Countdown to 2030
Women's, Children's & Adolescents' Health

Le chartbook analytique sur les progrès réalisés en matière de vaccination 2019-2023

MEMBRES DE L'ÉQUIPE D'ANALYSE

M KONE Daouda (DIS) – Dr BOUAFO Alexis (PEV) – Dr EKOU Franck (INSP)

Country Meeting, Abidjan, Aug 26th – 30th 2024

Organized by the Countdown to 2030 in partnership with
Coté d'Ivoire Ministry of Health, GAVI, UNICEF, WHO

Introduction

Objectifs des analyses de la couverture vaccinale :

- Améliorer le suivi par les pays des estimations nationales et infra-nationales des principaux indicateurs de la vaccination systématique, y compris le genre et l'équité.

- Informer les analyses nationales et mondiales des progrès et des performances du plan national et de la stratégie de vaccination, en accordant une attention particulière à la qualité des données par le biais d'une approche systématique.

Ce recueil de graphiques et de tableaux décrit les résultats pour les indicateurs clés de la vaccination et des services de base, à partir des données des établissements (routine), des données d'enquêtes et des données sur le système de santé.

Les analyses sont effectuées au niveau national et infra-national (régions et districts) pour la période 2019-2023.

Introduction

Ce recueil de résultats présente les graphiques et les tableaux ainsi que les interprétations faites par l'équipe pays au cours de l'atelier. Il comprend :

1. Évaluation de la qualité des données de l'établissement : numérateurs
2. Ajustement des données de l'établissement : numérateurs
3. Évaluation des dénominateurs des données des établissements de santé
4. Sélection du dénominateur des données des établissements de santé
5. Couverture nationale et équité
6. Couverture infranationale
7. Analyse des progrès et des performances au niveau infranational

Côte d'Ivoire

Analyse de la qualité des données — d'établissements de santé —

1 - Évaluation de la qualité des données des établissements de santé : numérateurs

Tableau 1a: Résumé de la qualité des données de vaccination des centres de santé

	Indicateurs de qualité de données	2019	2020	2021	2022	2023
1	**Completude des rapports PEV de centre de santé**					
1a	% de rapports mensuels d'établissement attendus (national)	100	100	100	100	100
1b	% des districts ayant complétude des rapports d'établissement>=95%	100	100	100	100	100
1c	% of districts n'ayant pas de données manquantes (pour les antigènes de base RR, penta1, 2, 3, bcg, vpo1, 2, 3)	75.7	100.0	99.0	100.0	100.0
2	**Valeurs extrêmes (antigènes de base)**					
2a	% de données mensuelles n'ayant pas des valeurs extrêmes (national)	96.4	98.2	98.7	99.4	97.5
2b	% de districts n'ayant pas de valeurs extrêmes dans l'année	90.8	84.0	92.0	93.8	82.0
3	**Cohérence des rapports annuels**					
3a	Ratio CPN1/Penta1 (National)	0.8	1.0	1.5	0.9	0.9
3b	Ratio Penta1/Penta3 (National)	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0
3f	% de districts avec ratio CPN1/Penta1 acceptable (entre 1.0 - 1.5)	11.5	38.9	20.4	40.7	22.1
3g	% de districts avec ratio Penta1/Penta3 acceptable (entre 1.0 - 1.5)	71.7	94.7	91.2	86.7	84.1
3h	% de districts avec ratio VPO1/-VPO acceptable (entre 1.0 - 1.5)	70.8	97.3	92.9	91.2	86.7
3i	% de districts avec ratio Penta1/PCV1 acceptable (entre 1.0 - 1.5)	61.9	85.0	87.6	91.2	69.9
3j	% de districts avec ratio Penta1/Rota1 acceptable (entre 1.0 - 1.5)	71.7	92.0	88.5	79.6	85.8
4	**Score annuel de qualité des données (moyenne de 1a, 1b, 1c, 2a,2b, 3f,3g,3h)**	**77.1**	**89.1**	**86.8**	**89.0**	**84.0**

- La proportion de districts n'ayant pas de données manquantes s'est améliorée passant de 75,78% à 100% entre 2019 et 2023. La faible proportion observée en 2019 pourrait s'expliquer par la configuration du découpage sanitaire en 2019 qui comptait 86 districts. Les 27 districts supplémentaires crées à partir de 2020 n'existaient pas encore.

CONTEXTE : Les données régulièrement communiquées par les établissements de santé constituent une source de données importante pour les indicateurs de santé. Les données sont rapportées par les établissements de santé sur des événements tels que les vaccinations effectuées ou les naissances vivantes assistées. Comme pour toutes les données, la qualité est un problème. Les données sont vérifiées afin d'examiner l'exhaustivité des rapports des établissements de santé, d'identifier les valeurs extrêmes et la cohérence interne.

- Au niveau national, les proportions de données mensuelles sans valeurs extrêmes reste supérieur à 90% sur la période sans toutefois atteindre la cible souhaitée de 99% sauf en 2022 ou elle était de 99,4%.

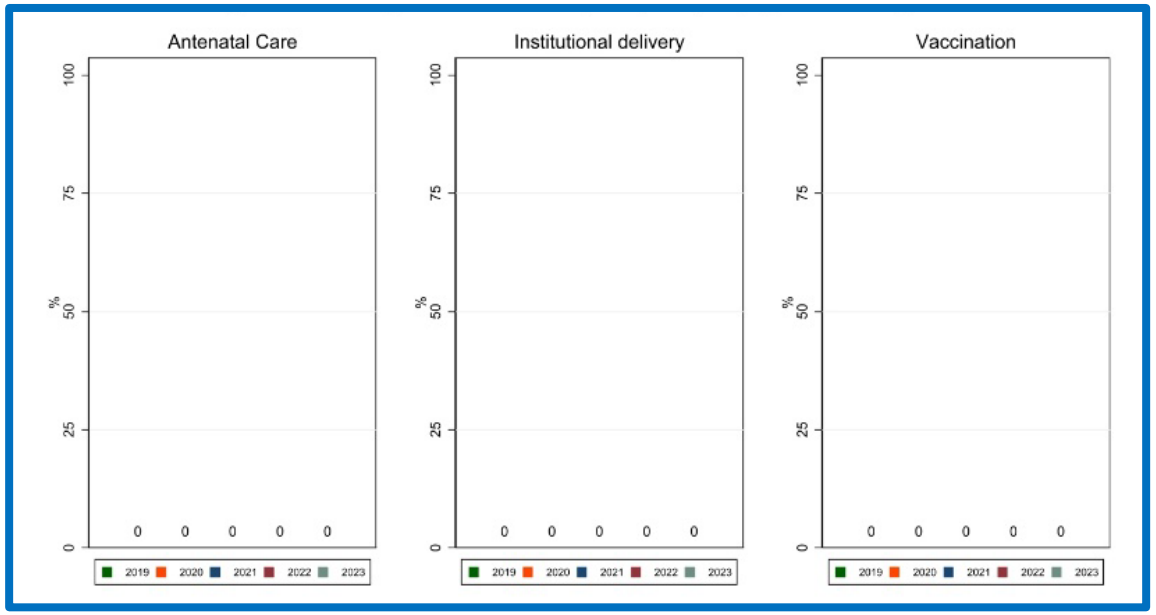
- Cependant, la proportion de districts n'ayant pas de données extrêmes a connu une baisse en 2020 et 2023, cette baisse étant plus importante en 2023. La valeur de 2020 pourrait s'expliquer par une baisse de fréquentation des structures de santé en lien avec les mesures de lutte anticovid19 en vigeur à cette époque. Aussi, en 2023, il a été noté une rupture au niveau national de certains antigènes et intrants : HPV (171 jours), seringues BCG (150 jours).

- L'organisation en 2020 et 2023 d'activités d'intensification de vaccination de routine pour le rattrapage des cibles manquées auraient engendré des données extrêmes (augmentation de la couverture vaccinale). Par ailleurs, ce problème de données extrêmes pourrait également s'expliquer par des biais de rapportage (inclusion des vaccinés hors cibles dans le numérateur).

