locales, mais celles-ci ont été principalement développées pour évacuer les matières premières. Ces efforts ont été poursuivis depuis l'indépendance. En 2016, environ 23 % des émissions mondiales de carbone provenaient du secteur des transports et la majorité provenait du trafic routier⁸⁸. En effet, les réseaux routiers nationaux et internationaux de la Côte d'Ivoire sont relativement bien développés⁸⁶. Les réseaux routier et ferroviaire de la Côte d'Ivoire sont généralement intégrés à ceux du Burkina Faso. En outre, l'indice d'accessibilité

^f <https://www.monde-diplomatique.fr/1959/10/A/23261>

rurale indique que 32 % de la population rurale environ vit à moins de deux kilomètres d'une route praticable en toute saison. Toutefois, il faudrait environ 40 000 kilomètres de routes praticables en toute saison pour que 100 % de la population rurale puisse en vivre à moins de 2 kilomètres.

Si la « route précède le développement », son absence peut également ralentir le développement, comme le décrit l'article de M. Oura intitulé « Quand la route ralentit le développement à Bangolo (Côte d'Ivoire) »⁸⁹. S'appuyant sur une étude géographique, cet article permet de saisir la teneur des efforts qui restent à faire en termes de réseaux routiers dans les zones rurales, comme le montre l'image ci-dessous.



Sur cette image tirée d'une étude géographique sur l'état des routes dans l'ouest de la Côte d'Ivoire, on peut voir des ponts en bois construits par les populations locales pour transporter leurs produits. Cependant, cette situation se complique pendant la saison des pluies. Grâce aux investissements

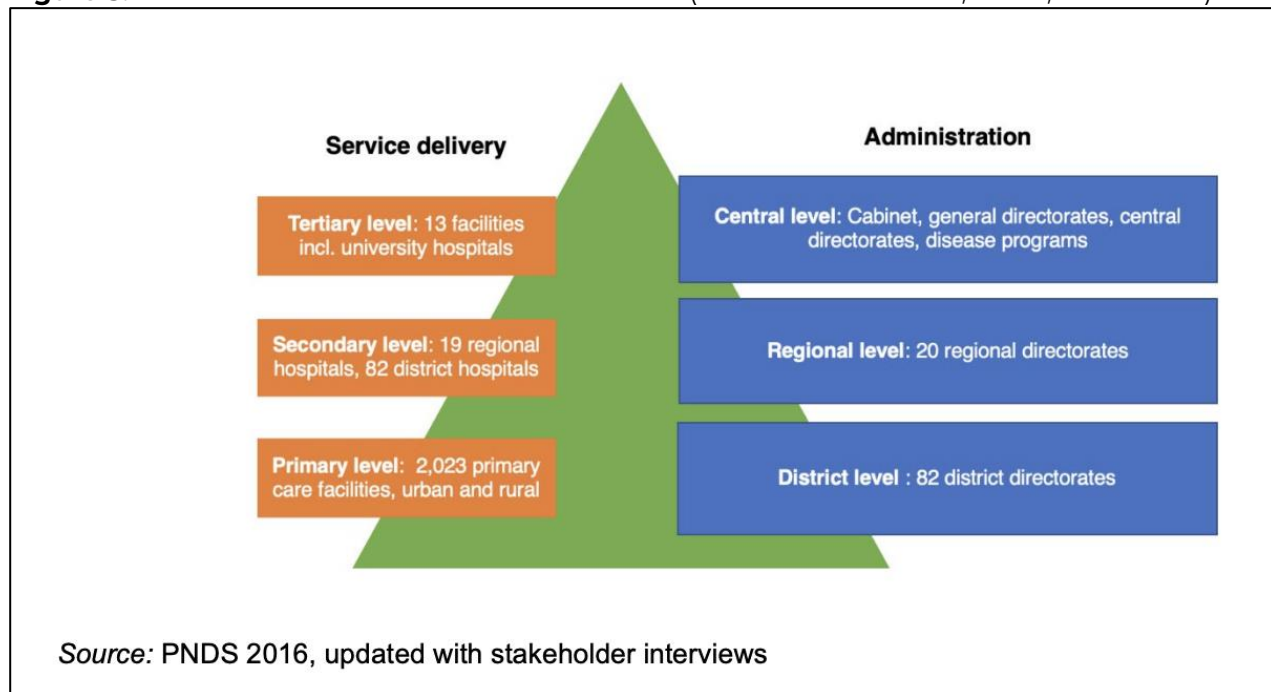
dans les infrastructures routières, l'accès des populations aux soins de santé s'est considérablement amélioré ces dernières années en Côte d'Ivoire. Plus de 68 % de la population vit désormais à moins de 5 kilomètres d'un centre de santé²⁴. La diversité du réseau routier suscite des inquiétudes quant à la gestion des épidémies aux frontières, comme le montre l'étude de cas tirée des résultats du programme Ebo-CI sur l'expérience des mesures sanitaires à Sipilou (Guinée-Côte d'Ivoire), Noé (Ghana-Côte d'Ivoire) et Tabou (Libéria — Côte d'Ivoire) pendant l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest⁸⁵. Cette question conduit à une analyse de la gouvernance, en particulier en période d'épidémie, ainsi que des principaux acteurs engagés.

GOVERNANCE ET PRINCIPAUX ACTEURS

La gouvernance du secteur de la santé est organisée de manière à refléter sa structure tripartite (Figure 5). Comme nous l'avons mentionné, la gouvernance du secteur privé n'est ni bien définie ni bien réglementée. Parmi les sources de financement externes, on peut citer la structure de gouvernance officielle du MSHP, qui fournit également des services dans le secteur de la santé. Au niveau ministériel, l'Inspecteur général est chargé de l'administration et des finances du système de santé, tandis que le processus budgétaire annuel est le principal mécanisme de redevabilité⁴. Le budget doit être

finalisé et approuvé par le Parlement avant la fin de l'exercice financier du gouvernement (qui correspond à l'année civile). Le financement des priorités en matière de santé est quelque peu compliqué par le processus de budgétisation. Premièrement, les priorités définies par le MSHP ne sont pas nécessairement respectées⁴. De plus, le budget est arrêté après les contributions de la Direction du budget, du Conseil des ministres et du Président. Il n'existe pas de système de planification intégré et l'alignement des budgets avec la planification opérationnelle est faible dans le secteur de la santé^{4,90}.

Figure 5. Gouvernance de la santé en Côte d'Ivoire (source : Duran et al., 2020 ; PNDS 2016)



Outils de gouvernance de la santé en Côte d'Ivoire

Les outils de gouvernance peuvent être classés en deux catégories. Le premier peut être considéré comme un outil d'intervention et le second comme un outil d'aide à la décision. Après une crise politico-militaire, le pays aspire à disposer d'un système de santé responsable, équitable et efficace exploitant des outils d'intervention en santé qui offriraient à tous les Ivoiriens un accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire national¹¹. Le Plan national de développement sanitaire (PNDS 2009-2013), qui a relancé les programmes de santé, promeut des valeurs d'équité, de justice sociale, d'éthique et de solidarité. Ce plan favorisait la restauration du système de santé ivoirien, en particulier dans les zones du centre-nord et de l'ouest (CNO) (les plus touchées par la guerre) ; la réaffirmation d'un système basé sur les soins de santé primaires (SSP) ; le renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité des informations sanitaires ; la mise en place d'un

système de disponibilité et d'accessibilité des médicaments essentiels ; la répartition adéquate du personnel de santé dans tout le pays ; la transition progressive des urgences sanitaires au développement de la santé ; l'élaboration de nouveaux mécanismes de financement ; et la promotion de la bonne gouvernance dans le domaine de la santé. Les PNDS 2012-2015 et 2016-2020 ont été conçus dans la même optique^{12,91}. En outre, le Plan stratégique national de la surveillance du VIH et des IST (PSNS-VIH/IST) a été introduit¹⁴.

D'autres outils considérés comme des outils d'aide à la décision ont été développés pour assurer une bonne gouvernance du système de santé. Ces outils incluent les Comptes nationaux de la santé (CNS), créés en 2007¹¹. Les CNS visent à décrire, à l'échelle nationale et sur une période donnée, toutes les activités du secteur de la santé qui contribuent directement à la production de biens et de services remplissant une fonction sanitaire. Depuis 1995, la Côte d'Ivoire dispose également d'un système national d'information sanitaire appelé Système d'information de gestion, qui permet de collecter régulièrement des données sanitaires pour les alertes précoces en cas de résurgence d'une maladie, bien que sa mise en œuvre soit inégale, en particulier dans les zones rurales^{3,92}.

L'État a également mis en place le programme d'Enquête démographique et de santé en Côte d'Ivoire (EDSCI), dont la mission est de collecter des données sur la santé de la population et les risques auxquels elle peut être exposée, afin de mieux orienter le PNDS⁹³. L'EDSCI n'a pas pu être mis à jour en 2020 comme il était prévu, en raison de la pandémie de COVID-19⁹. Créé en 2012 dans le cadre de la réforme du secteur de la sécurité et rattaché à la présidence de la République, le Conseil national de sécurité (CNS) est devenu un organe décisionnel pour les questions de sécurité à grande échelle telles que la gestion de cette crise sanitaire⁸¹. Cet organisme étatique a en effet joué un rôle important pendant l'épidémie de MVE en Afrique de l'Ouest et dans la gestion de la pandémie de COVID-19.

Principaux acteurs des politiques ivoiriennes de santé

L'examen a permis d'identifier une diversité d'acteurs engagés dans le secteur de la santé ivoirien. Ces acteurs sont composés d'institutions gouvernementales et internationales et d'ONG locales et internationales, mais aussi de partenaires techniques et financiers.

Le Ministère de la santé, avec ses directions et ses services techniques, représente les principaux acteurs du gouvernement^{92,94,95}. D'autres ministères participent à la prestation

⁹ <http://www.plan.gouv.ci/accueil/actualite/569>

des soins de santé par l'intermédiaire de leurs infrastructures de santé dites « parapubliques »¹. Les structures décentralisées jouent également un rôle important, notamment l'Union des villes et communes de Côte d'Ivoire (UVICOCI) et l'Assemblée des départements et districts de Côte d'Ivoire (ADDCI)⁹². Les associations nationales du secteur de la santé telles que l'Association de soutien à l'autopromotion sanitaire urbaine (ASAPSU), le Comité de gestion des Établissements Scolaires (COGES) pour la participation communautaire, ou encore les ordres et syndicats professionnels, sont également des acteurs clés du système de santé en Côte d'Ivoire. Le secteur privé joue un rôle important dans le système de santé, mais ses contributions s'inscrivent dans le cadre logique de la Chambre de commerce et d'industrie de Côte d'Ivoire (CCICI).

Les principaux acteurs internationaux peuvent être considérés comme des partenaires techniques pour leur contribution à la mise en œuvre de certaines politiques de santé, mais aussi et surtout comme des partenaires financiers⁹⁶. Ainsi, MEASURE Evaluation est souvent impliquée dans l'évaluation des programmes de santé²⁰. En plus d'être un partenaire financier externe important de la lutte contre le VIH/sida, le gouvernement américain, par l'intermédiaire du PEPFAR, se place parmi les acteurs majeurs, avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM). Parmi les autres donateurs figurent les agences de l'OMS, l'Agence française de développement (AFD) et l'Union européenne^h.

MEASURE Evaluation	PNUD	Banque mondiale
ONUSIDA	FNUAP	PEPFAR
HCR	ONU DC	EGPAF
UNICEF	ONU-Femmes	ICAP
PAM	OIT	CARE International
UNESCO	OMS	Alliance GAVI
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	Agence française de développement	Union européenne

La presse et les réseaux sociaux sont désormais des acteurs clés de la gouvernance et des réponses aux épidémies. Pendant la pandémie de COVID-19, face aux mesures

^h <https://ci.usembassy.gov/fr/our-relationship-fr/pepfar-fr/quest-ce-que-le-pepfar/>

interdisant les rassemblements et à la distanciation, les réseaux sociaux et les médias sociaux ont joué un rôle important dans le maintien des relations sociales³³. Ainsi, certaines cérémonies funéraires ont été transmises en direct sur Facebook pour permettre aux personnes ne pouvant pas voyager de vivre l'événement en direct. L'importance de la presse en ligne dans les campagnes de vaccination et dans la sensibilisation aux risques est quasiment incontestable⁸. La presse participe ainsi à la mise en œuvre des politiques de riposte aux épidémies.

