



GLOBAL
FINANCING
FACILITY

Countdown to 2030
Women's Children's & Adolescent's Health



African Population and
Health Research Center
Transforming lives in Africa through research.

ANALYSE DES INDICATEURS SRMNIA-N 2020-2025 EN CÔTE D'IVOIRE

2026

Réunion annuelle nationale (CAM), Addis-Abeba, 29 juin – 3 juillet 2026

Countdown to 2030 en partenariat avec le ministère de la Santé de l'Éthiopie, le GFF, l'OMS, l'OOAS et l'UNICEF



PRESENTED BY :

AKE Odile (INSP),
AGBRE-YACE Marie (INSP),
EKOU Franck Kokora (INSP),
KONE Séidou (PNSME),
KONE Daouda (DIS),
NDA'CHI Deffo Rodrigue (APHRC)



1. ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : NUMÉRATEURS ET DÉNO MINATEURS

NUMÉRATEURS : Les données rapportées par les établissements de santé constituent une source importante d'indicateurs de santé. Elles portent sur des événements tels que les vaccinations administrées ou les naissances vivantes enregistrées. Comme pour toute donnée, la qualité est un enjeu. Les données sont évaluées en fonction de l'exhaustivité des rapports, des valeurs aberrantes extrêmes et de la cohérence interne. Des ajustements appropriés sont effectués avant leur utilisation pour le calcul des statistiques.

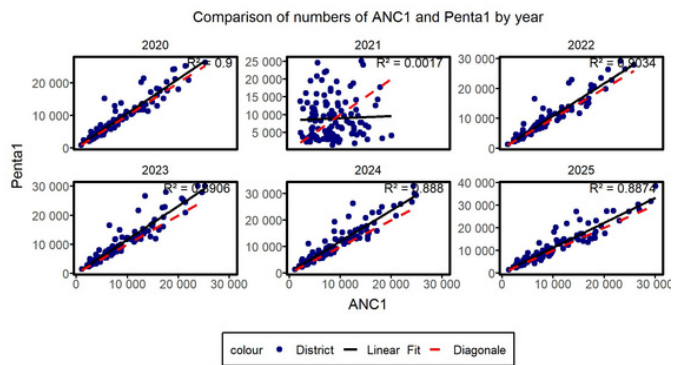
Résumé de la qualité des données des établissements de santé rapportées,DHIS2, 2020-2025

Data Quality Metrics	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1. Completeness of monthly facility reporting (mean of ANC, delivery, immunization)						
1a % of expected monthly facility reports (national)	100	99	100	99	100	98
1b % of districts with completeness of facility reporting >= 90	100	98	100	99	99	95
1c % of districts with no missing values for the 4 forms	93	93	96	96	96	100
2. Extreme outliers (mean of ANC, delivery, immunization)						
2a % of monthly values that are not extreme outliers (national)	96	96	100	100	100	93
2b % of districts with no extreme outliers in the year	91	71	93	93	93	83
3. Consistency of annual reporting						
3a Ratio ANC1 / Penta1	0.93	0.96	0.92	0.86	0.83	0.89
3b Ratio Penta1 / Penta3	1.08	1.09	1.08	1.07	1.06	1.07
3c % district with ANC1/Penta1 in expected range	39	20	41	22	16	27
3d % district with Penta1/Penta3 in expected range	100	99	100	100	100	100
4 Annual data quality score	88	82	90	87	86	85

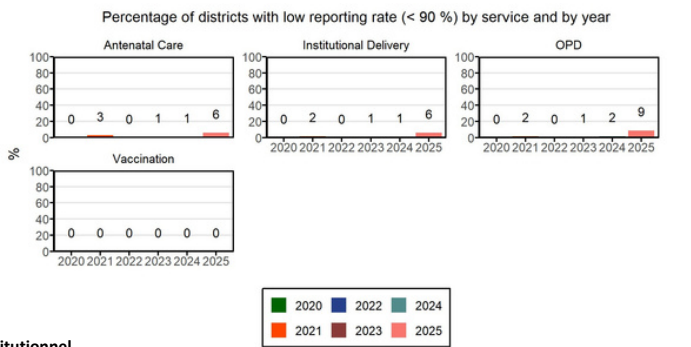
Commentaires

- La qualité globale des données, est jugée acceptable, oscillant entre 82 et 90 sur la période. Cette qualité globale est marquée par une bonne complétude et faible taux de données aberrantes
- La proportion de districts sans valeurs aberrantes a fluctué, avec une baisse notable en 2021 (71 %) et 2025 (83 %), ce qui mérite une attention particulière pour les années récentes
- Cependant, le ratio de cohérence (CPN1/Penta1) reste largement inférieur au niveau attendu. Aussi, on note un faible pourcentage de districts ayant ce ratio dans la fourchette attendue (entre 15,9 % et 40,7 %). Cela suggère une faible notification des CPN1 combinée aux grossesses gémellaires.

Les graphiques ci-dessous illustrent l'absence de cohérence interne telle que relevée plus haut.

