

	<b>Processus</b> <b>« Coordonner le PEV »</b>		Réf. : EN03-M01
	<b>Bilan d'activités</b>		Création : 14/11/2017
			Version : 01
			Page : 53

**BILAN D'ACTIVITES DE LA DIRECTION  
DE COORDINATION DU PROGRAMME  
ELARGI DE VACCINATION  
2017**

- Décembre 2017 -

## SIGLES ET ABREVIATIONS

BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CPEV	(infirmier) Coordonnateur du Programme Elargi de Vaccination
CDF	Chaîne de froid
CV	Couverture Vaccinale
DC-PEV	Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination
DGS	Direction Générale de la Santé
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District sanitaire
DTC-HépbB-Hib	(vaccin combiné contre) Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite B et Haemophilus influenzae type B
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization (sigle anglais de Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination)
IPCI	Institut Pasteur de Côte d'Ivoire
JNV	Journées Nationales de Vaccination
MenA	Vaccin contre la méningite A
MAPI	Manifestations Adverses Post Immunisation
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PFA	Paralysie Flasque Aiguë
Polio	Poliomyélite
PPCE	Initiative un Parrain Pour Cent Enfants
PPAC	Plan Pluri-Annuel Complet
PVS	Poliovirus sauvage
RR	Vaccin rougeole rubéole
TNN	Tétanos Néonatal
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAA	Vaccin Antiamaril
VAR	Vaccin Anti-rougeoleux
VAT	Vaccin Antitétanique
VPO	Vaccin Polio Oral
VPI	Vaccin Polio Inactivé

## SOMMAIRE

SIGLES ET ABREVIATIONS .....	2
SOMMAIRE.....	3
INTRODUCTION .....	5
I. RAPPELS DES OBJECTIFS.....	5
I.1. Objectif général .....	5
I.2. Objectifs spécifiques .....	5
II. NIVEAU D'EXECUTION DES ACTIVITES .....	5
II.1. Etat de réalisation des activités .....	5
III. RESULTATS OBTENUS .....	40
III.1. Vaccination de routine.....	40
<i>III.1.1. Promptitude et Complétude des rapports .....</i>	<i>40</i>
<i>III.1.2. Couvertures vaccinales.....</i>	<i>40</i>
<i>III.1.3. Distribution des districts sanitaires selon leurs performances et par antigène ....</i>	<i>41</i>
<i>III.1.4. Taux d'abandon spécifique et global .....</i>	<i>43</i>
<i>III.1.5. Enfants cibles non vaccinés.....</i>	<i>44</i>
III.2. Activités de renforcement .....	45
<i>III.2.1. Evaluation des performances et de la qualité des données de vaccination .....</i>	<i>45</i>
<i>III.2.2. Renforcement des activités de routine .....</i>	<i>46</i>
III.3. Surveillance des maladies .....	46
<i>III.3.1. Surveillance de routine.....</i>	<i>46</i>
III.3.1.1. Surveillance des PFA .....	46
III.3.1.2. Surveillance de la Rougeole, fièvre jaune et du tétanos néonatal .....	47
<i>III.3.2. Activités de Vaccination Supplémentaires.....</i>	<i>48</i>
III.3.2.1. JNV Polio.....	48
III.3.2.2. Campagne HPV.....	48
III.4. Approvisionnement et gestion des vaccins .....	49
<i>III.4.1. Etat de stock des vaccins et consommables .....</i>	<i>49</i>
IV. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES MATERIELLES ET FINANCIERES .	51
IV.1. Gestion des ressources humaines .....	51
IV.2. Gestion des ressources matérielles .....	51

IV.3. Gestion financière.....	51	
Les ressources financières de la DCPEV proviennent du budget de l'Etat et des fonds alloués par des partenaires que sont l'OMS, l'UNICEF, GAVI, ROTARY CLUB. La situation des financements de l'année au 30 novembre 2017 est retracée dans le tableau ci-dessous. ....	51	
Au cours de l'année 2017, l'Etat a pour la première fois payé par anticipation les vaccins et consommables à hauteur de 4 200 000 000 FCFA conformément à l'engagement pris. ....	52	
V. FORCES ET FAIBLESSES DU SYSTEME DE VACCINATION.....	52	
IV.1. Points forts.....	52	
IV.2. Points à améliorer .....	52	
VI. DIFFICULTES RENCONTREES .....	52	
VII. PERSPECTIVES POUR L'ANNEE 2018 /MESURES CORRECTRICES ENVISAGÉES		53
CONCLUSION.....	53	

## INTRODUCTION

Dans le cadre de la mise en œuvre de son plan stratégique pluriannuel 2016-2020, la DC PEV a élaboré son plan d'action annuel 2017 tenant compte des acquis mais surtout des insuffisances enregistrées au cours de l'année 2016.

Ce plan vise à relever prioritairement les défis liés à l'amélioration des performances en matière de vaccination et surveillance des maladies, et à garantir sur toute la chaîne, un approvisionnement régulier et adéquat en vaccin et consommables de qualité.

Le présent rapport fait le point de l'exécution des activités planifiées pour l'année 2017, des performances atteintes par le programme dans les domaines de la vaccination de routine et la vaccination supplémentaire, du système d'approvisionnement en vaccins et consommables et du système de surveillance des maladies cibles. Ce rapport aborde également les difficultés rencontrées par le programme dans l'accomplissement de ses missions et dégage les perspectives d'actions prioritaires pour l'année 2018.

### I. RAPPELS DES OBJECTIFS

#### *I.1. Objectif général*

Selon le plan d'action opérationnel de l'année 2017, l'objectif général du programme est de contribuer à la réduction de la mortalité et la morbidité évitables par la vaccination chez l'enfant de moins d'un an et les femmes enceintes.

#### *I.2. Objectifs spécifiques*

Les objectifs spécifiques du PEV, d'ici fin décembre 2017, sont de :

- Atteindre une couverture vaccinale au niveau national de 92% pour tous les antigènes et dans au moins 80% des districts ;
- Atteindre une couverture vaccinale d'au moins 60% pour le vaccin contre les diarrhées à rotavirus ;
- Atteindre une couverture vaccinale d'au moins 80% dans le projet de démonstration de la vaccination contre le cancer du col utérin (HPV) ;
- Maintenir le taux d'abandon spécifique (penta 1/3) à moins de 10% au niveau national ;
- Maintenir les indicateurs de performances des maladies sous surveillance PEV au delà des seuils de performances;
- Approvisionner le niveau central, régional et périphériques en vaccins et consommables d'injection de manière adéquate et continue ;
- Renforcer les établissements intervenant dans le PEV en équipements de CDF, matériels roulants et magasins de stockage des consommables à tous les niveaux ;
- Assurer la maintenance des équipements de la chaîne du froid et matériel roulant du PEV ;
- Etendre l'initiative 1 PPCE à 30 districts sanitaires ;
- Maintenir l'appui financier pour la mise en œuvre de l'initiative 1 PPCE.

### II. NIVEAU D'EXECUTION DES ACTIVITES

#### *II.1. Etat de réalisation des activités*

Le tableau ci-dessous fait le point de la mise en œuvre des activités au cours de la période de janvier à novembre 2017, par composante opérationnelle du programme.

