



RAPPORT DE RECHERCHE

L'ANALYSE DES PROGRÈS ET PERFORMANCES INFRANATIONAUX DES INDICATEURS SRMNIA-N EN CÔTE D'IVOIRE DE 2018 À 2020

Novembre 2022



Renforcer les données probantes et les capacités d'analyse et de communication pour le suivi des performances en matière santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents et la nutrition (SRMNIA-N) en Côte d'Ivoire avec focus sur le dossier d'investissement GFF.



TABLE DE MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	4
LISTE DES FIGURES	5
LISTE DES CARTES	5
ACRONYMES	7
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	8
1. INTRODUCTION	11
1.1. Contexte.....	11
1.2. Objectifs.....	12
1.2.1. Objectif général.....	12
1.2.2. Objectifs spécifiques.....	12
2. MÉTHODOLOGIE	12
2.1. Données et matériels.....	12
2.1.1. Données.....	12
2.1.2. Matériels.....	13
2.1.3. Apurement et ajustement des données.....	13
2.1.3.1. Description de la méthodologie utilisée.....	13
2.1.3.2. Résultats de l'évaluation de la qualité des données et des ajustements effectués.....	15
2.1.4. Traitement des données.....	15
2.1.5. Rendu cartographique.....	16
2.1.6. Rendu graphique.....	17
2.2. Méthodologie de commentaire des cartes.....	21
2.2.1. Analyse spatiale à l'échelle du district sanitaire.....	21
2.2.2. Analyse quantitative et temporelle à l'échelle de la région sanitaire.....	21
3. RÉSULTATS	21
3.1. PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE MODERNE (TPCM).....	21
3.1.1. Taux de Prévalence Contraception Moderne en 2018.....	22
3.1.2. Taux de Prévalence Contraceptive Moderne en 2019.....	23
3.1.3. Taux de Prévalence Contraceptive Moderne en 2020.....	24
3.1.4. Analyse spatio-temporelle de 2018 à 2020.....	25
3.2. Couverture en cpn1 au 1 ^{er} trimestre de la grossesse.....	28
3.2.1. Couverture en CPN1 au 1 ^{er} trimestre de la grossesse en 2018.....	28
3.2.2. Couverture en CPN1 au 1 ^{er} trimestre de la grossesse en 2019.....	29
3.2.3. Couverture en CPN1 au 1 ^{er} trimestre de la grossesse en 2020.....	30
3.2.4. Évolution de la couverture en CPN1 au 1 ^{er} trimestre de la grossesse de 2018 à 2020.....	31
3.3. COUVERTURE CPN4.....	34
3.3.1. Taux de couverture en CPN4 en Côte d'Ivoire en 2018.....	34
3.3.2. Taux de couverture en CPN4 en Côte d'Ivoire en 2019.....	35
3.3.3. La couverture en CPN4 en Côte d'Ivoire en 2020.....	36
3.3.4. Analyse spatio-temporelle de la couverture en CPN4 de 2018 à 2020.....	37
3.4. Accouchement assisté par un personnel qualifié.....	40
3.4.1. Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié en 2018.....	40
3.4.2. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié en 2019.....	41
3.4.3. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié en 2020.....	42

3.4.4.	Évolution du taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié de 2018 à 2020.....	43
3.5.	Consultation postnatale.....	46
3.5.1.	Couverture en consultation postnatale en 2018.....	46
3.5.2.	Couverture en consultation postnatale en 2019.....	47
3.5.3.	Couverture en consultation postnatale en 2020.....	48
3.5.4.	Analyse spatio-temporelle de 2018 à 2020.....	49
3.6.	Enfants de 0 à 59 mois atteints de diarrhée et traités avec sro+zinc.....	52
3.6.1.	Proportion d'enfants de 0 à 59 mois atteints de diarrhée et traités avec SRO+Zinc en 2018.....	52
3.6.2.	Proportion d'enfants de 0 à 59 mois atteints de diarrhée et traités avec SRO+Zinc en 2019.....	53
3.6.3.	Proportions d'enfants atteints de diarrhée et traités avec SRO+Zinc en 2020.....	54
3.6.4.	Évolution spatio-temporelle des proportions d'enfants de 0 à 59 mois atteints de diarrhée traités avec SRO+Zinc.....	55
3.7.	Nouveau-nés avec faible poids de naissance.....	57
3.7.1.	Proportion des nouveau-nés avec faible poids de naissance en 2018.....	57
3.7.2.	Proportion des nouveau-nés avec faible poids de naissance en 2019.....	58
3.7.3.	Proportion des nouveau-nés avec faible poids de naissance en 2020.....	59
3.7.4.	Évolution spatio-temporelle de la proportion des nouveau-nés avec faible poids de naissance de 2018 à 2020.....	60
3.8.	Enfants de moins de 5 ans malnutris aigus.....	62
3.8.1.	Proportion d'enfants de moins de 5 ans malnutris aigus en 2018.....	63
3.8.2.	Proportion d'enfants de moins de 5ans malnutris aigus en 2019.....	64
3.8.3.	Proportion d'enfants de moins de 5 ans malnutris aigus en 2020.....	65
3.8.4.	Analyse spatio-temporelle de 2018 à 2020.....	66
	ANNEXES.....	71
	REMERCIEMENTS.....	74

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Liste des indicateurs représentés.....	16
Tableau 2 :	Exemple indicateurs CP1 selon les années (%).....	18
Tableau 3 :	Districts sanitaires présentant les plus faibles niveaux d'indicateurs prioritaires.....	68
Tableau 4 :	Régions sanitaires présentant les plus faibles niveaux d'indicateurs prioritaires.....	68

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Exemple de figure de valeur aberrante.....	14
Figure 2 :	Méthode de cartographie des indicateurs santé mère-enfant-Nutrition.....	17
Figure 3 :	Exemple de graphique pour indicateur CP1.....	19
Figure 4 :	Taux de Prévalence Contraceptive Moderne par région de 2018 à 2020.....	26
Figure 5 :	Évolution de la couverture de CPN 1 au 1er trimestre de la grossesse dans les régions sanitaires de 2018 à 2020.....	32
Figure 6 :	Évolution spatio-temporelle de la couverture en CPN4 dans les districts sanitaires de 2018 à 2020.....	38
Figure 7 :	Évolution des accouchements assistés par un professionnel de la santé dans les régions sanitaires de 2018 à 2020.....	44
Figure 8 :	Évolution spatio-temporelle de la couverture en consultation postnatale de 2018 à 2020.....	50
Figure 9 :	Évolution de la proportion d'enfants de 0 à 59 mois atteints de diarrhée et traités avec SRO+Zinc de 2018 à 2020.....	56
Figure 10 :	Évolution spatiale de l'hypotrophie néonatale de 2018 à 2020.....	61
Figure 11 :	Évolution spatio-temporelle de la malnutrition infantile de 2018 à 2020.....	67

LISTE DES CARTES

Carte 1 :	Répartition spatiale du taux de contraception moderne en 2018.....	22
Carte 2 :	Répartition spatiale du taux de contraception moderne en 2019.....	23
Carte 3 :	Répartition spatiale du taux de contraception moderne en 2020.....	24
Carte 4 :	Évolution spatio-temporelle du Taux de Prévalence Contraceptive Moderne de 2018 à 2020.....	25
Carte 5 :	Répartition spatiale de la couverture en CPN1 au 1er trimestre de la grossesse dans les districts sanitaires en 2018.....	28
Carte 6 :	Répartition spatiale de la couverture en CPN1 au 1er trimestre de la grossesse dans les districts sanitaires en 2019.....	29
Carte 7 :	Répartition spatiale de la couverture en CPN1 au 1er trimestre de la grossesse dans les districts sanitaires en 2020.....	30
Carte 8 :	Évolution spatio-temporelle de la couverture en CPN1 au 1er trimestre de la grossesse dans les districts sanitaires de 2018 à 2020.....	31
Carte 9 :	Répartition spatiale de la couverture en CPN4 dans les districts sanitaires en 2018.....	34
Carte 10 :	Répartition spatiale de la couverture en CPN4 dans les districts sanitaires en 2019.....	35
Carte 11 :	Répartition spatiale de la couverture en CPN4 dans les districts sanitaires en 2020.....	36
Carte 12 :	Évolution spatio-temporelle de la couverture en CPN4 dans les districts sanitaires de 2018 à 2020.....	37
Carte 13 :	Répartition spatiale de la couverture en consultation postnatale en 2018.....	40
Carte 14 :	Répartition spatiale du taux de consultation postnatale en 2019.....	41
Carte 15 :	Répartition spatiale du taux de consultation postnatale en 2020.....	42
Carte 16 :	Répartition spatiale du taux de consultation postnatale en 2020.....	43
Carte 17 :	Répartition spatiale de la proportion d'enfants de 0 à 59 mois atteints de diarrhée et traités avec SRO+Zinc en 2018.....	46

Carte 18 :	Répartition spatiale de la proportion d'enfants de 0 à 59 mois atteints de diarrhée et traités avec SRO+Zinc en 2019.....	47
Carte 19 :	Répartition spatiale de la proportion d'enfants de 0 à 59 mois atteints de diarrhée et traités avec SRO+Zinc en 2020	48
Carte 20 :	Évolution spatio-temporelle de la proportion d'enfants de 0 à 59 mois atteints de diarrhée et traités avec SRO+Zinc de 2018 à 2020.....	49
Carte 21 :	Répartition spatiale de la proportion des nouveau-nés avec faible poids de naissance en 2018.....	52
Carte 22 :	Répartition spatiale de la proportion des nouveau-nés avec faible poids de naissance en 2019.....	53
Carte 23 :	Répartition spatiale de la proportion des nouveau-nés avec faible poids de naissance en 2020.....	54
Carte 24 :	Évolution spatiale de la proportion des nouveau-nés avec faible poids de naissance de 2018 à 2020.....	55
Carte 25 :	Répartition spatiale de la proportion de malnutrition aiguë chez les enfants de 0 à 5 ans en 2018.....	57
Carte 26 :	Répartition spatiale de la proportion de malnutrition aiguë chez les enfants de 0 à 5 ans en 2018.....	58
Carte 27 :	Répartition spatiale de la proportion de malnutrition aiguë chez les enfants de 0 à 5 ans en 2020.....	59
Carte 28 :	Évolution spatio-temporelle de la malnutrition infantile de 2018 à 2020.....	60
Carte 29 :	Répartition spatiale de la proportion de malnutrition aiguë chez les enfants de 0 à 5 ans en 2018.....	63
Carte 30 :	Répartition spatiale de la proportion de malnutrition aiguë chez les enfants de 0 à 5 ans en 2018.....	64
Carte 31 :	Répartition spatiale de la proportion de malnutrition aiguë chez les enfants de 0 à 5 ans en 2020.....	65
Carte 32 :	Évolution spatio-temporelle de la malnutrition infantile de 2018 à 2020.....	66

ACRONYMES

APHRC	African Population and Health Research Center
CMU	Couverture Maladie Universelle
CPN	Consultation prénatale
CSU	Centre de Santé Urbain
CPoN	Consultation Postnatale
DHIS2	District Health Information System 2
DIIS	Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire
GFF	Global Financing Facility
INSP	Institut National de Santé Publique
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
PNCFS	Plateforme Nationale de Coordination du Financement de la Santé
PNSSU-SAJ	Programme National de Santé Scolaire et Universitaire, Santé des Adolescents et Jeunes
PNN	Programme National de Nutrition
PNSME	Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant
RASS	Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SRO	Solution de Réhydratation Orale
SRMNIA+N	Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents et la Nutrition
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
TPCM	Taux de Prévalence Contraceptive Moderne

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Contexte

Dans le cadre du Countdown 2030, APHRC en collaboration avec une équipe locale conduite par l'INSP est chargée de suivre les progrès et performances du programme SRMNIA+N en se basant sur le dossier d'investissement de la Côte d'Ivoire. Le présent travail est réalisé dans le but d'analyser les progrès et performances infra-nationaux (districts et régions sanitaires) des indicateurs SRMNIA-N de 2018 à 2020 en Côte d'Ivoire et informer la revue annuelle du programme SRMNIA-N. Tout ceci devrait permettre d'orienter les décideurs politiques dans l'ajustement des interventions mises en œuvre pour améliorer les indicateurs SRMNIA-N en Côte d'Ivoire.

Méthodologie

Les données de santé mère-enfant et nutrition 2018, 2019 et 2020 ont été extraites du DHIS2 à la date du 27 avril 2022 puis traitées avec les logiciels Excel (données attributaires) et Qgis version 3.16 (rendu cartographique). Les données ont été apurées et ajustées à l'aide du logiciel Stata 15.0 et du facteur d'ajustements k (complétude des rapports et du niveau de réalisation des activités) afin d'assurer leur qualité. Pour chaque indicateur, trois cartes ont été produites (2018, 2019, 2020) selon le découpage district sanitaire et un graphique juxtaposant les trois années (2018, 2019, 2020) et les régions a été réalisé.

L'analyse des données par année a ciblé les districts sanitaires encore loin de la cible 2023 ou l'ayant atteint et ceux présentant les plus faibles niveaux d'indicateurs. La synthèse de l'évolution spatio-temporelle a consisté à montrer le comportement global de l'indicateur sur l'ensemble des trois années. Cette analyse a porté également sur les régions sanitaires présentant les plus faibles niveaux d'indicateurs.

Résultats

Les principaux résultats de cette analyse étaient les suivants :

- Évolution stagnante du TPCM entre 2018 et 2019 mais notable entre 2019 et 2020 au niveau des Districts Sanitaires (DS). En 2020, la majorité des DS (61,06%) restent encore loin de la cible 2023 (32,7%) ;
- Évolution graduelle entre 2018 et 2020 de la couverture de CPN1 au premier trimestre de grossesse au niveau des Districts Sanitaires. La proportion des DS ayant atteint la cible 2023 (41,38 %) passe de 23,01 % en 2018 à 32,74% en 2020 soit un taux de variation de 42,3%. Plus des 2/3 des DS d'Abidjan affichent des taux de couverture en CPN1 au premier trimestre inférieur à 41,38% ;
- Nette progression entre 2018 et 2020 de la CPN4 et plus au niveau des DS. La proportion des DS ayant atteint la cible 2023 (58,4 %) est passée de 13,27 % en 2019 à 19,47% en 2020 soit un taux de progression de 46,72%. La quasi-totalité des districts sanitaires d'Abidjan (90%) sont loin de la cible 2023 ;
- Légère amélioration entre 2018 et 2020 du taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié au niveau des Districts Sanitaires. La proportion des districts ayant atteint un taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié égal à 78,5% (cible 2023) passe de 44,24% en 2018 à 48,67% en 2020 avec un taux de variation de 10,01%.

La majorité (90 %) des districts sanitaires d'Abidjan enregistrent des taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié encore loin de la cible 2023 ;

- Évolution significative entre 2018 et 2020 de la couverture en consultation postnatale. En 2020, 40 % des districts sanitaires ont déjà atteint la cible 2023 (86,7%) de couverture en consultation postnatale. Cependant, 90 % des DS d'Abidjan sont en dessous de la cible 2023 ;
- Légère régression du nombre des DS ayant atteint une proportion de 38,6% (cible 2023) d'enfants de 0 à 59 mois atteints de diarrhée et traités avec SRO+Zinc. En 2020, plus de la moitié (66,37%) des districts sanitaires ont déjà atteint la cible 2023 (38,6%). Cependant, moins du tiers des DS d'Abidjan (30%) ont atteint la cible 2023 ;
- Amélioration de la proportion de petit poids de naissance. Le nombre de DS ayant une proportion de petit poids de naissance supérieure à 10,7% (cible 2023) a significativement baissé entre 2018 et 2020 avec un taux de variation de 30 %. En 2020, plus de la moitié (62,83 %) des districts sanitaires de pays et tous les DS d'Abidjan ont atteint la cible 2023 ;
- Diminution significative de la proportion d'enfants malnutris. Le nombre de DS ayant une proportion d'enfants malnutris supérieure à 4,7 % (cible 2023) a baissé entre 2018 et 2020 avec un taux de variation de 46,7 %. En 2020, la majorité (79 %) des districts sanitaires ont déjà atteint la cible 2023 ;
- Les plus faibles niveaux d'indicateurs ont été enregistrés dans les Districts Sanitaires de Korhogo 2 (TPCM, CPN1T1, CPN4+, Accouchement assisté, CPoN), Kani (TPCM, CPN4+, Malnutrition), Dianra (PPN, Malnutrition) et Tiébissou (TPCM, CPoN) et dans les régions sanitaires d'Abidjan 2 (TPCM, CPN4+, Accouchement assisté, CPoN), Béré (TPCM, CPN4, PPN), Guemon (CPN1T1, Accouchement assisté, CPoN) et Abidjan 1 (TPCM, CPoN).

RECOMMANDATIONS

Au Ministère en charge de la Santé et de la Plateforme Nationale de Coordination du Financement de la Santé (PNCFS)

- Intégrer dans la ligne d'allocation budgétaire, une dotation supplémentaire substantielle en faveur des régions et districts à faible performance, en vue d'assurer avec équité une meilleure couverture des soins ;
- Identifier les bonnes pratiques mises en œuvre dans les districts sanitaires avec un niveau de performance plus élevé des indicateurs de couverture en CPN1 au 1er trimestre de la grossesse, CPN4 et taux de Prévalence Contraceptive Moderne et les étendre aux districts où ces couvertures sont encore loin des cibles ;
- Poursuivre les efforts fournis vis-à-vis des couvertures en accouchement assisté par un personnel qualifié, CPoN immédiat, proportion de nouveau-nés avec faible poids de naissance et proportion d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée et traités avec du SRO + Zinc enfin de permettre à l'ensemble des districts sanitaires d'atteindre les cibles 2023 ;

- Renforcer prioritairement le paquet d'offre de soins (accessibilité géographique, disponibilité en personnel qualifié, qualité des soins, ...) dans les districts et régions sanitaires peu performants ;
- Continuer à mobiliser et à établir des partenariats avec les intervenants communautaires (ASC, ONG de santé) pour explorer les possibilités d'intensifier la demande de soins appropriés et changer les pratiques au sein de la population. Ceci implique de se pencher sur le problème crucial de l'organisation et la prise en charge financière des agents de santé communautaire. ;
- Renforcer les capacités du SNIS afin de lui permettre de mettre à temps à la disposition des décideurs des données de qualité ;
- Accélérer l'intégration dans le DHIS2 les données des structures sanitaires du niveau tertiaire de la pyramide sanitaire (CHU et EPN) ainsi que celles des structures du secteur privé en vue d'un suivi efficace et efficient des indicateurs de SRMNIA à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Comparer la cartographie des interventions réellement mises en œuvre dans les districts sanitaires à celle des indicateurs SRMNIA-N afin d'établir un lien entre elles et résoudre de façon idoine les gaps qui se dégageraient ;
- Évaluer le Dossier d'Investissement en vue d'une priorisation des districts pour capitaliser les financements disponibles.

A l'endroit de l'Institut National de Santé Publique (INSP)

- Réaliser des études approfondies prenant en compte le volet socio-anthropologique afin de comprendre les raisons qui sous-tendent les faibles niveaux d'indicateurs dans les régions ou les districts sanitaires concernés ;
- Rédiger une note de politique résumant les principaux résultats de cette analyse et les recommandations à l'adresse des décideurs dans le but d'orienter les décisions à prendre pour l'amélioration des performances des indicateurs;
- Poursuivre le suivi de l'évolution des indicateurs (au plan national) ainsi que le suivi cartographique des indicateurs (au plan infra-national) afin d'appréhender à temps les gaps et proposer des mesures correctrices.

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte

Le «Countdown to 2030» (CD2030), composé d'experts et de chercheurs en suivi et évaluation issus d'institutions universitaires mondiales, régionales et nationales, en collaboration avec les agences des Nations Unies et la Banque Mondiale, suit depuis 2005 les progrès des interventions visant à sauver des vies dans le domaine de la santé de la reproduction, de la santé maternelle, néonatale et infantile et de la nutrition (SRMNIA+N).

La phase actuelle de Countdown to 2030 (2020-2022) est axée sur la collaboration et le soutien technique pour environ 15 à 20 pays bénéficiant du soutien du Global Financing Facility (GFF). L'objectif de cette phase est de suivre les performances en matière de SRMNIA+N en Côte d'Ivoire avec un focus sur le dossier d'investissement.

En Côte d'Ivoire, l'Institut National de Santé Publique (INSP), appuyé par African Population and Health Research Center (APHRC), est l'institution chef de file chargé de mettre en œuvre le Countdown 2030, en collaboration avec d'autres structures du MSHP dont les programmes de santé concernés par la SRMNIA+N et d'autres acteurs nationaux.

Le projet Countdown to 2030 a démarré en septembre 2020 en Côte d'Ivoire par la réalisation d'une revue documentaire qui devrait permettre un meilleur suivi des indicateurs de performance du programme SRMNIA+N.

Cette revue documentaire des indicateurs du programme SRMNIA+N a permis de décrire les tendances évolutives de ces indicateurs au cours des dernières années, connaître la situation de la SRMNIA+N en Côte d'Ivoire au moment du démarrage du projet et d'identifier de multiples disparités entre les régions. Concernant les femmes, selon les dernières données, il ressort que les plus faibles proportions de couverture en CPN4+ étaient observées dans les régions du Nord (32,1%) et du Nord-Ouest (35,7 %), et les plus élevées dans la région du Centre-Nord (58,4%) et la ville d'Abidjan (75,9 %). Le Taux de Prévalence Contraceptive moderne (TPCm) le plus élevé était observé dans la ville d'Abidjan (19,4 %), dans la région du Centre-Est (13 %) et celle du Sud (13 %).

La région du Nord-Ouest (4,9 %) se distinguait des autres régions par son niveau très faible de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. La proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié était au moins 1,5 fois plus faible dans la région Ouest (59,4%), en comparaison de la ville d'Abidjan (94,4%).

Concernant les enfants, toujours selon les données récentes, la région du Sud-Ouest avait le plus fort taux de nouveau-nés de faible poids de naissance avec 21,7% tandis que dans les autres régions de la Côte d'Ivoire on notait des taux plus bas. La région du Centre présentait le taux le plus faible avec 12%. Les taux d'enfants complètement vaccinés étaient les plus élevés au niveau de la ville d'Abidjan, du sud sans Abidjan et au Centre-Est avec respectivement 55,2%, 46,8% et 44,6%, contrairement au Nord et au Nord-Ouest où les taux étaient les plus faibles avec respectivement 18,2% et 20%.

En matière de traitement de la diarrhée, dans la région du Centre-Est les enfants recevaient plus la SRO + zinc (12,6%) que les autres enfants, particulièrement ceux résidant dans la région du Centre-Ouest avec seulement 1,9 % d'enfants traités (MICS 2016).

Par ailleurs, les données nutritionnelles de la MICS 2016 montraient que les régions les plus touchées par l'émaciation modérée étaient le Centre Nord (7,2%) et le Centre-Ouest (6,7%) ; la prévalence la plus faible étant observée dans la région du Nord-Est avec 5 %.

La mise en œuvre des activités de SRMNIA+N en Côte d'Ivoire à travers le Dossier d'Investissement a démarré au premier trimestre de l'année 2020, précédée de l'élaboration du cadre de résultats. Le présent travail est réalisé dans le but d'analyser les progrès et performances infra-nationaux des indicateurs SRMNIA-N de 2018 à 2020 en Côte d'Ivoire et informer la revue annuelle du programme SRMNIA-N du dossier d'investissement. Tout ceci devrait permettre d'orienter les décideurs politiques dans l'ajustement des interventions mises en œuvre pour améliorer les indicateurs SRMNIA-N en Côte d'Ivoire.

1.2. Objectifs

1.2.1. Objectif général

Analyser les progrès de la santé maternelle, santé infantile et nutrition en Côte d'Ivoire de 2018 à 2020.

1.2.2. Objectifs spécifiques

- Décrire la distribution spatiale des indicateurs prioritaires de santé maternelle, santé infantile et nutrition ;
- Décrire les tendances évolutives spatio-temporelle des indicateurs prioritaires au niveau des régions et des districts sanitaires ;
- Faire des suggestions aux décideurs politiques afin d'améliorer la santé maternelle, infantile et nutrition en Côte d'Ivoire.

2. METHODOLOGIE

2.1. Données et matériels

2.1.1. Données

Les données utilisées pour la réalisation de ce travail de cartographie sont de deux types :

- Les données attributaires : il s'agit des données de santé mère-enfant et nutrition (SRMNIA-N), des années 2018, 2019 et 2020 extraites du DHIS 2 à la date du 27 Avril 2022 à la DIIS en format Excel. Ces données ont été adaptées au nouveau découpage sanitaire de 2020 (113 districts sanitaires).
- Les données spatiales : il s'agit des fichiers de forme de district sanitaire et de région sanitaire de la Côte d'Ivoire.

2.1.2. Matériels

Les matériels utilisés pour le traitement des données sont de deux types : Les matériels physiques (Ordinateurs) et Les logiciels (Excel et Qgis version 3.16). Le logiciel Excel a été utilisé pour le traitement des données attributaires et le Logiciel Qgis pour le rendu cartographique.

2.1.3. Apurement et ajustement des données

2.1.3.1. Description de la méthodologie utilisée

L'évaluation de la qualité des données et les procédures de correction et d'ajustement ont été effectuées à l'aide du logiciel Stata 15.0, selon les étapes détaillées ci-dessous.

a) **Évaluation de l'exhaustivité des rapports mensuels des districts** : des rapports incomplets au niveau d'un district donné peuvent avoir un effet majeur sur les niveaux et les tendances de la couverture et d'autres statistiques provenant des établissements de santé.

Dans le cadre de cette analyse, le taux de rapportage était jugé acceptable lorsqu'il était égal ou supérieur à 90%. Pour un district donné, tous les mois présentant des taux de rapportage mensuels inférieurs à 90% ont été listés. Ensuite, des corrections ont été apportées en considérant deux niveaux d'incomplétude :

- Corrections pour les établissements qui n'ont pas communiqué de données (i.e pas de rapport) dans un mois donné : la valeur médiane du taux de rapportage pour l'année concernée a été attribuée à ces districts.
- Corrections prenant en compte le niveau de service attendu parmi les établissements qui n'ont pas communiqué de données (y compris ceux du secteur privé): l'ajustement dépend des hypothèses sur le nombre de services (CPN, accouchement, vaccination etc.) fournis dans les établissements non déclarants par rapport à ceux qui ont déclaré. Un facteur d'ajustement est attribué pour chaque service en se basant sur la connaissance du programme.

Ce facteur d'ajustement k était défini selon les hypothèses ci-dessous :

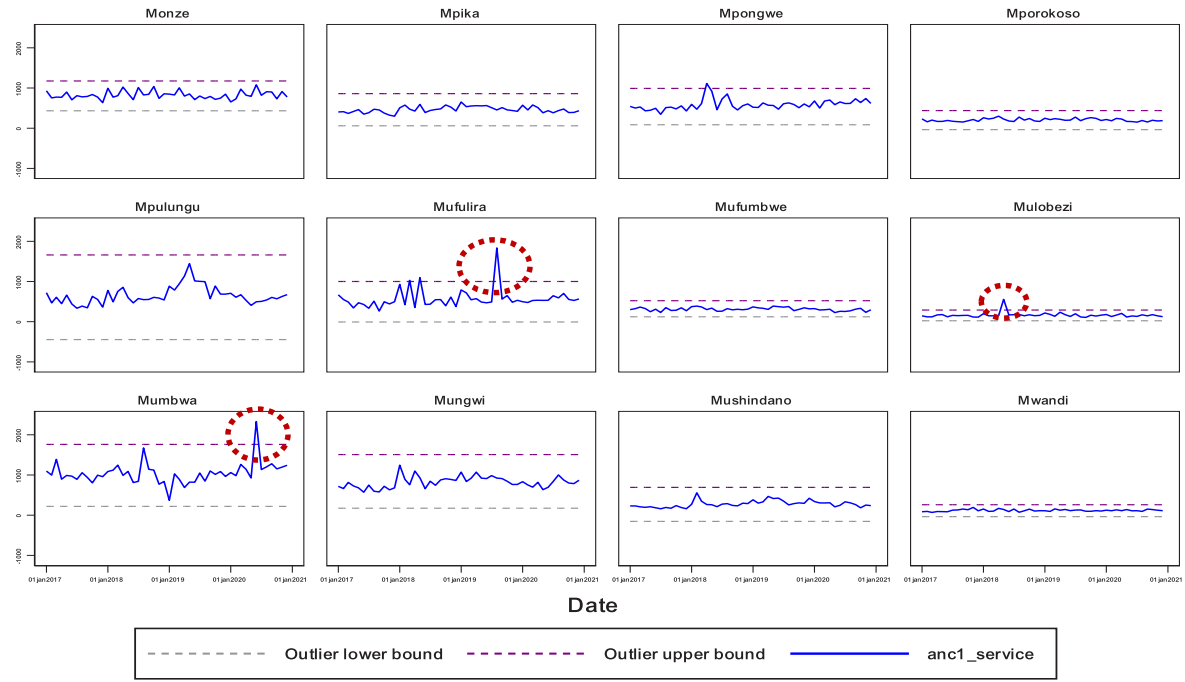
- ✓ $k=0,25$ certains services, mais beaucoup plus faible que les établissements déclarants ;
- ✓ $k=0,5$ la moitié du taux par rapport aux établissements déclarants ;
- ✓ $k=0,75$ presque autant que les établissements déclarants ;
- ✓ $k=1,0$ même taux de services que les établissements déclarants.

En général, la valeur par défaut est de $k=0,25$.

b) Évaluation et corrections des valeurs aberrantes extrêmes et évaluation de la cohérence interne. En général, l'on s'attend à une variation limitée d'une année à l'autre du nombre d'interventions, en particulier pour les interventions à couverture élevée (par exemple, CPN 1, Penta 1). En présence de fortes variations sans explication plausible, les données sont considérées comme « bruyantes » et peuvent présenter de sérieux problèmes de qualité des données.

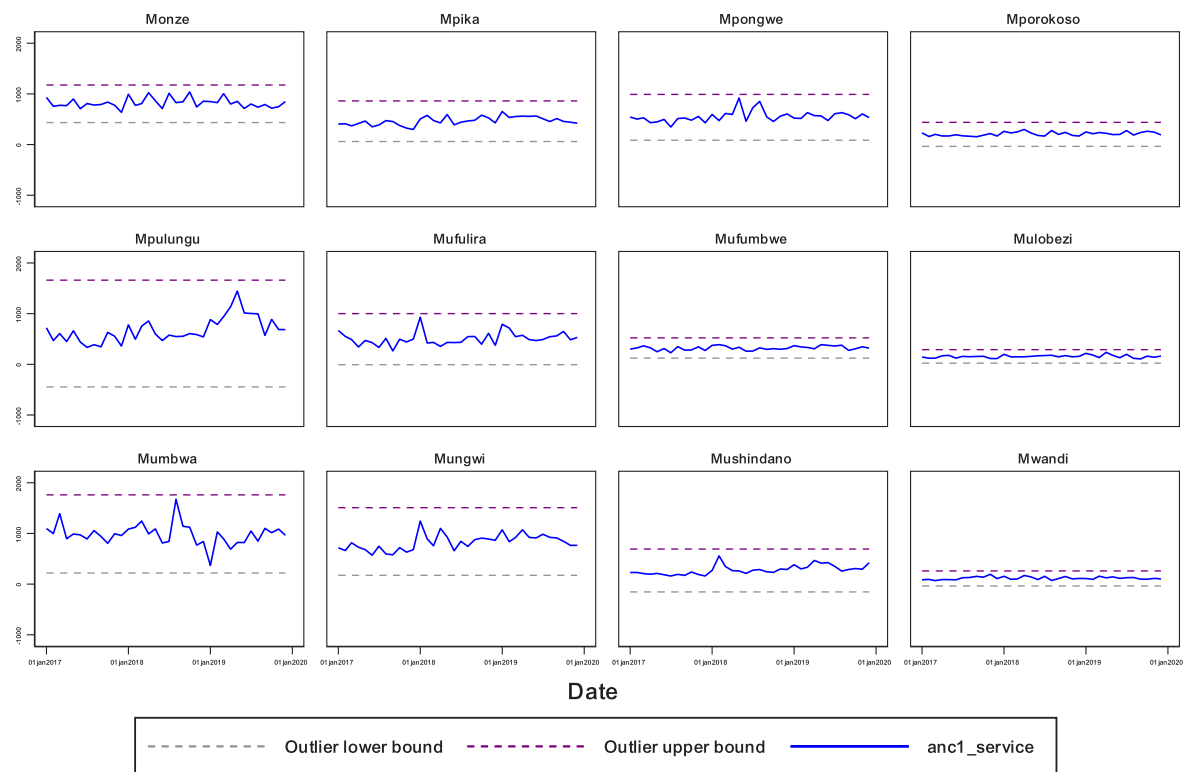
Pour les données annuelles, une valeur aberrante extrême est définie comme tout nombre dans l'ensemble de données supérieur ou inférieur à 5 déviations standards par rapport à l'écart absolu médian (MAD) calculé à partir des 3 années précédentes. Ensuite, ces données ont été corrigées en imputant la valeur médiane de l'année considérée.