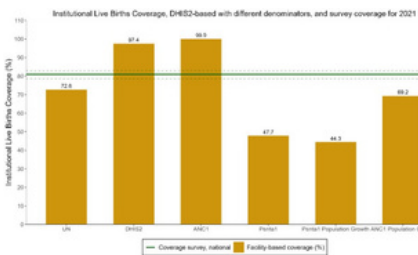
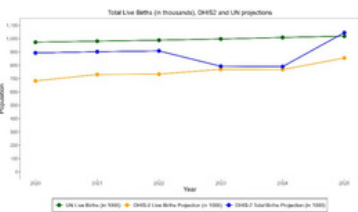


Les données de vaccination ont un taux de rapportage > 90% dans la totalité des districts. En 2025, les services de CPN, d'accouchement et de consultation ont connu un sous-rapportage dans respectivement 6%, 6% et 9% des districts.

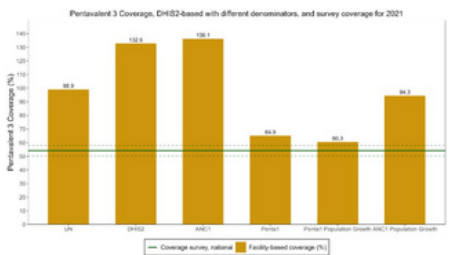


DÉNOMINATEURS : La couverture des services est définie comme la population ayant reçu le service (numérateur) divisée par la population ayant besoin du service (dénominateur). Nous testons quatre options pour les dénominateurs en utilisant les naissances vivantes en établissement et la couverture vaccinale Penta3. La qualité des projections de population dans DHIS2 est évaluée par cohérence temporelle et comparaison avec les projections des Nations Unies. Les dénominateurs les plus plausibles sont identifiés pour générer d'autres statistiques.

Total des naissances vivantes



Penta 3



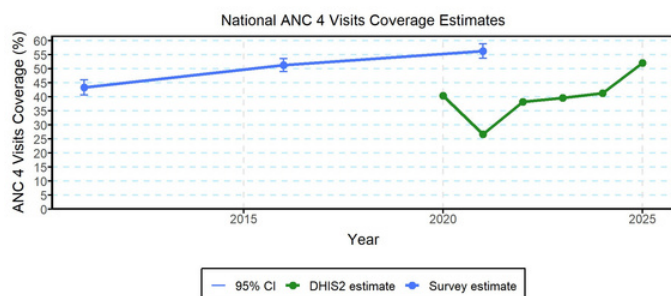
Commentaires

- La projection nationale des naissances (DHIS2) suit une tendance proche des projections des Nations Unies entre 2020 et 2023, mais s'en écarte nettement à partir de 2024-2025, ce qui interroge sur la fiabilité des projections démographiques récentes.
- Le dénominateur le plus pertinent pour l'analyse de la couverture est identifié en comparant les méthodes de calcul avec les taux issus d'enquêtes proches dans le temps.
- Le calcul de la couverture en accouchement institutionnel, c'est l'ANC1-population-growth dérivée qui est la valeur plus proche de la couverture estimée par enquête. S'agissant du calcul des couvertures vaccinales, c'est le penta1-population-growth dérivée qui présente la plus proche de la couverture estimée par enquête.
- En définitive, les dénominateurs dérivés de ANC1-population-growth et du penta1-population-growth sont les plus indiqués pour le calcul respectivement des couvertures des soins anté et périnataux et des couvertures vaccinales.

2. TENDANCES NATIONALES DE COUVERTURE : DONNEES DES ETABLISSEMENTS ET ENQUETES

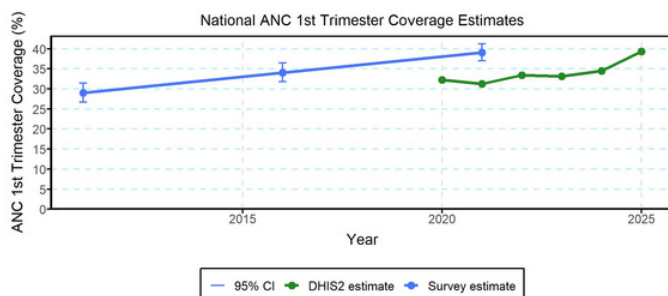
Soins prénatals : CPN4, CPN1 au premier trimestre de grossesse

CPN 4



Denominators derived from ANC 1 Population Growth estimates

CPN1 au premier trimestre

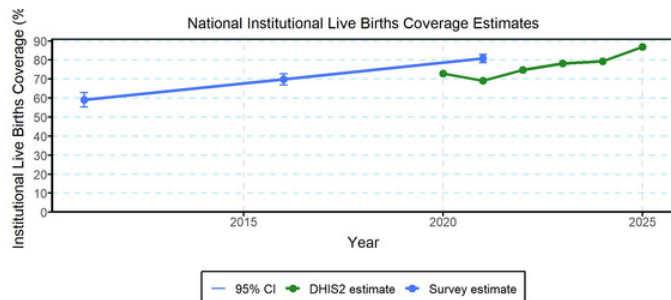


Denominators derived from ANC 1 Population Growth estimates

Commentaires

La couverture CPN4 issue des données de routine (DHIS2) de 40% en 2020, a connu une chute abrupte en 2021 (autour de 27%), vraisemblablement liée à un effet de la pandémie de COVID-19 sur la fréquentation des services, avant une reprise progressive jusqu'à environ 52% en 2025. Pour la CPN1 au 1er trimestre, les données DHIS2 restent globalement stables autour de 31-34% entre 2020 et 2024, avant une hausse notable à 39% en 2025. Les tendances de fond (hausse de la couverture CPN4 et de la CPN au 1er trimestre) sont plausibles et cohérentes avec les enquêtes.