**Tableau 1** : Niveau de mise en œuvre des activités du PEV planifiées pour La période de janvier à novembre 2017

R= Activités réalisées ; NR= Activités non réalisées ; PR=Partiellement réalisée

Année 2017	Prestation des services de vaccination																Responsables	Etat de mise en œuvre	Observation
	Activité	Mois de début	Mois de fin	% Réalisé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
<b>Objectif 1</b> : D'ici 2020, atteindre une couverture vaccinale d'au moins 95% au niveau national et au moins 95% dans chaque district pour tous les antigènes et chaque centre vaccinateur : BCG : 92% ; DTC-HepB-Hib3 : 92% ; VPO 3 : 92% ;VAR/VAA : 92% ; VAT 2+ : 92% ;PCV-13 : 92% ; Rota 3 : 60% ; VPI : 92%																			
<b>Stratégie 1.1 : Renforcement des services de vaccination</b>																			
1.	Organiser les stratégies avancées et mobiles dans tous les districts	2	12	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DCPEV / SPREST	EN COURS	Sur 55 376 planifiés 44 755 réalisées soit 81% de taux de réalisation en fin octobre
2.	Former 10 nouveaux responsables des centres vaccinateurs par district (MLM/Epi)	10	11	100 %										x	x		DCPEV / SPREST	NR	
3.	Former 102 médecins action sanitaires des régions et des districts sanitaires (MLM/Epi)	10	11	100 %										x	x		DCPEV / SPREST	NR	









6.	Acquérir 2900 kits de prélèvement	4	4	100 %				x										Service surveillance / OMS	R	
7.	Organiser 3 missions de supervision des responsables des sites de la surveillance environnementale des poliovirus	6	12	0%						x								Service surveillance / IPCI/OMS	NR	Reportée en 2018
8	Prendre en charge 2900 prélèvements acheminés des sites vers l'IPCI	1	12	32%	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Service surveillance / OMS	PR	2 210 800 FCFA ont été décaissés sur la période du 1 <sup>er</sup> janvier au 15 mars 2017
9	Former tous les acteurs impliqués dans la surveillance au niveau région, district et formations sanitaires y compris les ASC	8	9	0%									X	X				Service surveillance	NR	Financement non disponible
<b>Stratégie 1.2 : Renforcement de la surveillance</b>																				
10	Produire 4500 fiches de gestion, 408 exemplaires de directives actualisées des prélèvements	6	10	20%				x										Service surveillance	PR	





18	Editer et mettre à disposition des formations sanitaires les posters sur les cas de PFA et autres MEV			100 %														Service surveillance / OMS	R	
19	Renforcer les activités de suivi des CSE régionaux en matière de la surveillance			50%														Service surveillance / OMS	EN COURS	
20	Elaborer une procédure d'acheminement des échantillons suivant les standards, avec suivi par tracking			50%														Service surveillance / OMS	EN COURS	
21	Elaborer et diffuser des messages de sensibilisation des communautés sur la surveillance des PFA et autres MEV en dehors des campagnes			45%														Service surveillance / OMS	R	Au stade de la production

22	Elaborer et mettre à la disposition des CSE régionaux un outil de monitoring des visites des sites prioritaires			50%													Service surveillance / OMS	R	reste à diffuser
<p><b>Objectif 2</b> : Atteindre et maintenir les critères d'élimination de la rougeole et de contrôle du syndrome rubéoleux congénital d'ici 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atteindre une CV en routine au niveau national de 92% d'ici fin 2017</li> <li>- Atteindre au moins 95% de CV RR au cours des AVS au niveau national et dans chaque DDS d'ici fin 2017.</li> <li>- 98% des DDS notifient au moins un cas de rougeole d'ici fin 2017.</li> <li>- Atteindre un taux d'éruption fébrile non rougeoleuse d'au moins 2 pour 100 000 habitants d'ici fin 2017s.</li> <li>- Avoir une prévalence de la rougeole inférieure à 5 cas pour 1 million d'Habitants d'ici fin 2017</li> </ul>																			
<b>Stratégie 2.1 : Organisation de la surveillance sentinelle du syndrome rubéoleux congénital</b>																			
23	Conduire 02 missions prospectives d'identification des sites sentinelles de surveillance	5	7	0%						x	x						Service surveillance	NR	REPORTE EN JANVIER 2018
24	Organiser un atelier d'élaboration du plan et des directives de mise en œuvre de la surveillance du syndrome rubéoleux congénital	8	11	0%									x	X	X	X	Service surveillance	NR	REPORTE EN 2018







36	Organiser 04 réunions trimestrielles pour la classification des cas de MAPI dans le cadre de la pharmacovigilance (imputabilité)	3	12	75%			x													x	Surveillance	R	Dernière réunion prévue pour le 19 dec 2017
37	Former les acteurs du niveau opérationnel sur le remplissage des nouveaux formulaires d'enquête pour la surveillance de l'impact ROTA et IIA.	3	3	100%			x														Surveillance/O MS	R	
<b>Année 2017</b>	<b>Approvisionnement en vaccins, qualité et logistique PEV</b>																						
N°	Activité	Mois de début	Mois de fin	% Réalisé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Responsables	Etat de mise en œuvre	Observation				
<b>Objectif 1</b> : D'ici 2020 Augmenter la capacité de stockage des dépôts central et périphériques d'au moins 90% Atteindre une proportion adéquate de structure ayant une capacité de stockage suffisante pour les vaccins d'ici fin 2017 : Au niveau régional : 65% Au niveau district : 85% Au niveau centre de santé : 25% Atteindre une capacité de stockage suffisante des dépôts pour les vaccins d'ici fin 2017 :																							

Au niveau central : 100%  
 Au niveau régional : 25%

**Stratégie 1.1 : Renforcement en infrastructures et équipements**

1.	Construire 16 locaux au niveau régional abritant les chambres froides	J	N	25%	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DCPEV/ SLOG/ DIEM	EN COURS	Les sites ont été identifiés et 4 en construction
2.	Acquérir 26 (6 national et 20 régional) enregistreurs continus de température avec système d'alarme via réseau téléphonique	J	J	50%													DCPEV/ SLOG/	EN COURS	En attente de l'installation du réseau internet au niveau des chambres froides
3.	Acquérir 7 enregistreurs continus de température pour les camions frigorifiques	J	J	50%													DCPEV/ SLOG/	EN COURS	Disponibilité des enregistreurs mais pas encore installés
4.	Acquérir 12 groupes électrogènes de 30 KVA au niveau région et 40 stabilisateurs triphasiques automatique de 20 KVA pour les régions	O	D	100 %													DCPEV/ SLOG/	R	











1.	Appuyer la mise en œuvre de l'initiative 1PPCE dans les 82 districts sanitaires	3	6	0%			x	x	x	x									DCPEV/ SCOM	NR	Financement non disponible
2.	Appuyer l'organisation d'une campagne de communication multimédia sur le PEV de routine en collaboration avec C4D et Info/Com	4	8	50%				x											DCPEV/ SCOM/ C4D UNICEF	EN COURS	
3.	Organiser tous les 4 mois une campagne de sensibilisation sur la vaccination	4	12	0%				x											DCPEV/ SCOM	NR	Financement RSS non disponible
4.	Produire des spots et émissions radios téléés	2	5	100%			x	x	x	x									DCPEV/ SCOM	R	
5.	Produire des supports de communication et articles de mobilisation	2	5	100%			x	x	x	x									DCPEV/ SCOM	R	
6.	Diffuser des supports de communication et articles	2	5	100%			x	x	x	x									DCPEV/ SCOM	R	







19.	Organiser un atelier de formation des ONG sur les approches communautaires participatives et la communication interpersonnelle	3	3	100 %															DCPEV/ SCOM/C4D UNICEF	R	
20.	Former les points focaux communication des 83 districts sanitaires en technique de communication et de mobilisation sociale	5	6	64%															DCPEV/ SCOM	PR	Une partie des points focaux communication a été formée lors de la réunion de suivi en février 2017 soit 53 PFC sur les 83
21.	Renforcer l'appui de 12 OSC dans la promotion du PEV	6	7	0%															DCPEV/ SCOM/ FENOSCI	NR	Financement RSS non disponible
22.	Organiser un atelier de planification conjointe des activités des ONG au niveau central et district pour l'appui à la promotion du PEV	5	5	0%															DCPEV/ SCOM/ FENOSCI	NR	Financement RSS non disponible



