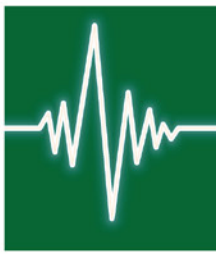
BSP CI
Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire

Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire





Mise en œuvre de la vaccination en Côte d'Ivoire

Hors Série N°1

Février 2026

SOMMAIRE

03 Éditorial

04 Actualités

- Collaboration entre l'INSP et la DCPEV et l'UNICEF dans une recherche sur la vaccination en Côte d'Ivoire en 2025
- Le comité de pilotage accompagne l'INSP dans la recherche de mise en œuvre de la vaccination en Côte d'Ivoire
- Formation des Enquêteurs pour le Projet de Recherche sur la Vaccination en Côte d'Ivoire
- Restitution du rapport final de l'étude sur la mise en œuvre de la vaccination en Côte d'Ivoire

11 Articles complets

- Barrières systémiques à la mise en œuvre de la vaccination de routine dans les centres de santé ruraux en Côte d'Ivoire en 2025
- Les déterminants de la non-vaccination des enfants éligibles du Programme Élargi de Vaccination en Côte d'Ivoire
- Le coût perçu de la vaccination en milieu péri-urbain abidjanais : une barrière économique et psychologique malgré la gratuité des vaccins PEV
- Les ressentis des Agents de Santé Communautaire (ASC) dans la vaccination en zones péri-urbaines d'Abidjan, Côte d'Ivoire en 2025
- Perceptions et Comportements des Communautés face aux Stratégies de Rattrapage Vaccinal en Côte d'Ivoire : Le Rôle Crucial de l'Information Préalable

32 Notes de synthèse

- Mise en œuvre de stratégies de sensibilisation et de recherche des enfants « zéro dose » et « sous-vaccinés » en zones péri-urbaines : revue de littérature
- Financement des agents de santé communautaires dans les activités de vaccination dans les pays à ressources limitées : une revue de littérature

40 Données de surveillance épidémiologique

Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire - Semaine N°914/2026-Semaine 10 (du 02/03/2026 au 08/03/2026)

43 Bon à savoir

- Parole d'expert : Interview avec Abdoul Gadiry Fadiga, Chef de la Section Santé & VIH à l'UNICEF Côte d'Ivoire
- Institution à la une : UNICEF Côte d'Ivoire
- 5ème Congrès de santé Publique-Côte d'Ivoire

Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire
Volume hors série
Février 2026

Numéro de dépôt légal : N° 27774
E-ISSN : 3104 - 6231

Adresse :
Institut National de Santé Publique, Abidjan, Côte d'Ivoire

Email :
info@bsp.inspci.org

Site web :
www.bsp.inspci.org

Directeur de publication :
Professeur William YAVO

Rédactrice en chef :
Professeur Julie SACKOU-KOUAKOU

Rédactrice en chef adjointe :
Dr Tania N'ZI-BOA

Rédactrice en chef adjointe :
Dr Raïssa KOUROUMA-DOUMBIA

Rédacteur en chef adjoint :
Dr Djané ADOU

Responsables qualités :
Professeur Vincent DJOHAN
MCA Régine ATTIA

Coordonnateur technique :
Mélèdje Emmanuel DABO,
African Science Communication Agency (ASCA)

Infographie et mise en page :
Dr Bognan Valentin KONÉ,
Centre Suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire (CSRS)

Relecteur
Dr Cyrille Julien Sylvain YORO,
Université Félix Houphouët-Boigny

Comité de rédaction/reviewers

Prof. SACKOU-KOUAKOU Julie Ghislaine	Santé Publique
Prof. DJOHAN Vincent	Parasitologie-Mycologie
MCA ATTIA-KONAN Akissi Régine	Économie de la santé et du médicament
MCA DIAKITÉ Aïssata	Toxicologie
Dr DAKOUO-GUEI Semite Jokebed	Hydrologie
Dr N'GUESSAN Gnangoran Kouakou Daniel	Sociologie de la santé
MC YORO Cyrille	Criminologie
Dr DOUKOURÉ Daouda	Sociologie
Dr KOUROUMA Raïssa	Gestion des systèmes de santé
Dr ADOU Djané	Sociologie
Dr BAMA Martial	Sociologie de la santé
Dr NZI-BOA Tania	Santé Publique
Dr MANOUAN Mathilde	Sociologie

Nous voudrions adresser nos remerciements aux personnes suivantes dont le soutien technique a été inestimable dans la production de ce numéro :

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
- Erin Sauber-Schatz
- Jim Ting
- Konan Aka Sandrine Armelle
- Digbohou Okobet Stephane
- Vandi Henry
- Diene Kaba

CDC Foundation
- Kimberly Koporc
- Sydney Mogotsi

Emory University
- Amandine Zoonekyndt-Ballart
- Muna Yusuf Ainashe

Centre Régional de Surveillance et de Contrôle des Maladies de la CEDEAO
- Mamadou Diarrassouba

INSP
- Serge Dali
- Oscar Attoungbré

Éditorial



Professeur

SACKOU-KOUAKOU Julie Ghislaine

- *Professeur Titulaire de Santé Publique*
- *Rédacteur en Chef du BSPCI*
- *Investigateur Principal du projet de Recherche sur la vaccination*

Chers lecteurs,

Le Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI), référence en matière de diffusion de l'information pertinente sur les sujets de santé publique franchit aujourd'hui un nouveau cap. En effet, il édite son tout premier numéro hors-série issu d'une recherche nationale sur la vaccination. Cette étude est le fruit d'une synergie entre l'INSP pour son expertise en recherche et en santé publique, la direction de coordination du PEV pour son appui opérationnel et l'UNICEF pour son accompagnement technique et financier. À la fin du projet, il était opportun d'en faire une large diffusion auprès des professionnels de la santé et du grand public à travers le Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI). Il s'est donc agi de valoriser les travaux effectués et les résultats obtenus dans le cadre dudit projet qui rappelons-le a abordé trois thématiques: l'offre des services de vaccination, la demande issue des communautés et l'environnement favorable pour améliorer les activités des agents de santé communautaire (ASC) dans la mise en œuvre du programme de vaccination en Côte d'Ivoire.

Ainsi, ce numéro se fait l'écho de quatre actualités en lien avec le processus de la recherche.

Le lecteur y trouvera entre autres cinq articles édifiants rédigés par les membres de l'équipe projet que je tiens à féliciter.

Ainsi Dr YOHOU a abordé les barrières systémiques à la mise en œuvre de la vaccination de routine dans les centres de santé ruraux en Côte d'Ivoire en 2025,

Dr NZI-BOA a mis en évidence les déterminants de la non-vaccination des enfants éligibles du Programme Élargi de Vaccination en Côte d'Ivoire,

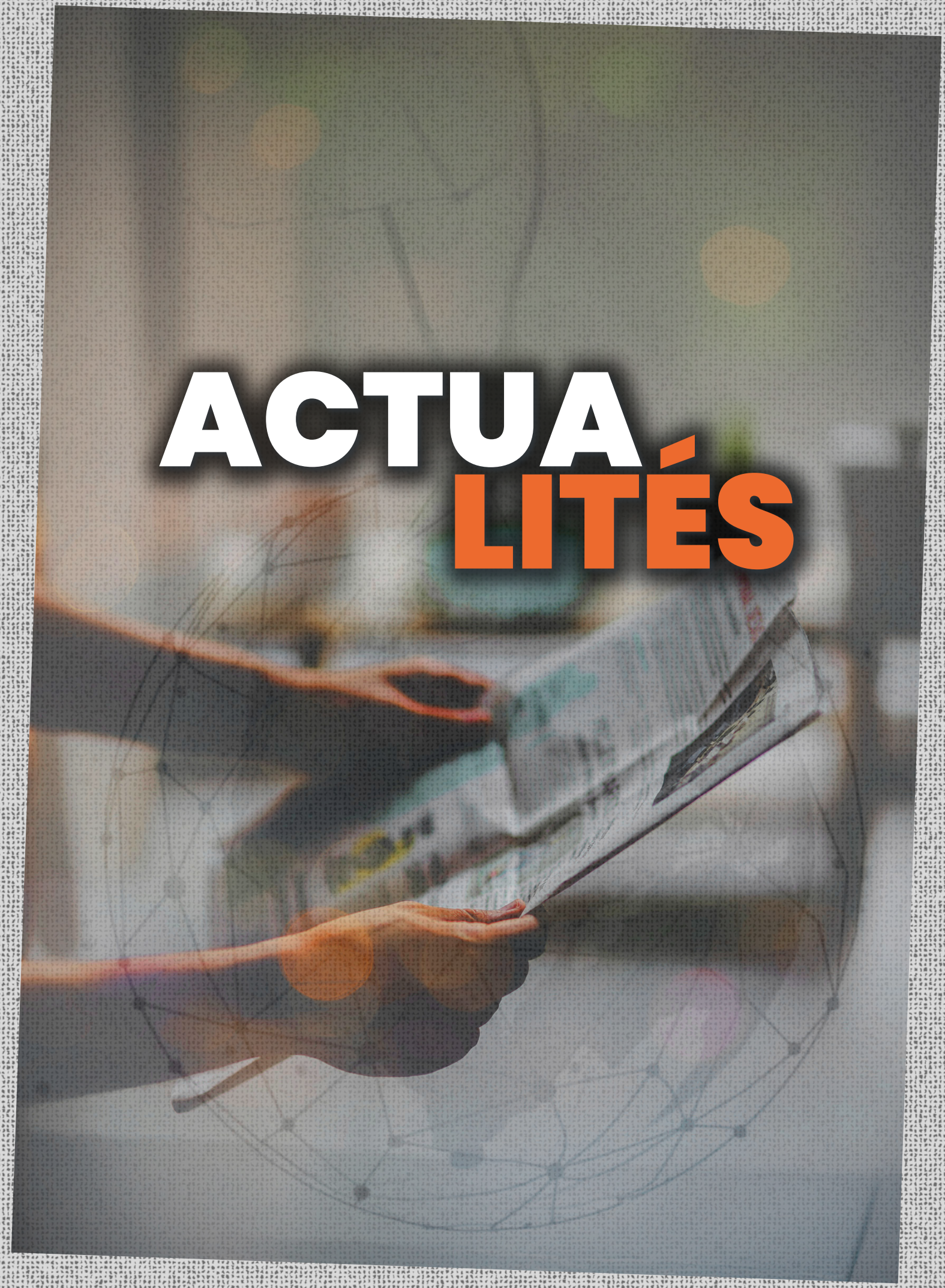
Quand les sociologues de la santé, Dr SORO, Dr MANOUAN et Dr KONÉ ont rapporté respectivement le coût perçu de la vaccination en milieu péri-urbain abidjanais, les ressentis des Agents de Santé Communautaire (ASC) dans la vaccination en zones péri-urbaines d'Abidjan et les perceptions et comportements des communautés face aux stratégies de rattrapage vaccinal en Côte d'Ivoire. Les résultats de ces cinq articles permettent d'apporter un éclairage sur des problématiques actuelles de la couverture vaccinale et proposent quelques recommandations en vue de son amélioration.