Assessment of anc1 outliers over time by district, Zambia



Outlier $\geq \pm 1.482 * 5 * \text{MAD}$ (5 std from median)

anc1 after correcting outliers over time by district, Zambia



Outlier $\geq \pm 1.482 * 5 * \text{MAD}$ (5 std from median)

Figure 1 : Exemple de figure de valeur aberrante

c) Traitement des valeurs manquantes pour le volume de services :

On impute la médiane de l'année considérée, à moins qu'il n'y ait des raisons de croire qu'il s'agissait d'une véritable valeur manquante, car service non fourni.

2.1.3.2. Résultats de l'évaluation de la qualité des données et des ajustements effectués

L'exhaustivité des rapports était d'au moins 90 % au fil des ans pour l'ensemble des indicateurs mais tous les établissements présentaient des données mensuelles manquantes et des valeurs extrêmes aberrantes. En Côte d'Ivoire, cette situation peut s'expliquer par le redécoupage sanitaire récemment effectué au niveau du système de santé.

En effet, de 2017 à 2019, le pays comptait 86 districts répartis dans 20 régions sanitaires. Puis à partir de 2020, l'on est passé à 113 districts et 33 régions sanitaires.

De ce fait, les 27 nouveaux districts bien que pris en compte dans le cadre de cette analyse n'ont en réalité pas réalisé d'activités de 2017 à 2019.

Au regard des données disponibles, un ajustement a été effectué pour les déclarations incomplètes en supposant que les établissements non déclarants fournissaient certains services selon les hypothèses suivantes :

1. **k = 0,75 pour la CPN** : service presque autant fourni dans les établissements non déclarants que dans les établissements déclarants ;
2. **k = 0,75 pour les accouchements** : service presque autant fourni dans les établissements non déclarants que dans les établissements déclarants ;
3. **k = 0,75 pour les CPoN** : service presque autant fourni dans les établissements non déclarants que dans les établissements déclarants ;
4. **k = 0,1 pour la PF** : environ un 10ème du taux de service des établissements déclarants est fourni par les établissements non déclarants.

Finalement, les valeurs aberrantes extrêmes dans les données ont été corrigées en imputant une valeur basée sur la valeur médiane de l'année civile.

2.1.4. Traitement des données

Le traitement des données concerne l'organisation des indicateurs des fichiers Excel en deux bases:

- **Base 1** : C'est la base cartographique, elle comprend les indicateurs des districts sanitaires à cartographier.
- **Base 2** : C'est la base graphique, elle comprend les indicateurs des régions sanitaires pour la réalisation des graphiques.

2.1.5. Rendu cartographique

Les indicateurs à cartographier sont enregistrés dans le tableau ci-après :

Tableau 1 : Liste des indicateurs représentés

Numéro	Indicateurs à cartographier	Désignation	Correspondance de l'indicateur dans la base cartographique	Cible 2023	Cible 2030
1	Couverture en CPN1 au 1er trimestre de la grossesse (%)	CPN1	CPN1%	41,38%	58.88%
2	Couverture en CPN4 (%)	CPN4	CPN4%	58,4%	75%
3	Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié (%)	Accouchement assisté par un personnel qualifié	TAQ%	78,5%	90%
4	Couverture en CPoN immédiat (%)	Consultation post-natale immédiat	CPoN%	86,7%	95%
5	Taux de Prévalence Contraceptive Moderne (%)	Contraception moderne	TPC%	32,7%	60%
6	Proportion de nouveau-nés avec faible poids de naissance (%)	Enfants nés avec un petit poids de naissance	HYPNAI%	10,7%	3%
7	Proportion d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée et traités avec du SRO + Zinc	Enfants atteints de diarrhée et traités avec SRO+Zinc	SROZIN%	38,6%	75%
8	Proportion d'enfants de moins de 5ans malnutris aigus (%) (émaciation)	Enfants malnutris	MALNUT%	4,7%	4% (2025)

Selon la base de données disponible, trois (3) cartes ont été réalisées pour chaque indicateur, ce qui donne au total 24 cartes selon le découpage district sanitaire. Les cartes ont été réalisées en format A4 et exportées en image (fichier BMP) afin d'être exploitable dans un rapport.

La démarche adoptée pour la production des cartes se résume en trois étapes :

D'abord, nous avons procédé à la jointure des tables. Ensuite, nous avons sauvegardé les nouvelles données spatiales obtenues après jointure. Ces deux premières étapes ont permis d'obtenir un fichier de forme (la Base_Districts_Sanitaires). Enfin, l'étape finale consistait à produire les cartes.



Le schéma ci-dessous résume la démarche adoptée pour la cartographie

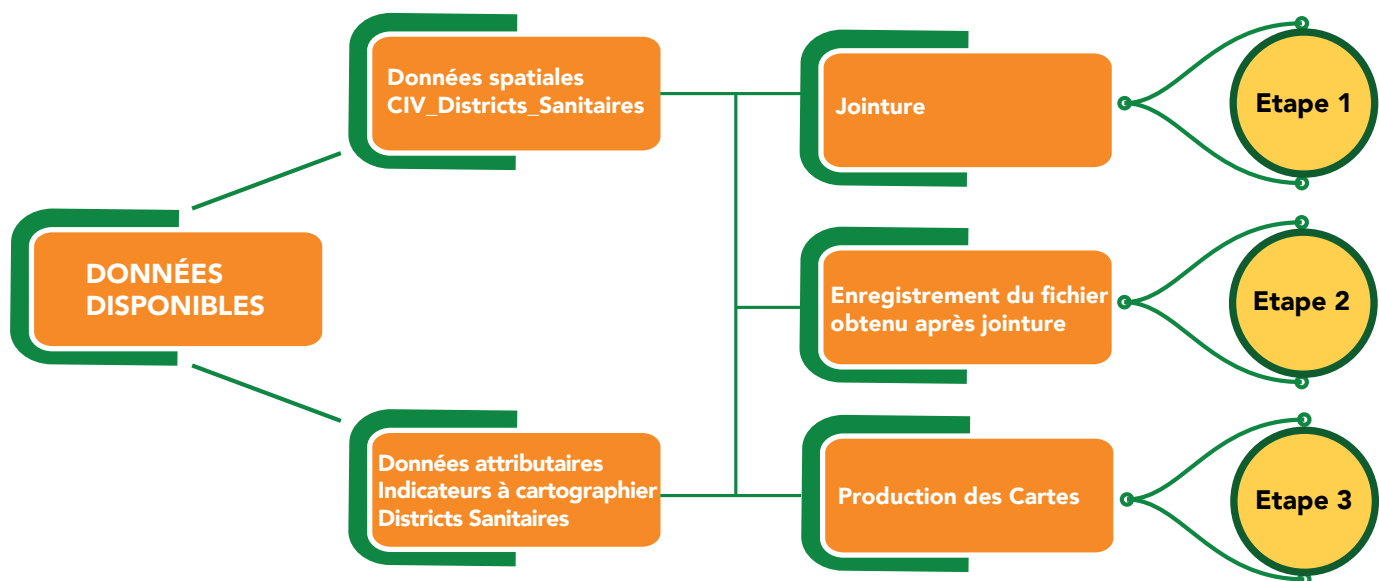


Figure 2 : Méthode de cartographie des indicateurs santé mère-enfant-Nutrition

Concernant la légende des cartes, trois intervalles ont été élaborés pour chaque indicateur en fonction des cibles fixées au niveau national à atteindre en 2023 et 2030 :

- Intervalle 1 : < cible 2023
- Intervalle 2 : [cible 2023- cible 2030[
- Intervalle 3 : ≥ cible 2030

La couleur affectée aux intervalles devient progressivement claire pour illustrer l'amélioration de la couverture.

2.1.6. Rendu graphique

- **Mise à disposition des données**

Les données sur les indicateurs ont été transmises sous fichier Excel global présentant :

- En colonnes : tous les indicateurs exprimés en pourcentage (%) selon les années ;
- En ligne : les différentes régions sanitaires.

De ce fichier, a été extrait les différents indicateurs ; pour chaque indicateur, une feuille Excel a été créé et une colonne a été ajoutée pour prendre en compte l'objectif cible à atteindre en 2023.

Exemple pour l'indicateur CPN1 (Consultation Post Natal), la feuille Excel se présente comme suit :

En colonnes :

- Le pourcentage de l'indicateur en 2018 ;
- Le pourcentage de l'indicateur en 2019 ;
- Le pourcentage de l'indicateur en 2020 ;
- L'objectif cible en 2023.

Tableau 2 : Exemple indicateurs CP1 selon les années (%)

Régions Sanitaires	Couverture de CPN1 au cours du 1er trimestre de la grossesse, 2018	Couverture de CPN1 au cours du 1er trimestre de la grossesse, 2019	Couverture de CPN1 au cours du 1er trimestre de la grossesse, 2020	Objectif Cible 2023
ABIDJAN 1	35,3%	39,2%	34,5%	41,28%
ABIDJAN 2	22,8%	25,8%	24,7%	41,28%
AGNEBY-TIASSA	21,3%	25,7%	29,7%	41,28%
BAFING	39,3%	44,2%	50,6%	41,28%
BAGOUE	34,7%	29,1%	29,0%	41,28%
BELIER	23,6%	28,3%	32,4%	41,28%
BERE	33,7%	33,0%	30,3%	41,28%
BOUNKANI	35,0%	40,1%	52,1%	41,28%
CAVALLY	40,6%	55,0%	61,8%	41,28%
FOLON	24,8%	34,2%	40,5%	41,28%
GBEKE	22,8%	27,3%	28,5%	41,28%
GBOKLE	28,9%	37,5%	39,8%	41,28%
GONTOUGO	22,0%	24,3%	23,7%	41,28%
GRANDS PONTS	24,4%	33,9%	33,4%	41,28%
GUEMON	20,9%	23,1%	23,4%	41,28%
GÔH	22,8%	27,6%	28,1%	41,28%
HAMBOL	29,4%	32,8%	37,5%	41,28%
HAUT SASSANDRA	29,9%	40,3%	42,2%	41,28%
IFFOU	21,0%	26,7%	26,5%	41,28%
INDENIE-DUABLIN	16,8%	19,2%	19,8%	41,28%
KABADOUGOU	42,7%	58,5%	64,1%	41,28%
LÔH-DJIBOUA	25,5%	31,5%	36,9%	41,28%
MARAHOUÉ	32,3%	36,4%	38,7%	41,28%
ME	21,2%	27,0%	30,4%	41,28%
MORONOU	16,9%	17,1%	21,0%	41,28%
N'ZI	21,8%	18,8%	19,0%	41,28%
NAWA	27,9%	39,7%	47,2%	41,28%
PORO	23,4%	24,7%	27,6%	41,28%
SAN PEDRO	28,6%	43,0%	44,0%	41,28%
SUD-COMOE	24,0%	32,0%	31,7%	41,28%
TCHOLOGO	21,0%	23,8%	27,9%	41,28%
TONKPI	42,8%	47,7%	47,7%	41,28%
WORODOUGOU	45,4%	47,1%	53,1%	41,28%
NATIONAL	27,6%	32,5%	33,5%	41,28%

● Conception des graphiques

Tous les graphiques ont été réalisés sur Excel.

En sélectionnant le tableau ci-dessus, nous avons choisi d'insérer un graphique (histogramme groupé).

Dans les propriétés du graphique, nous avons pu modifier les couleurs en fonctions des années. Pour représenter l'objectif cible sous forme d'une ligne de référence, le type de graphique a été

modifié pour le choix d'un graphique combiné (choix d'une courbe pour la représentation de l'objectif cible en 2023).

Pour l'indicateur CPN1 nous avons obtenu ce graphique :

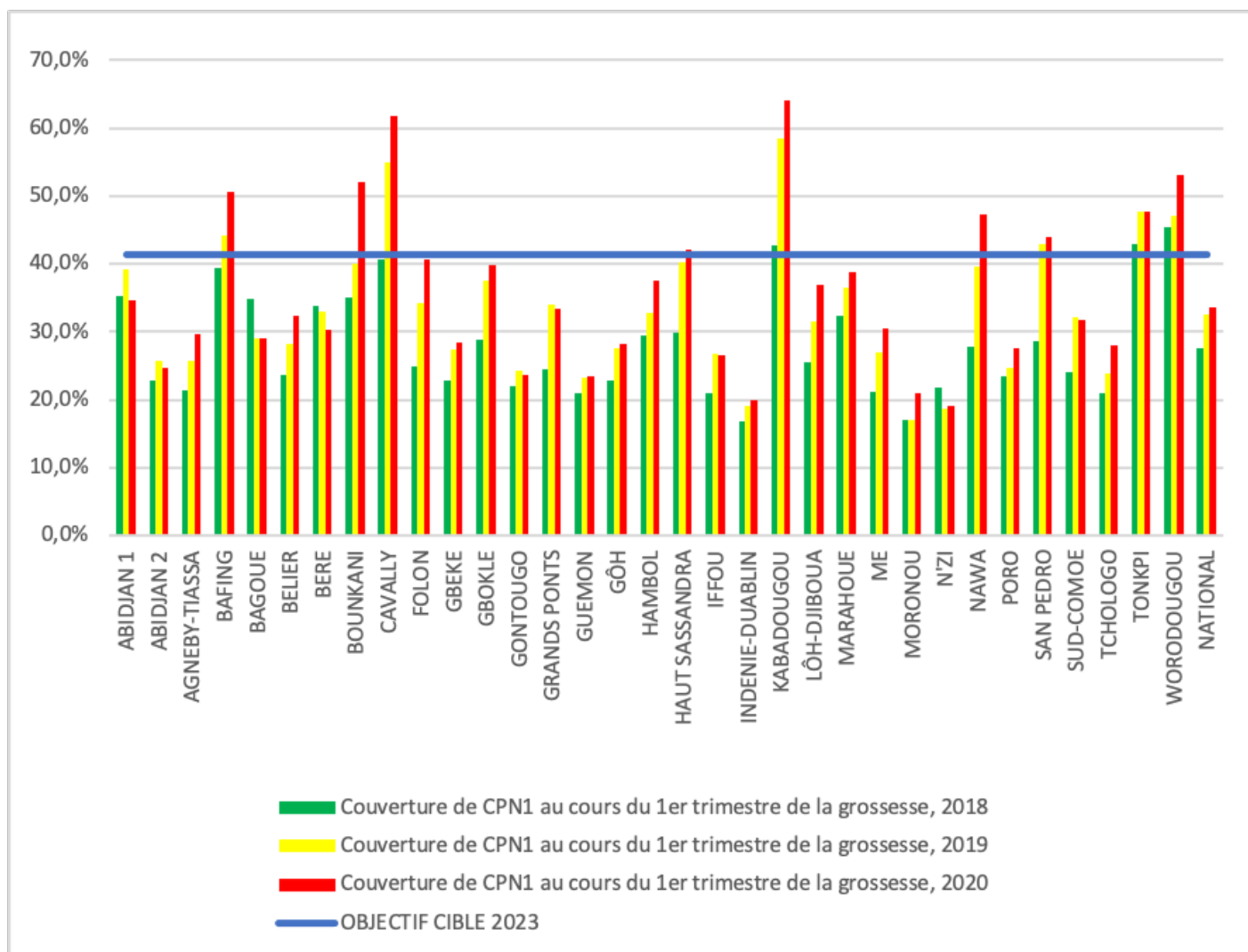
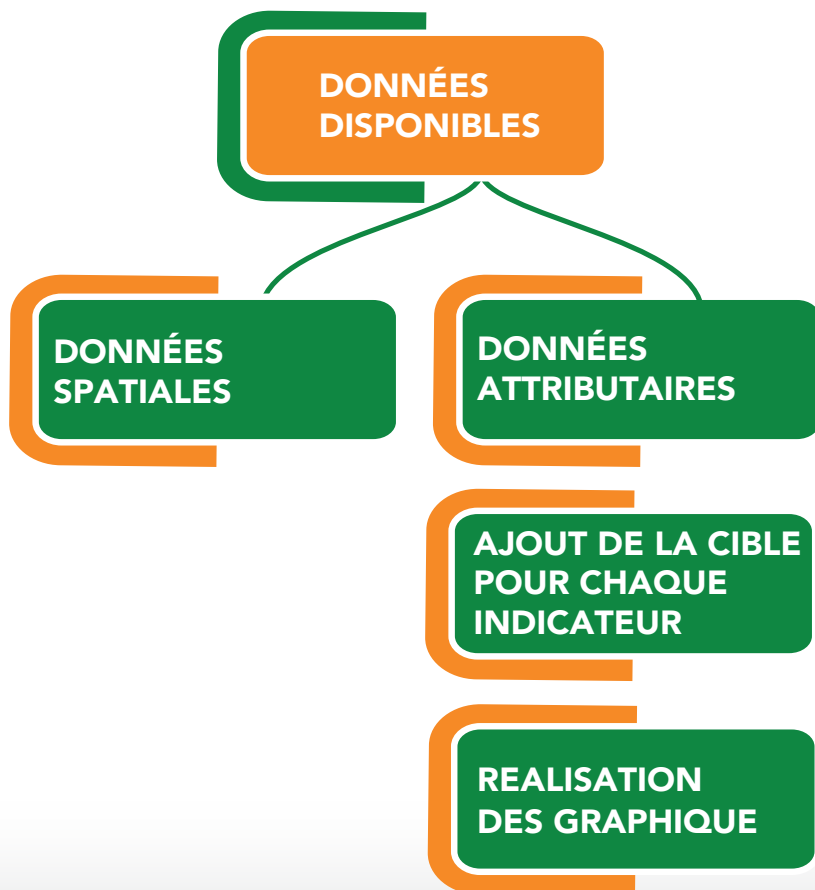


Figure 3 : Exemple de graphique pour indicateur CP1

De manière synthétique :



2.2. Méthodologie de commentaire des cartes

2.2.1. Analyse spatiale à l'échelle du district sanitaire

Les cartes ont été analysées en faisant un focus sur l'atteinte de la cible 2023 pour l'ensemble des indicateurs. La démarche adoptée pour l'analyse des cartes, se compose des étapes ci-dessous :

- Description individuelle au niveau de l'année : les différentes tendances en fonction de leur emplacement dans le pays ont été décrites. Le pourcentage des districts sanitaires de chaque intervalle a été calculé en insistant sur la localisation géographique des districts sanitaires (les zones concernées) se trouvant en dessous de la cible 2023.
- Synthèse de l'évolution spatio-temporelle : le comportement global de l'indicateur a été décrit sur l'ensemble des trois années et le taux d'amélioration calculé dans certains cas.

2.2.2. Analyse quantitative et temporelle à l'échelle de la région sanitaire

Les graphiques ont été réalisés avec un focus sur la cible 2023 pour l'ensemble des indicateurs. L'analyse graphique a été faite selon les points suivants :

- Description de l'allure globale du graphique ;
- Calcul du pourcentage de régions ayant déjà atteint la cible 2023 de l'indicateur ;
- Identification des pics ainsi que des dépressions en précisant les régions concernées.

3. RESULTATS

La présente analyse géospatiale s'est focalisée sur la cible 2023 de chaque indicateur et a identifié les districts sanitaires ainsi que les régions sanitaires qui ont déjà atteint ou qui sont loin de cette cible. Ainsi, elle a permis de faire des recommandations afin de mieux orienter les stratégies et interventions en matière de santé maternelle, néonatale et infantile couplée à la nutrition. Les cartes réalisées présentent des tons qui évoluent du foncé au pâle afin d'illustrer l'amélioration du phénomène analysé.

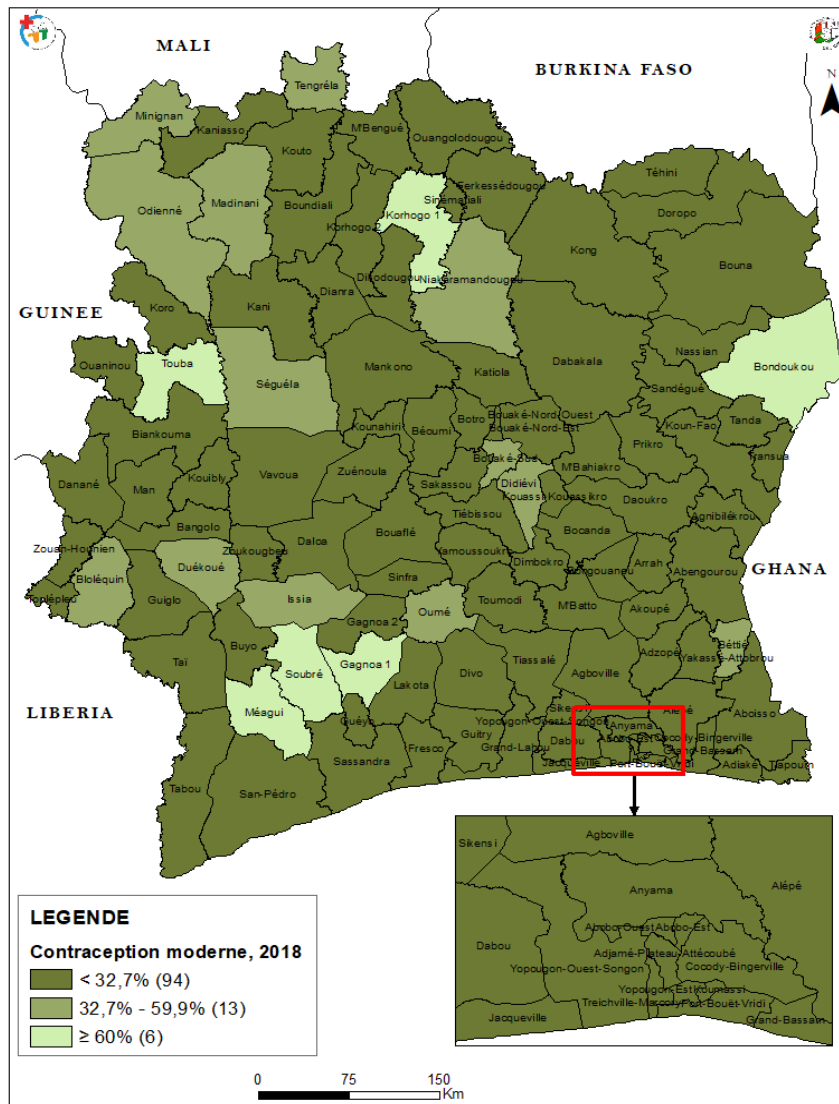
3.1. Prévalence contraceptive moderne (tpcm)

L'indicateur de santé mère-enfant analysé dans la présente section est le taux de prévalence contraceptive moderne. Selon le Programme National de Santé Mère-Enfant, la cible est respectivement pour les années 2023 et 2030, 32,7% et 60%. Ainsi, les cartes présentées dans les sections suivantes montrent trois tendances. Les taux de prévalence contraceptive inférieurs à 32,7%, les taux entre 32,7% et 59,9% et les taux supérieurs à 60%.

3.1.1. Taux de Prévalence Contraception Moderne en 2018

La carte ci-dessous présente la répartition spatiale en matière de contraception moderne en 2018. Pour la grande majorité des districts (94 sur 113DS, soit 83,18%) le taux de prévalence reste inférieur à la cible de 2023 (32,7%) avec les plus faibles taux enregistrés dans le district de Kouassi kouassikro (0,5 %), de Korhogo 2 (2,0 %) et de Kani (2,1%). Seule une faible proportion des districts (13 DS soit 12,50 %) a pu atteindre le seuil de 32,7% avec une répartition disparate sur l'ensemble du territoire.

L'ensemble des districts sanitaires d'Abidjan se caractérise par des couvertures inférieures à la cible 2023.



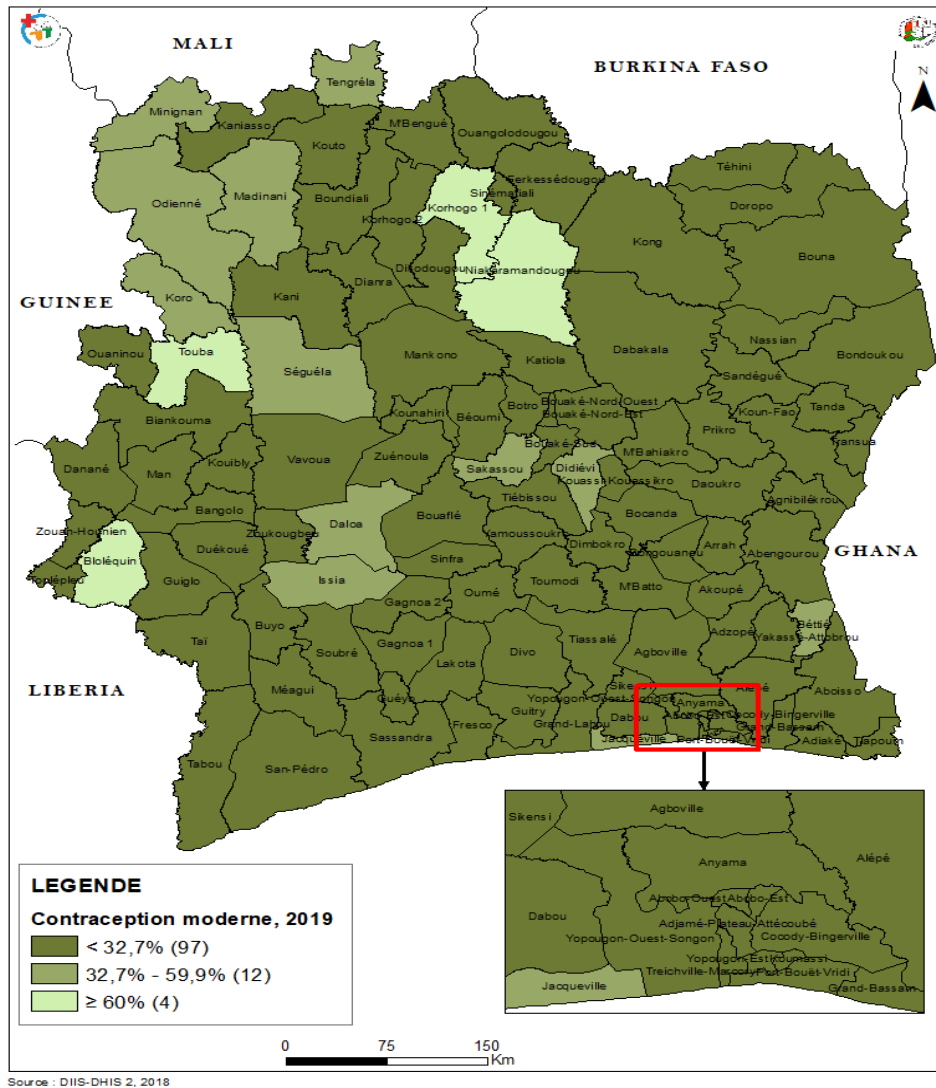
Carte 1 : Répartition spatiale du taux de contraception moderne en 2018

3.1.2. Taux de Prévalence Contraceptive Moderne en 2019

En 2019, la quasi-totalité du pays reste dominée par des districts présentant un taux de couverture inférieure à 32,7% (97 DS soit 85,84 %) avec les plus faibles taux enregistrés dans le district de Korhogo 2 (1,5%) et de Duékoué (1,8 %) et de Kani (3,5%) (Conf Carte 2).

L'on note que 12 (10,61%) districts ont un taux compris entre 32,7% et 59,9% reparti sur l'ensemble du territoire.

Seulement 04 districts (soit 3,54%) ont atteint la cible de 60% de couverture (cible 2030). Cette répartition spatiale fait apparaître un contraste entre le Nord-Ouest et les autres régions de la Côte d'Ivoire. En effet, cette zone est largement dominée par des couvertures au-delà de 32,7% et tend à être en phase avec l'atteinte des objectifs de 2023 et 2030 en matière de contraception moderne (couverture entre 32,7 % et 60%). L'ensemble des districts sanitaires d'Abidjan se caractérise par des couvertures inférieures à la cible 2023 comme en 2018.

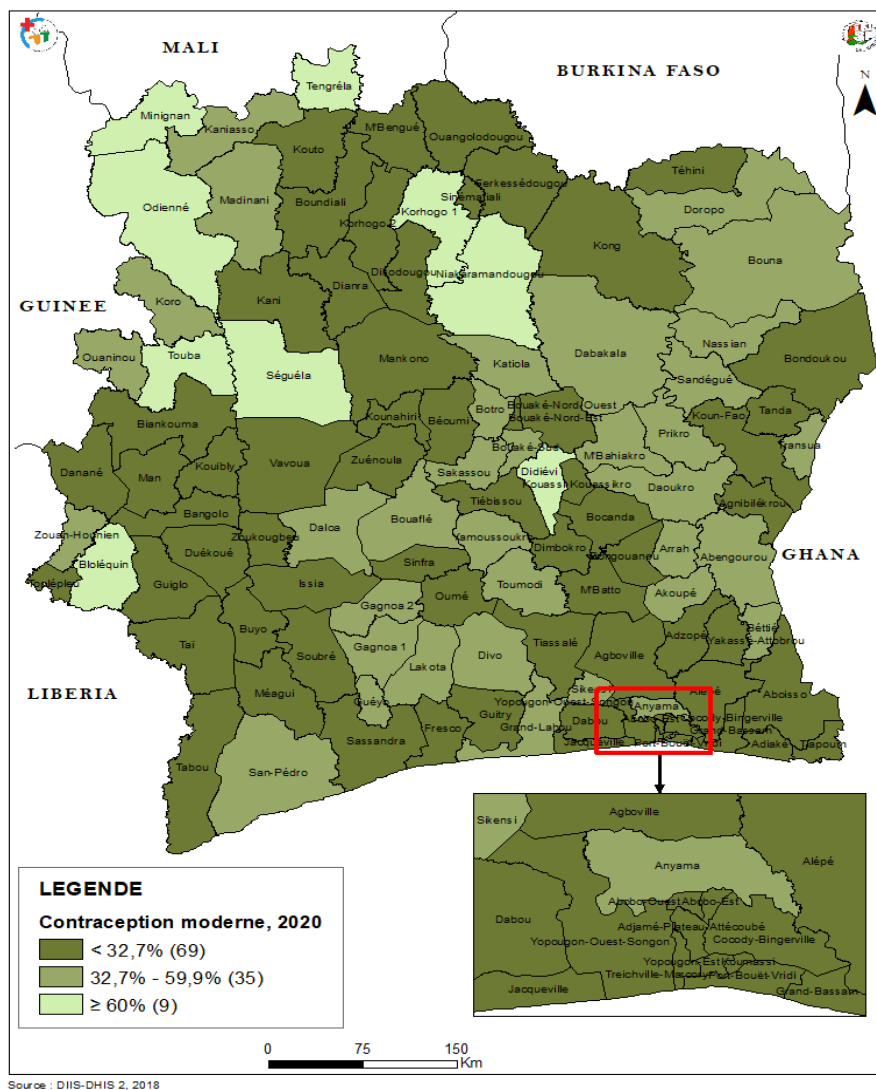


Carte 2 : Répartition spatiale du taux de contraception moderne en 2019

3.1.3. Taux de Prévalence Contraceptive Moderne en 2020

En 2020, on note une stagnation du nombre de districts sanitaires (69 soit 61,06%) dont le taux de couverture en contraception moderne est inférieur à 32,7% (cible 2023). Les districts ayant atteint une couverture de 32,7 % (30,97%) se concentrent dans la partie nord-ouest du pays tandis que les taux les plus faibles s’observent dans les districts de Tiébissou (0,3%), Korhogo 2 (1,9 %) et de Kani (4,6%).

