Côte d'Ivoire

ANALYSE DES INDICATEURS CLES DE VACCINATION EN CÔTE D'IVOIRE

Progrès réalisés en matière de vaccination 2019-2024

Contexte

Les données des établissements de santé communiquéesrégulièrement constituent une source importante de données pour les indicateurs de santé. Ces données sontrapportées par les établissements de santé sur des événementstels que les vaccinations administréesou les naissances vivantes. Comme pour toutedonnée, la qualitéest un problème. Les données sontvérifiéesafin de vérifierl'exhaustivité des rapports des établissements de santé, d'identifier les valeurs aberrantesextrêmes et d'assurer la cohérence interne.

1. Évaluation de la qualité des données des établissements de santé

Tableau 1: Récapitulatif de la qualité des données de vaccination déclarées par les établissements de santé DHIS2

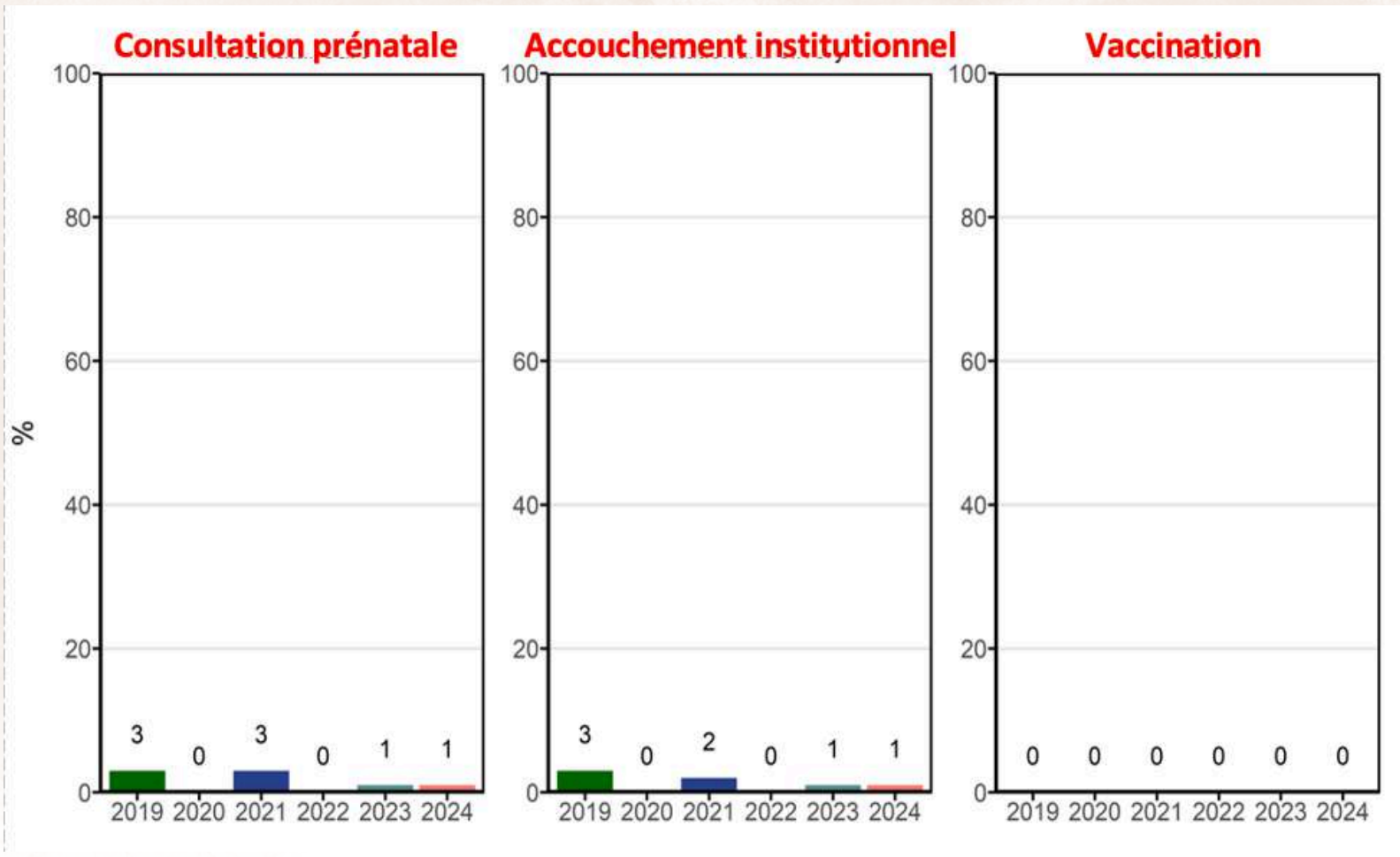
N°	Indicateurs de la qualité des données	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1. Complétude des rapports mensuelle d'établissement (vaccination)							
1a	% Rapports mensuelles d'établissement attendus (national)	99	100	99	100	99	99
1b	% de district avec une Complétude des rapports mensuels d'établissement >= 90	98	100	99	100	99	99
1c	% de districts sans données manquantes (antigène vaccinale de base)	76	100	99	100	100	100
2. Données extremes (antigène vaccinale de base)							
2a	% de données mensuelles sans valeurs extremes (national)	100	100	100	100	100	100
2b	% de districts sans valeurs extremes dans l'année	91	84	93	96	86	87
3. Cohérence des rapports annuels							
3a	Ratio CPN1/penta1	Inf	0.95	1.47	0.95	0.89	0.85
3b	Ratio penta1/penta3	1.05	1.05	1.08	1.05	1.04	1.04
3f	% de district ayant un ratio CPN1/PENTA1 dans l'intervalle attendu	12	39	20	41	22	16
3g	% de district ayant un ratio penta1/penta3 dans l'intervalle attendu	93	95	91	87	84	88
4	**Score de qualité des données annuelles**	81	88	86	89	84	84