Naissances vivantes



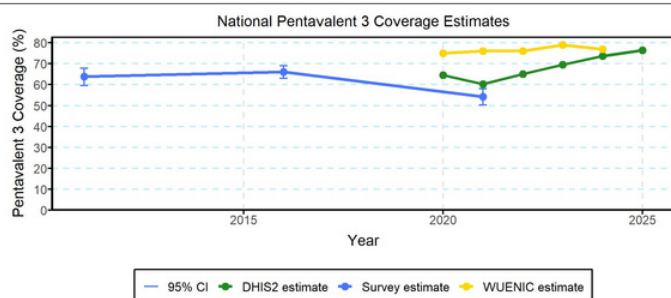
Denominators derived from ANC 1 Population Growth estimates

Commentaires

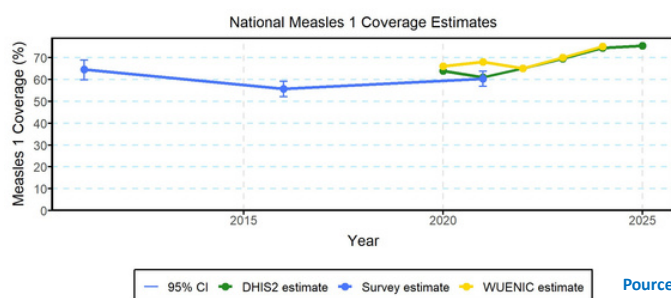
La couverture des accouchements en établissement issue des données de routine (DHIS2) suit une tendance globalement similaire aux données d'enquête, avec un niveau de 73% en 2020, un léger recul à 69% en 2021, puis une reprise continue à 75% en 2022, 78% en 2023, 79% en 2024 et 87% en 2025.

Ce niveau de couverture en 2025 dépasse largement les cibles habituelles de 80%, ce qui constitue une tendance très positive pour la santé maternelle.

Vaccination: Penta3, Rougeole1



Denominators derived from Penta 1 population Growth estimates



Denominators derived from Penta 1 population Growth estimates

Commentaires

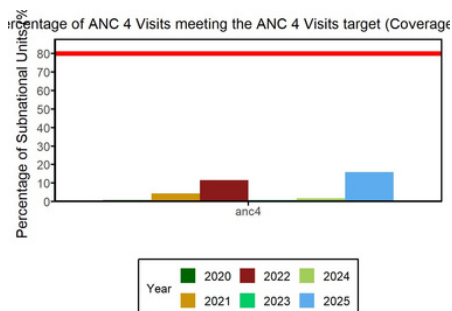
Les niveaux de couverture en Penta3 suivent une trajectoire à la baisse en 2021 (environ 60%, contre 65% en 2020) avant de se redresser progressivement jusqu'à 76% en 2025. Les estimations WUENIC restent plus élevées et plus stables sur toute la période (75-79%).

Pour la Rougeole 1, La cohérence entre DHIS2 et enquête est acceptable en termes de niveau et de tendance.

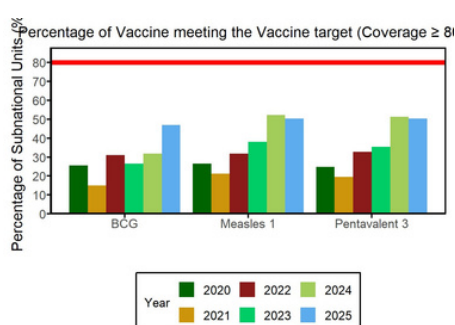
Quel que soit la source, les estimations de couverture vaccinale en Penta3 et Rougeole 1 reste en deçà des cibles de 90%, avec une tendance globalement à la hausse notamment avec les données DHIS2.

