

**REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE**  
**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**



---

**COMITE NATIONAL D'EXPERTS INDEPENDANTS POUR LA VACCINATION ET LES VACCINS**  
**(CNEIV-CI)**

---

**RECOMMANDATIONS RELATIVES A L'AMELIORATION DES PERFORMANCES DU PROGRAMME**  
**ELARGI DE VACCINATION EN COTE D'IVOIRE**

En Côte d'Ivoire, le Programme Elargi de Vaccination (PEV) a été lancé sous forme pilote en 1978 à Abengourou. Sa mise en œuvre s'est par la suite progressivement généralisée à l'ensemble du pays.

Le budget de l'Etat ivoirien alloué au PEV, de même que le soutien financier de GAVI (Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination) au PEV varient d'une année à une autre. En 2009 et en 2010, l'Etat a alloué au PEV respectivement 3.031.300.127 FCFA et 1.000.724.650 FCFA. Quant au soutien financier de GAVI, il était de 472.188.784 FCFA et 366.662.742 FCFA au cours de la même période.

L'instabilité sociopolitique qu'a connue le pays depuis 1999 a un impact négatif sur les performances du PEV.

Ainsi, de 1999 à 2005, la couverture vaccinale au DTC3 est passé de 60% à 56% et celle au BCG de 77% à 61%. Depuis 2006, on note une amélioration relative des performances du programme avec des couvertures vaccinales estimées en 2010 à 86% pour le DTC-HépB-Hib3. Cependant pour les autres antigènes, les résultats obtenus en 2010 restent très en deçà des objectifs fixés avec notamment 71% de couverture vaccinale pour le vaccin anti-rougeoleux (VAR), 70% pour le vaccin antiamaril (VAA), 63% pour la deuxième dose du vaccin antitétanique (VAT2) [1].

La non atteinte des objectifs fixés au programme depuis une décennie a pour conséquence la réémergence de certaines maladies cibles du PEV notamment la poliomyélite (1 cas confirmé de poliovirus sauvage type 1 en 2008, 26 cas confirmés de poliovirus sauvage type 1 en 2009, 0 cas en 2010 et 34 cas confirmés de poliovirus sauvage type 3 au mois de juillet 2011), la fièvre jaune (24 cas confirmés en 2008, 22 cas confirmés en 2009 et 47 cas confirmés en 2010), la rougeole (13 cas confirmés en 2008, 183 cas confirmés en 2009 et 435 cas confirmés en 2010) [1, 2].

Dans son Plan Pluriannuel complet 2011-2015, le PEV s'est fixé entre autres objectifs, l'atteinte d'une couverture vaccinale nationale d'au moins 90% pour tous les antigènes et un taux d'abandon DTC-HépB-Hib1 / DTC-HépB-Hib3 inférieur à 10%.

Considérant :

### **1. La faible accessibilité des services de vaccination**

En 2010, l'enquête de couverture vaccinale réalisée dans le cadre de la Revue externe du PEV a montré que 9% des enfants âgés de 0 à 11 mois n'avaient jamais été en contact avec les services de vaccination (PEV de routine et campagnes de masse). Dans 7 districts sur les 16 enquêtés, la proportion des enfants zéro-dose était supérieure à 10%.

Les facteurs le plus souvent rencontrés sont :

- **Les barrières géographiques** : Elles se résument pour l'essentiel à :
  - l'accès difficile des centres vaccinateurs dû à des routes ou pistes difficilement praticables en toutes saisons (Tabou, San-Pedro, Bouna etc.)
  - l'éloignement des centres de santé des villages ou des quartiers (Bouna, Abengourou, Odienné, Daloa, etc.)
  
- **Les barrières temporelles et organisation du travail** : Elles sont relatives au manque de temps des parents (occupations professionnelles ou familiales, voyages, etc.) [3 ; 4]. D'une manière générale, on observe une discordance entre la programmation des séances de vaccination par les agents de santé et les moments de disponibilité des populations cibles occupées par les activités génératrices de revenus.
  
- **Les barrières économiques** : Dans un contexte marqué par la vulnérabilité économique/pauvreté de la majorité des parents (environ 48% de la population sont pauvres), les facteurs les plus incriminés par les populations se rapportent au coût élevé du transport et à la non application de la gratuité des services de vaccination au niveau des formations sanitaires [5].
  
- **Les barrières socioculturelles** : Elles portent sur divers facteurs comme les réactions vaccinales ou les rumeurs de stérilité ou d'infertilité que pourraient engendrer l'administration de certains vaccins [3 ; 4]. Elles sont liées pour la plupart au faible niveau d'instruction des parents comme le prouvent de nombreuses études réalisées en Côte d'Ivoire et dans d'autres pays de la sous région [6 ; 7].