Côte d'Ivoire

1 - Évaluation de la qualité des données des établissements de santé : numérateurs

Figure 1a: Pourcentage de districts avec une faible complétude (<90%) par année et par service



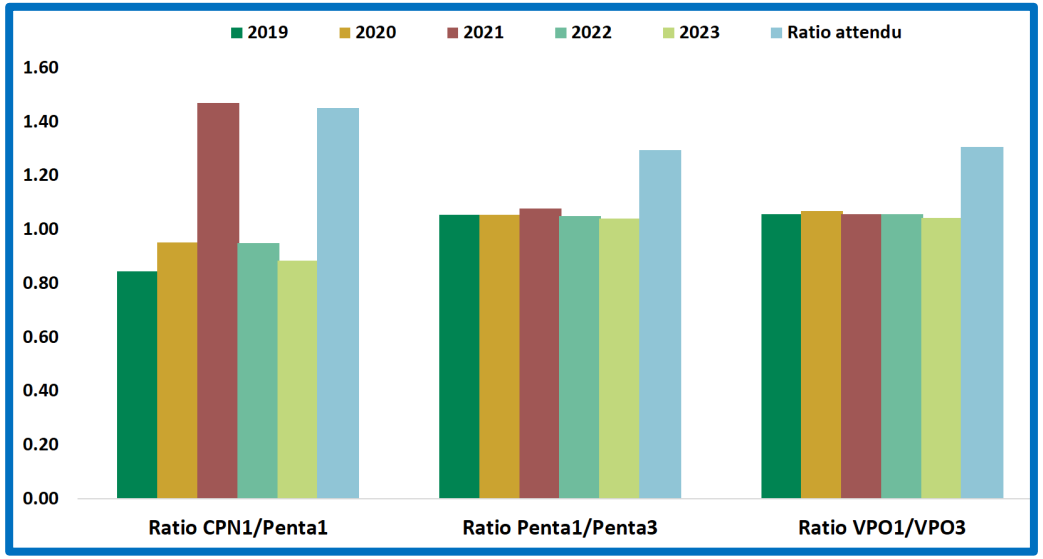
CONTEXTE : Les données régulièrement communiquées par les établissements de santé constituent une source de données importante pour les indicateurs de santé. Les données sont rapportées par les établissements de santé sur des événements tels que les vaccinations effectuées ou les naissances vivantes assistées. Comme pour toutes les données, la qualité est un problème. Les données sont vérifiées afin d'examiner l'exhaustivité des rapports des établissements de santé, d'identifier les valeurs extrêmes et la cohérence interne.

- La complétude des rapports était satisfaisante dans l'ensemble avec 100% de district ayant un taux de rapportage par service (CPN, Accouchements assistés, Vaccination) supérieur à 95% de 2019 à 2023.

- Cette bonne complétude de saisie des données de vaccinations s'explique par le suivi régulier des saisies mensuelles. En effet, Le niveau central fait une première extraction des données puis le partage à l'ensemble des CPEV tout en interpellant ceux-ci sur leur niveau de complétude. Une deuxième extraction est faite à l'expiration du délai officiel de saisie des données. Ces données et l'état de la complétude sont transmises aux CPEV districts et régions puis aux Directeurs Départementaux de la Santé pour faire le suivi des saisies. Le niveau central procède ainsi jusqu'à l'atteinte d'une complétude de saisie de 100%.

1 - Évaluation de la qualité des données des établissements de santé : numérateurs

Figure 1b: Comparaison des CPN1/Penta1, Penta1/Penta3 et VPO1/VPO3 avec des ratios attendus



CONTEXTE : Les données régulièrement communiquées par les établissements de santé constituent une source de données importante pour les indicateurs de santé. Les données sont rapportées par les établissements de santé sur des événements tels que les vaccinations effectuées ou les naissances vivantes assistées. Comme pour toutes les données, la qualité est un problème. Les données sont vérifiées afin d'examiner l'exhaustivité des rapports des établissements de santé, d'identifier les valeurs extrêmes et la cohérence interne.

- Les ratios attendus sont supérieurs aux ratios observés pour les différents ratios CPN1/Penta1, Penta1/Penta3 et VPO1/VPO3.
- Ces écarts observés entre les ratios issus des données d'établissement et les ratios attendus s'expliqueraient le fait que les données d'établissement ne prennent pas en compte toutes les sources notamment celles de certaines structures privées, parapubliques et Centres Hospitaliers Universitaires.
- Le cas particulier du ratio CPN1/Penta1 de 2021 qui est légèrement supérieur à la valeur attendue pourrait s'expliquer par l'existence de difficultés technique au niveau de la plateforme DHIS2 en 2021.

1 - Evaluation de la qualité des données des centres de santé par région sanitaire

Tableau: proportion des districts au sein de chaque région ayant une bonne complétude, sans données extrêmes et manquantes et ayant un ratio penta1/penta3 adéquat (entre 1,0 et 1,5)

REGION	COMPLETUDE					ABSENCE DE DONNEES EXTREMES					ABSENCE DE DONNEES MANQUANTES					RATIO PENTA1/PENTA3 ADEQUAT				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
ABIDJAN 1	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	96	100	100	58	50	60	67	63
ABIDJAN 2	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	80	100	100	100	100	35	52	68	62	52
AGNEBY-TIASSA	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	58	58	78	69	61
BAFING	100	100	100	100	100	82	100	100	100	100	35	100	100	100	100	25	69	50	61	64
BAGOUE	100	100	100	100	100	80	100	99	100	100	67	100	100	100	100	42	72	78	83	81
BELIER	100	100	100	100	100	100	100	100	99	99	100	100	100	100	100	75	54	63	56	56
BERE	100	100	100	100	100	67	99	100	100	95	33	100	100	100	100	33	72	75	67	58
BOUNKANI	100	100	100	100	100	92	100	100	100	99	50	100	100	100	100	35	71	85	77	69
CAVALLY	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	75	100	100	100	100	58	65	81	88	73
FOLON	100	100	100	100	100	86	100	100	100	99	50	100	100	100	100	33	67	67	71	75
GBEKE	100	100	100	100	100	100	100	100	99	100	83	100	100	100	100	58	67	76	76	64
GBOKLE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	79	71	67	54	63
GONTOUGO	100	100	100	100	100	62	85	84	87	86	40	100	100	100	100	35	68	63	58	68
GRANDS PONTS	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	67	61	56	75	78
GUEMON	100	100	100	100	100	100	99	100	100	100	100	100	100	100	100	67	67	69	56	72
GÔH	100	100	100	100	100	76	100	100	100	100	67	100	100	100	100	44	72	67	64	64
HAMBOL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99	100	100	100	100	100	81	67	67	67	89
HAUT SASSANDRA	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	75	100	100	100	100	60	77	85	83	79
IFFOU	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	61	61	61	81	67
INDENIE-DUABLIN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	61	53	56	64	64
KABADOUGOU	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	100	100	100	100	33	67	46	63	75
LÔH-DJIBOUA	100	100	100	100	100	93	97	96	96	87	100	100	100	100	100	75	67	67	72	69
MARAHOUE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99	100	100	100	100	100	86	83	97	92	92
ME	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	75	100	100	100	100	54	75	65	63	65
MORONOU	100	100	100	100	100	83	100	100	100	99	33	100	100	100	100	17	56	61	67	53
N'ZI	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99	67	100	100	100	100	53	53	50	56	50
NAWA	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99	100	100	100	100	83	90	90	92	92
PORO	100	100	100	100	100	80	82	80	81	80	40	100	100	100	100	25	58	63	58	58
SAN PEDRO	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	98	100	100	100	92	79	79	75
SUD-COMOE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	75	100	100	100	100	52	54	58	56	52
TCHOLOGO	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	67	100	100	100	100	50	64	67	67	67
TONKPI	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	75	69	73	81	73
WORODOUGOU	100	100	100	100	100	100	100	99	100	100	50	100	100	100	100	50	88	92	58	79

Légende

≥ 90% (bon)
[50-90[(moyen)
<50% (mauvais)

Au regard de la complétude, la qualité des données dans toutes les régions est jugée bonne sur la les cinq années.

Concernant l'absence des données extrêmes, la majorité des régions avait des données de bonne qualité sur toutes les années à l'exception des régions du Gontougo et du Poro ou les données étaient de qualité moyenne.

En ce qui concerne l'absence des données manquantes, l'on notait une bonne disponibilité des données dans toutes les régions sur les quatre dernières années. Cependant, pour l'année 2019 les données manquantes constituaient un véritable problème en raison de la création de 27 nouveaux districts.

S'agissant du ratio penta1/penta3, on notait une faible proportion de districts par région ayant une valeur de ce ratio jugé adéquate.