Pourcentage de districts atteignant des cibles de couverture élevée

CPN4



Indicateurs de santé infantile



Commentaires

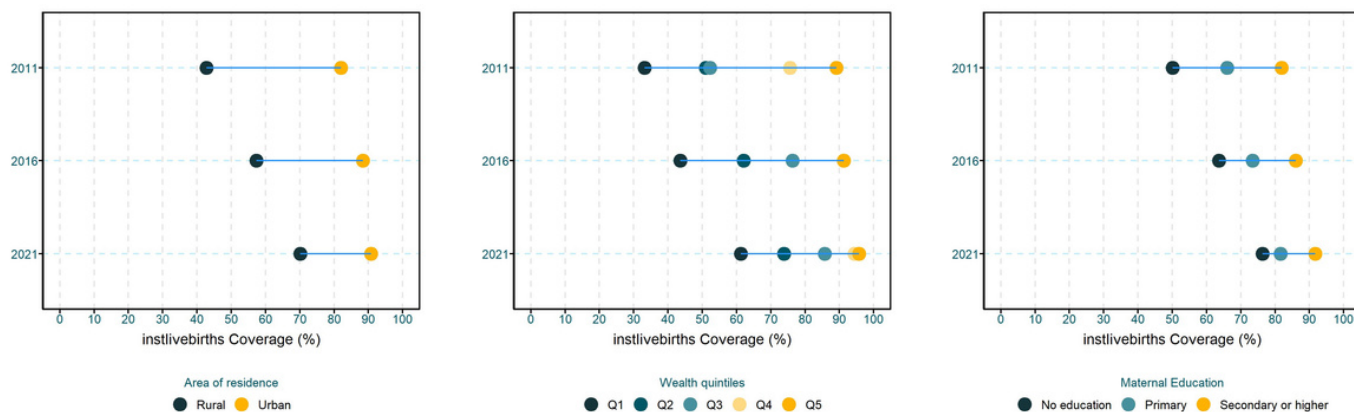
La proportion de districts atteignant la cible de couverture en CPN4, est restée très faible sur toute la période. Même au meilleur moment de la série, moins d'un district sur cinq atteint la cible (environ 16% en 2025), ce qui indique que l'objectif de CPN4 demeure largement hors de portée au niveau infranational sur toute la période.

En revanche, pour la vaccination (BCG, Rougeole 1, Penta3), la proportion de districts atteignant la cible a nettement progressé dans le temps pour les trois antigènes. Partant d'environ 15-26% en 2020-2021 elle atteint un pic autour de 47-52% en 2024-2025.

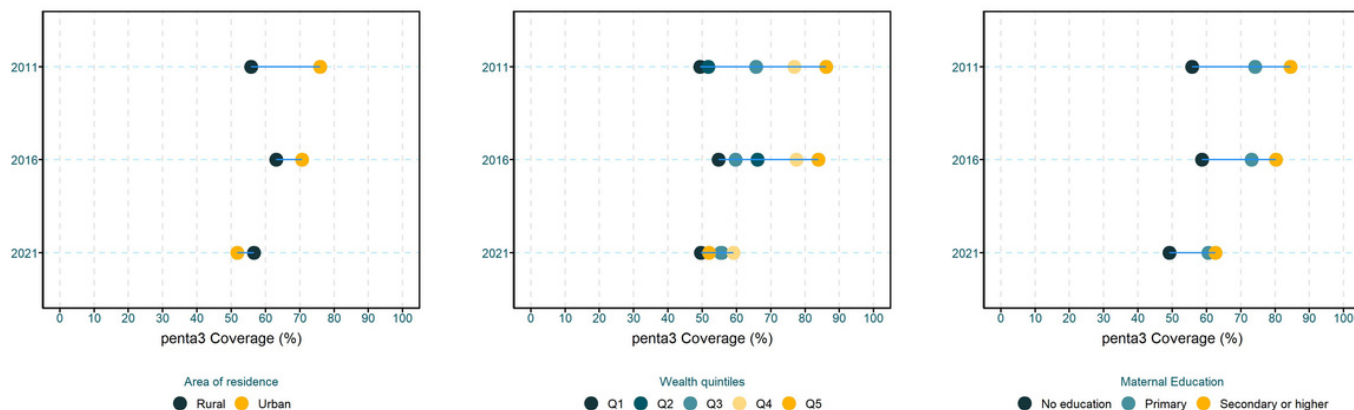
3. EQUITE

Équité par richesse, éducation, résidence(données d'enquêtes)