EXPERIENCES ET RIPOSTES COMMUNAUTAIRES DES ACTEURS SOCIAUX LOCAUX

Une des stratégies de lutte contre l'infection par le VIH/sida dans les années 1990 consistait à offrir des tests de dépistage aux femmes enceintes au moment de leur consultation, mais certaines femmes ont refusé de se faire dépister⁸³. Plusieurs enseignements peuvent être tirés des résultats de l'évaluation de ce programme. Ils montrent que la plupart des femmes qui ont refusé de subir un test de dépistage estimaient qu'elles étaient probablement séropositives. Certaines des raisons sont liées au fait que l'infection par le VIH est perçue en Afrique comme « la maladie » dont on ne guérit pas, ce qui amène à croire qu'il n'est pas nécessaire de connaître son statut sérologique. Le refus de subir un test de dépistage est également associé à la vulnérabilité socioéconomique des femmes et à leur crainte de l'exclusion. Les expériences sociales décrites ci-dessus montrent que le refus de connaître leur statut sérologique est un moyen pour les femmes enceintes d'éviter d'ajouter au stress de la grossesse. Cela pourrait être analysé comme une stratégie de résilience face à la vulnérabilité psychologique causée par la grossesse.

Une expérience plus récente a été menée en lien avec la pandémie de COVID-19. En effet, en réponse à l'épidémie de COVID-19 dans la ville d'Abidjan, l'État ivoirien a décidé d'installer des centres de dépistage dans plusieurs quartiers de la ville. Cependant, les habitants de Yopougon, Koumassi et Anonoⁱ ont protesté contre l'installation de ces centres dans leurs quartiers. Le cas de Yopougon, le plus emblématique, est rapporté ici à titre d'illustration à travers le compte rendu d'un journal en ligne.

ⁱ <https://bit.ly/3f6rDUL>

Encadré 5. COVID-19 : manifestation violente contre l'installation d'un centre de dépistage en construction à Yopougon^j

Le 5 avril 2020, la Côte d'Ivoire a enregistré 261 cas confirmés, 37 guérisons et 3 décès dus à la COVID-19. Pour riposter à l'épidémie, le gouvernement a décidé de créer des centres de dépistage dans les quartiers d'Abidjan. Un centre de dépistage volontaire a ensuite été créé à Yopougon, au stade de la Brigade anti-émeute (BAE). Mais les rumeurs d'installation d'un centre de traitement des patients ont entraîné des manifestations. Sans l'intervention des forces de l'ordre, le futur centre aurait été complètement détruit par les manifestants furieux.

« On nous dit qu'il y a des malades à Cocody et Marcory, pourquoi ne pas construire des centres là-bas au lieu de venir ici, au milieu d'un quartier comme Toit Rouge ? Nous n'en voulons pas ici. Nous n'avons aucun malade de ce virus ! Qui a les moyens d'aller en Europe et de le ramener ici ? Ce sont eux là-bas (Cocody et Marcory) qui voyagent, alors laissez-les partir et installez des centres à la maison ! s'exclame l'un des manifestants. »

Image : barricades en feu



Source : Koaci.com (5 avril 2020)

Bien que les mesures prises par les pouvoirs publics pour faire face aux épidémies et les réactions sociales à ces mesures soient documentées, les contributions des acteurs locaux sont moins étudiées et analysées. En outre, bien qu'une diversité d'acteurs participe localement à la riposte aux épidémies, les agents de santé communautaires (ASC) de Côte d'Ivoire ne bénéficient pas d'un cadre réglementaire et législatif garantissant des normes de formation et une facilitation suffisantes⁹⁷.

Défis et recommandations

Face aux nombreux problèmes du secteur de la santé, que ce soit en termes de lutte contre les maladies infectieuses ou de planification des systèmes de santé, de nouvelles politiques de santé ont été élaborées pour améliorer la qualité des soins et des services de santé²³. De la même manière, plusieurs réformes ont été entreprises dans le secteur de la santé. Ces restructurations concernent des soins de santé gratuits ciblés, qui devraient donner lieu à une réforme hospitalière, à un financement basé sur les

^j <https://bit.ly/3floupg>

performances, à une décentralisation de l'organisation des interventions communautaires, à l'organisation des urgences et à une référence/contre-référence²¹. Ainsi, sous la direction du MSHP et avec le soutien des partenaires techniques et financiers, la Direction générale de la santé (DGS) coordonne la mise en œuvre de cette vision ambitieuse de la CMU à travers d'importants efforts visant à améliorer le financement et la gestion financière, à développer l'offre, la qualité et l'utilisation des services, en mettant l'accent sur la santé maternelle et infantile, et à renforcer la gouvernance du secteur de la santé⁹⁸. À cette fin, un projet de loi sur la réforme des hôpitaux est en cours d'examen depuis 2019⁹⁹. Tous ces projets témoignent de la volonté du gouvernement d'améliorer l'état de santé de la population.

Des efforts politiques doivent être faits pour mobiliser les acteurs locaux et les acteurs de la communication, afin de renforcer la confiance du public en situation d'épidémie. L'augmentation des ressources humaines de la santé met en lumière trois défis majeurs¹⁰⁰. Premièrement, il n'existe aucun outil permettant d'évaluer l'effectif total des services de santé de base, les normes et les modèles de soins spécifiques. Deuxièmement, parallèlement aux mesures d'ajustement structurel recommandées depuis 1996, des conditions socioéconomiques défavorables ont entraîné des restrictions en matière de recrutement du personnel de santé. Par conséquent, le nombre de membres du personnel approuvés est souvent disproportionné par rapport aux besoins réels. Enfin, l'introduction d'un concours d'entrée dans la fonction publique après la profession médicale a posé un problème d'absorption des ressources humaines disponibles¹⁰⁰. De ce point de vue, et parallèlement à l'actuelle pandémie de COVID-19, des efforts considérables doivent être déployés pour garantir un financement de la santé et une formation des professionnels de la santé appropriés¹⁰¹. Après la série de crises que la Côte d'Ivoire a traversées, elle doit également relever des défis en matière de mise en commun systématique des connaissances scientifiques, afin d'améliorer le système de santé et d'élaborer des politiques d'intervention efficaces et appropriées¹⁰².

Face à des acteurs que la culture a officialisés, le défi pour les agents de santé consiste à adapter les pratiques de soins à leurs conditions de vie et à leurs représentations¹⁰³. D'autres défis ont trait à l'information du public, au dépistage et au diagnostic de certaines infections, aux infrastructures de soins de santé (centres de référence et centres périphériques), à la formation du personnel soignant, aux méthodes de délivrance des médicaments, à la structuration des laboratoires impliqués dans la surveillance et au renforcement du soutien communautaire^{19,22}.

PRINCIPALES IMPLICATIONS POUR LA RIPOSTE AUX ÉPIDÉMIES

RESUME DES PRINCIPAUX PROBLEMES

Cette section décrit les principaux problèmes politiques, économiques, culturels et sociaux que posent les recommandations opérationnelles de préparation et de riposte aux épidémies en Côte d'Ivoire. Comme le note le Ministère de la santé lui-même, plusieurs facteurs ont une incidence sur la préparation aux épidémies, notamment : la faible couverture des infrastructures ; la vétusté et le sous-équipement des installations ; la pénurie de personnel de santé et sa répartition géographique inégale ; l'accès insuffisant et inégal aux soins de santé pour les populations des zones rurales ; la faible couverture vaccinale ; et l'accès limité aux médicaments, qui sont autant de facteurs contribuant à accroître la vulnérabilité des Ivoiriens aux maladies épidémiques¹¹. Une étude menée dans la ville de Grand-Bassam a conclu que la distance perçue, le revenu du chef de ménage, le coût perçu des soins, la taille du ménage, le niveau d'instruction et l'âge du ménage sont des facteurs qui déterminent l'accès aux services de santé¹⁰⁴. Tous ces problèmes sont susceptibles d'influencer l'attitude vis-à-vis des politiques de riposte aux épidémies et doivent être anticipés sous l'angle de la préparation promue par l'OMS, en particulier en ce qui concerne les épidémies émergentes³⁸. Dans cette section, nous passons en revue les facteurs contextuels qui pourraient entraver la riposte aux épidémies.

Bâtir une société fondée sur l'équité, l'égalité et la confiance après de longues périodes de crise

La majorité des documents consultés pour cette note d'information technique montrent que la série de crises que le pays a traversées a profondément érodé les liens sociaux et la confiance dans les autorités politiques. Ces situations de crise semblent créer un climat de méfiance et de défiance entre les autorités politiques et la population, mais aussi entre les groupes sociaux.

Principales implications

- Affirmer son engagement à mettre en œuvre une politique visant à améliorer la qualité des soins et des services de santé pour tous, en élaborant une déclaration de principes de qualité.
- Travailler efficacement pour réduire les inégalités sociales et promouvoir une société équitable.

- Œuvrer pour instaurer la confiance entre les autorités gouvernementales et le peuple, mais aussi au sein du peuple lui-même.

Mobilisation communautaire et utilisation des biens de santé

La quasi-totalité des rapports ministériels et des autres articles consultés souligne les défis de la mobilisation ou de la participation communautaire. Cela est important à la fois pour l'entretien des infrastructures de santé et pour la riposte aux épidémies.

Principales implications

- Assurer la formation théorique et pratique des infirmiers, sages-femmes et médecins en santé communautaire, afin d'instaurer un mécanisme de changement de comportement de la population.
- Soutenir la qualité de l'organisation des services et des soins fournis.

Établir un cadre juridique clair

Il n'existe toujours pas de cadre juridique clair pour guider les pratiques de soins dans les centres de santé. On a également remarqué que de nombreuses personnes connaissent mal leur droit à la santé. Par ailleurs, les normes juridiques d'établissement dans le secteur privé sont peu respectées. Cela est d'autant plus difficile à déceler en l'absence d'une coordination claire du secteur de la santé en Côte d'Ivoire.

Principales implications

- Élaborer et mettre en œuvre un code de santé clair pour guider les pratiques de soins.
- Mobiliser la recherche en sciences sociales pour mettre en œuvre un code de la santé qui tienne compte des réalités socioculturelles et économiques des populations.
- Sensibiliser aux droits et devoirs en matière de santé.
- Exiger des travailleurs de la santé qu'ils accomplissent leur travail avec le plus haut niveau de professionnalisme, d'intégrité et de confiance prévu dans le code de déontologie appliqué par les associations et les collèges de professionnels de la santé.

Formation des professionnels de la santé

L'examen a mis en lumière un problème de formation des soignants, qui constitue l'un des défis à relever. Ce défi de formation ne doit toutefois pas se limiter aux pratiques biomédicales. La prestation des soins de santé se complexifie et les professionnels de la santé devraient maîtriser certains éléments d'anthropologie médicale qui leur permettraient de mieux pratiquer dans un contexte multiculturel. Les contributions des sciences sociales devraient également être adaptées aux contextes actuels des épidémies émergentes.

Principales implications

- Développer la capacité des agents de santé à s'immerger dans l'environnement socioculturel des patients ou des communautés concernés.
- Introduire des cours de sciences sociales dans les modules de formation des agents de santé.
- Promouvoir et collaborer avec les spécialistes locaux des sciences sociales et jeter des ponts entre les professionnels des sciences sociales et de la santé.

Couverture maladie universelle (CMU)

Le gouvernement national s'est engagé à mettre en place la CMU et à veiller à ce que les services de santé soient accessibles à l'ensemble de la population. Bien que ce plan soit ambitieux, il est nécessaire de veiller à sa mise en œuvre.