2 - Ajustement des données des établissements de santé : numérateurs (naissance vivantes, Penta1, BCG et RR1)

CONTEXTE: le suivi de la couverture des interventions est un résultat essentiel et direct des systèmes de santé. Il est d'autant plus utile que le plan national comporte des objectifs significatifs. Il convient d'utiliser à la fois les données des établissements de santé et les données d'enquête

Figure 1c: Comparaison du nombre de naissance vivantes avant et après ajustement pour la complétude et les valeurs extrêmes

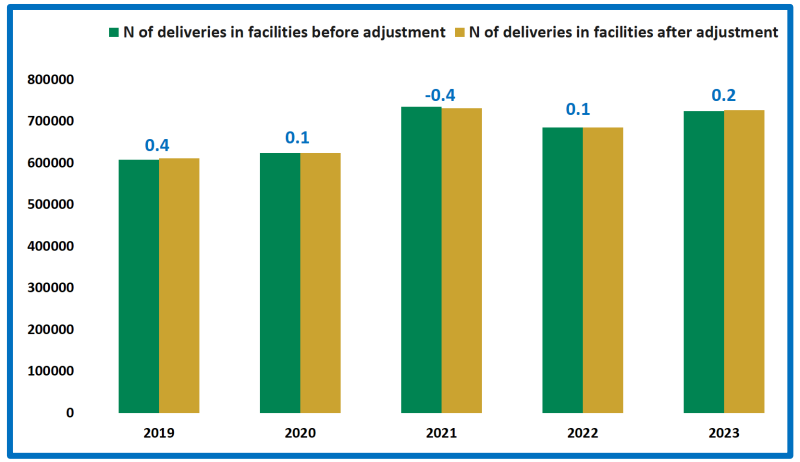
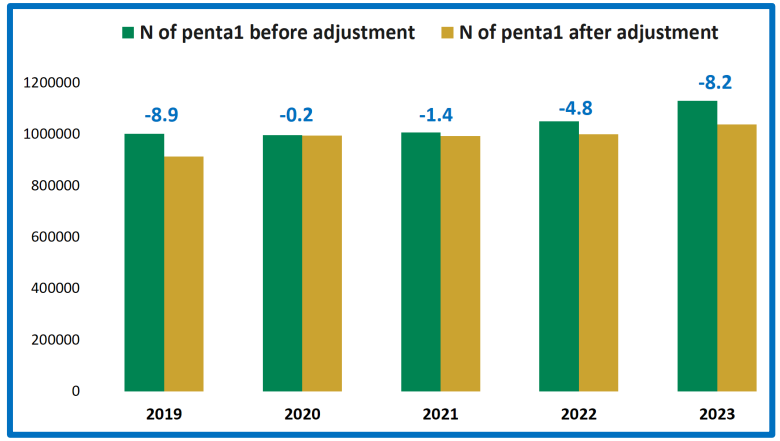


Figure 1d: Comparaison du nombre de vacciné au penta1 avant et après ajustement pour la complétude et les valeurs extrêmes



- ## Nombre de naissances vivantes

Après ajustement, le nombre de naissance vivante n'a quasiment pas varié quel que soit l'année. Cependant, on note en 2021 une légère baisse après ajustement qui pourrait s'expliquer par le fait que le taux d'accroissement de la population qui était de 3,26% selon le RGPH 2014 et qui a servi à faire les projections jusqu'en 2020 est passé à 2,9% selon le RGPH 2021.

- ## Nombre de vacciné au penta 1

Après ajustement, le nombre de vacciné au penta1 a connu les baisses les plus importantes en 2019 (-8,9) et en 2023 (-8,2). Ce constat est en accord la proportion élevée de district ayant une faible complétude 2019 et des valeurs extrêmes en 2023.

2 - Ajustement des données des établissements de santé : numérateurs (naissance vivantes, Penta1, BCG et RR1)

Figure 1e: Comparaison du nombre de BCG avant et après ajustement pour la complétude et les valeurs extrêmes

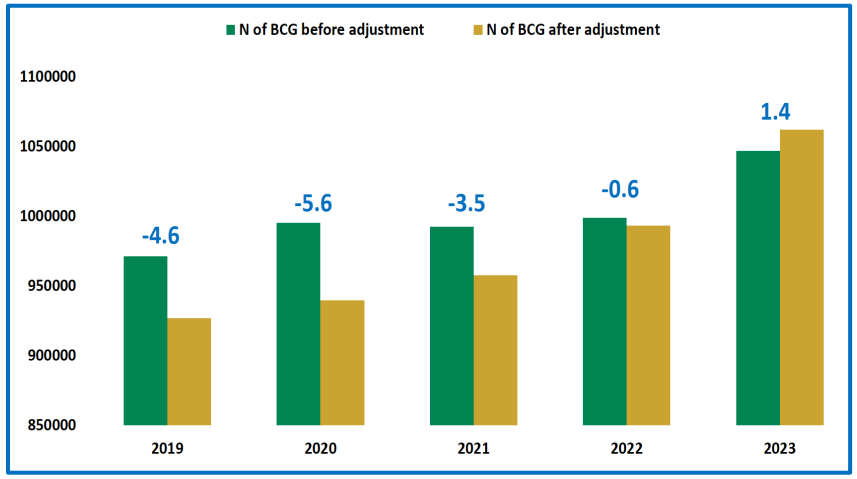
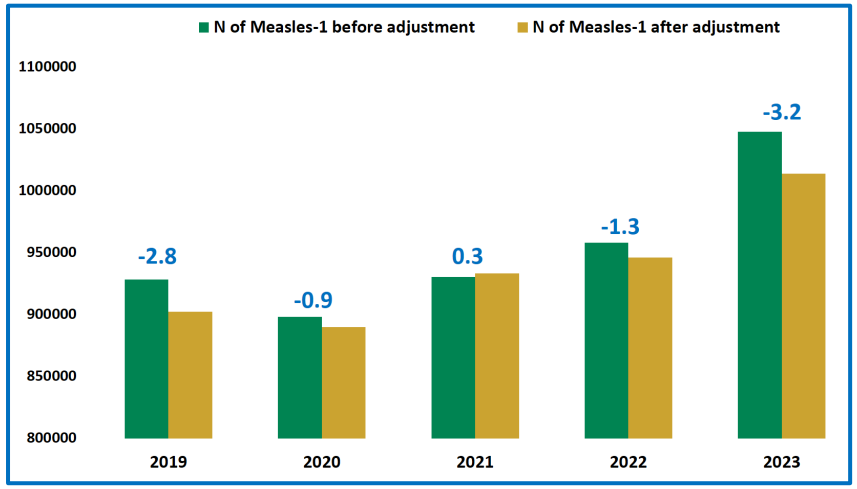


Figure 1f: Comparaison du nombre de RR avant et après ajustement pour la complétude et les valeurs extrêmes



CONTEXTE: le suivi de la couverture des interventions est un résultat essentiel et direct des systèmes de santé. Il est d'autant plus utile que le plan national comporte des objectifs significatifs. Il convient d'utiliser à la fois les données des établissements de santé et les données d'enquête

- **Nombre de vacciné au BCG**
  - Nous notons un amenuisement au fil des années de la variation du nombre de vaccinés au BCG après l'ajustement (de -4,6 en 2019 à 1,4 en 2023). Ce constat pourrait traduire une amélioration de la qualité globale des données relatives au BCG. Cela pourrait s'expliqué par la révision depuis 2022 de la directive de rattrapage du BCG qui recommande de vacciner les enfants jusqu'à 11mois.

- **Nombre de vacciné au RR**
  - Après ajustement, le nombre de vacciné au RR a connu les baisses les plus importantes en 2019 (-2,8) et en 2023 (-3,2). Ce constat est en accord la proportion élevée de district ayant une faible complétude 2019 et des valeurs extrêmes en 2023.

3 - Évaluation du dénominateur des données des établissements de santé : population totale selon le DHIS2 versus Population nations unies

Fig 2a: Population total (pour 1000), DHIS2 versus projections UN

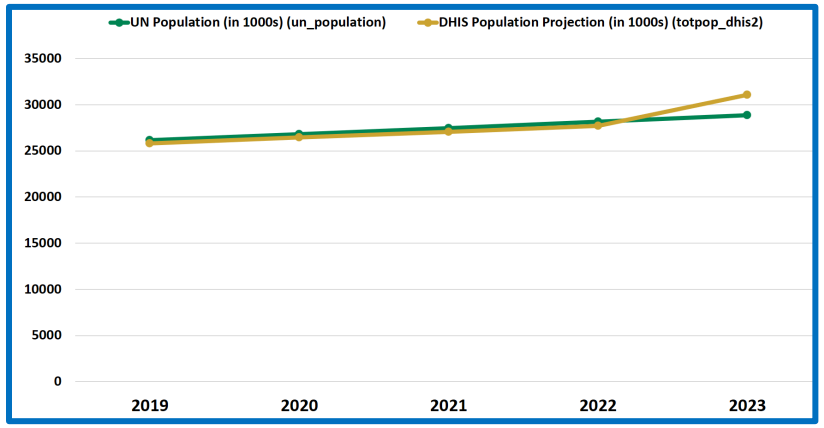
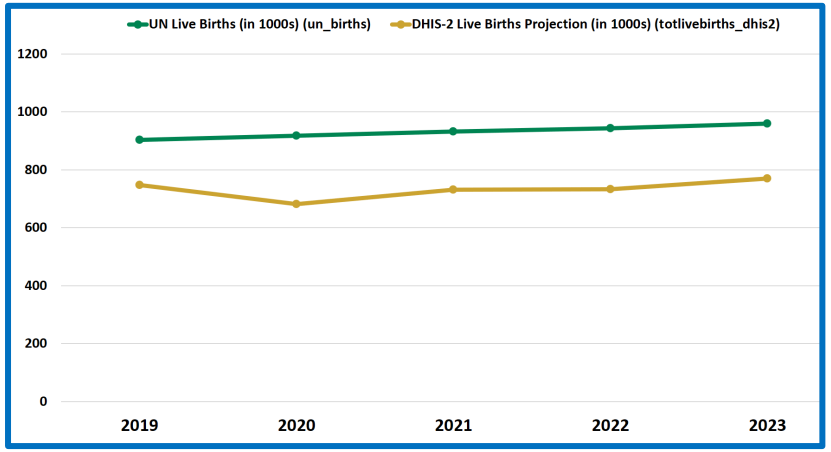


Fig 2b: Total des naissances vivantes (pour 1000), DHIS2 versus projections UN



CONTEXTE : La couverture des services est définie comme la population qui a reçu le service divisée par la population qui a besoin des services : le dénominateur. La qualité des projections démographiques du DHIS2 est évaluée en fonction de leur cohérence dans le temps et de leur comparaison avec les projections des Nations unies

Population totale

- Les populations UN et DHIS2 sont superposables sur la période 2019 à 2022 avec une légère augmentation de type linéaire. En 2023, la population DHIS2 a connu une hausse avec un écart de 7% par rapport à celle de l'UN. Cette différence peut être qualifiée de significative car elle est supérieure au seuil de 5%.