Accouchement institutionnels



Penta3

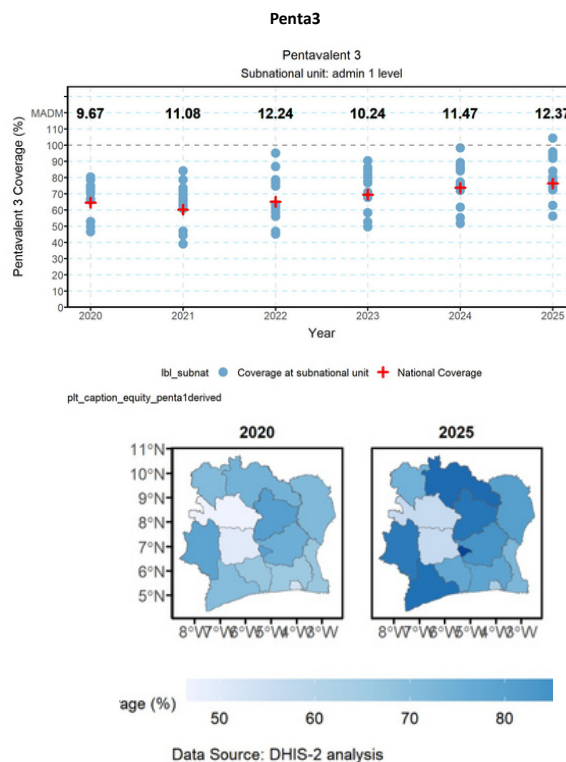
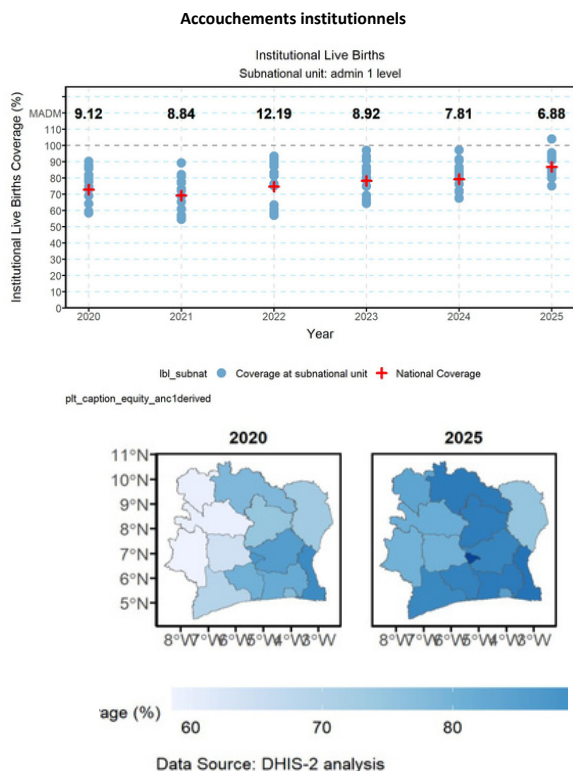


Commentaires

Un déficit marqué d'équité persiste dans l'accès aux services de santé :

- Les ménages les plus pauvres (Q1), les femmes sans instruction et les populations rurales affichent systématiquement une couverture plus faible que les ménages riches (Q5), les femmes de niveau secondaire ou plus et les populations urbaines, à la fois pour les accouchements institutionnels et pour Penta3.
- Les inégalités liées aux accouchements institutionnels semblent diminuer, mais légèrement, entre 2011 et 2021, alors que pour le Penta3 les écarts entre groupes se réduisent considérablement en 2021, mais en raison d'une baisse générale plutôt que d'un rattrapage des groupes défavorisés.
- La couverture des accouchements institutionnels progresse pour tous les groupes entre 2011 et 2021 mais plus rapidement pour les groupes déjà favorisés, tandis que pour Penta3 on observe plutôt une convergence vers un niveau plus bas en 2021, marquant un recul généralisé.

Inégalités géographiques : Données des établissements



Commentaires

La couverture nationale des accouchements en établissement et en pentavalent progresse de façon continue sur la période.

Concernant l'inégalité entre les régions, les deux indicateurs évoluent différemment.

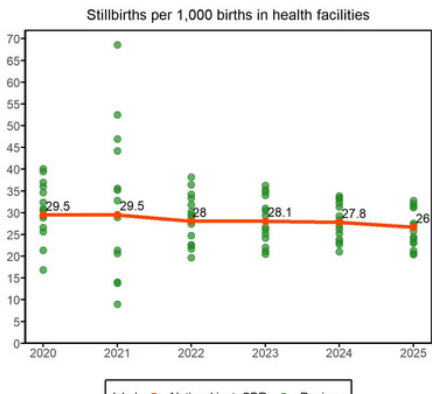
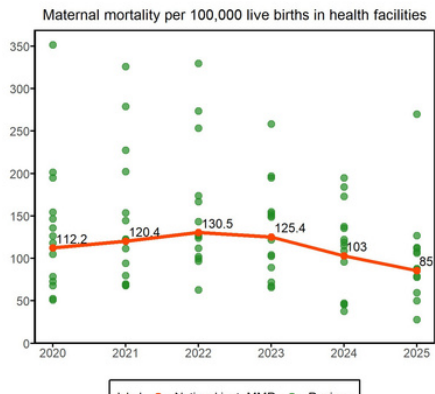
- Pour les accouchements en établissement, la dispersion des points diminue nettement ce qui traduit une réduction des écarts entre régions à mesure que la couverture nationale progresse. En 2020 et 2025, la couverture est la plus faible dans les régions de l'ouest restant relativement la zone la moins performante malgré l'amélioration générale.
- Pour le Penta 3, la tendance est inverse : le MADM augmente globalement, de 9,67 en 2020 à 12,37 en 2025, indiquant que les écarts entre régions se creusent plutôt qu'ils ne se résorbent, malgré la hausse de la moyenne nationale. En 2020, la couverture est la plus faible dans les régions du Woroba et de Sassandra-Marahoué, alors qu'en 2025 elle progresse sur tout le territoire. Les régions du Woroba et de Sassandra-Marahoué restent toujours les zones les moins performantes malgré leur amélioration.