L’ensemble des districts sanitaires d’Abidjan se caractérise par des couvertures inférieures à 32,7% comme observé les deux années précédentes. Neuf districts sur dix ont des couvertures très faibles comprises entre 5 % et 12 %.



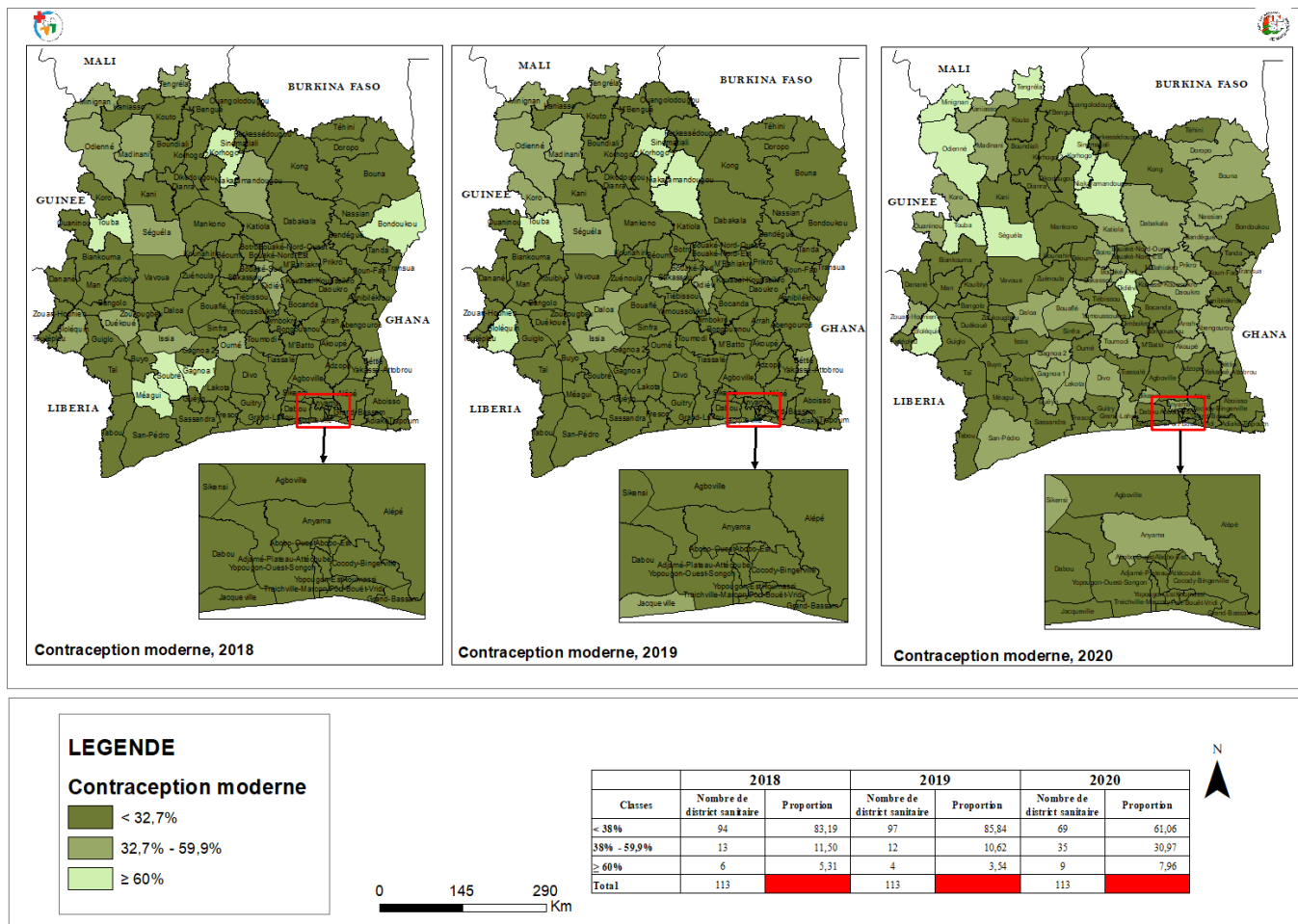
Carte 3 : Répartition spatiale du taux de contraception moderne en 2020

3.1.4. Analyse spatio-temporelle de 2018 à 2020

- **Au niveau des Districts Sanitaires (DS)**

La couverture en contraception moderne est en deçà de 32,7% (cible 2023) pour la majorité des DS entre 2018 et 2020 (Cf. Carte 4) mais l'on note une nette évolution entre 2019 et 2020. En effet sur les deux années consécutives, les districts sanitaires ayant atteint une couverture de 32,7% a presque triplé entre 2019 (12 DS=10,62%) et 2020 (35=30,97%).

Par ailleurs, la situation demeure stagnante au niveau des districts sanitaires d'Abidjan qui demeurent en deçà de 32,7%.



Carte 4 : Evolution spatio-temporelle du Taux de Prévalence Contraceptive Moderne de 2018 à 2020

• Au niveau des régions

Sur les trois années d'observation, le taux de Prévalence Contraceptive Moderne est resté stagnant aux niveaux des régions, alternant épisodes de progression et de régression, très peu de régions se rapprochent de la cible 2023 (Conf. Figure 1).

L'année 2018 se caractérise par des pics dans le Kabadougou (50,7%), le Bafing (50%) et le Nawa (41,9%). En 2019, deux régions enregistrent des pics, le Bafing (56,9%) et Kabadougou (49,5%). Les pics observés en 2020 proviennent notamment des régions du Kabadougou (75,7%), du Folon (48,6%) et du Bafing (43,1%).

Les régions du Kabadougou et du Bafing ont atteint l'objectif de 2023 sur les trois années consécutives.

Concernant les plus faibles taux de Contraception Moderne, ils sont enregistrés en 2018 dans les régions du N'Zi (3,5%), Grands-Ponts (6,5%) et Worodougou (10,4%) ; en 2019 dans les régions de Béré (8%), d'Abidjan 2 (8,9%), du Tchologo (9,5%) et d'Abidjan 1 (9,7%) ; puis en 2020 dans les régions d'Abidjan 1 (8,6%), d'Abidjan 2 (8,7%), du Tchologo (10,2%) et de Béré (10,5%).

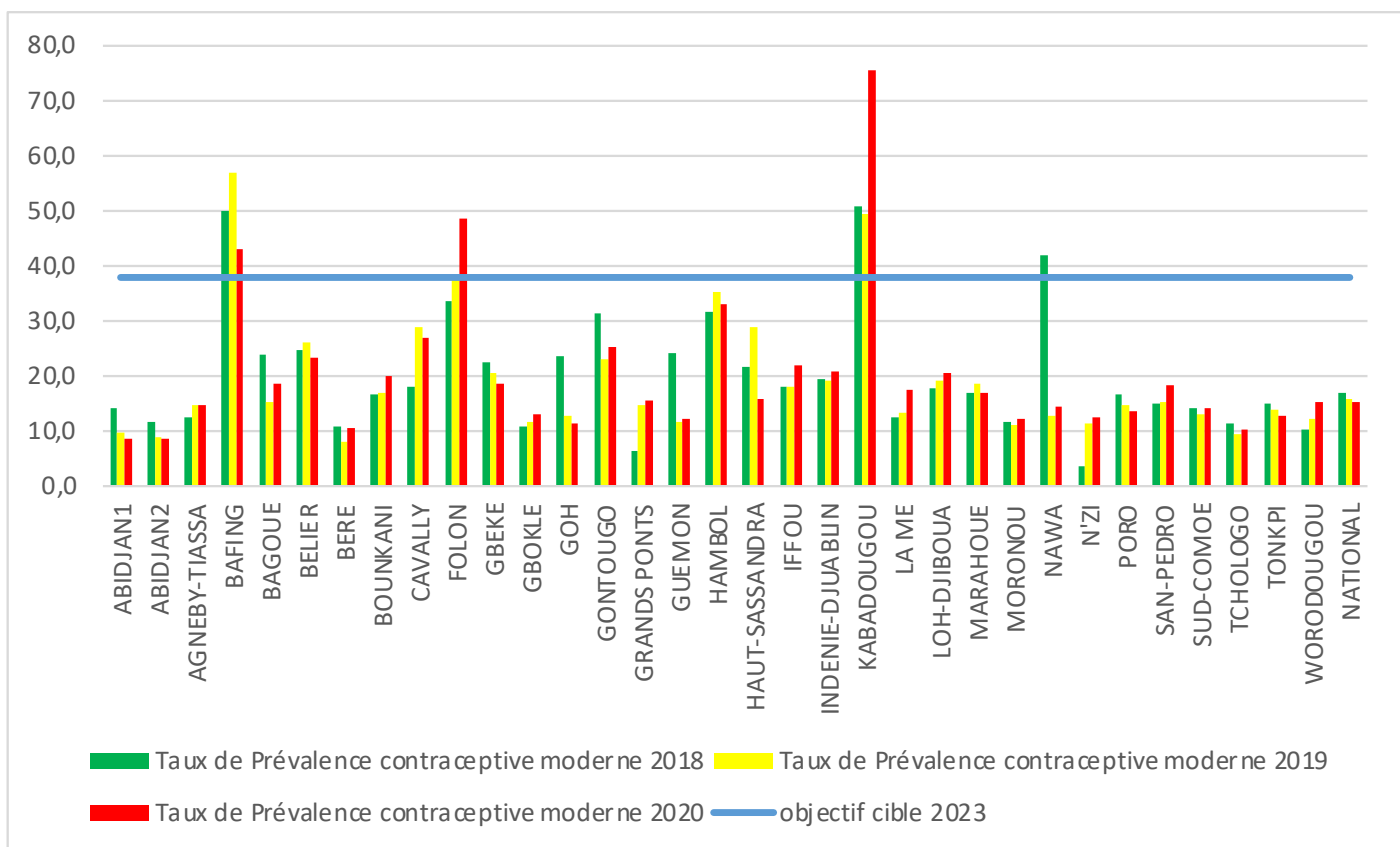


Figure 4 : Taux de Prévalence Contraceptive Moderne par région de 2018 à 2020

EN RÉSUMÉ

- On note une évolution stagnante du Taux de Prévalence Contraceptive Moderne (TPCM) entre 2018 et 2019, puis une évolution notable entre 2019 et 2020 dans les districts, mais la majorité des districts (61,06%) restent encore en deçà de 32,7 en 2020.
- **En 2020 :**
 - L'Objectif national du PANB-PF 2012-2020 était d'atteindre une prévalence contraceptive moderne de 36% en 2020. Seulement 16 districts sur 113 (14,15%) ont pu atteindre cet objectif. La majorité des districts sanitaires soit 61,06% ont des TPCM encore loin de la cible de 32,7 % (cible 2023), incluant la totalité des DS d'Abidjan.
 - Toutefois l'on note une évolution notable entre 2019 et 2020. Les plus faibles taux de Contraception Moderne sont enregistrés dans les districts sanitaires de Tiébissou, Korhogo 2, Kani et dans les régions sanitaires d'Abidjan 1, Abidjan 2, Tchologo et Béré.
- **La probabilité d'atteindre la cible 2023 par l'ensemble des districts sanitaires semble faible.**

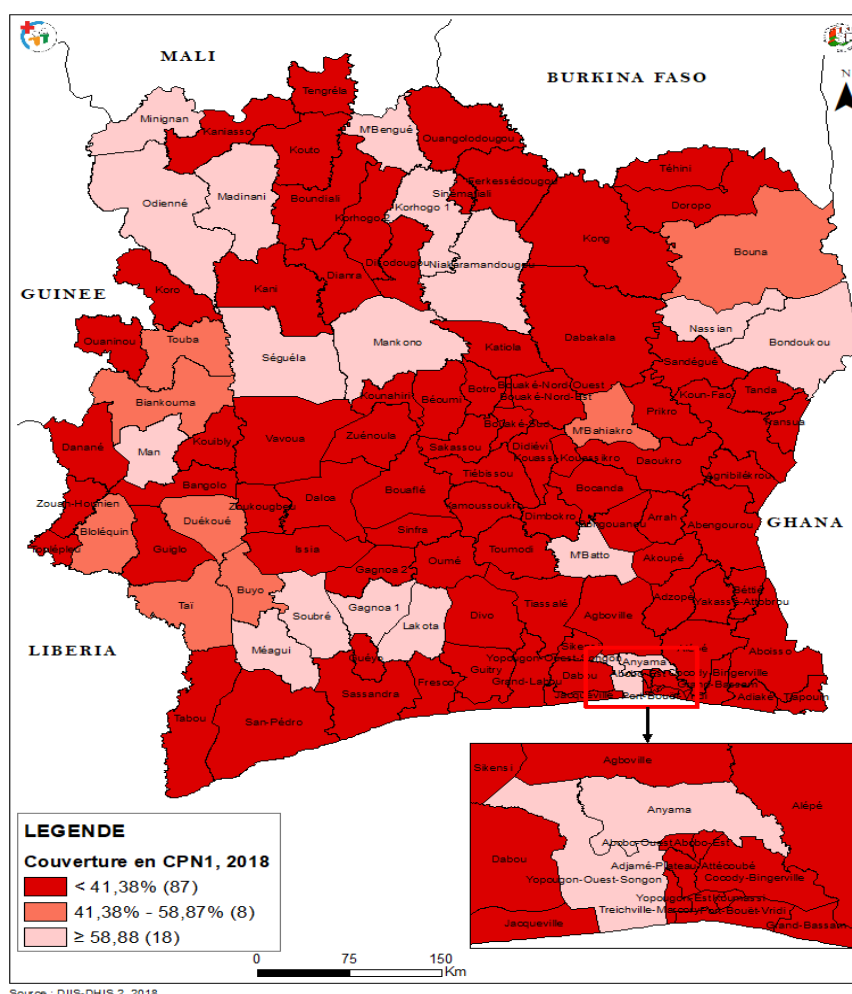
3.2. Couverture en CPN1 au 1er trimestre de la grossesse

L'indicateur analysé dans cette partie est la couverture en consultation prénatale au premier trimestre de la grossesse. L'objectif à atteindre d'ici 2023 est une couverture de 41,38% et de 58,88% d'ici 2030. Les cartes présentant la répartition spatiale de cet indicateur dans les districts sanitaires, se déclinent sous trois tendances. La première catégorie concerne une couverture inférieure à 41,38%. Ensuite, la deuxième tendance est représentée par l'intervalle allant de 41,38% à 58,87%. Pour finir, la troisième catégorie englobe les districts sanitaires avec une couverture supérieure ou égale à 58,88%.

3.2.1. Couverture en CPN1 au 1er trimestre de la grossesse en 2018

La couverture en première consultation prénatale au premier trimestre de la grossesse en 2018 est majoritairement inférieure à 41,38% à l'échelle du pays (Cf. Carte 5). Ainsi, le constat montre que la quasi-totalité des districts sanitaires soit 76,99% se trouvent dans cette situation. Les districts sanitaires de Kouassi kouassikro (1,8 %) et Korhogo 2 (4,3%) ont enregistré les taux les plus faibles. Les DS déjà parvenue à dépasser la cible de 2023 sont essentiellement cantonnés dans le Nord et l'Ouest de la Côte d'Ivoire. Plus de 15 % des DS ont atteint 58,88% (cible 2030).

Concernant la ville d'Abidjan, 80% des districts ont une couverture en deçà de 41,38% avec une couverture supérieure à 58,88% dans le district d'Anyama.



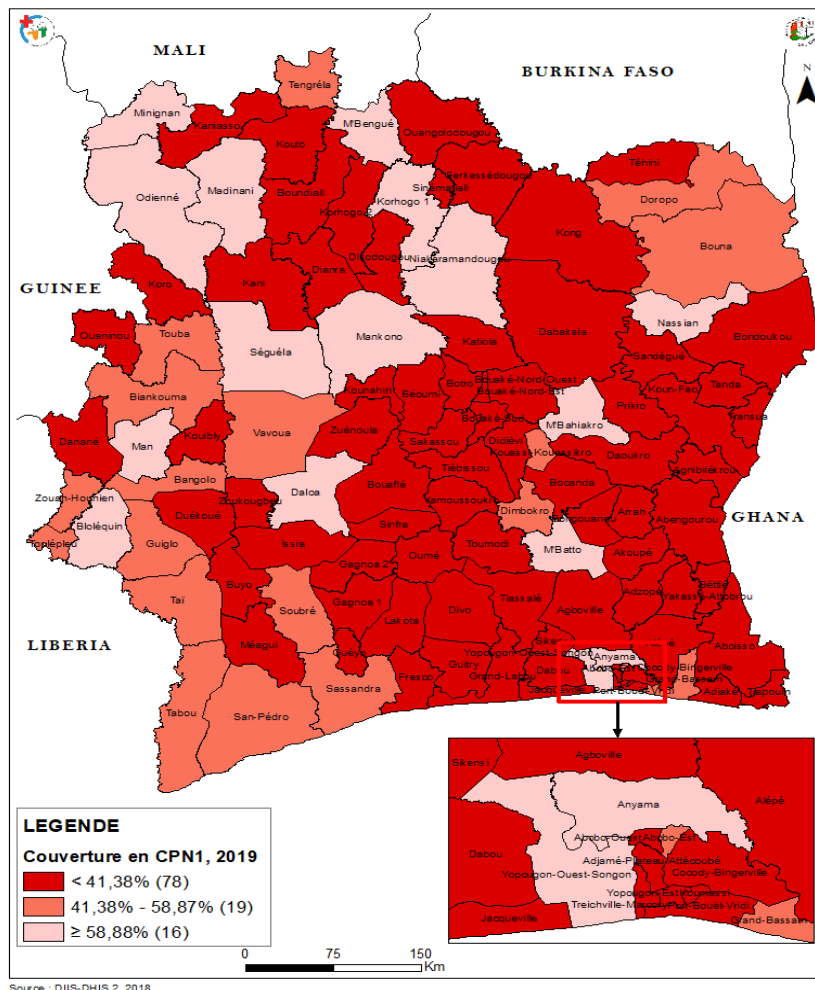
Carte 5 : Répartition spatiale de la couverture en CPN1 au 1er trimestre de la grossesse dans les districts sanitaires en 2018



3.2.2. Couverture en CPN1 au 1er trimestre de la grossesse en 2019

La carte ci-dessous présente la répartition spatiale de la couverture en première consultation prénatale au premier trimestre de la grossesse. On constate qu'en 2019, 69,03 % des districts sont en dessous de la cible fixée pour 2023 avec les plus faibles taux dans les DS de Korhogo 2 (4,5%) et Lakota (9,2%). Les districts ayant une couverture supérieure ou égale à 41,38% sont concentrés dans toute la partie Nord et Ouest du pays. Près de 15 % des DS affichent des couvertures supérieures à 58,88% (cible 2030).

Par ailleurs, au niveau de la région d'Abidjan, il faut noter que 70% des districts d'Abidjan ont une couverture inférieure à la cible 2023.

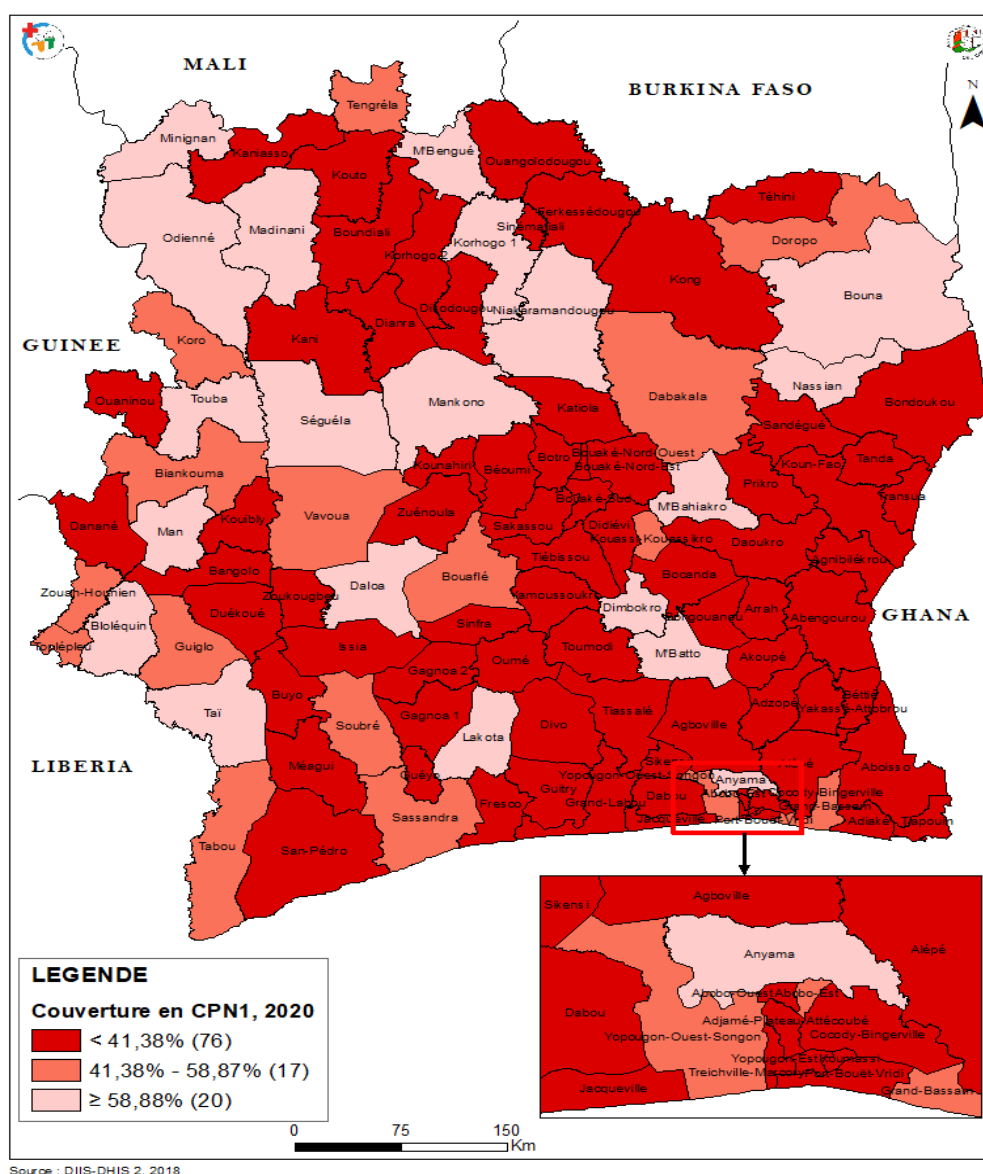


Carte 6 : Répartition spatiale de la couverture en CPN1 au 1er trimestre de la grossesse dans les districts sanitaires en 2019

3.2.3. Couverture en CPN1 au 1er trimestre de la grossesse en 2020

La répartition spatiale du taux de couverture en première consultation prénatale au premier trimestre de la grossesse en 2020 transcrit une amélioration notable surtout dans le Nord et l'Ouest du pays. En effet, ces zones regroupent l'essentiel des 32,74% des districts sanitaires ayant dépassé 41,38% (cible 2023) (Cf. Carte 7). Cependant, cette progression contraste avec le reste de la Côte d'Ivoire qui demeure en dessous de 41,38%. Cette tendance compte pour 67,26% des districts. Les DS ayant enregistré les plus faibles taux sont Korhogo 2 (5,6 %) Transua (9,0) et Kouassi kouassikro (12,2%).

Au niveau des districts sanitaires d'Abidjan, 70% de ceux-ci enregistrent un taux de couverture en CPN1 au premier trimestre, inférieur à 41,38%.

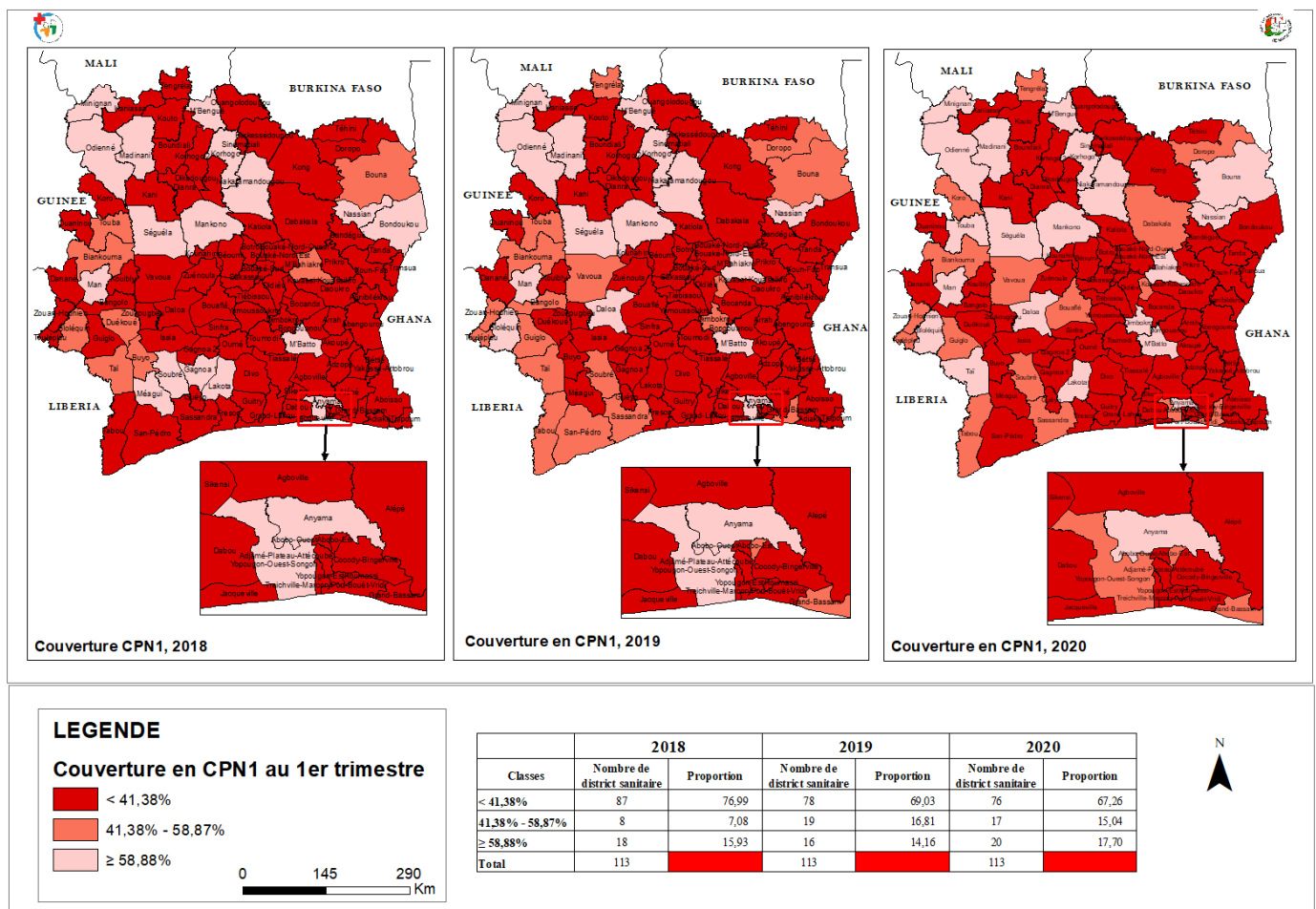


Carte 7: Répartition spatiale de la couverture en CPN1 au 1er trimestre de la grossesse dans les districts sanitaires en 2020

3.2.4. Evolution de la couverture en CPN1 au 1er trimestre de la grossesse de 2018 à 2020

- Au niveau des districts sanitaires

L'analyse spatio temporelle de la couverture en consultation prénatale au premier trimestre de la grossesse, de 2018 à 2020 illustre une évolution graduelle (Cf. Carte 8) qui concerne particulièrement le Nord, l'Ouest et Nord-Est du pays. La proportion des DS ayant atteint une couverture de CPN1 au T1 de 41,38 % (cible 2023) a connu une progression passant de 23,01 % en 2018 à 32,74% en 2020 soit un taux de variation de 42,3%. La situation au niveau d'Abidjan est caractérisée par une faible variabilité de l'indicateur. En effet, plus de 50% des districts sanitaires dans cette zone sont en deçà de la cible 2023 (41,38%). Seul Anyama maintient un taux de couverture supérieur 58,88% (cible 2030) sur les trois années.



Carte 8 : Evolution spatio-temporelle de la couverture en CPN1 au 1er trimestre de la grossesse dans les districts sanitaires de 2018 à 2020.

• Au niveau des régions

L'évolution chronologique de la couverture en CPN1 au premier trimestre de la grossesse de 2018 à 2020, est présentée dans le graphique ci-dessous. De manière générale, peu de régions sanitaires se rapprochent de la cible de 2023 au cours des trois années.

Cependant il faut noter que quelques régions ont déjà franchi cette cible. De manière spécifique, les couvertures les plus élevées s'observent en 2018 dans les régions sanitaires du Nawa (114,9 %), Kabadougou (69,1%) et Béré (60,7%); en 2019 dans le Kabadougou (78,9%), Folon (63,9%) et Béré (62%); en 2020 dans le Loh-Djiboua (82,2%), Kabadougou (80,9%) et Folon (69,3%).

A contrario les plus basses couvertures se localisent en 2018 dans les régions du N'zi (5%), Grands-Ponts (10,7%) et l'indenié-djuablin (16,5 %) ; en 2019 dans les régions du N'zi (19 %), l'indenié-djuablin (19,2%) et Guemon (23,1%) puis en 2020 dans les régions de N'Zi (19%), l'indenié-djuablin (20 %) et Guemon (23,4%).