En plus de ces articles, vous trouverez deux notes de synthèses issues de la revue de littérature sur la mise en œuvre de stratégies de sensibilisation et de recherche des enfants « zéro dose » et « sous-vaccinés » en zones péri-urbaines et le financement des agents de santé communautaires dans les activités de vaccination dans les pays à ressources limitées de Dr NZI-BOA et de la MCA ATTIA-KONAN.

Enfin, ce numéro hors-série met "à la Une" l'UNICEF et la DCPEV, institutions partenaires dans cette recherche. Un expert de l'UNICEF vous dit tout ce que vous devez savoir sur leurs actions en Côte d'Ivoire et leur impact sur le système de santé et les indicateurs de santé.

Comme d'habitude, il consacre une séquence sur des données récentes de la surveillance épidémiologique des maladies évitables par vaccination en Côte d'Ivoire et informe sur le **5ème congrès de la Santé Publique-Côte d'Ivoire (CSPCI_5)** qui se tiendra du **22 au 24 Juillet 2026 à l'INSP** sur le thème : **« Nos Environnements et Notre Santé»**.

Bonne lecture à toutes et à tous.


ACTUA
LITÉS

Collaboration entre l'INSP, la DCPEV et l'UNICEF dans une recherche sur la vaccination en Côte d'Ivoire en 2025



Dans un contexte où la Côte d'Ivoire poursuit ses efforts pour atteindre une couverture vaccinale optimale et faire face aux maladies évitables par la vaccination, une recherche sur la vaccination a mobilisé l'expertise en santé publique de l'INSP, la mise en œuvre opérationnelle de la Direction de Coordination du PEV et le soutien technique et financier de l'UNICEF. Cette recherche s'inscrit dans les objectifs nationaux du Programme Élargi de Vaccination (PEV). Elle contribue à l'amélioration des stratégies d'immunisation.

La collaboration a duré tout au long du processus, depuis la phase préparatoire jusqu'à la dissémination des résultats.

Les étapes clés de ce partenariat ont été les suivantes :

- Sélection de l'INSP comme institution de recherche : Reconnu pour ses compétences en recherche, l'INSP a été désigné pour piloter l'étude, avec l'appui constant de la DCPEV et de l'UNICEF.
- Mise en place d'un comité technique : Un groupe de travail tripartite (DCPEV, INSP, UNICEF) a été formé, incluant un point focal dédié à la DCPEV. Des réunions hebdomadaires avec l'équipe UNICEF et des échanges réguliers avec la DCPEV ont assuré une coordination fluide.
- Élaboration et finalisation du protocole : Des rencontres bilatérales entre l'INSP et la DCPEV ont permis d'affiner le document, intégrant les retours pratiques du terrain.
- Revue de la littérature et identification des équipes de collecte : Une analyse approfondie des études existantes a été réalisée, suivie du recrutement et de la formation d'équipes mixtes pour la collecte de données sur le terrain.
- Mise en œuvre de la collecte et analyse des résultats : La phase de terrain a bénéficié d'un soutien logistique partagé, suivie de discussions collectives pour interpréter les principaux résultats.
- Rédaction du rapport final : L'élaboration du document a été collaborative, garantissant que les recommandations soient actionnables pour les décideurs.

Cette approche a permis des interactions régulières favorisant l'échange de connaissances.

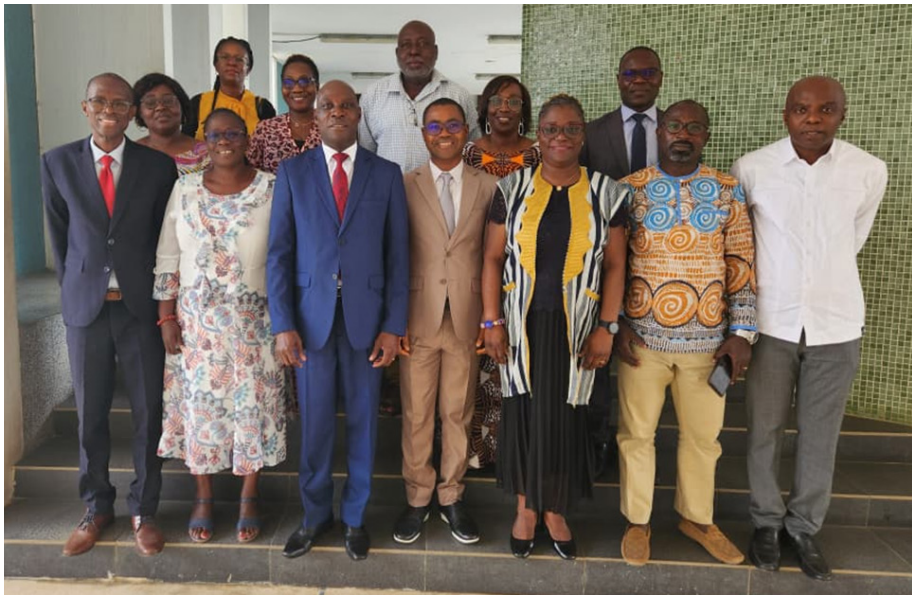
Les résultats de l'étude ont montré une collaboration exemplaire tout au long du processus. La synergie entre l'INSP et la DCPEV a été particulièrement efficace, avec des échanges constants facilitant l'intégration des données opérationnelles dans la recherche. De même, les réunions de coordination bimensuelles et les séances de travail techniques régulières avec l'UNICEF ont renforcé la qualité méthodologique et l'alignement sur les priorités internationales.

Les acteurs impliqués saluent une « bonne collaboration » globale, marquée par un esprit d'équipe et une communication ouverte. Parmi les recommandations émergentes : institutionnaliser ce modèle de partenariat pour les futures recherches, renforcer les capacités en analyse de données au niveau des directions techniques, et étendre les comités techniques à d'autres thématiques vaccinales comme l'introduction du vaccin contre le HPV ou le paludisme.

Ce projet démontre que la collaboration étroite entre institutions nationales comme l'INSP et la DCPEV, soutenue par des partenaires internationaux tels que l'UNICEF, est essentielle pour produire des évidences scientifiques solides au service de la santé publique en Côte d'Ivoire. Cette collaboration pourra contribuer à la mise place des politiques vaccinales plus inclusives et efficaces, contribuant à protéger les générations futures contre les maladies évitables.

Le comité de rédaction

Le comité de pilotage accompagne l'INSP dans la recherche de mise en œuvre de la vaccination en Côte d'Ivoire



L'Institut National de Santé Publique (INSP) et la Direction de Coordination du Programme Élargi de Vaccination (PEV) avec l'appui de l'UNICEF ont conduit un projet de recherche sur la mise en œuvre de la vaccination en Côte d'Ivoire. Ce projet de recherche a adressé trois (03) thématiques que sont l'offre, la demande et l'environnement favorable à la vaccination. C'est dans ce contexte que s'est tenue à l'INSP la réunion du comité de pilotage du projet de recherche sur la mise en œuvre de la vaccination en Côte d'Ivoire.

L'atelier a débuté avec les mots de bienvenue du Directeur de la Formation, de la Recherche et de l'Innovation en Santé de l'INSP, le Professeur Vincent DJOHAN qui représentait le Directeur Général empêché. Il a rappelé que la vaccination était un maillon essentiel dans le système de santé ivoirien et que le Ministère en charge de la Santé a décidé de conduire cette étude par le biais de l'INSP en collaboration avec la DCPEV, et financée par l'UNICEF et GAVI. L'objectif étant de déceler les insuffisances et de faire des recommandations en vue d'améliorer les stratégiques vaccinales et les services de vaccination. Il a complété en disant que l'amélioration de la stratégie de vaccination en Côte d'Ivoire nécessitait une approche qui mobilise tous les secteurs et qui demande des innovations technologiques avec la participation des communautés et le renforcement du système de santé. Il a remercié tous les participants pour leur implication dans la réussite du projet. Il a terminé son allocution en souhaitant que ce projet puisse améliorer les indicateurs et les stratégies qui sont mises en œuvre pour améliorer la couverture vaccinale. A la suite du Professeur DJOHAN Vincent, Docteur Blaise KONÉ, représentant le Directeur Général de la Santé (DGS) et président de la séance a remercié à son tour les participants pour leur présence et a ouvert la réunion.

Un tour de table a permis à chaque participant de se présenter. Professeur Julie SACKOU-KOUAKOU a ensuite présenté le contexte et les objectifs de la réunion. Le protocole global et le chronogramme de la recherche ont été présentés par le MCA Régine ATTIA-KONAN.

Les Docteurs Tania N'ZI-BOA, Kevin YOHOU et Anastase MIAN, ont respectivement présenté les résultats issus des derniers ateliers qui portaient sur les objectifs et les indicateurs de l'étude par thématique à savoir : la demande, l'offre et les environnements favorables.

Toutes ces présentations ont été ponctuées par des échanges à travers des questions de compréhension.

Les recommandations majeures issues du comité de pilotage sont listées ci-dessous :

- Partager les documents à l'avance aux membres du comité de pilotage avant chaque réunion,
- Revoir la formulation de certains des indicateurs qui ont été présentés au comité de pilotage,
- Se rapprocher de la Direction de la Santé Communautaire et de la Promotion de la Santé pour le traitement de la troisième thématique sur les environnements favorables pour la pérennisation des activités des agents de santé communautaire,
- Prendre en compte tous les aspects du volet environnement favorable et ne pas se limiter à l'aspect financier.
- Convoquer une réunion du comité de pilotage pour la validation du rapport issu des enquêtes à mener.

Docteur Blaise KONE, représentant le DGS et Président de séance a encore remercié le Directeur Général de l'INSP et les membres du comité de pilotage pour leur participation active à la réussite de l'activité.

Le comité de rédaction

Formation des Enquêteurs pour le Projet de Recherche sur la Vaccination en Côte d'Ivoire



L'Institut National de Santé Publique (INSP), en collaboration avec la Direction de Coordination du Programme Élargi de Vaccination (DCPEV) et l'appui financier de l'UNICEF, a ouvert ce mardi 23-09-2025, la formation des enquêteurs dans le cadre d'un projet de recherche sur la mise en œuvre de la vaccination en Côte d'Ivoire à la plateforme 5 du Centre e-santé de l'INSP.

Cette initiative visait à répondre aux défis persistants liés à la couverture vaccinale, à l'équité d'accès aux services de vaccination et au renforcement des infrastructures sanitaires.

Cet atelier avait pour objectif de former les enquêteurs recrutés pour la collecte des données en rapport aux différents outils de collecte et à la procédure éthique de l'étude portant sur la recherche sur la mise en œuvre de la vaccination en Côte d'Ivoire.

Lors de la cérémonie d'ouverture, le Directeur Général de l'INSP, le Professeur William YAVO, a rappelé l'importance cruciale de la vaccination dans la réduction de la morbidité et de la mortalité, notamment chez les enfants. Il a souligné que cette recherche permettra d'identifier les véritables causes de non-vaccination et de proposer des solutions adaptées et durables.

« Vous êtes les acteurs clés de cette mission. Vos efforts permettront de formuler des recommandations concrètes pour améliorer l'accès et la qualité des services de vaccination », a-t-il déclaré, avant d'exprimer sa gratitude à l'UNICEF et à la DCPEV pour leur soutien constant.