Principales implications

- Plaider en faveur de l'amélioration du financement, de la gestion financière, de l'offre, de la qualité et de l'utilisation des services et du renforcement de la gouvernance du secteur de la santé.
- Faire pression auprès des partenaires de développement pour qu'ils apportent un appui technique et financier à la mise en œuvre d'une politique visant à améliorer la qualité des soins et des services de santé dans le cadre de la CMU.

Mobilisation des communautés, rumeurs et violence en situation d'épidémie

La littérature montre l'existence d'un problème de communication autour des maladies ou des épidémies entre les autorités et la population. Ce manque de communication a conduit à des actes de protestation populaire fondés sur des rumeurs pendant la pandémie de COVID-19.

Principales implications

- Élaborer des mécanismes pour mesurer le respect des informations et l'engagement des communautés.
- Développer des approches de communication inclusives pour favoriser le soutien de la population.

- Œuvrer au diagnostic des logiques sociales, économiques, culturelles et politiques qui conduisent à une mauvaise interprétation et à une mauvaise information dans le contexte épidémique.

Inégalités en matière de santé

La question de l'inégalité d'accès aux soins de santé, qui privilégie largement les personnes aisées, est une question importante dans l'histoire du système de santé ivoirien¹⁰⁵. Comme le note M. Akindès, même si des efforts sont faits pour améliorer le système de santé ivoirien, le schéma de répartition montre la persistance des inégalités sociales¹⁰⁶. La politique nationale ivoirienne (avant 2011) a institutionnalisé une identité ivoirienne avant la guerre civile. Celle-ci exacerbat la marginalisation des minorités ethniques et des immigrants, désignés comme boucs émissaires. Les tensions en cours perdurent. La catégorie de personne qui a accès à un type de soins en est une manifestation. L'inégalité en matière de santé affecte doublement les soins : elle limite l'accès des populations pauvres et vulnérables, ce qui influe sur leur perception du secteur de la santé, et nuit également à la confiance dans le système de santé.

Principales implications

- Le contexte des inégalités (par exemple, pour les populations forestières, les populations urbaines démunies, les migrants) est important pour comprendre comment la préparation et la riposte du système de santé aux épidémies et le schéma de propagation d'une épidémie pourraient se dérouler en Côte d'Ivoire.
- L'histoire de conflit armé et de réconciliation détermine quels Ivoiriens ont le sentiment d'appartenir à la société ivoirienne actuelle, et influe sur la confiance que peuvent accorder les différentes catégories de population au programme de lutte contre l'épidémie financé par le gouvernement.
- Le plan élaboré par le gouvernement après le conflit pour stimuler la croissance économique n'a pas profité à l'ensemble de la population ivoirienne, et les groupes vulnérables se sentent exclus et toujours économiquement vulnérables. Cela a des implications sur le profil des personnes qui recherchent des soins pendant une épidémie.
- Faire la promotion vive et durable de l'équité en matière de santé en tant que principe visant à remédier aux injustices subies par les individus ou les groupes moins favorisés.
- En situation d'épidémie, prodiguer des soins aux différents groupes de populations, indépendamment de leur situation géographique, économique, sociale, organisationnelle ou linguistique.

- Offrir des possibilités d'améliorer bien-être et qualité de vie dans le contexte des épidémies, au lieu de chercher à résoudre tous les problèmes résultant d'une mauvaise santé.

Disponibilité et accessibilité des données

Très peu de données de santé sont disponibles et accessibles, en particulier en ligne. Le manque et la fragilité des données disponibles sur l'incidence de l'infection par le VIH et sa prévalence sont l'une des principales difficultés et sources de controverse sur l'ampleur de l'épidémie de VIH en Afrique⁴⁹. La Côte d'Ivoire a vécu une série de crises militaires et sociopolitiques, au cours desquelles plusieurs bases de données historiques ont été détruites. À cet égard, le Plan national de développement sanitaire 2016-2020 (PNDS 2016-2020) note un manque de mémoire institutionnelle, qui se traduit par un problème d'archivage des données et entraîne un manque de traçabilité de certaines réglementations¹². On peut citer à ce titre les décrets et arrêtés relatifs au fonctionnement et à l'organisation des structures de santé, tant au niveau central qu'au niveau décentralisé. On dispose également d'un nombre restreint de données sur les populations vulnérables, ainsi que dans les zones dépourvues d'infrastructures pour en faciliter suffisamment l'accès¹⁰⁷. Ce problème de manque de données est un obstacle au développement de la riposte épidémique en Côte d'Ivoire.

Principales implications

- Les données disparates ou manquantes limiteront les activités de préparation et de riposte aux épidémies. Les données de surveillance de base peuvent être indisponibles dans les zones rurales.
- À l'inverse, il serait possible de tirer parti des agents de santé communautaires et de l'infrastructure actuelle des villages pour développer des mécanismes de compte rendu à partir de la base en utilisant des solutions à faible technologie telles que les SMS.
- Les systèmes d'orientation et de compte rendu doivent être renforcés.
- Contrôler la rigueur de la gestion des informations et établir un modèle standard d'enregistrement des données.
- Définir un cadre institutionnel pluridisciplinaire de surveillance épidémiologique.
- Impliquer les socioanthropologues de la santé dans le processus de collecte des données et inclure des données ventilées par sous-population dans l'évaluation et le suivi des indicateurs.

Gouvernance et leadership

Des études du Ministère de la santé et de ses partenaires ont recensé une multitude de problèmes liés à la gouvernance et à la question du leadership. Notre analyse du système de santé révèle plusieurs défis, notamment :

- l'absence d'une politique de qualité et d'un plan stratégique, une planification et une coordination insuffisantes des mesures sanitaires, une mauvaise diffusion des documents (politiques, lignes directrices et guides) élaborés au niveau national ;
- un transfert insuffisant des compétences du ministère aux autorités locales ;
- un partenariat public-privé insuffisant ;
- l'absence d'un statut défini pour les partenaires communautaires et les prestataires de services du système de santé ;
- une coordination intersectorielle insuffisante ; et
- l'absence d'une réglementation ordonnant aux Directeurs départementaux de la santé (DPS) et aux autres autorités sanitaires locales de mettre des informations budgétaires et financières à la disposition de la population^{12,23}.

Cette note d'information technique a relevé l'absence d'une stratégie de sensibilisation et d'information de la population sur ses droits en matière de santé. Néanmoins, la majorité des décisions émanent du district sanitaire local, qui travaille en collaboration avec les COGES⁹. Bien qu'ils soient chargés de surveiller la bonne mise en œuvre de la politique de recouvrement des coûts pour la prestation des soins et la fourniture des consommables médicaux, ces comités de gestion ne sont pas élus et ne sont pas très représentatifs. Quant à la participation communautaire à la gestion des activités des établissements de santé, elle est faible, voire inexistante.

Principales implications

- Maintenir un haut niveau d'ouverture, d'efficacité, d'efficience, de transparence et de redevabilité dans l'élaboration et la gestion de la riposte aux épidémies, mais surtout dans le système national de santé en général.
- La structure actuelle de gouvernance pourrait ne pas être assez solide pour riposter rapidement à une épidémie. La gouvernance des systèmes de santé doit être intensifiée et renforcée, au niveau des villages jusqu'au niveau national.
- Les systèmes de santé et la planification de la riposte aux épidémies doivent être renforcés au niveau national.
- Les comités de gestion doivent être plus participatifs.

- La collaboration intersectorielle peut être encouragée, sur le modèle des équipes spéciales nationales de riposte aux épidémies d'autres pays (par exemple, l'ESN ougandaise).

Ressources humaines de santé et gestion des infrastructures de santé

En ce qui concerne les ressources humaines de santé, les principaux problèmes identifiés sont la répartition inégale des infrastructures de santé et du personnel de santé à travers le pays^{18,21,93,100}. Il convient de souligner le manque d'incitations pour le personnel de santé, le manque de compétences de gestion du personnel de santé, ou encore le manque de modules de formation en lien avec la gestion de la qualité des soins et des services de santé proposés par les établissements de formation. Le plan stratégique national de surveillance du VIH et des IST 2020-2024 examine les efforts déployés pour recruter des médecins dans le secteur public¹⁴.

Principales implications

- La contribution des travailleurs de la santé à la riposte à aux épidémies est vitale et devra inclure la connaissance, la compréhension et l'acceptation des contraintes en termes de coût, de temps et de qualité des soins et des services de santé.
- Le personnel des systèmes de santé varie des zones rurales aux zones urbaines, les zones rurales étant confrontées à des pénuries.
- La dotation en effectifs d'infirmiers et de sages-femmes s'est améliorée, et ces personnes devraient participer aux formations des effectifs de riposte aux épidémies.
- Les effectifs du système de santé publique doivent être suffisamment rémunérés et formés (et suivre des stages de perfectionnement régulièrement) pour renforcer les liens avec les systèmes de riposte aux épidémies.

Participation communautaire

La mobilisation communautaire en matière de santé doit être menée par les autorités locales, en particulier par le COGES. L'exemple ci-dessous décrit le fonctionnement du Comité de gestion des établissements scolaires (COGES) et sa contribution à la participation et à la mobilisation des acteurs locaux dans la gestion des problèmes de santé.

Encadré 6. Participation communautaire par l'intermédiaire du COGES

En Côte d'Ivoire, les initiatives de participation communautaire aux services de santé font partie de la mise en œuvre de la stratégie de soins de santé primaires (SSP).

Concrètement, les initiatives dans ce domaine ont consisté à établir des comités de gestion (COGES) au niveau de chaque établissement de santé et à utiliser des relais communautaires, notamment des agents de santé communautaires. Dans les zones urbaines, le comité de gestion des écoles (CGE) est présidé par le préfet. La communauté est représentée par les représentants élus des autorités décentralisées. Chaque année, le rapport de gestion et le projet de budget sont établis par le directeur de l'établissement de santé et soumis au CGE pour approbation. Dans les zones rurales, la participation des communautés occupe une place importante. Chaque localité appartenant à la zone de santé de l'établissement de santé est représentée par un membre. Les fonctions de président et de trésorier sont assumées par la communauté. Seule la fonction de secrétaire est confiée au personnel de santé. Toutefois, les COGES jouent leur rôle sur une base volontaire et leur fonctionnement se caractérise par une faible implication dans la vie des établissements de santé et une faible participation aux activités. En outre, leur pouvoir de décision est limité, notamment en ce qui concerne la gestion des ressources humaines et du matériel. En ce qui concerne les COGES des établissements de santé communautaires, ils s'approprient bien la gestion des outils de production de soins de santé, mais la gestion financière est approximative. La population bénéficiaire participe peu au système de gestion communautaire et les conflits avec le personnel de santé affecté par le ministère de la Santé sont fréquents.

Source : GBM et al. (2010 : 86-87)

Au niveau des partenaires des soins de santé communautaires, plusieurs problèmes pourraient constituer un obstacle à la riposte aux épidémies^{108,109}. Il s'agit, entre autres, du manque de connaissance des droits et devoirs des populations en matière de santé, du manque de participation des acteurs locaux à la prise de décision dans les établissements de santé et de l'absence de cadre d'évaluation de l'expérience des pratiques thérapeutiques dans les établissements de santé. En outre, il n'existe pas de plateforme de collaboration entre les groupes de patients et les gestionnaires des établissements de santé^{108,109}. Ces problèmes sont à la fois structurels et cycliques et varient selon les zones rurales et urbaines. Un rapport conjoint de plusieurs institutions a spécifiquement discerné trois défis liés à la participation communautaire, notamment : « 1) une faible fréquentation des centres de santé, 2) une faible participation aux activités de gestion du centre de santé, 3) un pouvoir limité dans le processus décisionnel, en particulier dans la gestion des ressources humaines, des équipements et dans la préparation du budget des établissements de santé »¹¹⁰.