1c) La faible proportion observée en 2019 s'explique par la configuration du découpage sanitaire en 2019 qui comptait 86 districts contre 113 en 2020. Les 27 districts supplémentaires crées en 2019 ont commencé à rapporter les données à partir de 2020

2b) La proportion de districts n'ayant pas de données extrêmes a connu une baisse en 2020, 2023 et 2024. Cette baisse étant plus importante en 2020. La valeur de 2020 pourrait s'expliquer par une baisse de fréquentation des structures de santé à cause de la pandémie à COVID-19.
En 2023 et 2024, les multiples activités de vaccination intensives couronnées par le grand rattrapage pourrait justifier ces données extrêmes

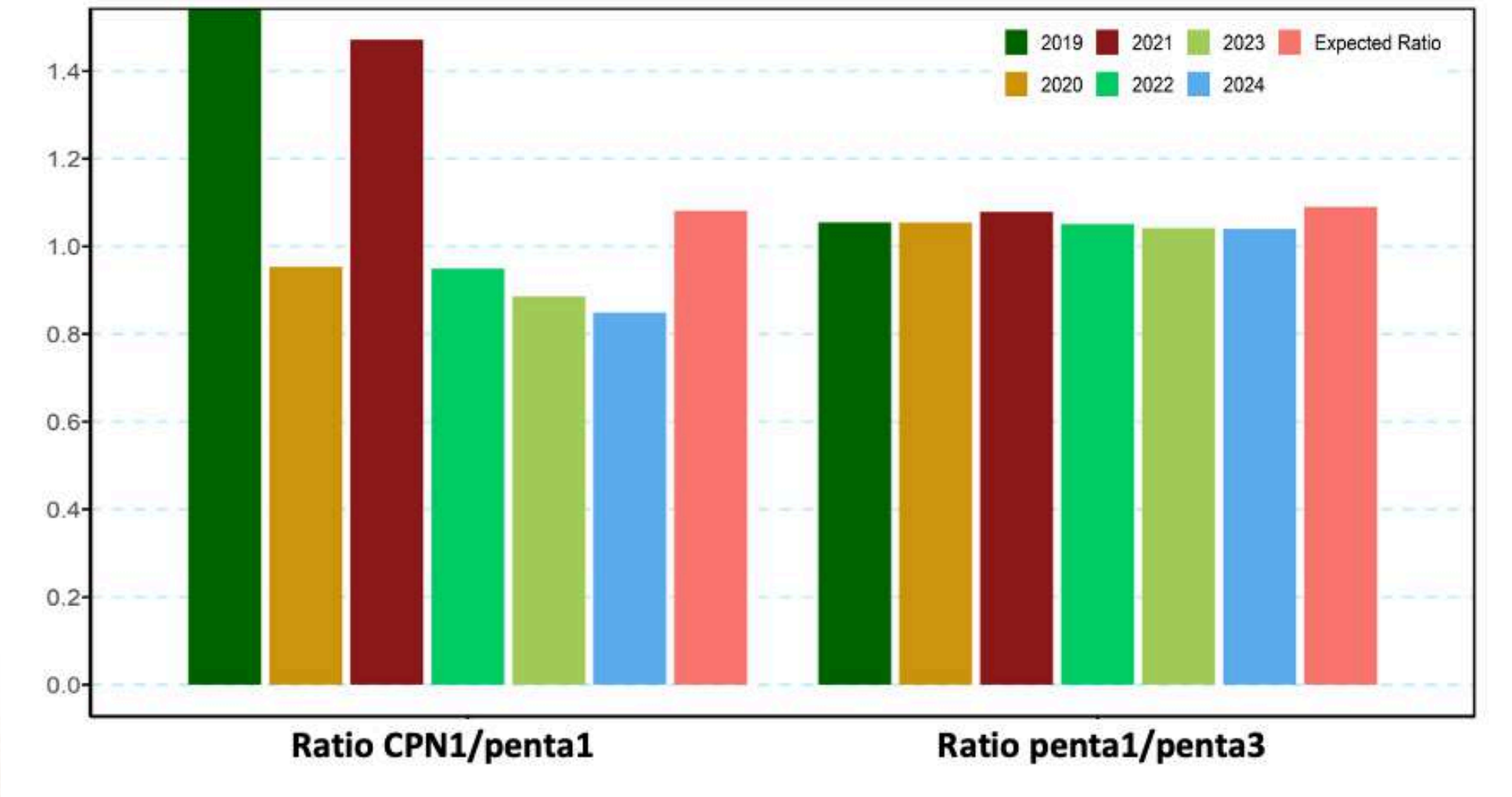
3f) la proportion de districts dont le ratio CPN1/Penta1 est dans la bonne plage est faible sur toute période; Ce constat pourrait s'expliquer par le fait que les CPN ne sont pas offertes systématiquement lors des strategies avancées contrairement à la vaccination