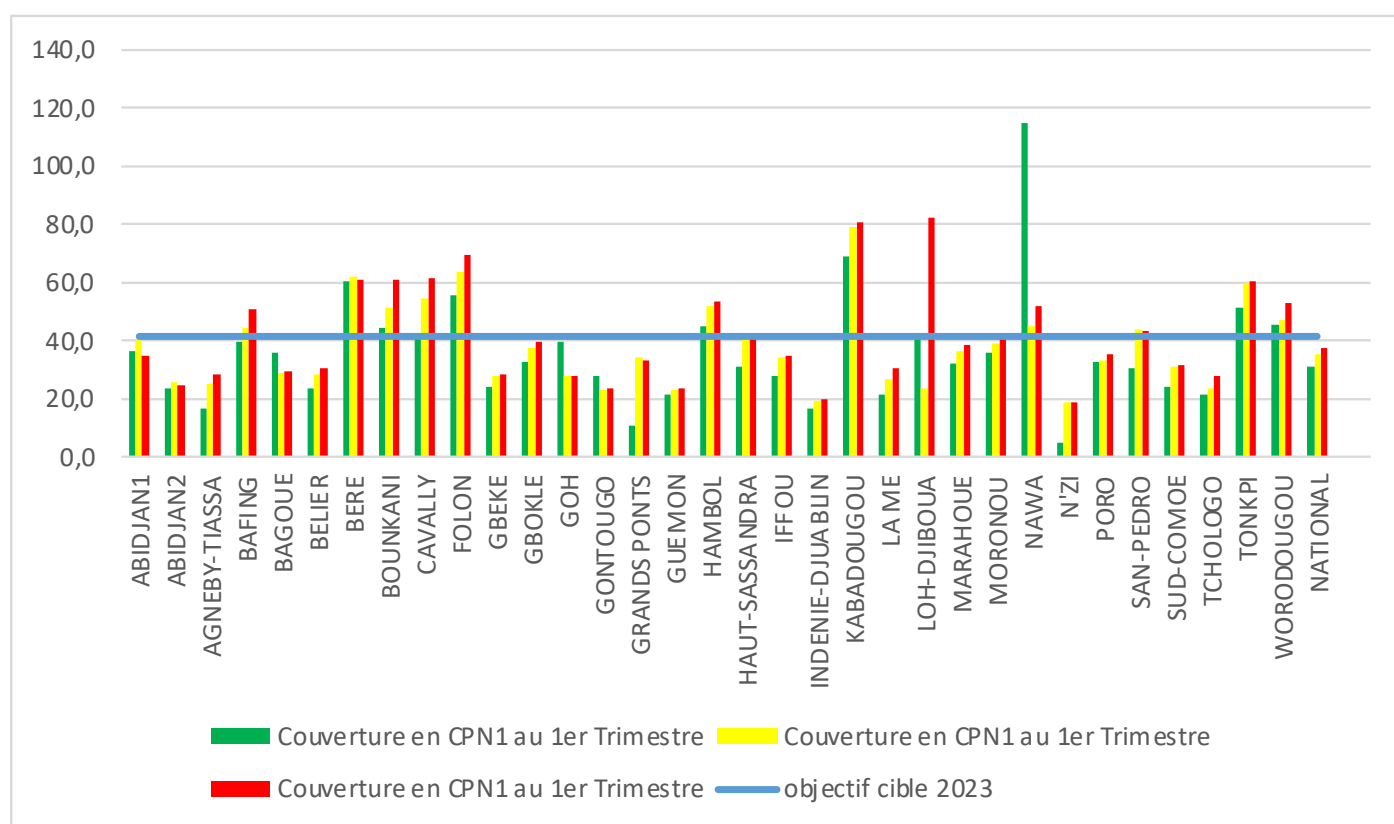


Figure 5 : Evolution de la couverture de CPN 1 au 1er trimestre de la grossesse dans les régions sanitaires de 2018 à 2020

EN RÉSUMÉ

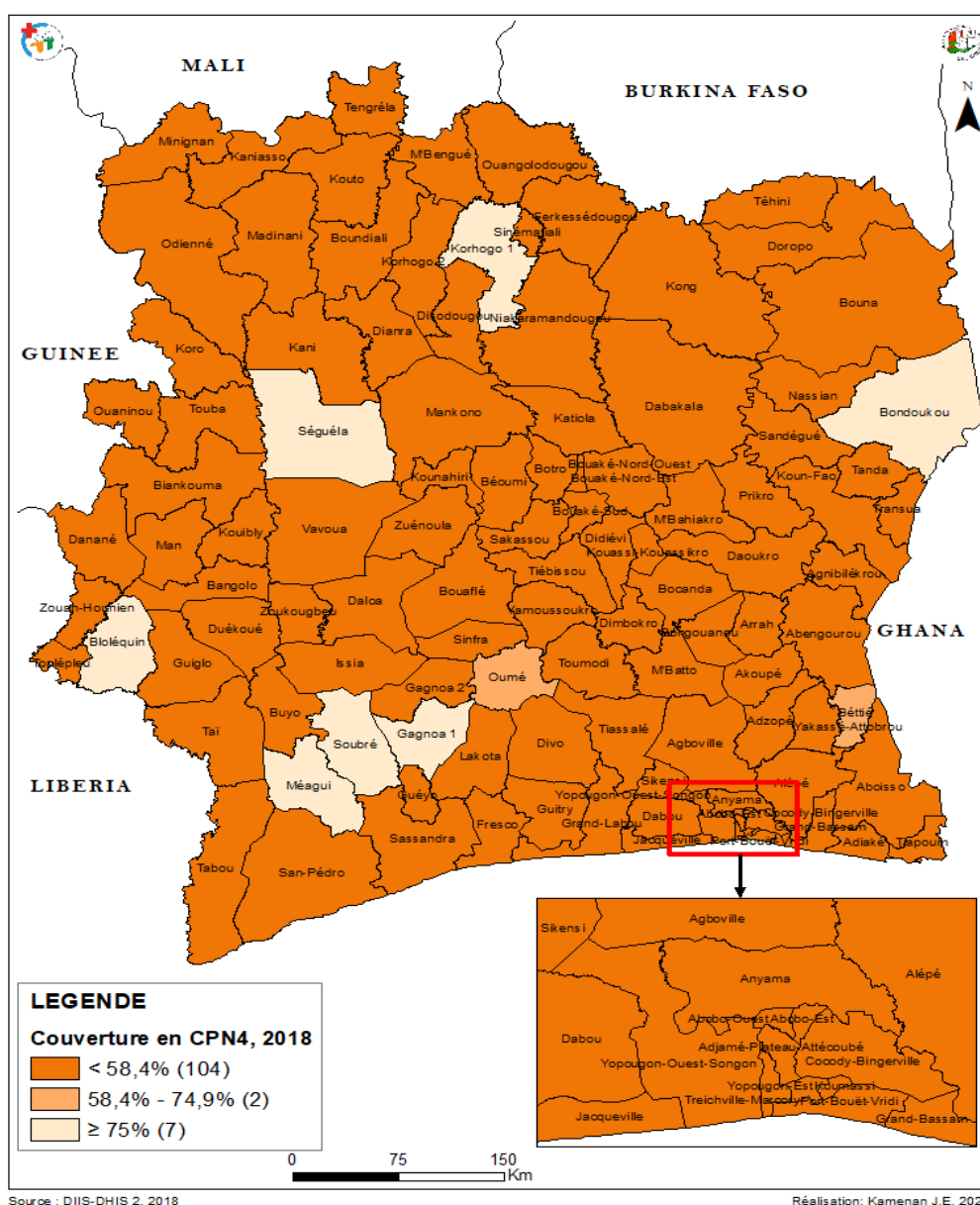
- On note une évolution graduelle de la couverture de CPN1 au premier trimestre de grossesse entre 2018 et 2020 au niveau des Districts Sanitaires. La proportion des DS ayant atteint une couverture de CPN1 au T1 de 41,38 % (cible 2023) passe de 23,01 % en 2018 à 32,74% en 2020 soit un taux de variation de 42,3%.
- En 2020 :
 - Plus des 2/3 des DS d'Abidjan affichent des taux de couverture en CPN1 au premier trimestre inférieur à 41,38%,
 - Les plus faibles couvertures de CPN1 au T1 sont enregistrées dans les districts sanitaires de Korhogo 2, Transua, Kouassi kouassikro et les régions sanitaires du N'zi, indenié-djuablin et Guemon.

3.3. Couverture CPN4

Relativement à l'indicateur de couverture CPN4, les objectifs nationaux placent la cible pour l'année 2023 à 58,4% et celle de 2030 à 75%. Ainsi, l'analyse des cartes présentées dans les sections suivantes, se fera selon trois tendances. Il s'agit du taux de couverture inférieur à 58,4%, compris entre 58,4% et 74,9% puis égal ou supérieur à 75%.

3.3.1. Taux de couverture en CPN4 en Côte d'Ivoire en 2018

La situation relative au taux de couverture en CPN4 en Côte d'Ivoire, pour l'année 2018, est illustrée par la carte ci-dessous. La quasi-totalité du pays est couverte par une tendance unique. En effet, 92,04% des districts sanitaires ont un taux de couverture en CPN4 en dessous de la cible 2023 qui est de 58,4%. Dans cette catégorie, les districts sanitaires de Kouassi kouassikro, Korhogo 2 et de Sandegué enregistrent les taux de couverture en CPN4, les plus faibles respectivement de 1 %, 5,8% et 8,2 %. La situation des districts sanitaires d'Abidjan est superposable à celle de la plupart des districts sanitaires. Aucun district n'a pu atteindre la cible fixée pour l'année 2023.

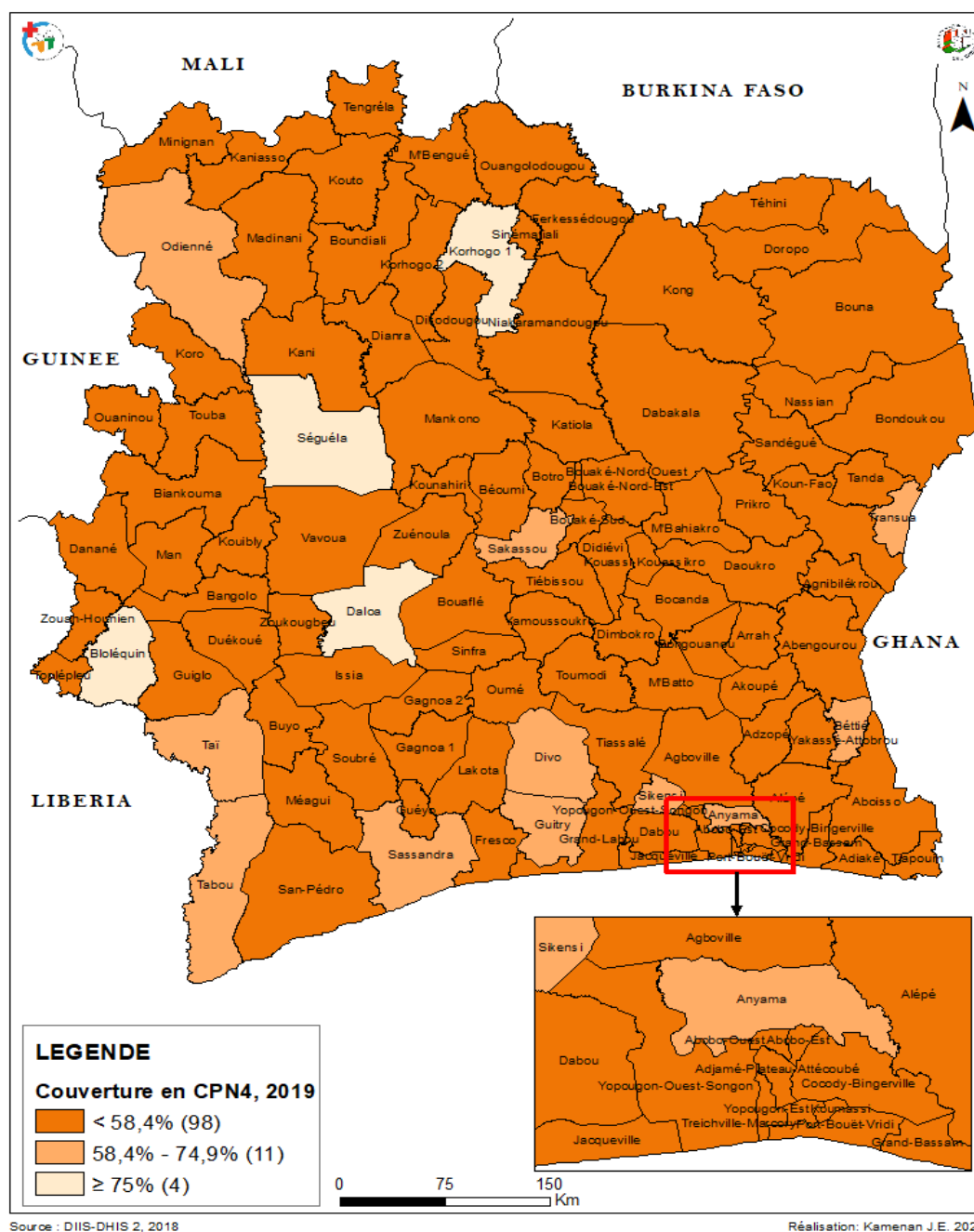


Carte 9 : Répartition spatiale de la couverture en CPN4 dans les districts sanitaires en 2018

3.3.2. Taux de couverture en CPN4 en Côte d'Ivoire en 2019

La situation en 2019 est analogue à celle observée en 2018. La répartition spatiale de la couverture en CPN4 est dominée par une couverture inférieure à la cible 2023 (58,4%) et ce, dans la majorité des districts sanitaires soit 86,73% (Cf. Carte 10).

Le district sanitaire de Korhogo 2 enregistre le plus faible taux soit 6,3 %. Les districts sanitaires avec une couverture comprise entre 58,4% et 74,9% demeurent dans la moitié Sud du pays, et représentent 9,73 % de l'ensemble des districts. Seuls les districts sanitaires de Bloléquin, Daloa dans l'Ouest du pays et Séguéla et Korhogo 1 dans le Nord ont atteint la couverture de 75% qui représente l'objectif pour l'année 2030. La situation des districts sanitaires d'Abidjan est marquée par l'atteinte de l'objectif national de 2023 par seulement le district d'Anyama (59,5%).

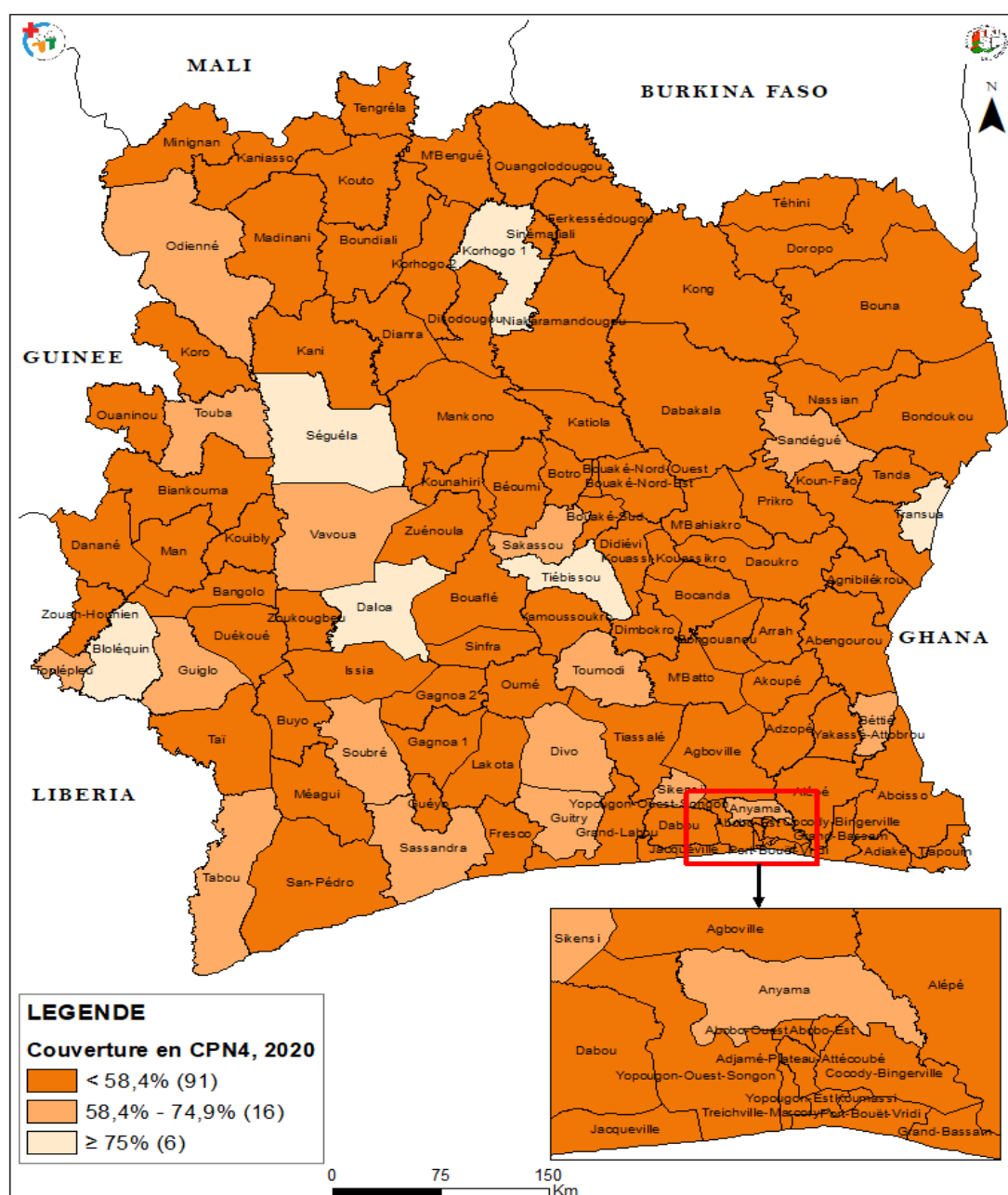


Carte 10 : Répartition spatiale de la couverture en CPN4 dans les districts sanitaires en 2019

3.3.3. La couverture en CPN4 en Côte d'Ivoire en 2020

En 2020, la répartition spatiale présente un caractère moins monochrome. La proportion de districts sanitaires avec une couverture inférieure à 58,4% (cible 2023) est de 80,53 %. Ceux-ci dominent l'ensemble du pays (Conf Carte 11). Les taux les plus faibles sont enregistrés dans les districts sanitaires de Korhogo 2 (8,1%) de Kani (16,2%) et de Yopougon-Ouest (18,8 %).

L'atteinte de couverture entre 58,4% et 75% est observée dans 14,16% des districts sanitaires principalement à l'Ouest. En outre, 5,31% des districts sanitaires atteignent d'emblée 75% (cible de 2030) de couverture en CPN 4. Il s'agit des districts de Bloléquin, Daloa, Séguéla, Korhogo 1 et Tiébissou. À Abidjan, 90% des districts sanitaires n'a pas atteint la cible nationale de 2023 à l'exception d'Anyama qui a un taux de CPN 4 supérieur à 58,4%.

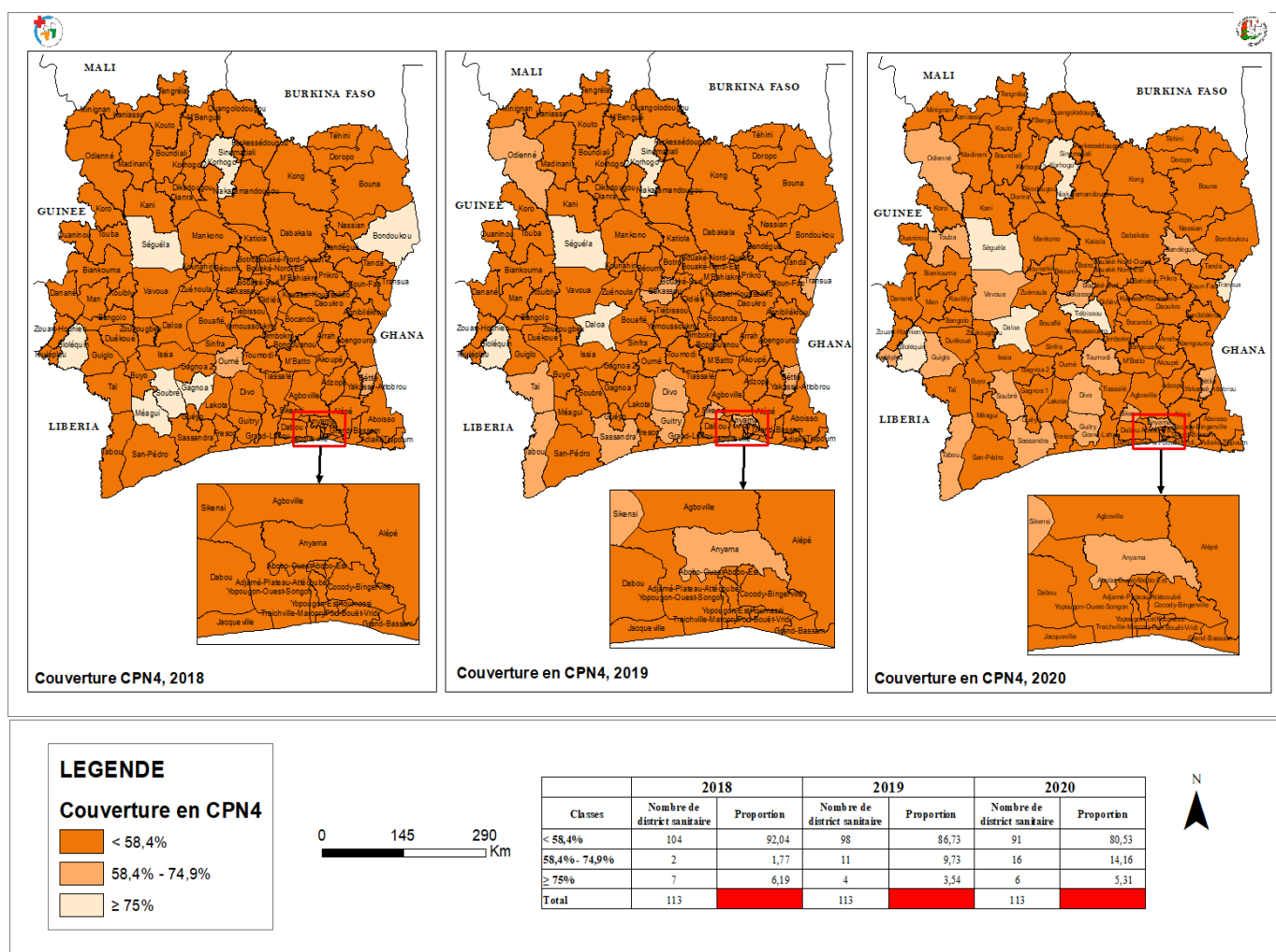


Carte 11 : Répartition spatiale de la couverture en CPN4 dans les districts sanitaires en 2020

3.3.4. Analyse temporo-spatiale de la couverture en CPN4 de 2018 à 2020

- Au niveau des districts sanitaires**

La couverture en CPN4 dans la plupart des districts sanitaires reste inférieure à 58,4% (cible 2023) mais est en nette progression entre 2018 et 2020 (Cf. Carte 12). En effet la proportion des DS ayant atteint une couverture en CPN4 de 58,4 % est passée de 13,27 % en 2019 à 19,47% en 2020 soit un taux de progression de 46,72 %. Cependant, A Abidjan, on note une faible variabilité de l'indicateur sur les trois années et au moins 90 % des DS n'ont pas atteint la cible 2023.



Source : DIIS-DHIS 2, 2018

Réalisation: Kamenan J.E. 2022

Carte 12 : Evolution spatio-temporelle de la couverture en CPN4 dans les districts sanitaires de 2018 à 2020

• Au niveau des régions sanitaires

L'évolution de la couverture en CPN4 dans les régions est présentée dans le graphique ci-dessous. De manière générale, 81% des régions sanitaires ont des couvertures inférieures à l'objectif de 2023 (58,4%). Toutefois, de 2018 à 2020, la couverture est caractérisée par une évolution continue avec des pics dans la région sanitaire du Cavally pour deux années consécutives. S'agissant de l'année 2018, deux régions ont atteint la cible, la région du Nawa (80,9%) marquée par un pic et la région de Goh (59%). Cette situation se poursuit en 2019 avec le Cavally (78%) et le Loh-Djiboua (61,2%) qui enregistrent les plus forts taux.

En 2020, les taux les plus élevés se situent dans les régions sanitaires du Cavally (78%), Loh-Djiboua (63%) et du Worodougou (59,7%). À l'opposé, les couvertures les plus faibles se situent en 2018 dans le N'Zi (7,5%), les Grands-Ponts (16%) et Bounkani (22,1%) ; en 2019 dans le Béré (24,5%), Guemon (25%) et Abidjan 2 (27,7%) ; puis en 2020 dans les régions d'Abidjan 2 (27,5%), Béré (28,1%) et Bagoué (32,2%).

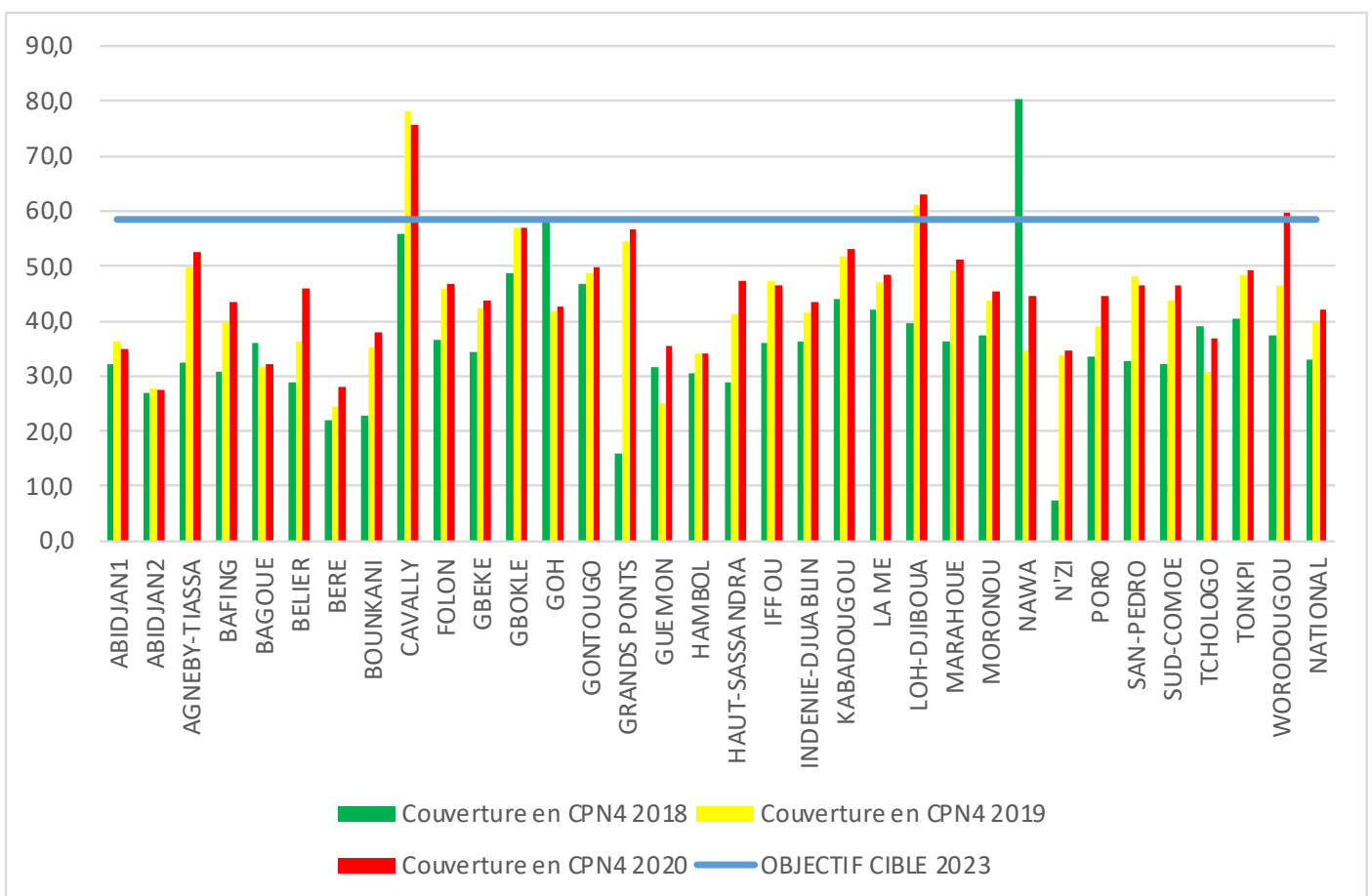


Figure 6 : Evolution spatio-temporelle de la couverture en CPN4 dans les districts sanitaires de 2018 à 2020

EN RÉSUMÉ

- La couverture en CPN4 dans la plupart des districts sanitaires reste inférieure à 58,4% (cible 2023) mais est en nette progression entre 2018 et 2020. La proportion des DS ayant atteint une couverture en CPN4 de 58,4 % est passée de 13,27 % en 2019 à 19,47% en 2020 soit un taux de progression de 46,72 %.
- En 2020 :
 - Seulement 02 districts ont pu atteindre la cible du PNDS 2020, c-à-d une couverture de 90% (Cible 2020, PNDS) ;
 - La quasi-totalité des districts sanitaires d'Abidjan (90%) sont loin de la cible 2023 de couverture en CPN4 ;
 - Les plus faibles couvertures de CPN4 sont enregistrées dans les districts sanitaires de Korhogo 2, Kani, Yopougon-Ouest et les régions sanitaires d'Abidjan 2, du Béré et de la Bagoué situées au Sud et au Nord de la Côte d'Ivoire.

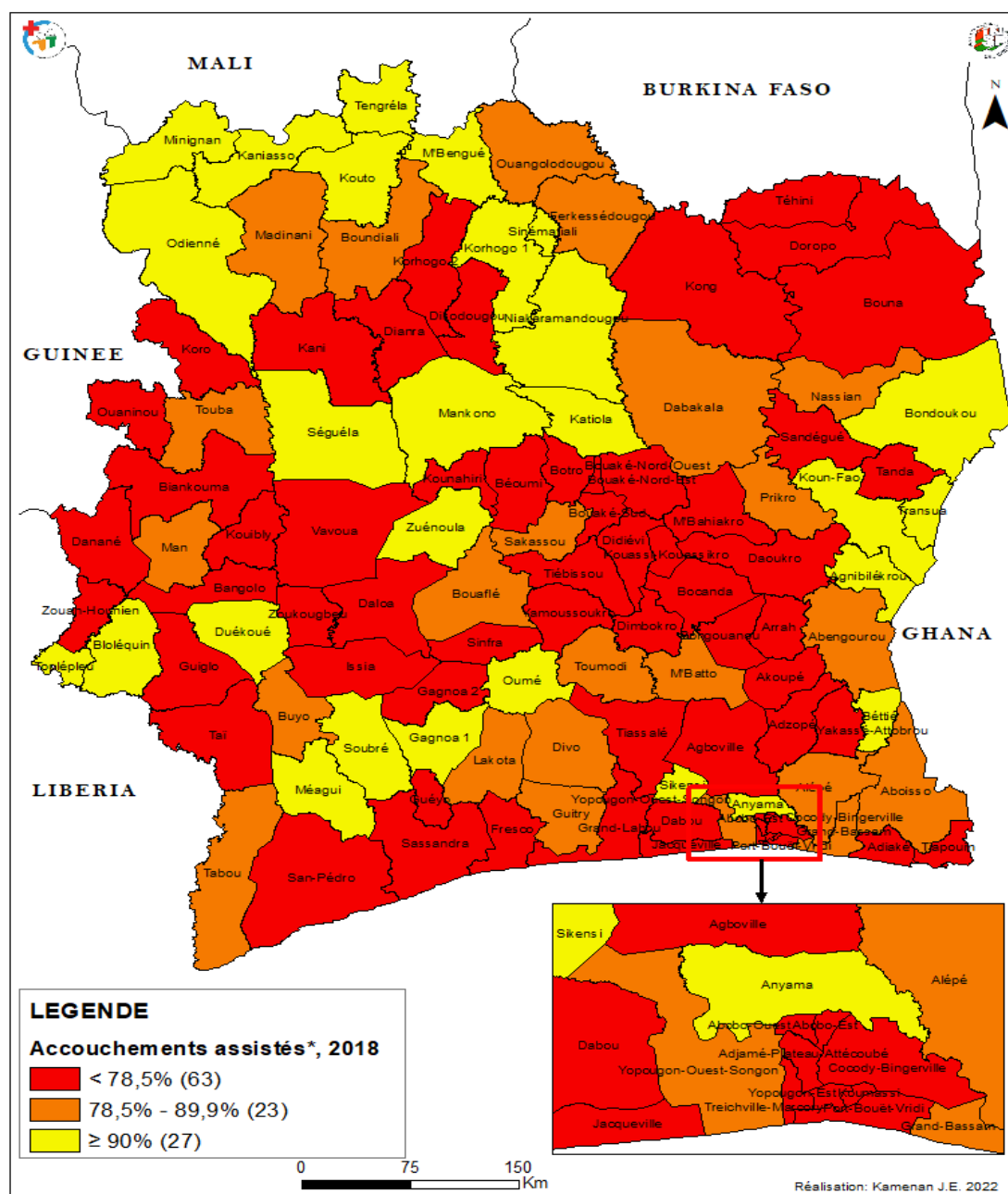
3.4. Accouchement assisté par un personnel qualifié

Cette section est consacrée à l'analyse spatiale de l'indicateur de santé mère-enfant relatif aux accouchements assistés par un personnel qualifié en Côte d'Ivoire. Les cartes ci-dessous présentent trois tendances en rapport avec les seuils d'atteinte des cibles nationales qui sont de 78,5% en 2023 et de 90 % en 2030. Partant de ce fait, les cartes ci-dessous distinguent les districts sanitaires se trouvant en dessous du seuil de 78,5%, entre 78,5% et 89,9% puis à 90 % et au-delà.