- Unifier les lignes d'achat de vaccins d'ici fin 2017

**Stratégie 1.1 : Faire un plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières adéquates**

1.	Faire le suivi de la mise en œuvre de la décision gouvernementale d'achat anticipé des vaccins et consommables auprès du ministère du Budget et de l'Economie et Finances	1	3	100 %	x	x	x												DC/SAF	R	Tous les fonds 2017 ont été transférés
2.	Organiser une rencontre d'échange pour définir le cadre de collaboration entre la DCPEV et l'INHP pour la gestion des vaccins	4	4	5%				x											DC/DCA	EN COURS	Courrier adresser au directeur de l'INHP pour solliciter une date pour définir le cadre. Attente de la réponse
3.	Organiser un atelier de réflexion sur la stratégie de mobilisation de fonds additionnel pour la vaccination	6	6	0%					x										SAF	NR	

**Stratégie 1.2 : Amélioration du suivi financier**

4.	Produire trimestrielle ment un état financier récapitulatif des dépenses	1	12	100 %																x	x	x	x	SAF	R					
<b>Objectif 2 :</b> D'ici 2020, Améliorer la coordination et le cadre institutionnel sur la vaccination																														
- 100% du personnel de bureau formé d'ici fin 2017																														
- Elaboration du manuel de procédures de gestion d'ici fin 2017																														
<b>Stratégie 2.1 : Renforcement des capacités</b>																														
5.	Former le personnel du PEV à l'utilisation de l'outil informatique (Word, Excel, Powerpoint, Access)	8	9	0%																						x	x	SAF	NR	Un cabinet de formation a été identifié mais le processus n'a pas suivi son cours
6.	Faire affecter ou recruter statisticien (1), logisticiens (3), maintenanciers (2), chauffeurs(4), gestionnaire des ressources humaines(1), spécialistes de santé publique / épidémiologiste (4),	2	12	100 %	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	SAF	R		











Sur les 131 activités planifiées pour 2017, 47 % ont été entièrement réalisées (62 activités), 6% ont été partiellement réalisées (08 activités), 11 % sont en cours de réalisation (15 activités) et 35% (46 activités) n'ont pas connu de début de réalisation.

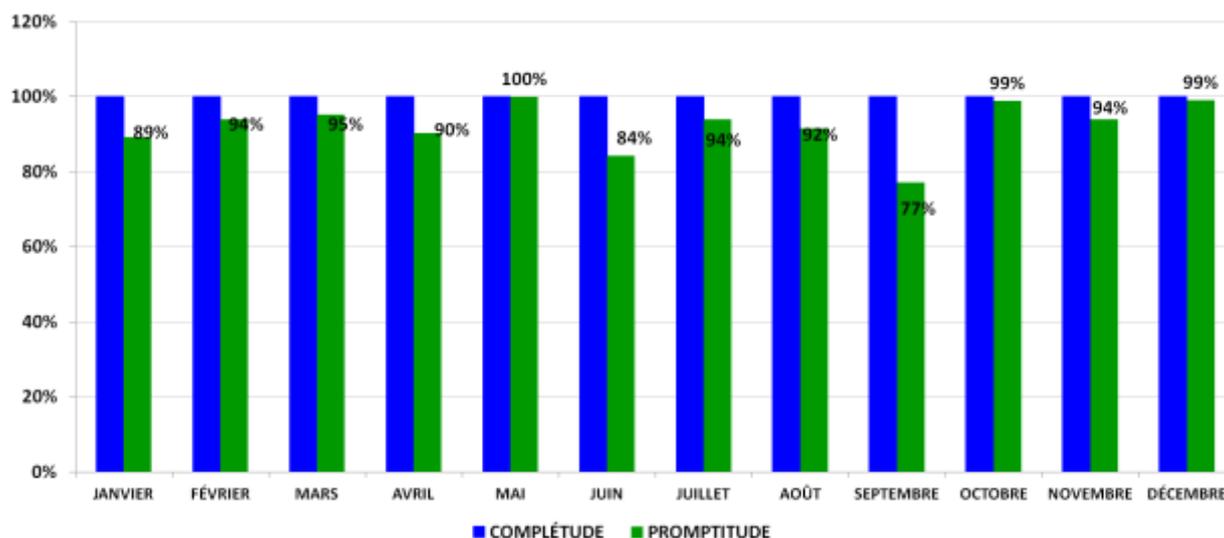
Domaines/Composante opérationnelle	Planifié	Réalisé	Partiellement réalisées	En cours	Non Réalisé
Prestations de services de vaccination	20	11	00	02	07
Surveillance et lutte contre la maladie	37	17	04	02	14
Logistique	21	10	02	06	03
Communication et génération de la demande	26	12	01	01	12
Gestion du Programme	27	12	01	04	10
<b>Total</b>	<b>131</b>	<b>62</b>	<b>08</b>	<b>15</b>	<b>46</b>
<b>Taux d'exécution</b>		<b>47%</b>	<b>6%</b>	<b>11%</b>	<b>35%</b>

### III. RESULTATS OBTENUS

#### III.1. Vaccination de routine

##### III.1.1. Promptitude et Complétude des rapports

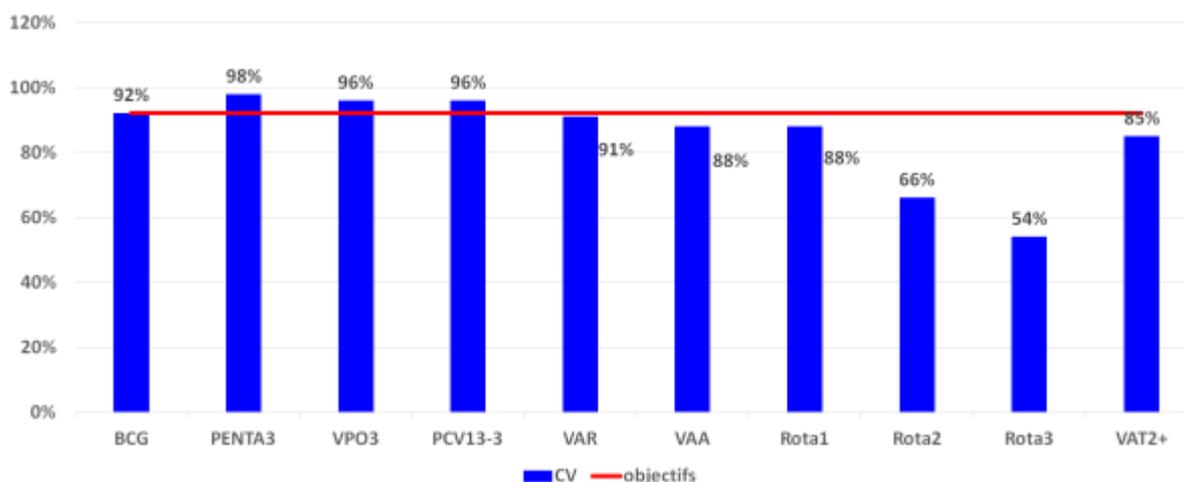
**Figure 1** : Evolution de la complétude et de la promptitude de transmission des rapports mensuels PEV au niveau central de janvier à fin décembre 2017



La complétude des rapports mensuels PEV au niveau central est de 100% pour tous les mois. La promptitude de soumission des rapports mensuels de vaccination de routine (avant le 15 du mois) varie d'un mois à un autre au niveau central. L'objectif de 80% n'a pas été atteint pour le mois de septembre.