Naissances vivantes

- Sur la période 2019-2023, le nombre de naissance vivantes UN a connu une augmentation constante. A contrario, on note deux phases au niveau de l'évolution le nombre de naissance du DHIS2: une baisse de 2019 à 2020 puis une reprise à la hausse de 2020 à 2023. Cette baisse pourrait s'expliquer par l'impact de la pandémie à COVID19 sur la fréquentation des établissements de santé. Selon l'annuaire des statistiques sanitaires, le taux de fréquentation en 2019, 2020 et 2021 était respectivement de 63,37%, 51,36 et 70,93%.
- La population des naissances vivantes selon les projections UN restait largement supérieure à celles du DHIS2 sur toute la période avec une différence relative supérieure au seuil de 5% (entre 17% et 22%).

4 - Sélection du meilleur dénominateur

Fig 2c: Couverture Penta3, basée sur DHIS2 avec différents dénominateurs, et couverture de l'enquête

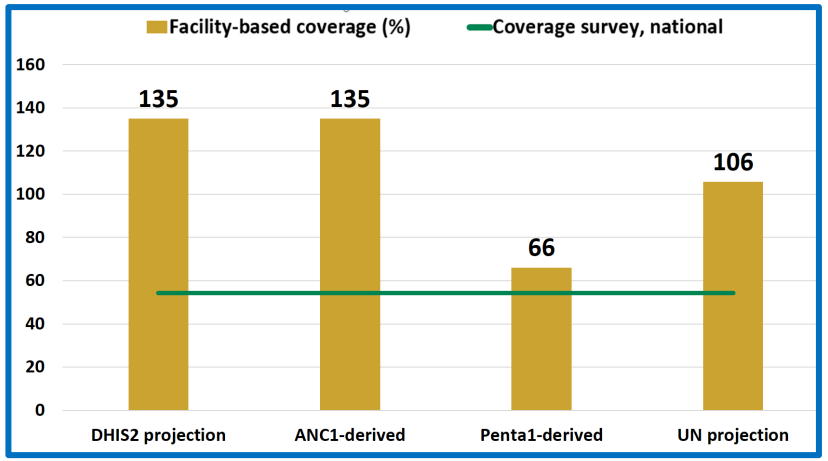
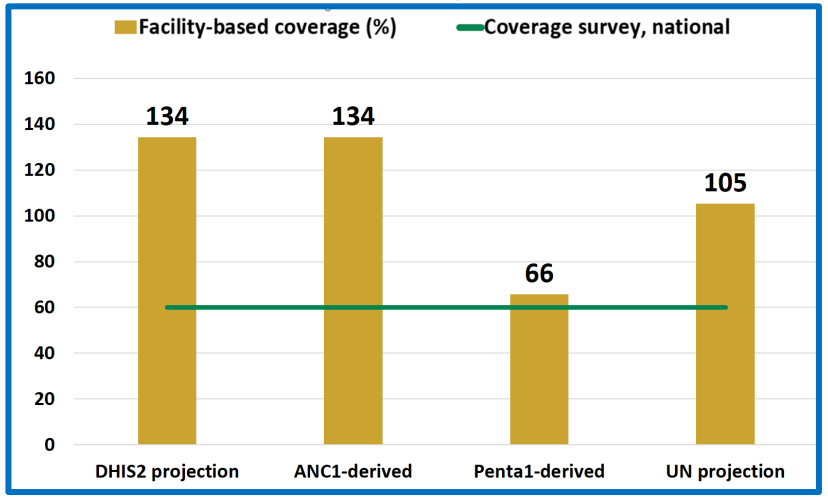


Fig 2d: Couverture du MCV1, basée sur le DHIS2 avec différents dénominateurs, et couverture de l'enquête



CONTEXTE : La couverture des services est définie comme la population qui a reçu le service divisée par la population qui a besoin des services : le dénominateur. La qualité des projections démographiques du DHIS2 est évaluée en fonction de leur cohérence dans le temps et de leur comparaison avec les projections des Nations unies

- **Pour le calcul de tous les indicateurs clés de la vaccination, le dénominateur utilisé sera celui dérivé du penta1.**

- Le choix de ce dénominateur s'explique par le fait que :
  - Le calcul des **couvertures en penta3** par la méthode dérivé du penta1 produit la valeur la plus proche de la couverture estimée par enquête
  - Le calcul des **couvertures en rougeole** par la méthode dérivé du penta1 produit également la valeur la plus proche de la couverture estimée par enquête

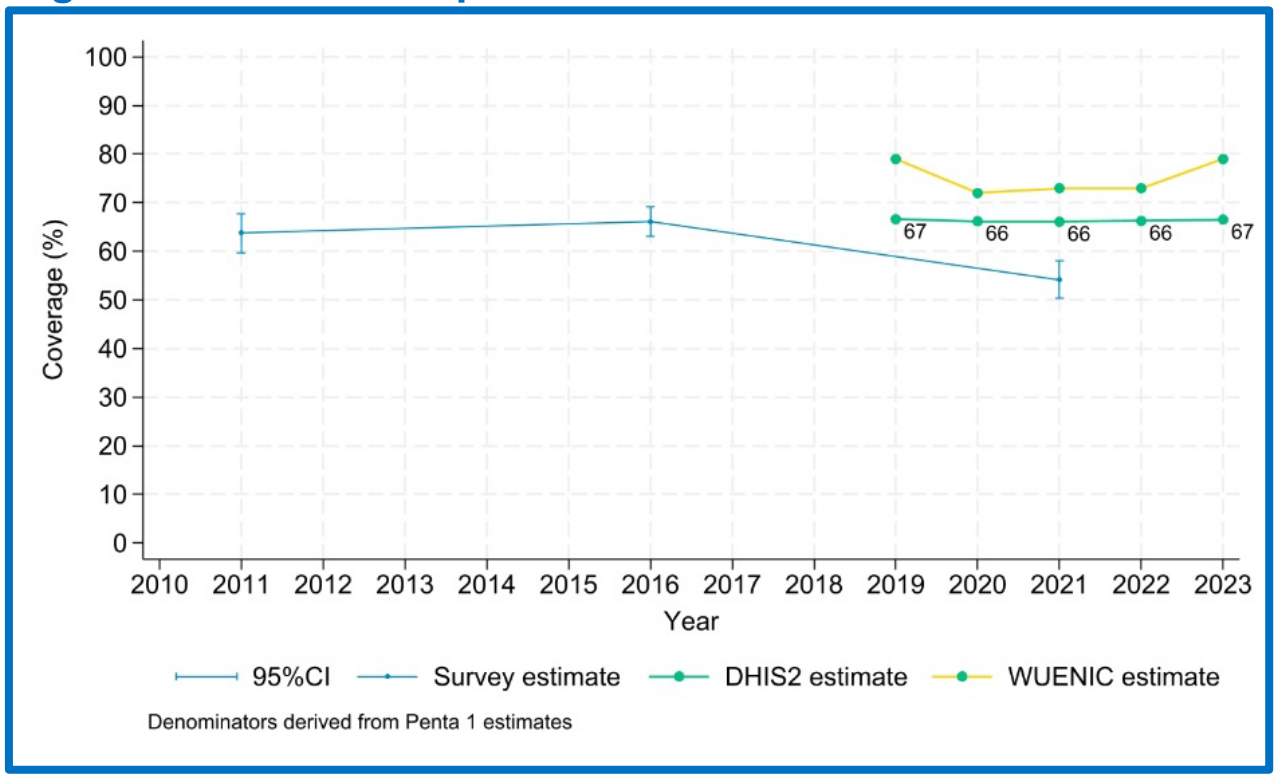
Couverture vaccinale nationale

5 - Tendances de la couverture nationale en penta3 à partir des différentes sources de données