3.4.1. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié en 2018

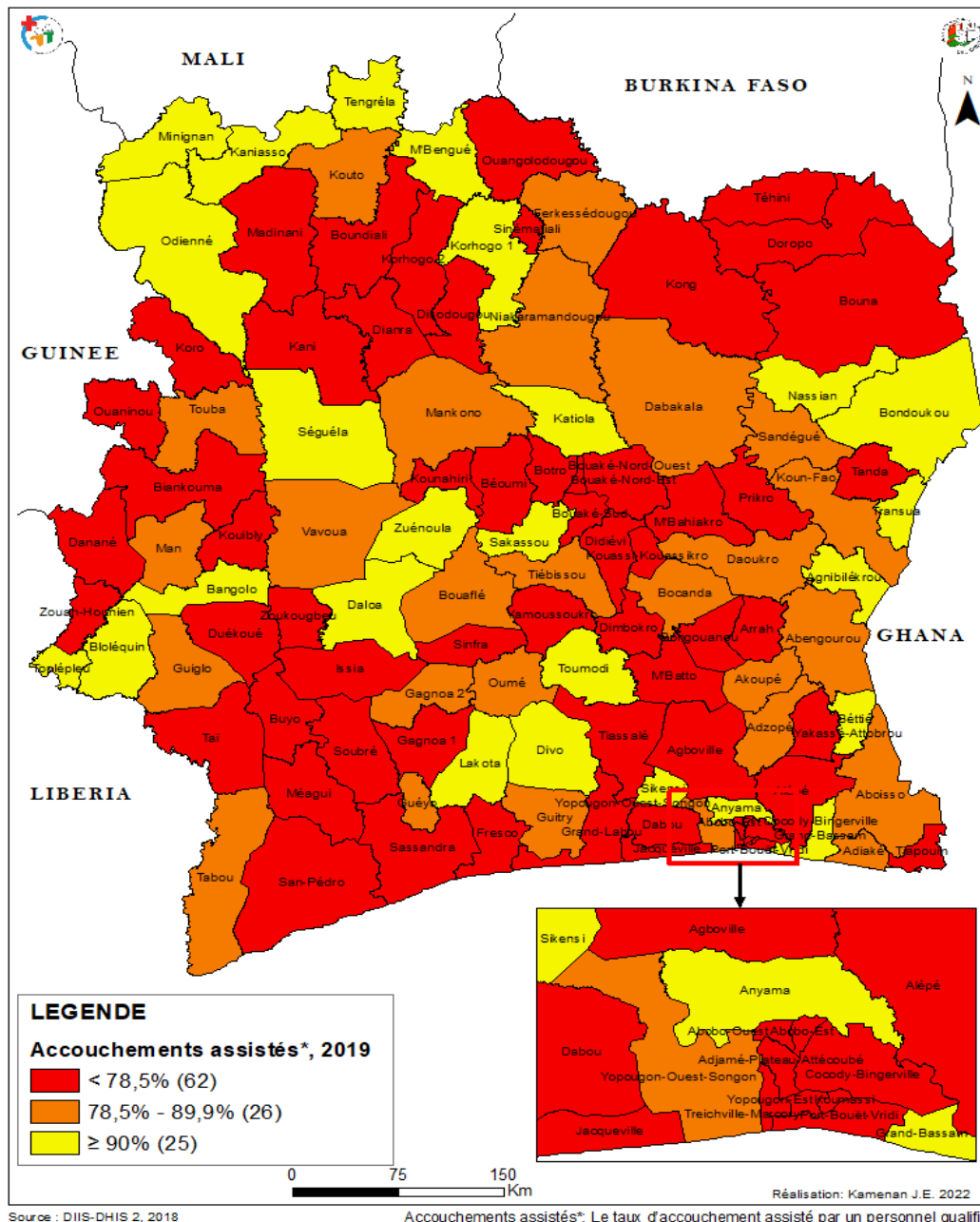
La carte 13 présente les différents taux d'accouchements pour la période 2018 en fonction de leur situation géographique.



Carte 13 : Répartition spatiale du taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié dans les districts sanitaires en 2018

3.4.2. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié en 2019

Les taux d'accouchements assistés de l'année 2019 sont représentés par la carte 14. La situation en 2019 se caractérise par un taux d'accouchements assistés inférieur à l'objectif national de 78,5% (2023) dans 54,87% des districts sanitaires. Les districts sanitaires de Duékoué (12,5%) et de Korhogo 2 (15,2%) enregistrent les plus faibles taux. De plus, 23,01% des districts sanitaires ont un taux d'accouchements assistés compris entre 78,5%-89,9% et 22,12% ont atteint un taux de 90%. Ces derniers sont essentiellement concentrés dans le Nord-Ouest. Ils sont également présents de manière dispersée dans le Centre et l'Est. En ce qui concerne les districts sanitaires d'Abidjan, 80% des districts sanitaires se positionnent en deçà de la cible de 2023.



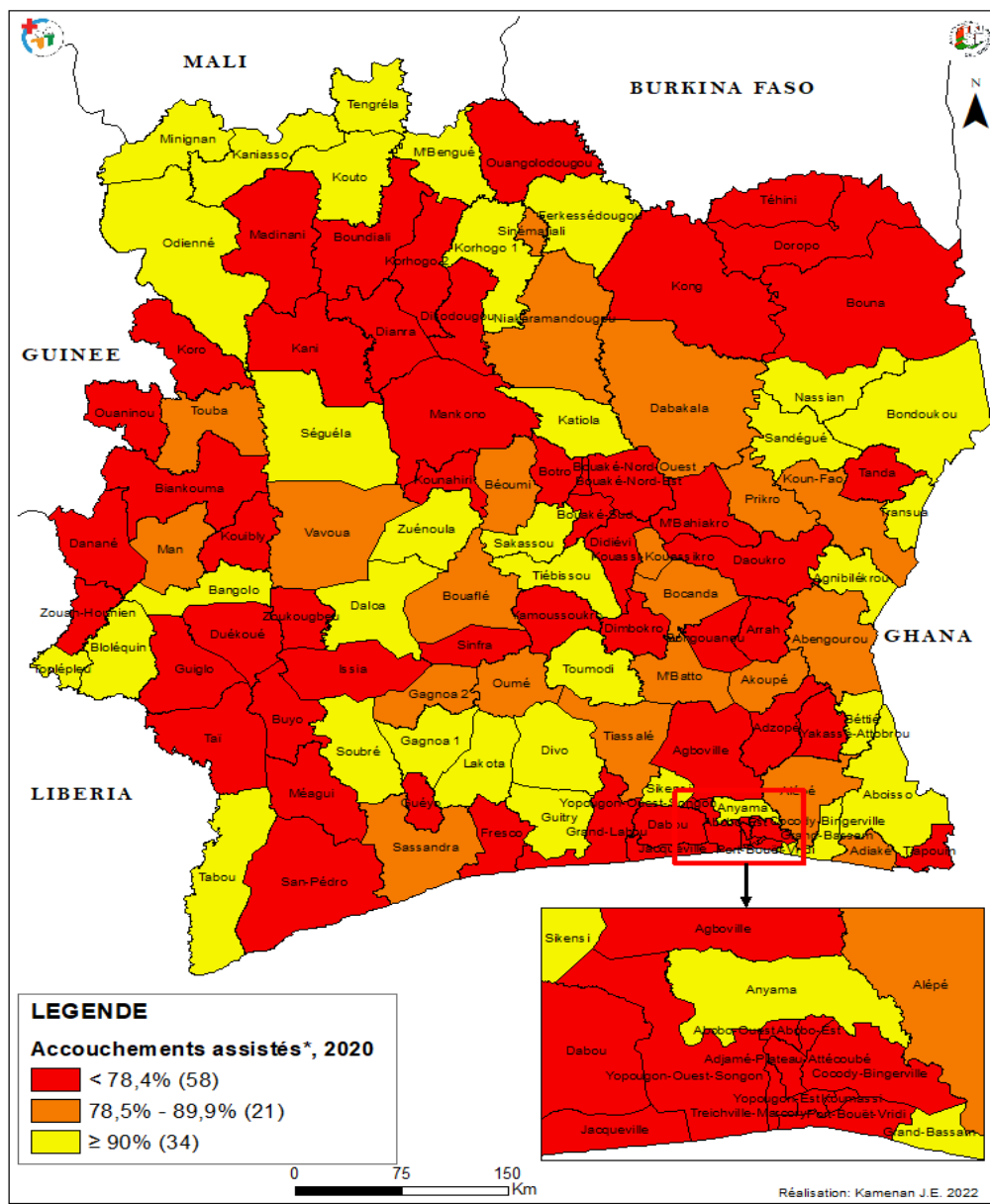
Carte 14 : Répartition spatiale du taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié dans les districts sanitaires en 2019

3.4.3. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié en 2020

Concernant les taux d'accouchements assistés, la carte 15 qui suit représente l'analyse de l'année 2020.

En 2020, la moitié des districts soit 51,33% est en deçà de l'objectif de 78,5% avec les districts sanitaires de Korhogo 2, Treichville-Marcory et Yopougon-Est qui enregistrent les plus faibles taux à savoir 15%, 27,8% et 28,8%. Près d'un cinquième des districts sanitaires (18,58%) ont un taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié compris entre 78,5% et 89,9%. Les districts ayant un taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié supérieur ou égal à 90% représentent 30,09%.

Ainsi, près de la moitié des districts sanitaires ont des taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié au-delà de l'objectif fixé pour 2023. Relativement aux districts sanitaires de la région d'Abidjan, seul le district d'Anyama a un taux supérieur à 78,5%.



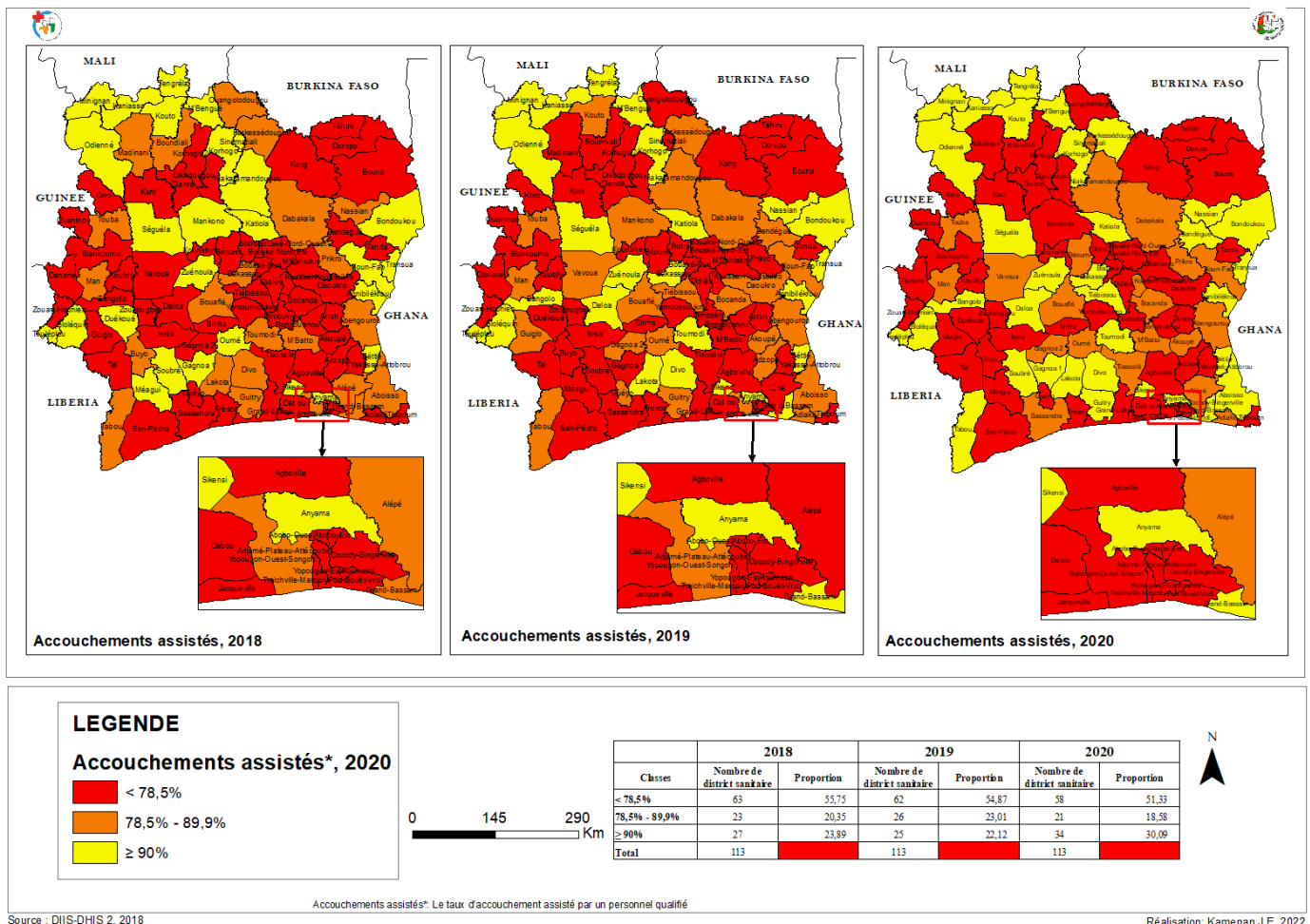
Carte 15 : Répartition spatiale du taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié dans les districts sanitaires en 2020

3.4.4. Evolution du taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié de 2018 à 2020

- Au niveau des districts sanitaires**

On constate que de 2018 à 2020, la proportion des districts ayant atteint un taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié de 78,5% a connu une légère progression passant de 44,24 % en 2018 à 48,67% en 2020 avec un taux de variation de 10,01 %.

Cette amélioration a été plus significative dans les districts sanitaires du Nord-Ouest et de la moitié Sud du pays (Cf. Carte 16). On note cependant la persistance de quelques poches de districts à faible taux d'accouchements assistés dans le Nord-Est.



Carte 16 : Evolution spatio-temporelle du taux d'Accouchements Assistés par un personnel qualifié dans les districts sanitaires de 2018 à 2020

Abidjan s'illustre par une stagnation de l'indicateur entre 2018 et 2019, puis, la situation se dégrade en 2020 avec la quasi-totalité des districts sanitaires en deçà de la cible 2023. En outre, l'analyse met en évidence une progression continue relativement à l'atteinte de l'objectif 2030. En effet, le pourcentage de districts sanitaires ayant atteint cet objectif, est passé de 17,70% en 2018 à 30% en 2020.

• Au niveau des régions

Le graphique ci-dessous (Figure 4), dresse un tableau de la situation des accouchements assistés par un personnel qualifié entre 2018 et 2020.

Pour les 3 années, l'allure du graphique est fluctuante traduisant la variabilité du taux selon les régions. En effet, en 2018, 42,4% des régions ont déjà atteint un taux de 78,5% avec des pics dans les régions du Nawa (203,1%) et de Goh (141,9 %). En 2019 et 2020, le pourcentage des régions ayant atteint la cible 2023 est respectivement de 39,3% et 57,6% avec un pic en 2020 dans le Béliér (181,2%).

En outre, en 2018 les plus faibles taux sont enregistrés dans les régions du N'Zi (14,3%), Grands-Ponts (30%) et Abidjan 2 (41,4%) ; en 2019 se sont les régions de Guemon (30,2%), Abidjan 2 (38%) et Abidjan 1 (55,1%) qui sont concernés. En 2020, les taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié les plus faibles s'affichent dans les régions sanitaires d'Abidjan 2 (37,2%), Guemon (49,5%) et Abidjan 1 (51,6%).

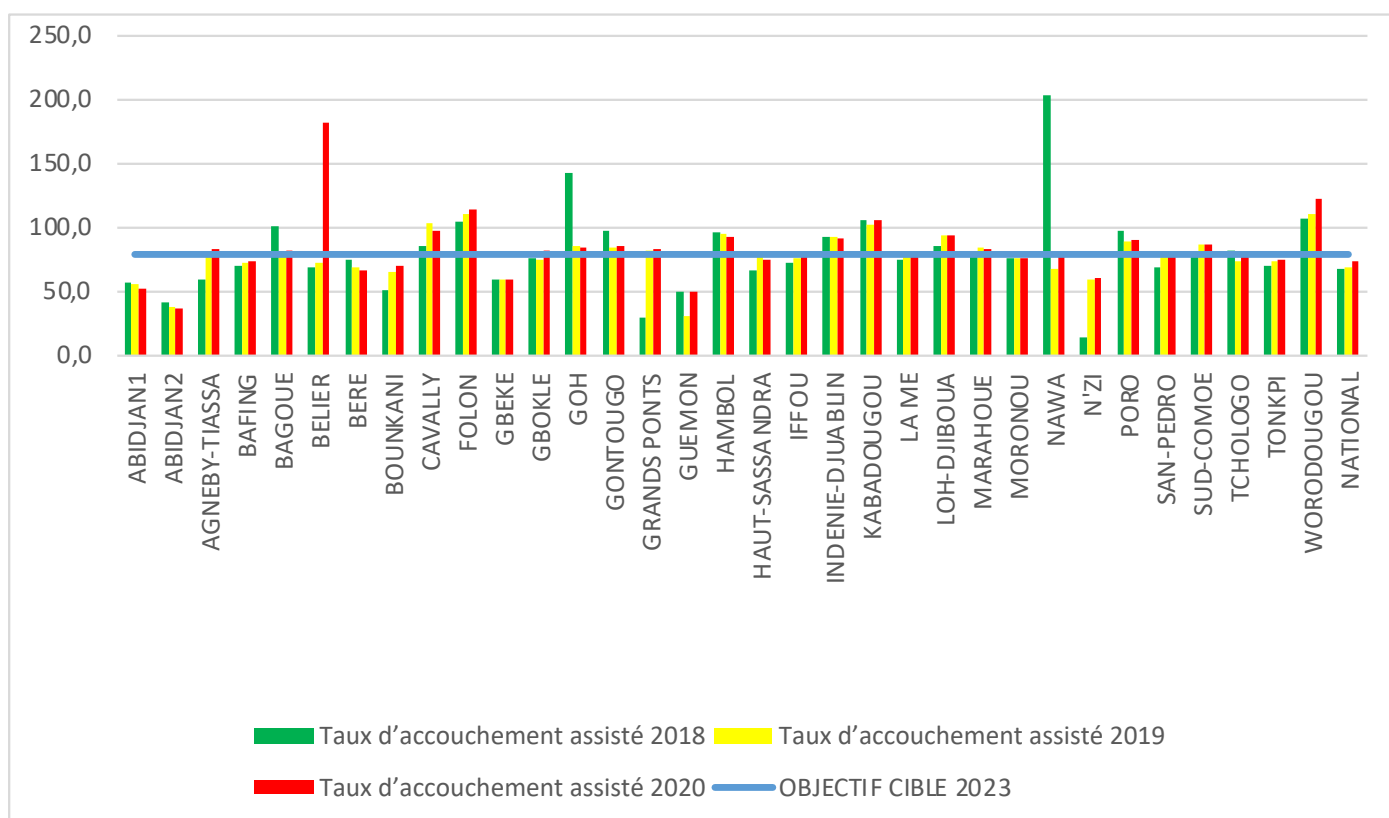


Figure 7 : Evolution des accouchements assistés par un professionnel de la santé dans les régions sanitaires de 2018 à 2020

EN RÉSUMÉ

- On note une légère amélioration du taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié entre 2018 et 2020 au niveau des Districts Sanitaires. La proportion des districts ayant atteint un taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié de 78,5% (cible 2023) passe de 44,24 % en 2018 à 48,67% en 2020 avec un taux de variation de 10,01 %.
- En 2020 :
 - Au total, 49 districts (43,36%) ont pu atteindre la cible de 2020 qui était de 80% (cible PNDS 2020) ;
 - Près de la moitié des districts (48,7%) ont déjà atteint la cible de 2023 (78,5%)
 - La majorité soit 90 % des districts sanitaires d'Abidjan enregistrent des taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié encore loin de la cible de 2023,
 - Les plus faibles taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié sont enregistrés dans les districts sanitaires de Korhogo 2, Treichville-Marcory, Yopougon-Est et dans les régions sanitaires Abidjan 2, Guemon et Abidjan 1.
- Les perspectives d'atteinte de la cible 2023 du taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié par l'ensemble des districts sanitaires sont bonnes.

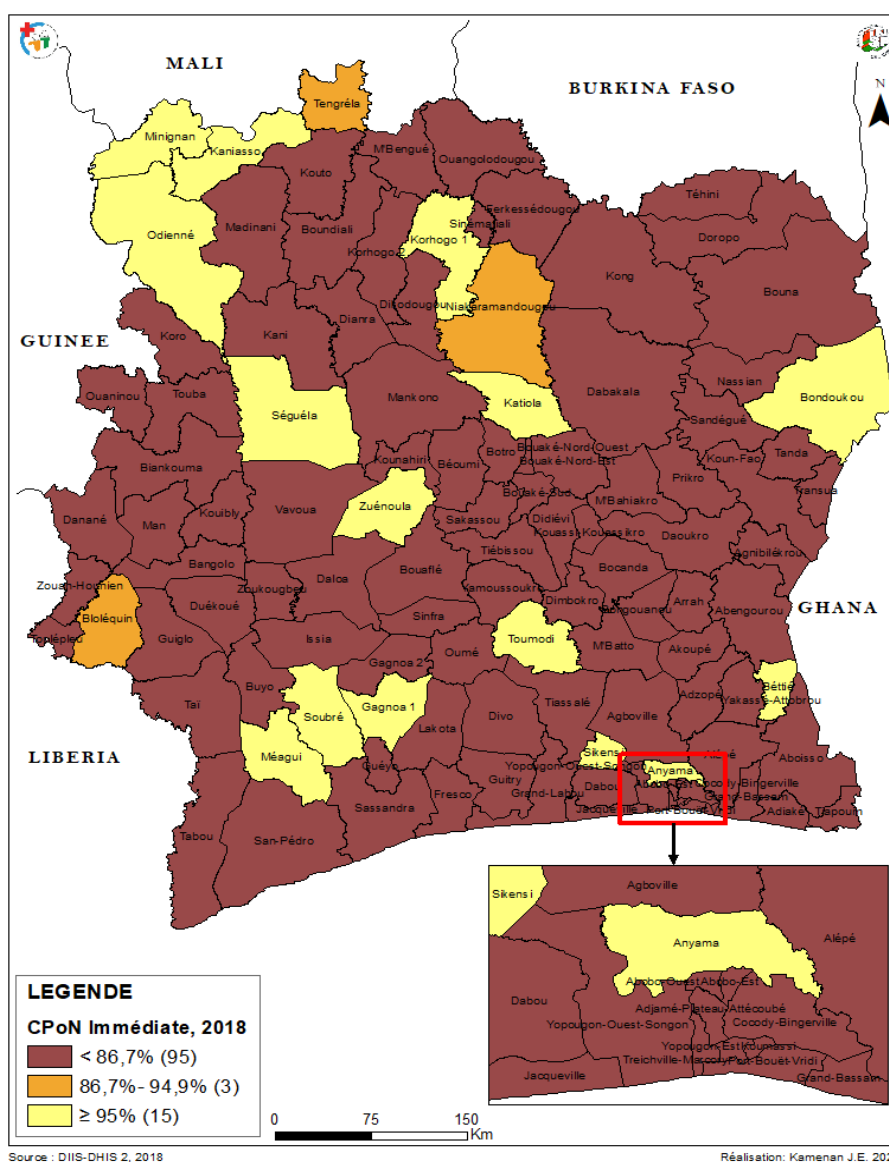


3.5. Consultation postnatale

Cette partie est dédiée à l'analyse de l'indicateur de santé Mère-Enfant relatif aux consultations postnatales. Le Programme National de Santé Mère-Enfant a établi la cible de 86,7% pour l'année 2023 et de 95% pour l'année 2030. Les cartes (17,18 et 19) qui suivent, présentent la répartition spatiale de cet indicateur selon trois tendances. D'abord les taux de couverture inférieurs à 86,7%, ensuite, ceux compris entre 86,7% et 94,9%. Puis les taux supérieurs ou égaux à 95%.

3.5.1. Couverture en consultation postnatale en 2018

La carte 17 ci-dessous présente la répartition spatiale de la couverture en consultation postnatale pour l'année 2018. La quasi-totalité des districts (95 DS soit 84,07%) ont une couverture inférieure à 86,7% (cible 2023). Les districts de Kouassi kouassikro et de Jacqueville sont ceux qui ont enregistré les plus faibles taux de consultation postnatale respectivement de 2,2 % et 6,2 %. Les districts sanitaires avec un taux de couverture supérieur ou égal à 95% sont disséminés sur l'ensemble du pays et constituent 13,27 % des districts. La situation au niveau des districts sanitaires d'Abidjan est similaire à celle observée au niveau national, avec des taux de couverture inférieurs à la cible 2023 pour 90% de ses districts sanitaires. Seul le district d'Anyama a une couverture supérieure à 95%.

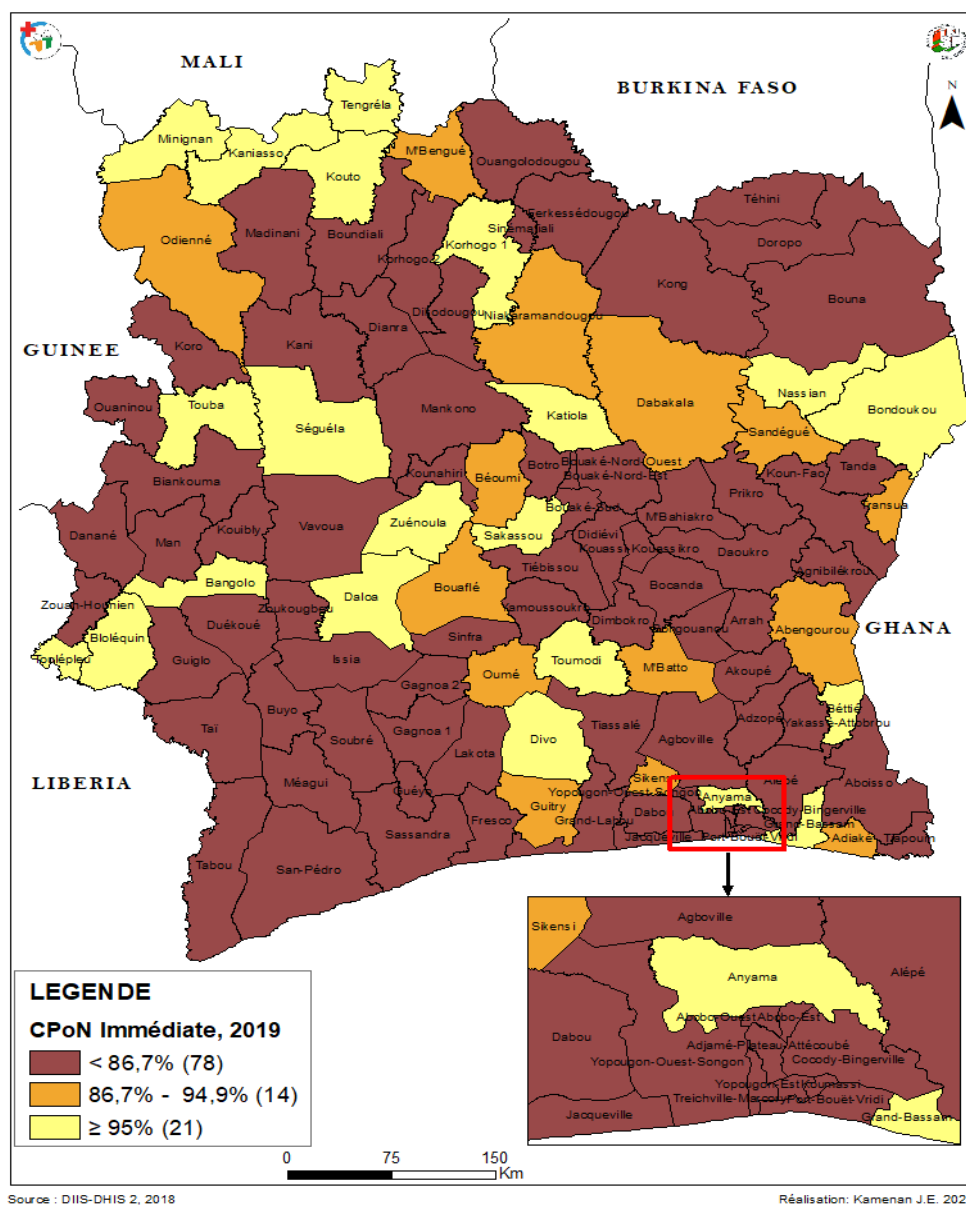


Carte 17 : Répartition spatiale de la couverture en consultation postnatale en 2018

3.5.2. Couverture en consultation postnatale en 2019

En 2019, l'on note une meilleure représentativité des districts sanitaires dont la couverture en consultation postnatale est supérieure à 95%. Ils comptent pour 18,58 % des districts sanitaires. Cette progression touche également la répartition des districts ayant réalisés la cible 2023 (86,7%) qui représentent désormais 12,39% des districts sanitaires. Toutefois, la domination des taux de couverture inférieurs à 86,7% (cible 2023) se maintient sur l'ensemble du pays (69,03%).