Ce projet marque une étape importante vers l'amélioration du système de vaccination en Côte d'Ivoire, avec l'espoir d'atteindre tous les enfants, y compris ceux restés en marge du système de santé.

Le comité de rédaction du BSPCI et le service de communication de l'INSP



Restitution du rapport final de l'étude sur la mise en œuvre de la vaccination en Côte d'Ivoire



En 2021, seulement 36 % des enfants étaient complètement vaccinés, 19 % correctement vaccinés, et 8,6 % n'avaient reçu aucune dose de vaccins (enfant « zéro dose »).

Ce contexte a suscité une étude sur la mise en œuvre de la vaccination en Côte d'Ivoire. Financée par l'UNICEF et pilotée par l'Institut National de Santé Publique (INSP) en collaboration avec le Programme Élargi de Vaccination (PEV), l'étude a été menée dans 7 régions sanitaires avec 14 districts sanitaires (DS) à l'intérieur du pays et 2 districts sanitaires d'Abidjan 1 (Yopougon-Est et Abobo-Ouest).

La restitution du rapport final de cette étude auprès des parties prenantes a eu lieu le vendredi 19 décembre 2025 à l'Hôtel Ibis du Plateau. Le temps fort de la rencontre a été la remise officielle du rapport final de l'étude, marquant l'aboutissement de plusieurs mois de recherche.

Une quarantaine de personnes provenant de directions centrales, de directions de coordination de programmes du ministère de la santé, d'institutions nationales, de partenaires techniques et financiers et de l'INSP ont pris part à cet évènement.

Représentant le Directeur Général de l'INSP, le Professeur Vincent DJOHAN, a exprimé sa reconnaissance à Monsieur le Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, ainsi qu'aux partenaires techniques et financiers, pour leur appui constant dans l'exécution du projet. Il a également salué le travail rigoureux mené par l'équipe de recherche conduite par le Professeur Julie-Ghislaine SACKOU-KOUAKOU, Investigatrice principale du projet. Dans son propos, il a rappelé la place de la recherche dans l'orientation des politiques publiques. Il a par ailleurs précisé le rôle de l'INSP dans la recherche en Côte d'Ivoire et indiqué que l'objectif du projet présenté était de renforcer durablement la couverture vaccinale sur l'ensemble du territoire national. Au-delà de la présentation des résultats, l'INSP espère que les acteurs présents s'approprieront les recommandations et appuieront leur mise en œuvre. Il a enfin souhaité à l'ensemble des participants une excellente séance de travail, formulant l'espoir que les échanges permettront de valider les recommandations pertinentes pour le bien-être des enfants.

L'atelier a été officiellement ouvert par le Représentant du Directeur Général de la Santé, Monsieur Simplice Amani KOUASSI. Dans son allocution, il a indiqué que la santé, surtout celle des enfants, était une priorité centrale de la vision de Son Excellence le Président Alassane Ouattara et du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2025.

Un exemplaire du rapport a été remis aux représentants du DGS, de l'OMS, de la DCPEV et de l'INSP.

Dr Tania N'ZI-BOA a rappelé les objectifs et la méthodologie du projet de recherche. Elle a expliqué que cette recherche a adressé trois (3) volets de la vaccination, à savoir : l'offre, la demande et l'environnement favorable, particulièrement les ASC et le financement de leurs activités. Elle a été réalisée en adoptant une démarche de recherche mixte à travers des enquêtes quantitatives et qualitatives. Elle a ciblé les autorités sanitaires, les collectivités territoriales, les responsables de la vaccination dans les établissements de santé et les parents d'enfants de 0 à 59 mois. Dr Kevin YOHOU, Dr Valentin Bognan KONÉ et Dr Mathilde MANOUAN ont respectivement présenté les résultats de l'Offre, de la Demande et de l'Environnement favorable.

A l'issue des trois (3) présentations, une série d'échanges ont permis de répondre aux préoccupations des participants.

Dr KOUASSI, concluant cette restitution a relevé que ce rapport était un véritable outil de pilotage stratégique, apportant des données probantes sur les déterminants de la non-vaccination, révélant les failles de notre système et proposant des recommandations opérationnelles pour améliorer l'accès et la qualité des services de vaccination. Les conclusions issues de cette étude alimenteront concrètement les réformes du système de vaccination, notamment en matière de motivation du personnel de santé, de logistique du dernier kilomètre et de communication de proximité.

Les résultats de cette étude ouvriront la voie à des réformes concrètes pour un système de vaccination plus performant et accessible à tous. Il a pris l'engagement que les résultats ne resteront pas dans les tiroirs, mais viendront nourrir les réformes, notamment en ce qui concerne la motivation du personnel, la logistique du dernier kilomètre et la communication de proximité.

Le comité de rédaction du BSPCI et le service de communication de l'INSP







Revue de presse restitution du rapport de l'étude



PORTAIL OFFICIEL DU GOUVERNEMENT DE CÔTE D'IVOIRE

Accueil » Santé

VACCINATION EN CÔTE D'IVOIRE : L'INSP ET LE PEV RESTITUENT LES RÉSULTATS D'UNE RECHERCHE NATIONALE

vendredi 19 décembre 2025

Abidjan, le 19 décembre 2025 – L'Institut National de Santé Publique (INSP) et le Programme Élargi de Vaccination (PEV) ont présenté, ce vendredi 19 décembre 2025 à Abidjan-Plateau, le rapport final de la recherche sur la mise en œuvre de la vaccination en Côte d'Ivoire. Cette restitution s'est tenue à l'occasion d'un atelier réunissant le comité de pilotage élargi aux partenaires techniques et financiers ainsi qu'aux institutions concernées.

Lire l'article



Fratmat.info

SOCIÉTÉ

Santé/Vaccination : L'Insp et le Pev proposent des pistes pour relancer les couvertures

Par **ange ehourade**
Le 21/12/25 à 07:29
modifié 22/12/25 à 15:41

Face à la stagnation des indicateurs de vaccination dans certaines zones du pays, l'Institut national de santé publique (Insp) et le Programme élargi de vaccination (Pev) ont livré, vendredi, les conclusions d'une étude stratégique visant à renforcer la performance du système vaccinal ivoirien.

Lire l'article



Lire la video

ARTICLES COMPLETS

p.12 Barrières systémiques à la mise en œuvre de la vaccination de routine dans les centres de santé ruraux en Côte d'Ivoire en 2025

p.17 Les déterminants de la non-vaccination des enfants éligibles du Programme Élargi de Vaccination en Côte d'Ivoire

p.21 Le coût perçu de la vaccination en milieu péri-urbain abidjanais : une barrière économique et psychologique malgré la gratuité des vaccins PEV

p.24 Les ressentis des Agents de Santé Communautaire (ASC) dans la vaccination en zones péri-urbaines d'Abidjan, Côte d'Ivoire en 2025

p.27 Perceptions et Comportements des Communautés face aux Stratégies de Rattrapage Vaccinal en Côte d'Ivoire : Le Rôle Crucial de l'Information Préalable

01

Barrières systémiques à la mise en œuvre de la vaccination de routine dans les centres de santé ruraux en Côte d'Ivoire en 2025

Systemic barriers to the implementation of routine vaccination in rural health centers in Côte d'Ivoire in 2025

YOHOU KS[1], MIAN A[1], NZI-BOA T[1], MANOUAN M[1], KONE BV[1], SORO F[1], ATTIA-KONAN R[1,2], FADIGA AG[3], GBAY-ORO-KOUAME C[3], BAKEU M[3], DEDOH J L[3], KOUTOUAN M G[3,] TOURÉ OA[4], MAMA DM[4], KOUADIO N[5], KOSSIA Y[5], KONÉ[5], DJOHAN V[1,2], YAVO W[1,2], SACKOU-KOUAKOU J[1,2]

1- Institut National de Santé Publique (INSP)
2- UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Université Félix Houphouët-Boigny
3- Bureau pays UNICEF
4- Comité National de Veille et Éthique (CNVES)
5- Direction de Coordination du Programme Élargi de Vaccination (DCPEV)

Auteur correspondant : YOHOU Kevin yoskev@gmail.com

Résumé

Introduction : En Côte d'Ivoire, une proportion importante d'enfants non ou insuffisamment vaccinés réside en milieu rural. Notre objectif était d'en identifier les barrières systémiques.

Méthodes : Une étude transversale analytique a été menée entre juillet et novembre 2025 auprès de 13 responsables de centres de santé ruraux et de 79 parents d'enfants éligibles au programme élargi de vaccination. Les données ont été saisies sur ODK Collect et analysées avec PYTHON® et QGIS®. Une régression logistique a été réalisée au risque 5%.

Résultats : Les enfants issus de ménages dont le chef ne disposait pas d'un emploi stable ont présenté un risque de sous-vaccination multiplié par cinq. Les ruptures de stocks de vaccins et l'indisponibilité des services de vaccination accroissaient ce risque respectivement par sept et huit. La faible fréquence des visites des agents de santé communautaires le multipliait par trois, tandis que la proximité géographique des ménages avec les centres de santé le réduisait de moitié. **Conclusion :** Il est nécessaire de renforcer les ressources humaines, logistiques et organisationnelles afin d'améliorer durablement la couverture vaccinale en milieu rural.

Principal message de santé publique : Renforcer la logistique vaccinale, rapprocher les agents vaccinateurs des ménages et développer des activités génératrices de revenus pour les populations les moins nanties.

Mots clés : Service de vaccination ; Vaccination de routine ; centre de santé rural.

Abstract

Introduction : Vaccination is one of the most effective public health interventions for preventing infectious diseases in children. In Côte d'Ivoire, a disproportionately high share of unvaccinated children resides in rural areas, highlighting persistent inequities in access to immunization services. This study aimed to identify systemic barriers to routine immunization within rural health facilities.

Methods : We conducted an analytical cross-sectional study between July and November 2025 across seven regions and fourteen health districts in Côte d'Ivoire. Data were collected through face-to-face interviews using structured questionnaires administered to 13 managers of rural health facilities and 79 parents of children eligible for the Expanded Programme on Immunization (EPI). Data were entered using ODK Collect and analyzed using PYTHON® and QGIS® software.

Results : Children from households in which the household head lacked stable employment were five times more likely to be under-vaccinated. Vaccine stock-outs increased the likelihood of under-vaccination sevenfold, while unavailability of vaccination services increased the risk eightfold. Limited engagement of community health workers, measured by infrequent household visits, was associated with a threefold increase in under-vaccination. In contrast, close geographic proximity of households to health facilities reduced the risk of under-vaccination by approximately 50%. **Conclusion :** It is necessary to strengthen human, logistical, and organizational resources in order to achieve a sustainable improvement in vaccination coverage in rural areas.

Key public health message : Strengthen vaccine logistics, bring vaccinators closer to households, and develop income-generating activities for the poorest populations.

Keywords : Immunization system ; Routine immunization; Rural health facility.