Cependant, les COGES semblent mieux fonctionner dans les centres de santé communautaires urbains et dans les Formations sanitaires urbaines communautaires. Le

rapport conjoint susmentionné indique une meilleure appropriation de la gestion des outils de production de soins de santé, mais une appropriation approximative de la gestion financière par ces établissements de santé publique¹⁰. Néanmoins, la participation de la population bénéficiaire au système de gestion communautaire est faible, les relations avec le personnel de santé affecté par l'autorité de contrôle sont conflictuelles et la qualité des services fournis aux usagers se détériore. Malgré ces problèmes, ces établissements de santé sont davantage fréquentés par la population, certainement parce que les frais sont mieux respectés et qu'ils sont plus accueillants⁹.

Principales implications

- La préparation aux épidémies doit tenir compte du rôle des communautés dans le recensement des priorités locales, des vulnérabilités et des stratégies visant à atténuer les épidémies.
- Promouvoir la résilience de la communauté pour aider les membres de la communauté à s'organiser, à surmonter leurs défis et à améliorer leur vie quotidienne face aux épidémies.
- Les communautés peuvent agir comme une « première ligne de défense », informant les autorités sanitaires régionales des épidémies pour une riposte rapide.
- Les établissements de santé publique peuvent être encouragés à collaborer avec les membres de la communauté, par l'intermédiaire des agents de santé communautaires ou d'autres mécanismes existants. Il convient de favoriser les relations bien avant toute épidémie, afin d'améliorer la coopération entre les travailleurs de la santé et les membres de la communauté lors d'une urgence.
- Les COGES peuvent jouer un rôle important dans les politiques de préparation et de riposte aux épidémies, en particulier pour mobiliser les acteurs locaux. Pour cela, il faut les autonomiser et les valoriser au sein des communautés.

Médecine traditionnelle

En Côte d'Ivoire, l'exercice et l'organisation de la médecine traditionnelle et de la pharmacopée sont réglementés par la loi n ° 2015-536 du 20 juillet 2015 et le décret n ° 2016-24 du 27 janvier 2016 portant sur le Code d'éthique et de déontologie des praticiens de la médecine traditionnelle et de la pharmacopée¹⁴. Selon le MSHP, plus de 8 500 praticiens de la médecine traditionnelle (PMT) ont été recensés dans le cadre du Programme national de promotion de la médecine traditionnelle (PNPMT). En 2010, 1 204 PMT ont été formés, notamment en anatomie et hygiène conventionnelle et en droits de propriété intellectuelle.

Principales implications

- En Côte d'Ivoire, comme dans d'autres régions du continent africain, la médecine traditionnelle est ancrée dans la culture, accessible et abordable. Elle constitue l'une des principales sources de soins de santé.
- L'implication des praticiens de la médecine traditionnelle pourrait inclure une formation sur les références et la reconnaissance des pratiques de traitement et de prévention ayant une signification locale.
- La recherche de soins de santé est souvent multidimensionnelle et peut inclure des sources de soins traditionnelles et de soins biomédicaux. Si des fournisseurs peuvent déjà collaborer, il est possible d'encourager ces collaborations pour que les guérisseurs traditionnels orientent les cas de maladies infectieuses aux autorités sanitaires locales.

Vulnérabilités, éducation et comportement en matière de santé

Cette inadaptation des soins a déjà mené à des pratiques de dissimulation ou de migration des personnes infectées par le passé⁷⁷. Les enseignements tirés de la lutte antipaludique font ressortir la pratique de la mauvaise prescription des antipaludiques. Cela indique qu'il convient de mieux connaître leur efficacité et leur utilisation dans divers environnements sociaux, culturels et économiques et la répartition géographique des vecteurs résistants aux insecticides pour pouvoir élaborer des stratégies efficaces⁸⁰.

Principales implications

- Les soins de santé en cours d'épidémie doivent être adaptés aux visions du monde des populations locales, et notamment à leurs réalités sociales et culturelles. L'insensibilité aux points de vue culturels peut encourager les gens à dissimuler une maladie ou à migrer vers d'autres régions pour y recevoir des soins.
- Exiger la disponibilité d'agents de santé préalablement aux épidémies afin d'être plus proche des populations et de renforcer la compréhension et la confiance.

Établissements de santé

En 2014, l'OMS a noté que la Côte d'Ivoire ne consacre que 5,7 % de son PIB à la santé, ce qui en fait l'un des pays africains qui dépensent le moins dans ce secteur^k. Cependant, entre 2015 et 2016, le gouvernement ivoirien a construit et équipé environ 3 000 nouveaux établissements de soins de santé primaires²⁴. De nombreux défis restent toutefois à relever pour faire face efficacement à une crise épidémique.

^k <https://docplayer.fr/175372751-Partnership-ready-cote-d-ivoire-le-secteur-de-la-sante.html>

Principales implications

- Les infrastructures de santé doivent être renforcées pour faire face aux futures épidémies de maladies infectieuses. Plus précisément, les établissements doivent être autonomes pour gérer les ressources et répondre à leurs besoins.
- Les dépenses des systèmes de santé sont faibles au niveau national et doivent être augmentées.

Maladies tropicales négligées et autres maladies infectieuses

Il y a beaucoup à apprendre de la gestion des maladies tropicales négligées (MTN) en Côte d'Ivoire. En fait, malgré les efforts du gouvernement, il convient de noter que la lutte contre les MTN a rencontré des difficultés, à savoir : le manque de compétences du personnel de santé en matière de diagnostic et de prise en charge des MTN, la faible capacité des structures de santé en matière de prise en charge des cas de MTN, l'intégration insuffisante du diagnostic et de la prise en charge des MTN dans les structures de santé, l'absence de stratégies de recherche active de cas, la sous-déclaration des données sur les MTN dans le système d'information de gestion (SIG), le sous-financement des interventions de lutte contre les MTN¹². Dans les années 1990, l'augmentation des taux de mortalité due au sida en Côte d'Ivoire était imputable aux infections dites opportunistes et aux maladies parasitaires⁴⁹. Les données épidémiologiques sur la vulnérabilité face à la pandémie actuelle montrent que, outre les personnes âgées, les personnes souffrant de comorbidités sont les plus exposées^{7,33,93}. La lutte contre ces maladies exige une meilleure compréhension des maladies négligées et des possibilités et pratiques sociales qui les entourent.

Principales implications

- Les maladies et affections existantes seront problématiques pour les futures épidémies de maladies infectieuses, en particulier celles qui touchent les personnes souffrant de comorbidités.
- La riposte épidémique doit être intégrée aux systèmes de santé existants pour gérer de manière coopérative toute épidémie en plus des menaces sanitaires existantes.

Qualité des soins et infections nosocomiales

La question de l'hygiène en milieu hospitalier et des infections nosocomiales est un problème majeur. En effet, l'hygiène des établissements de santé est déplorable en Côte d'Ivoire⁹. La question de l'hygiène et la question de l'évaluation de son impact sur les infections nosocomiales suscitent la réflexion. En 1999, la prévalence des infections

nosocomiales était de 9 % dans les hôpitaux universitaires de Cocody et de Yopougon, et de 11 % dans celui de Treichville¹¹². En 2006, la prévalence des infections nosocomiales liées à des problèmes d'hygiène dans l'unité de soins intensifs de l'Hôpital universitaire de Yopougon a atteint 85 %, entraînant sa fermeture temporaire¹¹². Cela démontre que la question de l'hygiène dans les établissements de santé et des infections nosocomiales est un véritable problème qui peut avoir un impact important sur les stratégies de lutte contre les épidémies. Toutefois, compte tenu de la menace persistante de la maladie, l'ignorance de certains aspects de ses aspects pourrait constituer une faiblesse en termes de prévention de la transmission nosocomiale de la maladie¹¹².

Principales implications

- Lors des précédentes épidémies en Afrique, les infections nosocomiales ont mis les agents de santé et les patients en danger. L'hygiène des hôpitaux et des établissements de santé est vitale, à la fois pour assurer la sécurité des employés et pour que les membres de la communauté sachent qu'un établissement est sûr et propre.
- Les infections nosocomiales peuvent également influencer sur la perception qu'ont les membres de la communauté des établissements de santé et leur choix de s'y faire soigner.

PRINCIPAUX ACTEURS

INSTITUTIONS DE SCIENCES SOCIALES

L'Université Alassane Ouattara (<https://accueil.univ-ao.edu.ci/>). Avec la Chaire UNESCO de bioéthique (<http://www.chaireunescodebioethique-uao.com/>), le Département d'anthropologie et de sociologie, et le Centre de recherche pour le développement, l'Université Alassane Ouattara est l'une des principales écoles de recherche en sciences sociales du pays, et possède une longue expérience de recherche en matière de santé et de développement en Côte d'Ivoire. Depuis l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest (de 2013 à 2016), la Chaire UNESCO de bioéthique s'intéresse particulièrement à l'anthropologie de la mort, avec un projet de développement d'un pôle d'anthropologie des épidémies à l'Université Alassane Ouattara. Ce projet est soutenu par le Réseau anthropologie des épidémies émergentes (RAEE) (<https://shsebola.hypotheses.org/>) dont la Chaire UNESCO de bioéthique est membre depuis 2014, avec pour point focal Firmin Kra. Dans cette dynamique d'anthropologie des épidémies, la Chaire UNESCO de bioéthique, par l'intermédiaire de Firmin Kra et de Francis Akindès, vient de rejoindre un Groupe international de recherche (GIR) soutenu

par l'Institut de recherche pour le développement (IRD) <https://www.ird.fr/node/8>. Le partenariat pourrait inclure des évaluations qualitatives et des méthodes d'évaluation mixtes des perspectives en matière de riposte aux épidémies, et l'adoption des comportements et services associés.

Le Centre suisse de recherches scientifiques en Côte d'Ivoire (CSR) (<https://www.csrs.ch/>) est placé sous la double supervision des deux ministères en charge de la recherche scientifique en Côte d'Ivoire et en Suisse, cosignataires d'un accord de coopération scientifique entre les deux pays. En plus de son activité de centre de recherche, le CSR participe au financement de la recherche par des appels à projets. Toutefois, ses domaines prioritaires sont la recherche sur le développement économique.

Centre ivoirien de recherches économiques et sociales (CIRES) — (https://www.cires-ci.com/Mission_Objectifs.php). Le centre a pour missions principales d'entreprendre des activités de recherche sur les problèmes économiques et sociaux de la Côte d'Ivoire et des pays de la sous-région, d'établir des relations régulières avec le plus grand nombre possible d'organismes économiques publics ou privés, et de publier des travaux de recherche sur les disciplines économiques et sociales.

L'Université Félix Houphouët Boigny (<https://www.univ-fhb.edu.ci/index.php/ufr-shs/>). Avec le Département d'anthropologie et le Département de sociologie de l'UFR des sciences humaines et sociales, l'Université Félix Houphouët Boigny s'intéresse aux questions de santé en général, mais aussi au sujet du vieillissement.

Le PAC-CI — (<https://pac-ci.org/>). Selon un accord conclu entre le Ministère de la santé ivoirien et l'NRS, le PAC-CI a deux objectifs : (i) la formation du personnel de santé à la recherche médicale sur le VIH/sida ; (ii) l'application de la recherche sur le VIH/sida, dont les résultats seraient utiles aux populations touchées. En 2010, les objectifs du PAC-CI ont été étendus à l'ensemble des maladies infectieuses.

Chercheurs nationaux :

- Firmin Kra, est anthropologue au Département d'anthropologie et de sociologie de l'Université Alassane Ouattara. Il est associé à la Chaire UNESCO de bioéthique et au Laboratoire Population, Environnement et Développement (UMR 151, IRD-AMU). Il est membre d'un programme Jeunes équipes associées à l'IRD (JEA), dénommée RiF&piC (Rites funéraires et épidémies en Côte d'Ivoire). Il est le coordinateur de l'axe anthropologique de cette JEA. Il est le représentant en Côte d'Ivoire du Réseau anthropologie des épidémies émergentes (RAEE). Il est le coordinateur de l'axe rites funéraires et épidémie de Covid-19 du programme [COMESCOV](#) financé par l'ANR en

France. Son domaine de recherche comprend l'anthropologie des épidémies, l'anthropologie des rites funéraires, l'analyse des politiques de prévention et de riposte aux épidémies et le marketing social en santé.