##### III.1.2. Couvertures vaccinales

**Figure 2** : CV cumulées par antigène au niveau national de janvier à décembre 2017



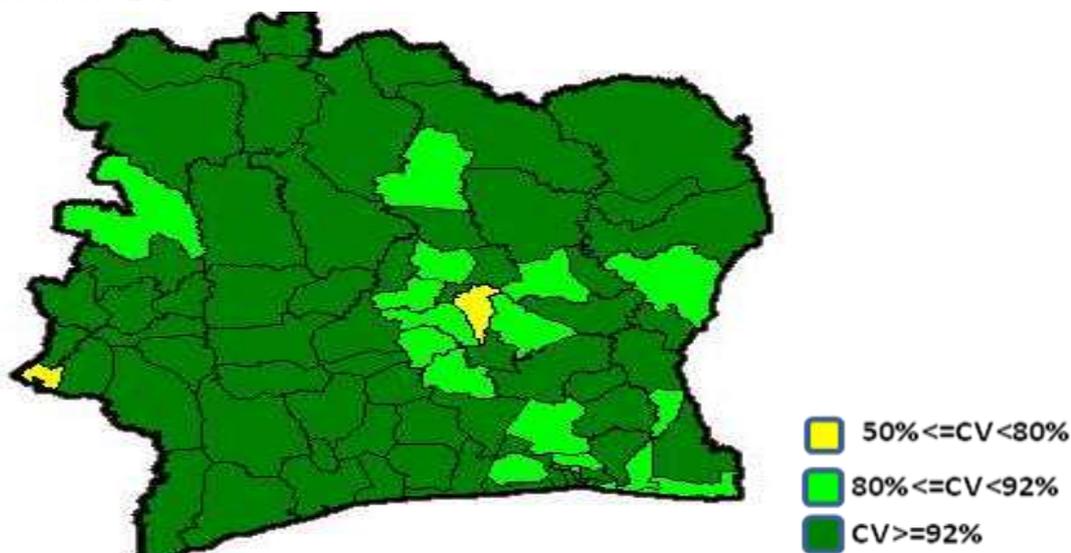
L'objectif de 92% a été atteint en fin décembre 2017 pour le BCG, Penta 3, le VPO-3 et PCV 13-3. Par contre, cet objectif n'est pas atteint pour le VAR, le VAA, VAT 2+. Pour le Rota3 l'objectif de 60% n'a pas encore été atteint en fin décembre 2017.

### III.1.3. Distribution des districts sanitaires selon leurs performances et par antigène

Cette analyse est illustrée à travers les données de 3 indicateurs à savoir la 3<sup>ème</sup> dose de Pentavalent et du PCV\_13 et le vaccin antirougeoleux.

#### 1. Le vaccin Penta\_3<sup>ème</sup> dose

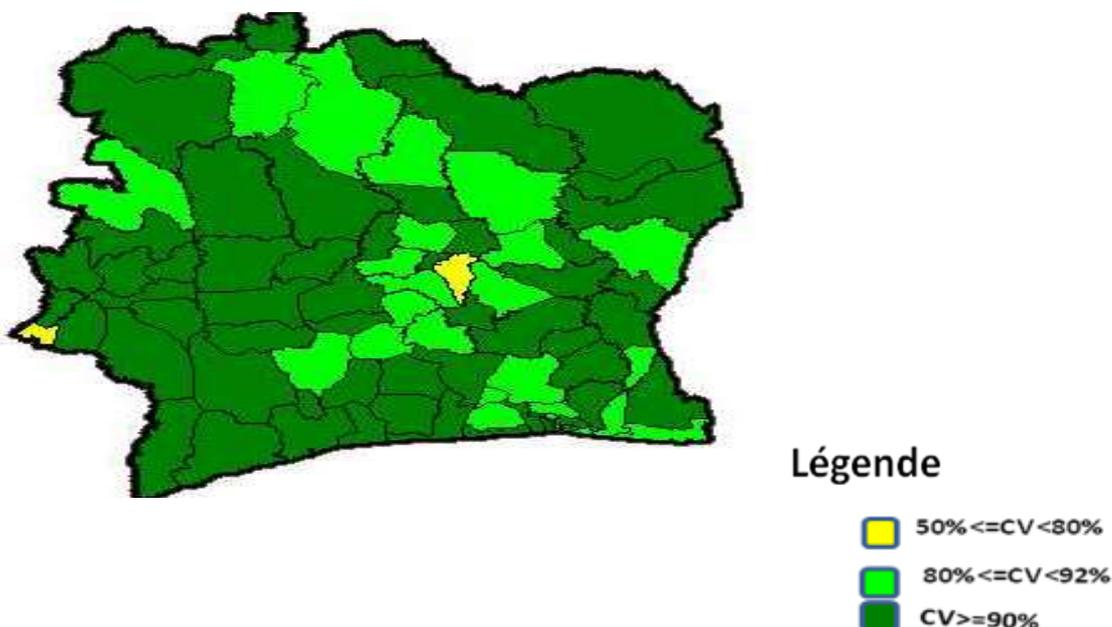
**Figure 3:** Catégorisation des districts en fonction de la couverture vaccinale cumulée du Penta 3 au 31 décembre 2017



La performance des districts pour la 3<sup>ème</sup> dose du Penta est illustrée par la carte ci-dessous. Au total au 31 décembre 2017: 76% des districts ont atteint l'objectif de 92% en Penta\_3 et 21,68% ont une couverture comprise entre 80% et 92%. Les districts sanitaires de Didiévi et Toulepleu sont les moins performants avec une CV inférieure à 80%.

#### 2. Le vaccin PCV13\_3<sup>ème</sup> dose

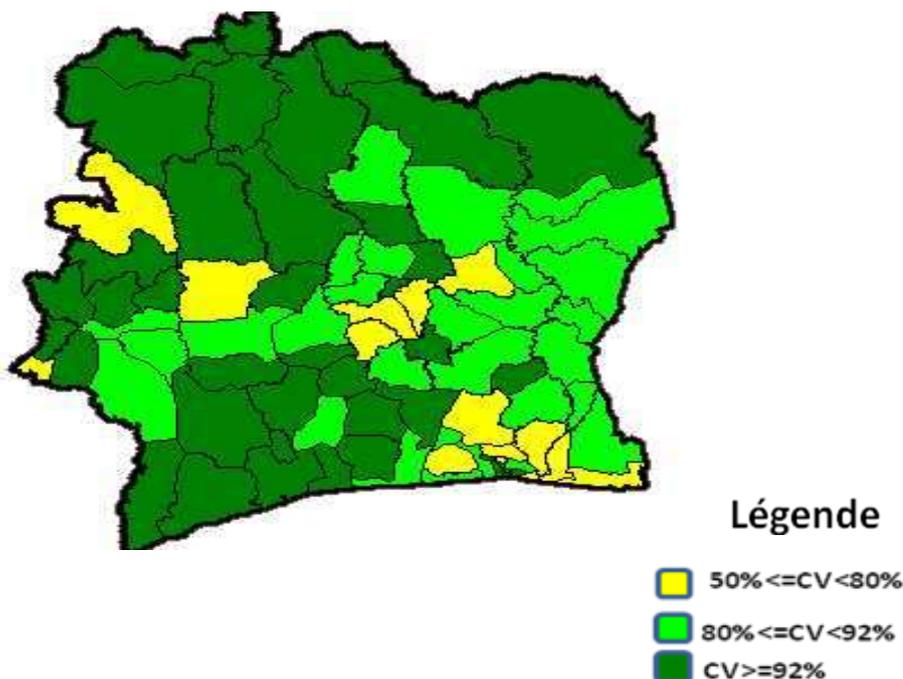
**Figure 4:** Catégorisation des districts en fonction de la couverture vaccinale cumulée du PCV13\_3 au 31 décembre 2017



La performance des districts pour la 3<sup>ème</sup> dose de *PCV13* est illustrée par la carte ci-dessous. Au total 69% des districts ont atteint l'objectif de 92% en *PCV13\_3* et 27,71 % ont une CV comprise entre 80% et 92%. Les districts sanitaires de Didiévi, Toulepleu et Treichville-Marcory sont les moins performants avec une CV inférieure à 80%.