Introduction

La vaccination est un bouclier qui protège les enfants contre les maladies infectieuses et réduit la mortalité infantile. En Côte d'Ivoire, ce bouclier montre des failles, particulièrement dans les zones rurales où les défis quotidiens entravent la couverture vaccinale. Selon les données du Ministère de la santé, seulement 36 % des enfants ivoiriens sont complètement vaccinés, et près de 9 % n'avaient reçu aucune dose de vaccin **[1].** Dans les zones rurales, les Etablissements de Santé de Premier Contact (ESPC) souvent isolés, sont le premier recours pour les familles. Pourtant, malgré le Plan Stratégique National de Vaccination (PSNV) 2021-2025 et des campagnes de rattrapage comme celle pour atteindre les enfants « zéro dose » (ZD) lancée en décembre 2024, les objectifs de couverture ne sont toujours pas atteints. En 2022, plus de 135 000 enfants n'avaient reçu aucune vaccination, et les zones rurales en représentaient une part importante. Le taux d'enfants zéro dose (ZD) était de 6,9 % contre 10,3 % en urbain **[2].** L'objectif de cette étude était donc d'identifier les barrières à la mise en œuvre de la vaccination de routine dans les centres de santé ruraux.

Méthodes

Cadre de l'étude

À partir de la base de données de vaccination de 2024 des régions et districts sanitaires issue de la DCPEV, une catégorisation des Régions Sanitaire (RS) a été faite par niveau de performance. Les trois (03) critères de performance retenus étaient la couverture vaccinale Rubéole Rougeole (RR1), le Taux d'Abandon Spécifique (TAS), le nombre de « zéro dose » auxquels des cotations ont été attribuées.

Ensuite, un choix stratifié à trois (3) degrés des sept (7) régions sanitaires selon les niveaux de performances a été effectué, avec deux (2) districts sanitaires (DS) par région soit un total de quatorze DS. Dans chacun de ces DS, un établissement de santé de premier contact (ESPC) en milieu rural a été choisi en accord avec le directeur du district sanitaire (Figure 1).

Durée, type d'étude, population cible, matériel de l'étude

L'étude transversale analytique a été conduite de juillet à novembre 2025. Elle a ciblé les responsables de centres de santé ruraux et les parents d'enfants âgés de moins de 5 ans dont 48 d'enfants non ou insuffisamment vaccinés et 31 d'enfants complètement vaccinés.

Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires accessibles sur les tablettes. Les items portaient sur les ressources humaines dédiées, la disponibilité des vaccins l'accessibilité et les prestations de service de vaccination. La collecte des données a été conduite par des entretiens individuels.

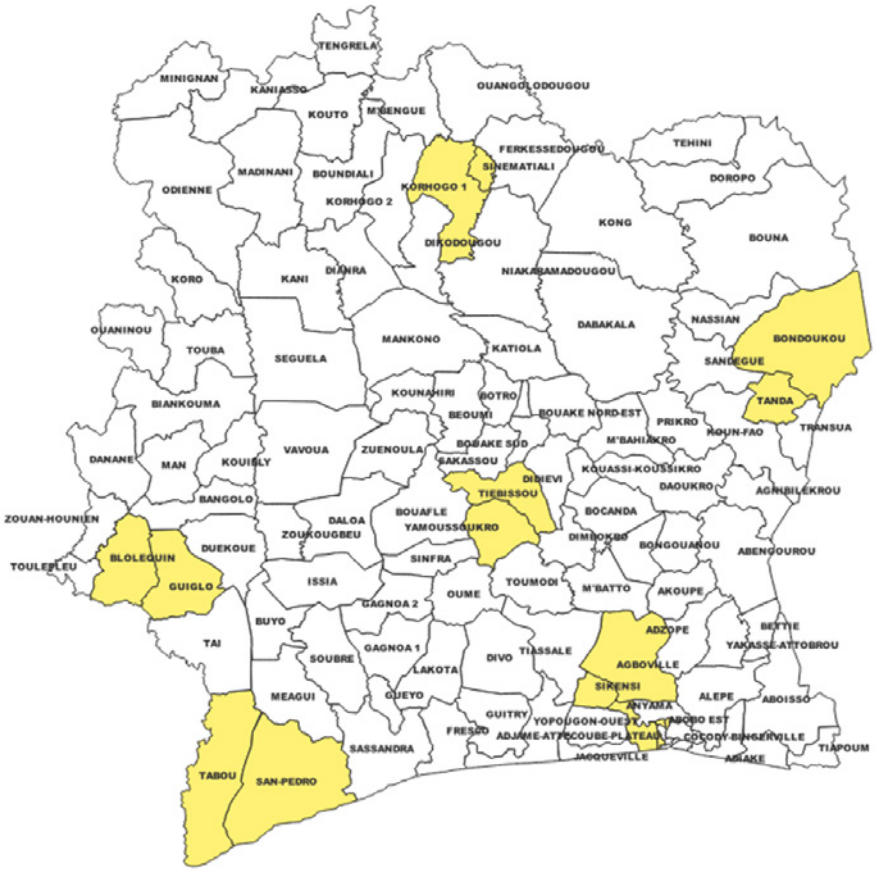


Figure 1 : Répartition des districts sélectionnés abritant les centres de santé ruraux visités en 2025

Collecte, traitement et analyse des données

Les données ont été saisies sur ODK Collect et analysées avec les logiciels PYTHON® et QGIS®. Chaque variable a fait l'objet d'une analyse descriptive. Les variables quantitatives étaient exprimées sous forme de moyenne et écart type. Les variables qualitatives étaient décrites en termes de fréquence et de pourcentage pour chacune des modalités des variables.

La recherche de facteurs associés au statut vaccinal s'est faite en deux étapes.

D'abord, les degrés d'associations (corrélation) entre toutes les variables ont été explorés à l'aide du coefficient de corrélation r à travers la matrice de Cramer et *al* pour les variables qualitatives. Pour les variables quantitatives, une corrélation de Pearson bisériale a été réalisée. Les deux corrélations ont été fusionnées dans une seule matrice carrée.

Ensuite, les couples de variables « très proches » avec des corrélations élevées ont été classés comme redondants. Une seule variable de ces couples a été intégrée dans le modèle. Toutes les autres variables ont été intégrées dans la régression logistique. Les Odds Ratio (OR) et leur intervalle de confiance ont été calculés au risque 5%.

La relation était dite significative si l'intervalle de confiance de l'OR ne comprenait pas la valeur 1. Dans ce cas, si OR>1, le facteur était dit « aggravant » la non-vaccination. Si OR<1, le facteur était dit « protecteur ».

La relation était dite non significative si l'intervalle de confiance contenait la valeur 1.

Considérations éthiques

Une autorisation du Comité d'éthique nationale référencée US DPT OF HHS REGISTRATION #2 : IRB000111917 du 15/09/2025, a été obtenue avant le démarrage de l'enquête.

Une demande d'autorisation a été adressée aux Directeurs régionaux de la santé, aux Directeurs des districts sanitaires et aux autorités locales (Conseil Régionaux, Mairies et Gouverneurs de Districts Autonomes).

Au moment du recueil des données, une note d'information a été lue avant tout entretien ou focus group discussion. Le consentement écrit des personnes à interroger, a été recueilli à l'aide d'une fiche de consentement éclairé signée.

Les clauses de confidentialité et d'anonymat ont été respectées.

Résultats

Au total, le taux de participation des responsables de centres de santé ruraux était de 92,8% (13/14) et 79 parents d'enfants cibles ont été enquêtés.

Disponibilité des ressources humaines

Le tableau I présente la perception des responsables d'établissements de santé sur les ressources humaines.

Tableau I : Répartition des responsables de vaccination dans les centres de santé ruraux selon leur perception sur l'effectif et la qualité des agents de santé (N=13)

Caractéristiques des agents de santé	n	%
Agents de santé dédiés à la vaccination		
Nombre insuffisant	7	**66**
Nombre suffisant	6	34
Formation sur la vaccination		
Oui	10	76,9
Non	3	**23,1**
Connaissance du calendrier vaccinal des enfants de 0 à 11 mois		
Élevée	10	76,9
Moyenne	2	15,4
Faible	**1**	**7,7**

La majorité des responsables estimait que le nombre d'agents dédiés à la vaccination était insuffisant (66%).

Près d'un quart des responsables des CSR n'avait pas reçu de formation continue sur la vaccination et près d'un responsable sur 10 (8%) ne maîtrisaient pas le calendrier vaccinal pour les enfants de 0 à 11 mois.

Accessibilité géographique et logistique

Plus de la moitié de la population (58%) vivait à moins de 5 km d'un centre de santé rural et 42% vivaient entre 5 et 15 kilomètres.

Service de la vaccination

La réalisation de la vaccination systématique était faite dans la totalité des CSR avec les vaccins liquides et seulement 3 (23,1%) utilisaient des vaccins lyophilisés.

Les prestations des services de vaccination ont montré les retards dans l'approvisionnement en seringues et vaccins et des ruptures de vaccins dans respectivement 4 (31%) et 2 (15,4%) des CSR.

Caractéristiques des ménages

Elles sont présentées dans le tableau II.

Tableau II : Profession et perceptions de la distance au centre de santé et de la fréquence de visite des agents de santé communautaires par les chefs de ménage (N=79)

Caractéristiques des chefs de ménage	**n**	**%**
Profession du chef de ménage		
Formel	2	2,5
Informel	**68**	**86,1**
Sans emploi	7	8,9
Autres	2	2,5
Appréciation de la distance selon le Temps mis à joindre le centre de santé		
Très proche	**57**	**72,1**
Moyen	16	20,3
Éloigné	6	7,6
Fréquence de visites des agents de santé communautaires		
Élevée	5	6,3
Moyenne	8	10,1
Faible	40	50,6
Nulle	26	33,0

La majorité des chefs de ménage exerçait dans le secteur d'activité informel et estimait être « très proche » des centres de santé ruraux.

Une très faible proportion de ménages avait reçu le nombre requis de visites par les agents de santé communautaires (ASC).

Facteurs prédictifs de la non-vaccination des enfants

Ils sont présentés dans la figure 2.

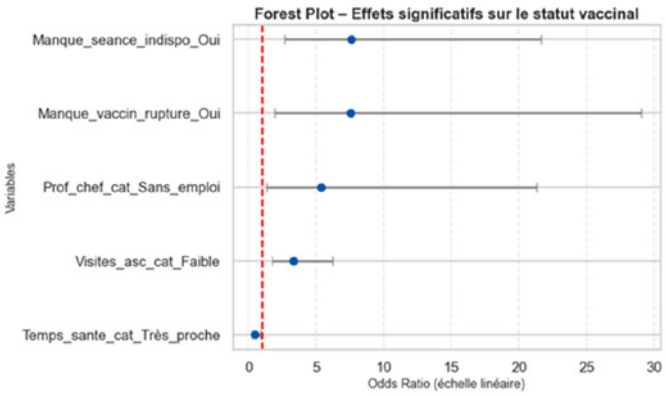


Figure 2 : Répartition des facteurs prédictifs de la non-vaccination selon les Odds Ratio

Les enfants de ménages dont le chef était sans emploi stable avaient 5 fois plus de risque d'être sous-vaccinés, les ruptures de vaccins multipliaient ce risque par 7, et l'indisponibilité des services par 8. Le faible nombre de visites des ASC le multipliait par 3. La proximité des ménages avec le centre de santé jugé « proche » et accessible à moins de 30 minutes, diminuait de moitié le risque de sous-vaccination.