- Francis Akindès, sociologue, est professeur à l'Université Alassane Ouattara. Président du Conseil scientifique de l'Université Alassane Ouattara, il est également directeur de la Chaire UNESCO de bioéthique. En ce qui concerne son influence scientifique, nous notons qu'il est, entre autres, Vice-Président du Conseil scientifique du Fonds français de la Croix-Rouge, membre du Conseil scientifique de l'AFD (Agence française de développement), membre du Conseil scientifique du Centre suisse de recherche scientifique et du Conseil d'administration d'Osiwa. Ses intérêts scientifiques sont variés et comprennent les transitions politiques, la violence politique, l'économie politique des inégalités en matière de santé, l'analyse des politiques publiques et les politiques de sortie de crise.
- Dimi Théodore Doudou, sociologue, est sociologue médical et membre du Centre de recherche et de développement (CRD) de l'Université Alassane Ouattara.

ORGANISATIONS ENGAGEES DANS LA RIPOSTE AUX EPIDEMIES EN COTE D'IVOIRE

Organismes internationaux

Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC) — les CDC travaillent en étroite collaboration avec le gouvernement national sur le VIH, le paludisme et la tuberculose. Ils travaillent également étroitement avec le gouvernement afin de renforcer ses capacités de laboratoire, de surveillance et de main-d'œuvre pour riposter aux épidémies en appui du Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale. <https://www.cdc.gov/globalhealth/countries/cote-d-ivoire/default.htm>

Comité international de la Croix-Rouge (CICR). Le CICR collabore à la réunification transfrontalière entre le Libéria et la Côte d'Ivoire. En cas d'apparitions et d'épidémies de maladie, la Croix-Rouge collabore avec les autorités dans les lieux de détention (par exemple les prisons) et aux points de passage frontaliers. Ils œuvrent au renforcement des pratiques standard telles que le dépistage médical des nouveaux arrivants et la distribution de matériel d'hygiène. <https://www.icrc.org/en/where-we-work/africa/cote-ivoire>

MSF (Médecins sans frontières) travaille avec le MSHP sur les soins de santé maternelle. Dans la région de Hambol, la réorganisation soutient l'amélioration des urgences obstétriques et néonatales. <https://www.msf.org/c%C3%B4te-divoire>

Médecins du Monde est un mouvement international indépendant constitué de militants actifs qui fournissent des soins, témoignent du changement social et le soutiennent. Médecins du Monde œuvre pour permettre aux personnes exclues et à leurs communautés d'accéder aux soins de santé tout en luttant pour l'accès universel aux soins. <https://www.medecinsdumonde.org/fr/pays/afrique/cote-divoire>

Health Alliance International a travaillé en partenariat avec le Ministère de la santé et de l'hygiène publique de Côte d'Ivoire. <https://www.healthallianceinternational.org/ci/>.

ONG ivoiriennes

Le ministère de la Santé répertorie 258 ONG (<http://www.serviceong-sante.ci/>), dont certaines ne figurent pas sur cette liste bien qu'elles soient actives. Elles sont présentées ici.

L'Association de soutien à l'autopromotion sanitaire urbaine (ASAPSU) améliore les conditions socio-sanitaires des populations vulnérables et défavorisées dans les zones urbaines et périurbaines. <http://asapsu-ci.org/>

La Fédération nationale des organisations de santé de Côte d'Ivoire (FENOS-CI) apporte un appui technique et financier aux organisations de la société civile et travaille en étroite collaboration avec les partenaires gouvernementaux et internationaux pour améliorer la santé dans le pays. <https://fenosci.org/>

La PSI Côte d'Ivoire (PSI CI) est une succursale entièrement intégrée à PSI et un pôle régional pour les membres du réseau PSI en Afrique de l'Ouest francophone. <https://www.psi.org/country/cote-divoire/>

Le Centre solidarité et action sociale (CSAS) lutte contre le VIH-sida en Côte d'Ivoire, d'abord en fournissant un soutien psychologique et social aux patients dans les premiers jours de la pandémie alors qu'aucun traitement n'est disponible dans le pays, puis en luttant sans relâche pour : la fourniture de médicaments antirétroviraux à tous les patients testés positifs ; l'extension d'une gamme de services de prévention, de soins et de soutien aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et à leurs familles. <https://plateforme-elsa.org/structure/centre-sas/>

Bouaké Eveil a pour but d'améliorer la qualité des soins globaux des PVVIH dans la région de Gbêkê ; de répondre aux besoins médicaux, sociaux, économiques, psychologiques et juridiques des personnes infectées ou touchées par le VIH et des patients atteints de tuberculose ; d'intégrer les PVVIH dans leur famille et la communauté en cas de rejet ; de

fournir une éducation préventive aux familles touchées et à la communauté pour réduire la discrimination et la stigmatisation ; de contribuer à la réduction de la propagation des IST, du VIH et de la tuberculose ; de contribuer au traitement des OVC/PVVIH et plaider pour eux ; de lutter contre la violence basée sur le genre (VBG) et contre le PVVIH. <https://ongbouakeeveil.wordpress.com/>

Agences de l'Organisation des Nations Unies

L'Organisation internationale pour les migrations (OIM) est un partenaire clé dans les mouvements transfrontaliers et le franchissement des frontières lors d'une épidémie comme celle de la maladie à virus Ebola. L'organisation mène des opérations liées aux interventions d'urgence, principalement axées sur les réfugiés et les demandeurs d'asile.

L'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance) — a soutenu le gouvernement dans l'élaboration de stratégies de communication et dans ses efforts de mobilisation communautaire dans le cadre de la riposte aux épidémies. L'UNICEF pourrait appuyer les efforts pour entrer en contact avec les populations difficiles à atteindre en cas de future épidémie.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) — est le partenaire clé du gouvernement ivoirien sur les questions de santé. Elle fournit un appui au financement et à l'élaboration de politiques de préparation et de riposte aux épidémies.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) — Réunissant les efforts de 11 organismes des Nations Unies, l'ONUSIDA vise à coordonner le travail des diverses agences des Nations Unies dans la lutte contre la pandémie de VIH/sida. Comme dans plusieurs pays, c'est un partenaire financier important du gouvernement ivoirien dans la mise en œuvre des politiques de lutte contre le sida.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier le D^r Damus Paquin Kouassi (Université Alassane Ouattara), le D^r Anoua Adou Serge Judicaël (Université Alassane Ouattara), le D^r Anicet Zran (Université Alassane Ouattara) et le D^r Santiago Ripoll (Institute of Development Studies) pour leur contribution technique et leur relecture.

Citation suggérée : Kra, F. et Schmidt-Sane, M. (2021) L'Afrique contre les épidémies : Principales considérations en matière de préparation et de riposte aux épidémies en Côte d'Ivoire, *Note d'information*.

Publiée en juin 2021



Tackling deadly diseases in Africa



Ceci est un document en libre accès diffusé selon les termes de la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0 (CC BY), qui autorise l'utilisation, la diffusion et la reproduction sans restriction et sur tout support, à condition que les auteurs et les sources originaux soient crédités, et toute modification ou adaptation mentionnées.

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode.fr>

LEGENDE DES PRINCIPALES FIGURES

Figure 1. Pyramide de la santé en Côte d'Ivoire (Canivet et Lecocq, 2019 : 28)	
Médecine conventionnelle	Médecine conventionnelle
Secteur privé	Secteur privé
Secteur public	Secteur public
Médecine traditionnelle	Médecine traditionnelle
Polycliniques	Polycliniques
Cliniques	Cliniques
Centres et cabinets médicaux	Centres et cabinets médicaux
Infirmeries	Infirmeries
Associations et organisations à base communautaire (ABC/OBC)	Associations et organisations à base communautaire
Institutions	Institutions
Médecine du travail	Médecine du travail
Médecine scolaire	Médecine scolaire
Cabinet et directions centrales TERTIAIRE	Cabinet et directions centrales TERTIAIRE
Directions régionales SECONDAIRE	Directions régionales SECONDAIRE
Districts de santé PRIMAIRE	Districts de santé PRIMAIRE
NIVEAUX	NIVEAUX
Établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence (ESDR)	Établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence (ESDR)
Établissements sanitaires de recours pour la première référence (ESPR)	Établissements sanitaires de recours pour la première référence (ESPR)
Établissements sanitaires de premier contact (ESPC)	Établissements sanitaires de premier contact (ESPC)
4 centres hospitaliers universitaires (CHU) 5 instituts nationaux spécialisés (INS) 4 établissements publics nationaux d'appui (EPN)	4 hôpitaux universitaires 5 Instituts nationaux spécialisés 4 établissements publics nationaux d'appui
17 centres hospitaliers régionaux (CHR) 66 hôpitaux généraux (HG) 2 centres hospitaliers spécialisés (CHS)	17 centres hospitaliers régionaux 66 hôpitaux généraux 2 centres hospitaliers spécialisés
1 237 centres de santé ruraux	1 237 centres de santé ruraux
514 centres de santé urbains	514 centres de santé urbains
127 centres de santé urbains spécialisés	127 centres de santé urbains spécialisés
32 formations sanitaires urbaines (FSU)	32 formations sanitaires urbaines

Figure 4. Répartition des régions et districts sanitaires	
Région sanitaire	Région sanitaire
District sanitaire	District sanitaire
Limite de l'État	Limite de l'État
Mer	Mer

Caractéristiques géographiques et organisation territoriale

Située en Afrique de l'Ouest dans la zone subéquatoriale entre la latitude nord et la longitude ouest, la Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322 462 km². Elle est bordée au nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'ouest par le Libéria et la Guinée, à l'est par le Ghana et au sud par le golfe de Guinée. Cette position géographique explique les variations climatiques. La Côte d'Ivoire connaît généralement quatre saisons successives, à savoir une saison des pluies longue et une saison des pluies courte, et une saison sèche longue et une saison sèche courte. Les deux principaux types de végétation sont la forêt au sud et la savane au nord⁹²⁻⁹⁴. La végétation du pays est déterminée par la diversité des zones climatiques et la répartition inégale des précipitations entre le nord et le sud. La végétation étant dominée par la forêt et la savane, la Côte d'Ivoire n'est pas à l'abri des changements climatiques⁹³. Cela se traduit par de nombreuses et fréquentes inondations, que l'on a pu observer ces dernières années, notamment dans certaines parties de la ville d'Abidjan^{17,113}.

Organisation de l'administration territoriale

Carte 2 : nouveau découpage administratif de la Côte d'Ivoire. Source : OMS, 2016, p. 17)



En 2008, la Côte d'Ivoire a été subdivisée en 19 régions, deux districts autonomes, 70 départements, 718 communes, 335 sous-préfectures et plus de 12 000 villages¹⁴. L'accélération du processus de décentralisation résulte de la création de plusieurs communes et conseils généraux. Toutefois, l'article 52 de la loi n° 2014-151 du 5 août 2014 relative à l'organisation générale de l'administration territoriale abroge l'ordonnance n° 2011-262 du 28 septembre 2011 portant sur l'organisation générale de l'administration territoriale¹³. Toujours doté de 2 districts autonomes, le pays comporte désormais 31 régions, 108 départements, 509 sous-préfectures et 197 communes. Le pays compte plus de 8 500 villages(WHO, 2016).

Aspects économiques

L'économie ivoirienne repose sur trois secteurs d'activité : le secteur tertiaire, le secteur secondaire et le secteur primaire¹⁵. L'agriculture reste le pilier de l'économie ivoirienne et constitue la source de revenus des deux tiers des ménages. Le pays développe également des cultures vivrières, notamment le riz, le plantain, le manioc, l'igname et le maïs. La Côte d'Ivoire produit du gaz et du pétrole, mais la majeure partie de l'activité minière se situe dans le centre et le nord du pays⁸⁶.