Figure 1a. Pourcentage de districts ayant un faible taux de rapportage (<90%) par prestation et par années



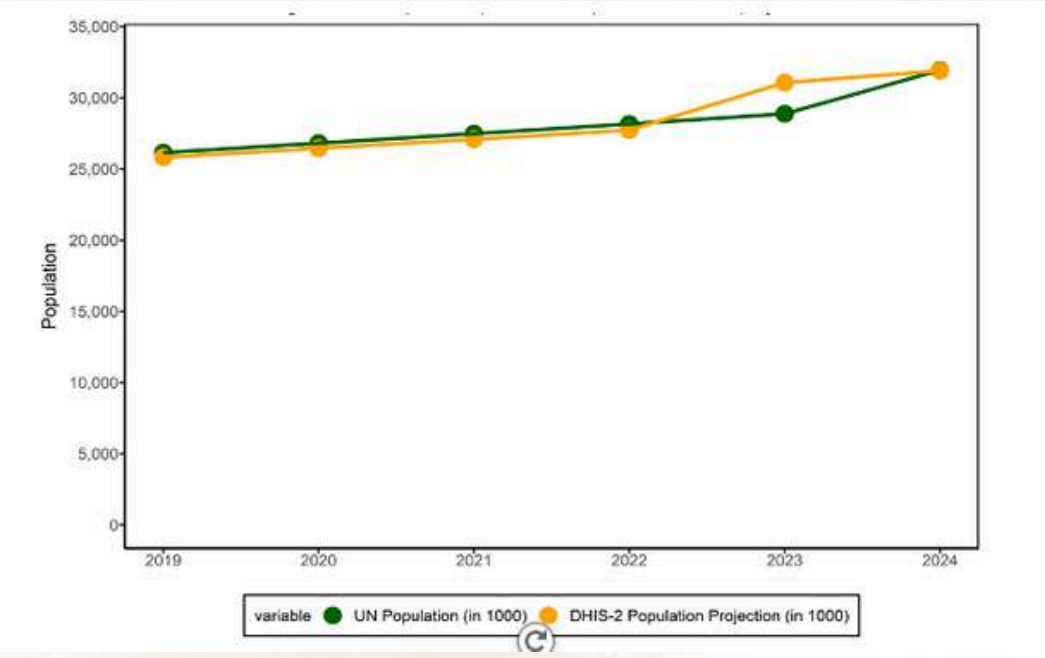
Au niveau de la vaccination, tous les districts affichent des complétudes supérieures à 90% concernant les CPN 1 et les accouchement assisté nous constatons que 1 à 3% des districts sanitaires avaient une complétude inférieure à 90% sur la période.
Ce constat pourrait s'expliquer par le nouveau decoupage sanitaire en 2019et le changement d'instance au niveau de la plateforme nationale DHIS2 en 2021 .