Discussion

La sous ou non-vaccination relevait de barrières de dysfonctionnements systémiques amplifiés par la zone rurale. Le manque de compétences des ressources humaines en santé pourrait se traduire par des erreurs ou des oublis. Les résultats de Li en 2016, suggéraient plusieurs interventions pour y palier. Il s'agissait de la normalisation des pratiques des agents de santé, la mise en place d'un programme d'orientation pour tous les agents de santé et le développement d'un module de gestion des stocks afin de réduire les ruptures de stock de vaccins et de fournitures liées à la vaccination **[3].**

Les infrastructures routières inadéquates influençaient également le statut vaccinal. En effet, les routes boueuses, les rivières en crue et les distances peuvent faire de l'accès aux services un casse-tête en zone rurale. En temps de pluie par exemple, un trajet peut doubler, décourageant les mères d'amener les enfants à la vaccination. A cet effet, Bangura et *al.* avaient révélé que plus la distance par rapport au site de vaccination était grande, plus les chances de vaccination étaient faibles **[4].** En outre,

la pénurie de vaccins au niveau des établissements de santé et les difficultés de leur transport ont été signalées comme entravant les services de vaccination. La politique restrictive en matière d'ouverture des vaccins (Politique de Flacons Entamés (PFE), l'utilisation de flacons multidoses et la durée d'utilisation limitée) a été signalée comme un obstacle spécifique au vaccin BCG **[4].** Par ailleurs selon l'étude de Ngueface à Yaoundé, la gestion des vaccins était un goulot d'étranglement majeur. En effet, 15,4 % des CSR avait connu des ruptures de stocks et 30,8 %, des retards d'approvisionnement ayant occasionné des arrêts de la vaccination **[5].**

L'étude de Jejaw en 2025 a suggéré d'encourager les agents de santé communautaires et les programmes de sensibilisation par l'apport d'un soutien financier pour augmenter la couverture vaccinale en évitant les occasions manquées de vaccination **[6].**

Conclusion

Il importe de mener des actions à plusieurs niveaux. L'investissement dans des moyens logistiques (motos, vélos, ...), le renforcement des capacités des ressources humaines y compris les ASC, l'intégration des leaders communautaires pour la mobilisation des ressources locales, le renforcement de la disponibilité des vaccins et intrants et l'établissement de partenariats locaux (mairies, conseils régionaux) sont des pistes à renforcer ou à explorer.

Références Bibliographiques

1. Institut National de la Statistique-INS et ICF 2023. Enquête Démographique et de Santé de Côte d'Ivoire, 2021. Rockville, Maryland, USA : INS/Côte d'Ivoire et ICF.
2. WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage 2023.
3. Li AJ, Tabu C, Shendale S, Sergon K, Okoth PO, Mugoya IK, et al. Assessment of missed opportunities for vaccination in Kenyan health facilities, 2016. PLoS ONE. 2020; 15(8): e0237913. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237913
4. Bangura, J.B., Xiao, S., Qiu, D. *et al.* (2020). Barriers to childhood immunization in sub-Saharan Africa: A systematic review. *BMC Public Health* 20, 1108 (2020). https://doi.org/10.1186/s12889-020-09169-4
5. Nguefack, F., Ngwanou, D. H., Chiabi, A., Mah, E., Wafeu, G., Mengnjo, M., ... Koki Ndombo, P. O. (2018). Déterminants et Raisons de Non Vaccination Complète des Enfants Hospitalisés dans deux Hôpitaux de Référence Pédiatrique à Yaoundé. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE*, *19*(2). https://doi.org/10.5281/hsd.v19i2.1055
6. Jejaw M, Tafere TZ, Tiruneh MG, Hagos A, Teshale G, Tilahum MM et al. Three in four children age 12–23 months missed opportunities for vaccination in Sub Saharan African countries: a multilevel mixed effect analysis of demographic health and surveys 2016–2023. BMC Public Health. 2025 ; 25:62 https://doi.org/10.1186/s12889-024-21273-3
7. Reda S, Weishaar H, Akhter S, Karo B, Martínez J, Singh A, et al. (2024) Health service providers' views on barriers and drivers to childhood vaccination of FDMN/ Rohingya refugees: a qualitative study in Cox's Bazar, Bangladesh. Front. Public Health. 2024; 12:1359082. doi: 10.3389/fpubh.2024.1359082.

02

Les déterminants de la non-vaccination des enfants éligibles du Programme Élargi de Vaccination en Côte d'Ivoire

Determinants of non-vaccination of children eligible for the Expanded Program on Immunization in Côte d'Ivoire

N'ZI-BOA T[1], YOHOU K[1], SORO F[1], YOBOUE M[1], MANOUAN M[1], KONE B[1], MIAN A[1], ATTIA-KONAN R[1,2], FADIGA A G[3], GBAYORO-KOUAME C[3], BAKEU M[3], DEDOH J L[3] , KOUTOUAN M G[3], TOURE A[4], MAMA D M[4], KOUADIO N[5], KOSSIA Y[5], KONÉ[5] DJOHAN V[1,2], YAVO W[1,2], SACKOU-KOUAKOU J[1,2].

1. Institut National de Santé Publique
2. UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Université Félix Houphouët-Boigny
3. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
4. Comité National d'Éthique des Sciences de la Vie et de la Santé
5. Direction de Coordination du Programme Élargi de Vaccination (DCPEV)

Auteur correspondant : N'ZI-BOA Tania : tnzi@yahoo.fr

Résumé

Introduction : En Côte d'Ivoire, malgré les efforts du gouvernement à travers le Programme élargi de Vaccination (PEV), un nombre significatif d'enfants restent incomplètement vaccinés. Notre étude visait à analyser les déterminants de la non-vaccination et de la sous-vaccination des enfants.

Méthodes : Une étude transversale mixte a été menée entre juillet et novembre 2025 dans 16 districts sanitaires, auprès de responsables de vaccination et de parents d'enfants de 0 à 59 mois. Les données ont été collectées via des questionnaires ODK Collect et des entretiens enregistrés, puis analysées avec Python® et Nvivo14®.

Résultats : Parmi les 44 responsables, 57 % ont rapporté des ruptures de stocks de vaccins. Les 286 parents ont évoqué comme principaux motifs de non-vaccination, l'indisponibilité des services (80,6 %), des vaccins/intrants (88 %) et du personnel (50 %). Par ailleurs, 44 % disaient n'avoir pas reçu de visite d'agent de santé communautaire (ASC) en 2025.

Conclusion : La sous-vaccination résulte essentiellement de barrières structurelles et logistiques.

Principal message de santé publique : L'amélioration de la couverture exige de sécuriser la chaîne d'approvisionnement, d'assurer la régularité des séances et de renforcer la supervision des ASC.

Mots clés : Non-vaccination, Enfants de moins de 5 ans, Chaîne d'approvisionnement en vaccins, Agents de santé communautaires.

Abstract

Introduction: In Côte d'Ivoire, despite government efforts through the Expanded Program on Immunization (EPI), a significant number of children remain incompletely vaccinated. Our study aimed to analyze the determinants of non-vaccination and under-vaccination among children.

Methods: A mixed-methods cross-sectional study was conducted in late 2025 in 16 health districts, involving vaccination officials and parents of children aged 0 to 59 months. Data were collected via ODK Collect questionnaires and recorded interviews, then analyzed using Python® and NVivo14®.

Results: Among the 44 officials, 57% reported vaccine stockouts. The 286 parents cited the unavailability of services (80.6%), vaccines/supplies (88%), and staff (50%) as the main reasons for non-vaccination. Furthermore, 44% reported not having received a visit from a community health worker in 2025.

Conclusion: Under-immunization is primarily due to structural and logistical barriers.

Public Health message : Improving coverage requires securing the supply chain, ensuring regular vaccination sessions, and strengthening the supervision of community health worker.

Key words : Non-vaccination, Children under 5 years of age, Vaccine supply chain, Community health workers.

Introduction

En Côte d'Ivoire, comme dans tous les pays du monde, le Programme Élargi de Vaccination (PEV) a été mis en place pour garantir l'accès universel aux vaccins essentiels. Malgré les efforts déployés, à l'échelle nationale, de nombreux défis persistent, avec un nombre significatif d'enfants restants non ou sous vaccinés. En effet, au moment de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) réalisée en 2021, seul 36 % des enfants âgés de 12 à 23 mois avaient reçu tous les vaccins de base et 19 % étaient complètement vaccinés conformément au calendrier national **[1].**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF, ces lacunes dans la couverture vaccinale observées en Côte d'Ivoire peuvent être attribuées à l'accès limité aux services de santé, aux croyances culturelles, et à un manque de sensibilisation adéquate **[2 ; 3].**

Aussi, comprendre les déterminants des performances actuelles du Programme Élargi de Vaccination (PEV) est essentiel pour adapter les stratégies nationales et atteindre l'objectif de 95 % de couverture vaccinale. L'objectif de l'étude était d'analyser les raisons de la non-vaccination et la sous-vaccination des enfants éligibles du PEV en Côte d'Ivoire.

Méthodes

Cadre, type, durée et population d'étude

Notre étude a été réalisée dans seize (16) districts sanitaires de Côte d'Ivoire couvrant sept (7) régions sanitaires. Dans chaque district sanitaire, trois (03) établissements de santé ont été sélectionnés : l'hôpital de référence, un centre de santé urbain et un centre de santé rural.

Cette étude transversale mixte, avec un volet quantitatif et un volet qualitatif, a été menée entre le 01 octobre et le 21 novembre 2025. La population d'étude était les responsables de la vaccination des établissements de santé et les parents d'enfants âgés de moins de cinq (05) ans.

Collecte des données

La collecte des données a été conduite par des entretiens individuels à l'aide d'une part, de questionnaires enregistrés sur ODK Collect et sur des tablettes pour les données quantitatives et de dictaphones pour les données qualitatives.

Au niveau du système de santé, les entretiens visaient à recueillir les données relatives à la disponibilité des vaccins et intrants pour la vaccination et à la gestion des occasions manquées de vaccination (référence des enfants vus dans d'autres services vers le service de vaccination). Au niveau des parents ces entretiens concernaient les raisons de non-vaccination et le suivi des Agents de Santé Communautaires (ASC).

Saisie et traitement des données

Les données de l'enquête quantitative ont été exportées sur le logiciel Excel® puis analysées avec les logiciels PYTHON® et QGIS®.

Les entretiens qualitatifs enregistrés à l'aide d'un dictaphone ont été transcrits sur le logiciel Word®, puis encodés à partir d'un « codebook », et analysés à l'aide du logiciel Nvivo 14.

Résultats

Les responsables de la vaccination de 44 établissements de santé ont participé à l'étude.

Évoquant la disponibilité des vaccins et intrants pour la vaccination, 12 ont indiqué avoir eu des retards d'approvisionnement ayant occasionné l'arrêt de séances de vaccination, 25 ont indiqué des ruptures de stocks de vaccins et 3 des ruptures stocks de seringues (Figure 1).