Caractéristiques sociodémographiques et culturelles

Selon les dernières estimations de l'ONU, la Côte d'Ivoire compterait environ 26,38 millions d'habitants en 2020¹⁶. Le français est la langue officielle de la Côte d'Ivoire, qui compte une soixantaine de groupes ethniques répartis en quatre groupes principaux (Akan, Mandé, Krou, Voltaïque) dont les principales religions sont le christianisme, l'islam et les religions traditionnelles¹². Cette brève description donne un aperçu de la diversité et de la variabilité des pratiques culturelles. Le recensement montre que la population est jeune (41,5 % de la population est âgée de moins de 15 ans et 77,7 % de moins de 35 ans). Cependant, l'espérance de vie en Côte d'Ivoire est de 56 ans¹³.

Au carrefour des échanges économiques et culturels de par sa situation géographique et historique, la Côte d'Ivoire connaît une forte immigration et une urbanisation importante, avec un taux estimé à 46 % en 2001⁹⁴. Les chiffres actuels montrent que la population vivant dans les zones urbaines représente 50,2 % contre 49,8 % pour les zones rurales¹. L'enquête sur le niveau de vie (ENV) de 2015 note que la situation économique de la population est tombée à 46,03 %¹³. Depuis la fin de la crise postélectorale, le PIB réel par habitant a augmenté de plus de 20 % entre 2012 et 2014. Les taux d'alphabétisation sont relativement faibles (45 %) et varient selon le lieu de résidence et le revenu²³.

La crise politique et son impact sur le système de santé

Le système de santé ivoirien a connu la période la plus difficile de son histoire au cours de la dernière décennie, à commencer par la crise socioéconomique des années 1980¹¹⁷. Cette précarité a mené à un processus de planification qui a débouché sur l'adoption du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 1996-2005. Les années qui ont suivi l'adoption de ce PNDS ont été marquées par une réelle volonté d'accélérer la mise en œuvre des réformes engagées dans le cadre du Programme de valorisation des ressources humaines (PVRH) mené entre 1991 et 1994⁹⁴. Toutefois, l'interruption de la coopération financière et technique avec divers partenaires de développement à la suite du coup d'État militaire de décembre 1999, a entravé le développement du système de santé⁹⁴. Les élections de 2010 en Côte d'Ivoire et les violences électorales qui ont suivi sont une extension de ces crises. Le Président Alassane Ouattara a entamé son mandat en 2011, inaugurant une ère de reconstruction de la société et de la gouvernance ivoiriennes. Le processus de relèvement après la crise a été marqué par des politiques visant à stimuler la croissance économique, à encourager la réconciliation sociopolitique et à instaurer une paix durable. Ce contexte sert de toile de fond à la riposte nationale aux épidémies.

En effet, la série de crises sociopolitiques qui a culminé avec la rébellion du 19 septembre 2002 a exacerbé la détérioration de la situation sanitaire⁹⁴. Ces crises militaro-politiques,

voire sociopolitiques, ont contribué à aggraver la situation sanitaire déjà préoccupante avec la destruction et le pillage des infrastructures de santé⁹⁶. Elles ont entraîné une réduction du nombre d'agents de santé dans les secteurs public et privé, la suspension de la distribution de préservatifs et un faible approvisionnement en médicaments antirétroviraux⁹⁰. Les programmes de santé publique, y compris la planification de la vaccination, ont été suspendus et les médicaments essentiels ont connu des ruptures de stock dans plusieurs localités. De plus, en raison de l'insécurité, la majorité du personnel de santé a déménagé, s'est enfuie ou s'est retrouvée en incapacité de travailler.

Plusieurs facteurs ont donc entravé la mise en œuvre du PNDS 1996-2005, qui peuvent toujours être qualifiés de défis pour la santé aujourd'hui⁹². Selon une estimation d'Action santé en crise (ASC) datant de novembre 2004, environ 70 % des structures de santé ne fonctionnaient pas¹⁰⁰. Il devenait de plus en plus compliqué de promouvoir une santé tenant compte de la satisfaction des besoins fondamentaux et essentiels des populations, en particulier des plus exposées et des plus démunies. Le but de cette note d'information technique est d'analyser et de décrire le contexte de la préparation et de la riposte aux épidémies en Côte d'Ivoire.

RÉFÉRENCES

- (1) Cote d'Ivoire Country Overview | World Health Organization <https://www.who.int/countries/kaz> (accessed Mar 25, 2021).
- (2) DIPE. *Critères et Normes d'implantation et d'ouverture Des Établissements Sanitaires*; Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation: Abidjan, 2010; p 17.
- (3) Kouassi-Gohou, V.; Bini, K. K.; Konan Diby, J.-P. *Rapport d'évaluation du système national d'information sanitaire ivoirien par l'outil du réseau de métrologie sanitaire RMS/HMN*; 2009; p 163.
- (4) Duran, D.; Sieleunou, I.; Ozaltin, E. *Health Systems Assessment for Cote d'Ivoire: Accelerating Reforms toward Universal Health Coverage*; World Bank, 2020.
- (5) Cote d'Ivoire <http://www.healthdata.org/cote-divoire> (accessed May 7, 2021).
- (6) World Health Organization. *Country Cooperation Strategy: At a Glance*; 2014.
- (7) World Bank. Côte d'Ivoire : Recent Developments. *MPO*. 2020, pp 226–227.
- (8) Abdoulaye, O. K.; Zanuuddin, H. Online Media's Role in Public Health Information and Communication Sharing in Cote d'Ivoire (Ivory Coast). *International Journal of Recent Technology and Engineering* **2019**, 8 (1), 229–305.
- (9) GBM; RADH; MSHP. *République de Côte d'Ivoire Santé, Nutrition et Population Rapport Analytique Santé Pauvreté*; Rapport d'étude Rapport No. AAA56-CI; Le Groupe Banque Mondiale Région Afrique Développement Humain & Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique: Abidjan, 2010; p 185.
- (10) MSHP. *Répertoire Des Structures Sanitaires Publiques et Privées de La Côte d'Ivoire*; Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation: Abidjan, 2009; p 167.
- (11) MSHP. *Comptes Nationaux de La Santé: Exercices 2007, 2008 Compte General, Sous Compte Vih/Sida*; Ministère de la santé et de l'hygiène publique: Abidjan, 2010; p 125.
- (12) MSHP. *Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020*; Ministère de la santé et de l'hygiène publique: Abidjan, 2016; p 88.
- (13) MSHP. *Rapport Annuel Sur La Situation Sanitaire 2016*; Ministère de la santé et de l'hygiène publique: Abidjan, 2017; p 331.
- (14) MSHP. *Plan Stratégique National de La Surveillance Du Vih et Des IST 2020-2024*; Ministère de la santé et de l'hygiène publique: Abidjan, 2019; p 86.
- (15) Canivet, M.; Lecocq, D. Entre coutume et modernité, médecine traditionnelle et soins infirmiers en Côte d'Ivoire. *La Revue de l'Infirmière* **2019**, 68 (247), 27–29. <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2018.11.006>.
- (16) African strategies for health. *Profil de Financement de La Santé: Côte d'Ivoire*; AFRICAN STRATEGIES FOR HEALTH: Accra, 2016; p 2.

- (17) Brou, K. M.; Dakouri, G. D. F.; Boka, A. C. Vulnérabilité et Conséquences Sanitaires Des Inondations : Quelles Solutions Pour La Commune de COCODY (ABIDJAN-CÔTE D'IVOIRE) ? *revue espace géographique et société Marocaine* **2020**, 42 (41), 147–161.
- (18) Armand, F.; Mangone, E.; Callahan, S.; Combet, V. *Évaluation du secteur privé de la santé de la Côte d'Ivoire : Planification familiale*; Rapport d'étude AID-OAA-A-15-00067; Sustaining Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates Inc: Bethesda, Maryland, 2017; p 63.
- (19) Giraudon, I.; Leroy, V.; Msellati, P.; Elenga, N.; Ramon, R.; Wellfens-Ekra, C.; Dabis, F.; Anrs 049, pour le groupe d'étude D. The Costs of Treating HIV-Infected Children in Abidjan, Ivory Coast, 1996-1997. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé* **2000**, 9 (5), 277–281.
- (20) Anne, J.; Konan, C.; Hatt, L.; Faye, S.; Nakhimovsky, S. *Measuring And Monitoring Progress Toward Universal Health Coverage: A Case Study in Côte d'Ivoire.*; Rapport d'étude; Health Finance & Governance Project, Abt Associates.: Bethesda, MD, 2014; p 38.
- (21) MSHP. *Évaluation de La Gouvernance Du Secteur Sante En Côte d'Ivoire*; Rapport d'étude; Inspection générale de la santé et de la lutte contre le sida: Abidjan, 2014; p 81.
- (22) *L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire: évaluation de l'Initiative Onusida/ministère ivoirien de la santé publique : aspects économiques, sociaux et comportementaux*; Msellati, P., Vidal, L., Moatti, J.-P., Eds.; Éditions ANRS: Paris, 2001.
- (23) MSHP. *Politique Nationale d'amélioration de La Qualité Des Soins et Des Services de Santé En Côte d'Ivoire*; Ministère de la santé et de l'hygiène publique: Abidjan, 2016; p 67.
- (24) Bandaman, M. Un projet pour dynamiser le commerce dans le Gboklé. *MAGAZINE IMPACT DÉVELOPPEMENT*. 2018, pp 8–16.
- (25) Desclaux, A.; Malan, M. S.; Egrot, M.; Sow, K.; Akindès, F. Surveillance in the Field: Over-Identification of Ebola Suspect Cases and Its Contributing Factors in West African at-Risk Contexts. *Global Public Health* **2018**, 14 (5), 709–721. <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1534255>.
- (26) Memel-Fotê, H. *Les représentations de la santé et de la maladie chez les Ivoiriens*; L'Harmattan: Paris, 1998.
- (27) Granado, S.; Manderson, L.; Obrist, B.; Tanner, M. Appropriating "Malaria": Local Responses to Malaria Treatment and Prevention in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Medical Anthropology* **2011**, 30 (1), 102–121. <https://doi.org/10.1080/01459740.2010.488664>.
- (28) Millogo, T.; Agbre-Yace, M. L.; Kourouma, R. K.; Yaméogo, W. M. E.; Tano-Kamelan, A.; Sissoko, F. B.; Koné-Coulibaly, A. S.; Thorson, A.; Kouanda, S. Quality of Maternal and Newborn Care in Limited-Resource Settings: A Facility-Based Cross-Sectional Study in Burkina Faso and Côte d'Ivoire. *BMJ Open* **2020**, 10 (6), e036121. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036121>.