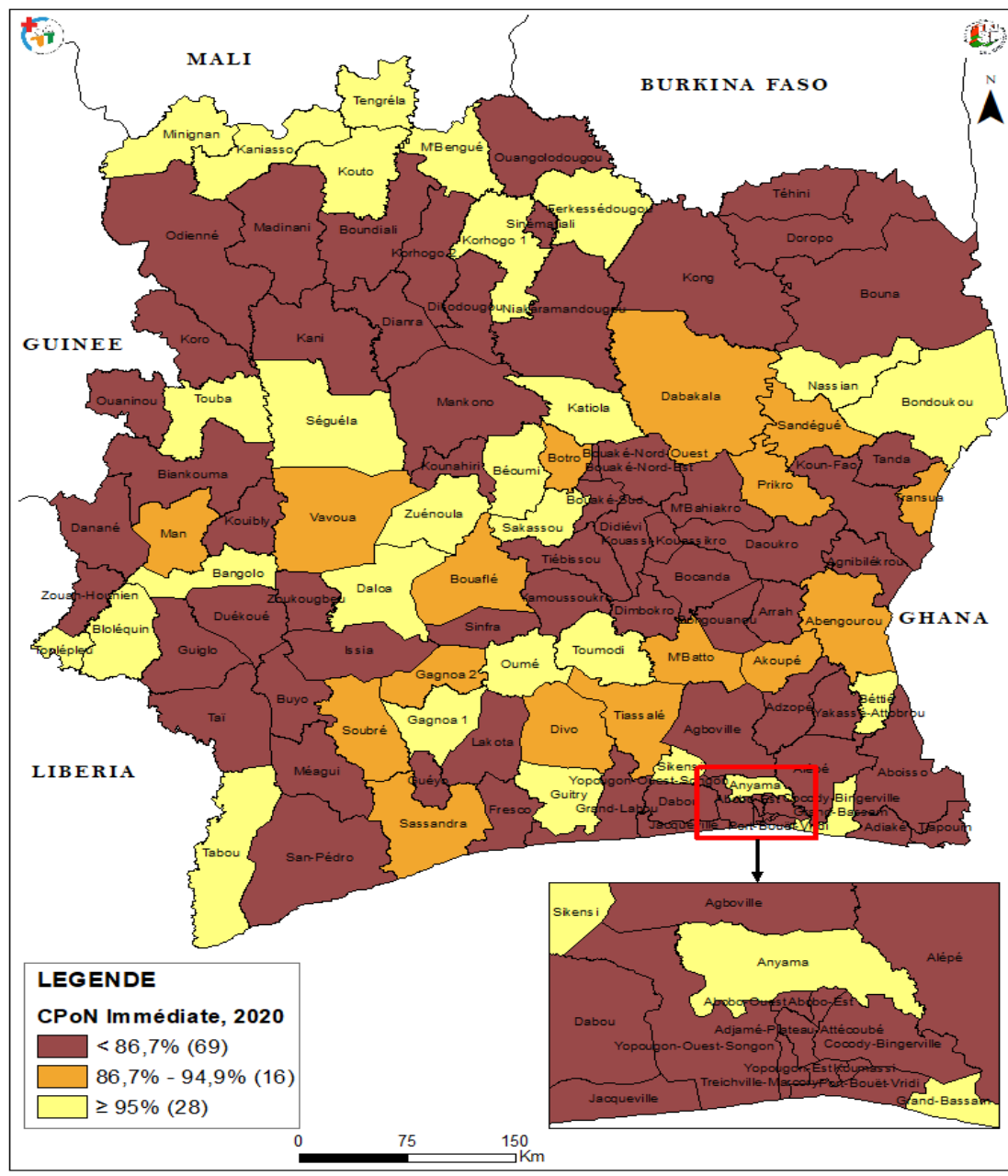
Les plus faibles taux concernent les districts de Duékoué (12,5%), de Korhogo 2 (14,6%) et de La-kota (16,3%). Par ailleurs, la quasi-totalité des districts sanitaires d'Abidjan (90%), à l'exception du district sanitaire d'Anyama n'ont pas réalisé l'objectif 2023 (Cf. Carte 18).



Carte 18 : Répartition spatiale du taux de consultation postnatale en 2019

3.5.3. Couverture en consultation postnatale en 2020

La répartition spatiale de la couverture en consultation postnatale en 2020 est présentée sur la carte suivante. C'est 61,06 % des districts sanitaires qui se trouvent encore en deçà de la cible 2023 (86,7%) ils sont dispersés sur l'ensemble de la Côte d'Ivoire. Les couvertures les plus faibles sont enregistrées dans les districts de Lakota (0,0%), Tiébissou (2,9%) et Korhogo 2 (15,1%). Relativement aux taux de couverture compris entre 86,7% et 94,9%, ils concernent 14,16% des districts sanitaires. Puis 24,78% des districts ont un taux de couverture supérieur à 95% (cible 2030) avec une concentration dans la moitié Nord du pays. Par ailleurs, 90% des districts sanitaires d'Abidjan demeurent en dessous de l'objectif 2023.

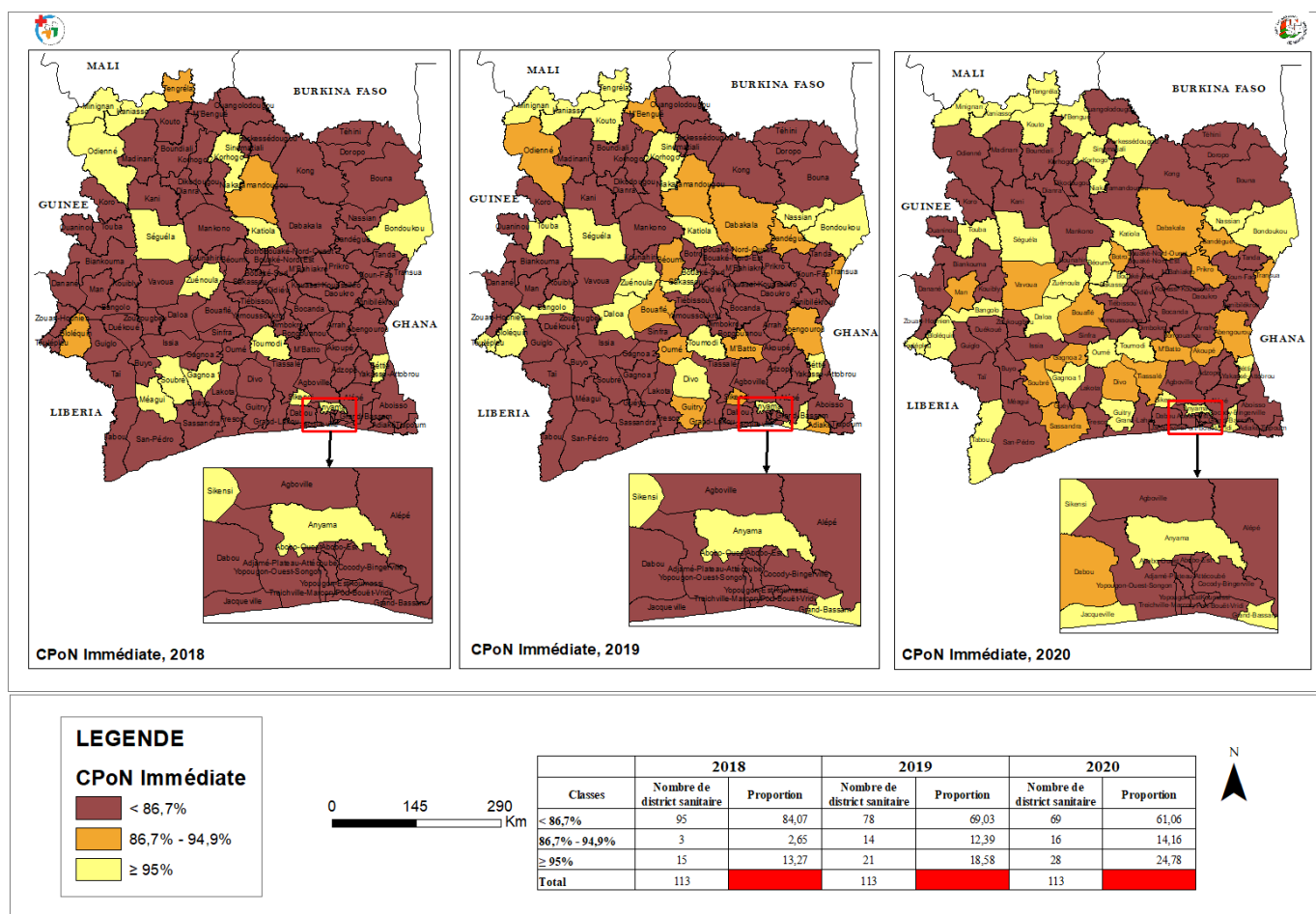


Carte 19 : Répartition spatiale du taux de consultation post-natale en 2020

3.5.4. Analyse spatio-temporelle de 2018 à 2020

- Au niveau des districts sanitaires

L'analyse spatio-temporelle de la couverture en consultation postnatale montre une évolution significative entre 2018 et 2020 (Cf. Carte 20). Cette amélioration touche toutes les zones du pays. La proportion des DS ayant atteint une couverture postnatale de 86,7 % (cible 2023) a connu une progression passant de 30,97 % en 2019 à 38,94% en 2020 soit un taux de progression de 25,73 %. Cette évolution de l'indicateur impacte positivement la probabilité d'atteinte des objectifs, fixés à 86,7% pour l'année 2023 et 95% pour l'année 2030. Cependant, les districts sanitaires d'Abidjan s'illustrent par une stagnation qui les maintient à 90% en deçà de la cible 2023.



Source : DIIS-DHIS 2, 2018

Réalisation: Kamenan J.E. 2022

Carte 20 : Répartition spatiale du taux de consultation post-natale en 2020

• Au niveau des régions

Les couvertures en consultation postnatale en Côte d'Ivoire ont connu une amélioration sur les trois années de suivi. En effet, 15,1% (2018) contre 30,3% (2020) des régions sanitaires ont déjà atteint la cible 2023 (Conf. Figure 5). Les pics s'observent dans les régions du Nawa (172,3%) et Folon (113,9%) en 2018, de Folon (125,2%) en 2019, de Worodougou (125,8%) et Folon (123,5%) en 2020. Par ailleurs, les taux de couverture les plus faibles s'observent en 2018 dans les régions du N'Zi (13,2%), Grands Ponts (19,1%) et Guemon (30%), en 2019 dans les régions de Guemon (30%) et Abidjan 2 (33,8%), en 2020 dans les régions Abidjan 2 (37,3%), Abidjan1 (49,8%) et Guemon (50,3%).

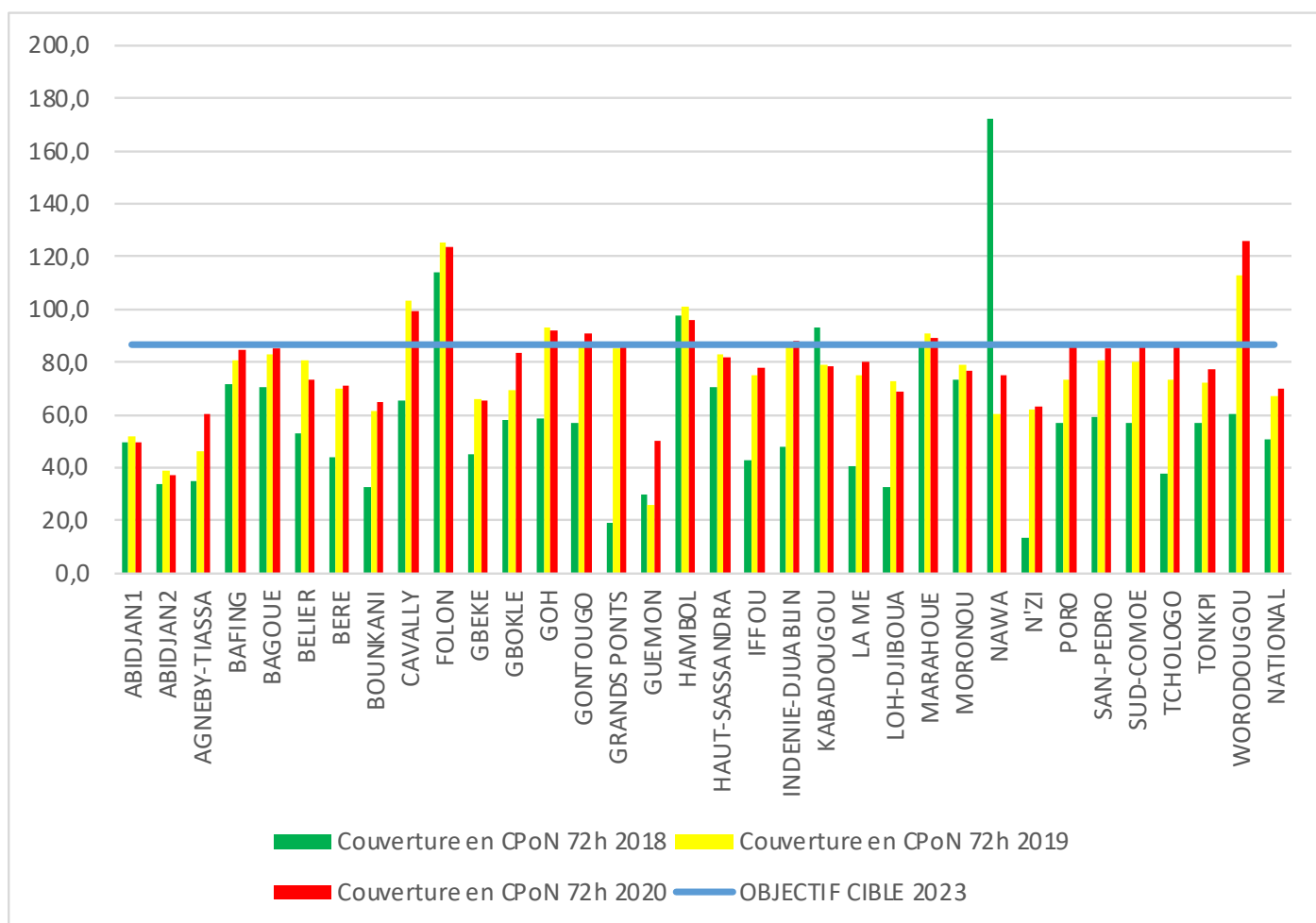


Figure 8 : Evolution spatio-temporelle de la couverture en consultation postnatale de 2018 à 2020

EN RÉSUMÉ

- On observe une évolution significative entre 2018 et 2020 de la proportion des districts sanitaires ayant atteint une couverture en consultation postnatale de 86,7 % (cible 2023). Le taux de variation est de 25,73 %.
- **Situation en 2020 :**
 - 40 % des districts sanitaires ont déjà atteint la cible 2023 de couverture en consultation postnatale. Cependant, 90 % des DS d'Abidjan sont en dessous de la cible 2023 ;
 - Les plus faibles couvertures en consultation postnatale sont enregistrées dans les districts sanitaires de Tiébissou, Korhogo 2, Lakota et les régions sanitaires d'Abidjan 2, Abidjan1 et Guemon.
- **Les perspectives d'atteinte de la cible 2023 de couverture en consultation postnatale par l'ensemble des districts sanitaires sont bonnes.**

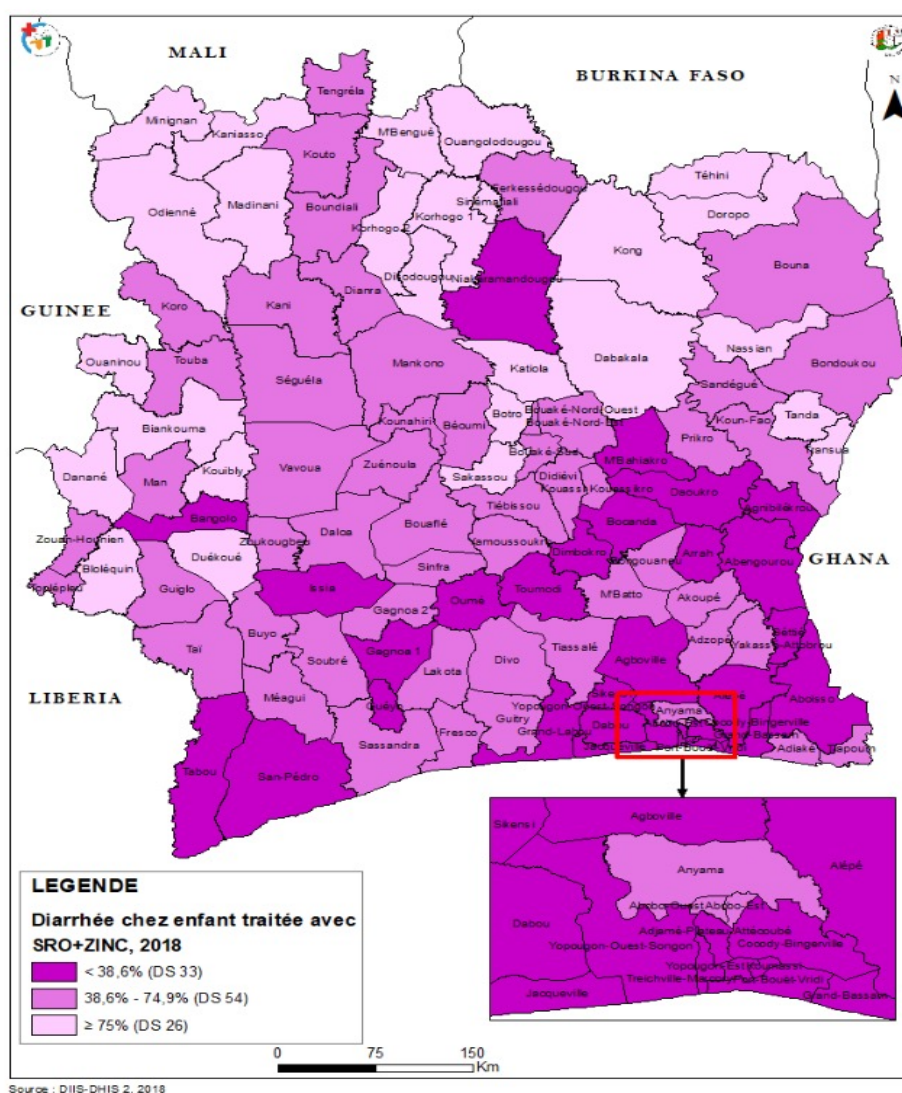


3.6. Enfants de 0 à 59 mois atteints de diarrhée et traités avec SRO+Zinc

L'analyse des proportions d'enfants atteints de diarrhée et traités avec SRO+Zinc, a été effectuée à la lumière des cibles définies par le Programme National de Santé Mère-Enfant. En effet, la cible à atteindre pour l'année 2023 est de 38,6% et celle de 2030 de 75%. Sur cette base trois intervalles d'analyses ont été identifiés. Il s'agit des proportions inférieures à la cible de 2023 (38,6%), celles comprises entre 38,6% et 74,9% puis les proportions supérieures ou égales à la cible de 2030 (75%).

3.6.1. Proportion d'enfants de 0 à 59 mois atteints de diarrhée et traités avec SRO+Zinc en 2018

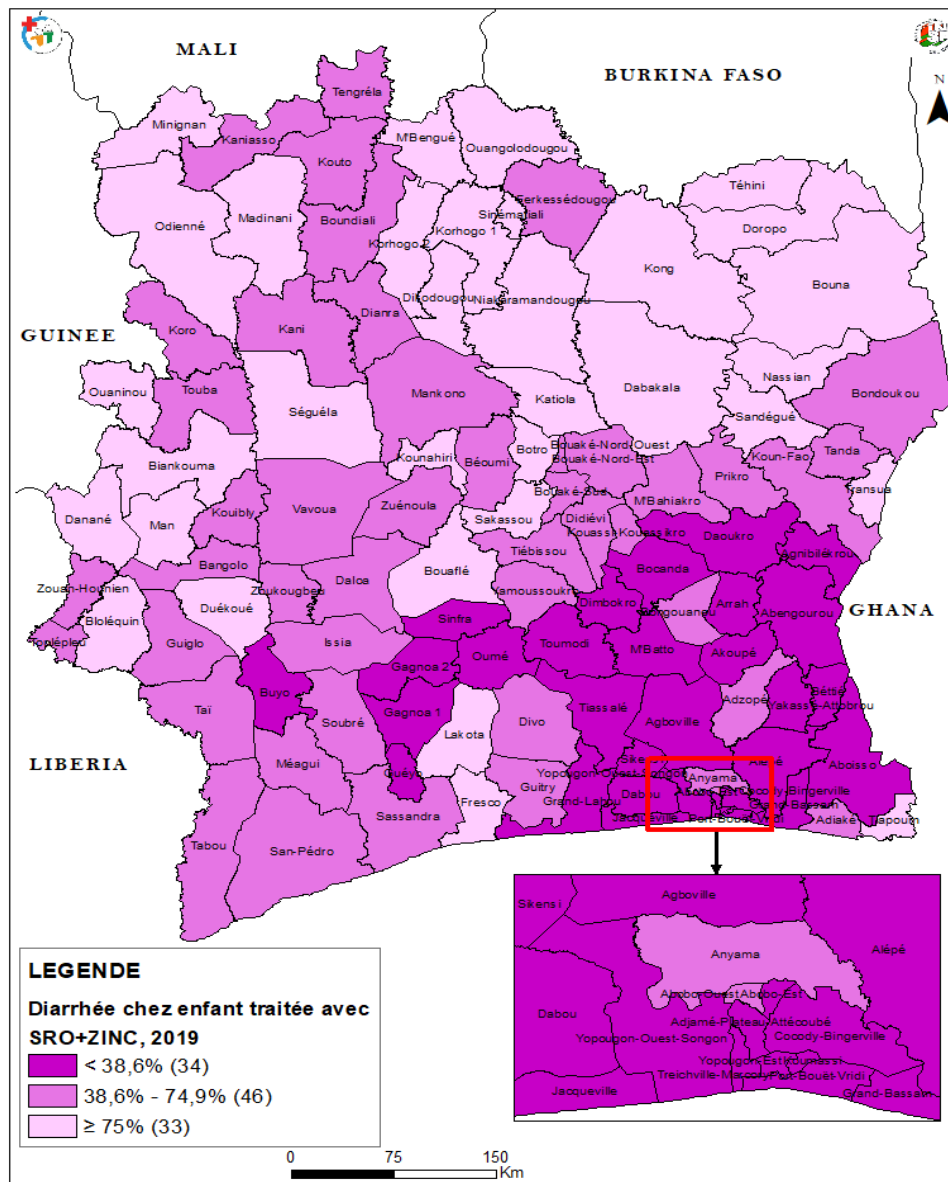
La carte 21, ci-dessous, présente la répartition spatiale de la proportion d'enfants atteints de diarrhée et traités avec SRO+Zinc en 2018. D'emblée, le contraste Nord-Sud se pose clairement. En effet, les 32 districts sanitaires (soit 28,32%) qui n'ont pas encore atteint la cible 2023 (38,6%) se localisent essentiellement dans la moitié Sud de la Côte d'Ivoire. Les districts sanitaires de Treichville-Marcory, de Bettié et Dabou s'illustrent par les plus faibles proportions avec des valeurs respectives de 0,6%, 5,2% et 6,6%. En outre, 23,01% des districts sanitaires ont déjà atteint la cible de 2030. Ceux-ci se localisent essentiellement dans le Nord et l'Ouest du pays. Les districts sanitaires d'Abidjan se retrouvent en majorité (90%) en dessous de la cible 2023. Seul le district d'Anyama a atteint la cible 2023.



Carte 21 : Répartition spatiale de la proportion d'enfants de 0 à 59 mois atteints de diarrhée et traités avec SRO+Zinc en 2018

3.6.2. Proportion d'enfants de 0 à 59 mois atteints de diarrhée et traités avec SRO+Zinc en 2019

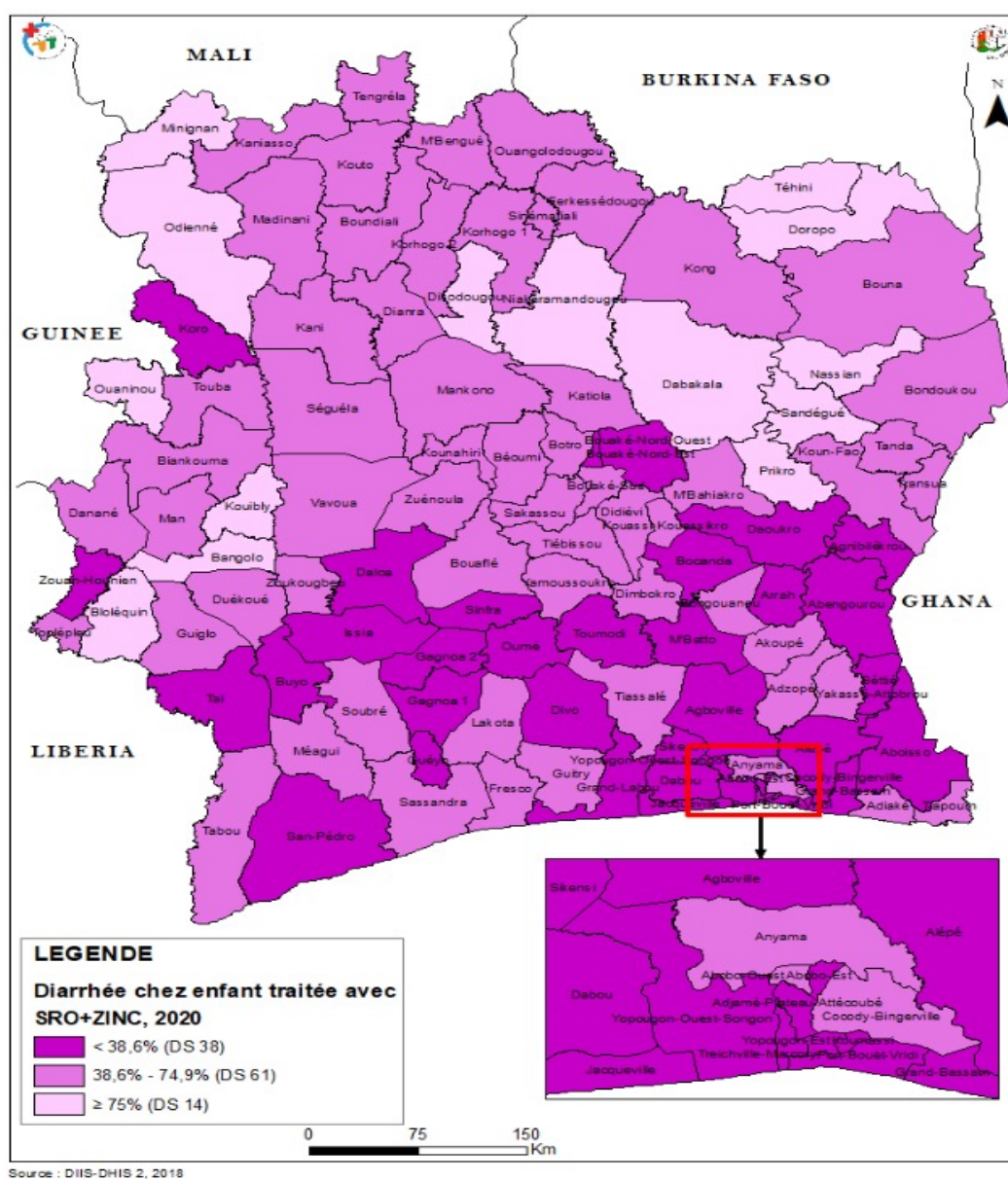
En 2019, le contraste Nord-Sud est accentué dans le sens d'une régression dans le Sud et une amélioration dans le Nord. Le pourcentage de districts sanitaires avec des proportions inférieures à la cible de 2023 augmente à 30,09 % (Cf. Carte 22). Les districts sanitaires de Bettié et de Dabou enregistrent les plus faibles proportions respectivement à 3,9 % et 4,0%. Les districts sanitaires avec une proportion d'enfants atteints de diarrhée et traités avec SRO+Zinc supérieure à 75% sont essentiellement localisés dans la bande septentrionale et l'Ouest de la Côte d'Ivoire. Par ailleurs, 80% des districts sanitaires d'Abidjan n'ont pas atteint l'objectif 2023 (38,6%).



Carte 22 : Répartition spatiale de la proportion d'enfants de 0 à 59 mois atteints de diarrhée et traités avec SRO+Zinc en 2019

3.6.3. Proportions d'enfants atteints de diarrhée et traités avec SRO+Zinc en 2020

En 2020, relativement à l'atteinte de l'objectif 2023, 33,63% des districts sanitaires ne sont pas en phase (Cf. Carte 23). Ces derniers se trouvent essentiellement dans la moitié Sud du pays. Les proportions les plus faibles se trouvent dans les districts sanitaires de Dabou (5,9 %), d'Arrah (7,7%) et Bettié (10,6%). S'agissant des districts sanitaires ayant atteint l'objectif 2023, ils représentent 66,37% et sont concentrés dans le Nord et l'Ouest avec une tendance évolutive dans le Sud du pays. Seulement 30% des districts sanitaires d'Abidjan ont réalisé l'objectif 2023.

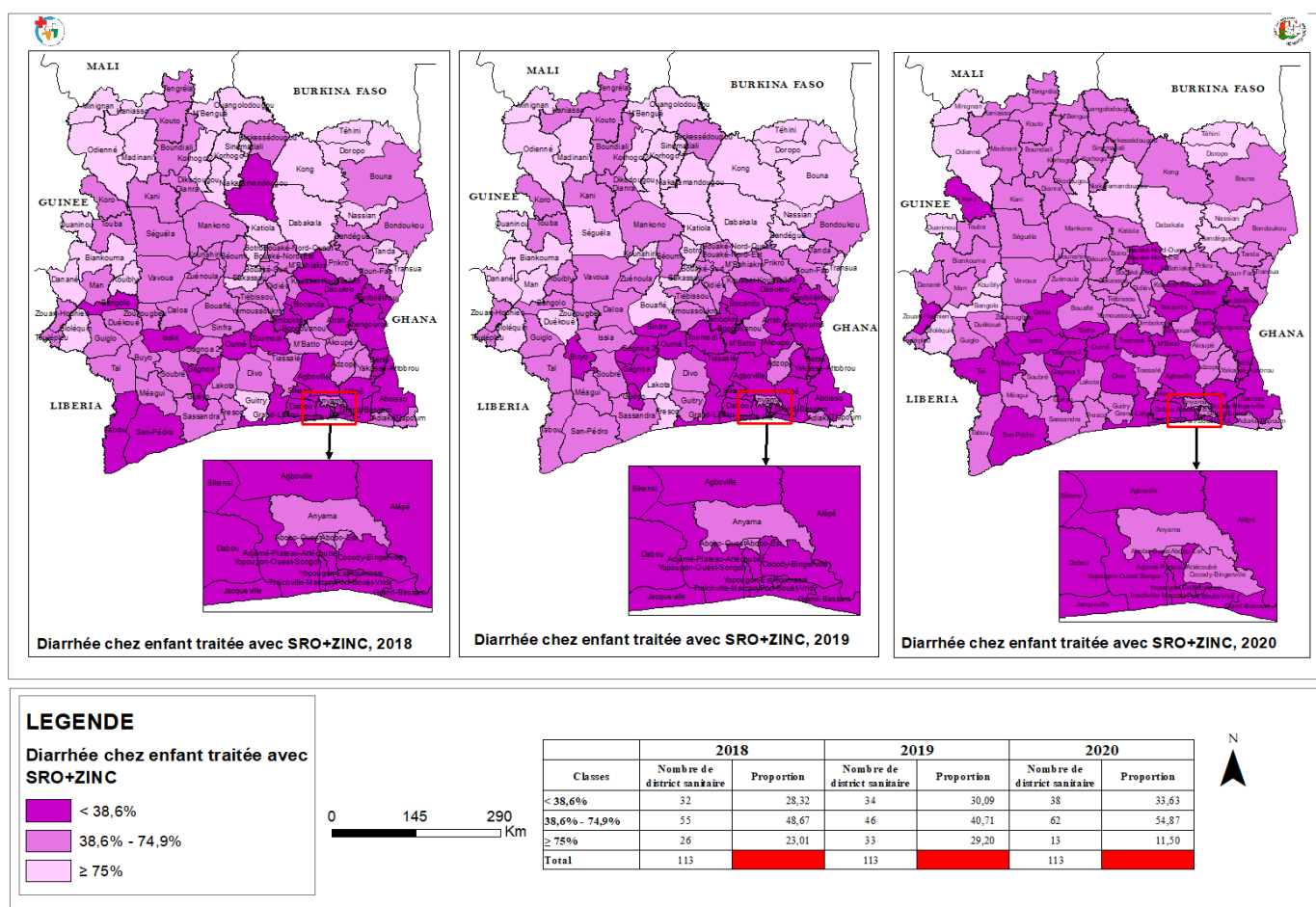


Carte 23 : Répartition spatiale de la proportion d'enfants de 0 à 59 mois atteints de diarrhée et traités avec SRO+Zinc en 2020

3.6.4. Evolution spatio-temporelle des proportions d'enfants de 0 à 59 mois atteints de diarrhée traités avec SRO+Zinc

- Au niveau des districts sanitaires

L'analyse spatio-temporelle montre une légère régression de la situation au fil des trois années, 2018 à 2020 bien que plus de la moitié des DS ait atteint la cible 2023. En effet le pourcentage de DS ayant atteint la cible de 2023 passe de 71,68% en 2018 à 66,37% en 2020 soit un taux de variation de 7,71%. Le Nord du pays reste le siège des districts ayant atteint les cibles 2023 et 2030, tandis que le Sud concentre l'essentiel des districts sanitaires dont la proportion d'enfants atteints de diarrhée et traités au SRO+Zinc est inférieure à 38,6% (Cf. Carte 24).