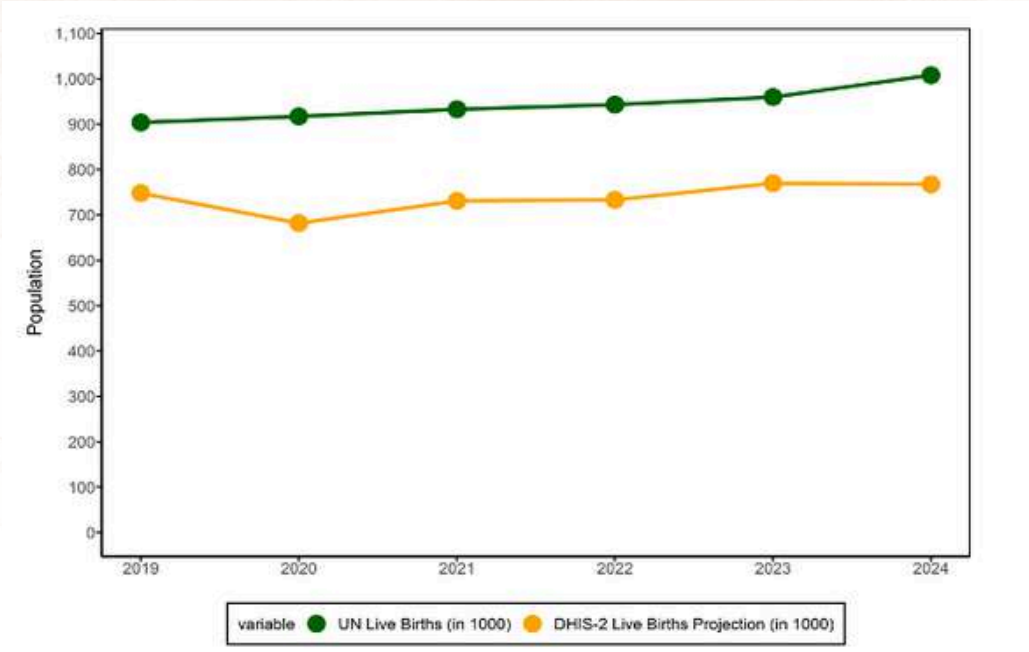
Figure 1b. Ratios CPN1/penta1 et penta1/penta3 rapportés par les établissement comparé au ratio attendu



Le ratios Penta1/Penta3 se rapprochait du ratio attendu sur toute la période
Le ratio CPN1/Penta1 pour les années 2019 et 2021 présentait des valeurs largement supérieures au ratio attendu. Pour les autres années, ce ratio est inférieur au ratio attendu

2. Évaluation du dénominateur des données des établissements de santé





la projection de population UN restait superposable à celle du DHIS2 en dehors de l'année 2023 où la projection DHIS2 était supérieure à celle de l'UN

L'on note une variation du nombre de naissance vivante supérieure à 5 pour 1000 habitants entre les 2 projection

Sur la période 2019-2024, le nombre de naissances vivantes UN a connu une augmentation constante. A contrario, on note deux phases au niveau de l'évolution du nombre de naissance vivantes du DHIS2: une baisse de 2019 à 2020 puis une reprise à la hausse de 2020 à 2024

3. Sélection du meilleur dénominateur

Figure 2c. Couverture en penta3 dérivé du DHIS2 avec différents dénominateurs et Couverture d'enquête