- (29) Granado, S.; Obrist, B.; Manderson, L.; Tanner, M. The Moment of Sale: Treating Malaria in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Anthropology & Medicine* **2009**, *16* (3), 319–331. <https://doi.org/10.1080/13648470903264931>.
- (30) Sindzingre, N. A.; Zempléni, A. Modèles et Pragmatique, Activation et Répétition : Réflexions Sur La Causalité de La Maladie Chez Les Senoufo de Côte d'Ivoire. *Sociétés, Sciences, Médecine* **1981**, *15B*, 279–293.
- (31) Sindzingre, N. A. L'interprétation de l'infortune : un itinéraire Senufo (Côte d'Ivoire). *sosan* **1983**, *1* (3), 7–36. <https://doi.org/10.3406/sosan.1983.945>.
- (32) Lasker, J. N. Choosing among Therapies: Illness Behavior in the Ivory Coast. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology* **1981**, *15* (2), 157–168. [https://doi.org/10.1016/0271-7123\(81\)90035-3](https://doi.org/10.1016/0271-7123(81)90035-3).
- (33) Unicef. *Analyse Qualitative : Maladie à Coronavirus (COVID-19) En Côte d'Ivoire Quelles Conséquences Sur Les Ménages Vulnérables et Les Services Sociaux de Base ?*; Rapport d'étude; Uniocef: Abidjan, 2020; p 90.
- (34) Formenty, P.; Boesch, C.; Wyers, M.; Steiner, C.; Donati, F.; Dind, F.; Walker, F.; Guenno, B. L. Ebola Virus Outbreak among Wild Chimpanzees Living in a Rain Forest of Côte d'Ivoire. *The Journal of Infectious Diseases* **1999**, *179* (1), S120–S126.
- (35) Kra, F.; Egrot, M.; Akindès, F. Rites Funéraires et Ebola En Côte d'Ivoire: Hiérarchisation Des Risques et Des Priorités, 2018.
- (36) Kra, F.; Egrot, M.; Akindès, F. Rites Funéraires et Épidémies: Comprendre Pour Mieux Se Préparer, 2019.
- (37) MSHP. Plan de communication pour la prévention contre l'épidémie de la fièvre Ebola. MSLS 2014.
- (38) WHO. *Côte d'Ivoire: Ebola Preparedness Strengthening Team Country Visit*; World Health Organization: Abidjan, 2014; p 30.
- (39) Doudou, D. T.; Doannio, J. M. C.; Konan, L. Y.; Djouaka, R.; Toé, L. P.; Akogbéto, M. La moustiquaire imprégnée d'insecticide comme moyen de lutte contre le paludisme : les raisons d'une adoption limitée en Côte d'Ivoire. *Natures Sciences Societes* **2006**, *Vol. 14* (4), 431–433.
- (40) Bassa, F. K.; Ouattara, M.; Silué, K. D.; Adiossan, L. G.; Baikoro, N.; Koné, S.; N'Cho, M.; Traoré, M.; Bonfoh, B.; Utzinger, J.; N'Goran, E. K. Epidemiology of Malaria in the Taabo Health and Demographic Surveillance System, South-Central Côte d'Ivoire. *Malar J* **2016**, *15*, 9. <https://doi.org/10.1186/s12936-015-1076-6>.
- (41) Eze, I. C.; Bassa, F. K.; Essé, C.; Koné, S.; Acka, F.; Laubhouet-Koffi, V.; Kouassi, D.; Utzinger, J.; Bonfoh, B.; N'Goran, E. K.; Probst-Hensch, N. Epidemiological Links between Malaria Parasitaemia and Hypertension: Findings from a Population-Based Survey in Rural Côte d'Ivoire. *J Hypertens* **2019**, *37* (7), 1384–1392. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002071>.
- (42) Attoh-Touré, H.; Dagnan, N. S.; Tagliante-Saracino, J. Résurgence des épidémies de fièvre jaune en Côte-d'Ivoire. *Bull. Soc. Pathol. Exot.* **2010**, *103* (5), 323–326. <https://doi.org/10.1007/s13149-010-0047-y>.

- (43) Guella, M.; Damey, N. F.; Yao, K. J.; Koné, P. S.; Kouadio, J. J.; Diané, S. el H.; Affian, A. V. *Evaluation de La Campagne Préventive de Vaccination de Mai 2012 Contre La Fièvre Jaune Dans 33 Districts Sanitaires*; Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation: Abidjan, 2012; p 67.
- (44) Konan, Y. L.; Coulibaly, Z. I.; Allali, K. B.; Tétchi, S. M.; Koné, A. B.; Coulibaly, D.; Ekra, K. D.; Doannio, J. M. C.; Oudéhourikoudou, P. Gestion de l'épidémie de fièvre jaune en 2010 à Séguéla (Côte d'Ivoire) : intérêt d'une investigation pluridisciplinaire. *Santé Publique* **2014**, 26 (6), 859. <https://doi.org/10.3917/spub.146.0859>.
- (45) Kouassi-Gohou, V.; Yao, K. J.; Koné, P. S.; Kouadio, J. J.; N'da-Ezoua, E. M.; Diané, S. el H. *Evaluation de la campagne préventive de vaccination de Mai 2011 contre la fièvre jaune dans 21 districts sanitaires*; Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation: Abidjan, 2011; p 64.
- (46) Kanouté, Y. B.; Gragnon, B. G.; Schindler, C.; Bonfoh, B.; Schelling, E. Epidemiology of Brucellosis, Q Fever and Rift Valley Fever at the Human and Livestock Interface in Northern Côte d'Ivoire. *Acta Trop* **2017**, 165, 66–75. <https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2016.02.012>.
- (47) L'Azou, M.; Succo, T.; Kamagaté, M.; Ouattara, A.; Gilbernair, E.; Adjogoua, E.; Luxemburger, C. Dengue: Etiology of Acute Febrile Illness in Abidjan, Côte d'Ivoire, in 2011–2012. *Trans R Soc Trop Med Hyg* **2015**, 109 (11), 717–722. <https://doi.org/10.1093/trstmh/trv076>.
- (48) WHO. Weekly Epidemiological Record Relevé Épidémiologique Hebdomadaire. *RELEVÉ EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE* **2009**, 11 (12), 85–96.
- (49) Garenne, M.; Madison, M.; Tarantola, D.; Zanou, B.; Aka, J.; Dogoré, R.; Vallin, J. (pref). *Conséquences démographiques du sida en Abidjan : 1986-1992*; Les études du Ceped: Paris, 1995.
- (50) Zran, T. A. L'histoire du vih sida en afrique subsaharienne le cas de la cote d ivoire de 1985 a aujourd'hui. Thèse de doctorat, 2014.
- (51) Deniaud, F.; Fampou-Toundji, J.-C. AIDS Prevention by a Youth Association in Ivory Coast: Impact, Successes and Disappointments. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé* **2000**, 9 (4), 259–265.
- (52) Daix, A. T. J.; Bakayoko, A. S.; Coulibaly, G.; Samake, K.; Kone, Z.; Coulibaly, T. N.; Diakite, A.; Pitta, M.; Kouassi, F.; Kouame, A.; Kouakou, A. O.; Kouakou, J.; Domoua, K. Effects of war on control of tuberculosis in Cote d'Ivoire from 2002 to 2007. *Rev. Pneumol. Clin.* **2013**, 69 (5), 237–243. <https://doi.org/10.1016/j.pneumo.2013.04.001>.
- (53) Kakou, A.; Eholie, S.; Yao, B.; Coulibaly, M.; Ehui, E.; Bissagnene, E.; Aoussi, E.; Kadio, A. Problems occurring in the use of antituberculosis drugs in a reference service for HIV/Aids in Abidjan (Cote d'Ivoire). *Bull. Soc. Pathol. Exot.* **1999**, 92 (1), 42–45.
- (54) Kacou-N'douba, A.; Anné, J. Claude B.; Okpo, L. S.; Elogne-Kouamé, C.; Koffi, S.; Koffi, V.; N'guessan, K.; Coulibaly, D.; Dagnan, S. N.; Eholié, S. P.; Dosso, M. Antimicrobial Resistance of *Vibrio Cholerae* O1 Isolated during a Cholera Epidemic in 2011 in Dry Season in Cote d'Ivoire. *The Journal of Infection in Developing Countries* **2012**, 6 (07), 595–597. <https://doi.org/10.3855/jidc.2001>.

- (55) Janny, T. *Epidémies de choléra en Afrique: Analyse d'une étiologie multifactorielle*; rapport de stage; Ecole Nationale de la santé publique: Rennes, 2004; p 61.
- (56) Heyerdahl, L. Anthropologie multisituée des économies du risque choléra. Savoirs, pratiques et technologies (Côte d'Ivoire). Thèse de doctorat sociologie, Université de Lyon, Lyon, 2019.
- (57) INS. *Mesure de l'impact Socio-Économique Du Covid-19 Sur Les Conditions de Vie Des Ménages En Côte d'Ivoire*; Rapport d'étude; Minsitère du plan et du développement: Abidjan, 2020; p 60.
- (58) Bagny, A.; Yao, F. B.; Bangoura, D.; Kouame, D. H.; Kissi-Anzouan, H. K. Y.; De, O.; Diallo, K.; Lawson-Ananiso, L. M.; Mahassadi, K. A.; Koffi, A. A.; Ndri-Yoman, T. Évaluation de La Pratique Des Sages-Femmes Sur La Prévention de La Transmission Mère-Enfant Du Virus de l'hépatite B à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Médecine et Santé Tropicales* **2015**, *25* (2), 206–209. <https://doi.org/10.1684/mst.2015.0463>.
- (59) Bettina, B.; Barnes, J.; Boko, D.; Kouakou, A.; Uwamahoro, T. *Atelier de Restitution Des Résultats de l'Evaluation Du Secteur Privé de La Santé En Côte d'Ivoire*; Rapport d'étude GPO-A-00-09-00007-00; Projet de Renforcement des Résultats de Santé par le Secteur Privé: Bethesda, MD, 2013; p 32.
- (60) Koné, S.; Fürst, T.; Jaeger, F. N.; Easo, E. L. J. C.; Baïkoro, N.; Kouadio, K. A.; Adiossan, L. G.; Zouzou, F.; Boti, L. I.; Tanner, M.; Utzinger, J.; Bonfoh, B.; Dao, D.; N'Goran, E. K. Causes of Death in the Taabo Health and Demographic Surveillance System, Côte d'Ivoire, from 2009 to 2011. *Global Health Action* **2015**, *8* (1), 27271. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27271>.
- (61) Acray-Zengbé, P.; Ano, M.-N.; Toure, B.; Kouassi, P. R.; Ané, A. B.; Akani, C.; Dagnan, S. Gratuité de la prise en charge du paludisme simple dans un hôpital général, Côte d'Ivoire, 2017. *Sante Publique* **2020**, *Vol. 32* (4), 419–429.
- (62) Raso, G.; Schur, N.; Utzinger, J.; Koudou, B. G.; Tchicaya, E. S.; Rohner, F.; N'goran, E. K.; Silué, K. D.; Matthys, B.; Assi, S.; Tanner, M.; Vounatsou, P. Mapping Malaria Risk among Children in Côte d'Ivoire Using Bayesian Geo-Statistical Models. *Malar J* **2012**, *11*, 160. <https://doi.org/10.1186/1475-2875-11-160>.
- (63) M'Bra, R. K.; Kone, B.; Soro, D. P.; N'krumah, R. T. A. S.; Soro, N.; Ndione, J. A.; Sy, I.; Ceccato, P.; Ebi, K. L.; Utzinger, J.; Schindler, C.; Cissé, G. Impact of Climate Variability on the Transmission Risk of Malaria in Northern Côte d'Ivoire. *PLoS One* **2018**, *13* (6), e0182304. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182304>.
- (64) Babalola, S.; Ouedraogo, D.; Vondrasek, C. Motivation for Late Sexual Debut in Côte d'Ivoire and Burkina Faso: A Positive Deviance Inquiry. *Journal of HIV/AIDS Prevention in Children & Youth* **2007**, *7* (2), 65–87. https://doi.org/10.1300/J499v07n02_05.
- (65) Becquet, V.; Nouaman, M.; Plazy, M.; Masumbuko, J.-M.; Anoma, C.; Kouame, S.; Danel, C.; Eholie, S. P.; Larmarange, J.; ANRS 12361 PrEP-CI Study group. Sexual Health Needs of Female Sex Workers in Côte d'Ivoire: A Mixed-Methods Study to Prepare the Future Implementation of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) for HIV Prevention. *BMJ Open* **2020**, *10* (1), e028508. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028508>.