CONTEXTE : La couverture des services est définie comme la population qui a reçu le service divisée par la population qui a besoin des services : le dénominateur. La qualité des projections démographiques du DHIS2 est évaluée en fonction de leur cohérence dans le temps et de leur comparaison avec les projections des Nations unies

---

Fig 2c: couverture en penta 3



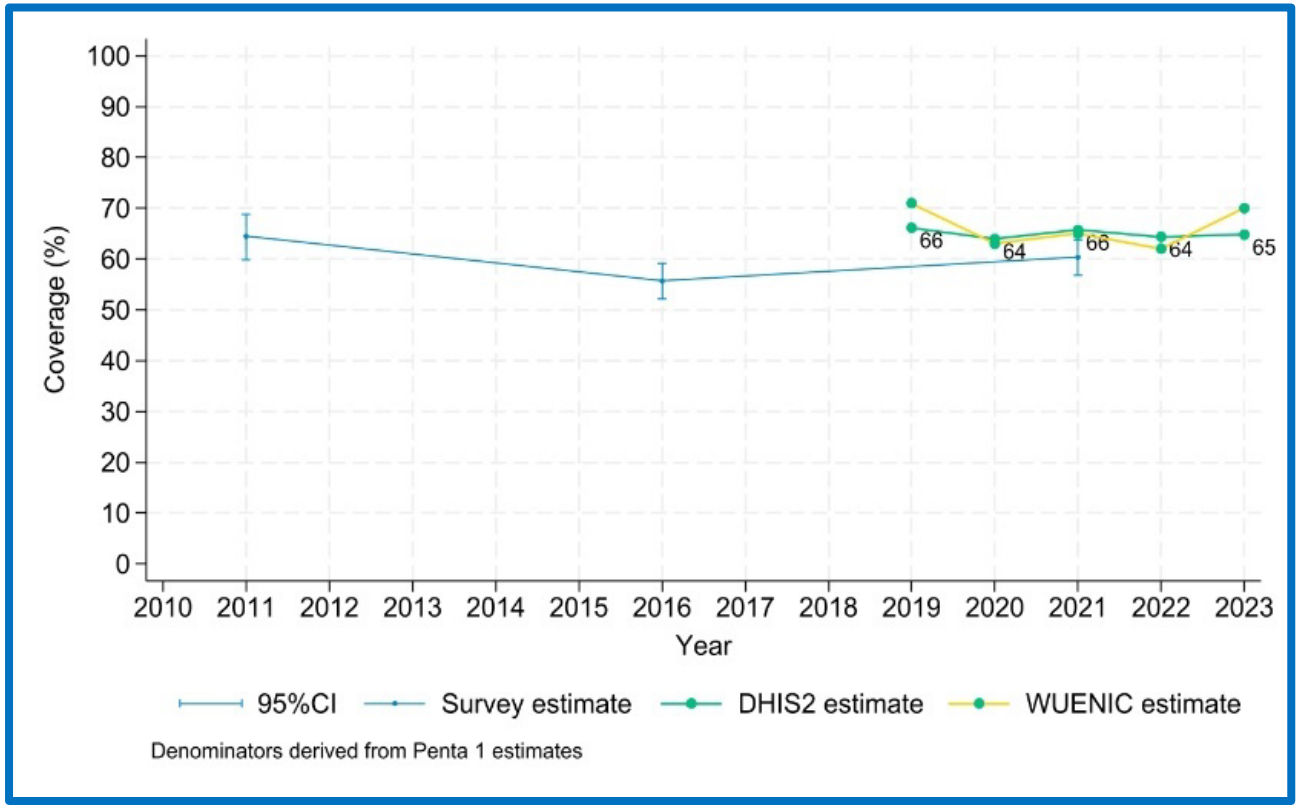
Les couvertures vaccinales en penta3 issues du DHIS2 sont cohérentes dans le temps. Toutefois, elles sont inférieures aux estimations du WUENIC sur toute la période.

5 - Tendances de la couverture nationale en RR1 à partir des différentes sources de données

CONTEXTE : La couverture des services est définie comme la population qui a reçu le service divisée par la population qui a besoin des services : le dénominateur. La qualité des projections démographiques du DHIS2 est évaluée en fonction de leur cohérence dans le temps et de leur comparaison avec les projections des Nations unies

---

Fig 2d: couverture en rougeole 1

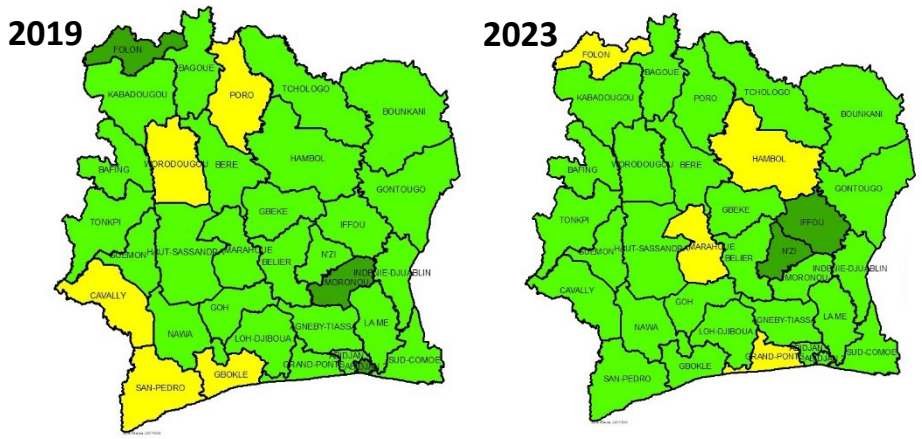


Les couvertures vaccinales en rougeole issues du DHIS2 sont cohérentes dans le temps et superposables. De plus ces couvertures sont superposables aux estimations de couverture du WUENIC.

Couverture vaccinale régionale

6- Couverture vaccinale par région en Penta3 et RR1 en 2019 and 2023

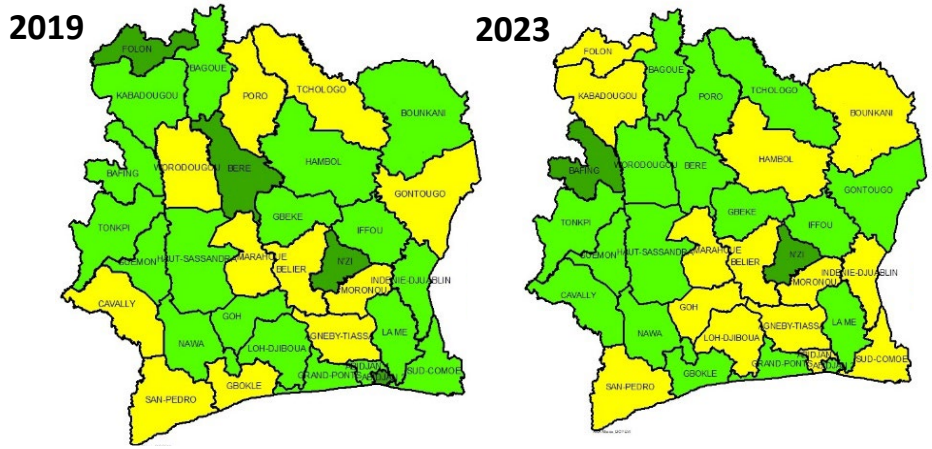
Distribution de la couverture en Penta3 en 2019 et 2023



LEGENDE

- 60 % < CV ≤ 65 %
- 65 % < CV < 70 %
- 70 % ≤ CV < 80 %

Distribution de la couverture en RR1 en 2019 et 2023



- D'une manière générale, la couverture en penta3 restait en deça de 90%
- Sept régions sanitaires ont vu leur couverture vaccinale en penta3 s'améliorer de 2019 à 2023. Il s'agit des régions du GBOKLE, SAN-PEDRO, CAVALLY, WORODOUGOU, PORO, N'ZI ET IFFOU.
- Par contre, six autres régions ont connus une baisse de performance à savoir les régions D'ABIDJAN2, MORONOU, FOLON, HAMBOL, MARAHOUE ET GRAND-PONTS

- D'une manière générale, la couverture en RR1 était également en deça de 90%
- La situation de la couverture vaccinale en RR1 s'est détériorée avec le nombre de régions avec une couverture<65% qui est passé de 11 à 14 entre 2019 et 2023.