IMMR

4. MORTALITE INSTITUTIONNELLE

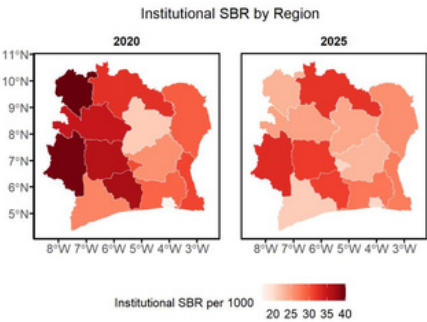
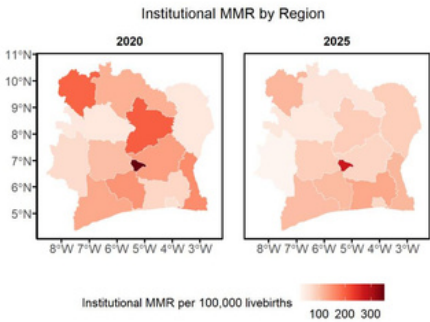
Tendances de la mortalité institutionnelle (iMMR, iSBR)

SBR



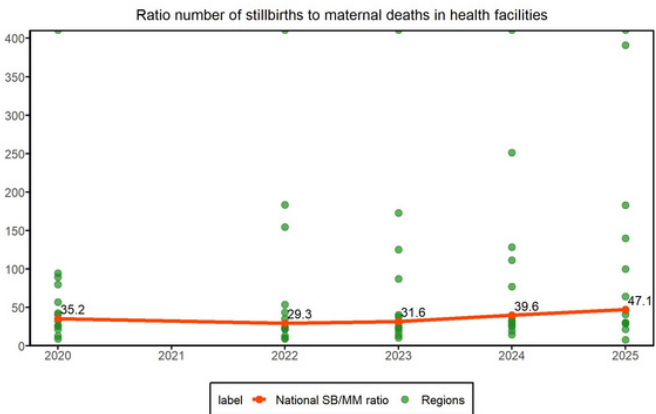
Commentaires

- La mortalité maternelle institutionnelle (iMMR) diminue globalement, passant de 112 à 85 pour 100 000 nv de 2020 à 2025. Cette amélioration est observée dans la plupart des régions. Cette tendance à la baisse est encourageante et pourrait refléter une amélioration de la qualité des soins obstétricaux en établissement.
- Le taux de mortinaissance institutionnelle (iSBR) reste globalement stable autour de 26-29 pour 1000 sur toute la période. La région des montagnes affiche constamment les niveaux les plus élevés en 2020 comme en 2025.
- La dispersion régionale de ces deux indicateurs demeure très importante sur toute la période, certaines régions affichant des niveaux de iMMR plusieurs fois supérieurs à la moyenne nationale (jusqu'à plus de 300 pour 100 000 certaines années) et une variabilité tout aussi marquée pour le iSBR, signe d'inégalités persistantes dans la qualité de la prise en charge obstétricale et néonatale entre régions.



Indicateurs de qualité des données

Ratio de mortinaissances sur décès maternels dans les établissements (niveau national)

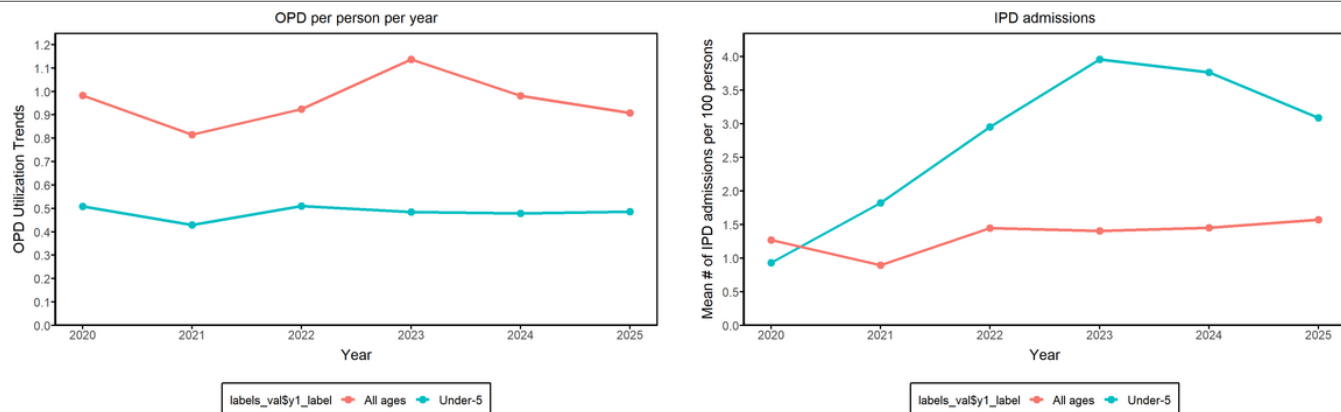


Commentaires

- Le ratio national se situe entre 29,3 et 47,1 selon les années (2020-2025), ce qui est supérieur à la fourchette plausible de 5 à 25.
- Le ratio national étant supérieur à 25 sur l'ensemble de la période, cela indique que les décès maternels sont probablement plus sous-déclarés que les mortinaissances en milieu institutionnel.
- La dispersion régionale est importante, certaines régions atteignant des ratios proches de 250-400 alors que d'autres restent sous 50.