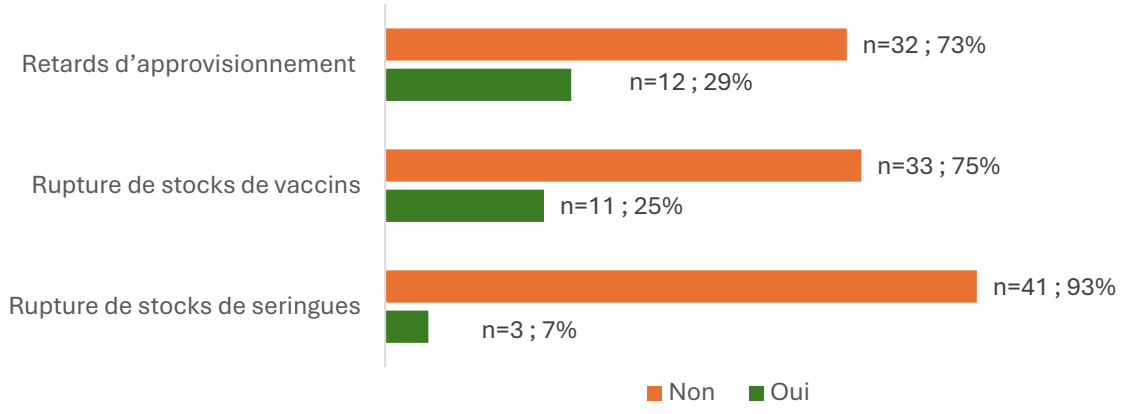


Figure 1 : Répartition des établissements sanitaires selon les raisons d'arrêt de séances de vaccination (N=44)

Relativement à la gestion des occasions manquées de vaccination, dans la plupart des établissements de santé (n=37 ; 92,7%), les enfants non-vaccinés ou sous-vaccinés vus en consultation dans d'autres services, étaient référés vers le service de vaccination.

Sur les 286 parents d'enfants de moins de 5 ans interrogés, 69 d'entre eux se sont prononcés sur les raisons de non-vaccination, indiquant des raisons liées à la prestation des services de vaccination (n=36 ; 12,6%), aux vaccins et intrants (n=25 ; 8,74%) et aux ressources humaines (n=8 ; 2,8%). De façon détaillée, il ressort que c'est l'indisponibilité des services, l'indisponibilité des vaccins et intrants et vaccins ainsi que l'indisponibilité du personnel qui étaient les principales raisons de non-vaccination (Tableau I).

Tableau I : Répartition des parents d'enfants de 0 à 59 mois selon les raisons de non-vaccination évoquées (N=69)

Raisons de non-vaccination	n	%
Prestation des services de vaccination (N=36)		
Coût élevé de la vaccination	5	13,9
Heure tardive de début des séances de vaccination	2	5,6
Indisponibilité des services	**29**	**80,6**
Vaccins et intrants (N=25)		
Pas confiance aux vaccins	1	4
Effets secondaires	2	8
Rumeurs	1	4
Indisponibilité des vaccins et/ou intrants	**21**	**88**
Ressources humaines (N=8)		
Indisponibilité du personnel de santé	**4**	**50**
Mauvais accueil	2	25
Autres	2	25

De l'appréciation de ces parents relativement à la fréquence des visites des ASC dans les ménages, il a été relevé que près de la moitié d'entre eux (44%) disaient n'avoir pas reçu de visite des ASC depuis le début de l'année 2025. Seul 3% avaient estimé que ce nombre de visite était bon (Figure 2).

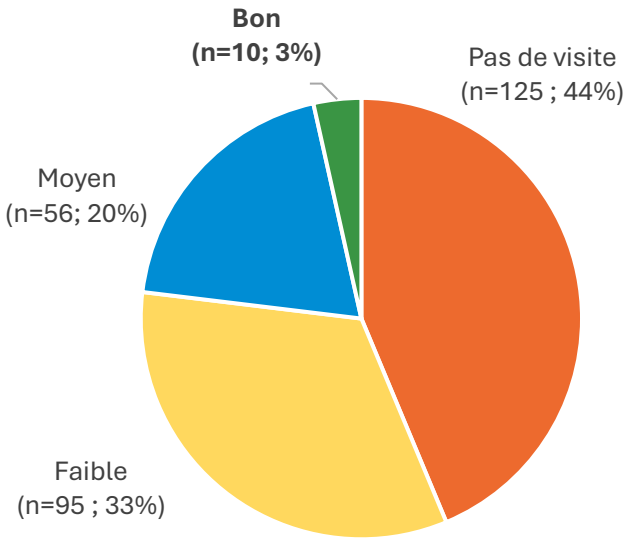


Figure 2 : Répartition des parents enquêtés selon leur appréciation de la fréquence des visites des ASC (N=286)

Discussion

La disponibilité constante des vaccins et intrants est un pilier fondamental pour maintenir la confiance des populations et assurer la continuité du service. Nos résultats mettent en lumière les défis structurels de l'offre de soins dans le système de vaccination avec des ruptures de stocks et des problèmes logistiques causant l'arrêt des services de vaccination. Ces résultats vont dans le sens des travaux de Ngueface (2022) menés dans deux hôpitaux de référence de Yaoundé, qui indiquaient que les raisons de non-vaccination étaient dominées par les ruptures de stocks de vaccins dans environ 21,1 % des cas des enfants étudiés **[4].**

Le taux élevé de référence vers les service de vaccination va dans le sens du Plan Stratégique National de Vaccination (PSNV 2022), qui indique que l'identification et la référence systématique des enfants non-vaccinés lors de tout contact avec le système de santé sont des piliers pour améliorer la couverture vaccinale en Côte d'Ivoire. Cette pratique transforme chaque visite médicale en une opportunité de protection **[5].**

Cependant, les travaux de Bangura (2020) soulignent que l'intégration réelle nécessite que les obstacles logistiques (disponibilité du service, des vaccins et intrants et du personnel) soient levés afin que l'enfant référé soit effectivement vacciné **[6].**

Les principales raisons de non-vaccination indiquées par les parents des enfants de moins de 5 ans sont liées à l'indisponibilité des services et des vaccins. Ce qui confirme les résultats recueillis auprès des responsables de la vaccination dans les établissements de santé et rejoint les conclusions des travaux de Nguefack (2022), indiquant que les raisons de non-vaccination sont souvent dominées par des facteurs structurels **[4].**

De même, selon Rainey (2011), les problèmes de vaccination sont intrinsèquement liés aux composantes du système de santé, notamment la disponibilité et la performance des ressources humaines **[7].**

Le faible taux de couverture des visites à domicile des ASC contraste avec les recommandations internationales sur leur rôle pour atteindre les enfants "Zéro Dose". Les travaux de Bangura et al. (2020) soulignent que dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, l'efficacité des programmes de vaccination dépend étroitement de la régularité du suivi à domicile par les ASC. Cependant, leur revue systématique montre que le manque de motivation, l'absence de supervision régulière et l'insuffisance de financement pour les déplacements des ASC conduisent souvent à une couverture sporadique des ménages **[6].**

Conclusion

Notre étude a permis d'identifier les principaux déterminants de non-vaccination, qui restent similaires dans plusieurs autres pays. Aussi, pour améliorer durablement la couverture vaccinale est-il impératif d'adapter les stratégies en agissant sur la régularité des séances de vaccination, la disponibilité continue des vaccins et intrants, la disponibilité et la qualité des ressources humaines de santé ainsi que le renforcement du rôle des ASC.

Références bibliographiques

1. Institut National de la Statistique-INS et ICF 2023. Enquête Démographique et de Santé de Côte d'Ivoire, 2021.
2. UNICEF. The State of the World's Children; flagship report 2023. Disponible sur:https://www.unicef.org/esa/press-releases/new-unicef-report-shows-127-million-children-africa-missed-out-one-or-more , consulté le 25 août 2025
3. UNICEF. The State of the World's Children 2024. Disponible sur: https://www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children/2024; consulté le 19 août 2025
4. Nguefack F, Dany Hermann N, Andreas C, Mah E, Wafeu G, Michel M, et al. Déterminants et Raisons de Non Vaccination Complète des Enfants Hospitalisés dans deux Hôpitaux de Référence Pédiatrique à Yaoundé. Health Sci. Dis: 2018.Vol 19 (2):81-8
5. Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle. Plan Stratégique National de Vaccination (PSNV) 2022-2026. Côte d'Ivoire.
6. Bangura JB, Xiao S, Qiu D, Ouyang F, Chen L. Barriers to childhood immunization in sub-Saharan Africa: A systematic review. BMC Public Health. 2020; 20(1):1108.
7. Rainey JJ, Watkins M, Ryman TK, Sandhu P, Bo A, Banerjee K. Reasons related to non-vaccination and under-vaccination of children in low- and middle-income countries: findings from a systematic review of the published literature, 1999-2009. Vaccine. 2011; 29(46):8215-8221.

03

Le coût perçu de la vaccination en milieu péri-urbain abidjanais : une barrière économique et psychologique malgré la gratuité des vaccins PEV

The perceived cost of vaccination in peri-urban areas of Abidjan : an economic and psychological barrier despite the fact that EPI vaccines are free of charge

SORO SF[1], KOUASSI AE[1], MANOUAN M[1], KONE B[1], N'ZI-BOA T[1], YOHOU K[1], YOBOUE M[1], MIAN A[1], ATTIA-KONAN R[1,2], FADIGA A G[3], GBAYORO-KOUAME C[3], BAKEU M[3], DEDOH J L[3], KOUTOUAN M G[3], TOURE A[4], MAMA D M[4], DJOHAN V[1,2], YAVO W[1,2], SACKOU-KOUAKOU J[1,2].

1. Institut National de Santé Publique
2. UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Université Félix Houphouët-Boigny
3. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
4. Comité National d'Éthique des Sciences de la Vie et de la Santé

Auteur correspondant : SORO Françoise **:** sorofrancoise@yahoo.fr

Résumé

Introduction : La perception du coût de la vaccination par les populations est un facteur déterminant de son adhésion. L'objectif de cette étude était d'analyser les dimensions du coût perçu et leurs implications sur la couverture vaccinale en milieu périurbain à Abidjan.

Méthodes : Cette étude qualitative à visée analytique a été faite auprès des parents et gardiens d'enfants de 0 à 59 mois. Elle s'est déroulée entre juillet et novembre 2025 dans les zones péri-urbaines d'Abidjan. La collecte des données a été faite par huit (08) focus group d'hommes et de femmes et la recherche documentaire. Les données ont été analysés par le logiciel Nvivo 14®.

Résultats : L'âge moyen était de 40 ans pour les hommes et de 37 ans pour les femmes avec un niveau d'étude des hommes plus élevé que celui des femmes. Malgré les bénéfices reconnus, une partie de la population associe la vaccination à une dépense supplémentaire lié aux frais indirects.

Conclusion : Le coût perçu de la vaccination en Côte d'Ivoire demeure une barrière psychologique et économique. De ce fait, une meilleure communication autour de la vaccination est essentielle pour maintenir la confiance et l'adhésion de la population afin de garantir une couverture vaccinale universelle.

Principal message de santé publique : La vaccination doit être pensée comme une expérience accessible et rassurante pour les familles.