7- Inégalité régionale des couvertures vaccinales en Penta3 et RR1

Fig 2c: couverture régionale et nationale en RR1

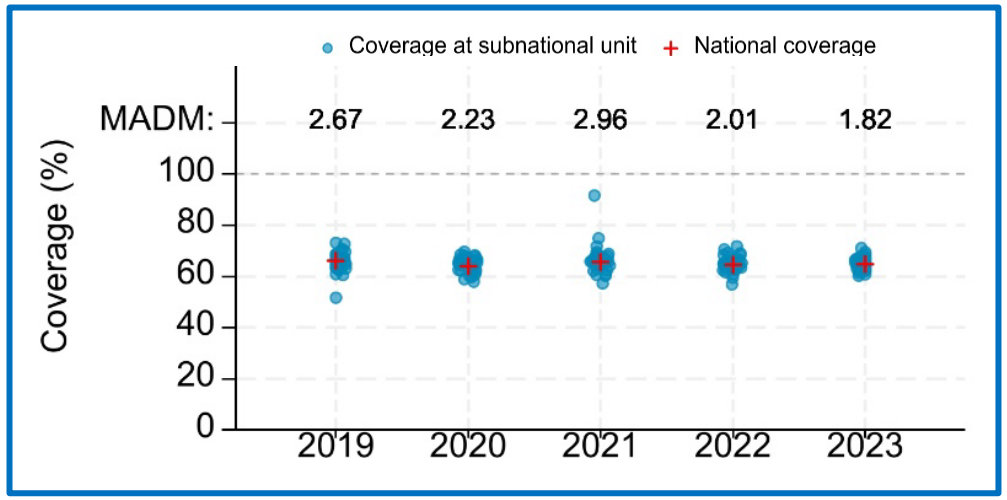
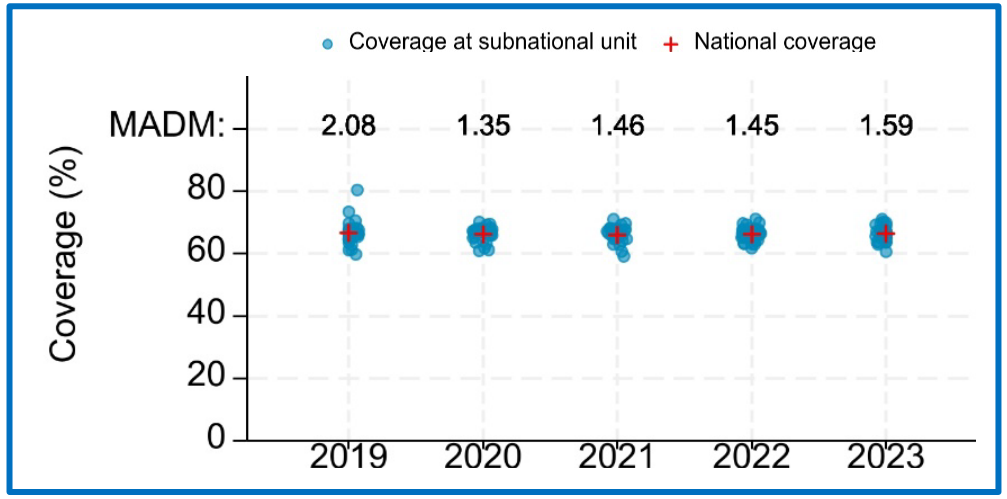


Fig 2d: couverture régionale et nationale en Penta3



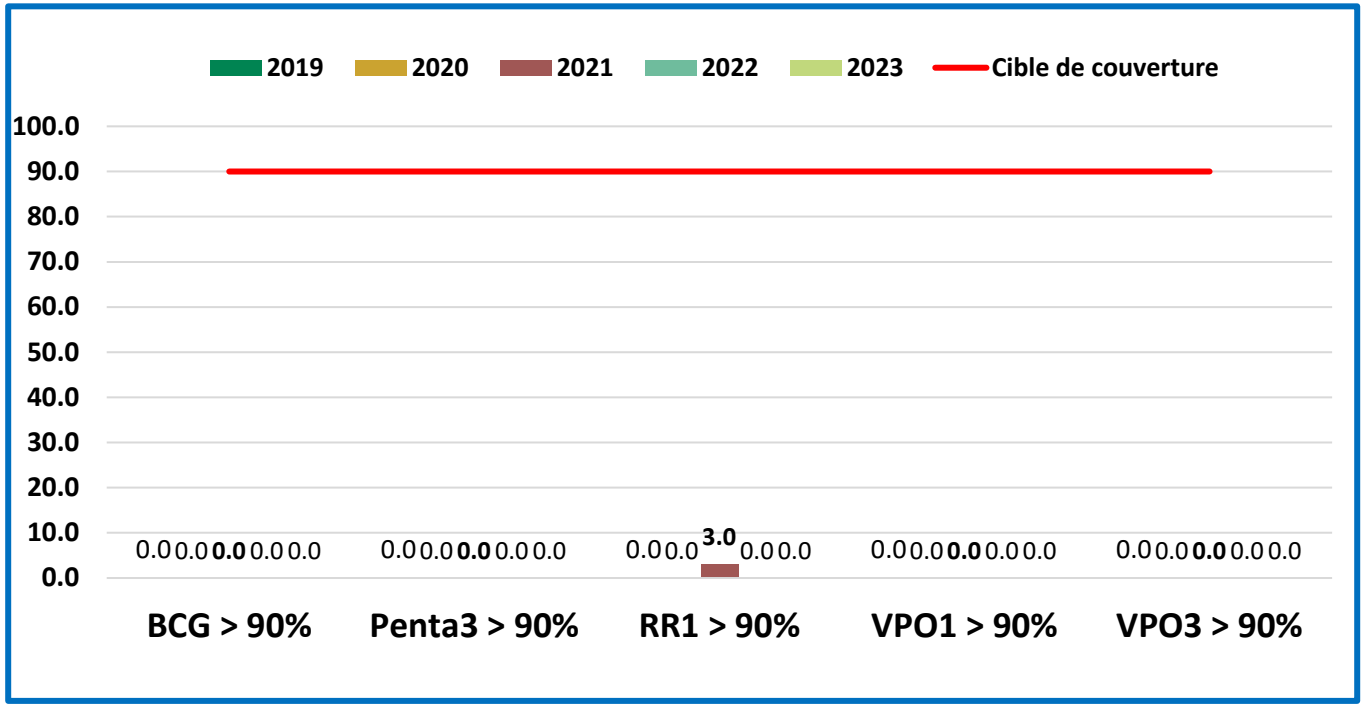
CONTEXTE : le suivi de la couverture des interventions est un résultat essentiel et direct des systèmes de santé. Il est d'autant plus utile que le plan national comporte des objectifs significatifs. Il convient d'utiliser à la fois les données des établissements de santé et les données d'enquête.

- Les couvertures vaccinales en rougeole et Penta3 au niveau national étaient supérieures à 60% sur toutes les années. À l'echelle régionale, les couvertures étaient proches des couvertures nationales. Cela traduit une faible disparité de couverture entre les regions.
- Il convient de relever que certaines régions présentaient des couvertures extrêmes. Il s'agissait des regions du:
  - BAFING avec une couverture en RR1 de 92% en 2021
  - MORONOU avec une couverture en RR1 de 50% en 2019
  - FOLON avec une couverture en penta3 de 79% en 2019

8-Atteinte des objectifs de couverture vaccinale (régions sanitaires)

CONTEXTE: Le suivi de la couverture des interventions est un résultat essentiel et direct des systèmes de santé. Il est plus utile que le plan national comporte des objectifs significatifs. Les données des établissements de santé et des enquêtes doivent être utilisées.

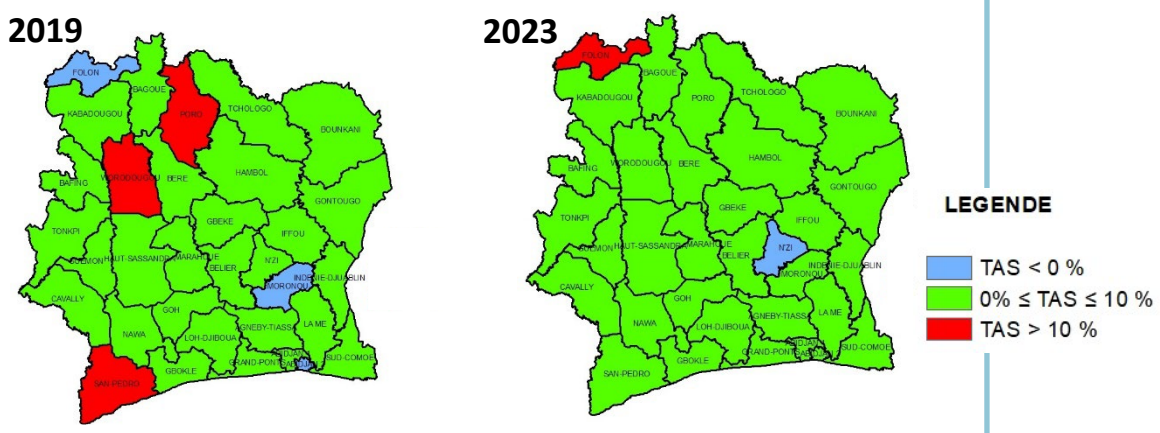
Fig 4e: Pourcentage de regions ayant atteint la cible de couverture vaccinale recommandée au niveau globale (>= 90%)