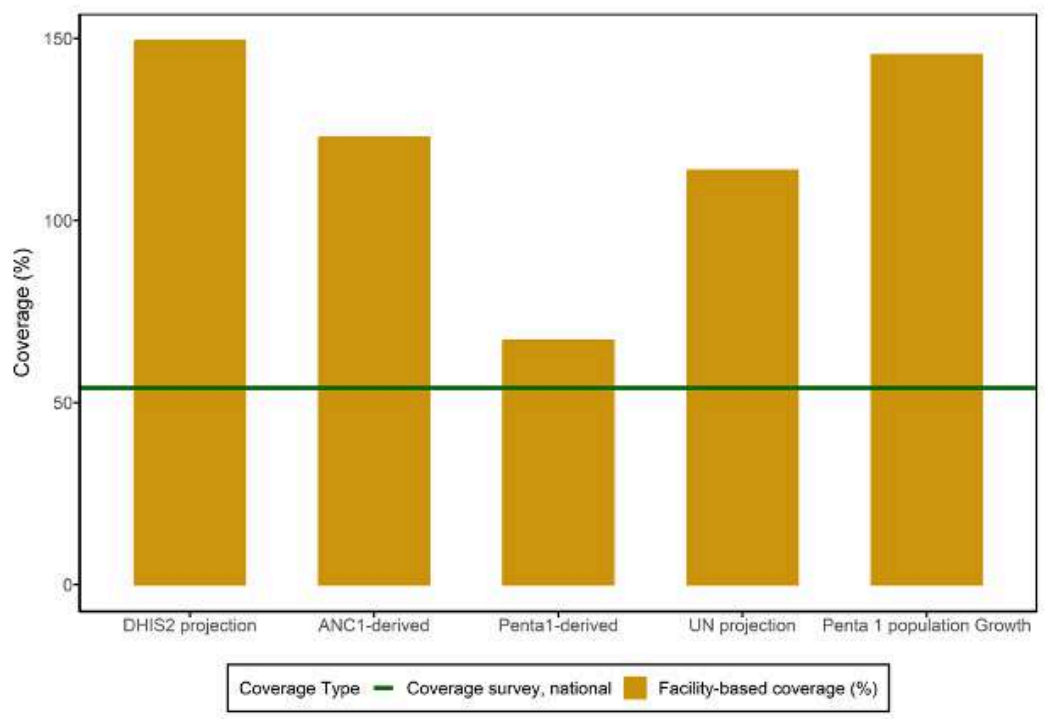
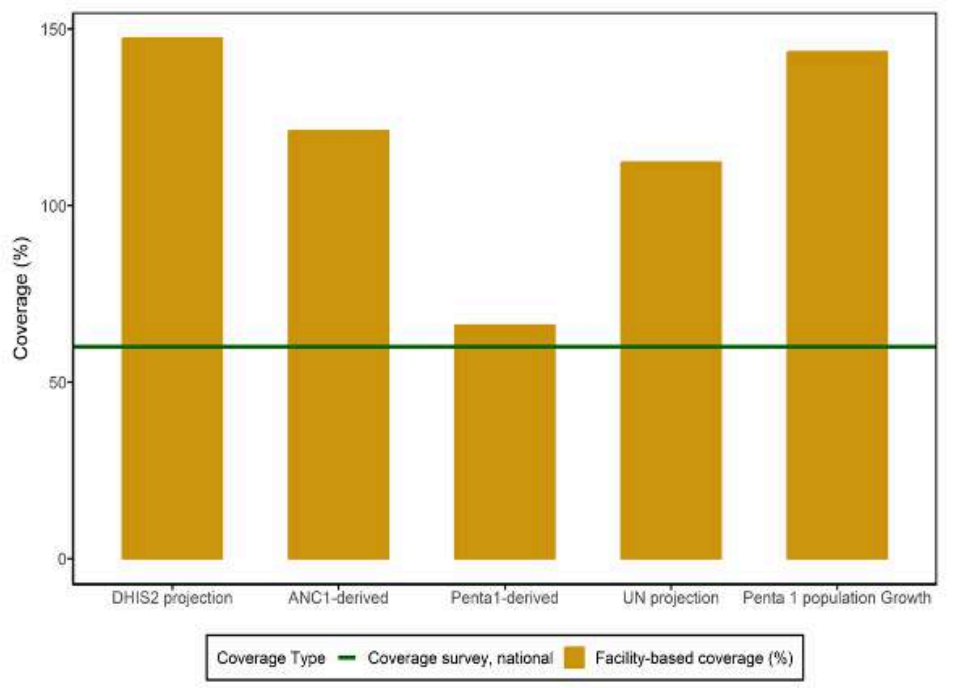


Figure 2e. Couverture en RR1 dérivé du DHIS2 avec différents dénominateurs et Couverture d'enquête