### 3. Le vaccin anti-rougeoleux

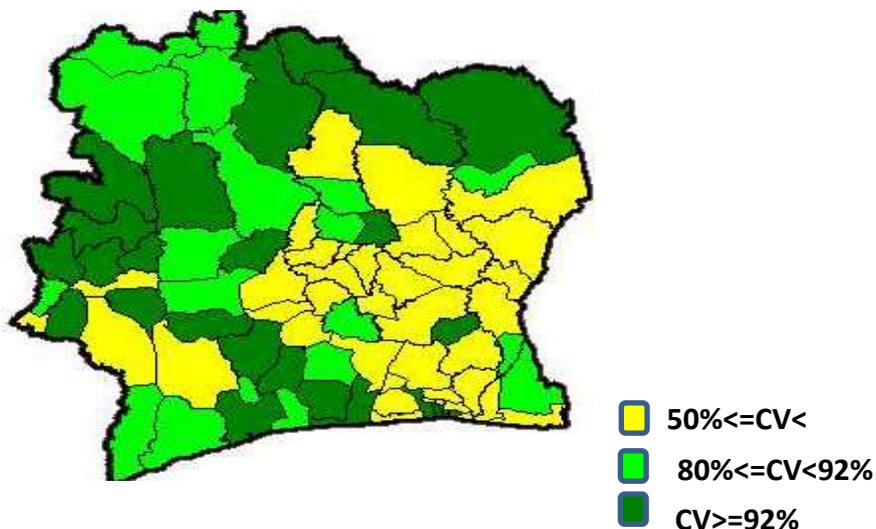
**Figure 5:** Catégorisation des districts en fonction de la couverture vaccinale cumulée en VAR au 31 décembre 2017



La couverture vaccinale cumulée par district pour le vaccin anti-rougeoleux, présentée sur les cartes ci-dessous, montre que seulement 47% des districts sanitaires ont atteint 92% de couverture. 36 % des districts ont une CV comprises entre 80% et 92 %. Les districts les moins performants c'est-à-dire ayant une couverture vaccinale en VAR inférieure à 80% sont ceux d'Abobo Est, Yamoussoukro, Dabou, M'bahiakro, Adiaké, Vavoua, Alepé, Grand-Bassam, Touba, Agboville, Anyama, Tiébissou, Didiévi et Toulepleu, soit 17% des districts.

#### 4. Le vaccin anti-antitétanique

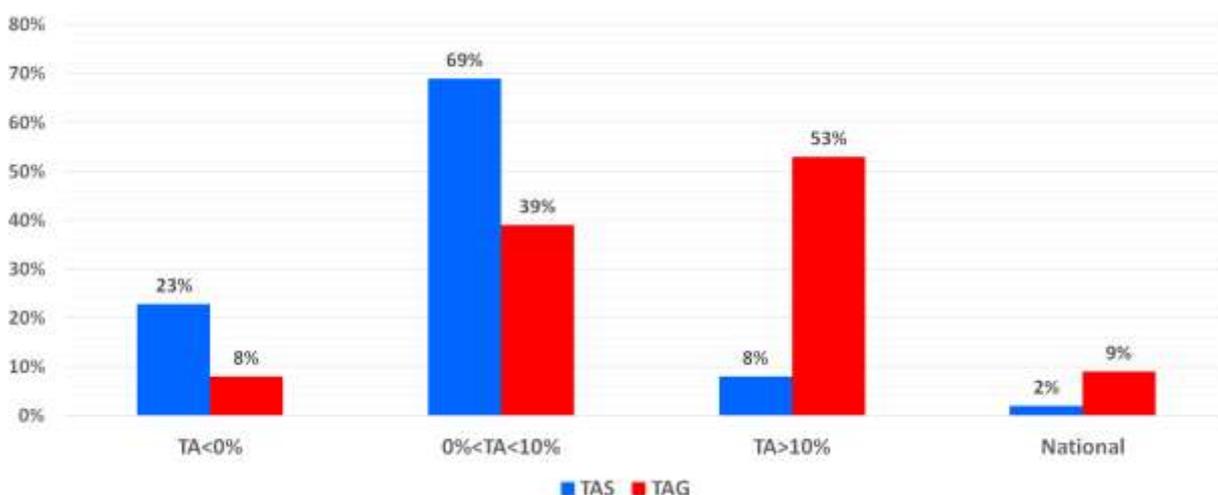
**Figure 6 :** Catégorisation des districts en fonction de la couverture vaccinale cumulée du VAT2+ à décembre 2017



La couverture vaccinale cumulée par district pour la 2ème, 3ème, 4ème et 5ème dose du vaccin antitétanique (VAT2+), présentée sur la carte ci-dessus, montre que seulement 30% des districts sanitaires (soit 24 DS) ont atteint 92% de couverture. 24% des districts (soit 20 DS) ont une CV comprise entre 80% et 92 %. Les districts les moins performants c'est-à-dire ayant une couverture vaccinale comprise entre 50% et 80% sont majoritaires car ils représentent 46 % des districts (soit 38 DS).

#### III.1.4. Taux d'abandon spécifique et global

**Figure 7 :** Taux d'abandon spécifique et global au cours de la période de janvier à décembre 2017



Pour cette période, le taux d'abandon spécifique (TAS) et le taux d'abandon global (TAG) sont satisfaisants (< 10%) au niveau national. Cependant à l'analyse on note que 53% districts sanitaires ont un TAG supérieur à 10% et 08% des districts ont un TAG négatif.

Au niveau du TAS, 23% des districts ont un TAS négatif, 08 % des districts ont un TAS supérieur à 10 %.

L'analyse de ces données montre qu'il y a un problème de qualité de données (TAG et TAS négatifs) et aussi un problème dans la continuité de la vaccination de la cible dans certains districts (TAG et TAS > 10%).

### **III.1.5. Enfants cibles non vaccinés**

#### **✓ pour le VAR**

La situation des districts ayant plus de 5000 enfants cibles non vaccinés pour le VAR pour la période de janvier- octobre 2017, est présentée sur le tableau ci-dessous.