5. UTILISATION DES SERVICES CURATIFS POUR LES ENFANTS MALADES

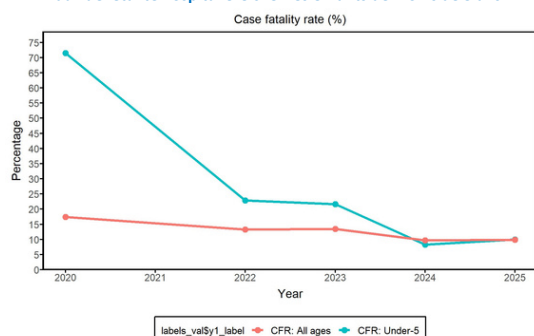
Utilisation des services de consultation externe et d'hospitalisation



Commentaires

- Le nombre de consultations externes (OPD) chez les enfants de moins de 5 ans est resté stable autour de 0,5 visite par enfant et par an entre 2020 et 2025, soit inférieur au seuil de 1 visite par an, ce qui indique un accès encore limité aux soins curatifs pour cette tranche d'âge.
- Les données OPD pour l'ensemble des âges montrent un pic en 2023 (1,15 visite par personne contre 0,9-1,0 les autres années), traduisant peut-être un problème ponctuel de déclaration ;
- Les données d'admissions hospitalières (IPD) sont plus stables pour 'tous âges' mais montrent une forte hausse chez les moins de 5 ans entre 2020 et 2023. Ainsi, le nombre d'admissions hospitalières chez les enfants de moins de 5 ans a fortement augmenté, passant d'environ 0,9 pour 100 enfants en 2020 à un pic de 3,9 en 2023, avant de redescendre à 3,0 en 2025 ; ce niveau dépasse le seuil de 2 pour 100 enfants, suggérant un accès satisfaisant aux soins hospitaliers.

Taux de létalité hospitalière chez les enfants de moins de 5 ans



Commentaires

- La létalité hospitalière chez les enfants de moins de 5 ans a fortement diminué, passant de 70% en 2020 à environ 7-8% en 2024-2025 ; la létalité tous âges reste plus stable, entre 8% et 18% sur la période.
- Cette baisse marquée de la létalité chez les moins de 5 ans, qui rejoint désormais le niveau observé tous âges, suggère une amélioration sensible de la prise en charge hospitalière pédiatrique bien que des efforts supplémentaires soient nécessaires pour réduire davantage la mortalité des enfants hospitalisés.

6. PROGRES ET PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE

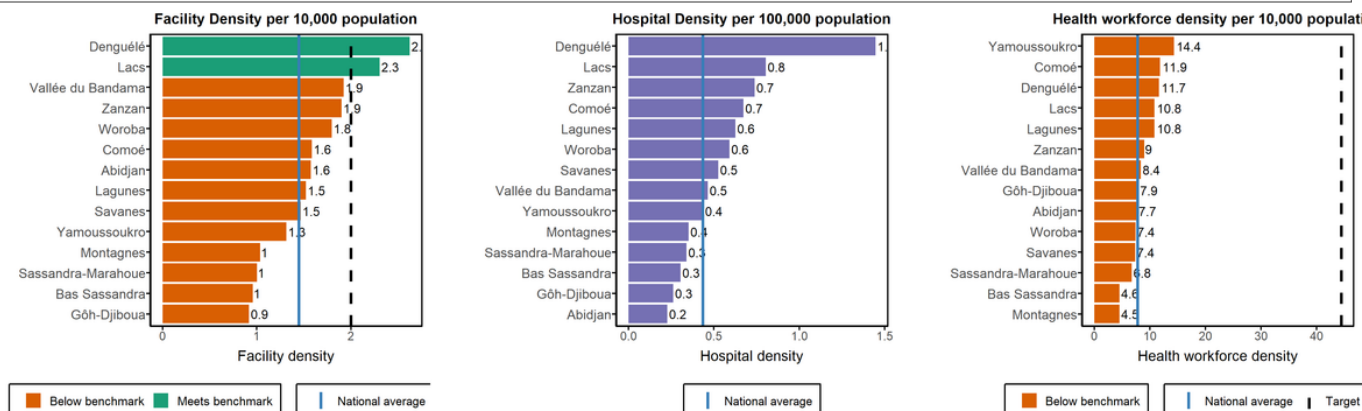
Intrants du système de santé

2025		
Indicator		
Health infrastructure	Value	Unit
Health facility density		
Share of facilities that are hospitals	1.4	per 10,000
Hospital density	3.0	%
Inpatient bed density	0.4	per 100,000
Health workforce density	27.1	per 10,000
Skills mix ratio nurse-midwives per physician	7.8	per 10,000
Role of private sector	5.0	
Share of Private facilities		
Share of NGO facilities	26.6	%
	5.5	%