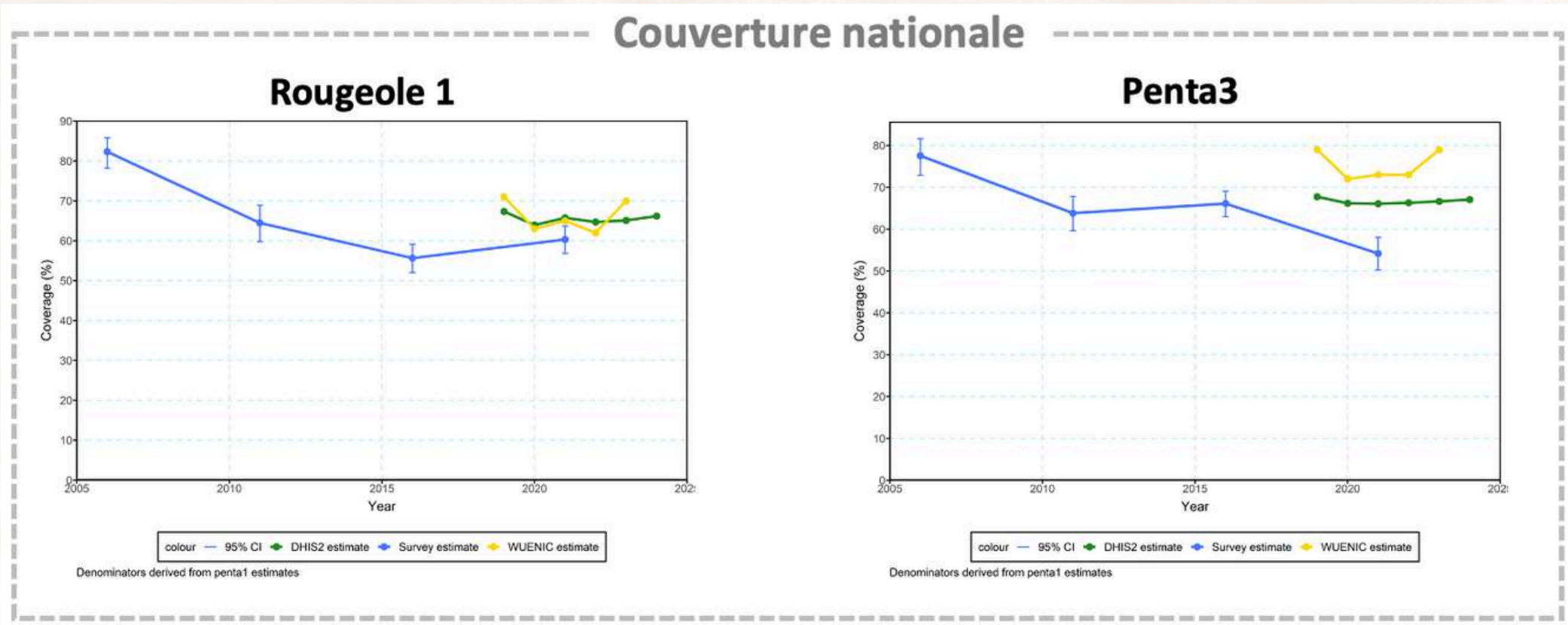


Le calcul des couvertures en penta3 et en rougeole 1 par la méthode dérivée du penta1 en 2021 produit des valeurs plus proche de la couverture estimée par enquête

Ainsi le penta1 est le meilleur dénominateur choisi pour le calcul de nos indicateurs