Carte 24 : Evolution spatio-temporelle de la proportion d'enfants de 0 à 59 mois atteints de diarrhée et traités avec SRO+Zinc de 2018 à 2020

• Au niveau régional

L'évolution de la proportion des enfants atteints de diarrhée et traités avec SRO + Zinc est discontinue. S'agissant de la cible 2023 (38,6%), en 2018, en 2019 et en 2020 respectivement 66,7%, 66,7% et 60,6% des régions sanitaires l'ont atteinte. Des pics sont observés en 2018 dans le Kabadougou (92,2%), le Poro (82%) et Folon (81,5%), en 2019 dans le Hambol (88,3%), Kabadougou (86,8%), en 2020 dans le Bounkani (82,6%) et Kabadougou (78,9%). A contrario, les proportions les plus faibles sont enregistrées successivement sur les trois années dans la région des Grands Ponts (14,9%, 13,9% 14,8%) et Abidjan 2 (16,5%, 18% et 21%).

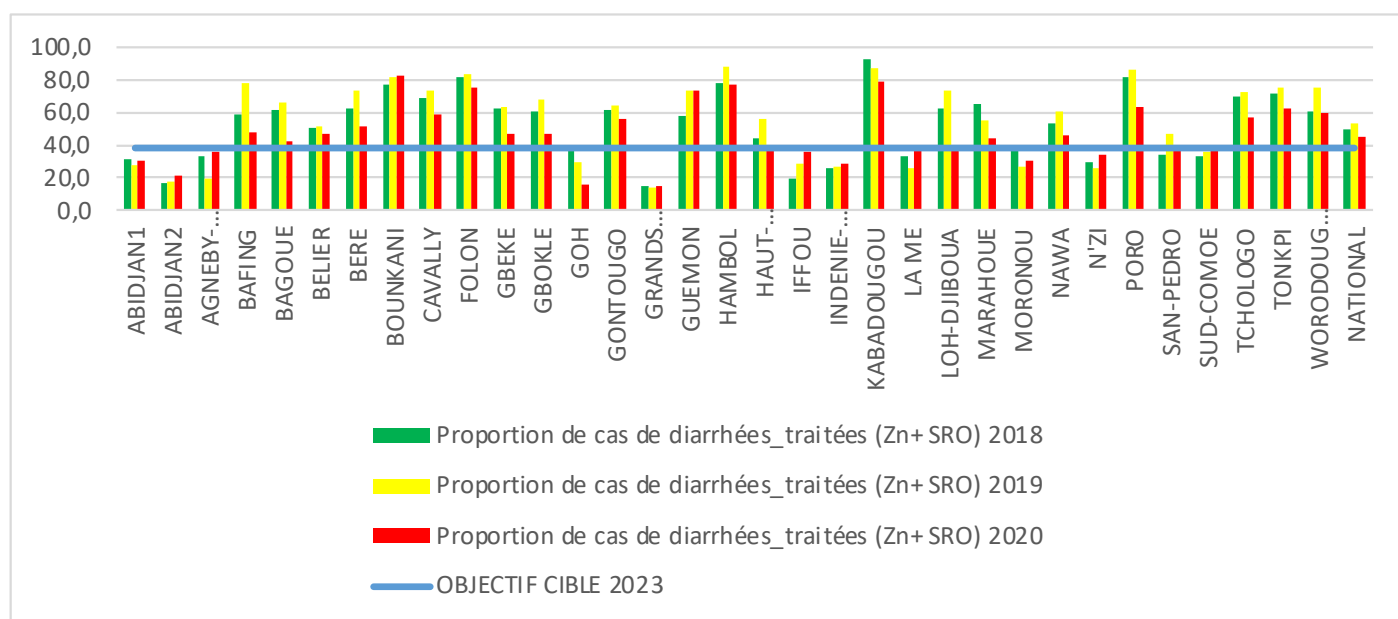


Figure 9 : Evolution de la proportion d'enfants de 0 à 59 mois atteints de diarrhée et traités avec SRO+Zinc de 2018 à 2020

EN RÉSUMÉ

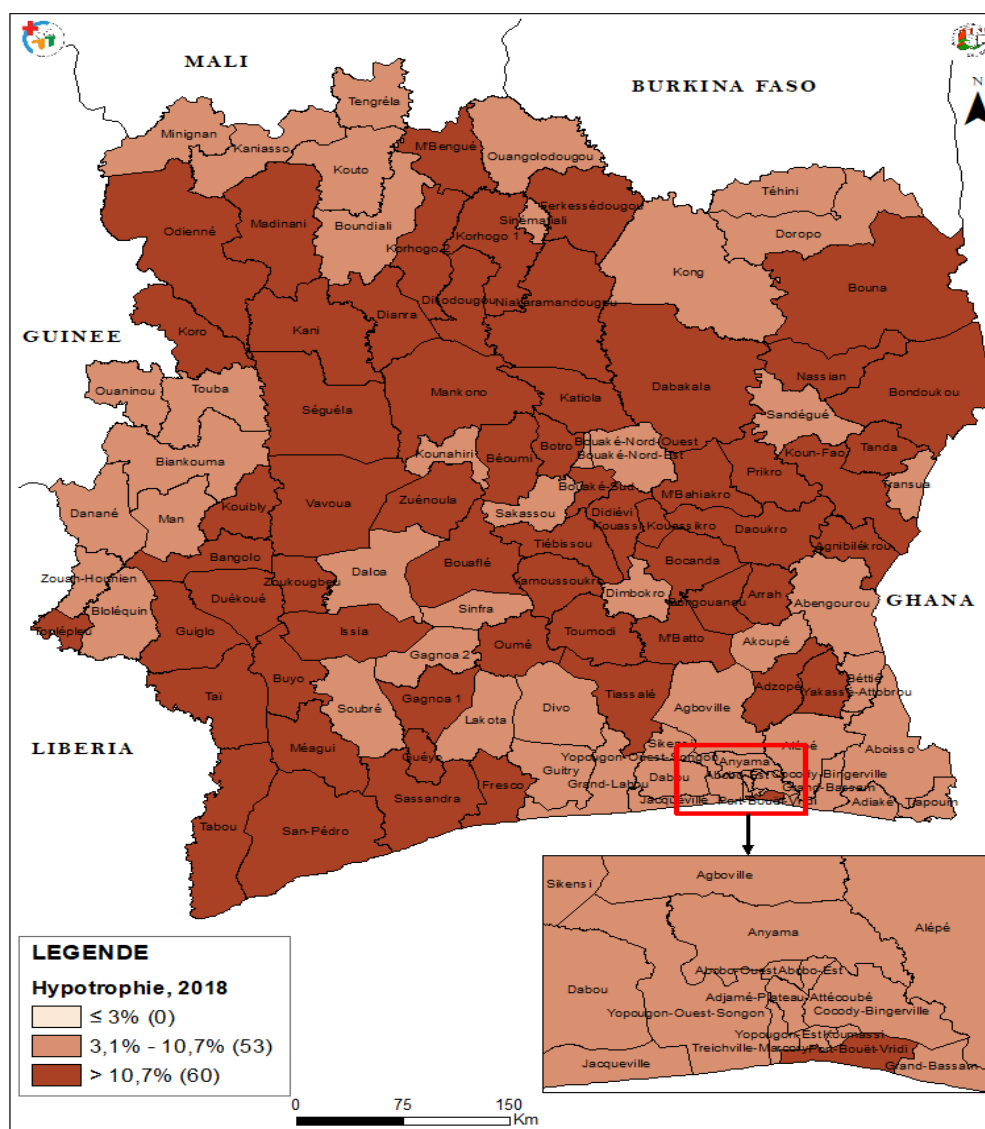
- On note une légère régression du nombre des DS ayant atteint une proportion de 38,6% (cible 2023) d'enfants de 0 à 59 mois atteints de diarrhée et traités avec SRO+Zinc au fil des années.
- En 2020 :
 - Plus de la moitié soit 66,37% des districts sanitaires ont déjà atteint la cible 2023 et sont localisés dans la partie Nord du pays ;
 - Moins du tiers des DS d'Abidjan (30%) ont atteint la cible 2023 ;
 - Les plus faibles proportions sont enregistrées dans les districts sanitaires de Dabou, d'Arrah, de Bettié et dans les régions sanitaires des Grands-Ponts, de Goh, d'Abidjan2.
- Les perspectives d'atteinte de la cible 2023 par l'ensemble des districts sanitaires sont bonnes.

3.7. Nouveau-nés avec faible poids de naissance

Cette section présente la répartition spatiale de l'hypotrophie néonatale en Côte d'Ivoire de 2018 à 2020. La cible du Programme National de Santé Mère-Enfant est de réduire la prévalence de l'hypotrophie néonatale à moins de 10,7% d'ici 2023 et 3% en 2030. Sur cette base, les cartes qui suivent présentent trois tendances. Il s'agit des districts sanitaires dont la prévalence de l'hypotrophie néonatale est inférieure à 3%, comprise entre 3% et 10,7% puis supérieure à 10,7%.

3.7.1. Proportion des nouveau-nés avec faible poids de naissance en 2018

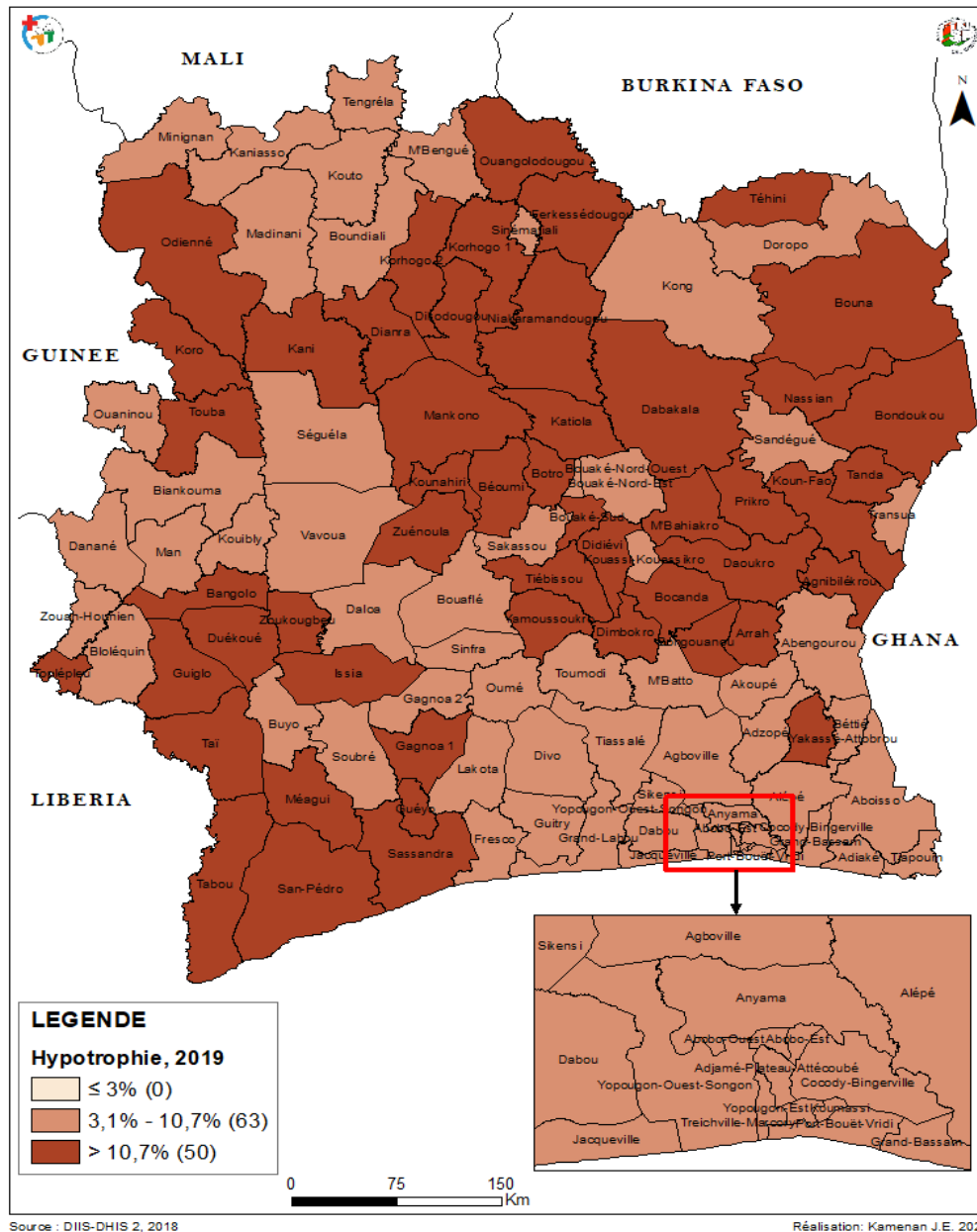
En 2018, plus de la moitié des districts sanitaires soit 53,10% n'ont pas atteints la cible 2023 qui est de 10,7% de nouveau-nés avec faible poids de naissance. Ces districts sont repartis de façon homogène sur tout le territoire. En outre, le district sanitaire d'Odienné dans le Nord-Ouest, se caractérise par la plus importante proportion l'hypotrophie néonatale (16,8%). Les districts sanitaires qui ont atteint l'objectif 2023, représentent 46,90% des districts avec une concentration dans la zone Sud-Est de la Côte d'Ivoire. Par ailleurs, la quasi-totalité (90%) des districts sanitaires d'Abidjan enregistre une proportion comprise entre 3% et 10,7%. Seul le district sanitaire de Port-Bouet-Vridi a une proportion d'hypotrophie néonatale supérieure à 10,7%.



Carte 25 : Répartition spatiale de la proportion des nouveau-nés avec faible poids de naissance en 2018

3.7.2. Proportion des nouveau-nés avec faible poids de naissance en 2019

Les districts sanitaires avec une proportion d'hypotrophie néonatale supérieure à 10,7% représentent 44,25% des districts sanitaires et s'observent dans le Nord et le Sud-Ouest du pays. La proportion la plus élevée est enregistrée dans le district de Dianra (18,2%). Les districts ayant atteint la cible 2023 (52 soit 55,75%) sont quant à eux majoritairement situés dans le Sud-Est et l'Ouest de la Côte d'Ivoire. L'ensemble des districts sanitaires d'Abidjan sont en phase avec l'atteinte de la cible 2023.

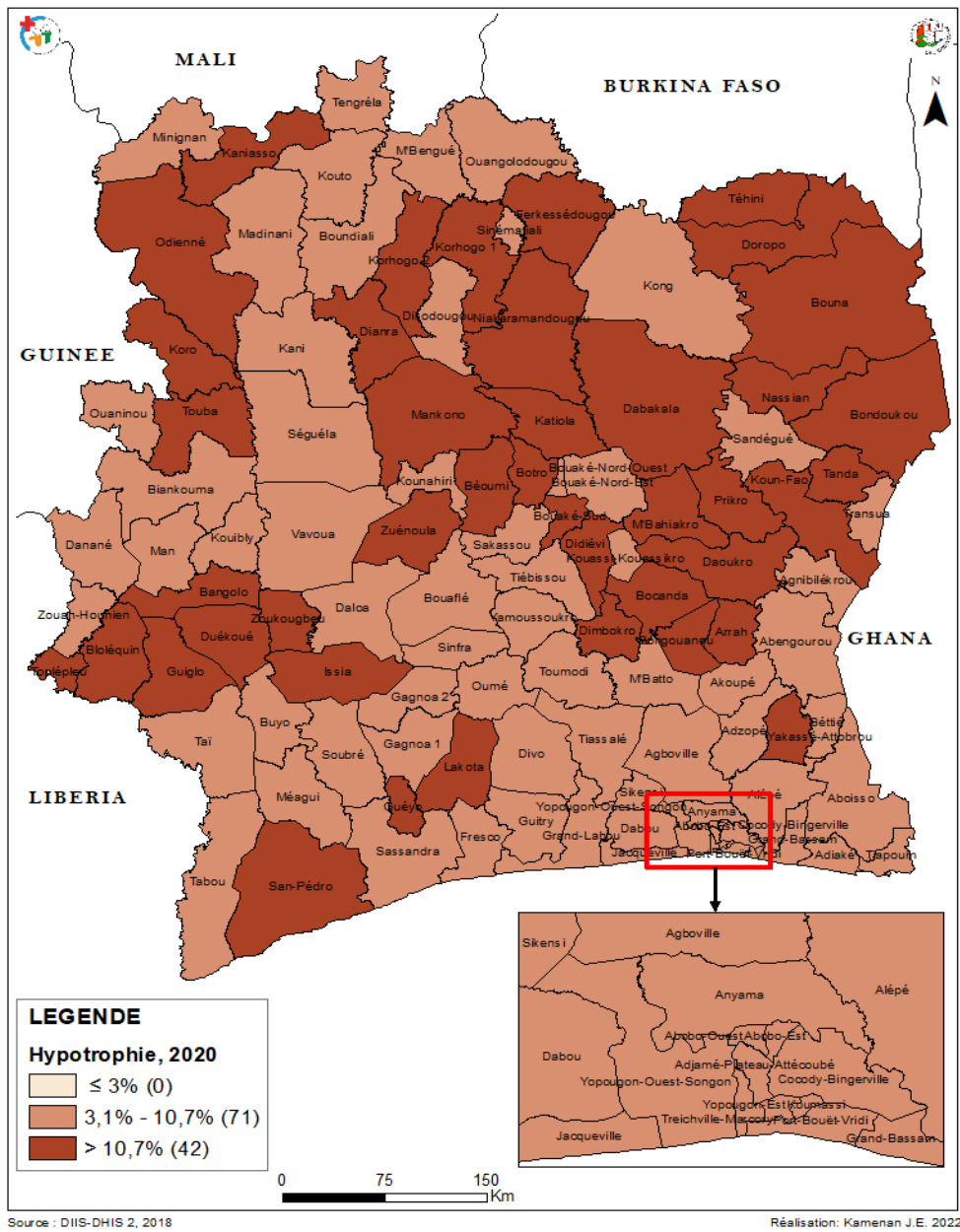


Carte 26 : Répartition spatiale de la proportion des nouveau-nés avec faible poids de naissance en 2019

3.7.3. Proportion des nouveau-nés avec faible poids de naissance en 2020

En 2020, un nombre moins important de districts sanitaires (42 sur 113 soit 37,17 %) enregistrent des prévalences supérieures à 10,7%. Il s'agit majoritairement des districts du Centre-Nord, du Nord-Est et du Nord-Ouest. Les districts d'Odienné (16,5%), Dianra (16%) et Korhogo 1 (13,9%) enregistrent les plus fortes proportions. La cible 2023 a été atteinte par 62,83 % des districts sanitaires. Ces derniers sont plus concentrés dans la moitié Sud de la Côte d'Ivoire.

Comme les deux années précédentes, aucun district n'a atteint la cible 2030. Tous les districts sanitaires d'Abidjan ont atteint la cible 2023.



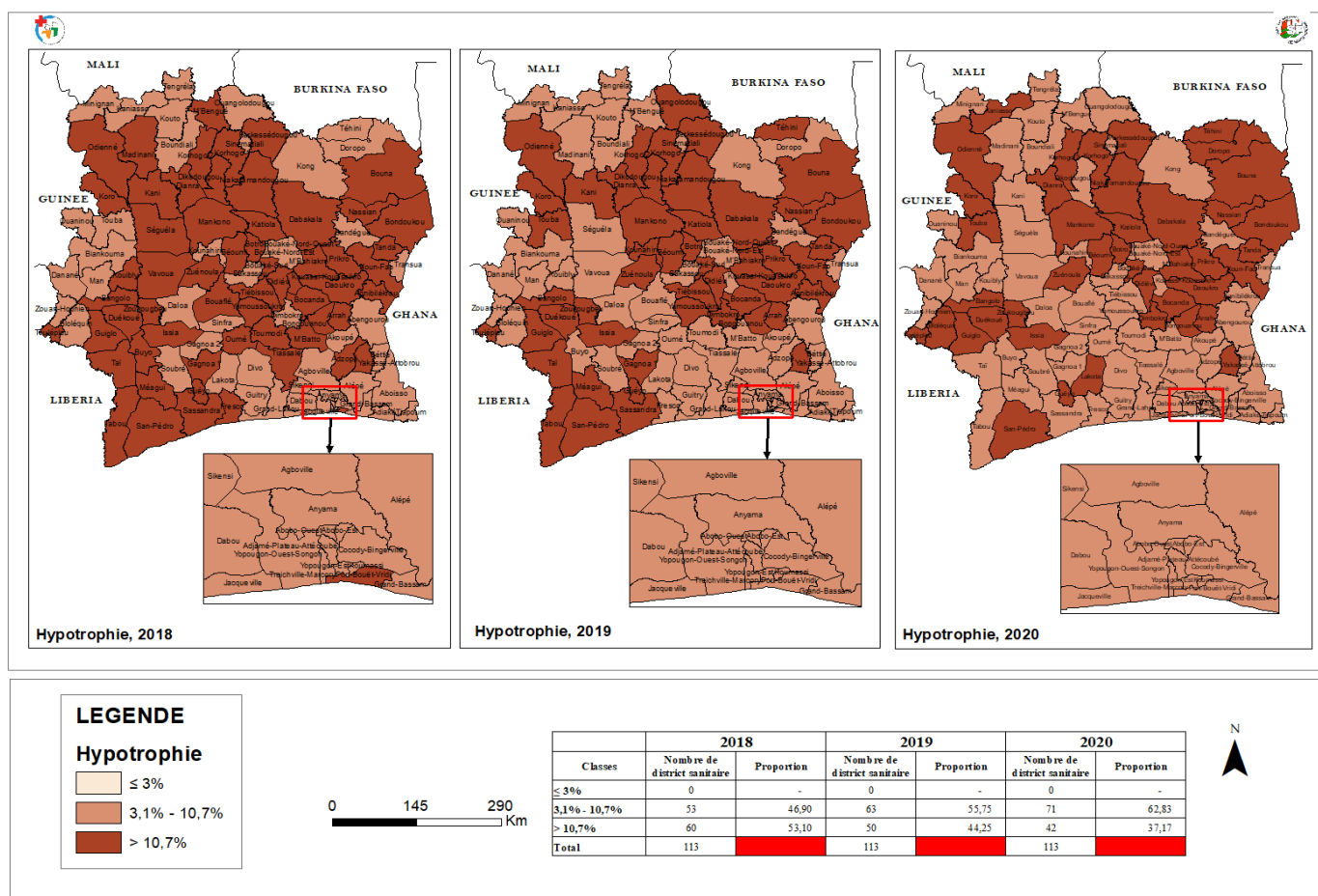
Carte 27 : Répartition spatiale de la proportion des nouveau-nés avec faible poids de naissance en 2020

3.7.4. Evolution spatio-temporelle de la proportion des nouveau-nés avec faible poids de naissance de 2018 à 2020

- Au niveau des districts sanitaires

L'évolution spatio-temporelle du nombre de DS ayant une proportion élevée de nouveau-nés avec faible poids de naissance de 2018 à 2020 a baissée au fil des années (Conf. Carte 27). En effet, de 2018 à 2020 on observe une régression du nombre des districts sanitaires ayant une proportion supérieure à 10,7% de 53,10% à 37,17 % soit un taux de variation de 30 %.

Toutefois, ce constat est plus notable dans les districts sanitaires de l'Ouest et Sud-Ouest. La situation au niveau des districts sanitaires d'Abidjan se maintient en deçà du seuil de 10,7%. Cette situation régressive de l'hypotrophie néonatale présente une forte probabilité d'atteinte de la cible 2023 de 10,7 % par l'ensemble des districts. Par contre au cours des trois années aucun district n'a atteint la cible de 3% de 2030.



Carte 28 : Evolution spatiale de la proportion des nouveau-nés avec faible poids de naissance de 2018 à 2020

• Au niveau des régions

L'évolution temporelle de la proportion de petits poids à la naissance entre 2018 et 2020 est régressive dans la plupart des régions (Cf. Figure 7). De 2018 à 2020 ce sont respectivement, 36,36%, 51,5% et 63,6% des régions sanitaires qui ont atteint la cible de 10,7% (cible 2023). Les régions présentant les plus faibles proportions en 2018 et 2019 sont le Folon (7,43% et 7,7 %) et Abidjan 1 (8,1% et 7,3%). En 2020 ce sont les régions d'Abidjan 2 (7,3%) et Abidjan 1 (7,5%).

Par contre les proportions les plus élevées sont observées en 2018 et 2019 dans les régions du Kabadougou (15,7% et 13,8%) et du Iffou (14,3% et 14%). En 2020, ce sont les régions du Kabadougou (14,7%), Béré (13,1%) et Iffou (12,7%) qui ont enregistré les proportions les plus élevées.

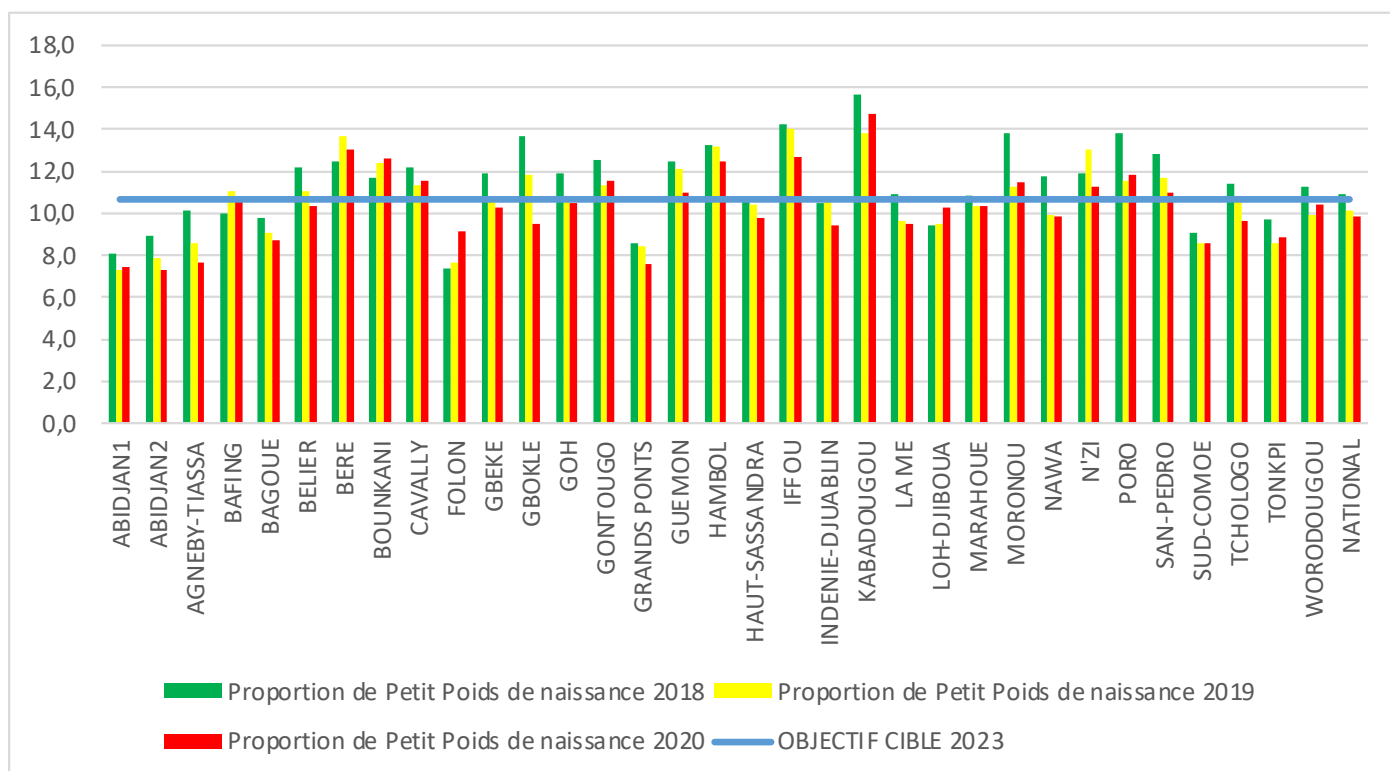


Figure 10 : Evolution spatiale de l'hypotrophie néonatale de 2018 à 2020

EN RÉSUMÉ

- Le nombre de DS ayant une proportion de petit poids de naissance supérieure à 10,7% (cible 2023) a significativement baissé entre 2018 et 2020 avec un taux de variation de 30 %.
- En 2020 :
 - Près des trois quarts des districts (85DS, 75,22%) ont atteint la cible de 2020 qui était de réduire la prévalence du faible poids de naissance à 12% (cible Plan National Multisectoriel de Nutrition 2016-2020). Plus de la moitié soit 62,83 % des districts sanitaires ont déjà atteint la cible 2023 de proportion de petit poids de naissance et sont majoritairement situés dans la moitié Sud du pays ;
 - Tous les DS d'Abidjan ont atteint la cible 2023 ;
 - Les proportions de petit poids de naissance les plus élevées sont enregistrées dans les districts sanitaires d'Odienné, Dianra, Korhogo 1 et les régions sanitaires du Kabadougou, Béré et Iffou.



3.8. Enfants de moins de 5 ans malnutris aigus

Les objectifs de la Côte d'Ivoire en termes de nutrition, s'alignent sur les cibles mondiales qui sont de réduire de 40% le nombre d'enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance et de réduire et maintenir l'émaciation en dessous de 5%.