## **2. La faible disponibilité des services de vaccination**

### **a. Ressources matérielles**

- L'analyse de la situation des équipements de la chaîne du froid dans les districts et centres de santé mettant en œuvre le PEV fait ressortir des difficultés de plusieurs ordres :
  - l'insuffisance de matériel (malgré les efforts de renforcement des capacités au niveau central) ;
  - l'insuffisance de mise en œuvre du plan de remplacement ;
  - l'insuffisance de la maintenance préventive ;
  - l'inexistence de générateur fonctionnel dans certains dépôts de régions pour garantir un approvisionnement électrique en cas de coupure de courant ;
  - l'inexistence dans les centres de santé d'une source d'énergie alternative pour pallier aux ruptures de courant et de gaz [8].
  
- Le matériel roulant (véhicules et motos), indispensable pour la mise en œuvre correcte des stratégies avancées et mobiles, était insuffisant et vétuste dans la plupart des districts et centres de santé. La situation c'est aggravée davantage après la dernière crise électorale avec la disparition d'une importante partie du matériel roulant des services administratifs.

### **b. Ressources humaines**

- Le personnel non qualifié (garçons, filles de salle, aides soignants, ...) prend de plus en plus une part active dans la mise en œuvre du PEV en raison de la faible motivation du personnel qualifié (médecin, infirmier, sage-femme) pour cette activité.
- L'enquête réalisée dans 16 districts sanitaires dans le cadre de la réalisation de la revue externe du PEV 2010 a révélé qu'une faible proportion de vacinateurs (29%) a bénéficié d'une formation sur le PEV et parmi eux 40% avaient reçu cette formation il y a plus de quatre ans.
- Les éléments clés pour la gestion des activités de vaccination (connaissance de la cible, du calendrier vaccinal et des maladies cibles du PEV, mode de calcul de la couverture vaccinale, estimation des besoins en vaccins, ...) ainsi les vaccins du PEV ne sont pas bien connus voire méconnus par les responsables des centres de vaccination [8].

Il apparaît donc à la lumière de ces constats que le faible niveau de connaissance du personnel de santé impliqué au quotidien dans la gestion des activités de vaccination ne

garantit pas une prestation optimale et une vaccination sûre et efficace au niveau des centres vaccinateurs.

### **c. Vaccins et consommables**

- Depuis 2009, l'Etat de Côte d'Ivoire a signé avec l'Unicef, une Convention pour l'approvisionnement en vaccins et consommables par le biais de la Centrale d'achat de l'Unicef basé à Copenhague. L'application correcte des dispositions de cette convention n'est pas effective à cause de la non disponibilité des ressources financières allouées. Dans le cadre de l'appui GAVI, le versement de la quote-part de l'Etat (100 FCFA par dose de vaccin) pour le cofinancement n'est pas régulièrement effectué.
- Après acquisition, les vaccins sont stockés dans le dépôt central de l'INHP puis distribués dans les districts sanitaires par le biais des antennes régionales de l'INHP. Si les capacités de stockage sont considérées comme satisfaisantes au niveau central, elles sont par contre insuffisantes dans 19% des antennes régionales et 14% des centres vaccinateurs avec le plus souvent une faible capacité du personnel chargé de déterminer les rythmes d'approvisionnement à faire face à cette contrainte.
- En ce qui concerne le suivi de la température de conservation des vaccins, les niveaux de performances sont faibles surtout au niveau des dépôts centraux et régionaux et des centres de vaccination confrontés le plus souvent à un manque de matériel (enregistreurs électroniques, thermomètres) [8].

### **3. L'utilisation faible des services de vaccination**

#### **• Couverture vaccinales**

Les objectifs de couverture vaccinale du PEV sont 95% pour le BCG, 85% pour le DTCHepB et 80% pour le VPO, le VAR, le VAA et le VAT2.

La proportion de la population cible vaccinée dans le cadre du PEV de routine varie d'un vaccin à un autre, et est particulièrement faible pour les VAR, VAA et VAT2+.

En 2009 et 2010, au niveau national, les couvertures vaccinales obtenues sont :

Tableau I : répartition des couvertures vaccinales du PEV de routine, Côte d'Ivoire, 2009 et 2010

| <b>Vaccins</b> | <b>2009</b> | <b>2010</b> |
|----------------|-------------|-------------|
| BCG            | 95%         | 92%         |
| DTCHepB3       | 81%         | 86%         |
| VAR            | 67%         | 71%         |
| VAA            | 24%         | 70%         |
| VAT2+          | 44%         | 63%         |

Source : données de routine du PEV

L'analyse plus fine des couvertures vaccinales montre qu'au niveau district, en 2009 et 2010, les proportions de districts ayant obtenu une couverture vaccinale supérieure à 80% étaient :

Tableau II : proportions de districts ayant obtenu une couverture vaccinale supérieure à 80% dans le PEV de routine, Côte d'Ivoire, 2009 et 2010

| <b>Vaccins</b> | <b>2009</b> | <b>2010</b> |
|----------------|-------------|-------------|
| BCG            | 82%         | 63%         |
| DTCHepB3       | 58%         | 59%         |
| VAR            | 20%         | 23%         |
| VAA            | 1%          | 23%         |
| VAT2+          | 1%          | 7%          |