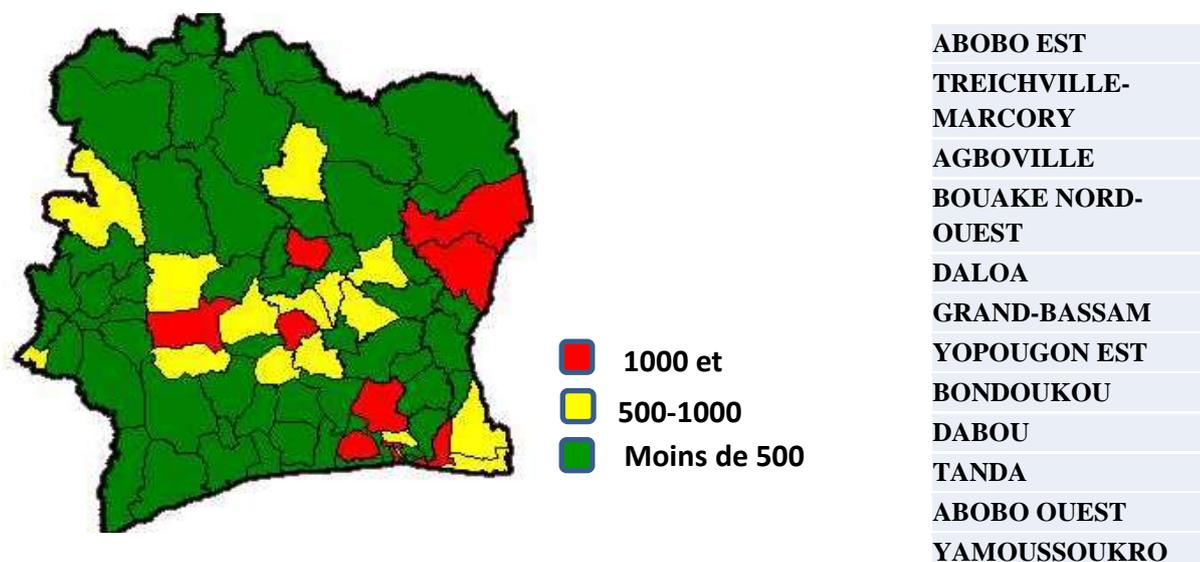
**Tableau 2** : Répartition des districts ayant plus de 5000 enfants cibles non vaccinés pour le VAR à octobre 2017

<b>Districts</b>	<b>Reste à vacciner VAR</b>	<b>Proportion cible à vacciner</b>
ABOBO EST	<b>7 703</b>	<b>4</b>
ADJAME-PLATEAU-ATTECOUBE	<b>5 268</b>	<b>3</b>
BOUAFLE	<b>5 153</b>	<b>4</b>
BOUAKE NORD-OUEST	<b>6 847</b>	<b>5</b>
DALOA	<b>8 454</b>	<b>3</b>
GAGNOA	<b>5 390</b>	<b>3</b>
KORHOGO	<b>6 786</b>	<b>3</b>
SAN PEDRO	<b>6 100</b>	<b>3</b>
SOUBRE	<b>7 445</b>	<b>3</b>
VAVOUA	<b>5 763</b>	<b>4</b>

Comme illustré sur le tableau ci-dessus, 10 districts sanitaires ont encore un grand nombre d'enfants cibles non vaccinés au VAR supérieur à 5000. Ces chiffres représentent en termes de proportion, entre 3 à 5 mois de leur cible mensuelle à vacciner.

✓ pour le Penta3

**Figure 8** : Enfants cibles non vaccinés au Penta3 à décembre 2017



La figure ci-dessus présente la situation des enfants cibles non vaccinés en Penta3 pour la période de janvier à novembre 2017. Il ressort de cette analyse que 12 districts sanitaires abritent encore un grand nombre d'enfants cibles à vacciner (> 1000).

### III.2. Activités de renforcement

#### III.2.1. Evaluation des performances et de la qualité des données de vaccination

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des données, suite à la formation des équipes régionales de santé et cadres de districts, une auto-évaluation de la qualité des données couplée à l'enquête LQAS a été organisée dans l'ensemble des 83 districts du pays par cinq (05) membres de chaque Equipe Cadre de District (ECD) à savoir : le médecin chef de district sanitaire, le médecin chef d'action sanitaire, le CPEV, le CSE et un autre collaborateur.

Il ressort de cette évaluation que :

- 32 districts, soit 39% avaient une bonne performance en Penta 3. Une analyse croisée des données administratives avec les résultats du LQAS montre que sur les 60 districts sanitaires ayant une couverture vaccinale administrative  $\geq 92\%$  en Penta 3, seuls 14 avaient une bonne performance en Penta 3 au cours du LQAS.
- 27 districts, soit 33% avaient une bonne performance en VAR. L'analyse croisée des données administratives avec les résultats du LQAS montre que sur les 26 districts sanitaires ayant une couverture vaccinale administrative  $\geq 92\%$  en VAR, seuls 06 avaient une bonne performance en VAR au cours du LQAS.
- au niveau des centres de santé, des discordances importantes ont été relevées selon les différentes sources de données. Les résultats montrent que dans 15% et 18% des cas, les centres de santé étaient en situation de sur-rapportage des données respectivement pour le Penta 3 et le VAR.

Cependant, il convient de noter une amélioration notable de la qualité des données aussi bien pour le siège des districts sanitaires que pour les centres de santé en se référant aux évaluations de 2015 et 2016.

### III.2.2. Renforcement des activités de routine

Cette année, une semaine d'intensification du PEV de routine a été organisée dans les 83 districts sanitaires que compte la Côte d'Ivoire du 24 au 30 avril 2017.

### III.3. Surveillance des maladies

#### III.3.1. Surveillance de routine

Au niveau de la surveillance des maladies cibles du PEV, il a été enregistré de janvier au 31 décembre 2017 :

- 0 cas de PVS ;
- 144 cas confirmés à IgM positifs de rougeole ;
- 24 cas confirmé de fièvre jaune ;
- 10 cas de tétanos néonatal.

#### III.3.1.1. Surveillance des PFA

La performance du programme dans la surveillance des PFA est résumée dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 3:** Indicateurs de surveillance de la Poliomyélite au 31 décembre 2017

INDICATEURS	VALEURS	CIBLE
Nombre de cas de PFA attendus		210
Nombre de cas de PFA notifiés	334	201
Taux de PFA non polio	3,2 %	>2
Pourcentage de selles prélevées dans les 14 jours	93%	>=80%
Proportion de cas de PFA investigués dans les 48 h	26%	>=80%
% Cas de PFA avec un examen de suivi réalisés dans les 60 jours après le début de la paralysie	47%	>=80%
Proportion d'échantillons arrivant à la DCPEV dans 3 jours	65%	>=80%
Nombre de districts silencieux	02	00
Proportion d'échantillons arrivant au laboratoire national dans 3 jours	38 %	>=80%
Proportion d'échantillons qui arrivent au Laboratoire dans de bonnes conditions	95%	>=80%
Spécimens avec résultats rendus dans les 14 jrs	96%	>=80%
Proportion d'échantillons avec isolement d'entérovirus non-polio	14%	>=10%

Aucun cas de PVS ni de cas compatibles n'a été enregistré.

Néanmoins, 02 districts sont restés silencieux à la surveillance des PFA au 31 décembre 2017.

Ce sont les districts sanitaires de Dabakala et de Grand-Bassam. On note aussi un taux de PFA non polio satisfaisant de 3,2% (> 2).

### III.3.1.2. Surveillance de la Rougeole, fièvre jaune et du tétanos néonatal

**Tableau 4:** Indicateurs de surveillance de la Rougeole de la Fièvre Jaune et du Tétanos néonatal au 31 décembre 2017

INDICATEURS CLES	ROUGEOLE	FJ	TNN
Nombre de cas attendus			
Nombre de cas notifiés	2035	1407	11
Districts ayant notifié $\geq 1$ cas avec prélèvement	99 %	99%	
Taux d'éruption fébrile non rougeoleuse	8 pour 100000		
Echantillons acheminés dans de bonnes conditions de conservation	98%	99%	
Pourcentage d'échantillons acheminés dans les 3 jours après prélèvement	41%	31%	
District silencieux	01	01	
Cas confirmés par biologie ou après investigation	144	24	9
Flambées confirmées après investigation	5		
Nombre de ripostes organisées	5	0	0

On note 05 districts ayant enregistré une flambée épidémique de Rougeole à savoir : Béoumi, Yopougon Est, San Pedro, Kouibly et Biankouma pour 144 cas confirmés. Des ripostes ont été organisées dans ces districts.

Trois (03) districts silencieux dans la surveillance de la Rougeole, ce sont les districts d'Alépé, Lakota et Mankono.

01 cas de fièvre jaune a été confirmé par le laboratoire régional de référence dans le district de Soubré. Ce cas a fait l'objet d'une investigation et d'une riposte.