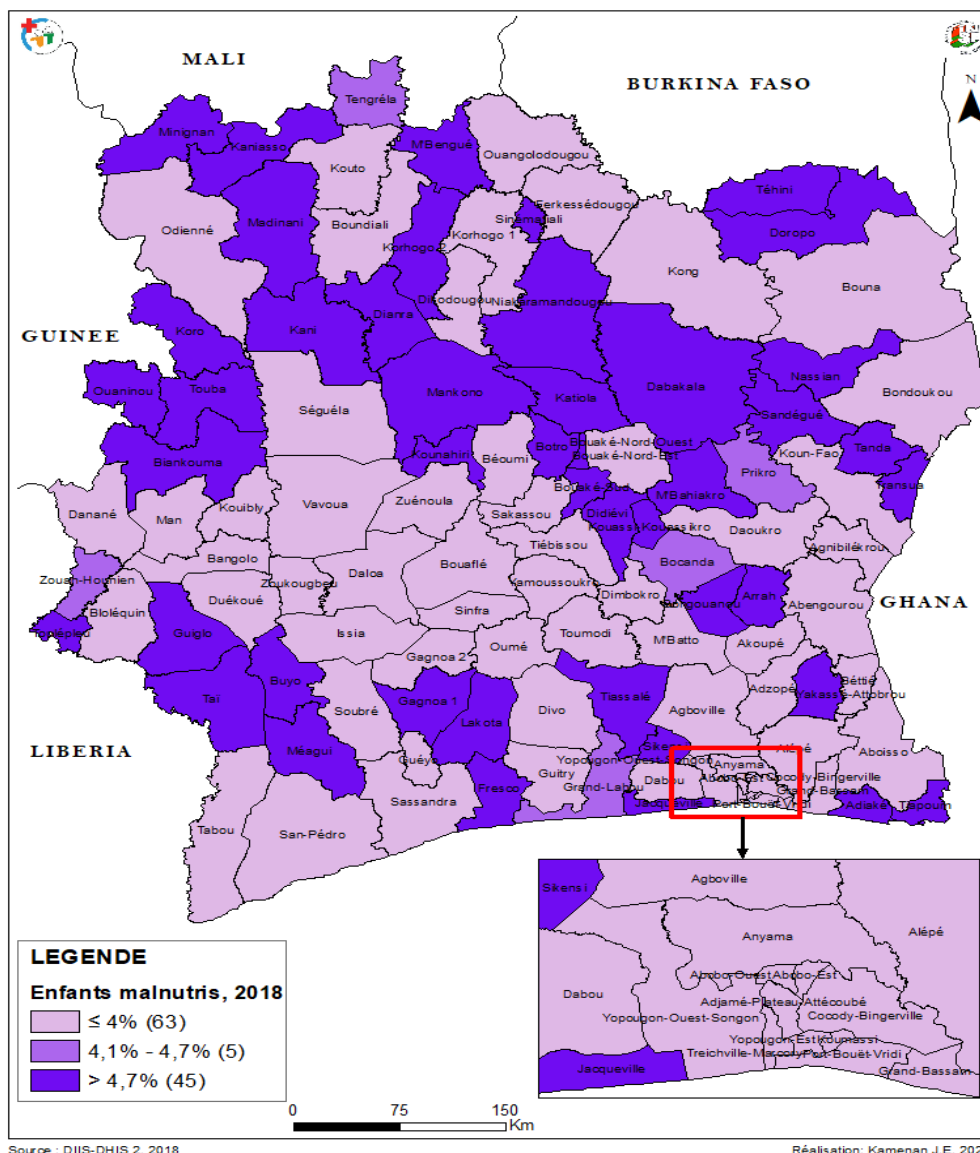
De façon spécifique les objectifs de la Côte d'Ivoire pour la réduction de l'émaciation sont de 4,7 % pour 2023 et 4 % pour 2025.

Les intervalles d'analyse concernent d'abord, les districts sanitaires enregistrant une prévalence de plus de 4,7% ensuite ceux compris entre 4% et 4,7% puis ceux de moins de 4%. L'analyse spatiale de cet indicateur a été faite à la lumière de ces intervalles.

3.8.1. Proportion d'enfants de moins de 5 ans malnutris aigus en 2018

La situation de la malnutrition aigüe en 2018, est présentée par la carte 28 ci-dessous. La situation épidémiologique est dominée par les districts sanitaires enregistrant une proportion inférieure ou égale à 4% (55,75%).

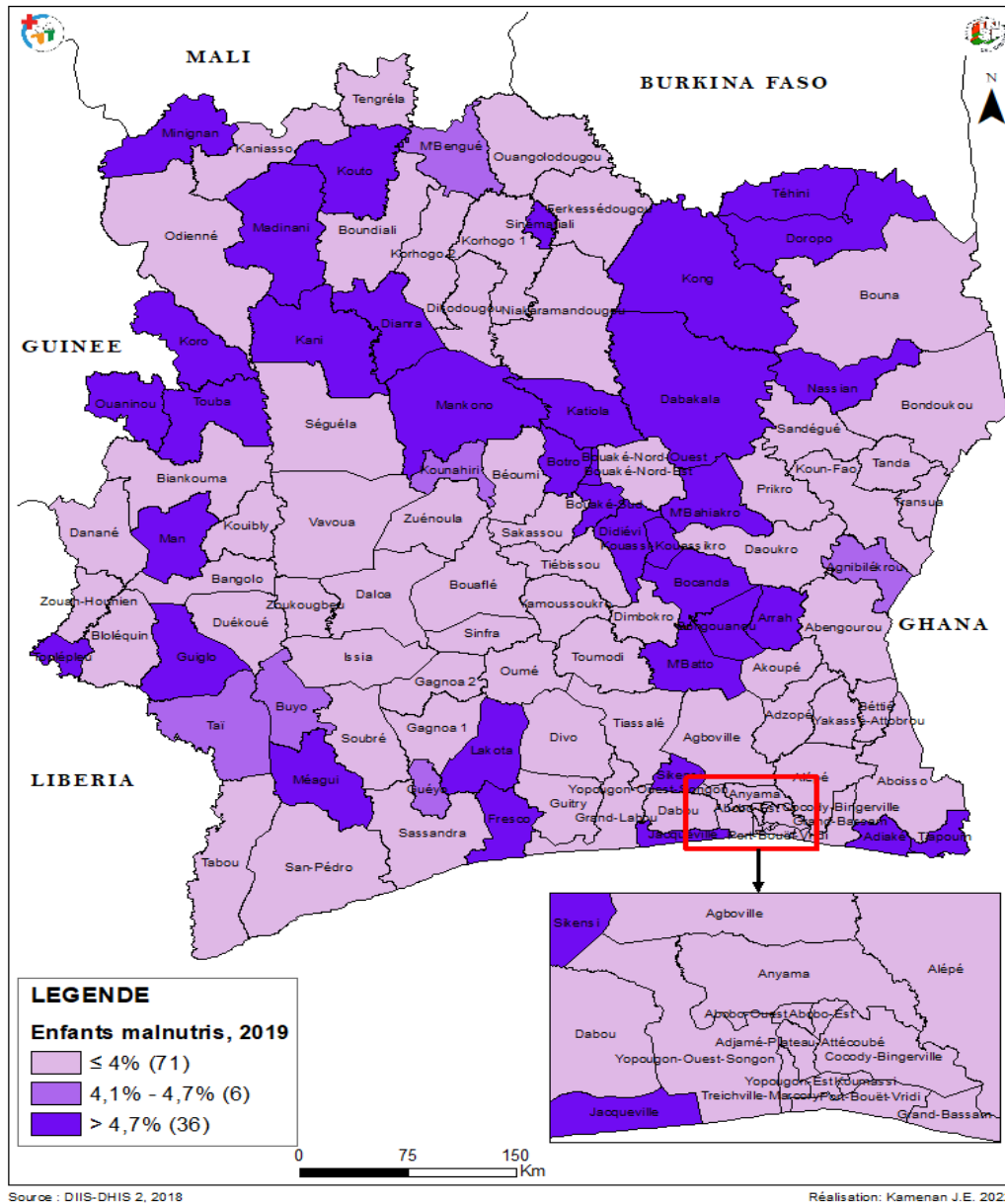
Cependant, 39,82 % des DS enregistrent des proportions de plus de 4,7% cible de 2023 et se localisent essentiellement dans les parties Nord et Ouest du pays. Les DS ayant notifié les proportions les plus élevées sont les DS de Ouaninou, Bouaké Nord-Ouest et Touba avec des proportions de 36,7%, 16% et 15,1%. Au niveau des districts sanitaires d'Abidjan, 100% des DS enregistrent une proportion de malnutrition aigüe inférieure de 4 %.



Carte 29 : Répartition spatiale de la proportion de malnutrition aigüe chez les enfants de 0 à 5 ans en 2018

3.8.2. Proportion d'enfants de moins de 5ans malnutris aigus en 2019

La situation épidémiologique observée dans le Nord de la Côte d'Ivoire en 2018 présente un meilleur profil en 2019 (Conf. Carte 28). En effet, le pourcentage de districts sanitaires avec une proportion d'enfants malnutris supérieure à 4,7% décroît et passe à 31,86 %. Toutefois, il existe une invariabilité spatiale relativement aux zones du Nord et de l'Ouest comparé à 2018. Les prévalences en dessous de 4% dominent l'ensemble du pays confirmant ainsi la tendance observée en 2018. A Abidjan tous les DS enregistrent des proportions inférieures à 4% (cible 2025).

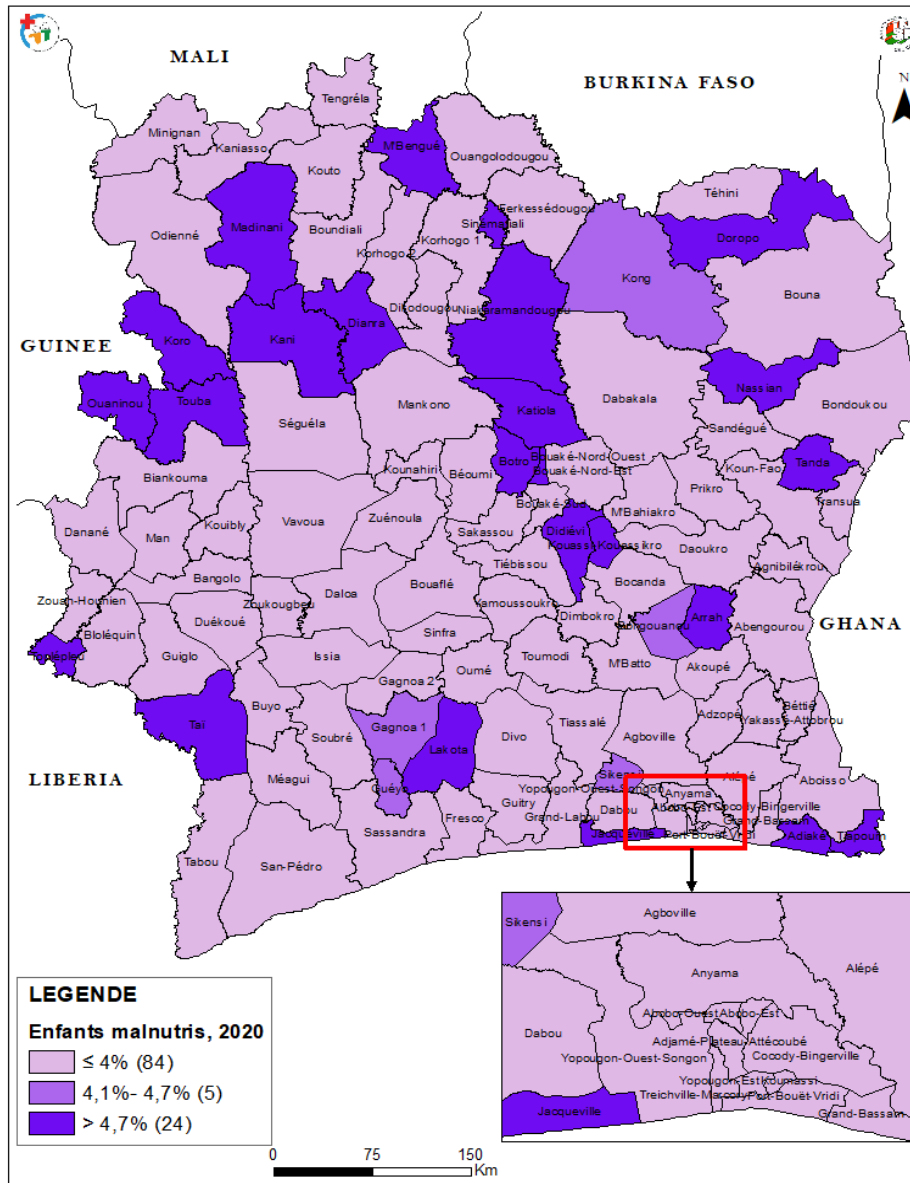


Carte 30 : Répartition spatiale de la proportion de malnutrition aigüe chez les enfants de 0 à 5 ans en 2018

3.8.3. Proportion d'enfants de moins de 5 ans malnutris aigus en 2020

En 2020, la situation épidémiologique reste majoritairement dominée par les prévalences inférieures à 4% (cible 2025). L'on note la persistance de quelques DS (21,24%) avec une proportion d'enfants malnutris de plus de 4,7% situés majoritairement dans la partie Nord du pays.

De façon spécifique, les proportions les plus élevées d'enfants malnutris sont enregistrées dans les DS de Kani (100%), Dianra (62,3%) et de Ouaninou (42,5%).



Source : DIIS-DHS 2, 2018

Carte 31: Répartition spatiale de la proportion de malnutrition aigüe chez les enfants de 0 à 5 ans en 2020

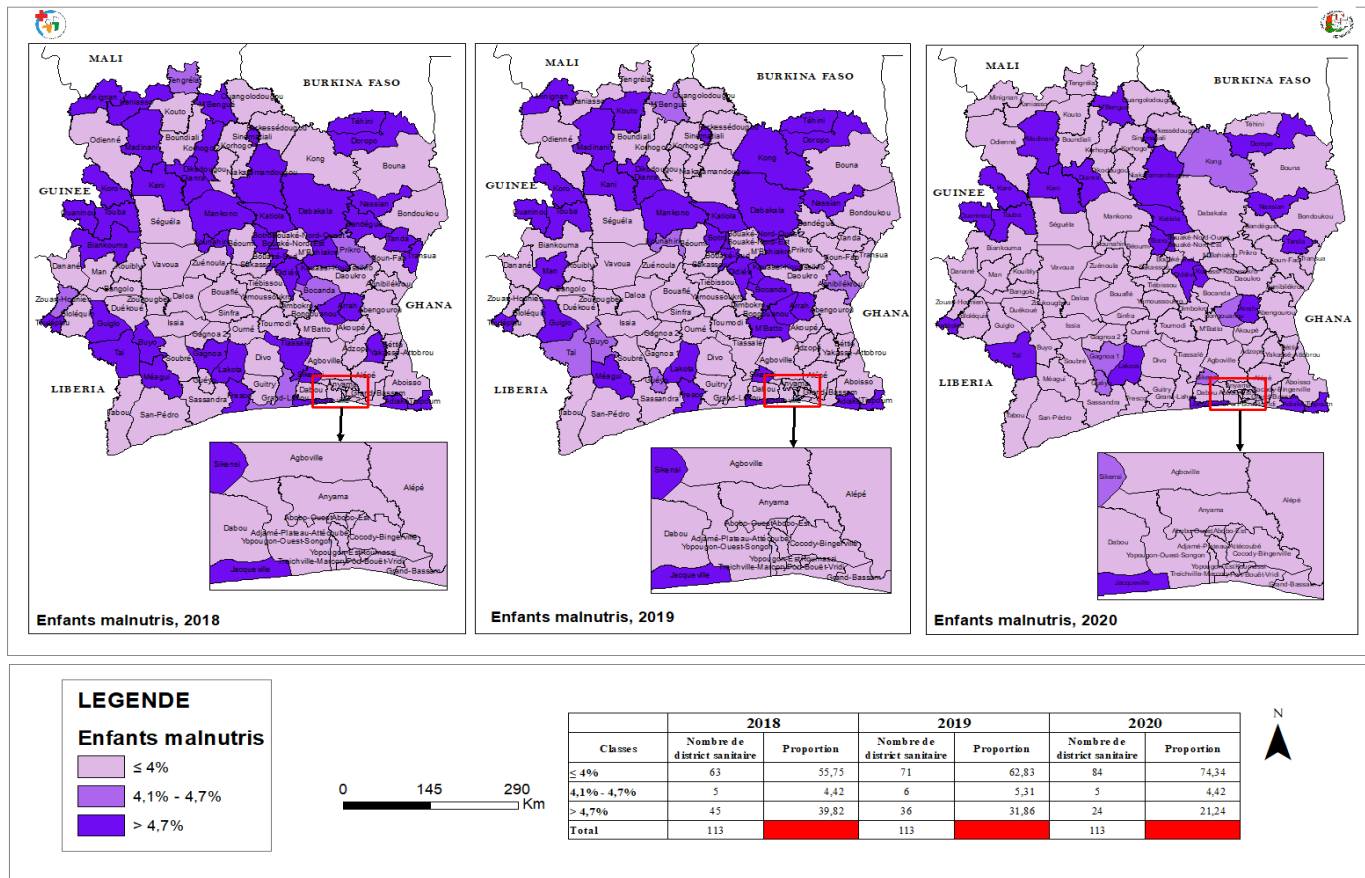
3.8.4. Analyse spatio-temporelle de 2018 à 2020

- **Au niveau des districts sanitaires**

De 2018 à 2020 le profil épidémiologique de l'émaciation se caractérise par une baisse du nombre de DS ayant une proportion d'enfants malnutris supérieure à 4,7 %. En effet, le pourcentage passe de 39,82 % en 2018 à 21,24% en 2020 avec une variation de 46,66%. La persistance du fléau se fait essentiellement dans les zones Nord et du Nord-Ouest de la Côte d'Ivoire (Conf. Carte 32).

Au cours de cette période, tous les DS d'Abidjan ont maintenu une proportion d'enfants malnutris inférieure ou égale à 4%.

Cette situation régressive de la malnutrition aigüe présente une forte probabilité d'atteinte de la cible 2023 de 4 % par l'ensemble des districts.



Source : DIIS-DHIS 2, 2018

Carte 32 : Evolution spatio-temporelle de la malnutrition infantile de 2018 à 2020

- Au niveau régional**

L'évolution de la proportion de l'émaciation entre 2018 et 2020, marquée par une réduction globale, présente également des irrégularités prononcées (Conf. Figure 8). Les plus fortes proportions d'enfants dépistés malnutris sont enregistrées en 2018 et 2019 dans les régions de Bafing (11,5% et 12%), du Béré (10,5% et 24,7%) et du Worodougou (10,4%). En 2020, ce sont les régions de Bafing (13,5%), du Hambol (6,9%) et du Worodougou (5,8%) qui sont les plus concernées.

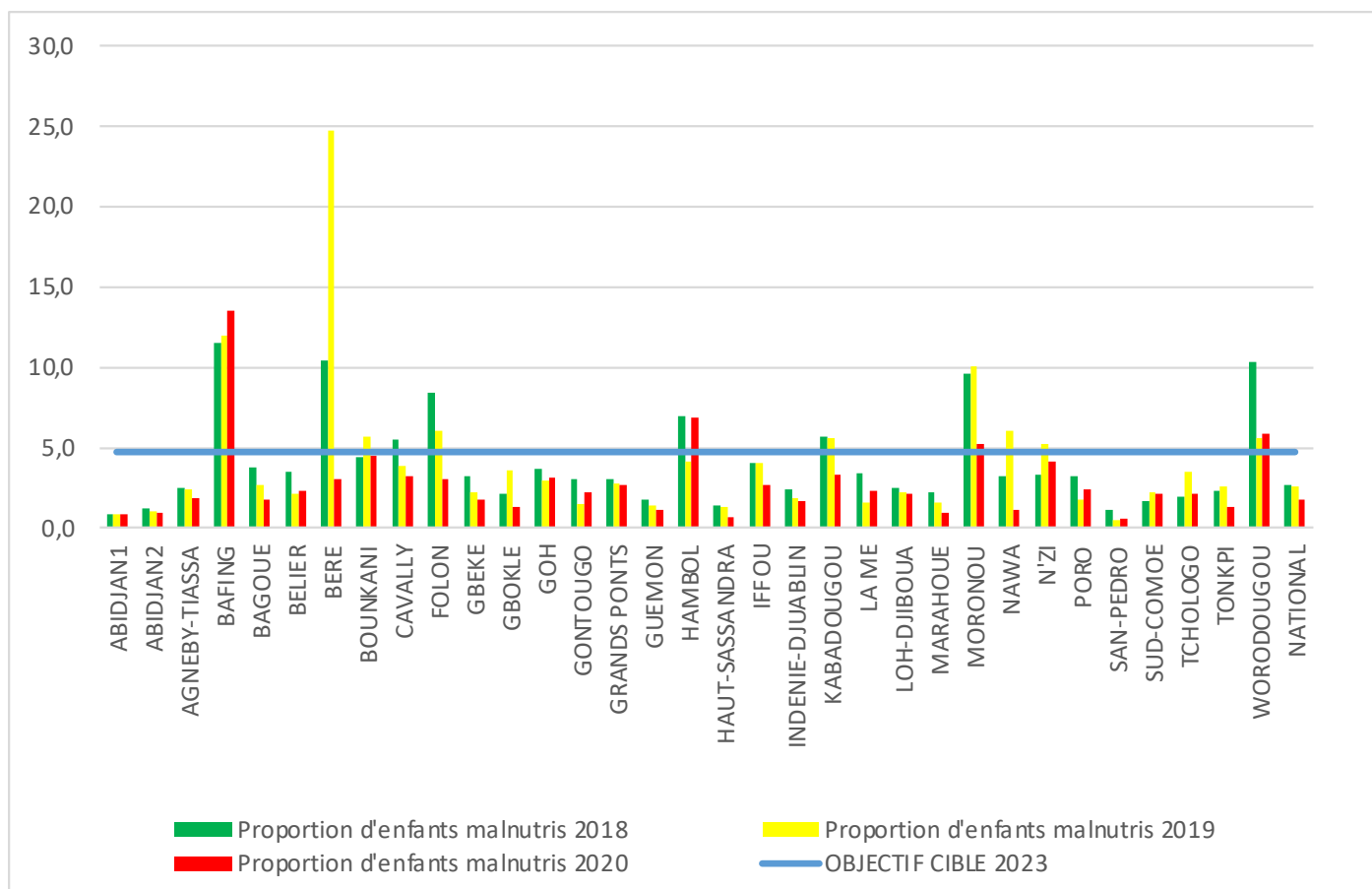


Figure 11 : Evolution spatio-temporelle de la malnutrition infantile de 2018 à 2020

EN RÉSUMÉ

- Le nombre de DS ayant une proportion d'enfants malnutris supérieure à 4,7 % (cible 2023) a significativement baissé entre 2018 et 2020 avec un taux de variation de 46,7 %.
- En 2020 :
 - La majorité (soit 79 %) des districts sanitaires ont déjà atteint la cible 2023 de proportion d'enfants malnutris et sont situés majoritairement dans la partie Sud du pays,
 - Les proportions d'enfants malnutris les plus élevées sont enregistrées dans les districts sanitaires de Kani, Dianra, Ouaninou et les régions sanitaires du Bafing, Hambol, Worodougou situées dans la partie Nord de la Côte d'Ivoire.

Tableau 3 : Districts sanitaires présentant les plus faibles niveaux d'indicateurs prioritaires

Districts Sanitaires	Prévalence Contraceptive Moderne	CPN1T1	CPN4 +	Accouchement Assisté par un Professionnel Qualifié	CPoN dans les 72 H	Petit Poids de Naissance	Malnutrition aigue
Korhogo 2	+	+	+	+	+		
Kani	+		+				+
Dianra						+	+
Tiébissou	+						
Transua		+				+	
Korhogo 1						+	
Odienné							
Kouassi Kouassikro		+					
Ouaninou						+	
Lakota					+		
Yopougou-Ouest			+				
Yopougou-Est				+			
Treichville-Marcory				+			

Tableau 4 : Régions sanitaires présentant les plus faibles niveaux d'indicateurs prioritaires

Régions Sanitaires	Prévalence Contraceptive Moderne	CPN1T1	CPN4 +	Accouchement Assisté par un Professionnel Qualifié	CPoN dans les 72 H	Petit Poids de Naissance	Malnutrition aigue
Abidjan 2	+		+	+	+		
Béré	+		+			+	
Guemon		+		+	+		
Abidjan 1					+		
Worodougou							+
Bafing							+
Hambol							+
Kabadougou						+	
Iffou						+	
Bagoué			+				
Tchologo	+						
N'zi		+					
Indénié-Djablin		+					

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'analyse des progrès et performances infranationaux des indicateurs SRMNIA-N a permis de décrire la distribution spatiale de ces indicateurs au niveau des districts sanitaires au cours des trois dernières années (2018 à 2020) et d'analyser les tendances évolutives tempo-spatiales au niveau aussi bien des districts que des régions sanitaires.

Cette analyse a montré que les couvertures des interventions prioritaires en santé maternelle et infantile sont diversement distribuées au niveau des districts sanitaires. En effet, certains districts sanitaires présentent des couvertures plus faibles que d'autres et sont ainsi loin d'atteindre les cibles nationales de 2023 telles qu'indiquées dans le Dossier d'investissement de Côte d'Ivoire.

Concernant les indicateurs tels que le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié, la Couverture en CPoN dans les 72 heures, la proportion de nouveau-nés avec faible poids de naissance, la proportion d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée et traités avec du SRO + Zinc et la proportion d'enfants de moins de 5 ans malnutris aigus, au moins la moitié des districts sanitaires ont atteints les cibles. Cela laisse présager d'une bonne évolution de ces indicateurs vers l'atteinte des objectifs 2023 par l'ensemble des Districts Sanitaires.

S'agissant de la CPN1 au 1er trimestre de la grossesse, la couverture en CPN4 et du Taux de Prévalence Contraceptive Moderne, la majorité des DS n'ont pas encore atteint la cible 2023. Toutefois, pour la couverture en CPN1 au 1er trimestre de la grossesse et la couverture en CPN4, l'évolution positive au cours des trois années avec des taux de progression notables entre 42,3% (CPN1-T1) et 46,72% (CPN4) pourrait favoriser l'atteinte des cibles 2023. Cependant, pour le TPCm, la probabilité d'atteinte de la cible de 2023 reste faible.

De façon générale, les plus faibles couvertures des interventions SRMNIA-N sont enregistrées au niveau des districts sanitaires de Korhogo 2 (TPCM, CPN1, CPN4, Accouchement assisté, CPoN), Kani (TPCM, CPN4, Malnutrition), Dianra (PPN, Malnutrition) et Tiébissou (TPCM, CPoN).

En ce qui concerne les régions sanitaires ayant enregistré les plus faibles niveaux d'indicateurs, il s'agit de la région d'Abidjan 2 (TPCM, CPN4, Accouchement assisté, CPoN), Béré (TPCM, CPN4, PPN), Guemon (CPN1T1, Accouchement assisté, CPoN) et Abidjan 1 (TPCM, CPoN). Ces districts devraient faire l'objet d'attention particulière de la part des décideurs en vue d'améliorer la situation de la SRMNIA-N en Côte d'Ivoire.

La distribution ainsi que les tendances évolutives des indicateurs au niveau de la région d'Abidjan présentent un profil particulier par rapport à celui du reste du pays. En effet, on note d'une part un faible niveau des indicateurs dans la plupart des districts sanitaires d'Abidjan et d'autre part une légère variation du niveau de ces indicateurs au fil du temps. Ce tableau particulier de la région d'Abidjan est probablement en lien avec l'absence d'informations sanitaires provenant des structures sanitaires du niveau tertiaire de la pyramide sanitaire situées à Abidjan ainsi que des structures du secteur privé qui prodiguent une bonne part des soins SRMNIA aux populations cibles. Le système d'information en place ne capture pas suffisamment les données provenant de ces secteurs. Le rôle de la pandémie de la COVID 19 est aussi à souligner dans la faible performance de la couverture de ces interventions à Abidjan.

Au regard des gaps observés dans la distribution spatiale des indicateurs prioritaires de la Santé maternelle et infantile et dans leurs tendances évolutives, les recommandations suivantes sont formulées :

A l'endroit du Ministère en charge de la Santé et de la Plateforme Nationale de Coordination du Financement de la Santé (PNCFS)

- Intégrer dans la ligne d'allocation budgétaire, une dotation supplémentaire substantielle en faveur des régions et districts à faible performance, en vue d'assurer avec équité une meilleure couverture des soins ;
- Identifier les bonnes pratiques mises en œuvre dans les districts sanitaires avec un niveau de performance plus élevé des indicateurs de couverture en CPN1 au 1er trimestre de la grossesse, CPN4 et taux de Prévalence Contraceptive Moderne et les étendre aux districts où ces couvertures sont encore loin des cibles ;
- Intensifier les efforts pour une prise en charge holistique de la femme enceinte, la femme allaitante et les enfants de moins de 5 ans afin de réduire les occasions manquées pour offrir l'ensemble des soins promotionnelles, préventifs et curatifs.
- Poursuivre les efforts fournis vis-à-vis des couvertures en accouchement assisté par un personnel qualifié, CPoN immédiat, proportion de nouveau-nés avec faible poids de naissance et proportion d'enfants de 0-59 mois atteints de diarrhée et traités avec du SRO + Zinc, proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant une malnutrition aiguë enfin de permettre à l'ensemble des districts sanitaires d'atteindre les cibles 2023 ;
- Renforcer prioritairement le paquet d'offre de soins (accessibilité géographique, disponibilité en personnel qualifié, qualité des soins, ...) dans les districts et régions sanitaires peu performants ;
- Continuer à mobiliser et à établir des partenariats avec les intervenants communautaires (ASC, ONG de santé) pour explorer les possibilités d'intensifier la demande de soins appropriés et changer les pratiques au sein de la population. Ceci implique de se pencher sur le problème crucial de l'organisation et la prise en charge financière des agents de santé communautaire ;
- Renforcer les capacités du SNIS afin de lui permettre de mettre à temps à la disposition des décideurs des données de qualité ;
- Accélérer l'intégration dans le DHIS2 les données des structures sanitaires du niveau tertiaire de la pyramide sanitaire (CHU et EPN) ainsi que celles des structures du secteur privé en vue d'un suivi efficace et efficient des indicateurs de SRMNIA à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Comparer la cartographie des interventions réellement mises en œuvre dans les districts sanitaires à celle des indicateurs SRMNIA-N afin d'établir un lien entre elles et résoudre de façon idoine les gaps qui se dégageraient ;
- Evaluer le Dossier d'Investissement en vue d'une priorisation des districts pour capitaliser les financements disponibles.

A l'endroit de l'Institut National de Santé Publique (INSP)

- Réaliser des études approfondies prenant en compte le volet socio-anthropologique afin de comprendre les raisons qui sous-tendent les faibles niveaux d'indicateurs dans les régions ou les districts sanitaires concernés.
- Rédiger une note de politique résumant les principaux résultats de cette analyse et les recommandations à l'adresse des décideurs dans le but d'orienter les décisions à prendre pour l'amélioration des performances des indicateurs.
- Poursuivre le suivi de l'évolution des indicateurs (au plan national) ainsi que le suivi cartographique des indicateurs (au plan infranational) afin d'appréhender à temps les gaps et proposer des mesures correctrices.

ANNEXES

Annexe 1 : Données santé mère-enfant 2018, 2019, 2020 (Districts sanitaires)

Annexe 2 : Données santé mère-enfant 2018, 2019, 2020 (Régions sanitaires)

Elaboration par

L'Equipe de recherche de Countdown, INSP, Côte d'Ivoire :

Sassor Odile Aké-Tano^{1,2},

Marie Laurette Agbré-Yacé^{1,3},

Denise Kpebo^{1,2,3},

Marie Dorothée Koumi-Mélèdje^{1,3}

William Yavo¹

En collaboration avec

APHRC :

Fadima Yaya Bocoum⁴, Diarra Senghor⁴, Cheikh Mbacké Faye⁴

1. Institut National de Santé Publique, Côte d'Ivoire
2. Département de Santé Publique et Spécialités, Unité de Formation et de Recherche des Sciences Médicales d'Abidjan, Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire
3. Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction de Côte d'Ivoire
4. African Population and Health Research Center (APHRC, Dakar)

Design et Mise en page

Bill Clinton Sambou

REMERCIEMENTS

Nous exprimons notre gratitude aux structures locales qui ont mis à notre disposition les documents nécessaires pour cette analyse :

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à travers :

- La Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS)
- Le Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME)
- Le Programme National de Nutrition (PNN)
- Le Programme National de la Santé Scolaire et Universitaire, Santé des Adolescents et Jeunes (PNSSU-AJ)

L'Institut National de la Statistique (INS)

Nos remerciements vont également à l'endroit de l'Officier de Liaison GFF qui nous a accompagné dans toutes les étapes de ce travail : rédaction et validation du rapport.

Enfin, l'ajustement des données de routine, l'élaboration et la validation de ce rapport ont été possibles grâce au soutien technique et financier de APHRC à qui nous adressons nos sincères remerciements.