Commentaires

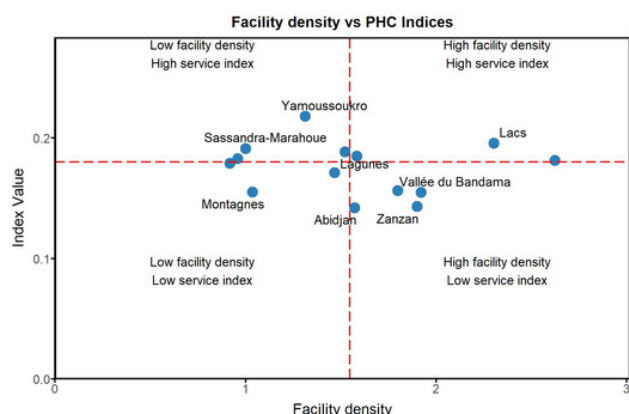
- La densité de formations sanitaires (1,4 pour 10 000 habitants) reste très inférieure à la cible de 2 ;
- La densité de personnel de santé (7,8 pour 10 000) est elle aussi bien inférieure à la cible de 23, et plus encore au seuil de 44,5 recommandé par l'OMS pour la couverture sanitaire universelle, ce qui souligne un déficit important en ressources humaines de santé.
- La part de structures privées (26,6%) et confessionnelles/ONG (5,5%) suggère que les indicateurs de densité intègrent, au moins partiellement, le secteur privé.

Résultats du système de santé par intrants au niveau infranational



- **Densité des formations sanitaires** : seules le Denguélé (2,6) et les Lacs (2,3) atteignent la norme (2,0), les autres régions restant en dessous, jusqu'à 0,9 dans le Gôh-Djiboua.
- **Densité hospitalière** : le Denguélé est nettement en tête (1,45), Abidjan affiche le niveau le plus bas (0,2), surtout en raison de sa forte population plutôt que d'un réel déficit de structures.
- **Densité en personnel de santé** : Yamoussoukro arrive en tête (14,4, effet probablement lié à sa faible population), les Montagnes et le Bas-Sassandra ferment la marche (4,5). Surtout, aucune région n'approche la cible de 45, l'écart restant considérable partout.
- **Le Denguélé et les Lacs sont constamment parmi les mieux dotés, les Montagnes et le Bas-Sassandra parmi les moins bien dotés.**

Health system outputs by inputs at the subnational level

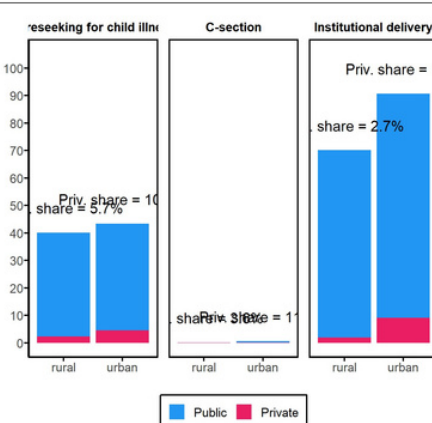
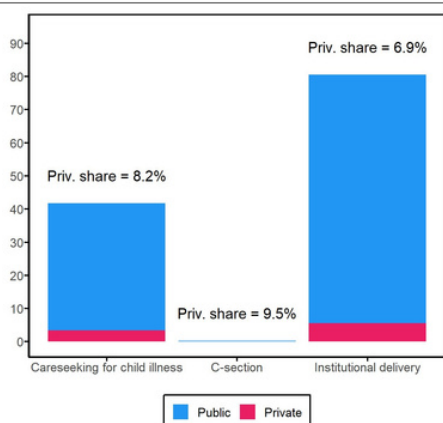


Commentaires

Le graphique ne confirme pas l'hypothèse attendue d'un lien entre forte densité de structures et bon indice de services PHC :

- Plusieurs régions à forte densité (Vallée du Bandama, Zanzan, Abidjan) ont un indice faible, tandis que d'autres à densité modeste (Yamoussoukro, Sassandra-Marahoué) font mieux.
- Seules les régions des Lacs et des Lagunes confirment les attentes (forte densité et bon indice de qualité des soins).

Private sector and RMNCAH services



Commentaires

- La césarienne affiche la part privée la plus élevée (9,5%), suivie des soins pour maladie infantile (8,2%), puis de l'accouchement institutionnel (6,9%).
- Dans les trois cas, la part du privé est plus faible en rural qu'en urbain, le secteur public restant dominant en milieu rural.

NOTE DE POLITIQUE

❖ Niveau de couverture des différents indicateurs globalement à la hausse quoique n'atteignant pas les cibles attendues

- Mettre en place des politiques pour améliorer le niveau des couvertures
- Renforcer les stratégies vaccinales (stratégie avancées et mobiles) surtout au niveau des clusters géographiques à faibles prévalence
- Accroître le financement des activités de rattrapage des enfants zéros doses

❖ La qualité des données demeure une problématique à adresser

- Mettre en place des politiques pour améliorer la qualité des données
- Améliorer le rapportage et la qualité des données par le renforcement de capacité du personnel en charge de la gestion des données de routine
- Renforcer la collecte et l'intégration des données issues du secteur privé

COUNTDOWN TO 2030

COUNTRY ANNUAL MEETING

CAM 2026



JUIN 2026