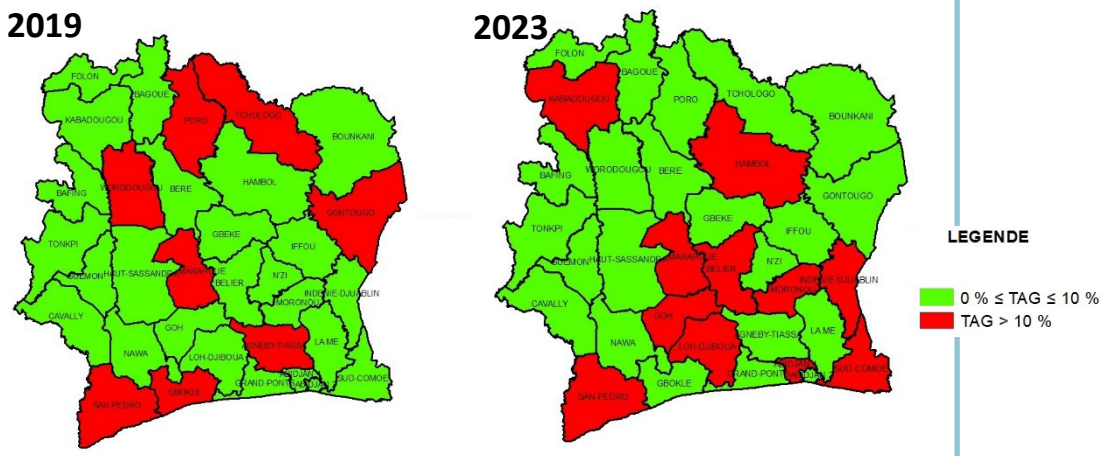
Aucune région n'a atteint l'objectif de couverture vaccinale de 90% pour toutes les années et tous les antigènes à l'exception de la région du BAFING qui avait une couverture en RR1 de 91,8% en 2021 ce qui représente 3%.

9-Distribution du taux d'abandon par région en 2019 and 2023

Distribution du taux d'abandon spécifique en 2019 et 2023



Distribution du taux d'abandon global en 2019 et 2023



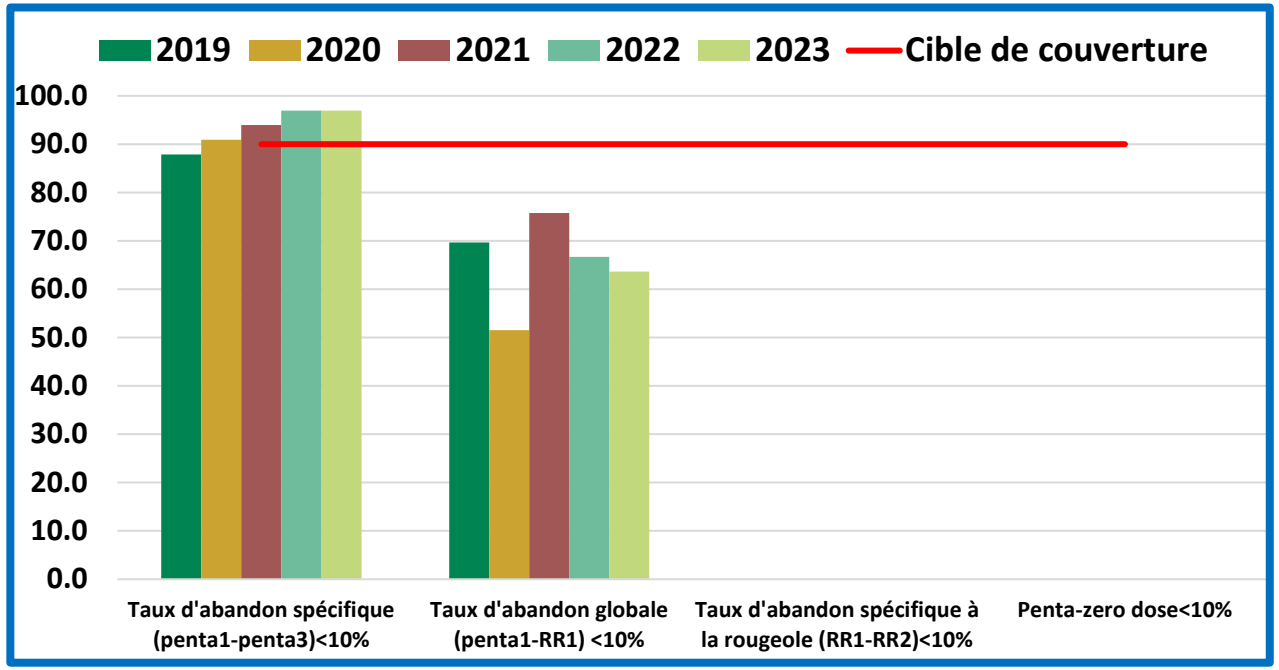
- Le taux d'abandon spécifique était dans les limites acceptables d'une manière générale avec une amélioration observée dans trois régions sanitaires: ABIDJAN2, MORONOU, SAN-PEDRO, WORODOUGOU, PORO
- La région du Folon qui avait un taux d'abandon négatif en 2019 est passé à un taux supérieur à la norme.

- La situation du taux d'abandon global détériorée avec le nombre de régions avec une taux>10% qui est passé de 8 à 11 entre 2019 et 2023.
- Les régions de san-pedro et de la marahoue qui avait un taux d'abandon supérieur à la norme en 2029 ont maintenu ce statu en 2023

10- Taux d'abandon (<10%) et penta-zéro dose (<10%), région sanitaire

CONTEXTE: Le suivi de la couverture des interventions est un résultat essentiel et direct des systèmes de santé. Il est plus utile que le plan national comporte des objectifs significatifs. Les données des établissements de santé et des enquêtes doivent être utilisées.

Fig 4e: Pourcentage de régions ayant des taux d'abandon et un taux de penta-zero dose inférieur au seuil de 10%



Taux d'abandon

- Plus de 90% des régions ont des taux d'abandon spécifiques <10% sur toutes les années sauf en 2019 (87,9%). Cette proportion s'est amélioré de 2029 à 2023 passant de 87,9% à 97% traduisant une meilleure utilisation des services de vaccination.
- S'agissant du taux d'abandon global, la proportion de district ayant un taux inférieur à 10% restait en deçà du seuil de 90%. Ceci est l'expression d'une faible continuité de l'usage des services de vaccination.
- L'absence de régions ayant des taux d'abandon spécifique à la rougeole de moins de 10% s'explique par les faibles couvertures en RR2.

Penta-zéros dose

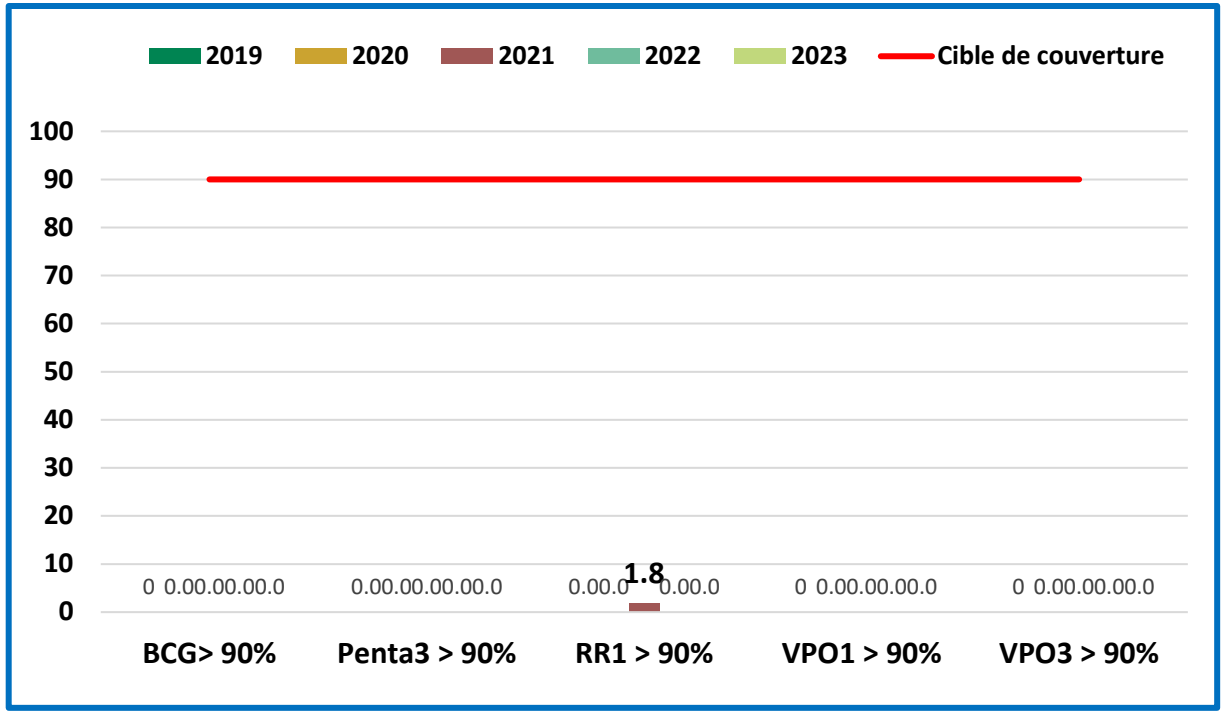
- Toutes les régions ont plus de 10% de penta-zéros dose. Selon l'EDS 2021, la couverture nationale en penta1 est de 70%, soit 30% de penta-zéros dose.

