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

NOTE D'ORIENTATION · VACCINATION · CÔTE D'IVOIRE

Améliorer la couverture vaccinale en Côte d'Ivoire : renforcer l'équité vaccinale par la réduction des disparités territoriales et socio-économiques

Analyse des progrès de la vaccination de 2019 à 2024

"La vaccination sauve des vies, mais tous les enfants n'en bénéficient pas équitablement en Côte d'Ivoire. Derrière des couvertures nationales élevées se cachent des disparités territoriales et socio-économiques qui exposent encore de nombreux enfants aux maladies évitables par la vaccination.



CONTEXTE

À l'échelle mondiale, la vaccination est l'une des interventions de santé publique les plus efficaces pour réduire la mortalité et la morbidité évitables chez l'enfant. Malgré les progrès réalisés, des millions d'enfants restent non ou insuffisamment vaccinés, en raison de disparités géographiques, sociales et économiques persistantes. L'équité constitue ainsi un axe central du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 (IA2030), avec une attention particulière aux enfants « zéro dose » et aux populations laissées pour compte.

En Côte d'Ivoire, une étude menée en 2019 sur l'équité vaccinale des enfants de 0-11 mois et des femmes enceintes a mis en évidence des disparités. Un plan d'action a ensuite été élaboré et mis en œuvre pour améliorer l'accessibilité géographique, renforcer les ressources humaines, accroître l'utilisation des services de vaccination et renforcer la chaîne du froid et les moyens logistiques.

En dépit de ces efforts, l'analyse des données de vaccination 2019-2024 montre que des disparités territoriales et socio-économiques persistent, justifiant la poursuite d'interventions ciblées en faveur des populations les plus vulnérables.

MÉTHODOLOGIE

Les données de vaccination ont été rassemblées à partir de quatre sources :

- **DVD-MT** (2019-2021)
- **DHIS2** (2022 et 2024)
- **Base Epi Info** (2019-2024)
- **EDS 2021**

Toutes les données, extraites au format Excel, ont fait l'objet d'un contrôle qualité (données manquantes, valeurs aberrantes, problèmes de format). Après apurement et consolidation, elles ont été intégrées dans la matrice Excel APHRC conçue pour faciliter l'analyse sous R. La cartographie a été produite avec l'application R Mapping ShinyApp.

EN BREF

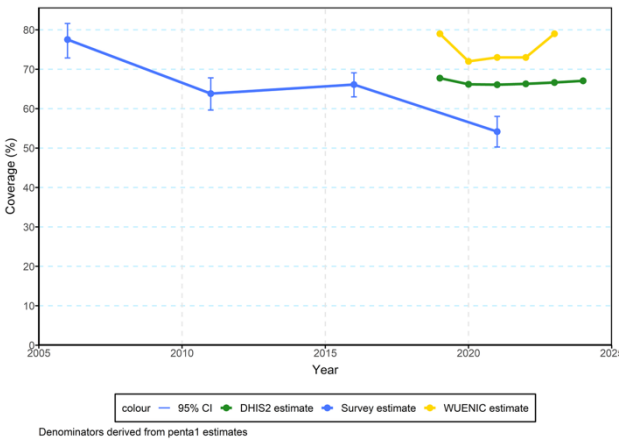
95 %	objectif national de couverture vaccinale
66–68 %	couverture DHIS2 en Penta 3 et RR1, 2019-2024
70 % → 60 %	Vallée du Bandama, 2019 à 2024

RÉSULTATS

1 Performances nationales selon les sources de données

- Quelles que soient les sources de données utilisées (EDS, WUENIC et DHIS2), **la couverture vaccinale reste inférieure à l'objectif national de 95 %.**
- Les couvertures vaccinales DHIS2 des antigènes traceurs (Penta 3 et RR1) **oscillent entre 66 % et 68 %** sur la période 2019-2024 (courbe verte).