Onze (11) cas de Tétanos néonatal ont été notifiés, dont deux (02) pour chacun des districts de Zouan-Hounien, Fresco et Guiglo, un (01) cas pour chacun des districts d'Abobo Est, Zuénoula, Biankouma, Sassandra et Divo. Le seuil admis au niveau national n'a pas été atteint soit moins d'un cas pour 1000 (0.009).

### III.3.1.3. Surveillance des méningites à Hib

**Tableau 5:** Indicateurs de surveillance des méningites

INDICATEURS SPÉCIFIQUES	VALEUR
Nombre de cas suspects de méningite à Hib notifiés	403
% de patients ayant bénéficié d'une PL	100%
% LCR purulent avec une croissance bactérienne	1,24%
% d'isolats réalisés (LCR) qui sont à Haemophilus tous types	NA
% d'isolats réalisés à partir du LCR qui sont à Hib	0%

Aucun cas confirmé de méningite à Hib n'a été enregistré au cours de l'année 2017.

### III.3.1.4. Surveillance des *diarrhées à rotavirus*

**Tableau 6 :** Indicateurs de surveillance des *diarrhées à rotavirus*

<b>INDICATEURS SPÉCIFIQUES</b>	<b>VALEUR</b>
Nombre de cas suspects de diarrhée à rotavirus (RV)	ND
% de patients ayant bénéficié d'un prélèvement de selle	NA
% de selles positifs au Rotavirus avant introduction du vaccin	23%
% de selles positifs de la surveillance d'impact (après introduction)	16%

### III.3.2. Activités de Vaccination Supplémentaires

#### III.3.2.1. JNV Polio

Deux (02) passages de JNV contre la poliomyélite ont été organisés par le programme en 2017. Les résultats de ces différents passages sont consignés dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 7 :** Résultats des 2 passages des JNV Polio de 2017 en Côte d'Ivoire

<b>Indicateurs</b>	<b>1er passage JNV</b>	<b>2ème passage JNV</b>
Population cibles	8 634 576	8 634 576
Vaccinés /supplémentés/déparasités	8 240 101	8 589 564
CV moyenne	95%	97,47%
Zéro doses	0,4%	0,08%
Taux de perte	2,1%	2,14%
Nombre de cas de PFA notifié	13	09
Nombre cas de rumeur de ver de Guinée	04	98
<b>Résultats des enquêtes de monitoring</b>		
% enfants cibles non vaccinés	3,6%	6,86 %
Localités insuffisamment couvertes	1,8%	0,4 %

Les couvertures vaccinales sont d'au moins 95% lors des deux éditions.

#### III.3.2.2. Campagne HPV

Le PEV organise actuellement des activités de vaccination supplémentaires en cette année 2017 dans le cadre du 2<sup>ème</sup> passage du projet de démonstration de l'introduction du vaccin HPV dans le PEV de routine.

Il s'agit du second passage de la deuxième phase du projet dans les districts de Korhogo et Abengourou.

**Tableau 8:** Résultats de la 2ème phase du Projet de démonstration de la vaccination contre le HPV, Novembre 2017

Aires sanitaires	Cible attendue			Filles scolarisées et non scolarisées		
	Total attendu	Filles scolarisées	Filles non scolarisées	Total vacciné	Reste à vacciner	couverture
Abengourou	3 553	3 190	363	3 443	110	97 %
Korhogo	12 156	8 893	3 263	10 530	1 626	87 %
<b>Total</b>	<b>15 709</b>	<b>12 083</b>	<b>6 323</b>	<b>13 973</b>	<b>1 736</b>	<b>89 %</b>

### III.4. Approvisionnement et gestion des vaccins

#### III.4.1. Etat de stock des vaccins et consommables

Le tableau ci-dessous montre une disponibilité permanente des vaccins et consommables au niveau central sauf pour le Rota et le coton. Ces quelques jours de rupture au niveau du Rota et du coton n'ont pas eu d'impact sur la continuité des services de vaccination.

**Tableau 9:** Situation des stocks au niveau central à la date du 31 décembre 2017

VACCINS, MATERIEL D'INJECTION	MOUVEMENTS DES STOCKS (Doses / Unités)		
	Consommation mensuelle	Stock restant	Nombres de mois de stocks
<b>Vaccins de routine</b>			
BCG	128 920	1 183 280	9
DTC-HepB-Hib	235 930	1 546 340	7
bVPO	269 940	1 497 500	6
VAR	76 222	52 560	1
VAA	76 222	670 160	9
VAT	168 060	361 320	2
PCV-13	218 723	283 024	1
Rota_liq	218 457	459 671	2
<b>Consommables de routine</b>			
SAB_0.05ml	122 560	953 150	8
SAB_0.5ml	874 500	12 774 000	15
Sdilution_2ml	6 391	50 172	8
Sdilution_5ml	15 504	720	0
BS_5l	10 190	34 625	3
Coton	997	1 037	1

En tenant compte des arrivages prévues (voir encadré ci-dessous), le niveau de stock est assez confortable pour tous les antigènes jusqu'au premier trimestre de l'année 2018.

**Tableau 10 :** Mois de stock disponible au niveau central

Réception de 1 064 000 doses Rotavirus prévue en Novembre et janvier 2018  
 Réception de 1 600 000 VAT prévue en Décembre  
 Réception de 1 476 000 doses de PCV13 prévue en Décembre  
 Réception de 500 000 doses de RR prévue en Décembre

### III.4.2 .Gestion du matériel roulant et de la chaîne de froid

Au cours de l'année 2017, les acquisitions en matériels roulants et de chaîne de froid ont été les suivantes :

- Matériel roulants : 02 véhicules de type 4x4 pour le niveau central.
- Matériel de chaîne du froid : 100 réfrigérateurs solaires 40 SDD, 12 groupes électrogènes et 40 stabilisateurs de 15 KVA pour le niveau périphérique.

### III.4. Gestion des MAPI

Les MAPI font l'objet d'une surveillance passive au niveau national et district, à travers une notification mensuelle des cas déclarés à la DCPEV sur le rapport mensuel du PEV. Ces cas déclarés doivent être notifiés et investigués lorsqu'il s'agit de cas graves.

Ces fiches de notification et d'investigation des MAPI en routine doivent être acheminées à la DC-PEV selon le circuit établi suivant le dispositif national.

Cette surveillance des MAPI est plus active durant les campagnes de vaccination et se fait à trois (03) niveaux :

- Au niveau districts, un comité de gestion des MAPI chargé de la notification, de la prise en charge des cas non graves et de la référence des cas graves vers les hôpitaux de référence. Ce comité comprend un point focal avec tous les acteurs de la campagne.
- Au niveau intermédiaire avec un comité régional chargé de coordonner les activités des districts, d'investiguer et de prendre en charge les cas graves. Ce comité comprend un point focal hôpital, un point focal laboratoire et un clinicien de référence.
- Au niveau central avec deux (02) comités :
  - le comité national MAPI chargé de coordonner la surveillance au niveau national et de faire évaluer les différents cas de MAPI ;
  - le comité des experts MAPI chargé d'évaluer les différents cas de MAPI. Il comprend vingt-deux (22) experts issus de différentes spécialités.

Le tableau ci-dessous donne le point de la notification des MAPI au cours des 3 premiers trimestres de l'année 2017 pour le PEV de routine.