Couverture vaccinale
— district sanitaire —

11-Atteinte des objectifs de couverture vaccinale (districts sanitaires)

CONTEXTE: Le suivi de la couverture des interventions est un résultat essentiel et direct des systèmes de santé. Il est plus utile que le plan national comporte des objectifs significatifs. Les données des établissements de santé et des enquêtes doivent être utilisées.

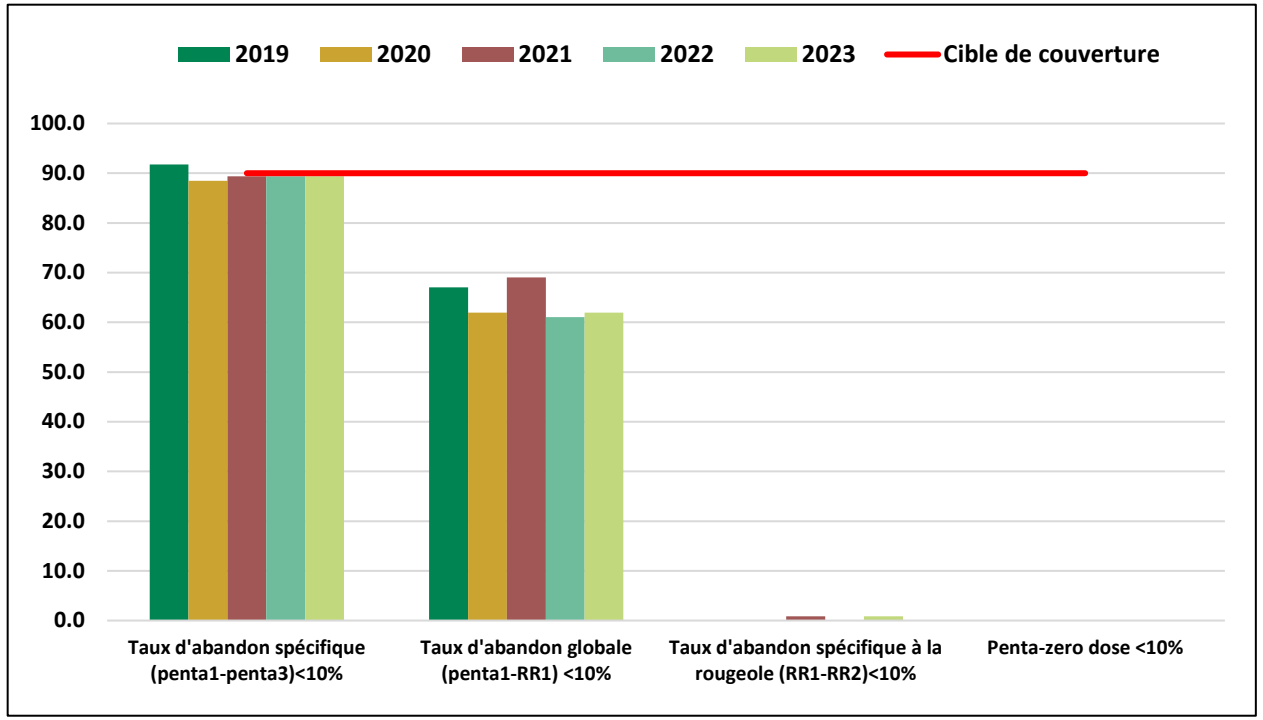
Fig 4e: Pourcentage de districts ayant atteint la cible de couverture vaccinale recommandée au niveau globale (>= 90%)



12-Taux d'abandon (<10%) et penta-zéro dose (<10%), district sanitaire

CONTEXTE: Le suivi de la couverture des interventions est un résultat essentiel et direct des systèmes de santé. Il est plus utile que le plan national comporte des objectifs significatifs. Les données des établissements de santé et des enquêtes doivent être utilisées.

Fig 4e: Pourcentage de districts ayant des taux d'abandon et un taux de penta-zero dose inférieur au seuil de 10%



Taux d'abandon

- Pratiquement 90% des districts sanitaires ont des taux d'abandon spécifiques (penta1 – penta3) inférieurs à 10% sur toutes les années. Cela traduit une bonne utilisation des services de vaccination.
- S'agissant du taux d'abandon global (penta1 – RR1), la proportion de districts ayant un taux inférieur à 10% restait en deçà du seuil de 90%. Cette proportion évolue en dent scie entre 67,1% en 2029 et 61,9% en 2023. Ceci est l'expression d'une faible continuité de l'usage des services de vaccination.
- L'absence de régions ayant des taux d'abandon spécifique à la rougeole de moins de 10% s'explique par les faibles couvertures en RR2. Seuls les districts sanitaires de TANDA et SANDEGE affichent des taux <10% respectivement en 2021 et 2023

Penta-zéros dose

- Toutes les districts ont plus de 10% de penta-zéros dose. Selon l'EDS 2021, la couverture nationale en penta1 est de 70%, soit 30% de penta-zéros dose.

Analyse d'équité

13 - Équité - quintiles de richesse et éducation des femmes

Fig. 4g : Equiplot de l'ICC par niveau d'éducation de la mère, enquêtes récentes

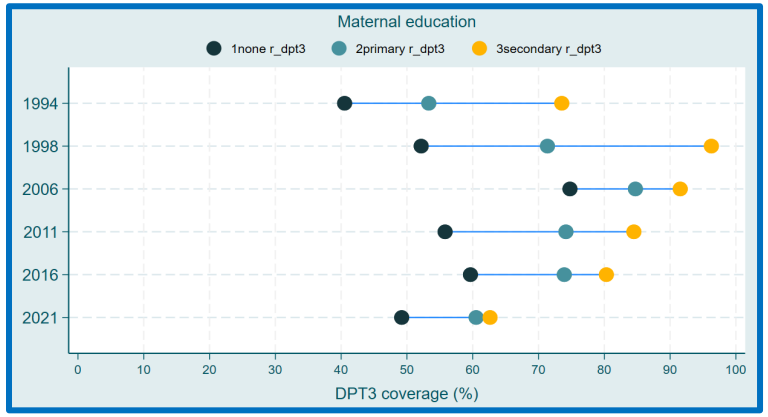
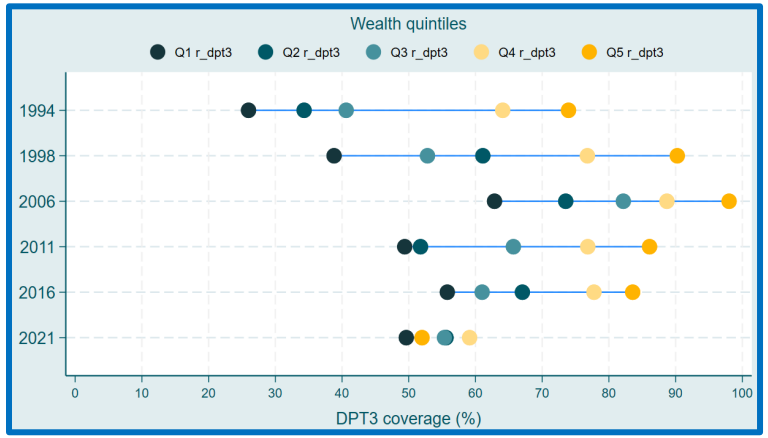


Fig4h : Equiplot de l'indice composite de couverture (ICC) par richesse, enquêtes récentes



CONTEXTE : Les enquêtes sur les ménages fournissent des informations essentielles sur les inégalités. L'accent est mis sur deux dimensions majeures de l'inégalité : le quintile de richesse du ménage et l'éducation de la mère. Les équiplots sont utilisés pour évaluer si le pays a progressé depuis 2010 dans la réduction de l'écart entre pauvres et riches ou de l'écart entre les femmes sans éducation ou peu éduquées et les femmes ayant un niveau d'éducation plus élevé.

Niveau d'éducation

- L'écart de couverture entre les femmes du niveau primaire et secondaire s'est réduit au fil des années avec une persistance de l'inéquité chez les femmes sans instruction.
- Cette réduction s'est faite au détriment de la couverture vaccinale qui a connu une baisse à tous les niveaux d'éducation.

Niveau de richesse

- L'écart entre pauvre et riche s'est considérablement réduit au fil des années
- De même, cette réduction s'est faite au détriment de la couverture vaccinale qui a connu une baisse au niveau de tous les quintiles de richesse.