Mots-clés : Vaccination, Coût perçu, Zone périurbaine

Abstract

Introduction : The perception of the cost of vaccination by the population is a determining factor in its acceptance. The objective of this study was to analyze the dimensions of perceived cost and their implications for vaccination coverage in peri-urban areas of Abidjan.

Methods : This qualitative study with analytical aims was conducted with parents and caregivers of children aged 0 to 59 months. It took place between July and November 2025 in the peri-urban areas of Abidjan. Data collection was carried out through eight (8) focus groups of men and women and a literature review. The data were analyzed using NVivo 14® software.

Results : The average age was 40 for men and 37 for women, with men having a higher level of education than women. Despite the recognized benefits, part of the population associates vaccination with additional expenses related to indirect costs.

Conclusion : The perceived cost of vaccination in Côte d'Ivoire remains a psychological and economic barrier. Therefore, better communication about vaccination is essential to maintain public confidence and acceptance to ensure universal vaccination coverage.

Main Public Health message : Vaccination should be seen as an accessible and reassuring experience for families.

Key words : Vaccination, Perceived cost, Periurban area.

Introduction

La vaccination est l'une des interventions de santé publique la plus rentable et efficace pour prévenir les maladies infectieuses, réduire la mortalité infantile et améliorer l'espérance de vie de la population **[1]**. Ainsi, les séances de vaccination organisées à travers le monde permettent de prévenir chaque année des millions de décès **[2]**.

En Côte d'Ivoire comme dans bien de pays africains, les campagnes de vaccination ont joué un rôle déterminant dans l'éradication et la réduction de plusieurs épidémies comme la poliomyélite, rougeole, etc.**[3]**. L'État garantit la gratuité des vaccins essentiels pour les enfants de moins de 5 ans. Malgré son efficacité médicale et sa gratuité, certaines personnes continuent de percevoir la vaccination comme une dépense indirecte **[4]** et inutile constituant une barrière économique et psychologique qui limite son adoption dans plusieurs contextes **[5]**. L'objectif de cette étude était dons d'analyser les dimensions du coût perçu et leurs implications sur la couverture vaccinale en milieu périurbain à Abidjan.

Méthodes

Cette étude était qualitative à visée analytique, auprès de parents et gardiens d'enfants de 0 à 59 mois. Elle s'est déroulée entre juillet et novembre 2025 dans les zones péri-urbaines d'Abidjan. La collecte des données a été faite par des focus group et la recherche documentaire. Ces entretiens se sont faits sur la base de huit (08) focus groups, repartis équitablement entre hommes et femmes. Chaque focus groups était composé de 10 participants, soit 40 hommes et 40 femmes. Les caractéristiques socio-démographiques, psychologiques (peurs, croyances, méfiance), la détermination des coûts directs (prix du vaccin), indirects (transport, temps, frais annexes) ont été réalisées. Les données ont été analysées avec le logiciel Nvivo 14®.

Résultats

Les caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen était de 40 ans pour les hommes et de 37 ans pour les femmes. Le niveau d'étude des hommes était considérablement plus élevé que celui des femmes, traduisant une disparité éducative.

La dimension économique du coût perçu de la vaccination

Bien que les vaccins du Programme Élargi de Vaccination (PEV) soient officiellement gratuits, la population a exprimé une méfiance alimentée par des expériences antérieures de frais imprévus ou de pratiques informelles.

Ce verbatim illustre cet aspect :

> *"Le rattrapage vaccinal, j'ai été victime, mais quand on fait une vaccination gratuite [...] on te laisse payer. Du coup, ça décourage les parents."* (FGD, informateur 8, 42 ans).

La dimension psychologique du coût perçu de la vaccination

Les populations avaient des représentations négatives du vaccin comme le signifie cet enquêté :

> ***le vaccin qui arrive là, c'est empoisonné.*** (FGD, informateur 2, 40 ans).

Un autre enquêté a ajouté :

> ***Une fois, ils ont dit que le vaccin est fait pour endormir les gens, c'est le manque d'information.*** (FGD, informateur 8, 42 ans).

Par ailleurs, certaines normes religieuses renforçaient cette opposition, comme le souligne une participante :

> ***Surtout, il y a des parents... je suis musulmane. C'est moi-même, j'insulte. Ils peuvent dire que chez nous, on ne touche pas, on ne fait pas d'injections.*** (FGD, informatrice, 36).

La dimension socio-professionnelle, logistique et genrée

La disparité éducative traduisait une moindre capacité des femmes à négocier ou à relativiser les coûts indirects de la vaccination. Le coût perçu agissait comme une barrière genrée, renforçant les inégalités sociales d'accès aux services de vaccination.

> ***Nous, concernant, en tant que père, il n'y a pas de temps.*** (FGD, informateur 10, 38 ans).

Discussion

Les hommes avaient un niveau d'étude plus élevé que les femmes. Cette disparité éducative permet de comprendre les inégalités de genre dans l'accès aux services de santé. Les femmes, souvent responsables des enfants, étaient plus exposées aux contraintes logistiques réduisant leur marge de manœuvre face aux coûts perçus. Becker en 1964 **[6]**, dans

sa théorie du capital humain, soulignait que l'éducation influençait la manière dont les individus valorisaient et investissaient dans la santé. Ainsi, les populations moins instruites ou économiquement vulnérables tendaient à percevoir négativement les coûts indirects (transport, temps perdu, frais complémentaires). Cela va dans la même veine que les travaux de Rosenstock en 1974 pour qui l'acceptabilité de la vaccination dépend fortement de la perception des coûts et des bénéfices **[7]**.

Les résultats sur le coût économique perçu de la vaccination chez les enquêtés ont révélé que la gratuité formelle du coût de la vaccination ne suffisait pas à lever les barrières économiques. En outre, ce coût perçu est une construction sociale, nourrie par la méfiance et les expériences que les parents ont rencontrés dans le passé. D'où l'expression d'une méfiance de la population vis-à-vis des institutions sanitaires, alimentée par des expériences antérieures de frais imprévus ou de pratiques informelles. Cette méfiance de la population contribuait à la construction d'un imaginaire social où la gratuité était perçue comme illusoire. Cela rejoint les travaux de Castoriadis sur l'imaginaire social, qui façonne la manière dont les communautés interprètent les politiques publiques **[8]**. Ainsi, même si le service était gratuit, les coûts indirects (transport, temps, confiance) réduisaient la capabilité des populations à se faire vacciner.

Le volet psychologique du coût perçu a montré que la décision de se faire vacciner ne relevait pas seulement d'un calcul économique individuel, mais aussi des normes et croyances partagées au sein de la communauté. Ces résultats ont montré que certaines croyances et pratiques culturelles ou religieuses nourrissaient une résistance à l'injection ou à l'introduction d'un corps étranger. C'est dans cette optique que Mary Douglas en 1966 **[9]** a montré que les pratiques culturelles et religieuses façonnaient la perception du corps et des substances étrangères. Ainsi, l'injection était perçue comme une intrusion qui menaçait l'intégrité corporelle et symbolique. Cette idée rejoint les travaux de Paul Ricoeur sur le symbolisme du mal, où l'introduction d'un élément extérieur peut être associée à une souillure ou à une transgression **[10]**. Dès lors, la résistance à l'injection était comprise comme une défense de l'identité culturelle et des normes corporelles transmises. Festinger quant à lui a montré que les individus résistaient à des pratiques qui contredisaient leurs croyances profondes, ce qui pouvait renforcer le rejet psychologique de la vaccination **[11]**.

Conclusion

Les résultats de cette étude mettent en exergue une gratuité de la vaccination en pratique par le PEV, mais estimé coûteuse pour certaines populations. Dès lors, l'action sur les représentations sociales est cruciale pour réduire les barrières économiques indirectes et psychologiques. Ainsi, pour atteindre une couverture vaccinale optimale, il est nécessaire de combiner l'offre gratuite avec des stratégies de communication, de proximité et de valorisation sociale de la vaccination.

Références bibliographiques

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport biennal 2022-2023 : Principaux résultats – Côte d'Ivoire. Bureau régional pour l'Afrique : 356.
2. Plotkin Stanley A. (2014). History of vaccination. National Academy of Sciences, États-Unis, Vol. 111, No. 34 : 12283 –7.
3. UNICEF (2022). Vaccination coverage in West Africa : 12p.
4. WHO (2021). Barriers to immunization in low-income countries, 48p.
5. Ozawa, S., & Stack, M. L. (2013). Public perceptions of vaccination costs. Taylor & Francis, États-Unis, Vol. 9, No. 8 : 1774 –8.
6. Becker Gary S. (1964) Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education, National Bureau of Economic Research, 412 pages.
7. Rosenstock Irwin M. (1974) Historical Origins of the Health Belief Model, Health Education Monographs, États-Unis, Vol. 2, No. 4 : 328–35.
8. Castoriadis Cornelius (1975) L'institution imaginaire de la société, Éditions du Seuil, France : 496p.
9. Mary Douglas (1966) Purity and Danger : An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo, Routledge & Kegan Paul, Royaume-Uni : 224p.
10. Paul Ricoeur (1965) De l'interprétation : Essai sur Freud, Éditions du Seuil, France : 548p.
11. Festinger Leon (1957) A Theory of Cognitive Dissonance, Stanford University Press, États-Unis : 291p.

04

Les ressentis des Agents de Santé Communautaire (ASC) dans la vaccination en zones péri-urbaines d'Abidjan, Côte d'Ivoire en 2025

The experiences of Community Health Workers (CHWs) in vaccination in peri-urban areas of Abidjan, Ivory Coast in 2025

MANOUAN M[1], KOUAME AG[1], N'ZI-BOA T[1], KONE B[1], YOHOU K[1], MIAN A[1], SORO F[1], YOHOU K[1], MIAN A[1], ATTIA-KONAN R[1,2], FADIGA A G[3], GBAYORO-KOUAME C[3], BAKEU M[3], DEDOH J L[3], KOUTOUAN M G[3], TOURE A[4], MAMA D M[4], DJOHAN V[1,2], YAVO W[1,2], SACKOU-KOUAKOU J[1,2].

1. Institut National de Santé Publique
2. UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Université Félix Houphouët-Boigny
3. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
4. Comité National d'Éthi*que des Sciences de la Vie et de la Santé*

Auteur correspondant : MANOUAN N'guetta Mathilde : manounatto3@gmail.com

Résumé

Introduction : En Côte d'Ivoire, les Agents de Santé Communautaires (ASC) constituent un maillon essentiel dans les activités vaccinales. Ainsi analyser leurs ressentis dans la mise en œuvre des stratégies de sensibilisation et de recherche des enfants Zéro Dose et sous-vaccinés s'avère important.

Méthodes : Une enquête qualitative transversale à visée descriptive a été menée à Abobo et à Yopougon (zones péri-urbaines d'Abidjan). Entre juillet et novembre 2025, des entretiens semi-directifs de neuf ASC sélectionnés par choix raisonné ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien. L'analyse de contenu thématique a été fait avec le logiciel Nvivo 14 .

Résultats : Les ASC sensibilisaient, mobilisaient et orientaient les populations vers les structures sanitaires. Cependant, ils ont relevé des difficultés liées à l'accessibilité géographique et à une charge de travail qui devient de plus en plus importante. Ils ont souhaité une valorisation de leurs activités à travers une rémunération financière, symbolique ou matérielle.