**Tableau 11 :** Notification des cas de MAPI dans le e-DVDMT 2017 dans le cadre du PEV de routine

	T1	T2	T3	TOTAL
Nombre total de MAPI par trimestre	210	433	250	<b>893</b>
MAPI Non graves	210	418	219	<b>847</b>
MAPI Graves	0	15	31	<b>46</b>

### **III.5. Communication**

Les activités en communication pour l'amélioration de la génération de la demande ont consisté en :

- la production et la diffusion des spots et émissions radios Produire des supports de communication et articles de mobilisation ;
- la diffusion des supports de communication et articles de mobilisation ;
- l'organisation des journées promotionnelles des ONG ;
- l'organisation des activités de promotion de la vaccination lors des JNV Polio ;
- l'organisation des lancements des deux passages des journées nationales vaccination contre la polio ;
- la promotion de la vaccination lors de la semaine africaine de vaccination ;
- la réalisation tous les 6 mois une réunion de suivi des activités du PEV et des programmes de santé connexes, élargie aux autorités administratives et communautaires ;
- l'organisation d'un atelier de formation des ONG sur les approches communautaires participatives et la communication interpersonnelle ;
- le renforcement des capacités des 53 PFC en CIP.

## **IV. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES MATERIELLES ET FINANCIERES**

### ***IV.1. Gestion des ressources humaines***

La DCPEV est une entité administrative composée d'une direction et de sept (07) services. En 2017, l'effectif global de la DCPEV est de 81 cadres et agents dont un Directeur-Coordonnateur, un Directeur-Coordonnateur Adjoint et sept (07) Chargés d'Etudes (avec rang de Sous-directeur). Le personnel de la DCPEV est constitué en majorité de médecins et d'infirmiers pour les tâches techniques et de plusieurs agents administratifs et de contractuels pour les tâches de soutien.

Les mouvements de personnel enregistrés en 2017 se résument à 08 mises en disponibilité et 10 entrées. Dans la pratique, cet effectif n'est pas suffisant pour conduire les activités de la DCPEV, notamment les Activités de Vaccination Supplémentaire (AVS). Elle reçoit à ces occasions, l'appui technique de personnes issues d'autres structures de la santé (notamment de l'INHP) et de partenaires techniques (OMS, UNICEF, AMP...).

### ***IV.2. Gestion des ressources matérielles***

En 2017, la Direction de Coordination du Programme Elargi de vaccination (DCPEV) a bénéficié d'un bâtiment R+2 entièrement financé par le budget de l'Etat. Ce bâtiment équipé en matériels de bureautique, informatiques et mobiliers abrite les nouveaux bureaux de la DCPEV. Avec le concours de l'Etat et de ses partenaires, 02 magasins secs de 300m<sup>2</sup> chacun sont en cours de construction sur les anciennes installations de la DCPEV. En outre, le programme a acquis 02 véhicules de type 4x4 sur un financement de l'Etat au titre de l'année 2016.

### ***IV.3. Gestion financière***

Les ressources financières de la DCPEV proviennent du budget de l'Etat et des fonds alloués par des partenaires que sont l'OMS, l'UNICEF, GAVI, ROTARY CLUB. La situation des financements de 2017 est retracée dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 12 : Récapitulatif de la gestion financière 2017**

ACTIVITES	SOURCES DE FINANCEMENT					TOTAL PAR ACTIVITES	PROPORTIONS PAR ACTIVITE
	ETAT	OMS	UNICEF	GAVI	ROTARY		
Prestation	239 959 661	34 508 000	68 338 192			342 805 853	1,23%
Surveillance	602 920 781	905 866 730	96 494 314	4 785 825 000	210 000 000	6 601 106 825	23,61%
Vaccins et consommables	4 696 960 603		27 969 792	15 262 225 000		19 987 155 395	71,48%
Logistique (CDF et MR)	62 862 002		2 503 800			65 365 802	0,23%
Communication	75 487 963	5 000 000	26 405 890			106 893 853	0,38%
Suivi	81 783 318		89 531 300			171 314 618	0,6%
Gestion de programme	677 109 136		3 263 856	7 200 000		687 572 992	2,46%
<b>TOTAL PAR SOURCE DE FINANCEMENT</b>	<b>6 437 083 464</b>	<b>945 374 730</b>	<b>314 507 144</b>	<b>20 055 250 000</b>	<b>210 000 000</b>	<b>27 962 215 338</b>	<b>100,00%</b>
<b>PROPORTION DANS LE FINANCEMENT</b>	<b>23,02%</b>	<b>3,38%</b>	<b>1,12%</b>	<b>71,72%</b>	<b>0,75%</b>	<b>100,00%</b>	

Au cours de l'année 2017, ce sont **27 962 215 338** FCFA qui ont été mobilisés pour le financement du PEV. Il faut noter que l'Etat a financé par anticipation l'achat des vaccins et consommables à hauteur de **4 696 960 603** FCFA conformément à l'engagement pris.

## V. FORCES ET FAIBLESSES DU SYSTEME DE VACCINATION

### IV.1. Points forts

- Effectivité du mécanisme d'achat anticipé de vaccin ;
- Amélioration des couvertures vaccinales administratives au niveau national ;
- **La majorité (73%)** de districts sanitaires a atteint les objectifs en Penta 3 ;
- Bonne continuité de l'offre des services de vaccination (TAS: 2%) ;
- Amélioration de l'accessibilité des services de vaccination (Penta 1 : 99%) ;
- Pas de rupture de vaccins et seringues au niveau central ;
- Bonnes performances de la surveillance des maladies.

### IV.2. Points à améliorer

- Faible proportion des districts (31%) ayant atteint les objectifs en VAR (92%) ;
- Surveillance des MAPI en routine ;
- Surveillance à base communautaire non effective ;
- Extension de l'initiative 1PPCE.

## VI. DIFFICULTES RENCONTREES

La mise en œuvre de ses activités a été contrariée par des difficultés et contraintes de plusieurs ordres :

- Le non décaissement à temps pour toutes les activités planifiées pour le RSS2 ;
- L'absence de données de population fiables ;

- La mise en œuvre des nouvelles exigences de Gavi en matière de gestion des finances ;
- Irrégularité du financement des stratégies avancées.

## **VII. PERSPECTIVES POUR L'ANNEE 2018 /MESURES CORRECTRICES ENVISAGÉES**

- Renforcement de la vaccination de routine :
  - ✓ Financement des stratégies avancées ;
  - ✓ Utilisation de données de populations plus fiables ;
  - ✓ La mise en œuvre du tutorat ;
  - ✓ Renforcement du suivi des activités de vaccination par les CPEV ;
  - ✓ Extension de l'initiative IPPCE ;
  - ✓ Introduction du vaccin RR en routine ;
  - ✓ Introduction du vaccin MenA en routine.
- Renforcement de la surveillance des maladies, des MAPI et de la réponse
  - ✓ Mission d'appui aux districts silencieux (PFA) ;
  - ✓ Mise en œuvre de la surveillance environnementale du poliovirus ;
  - ✓ Renforcement du système de notification des MAPI.
- Renforcement du système d'approvisionnement et de gestion des vaccins et consommables à tous niveaux
  - ✓ Dotation en matériel de CDF aux districts ;
  - ✓ Installation des chambres froides au niveau régional ;
  - ✓ Renforcement des activités de maintenance ;
  - ✓ Approvisionnement continue en vaccins et consommables à tous les niveaux.

## **CONCLUSION**

La mise en œuvre des activités du PEV au titre de l'année 2017 montre une nette amélioration des couvertures vaccinales par rapport à celles de 2016. Cependant, quelques résultats demeurent en deçà des objectifs de couvertures vaccinales fixés en début d'année notamment pour le VAR.

Concernant la disponibilité des vaccins et intrants de vaccination, il convient de relever qu'aucune rupture n'a été signalée en 2017.

De ce fait, il apparaît primordial que le renforcement de la vaccination de routine dans toutes les stratégies soit mis en œuvre afin d'améliorer les niveaux de performances du PEV.