Penta 3



RR1 (rougeole 1)

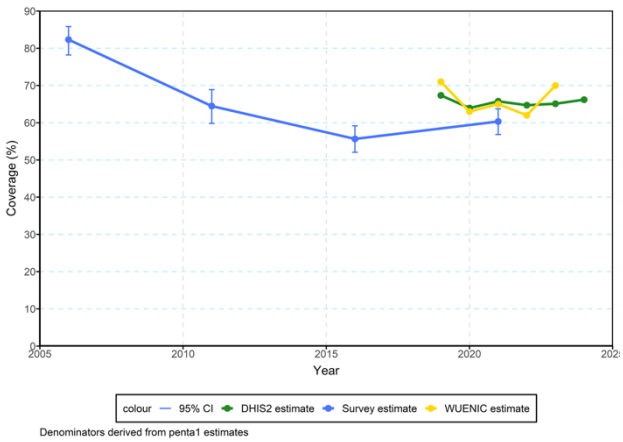


Figure 1 : Évolution des estimations de couverture vaccinale en Penta 3 et RR1 selon les sources (enquêtes, WUENIC, DHIS2), 2019-2024

2 Disparités territoriales persistantes des couvertures en Penta 3 et RR1 entre districts administratifs

- Les couvertures vaccinales au niveau infranational **restent inférieures à l'objectif national de 95 %** de 2019 à 2024.
- Les districts des **Lacs et du Denguélé**, qui affichaient en 2019 les couvertures en Penta 3 et RR1 les plus élevées (plus de 90 %), ont connu une baisse à partir de 2020 jusqu'à rejoindre la moyenne nationale.
- Les couvertures en Penta 3 et RR1 du district de la **Vallée du Bandama** se sont dégradées, passant de 70 % en 2019 à 60 % en 2024.
- Malgré une légère amélioration de 2019 à 2024, les districts des **Savanes, du Woroba et du Bas-Sassandra** restent en deçà de l'objectif national de 95 %.

> ***De nombreux enfants restent non protégés contre les maladies évitables par la vaccination sur l'ensemble du territoire.***

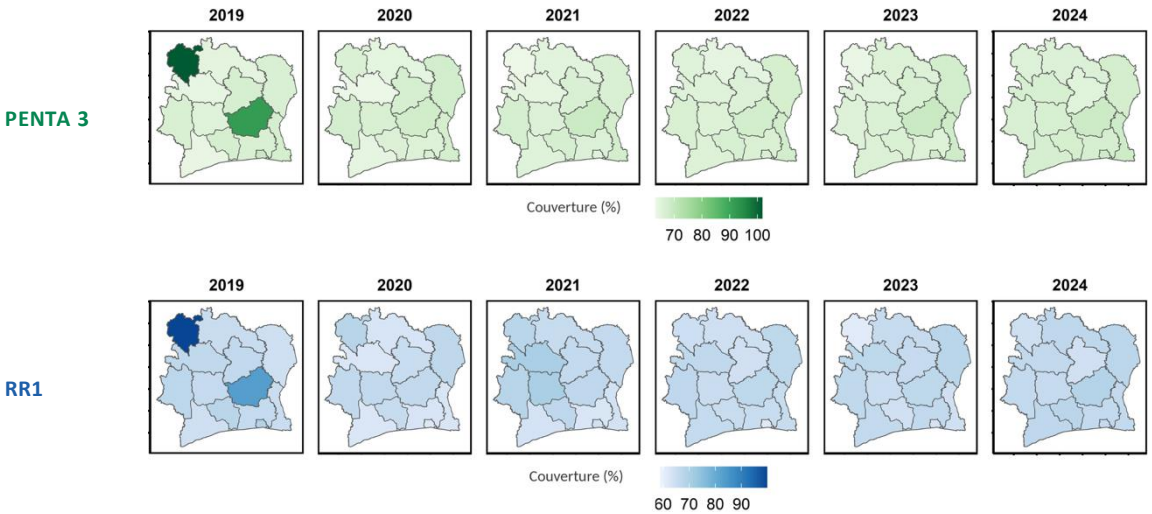
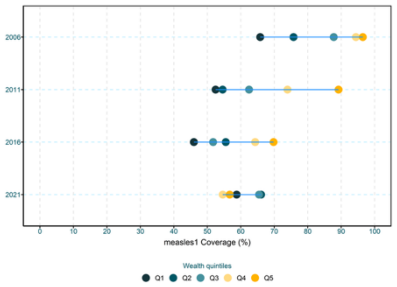