- (66) Grenier-Torres, C. *Expériences de femmes ivoiriennes au coeur de l'épidémie de sida*; Etudes africaines; Harmattan: Paris, 2009.
- (67) Maheu-Giroux, M.; Baral, S.; Vesga, J. F.; Diouf, D.; Diabaté, S.; Alary, M.; Abo, K.; Boily, M.-C. Anal Intercourse Among Female Sex Workers in Côte d'Ivoire: Prevalence, Determinants, and Model-Based Estimates of the Population-Level Impact on HIV Transmission. *Am J Epidemiol* **2018**, *187* (2), 287–297. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx244>.
- (68) Vuylsteke, B.; Semdé, G.; Sika, L.; Crucitti, T.; Ettiègne Traoré, V.; Buvé, A.; Laga, M. HIV and STI Prevalence among Female Sex Workers in Côte d'Ivoire: Why Targeted Prevention Programs Should Be Continued and Strengthened. *PLoS One* **2012**, *7* (3), e32627. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0032627>.
- (69) Akindès, F. « On ne mange pas les ponts et le goudron » : les sentiers sinueux d'une sortie de crise en Côte d'Ivoire. *Politique africaine* **2017**, *148* (4), 5. <https://doi.org/10.3917/polaf.148.0005>.
- (70) Unicef. Côte d'Ivoire : Rapport de Situation COVID-19. *Unicef Côte d'Ivoire*. 2020, p 6.
- (71) Unicef. Côte d'Ivoire : Rapport de Situation COVID-19. *Unicef Côte d'Ivoire*. 2020, p 6.
- (72) Laveissiere, C.; Sane, B.; Diallo, P. B.; Truc, P.; Meda, A. H. Epidemiological risk in an endemic area of sleeping sickness in Cote d'Ivoire. *Trop. Med. Int. Health* **1997**, *2* (8), 729–732. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3156.1997.d01-378.x>.
- (73) Angoua, E. L. E.; Dongo, K.; Templeton, M. R.; Zinsstag, J.; Bonfoh, B. Barriers to Access Improved Water and Sanitation in Poor Peri-Urban Settlements of Abidjan, Côte d'Ivoire. *PloS one* **2018**, *13* (8), e0202928.
- (74) Grasham, C. F.; Korzenevica, M.; Charles, K. J. On Considering Climate Resilience in Urban Water Security: A Review of the Vulnerability of the Urban Poor in Sub-Saharan Africa. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Water* **2019**, *6* (3), e1344.
- (75) M'Bra, R. K.; Kone, B.; Yapi, Y. G.; Silué, K. D.; Sy, I.; Vienneau, D.; Soro, N.; Cissé, G.; Utzinger, J. Risk Factors for Schistosomiasis in an Urban Area in Northern Côte d'Ivoire. *Infectious diseases of poverty* **2018**, *7* (1), 1–12.
- (76) Beauchemin, C. Rural–Urban Migration in West Africa: Towards a Reversal? Migration Trends and Economic Situation in Burkina Faso and Côte d'Ivoire. *Population, Space and Place* **2011**, *17* (1), 47–72. <https://doi.org/10.1002/psp.573>.
- (77) DIPE. *Rapport national de surveillance épidémiologique 2008-2009*; Direction de l'information de la planification et de l'évaluation: Abidjan, 2010; p 57.
- (78) Strengthening Cross-Sectoral Leadership, Management, and Governance for Epidemic Preparedness and Response in Côte d'Ivoire: A One Health Approach | Management Sciences for Health [/blog/2017/11/06/strengthening-cross-sectoral-leadership-management-and-governance-for-epidemic](https://blog/2017/11/06/strengthening-cross-sectoral-leadership-management-and-governance-for-epidemic) (accessed May 7, 2021).
- (79) Building Leadership in Health Care | Côte d'Ivoire | U.S. Agency for International Development <https://www.usaid.gov/cote-divoire/news/building-leadership-health-care> (accessed May 7, 2021).

- (80) Henry, M.-C.; Koné, M.; Guillet, P.; Mouchet, J. Resistance to Chloroquine and Malaria Control in the Ivory Coast. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé* **1998**, 8 (4), 287–291.
- (81) Zina, O. Covid-19 en Côte d'Ivoire : Les dons au cœur des batailles électorales. *Politique africaine*, 2020.
- (82) MSHP. Côte d'Ivoire : Covid-19, Plan de Riposte Contre Les Infections Respiratoires Aiguës à Coronavirus. Ministère de la santé et de l'hygiène publique 2020.
- (83) Coulibaly, D.; Msellati, P.; Dedy, S.; Wellfens-Ekra, C.; Dabis, F. Attitudes and Behavior of Pregnant Women towards HIV Screening in Abidjan (Ivory Coast) in 1995 and 1996. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé* **1998**, 8 (3), 234–0.
- (84) Desclaux, A.; Anoko, J.; Akindes, F.; Bila, B.; Diop, M.; Egrot, M.; Hounghinih, R.; Kra, F.; Jeanne, M.; Thyerno, S.; Sow, K.; Taverne, B. L'anthropologie Engagée Dans La Lutte Contre Ebola (2014-2016) : Approches, Contributions et Nouvelles Questions. *Santé Publique* **2017**, 29 (4), 477–485. <https://doi.org/10.3917/spub.174.0477>.
- (85) Billaud, A.; Desclaux, A.; Sow, K.; Sonar-Global team. *Sonar-Global Team. SPECIAL SOC EPIDEMICS: Training Social Scientists on the Social Dimensions of Epidemics*; CRCF: Dakar, 2021; p 157.
- (86) AICD. *Infrastructure de La Côte d'Ivoire: Une Perspective Continentale*; DC 20433; Banque mondiale: Washington, D.C, 2010; p 49.
- (87) Digital in Côte D'Ivoire: All the Statistics You Need in 2021 <https://datareportal.com/reports/digital-2021-cote-divoire> (accessed Jun 1, 2021).
- (88) Gahie, W. A. *Élaboration de la feuille de route mobilité durable en Côte d'Ivoire*; Rapport Diagnostic; République de Côte d'Ivoire: Abidjan, 2019; p 93.
- (89) Oura, K. R. Quand La Route Freine Le Développement à Bangolo (Côte d'Ivoire). *Copyright World Road Association (PIARC)* **2015**, No. 25th World Road Congress, 1–15.
- (90) Betsi, N. A.; Koudou, B. G.; Cissé, G.; Tschannen, A. B.; Pignol, A. M.; Ouattara, Y.; Madougou, Z.; Tanner, M.; Utzinger, J. Effect of an Armed Conflict on Human Resources and Health Systems in Côte d'Ivoire: Prevention of and Care for People with HIV/AIDS. *AIDS Care* **2006**, 18 (4), 356–365. <https://doi.org/10.1080/09540120500200856>.
- (91) MSHP. *Plan de Développement Sanitaire 2012-2015*; Ministère de la santé et de l'hygiène publique: Abidjan, 2012; p 92.
- (92) MSHP. *Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013*; Ministère de la santé et de l'hygiène publique: Abidjan, 2008; p 175.
- (93) INS; ICF International. *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples de Côte d'Ivoire 2011-2012*; Rapport d'étude; INS et ICF International: Calverton, Maryland, USA, 2012; p 591.
- (94) MSHP. *Plan National de Développement Sanitaire 2008-2012: Diagnostic, Priorités Sanitaires Objectifs et Stratégies*; Rapport d'atelier Tome I; Ministère de la santé et de l'hygiène publique: Abidjan, 2008; p 87.

- (95) MSHP. *Rapport d'évaluation Du Système d'Information et de Gestion de Côte d'Ivoire*; MEASURE Evaluation et USAID: Abidjan, 2008; p 77.
- (96) N'tamé, A. *Atlas Sanitaire Abégé de La Côte d'Ivoire*; Ministère de la santé et de l'hygiène publique: Abidjan, 2010; p 110.
- (97) Initiative 5 %. *La Santé Communautaire, Au Cœur Des Actions de l'initiative 5%*; Initiative 5%: Abidjan, 2017; pp 1–11.
- (98) Dagnan, S. Health System Reforms to Accelerate Universal Health Coverage in Côte d'Ivoire. *Health Systems & Reform* **2018**, 4 (2), 69–71. <https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1446123>.
- (99) MSHP. *Projet de Loi Portant Réforme Hospitalière : Une Nouvelle Ère s'ouvre Pour Le Système de Sante Ivoirien*; 2019.
- (100) Butera, D.; Fieno, J. V.; Diarra, S. D.; Kombe, G.; Decker, C.; Oulai, S. *Evaluation des Ressources Humaines pour la Santé en Côte d'Ivoire*; Abt Associates Inc: Bethesda, Maryland, 2005; p 65.
- (101) Cassell, L. T.; Cassell, A. K. Health Care Assessment of Health Care Delivery and Outcome- A West African Review. *SJM* **2019**, 04 (11), 710–714. <https://doi.org/10.36348/sjm.2019.v04i11.001>.
- (102) Gaber, S.; Patel, P. Tracing Health System Challenges in Post-Conflict Côte d'Ivoire from 1893 to 2013. *Global Public Health* **2013**, 8 (6), 698–712. <https://doi.org/10.1080/17441692.2013.791334>.
- (103) Gobatto, I.; Lafaye, F. Small Arrangements with Difficulties. Health Professionals in the Context of the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV in Abidjan (Côte d'Ivoire). *Sciences sociales et santé* **2005**, 23 (1), 79–108.
- (104) Wilfried, M. G.-H.; Jérôme, A.-N.; Valentin, E. K. Les Déterminants De L'accès Aux Services De Santé À Grand Bassam. *ESJ* **2018**, 14 (6), 124. <https://doi.org/10.19044/esj.2018.v14n6p124>.
- (105) Lasker, J. N. The Role of Health Services in Colonial Rule: The Case of the Ivory Coast. *Cult Med Psych* **1977**, 1 (3), 277–297. <https://doi.org/10.1007/BF00114793>.
- (106) Akindès, F. Inégalités sociales et régulation politique en Côte d'Ivoire. *Politique africaine* **2000**, N° 78 (2), 126–141.
- (107) Datta, A.; Lin, W.; Rao, A.; Diouf, D.; Kouame, A.; Edwards, J. K.; Bao, L.; Louis, T. A.; Baral, S. Bayesian Estimation of MSM Population Size in Côte d'Ivoire. *Statistics and Public Policy* **2019**, 6 (1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/2330443X.2018.1546634>.
- (108) DIPE. *Critères et Normes d'implantation et d'ouverture Des Établissements Sanitaires*; Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation: Abidjan, 2010; p 17.
- (109) MSHP. *Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020*; Ministère de la santé et de l'hygiène publique: Abidjan, 2016; p 88.
- (110) GBM; RADH; MSHP. *République de Côte d'Ivoire Santé, Nutrition et Population Rapport Analytique Santé Pauvreté*; Rapport d'étude Rapport No. AAA56-CI; Le Groupe Banque Mondiale Région Afrique Développement Humain & Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique: Abidjan, 2010; p 185.

- (111) Yelibi, S.; Valenti, P.; Volpe, C.; Caprara, A.; Dedy, S.; Tape, G. Sociocultural Aspects of AIDS in an Urban Peripheral Area of Abidjan (Côte d'Ivoire). *AIDS Care* **1993**, 5 (2), 187–197. <https://doi.org/10.1080/09540129308258599>.
- (112) Kouassi, D. P.; Ekra, K. D.; Angbo-Effi, O.; Ahoussou, E. M. K.; Bliabo, G. M.; Yeo, N. S.; Coulibaly, D.; Dagnan, N. S. Preparation of healthcare workers against the threat of Ebola virus disease in Ivory Coast. *Sante Publique* **2016**, 28 (1), 113–122. <https://doi.org/10.3917/spub.161.0113>.
- (113) Alla Della, A.; Dos Santos, S.; Zahiri, E.-P. Penser Les Vulnérabilités Aux Inondations Par Le Prisme de La Justice Environnementale : Cas Du Projet ÉVIDENCE à Abidjan. In *Cyberséminaire Justice Environnemental - Justice environnementale et sanitaire au Nord et au Sud Quels apports heuristiques de l'interdisciplinarité ?*; Marseille, France, 2019.
- (114) MSHP. *Document de Politique Nationale de La Sante de La Reproduction et Planification Familiale*; 2; Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2008; p 37.
- (115) OMS. *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2016-2020: Côte d'Ivoire*; Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique: Abidjan, Côte d'Ivoire, 2016; p 87.
- (116) World Population Prospects - Population Division - United Nations <https://population.un.org/wpp/> (accessed Jun 1, 2021).
- (117) Yoman, N. Comment se soigne t-on aujourd'hui en Côte d'Ivoire. CERAP 2008.