Source : données de routine du PEV

Les proportions de districts ayant obtenu une couverture vaccinale inférieure à 50% en 2009 et en 2010 étaient :

Tableau III : proportion de districts ayant obtenu une couverture vaccinale inférieure à 50% dans le PEV de routine, Côte d'Ivoire, 2009 et 2010

| <b>Vaccins</b> | <b>2009</b> | <b>2010</b> |
|----------------|-------------|-------------|
| BCG            | 0           | 1,20%       |
| DTCHepB3       | 1%          | 0,20%       |
| VAR            | 6%          | 0,16%       |
| VAA            | 93%         | 0,13%       |
| VAT2+          | 63%         | 0,03%       |

Source : données de routine du PEV

- **Taux d'abandon**

Dans le PEV de routine, le taux d'abandon considéré comme acceptable est de 10%. En 2009, au plan national, le taux moyen d'abandon était de 15% pour le DTCHepB1-DTCHepB3.

Au niveau district, la proportion de districts ayant obtenu un taux d'abandon inférieur à 10% était de 20% en ce qui concerne le DTCHepB1-DTCHepB3.

En 2010, au plan national, le taux moyen d'abandon était de 11% pour le DTCHepB1-DTCHepB3.

Au niveau district, la proportion de districts ayant obtenu un taux d'abandon inférieur à 10% était de 38% en ce qui concerne le DTCHepB1-DTCHepB3 [1].

Lors de l'enquête réalisée dans 16 districts dans le cadre de la revue externe 2010 du PEV, les principales raisons d'interruption ou de non réalisation des vaccinations, évoquées par les responsables des centres vaccinateurs sont :

- les coupures d'électricité et les ruptures de gaz ;
- les pannes de matériel (réfrigérateurs, véhicules, motos) ;
- les ruptures en vaccin ;
- l'insuffisance de ressources financières (pour l'achat de carburant, la motivation du personnel).

**Eu égard à ces constats, le CNEIV-CI adresse à votre Honneur les recommandations suivantes :**

1. Plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières pour l'achat des vaccins et consommables ;
2. Formaliser les procédures qui permettent un approvisionnement régulier en vaccin du PEV ;
3. Redynamiser les stratégies avancée et mobile de vaccination par :
  - la mise à disposition de matériel roulant adapté pour les districts et centres périphériques ;
  - L'allocation de ressources financières pour l'achat de carburant et la prise en charge des frais de motivation du personnel vaccinateur ;
4. Réviser le Plan de communication et renforcer la mobilisation sociale et communautaire pour la vaccination ;
5. Garantir l'application effective de la Politique nationale de gratuité des services de vaccination dans toutes les formations sanitaires de Côte d'Ivoire et au besoin prendre des mesures coercitives à l'encontre des contrevenants ;
6. Garantir la gratuité du traitement pour les maladies cibles du PEV et pour les manifestations adverses post-immunisation ;

7. Elaborer et mettre en œuvre un plan d'urgence de réhabilitation et de maintenance des équipements du PEV (matériel roulant et chaîne du froid) ;
8. Elaborer et mettre en œuvre dans le moyen terme un plan pour l'acquisition d'équipements solaires pour le PEV ;
9. Elaborer et mettre en œuvre un plan de formation de tous les acteurs (médecins, infirmiers, sages femmes, logisticiens) impliqués dans la mise en œuvre des activités de vaccination ;
10. Nommer des médecins chargés de la coordination des activités de vaccination et de surveillance épidémiologique au niveau régional.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination. Données de routine 2010 du PEV.
2. Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination. Revue externe 2006 du PEV.
3. Boa A. Perceptions du Programme élargi de vaccinations (PEV) et de ses dysfonctionnements dans le district sanitaire de Bouna (Nord-Est de la Côte d'Ivoire). Bull Soc Pathol Exot 2006 ; 99 (5) : 386-390.
4. Bénié J, Tiembré I, Ekra D, Attoh-Touré H, Dagnan NS, Traoré M et al. Les facteurs déterminants de l'abandon du circuit vaccinal dans la ville de Daloa (Côte d'Ivoire). Cah. Santé Publique, vol. 6, n°1-2007.
5. OMS. Etude opérationnelle sur les barrières et les occasions manquées de la vaccination en Côte d'Ivoire. Rapport final, Abidjan, 2009, 69p.
6. Nangui AD-E. Evaluation de la couverture vaccinale du PEV des enfants de 12 à 23 mois dans la commune de Songon [ thèse med]. UFR Sce med Univer. Cocody-Abidjan; 2010.
7. Ekra D, Aplogan A, Aliot T, Maman M. Etude des causes d'abandon de la vaccination de la diphtérie-tétanos-coqueluche chez les enfants de 0 à 11 mois dans trois district sanitaires du Niger, 2005. Bull Soc Path Exot, 2009, 102, 1, 59-71.
8. Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination. Revue externe 2010 du PEV.