4. Estimations des tendances de couverture vaccinale

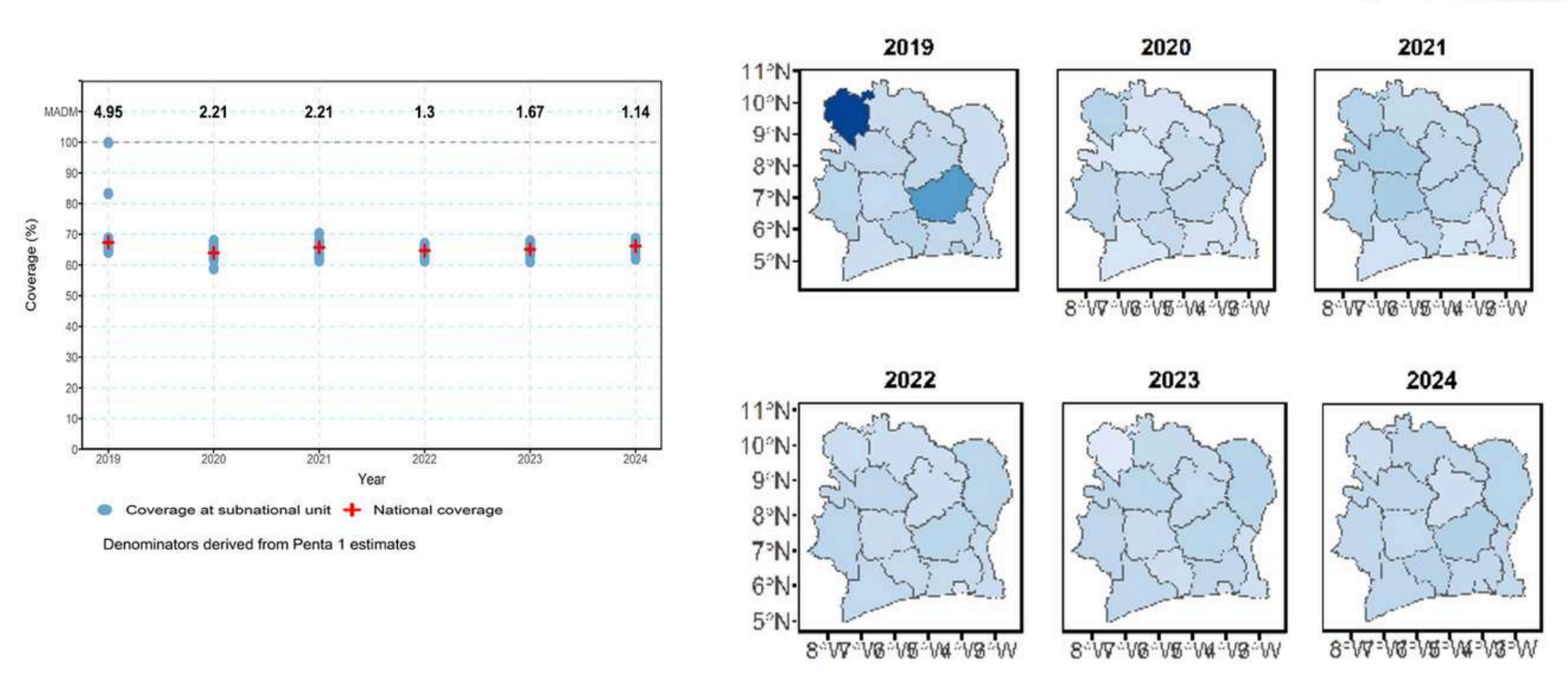
Couverture nationale



Pour la première dose de la rougeole, les estimations de couverture vaccinale du DHIS2 et du WUENIC sont superposables et supérieures à celles des enquêtes sauf en 2019 et 2023 où les estimations du WUENIC sont superieure à celle du DHIS2
Les estimations de couverture vaccinale du DHIS2 et du WUENIC sont globalement supéerieures à celle l'enquête nationale

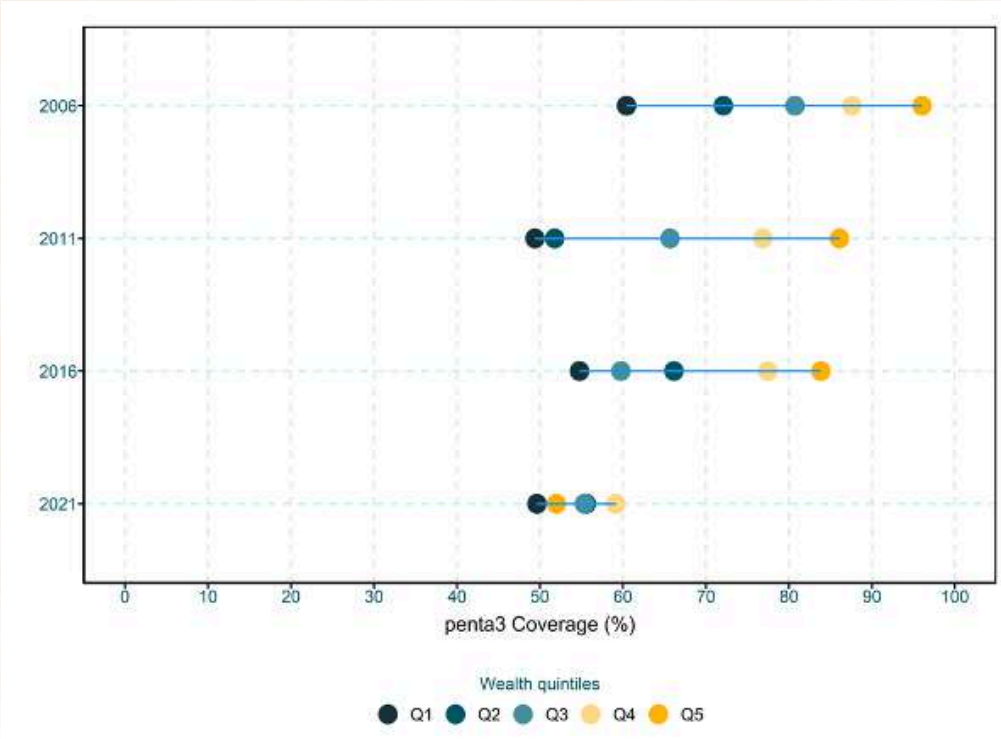
pour le penta3, l'évolution des estimations du DHIS2 sont constantes sur la période. Par ailleurs elle reste inférieure à celle du WUENIC et supérieures à celles des enquêtes nationales qui decroissent en 2021.