Figure 2 : Distribution des couvertures en Penta 3 et RR1 par district administratif, 2019 à 2024. Source : analyse DHIS2

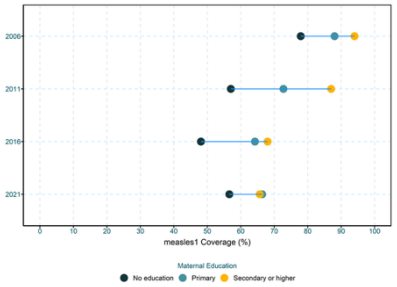
3 Des inégalités socio-économiques et géographiques qui limitent l'accès équitable à la vaccination

- Les analyses de l'équité montrent un **resserrement global des disparités vaccinales** entre 2006 et 2021, quels que soient le niveau de richesse du ménage, le niveau d'instruction de la mère et le lieu de résidence.
- Cependant, cette amélioration s'est accompagnée d'une **baisse continue des niveaux de couverture** dans les différentes couches sociales.
- Entre 2006 et 2016, les enfants des ménages les plus riches avaient les meilleures couvertures ; **en 2021, ils avaient les plus basses** par rapport aux ménages les moins riches.
- De même, les enfants des ménages urbains, mieux couverts entre 2006 et 2016, avaient **en 2021 des couvertures plus basses que ceux des ménages ruraux.**
- En revanche, de 2006 à 2021, les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction **présentent constamment les plus faibles couvertures vaccinales.**

Quintile de richesse (RR1)



Instruction de la mère (RR1)



Milieu de résidence (Penta 3)

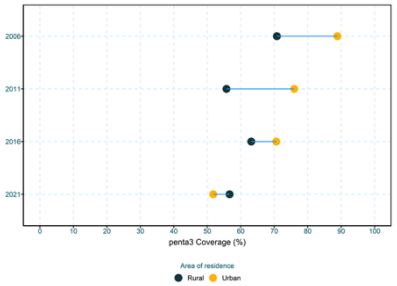


Figure 3 : Évolution de la couverture vaccinale selon le quintile de richesse, le niveau d'instruction de la mère et le milieu de résidence, 2006 à 2021

Recommandations

1. **Investir dans la production et la diffusion quotidienne de messages clés sur la vaccination** en français et en langues locales, via les médias audiovisuels (télévision, radios de proximité) et les réseaux sociaux.

2. **Réaliser une étude de cartographie** des enfants zéro dose, des sous-vaccinés et des communautés laissées pour compte.

3. **Appuyer le PEV dans le rattrapage** des enfants zéro dose, des sous-vaccinés et des communautés laissées pour compte, à travers le financement des stratégies avancées.

APPEL À L'ACTION

Le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle devrait s'engager à intensifier les actions de communication et les campagnes de rattrapage pour les enfants zéro dose et sous-vaccinés, afin de réduire durablement les inégalités géographiques et socio-économiques en matière de vaccination.

« Aucun enfant ne doit rester invisible ! »

Liste des contributeurs

Ekou Franck Kokora[1], Bouafo Ettien Alexis[2], Amour Achy[1], Denise Kpebo[1], Marie Laurette Agbré-Yacé[1], Sassor Odile Aké-Tano[1], William Yavo[1], Rodrigue Nda'chi Deffo[3], Cheikh Faye[3]

1. Institut National de Santé Publique (INSP), Côte d'Ivoire 2. Direction de Coordination du Programme Élargi de Vaccination (DC-PEV) 3. African Population and Health Research Center (APHRC)

Avec l'appui de

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

JOHNS HOPKINS
BLOOMBERG SCHOOL
of PUBLIC HEALTH

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