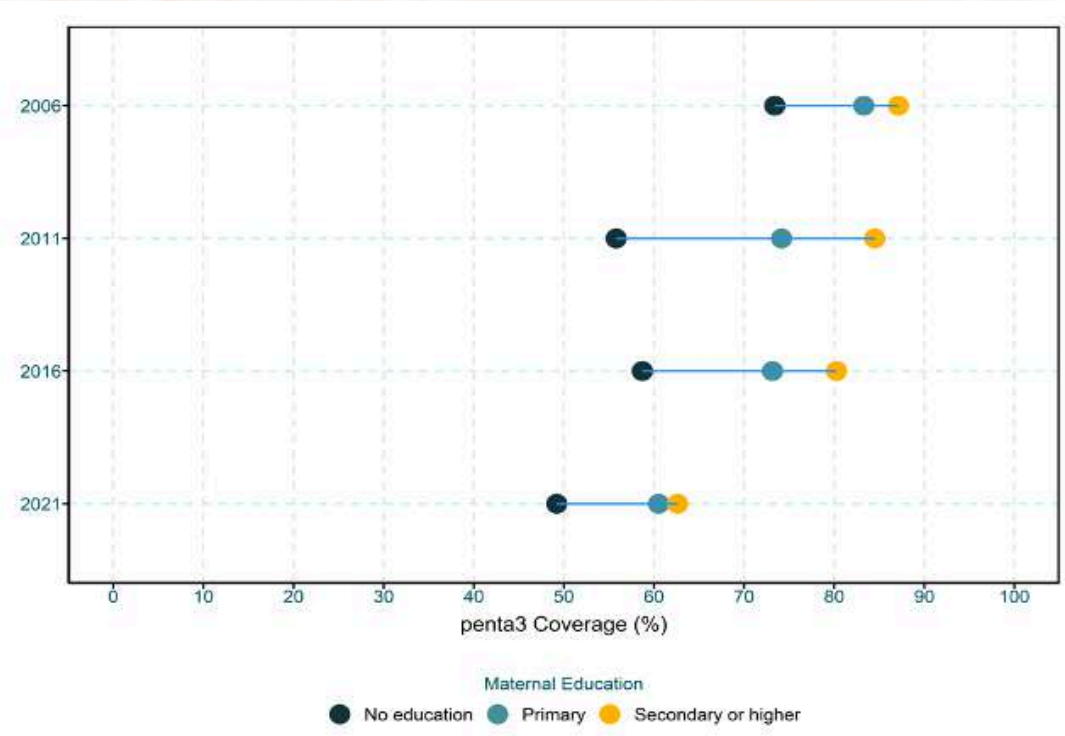
Couverture régionale Rougeole 1



Les couvertures vaccinales en Rougeole1 au niveau des district se rapprochent de celle de la couverture nationale en dehors de l'année 2019 où 2 régions avaient des couverture extrême
Le District des lac et du Denguelé étaient ceux qui avaitplus forte couverture en 2019

5. ÉQUITÉ





De façon génerale la couverture vaccinale a regressé au niveau de tous les quintiles de richesse de 2006 à 2021
De 2006 à 2016 les enfants des ménages les plus riches étaient les mieux vaccinés par rapport aux autres classes
En 2021 bien que les couverture vaccinales soient faibles au niveau de tous les quintiles de richesse, il n'y a pas de difference notable de couverture vaccinales entre pauvre et riche. Cette baisse de couverture vaccinale au niveau des riche pourait s'expliqué par la COVID-19.

De façon génerale la couverture vaccinale a regressé de 2006 à 2021 quelque soit le niveau d'éducation de la mère
De 2006 à 2016 les enfants dont les mères avaient le niveau secondaire étaient ceux qui étaient les plus vaccinés
En 2021 bien que les couverture vaccinales soient faibles à tous les niveaux, lécart entre le niveau primaire et secondaire a considérablement diminué. Cependant les enfants des mères non scolarisées demeurent les moins vaccinés

CONCLUSION

La qualité des données reste moyenne sur la période, des effort restent à faire pour les améioler.
Le meilleur dénominateur identifié est celui du Penta3 pour le calcul de nos indicateurs.

Nous assistons à une reduction de l'ecart dans l'utilisation des service de vaccination entre riche et pauvre et entre ne niveau d'intruction des mère.