Conclusion : La valorisation des activités des ASC, reste de mise pour promouvoir les activités vaccinales au sein de la population.

Message de santé publique : La prise en charge holistique et financière des ASC est nécessaire pour mener à bien les activités vaccinales dans la population.

Mots-clés : Ressentis, Agents de Santé Communautaire, Vaccination, zones péri-urbaines d'Abidjan.

Abstract

Introduction

In Côte d'Ivoire, Community Health Workers (CHW) play a vital role in vaccination activities. It is therefore important to analyze their experiences in implementing awareness-raising strategies and identifying zero-dose and under-vaccinated children in the peri-urban areas of Abidjan.

Methods : A descriptive cross-sectional qualitative survey was conducted in the peri-urban areas of Abidjan in Abobo and Yopougon between July and November 2025. Based on a reasoned selection of nine CHWs, semi-structured interviews were conducted using an interview guide and then subjected to thematic content analysis using Nvivo 14® software.

Results : CHWs raise awareness, mobilize, and refer people to health facilities. However, human resource constraints pose challenges in terms of geographical accessibility and their workload. Remuneration for their activities remains to be determined for their well-being. **Conclusion :** Recognition (financial, symbolic, material) of CHWs remains essential to promoting vaccination activities among the population.

Public health message : Holistic and financial support for CHWs is necessary to successfully carry out vaccination activities among the population.

Keywords : Perceptions, Community Health Workers, Vaccination, Peri-urban areas of Abidjan.

Introduction

En Côte d'Ivoire, les Agents de Santé Communautaires, interviennent comme un maillon essentiel face au défi d'atteindre la couverture vaccinale de 95%. Le Plan Stratégique National de Vaccination (PSNV) 2022-2025 d'où découlent les directives du grand rattrapage a permis de mener des activités afin de combler les insuffisances en matière de vaccination **[1]**. Cela s'est traduit par le démarrage effectif de la mise en œuvre du grand rattrapage des enfants « Zéro Dose » (ZD) et « Sous-Vaccinés » (SV) en décembre 2024. Ces activités impliquent les ASC. L'objectif de cette étude était d'analyser leurs ressentis dans la mise en œuvre des stratégies de sensibilisation et recherche des enfants Zéro Dose et sous vaccinés dans les zones péri-urbaines d'Abidjan.

Méthodes

Une enquête transversale descriptive a été menée dans les zones péri-urbaines d'Abidjan notamment à Abobo et à Yopougon entre juillet et novembre 2025. Cette enquête qualitative a concerné les ASC qui sont issus des centres de santé urbains et ruraux de ces communes. Au total neuf ASC sélectionnés par choix raisonné ont participé aux entretiens semi-directifs.

Les données ont été recueillies à l'aide de guide d'entretien. Un dictaphone a été utilisé pour l'enregistrement des entretiens. Les données collectées ont été transcrites avec le logiciel Word puis analysées par une méthode thématique à l'aide du logiciel NVIVO 14 .

Considérations éthiques : Le protocole de recherche a obtenu une autorisation du Comité d'éthique nationale référencée US DPT OF HHS REGISTRATION #2 : IRB000111917 du 15/09/2025. Une demande d'autorisation a été adressée aux Directeurs régionaux de la santé, aux Directeurs des districts sanitaires et aux autorités locales. Le consentement éclairé écrit a été obtenu de tous les participants. Les clauses de confidentialité et d'anonymat ont été respectées.

Résultats

Participation et rôles des ASC

Les ASC appuyaient les activités menées par les agents de santé (Infirmier, Sage-Femme, Médecin) dans l'aire sanitaire à la suite d'une planification. Ils ont surtout un rôle de sensibilisation et de mobilisation auprès de la population. Ainsi ces ASC ont expliqué les activités qu'ils mènent : « *Je couvre toute la zone, depuis Carrefour Angré jusqu'à Djibi Village. Nous sommes l'intermédiaire entre la communauté et le centre de santé. Nous ne vaccinons pas, mais nous faisons la mobilisation, la sensibilisation et le relais entre les deux.* » **(EI, informateur 1, 49 ans)**

« *Nous faisons la sensibilisation auprès des femmes et des familles pour les encourager à faire vacciner leurs enfants. Nous informons les mères des jours de vaccination et nous leur expliquons les avantages des vaccins. Oui, nous collaborons avec les infirmiers et les sages-femmes du centre. Ils nous donnent les informations nécessaires sur les campagnes et les activités à venir. Nous les accompagnons sur le terrain lors des stratégies avancées.* » **(EI, informateur 2, 38 ans)**

Leur rôle central dans la recherche des enfants zéro dose et sous vaccinés, illustre une gouvernance sanitaire décentralisée mais fortement dépendante de l'engagement individuel des ASC.

Aussi, notons que la fréquence élevée des activités indique une forte pression sociale et institutionnelle sur eux. Cela est relaté par ce répondant **«** *Nous menons ces activités [visites à domicile] constamment et quotidiennement.* » **(EI, informateur 1, 36 ans)**

Obstacles lies aux ressources humaines

L'étendue géographique de l'aire sanitaire couverte est disproportionnée par rapport au nombre d'ASC disponibles.

« *Nous sommes trois… donc il faut encore d'autres ASC. …. Il y a des quartiers difficiles d'accès… parfois on ne peut pas faire le porte-à-porte* » (EI, informateur 5, 57 ans)

Ce verbatim montre une insuffisance structurelle des ressources humaines communautaires. Cela entraîne : surcharge de travail, baisse de qualité, épuisement, et difficultés à maintenir une couverture vaccinale équitable. Le faible nombre d'ASC révèle également une faible priorisation institutionnelle du personnel communautaire.

Perceptions des ASC liés à la motivation financière

La motivation financière reste un facteur important pour maintenir l'activité de vaccination. Le non-paiement des engagements pris vis-à-vis des ASC entachaient le bon déroulement des activités de vaccination.

L'ASC travaille sans rémunération, ce qui créait un déséquilibre entre ses responsabilités sociales et sa survie économique.

« *Le problème, ce n'est pas l'ASC, mais c'est l'intéressement… L'ASC laisse ses activités, il n'est pas salarié… il faut qu'il soit intéressé.* » **(EI, informateur 7, 40 ans)**

Ici, émerge le problème central de la motivation. Cela produit une tension classique dans la sociologie de la santé communautaire. Le système dépend d'un acteur non salarié pour assurer un service essentiel. Cela entraîne une précarisation des rôles, une démotivation avec risque d'abandon.

« *Quand il travaille, il modifie son temps, son corps, et à la fin il ne gagne rien… ça décourage.* » **(EI, informateur 8, 42 ans)**

Ce passage révèle la dimension corporelle et sacrificielle du travail communautaire. Ici, l'absence de reconnaissance (financière, symbolique, matérielle) crée une forme de violence institutionnelle invisible, où l'effort individuel n'est pas compensé.

Discussion

Les rôles assignés aux ASC sont la sensibilisation et la mobilisation des populations pour la réussite des activités de vaccination. Cette étude corrobore les résultats du rapport d'analyse du mode de gestion des acteurs communautaires en milieu urbain et péri-urbain. Par ailleurs, elle confirme que les ASC sont les principaux relais entre les structures sanitaires et les populations, notamment dans les quartiers précaires. Ils assuraient la sensibilisation, dissipaient les rumeurs et renforçaient la confiance envers les services de santé. Ils participaient activement à l'identification des enfants non vaccinés ou incomplètement vaccinés (zéro dose, perdus de vue). De plus, grâce aux visites à domicile, ils repéraient les enfants à rattraper et les réèrent vers les centres de santé **[2]**.

Leurs plaintes portaient sur l'accessibilité géographique et leur charge de travail. Ce fait est souligné dans l'étude de DIALLO A. *al*. en 2022 au Sénégal **[3]**. En outre GAVI affirme que les ressources humaines, logistiques et financières sont d'une importance capitale pour une mise en œuvre efficace et efficiente des activités de vaccination. L'appui logistique était aussi crucial, incluant moyens de transport pour accéder aux zones difficiles (vélos, barques motorisées) et ressources financières **[4]**.

Selon Poonam KS en 2018 une documentation systématique des tâches et du temps consacré par les ASC bénévoles pourrait favoriser une meilleure reconnaissance de leurs contributions au système de santé et une meilleure détermination d'une rémunération proportionnelle **[5]**. Ces recommandations font partie des lignes directrices de 2018 de l'Organisation Mondiale de la Santé sur les politiques de santé et le soutien aux systèmes pour optimiser les programmes d'agents de santé communautaires. DIALLO. A. et *al*. reviennent sur une rémunération qui reste en deçà de la charge du travail accompli. Cette situation est mal perçue par les ASC qui y voient une dépréciation de leur activité. Par contre, l'étude de Davis AL et *al.* en 2024, a mis en exergue les régimes d'indemnisation des agents de santé communautaires et de leur efficacité perçue dans sept pays d'Afrique subsaharienne : le Bénin, le Burkina Faso, le Ghana, le Malawi, le Mali, le Niger et la Zambie (Davis, 2024).

Conclusion

L'Agent de Santé Communautaire, courroie de transmission entre la communauté et le système sanitaire joue un rôle déterminant dans les stratégies de sensibilisation et recherche des enfants Zéro Dose et sous vaccinés**.** Les obstacles humains, logistiques et financiers rencontrés par ces derniers peuvent entrainer une baisse de leur rendement si rien n'est fait pour les corriger. Ainsi l'absence de reconnaissance (financière, symbolique, matérielle) crée une forme de violence institutionnelle invisible, où l'effort individuel n'est pas récompensé. L'ASC voit une dépréciation de son activité et fait naitre un sentiment de dévalorisation de son travail.

Références

1. Plan Stratégique National de Vaccination (PSNV 2022–2025) https://psgouv.ci/welcome/details_presentation/axes-strategiques522**,**
2. Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle. Analyse du mode de gestion des acteurs communautaires en milieu urbain et péri-urbain dans la mise en œuvre des programmes de santé en Côte d'Ivoire. Abidjan : Direction de la Santé Communautaire ; 2022.
3. Diallo. A M., Sainsaulieu I. 2022 : Les agents de « santé communautaire » au Sénégal. Unité et segmentation d'un groupe semi-professionnel en milieu rural et péri-urbain. Dans Sciences sociales et santé 2022/3 Vol. 40, p : 5 à 28, Éditions JLE Éditions, ISSN 0294-0337, ISBN 9782742016679, DOI 10.1684/sss.2022.0229
4. GAVI. ZIP : une nouvelle stratégie pour arriver à vacciner les enfants zéro dose dans certaines des régions les plus inaccessibles du monde. Disponible sur : https://www.gavi.org/fr/vaccineswork/zip-nouvelle-strategie-arriver-vacciner-enfants-zero-dose-certaines-regions- inaccessibles-monde, consulté le 14 avril 2025
5. Poonam KS. Health workers: Our greatest asset in the drive towards universal health coverage. WHO south east Asia region. 2018. https://www.who.int/southeastasia/news/opinion-editorials/detail/health-workers-our-greatest-asset-in-the-drive-towards-universal-health-coverage consulté le 28 décembre 2025
6. Davis AL, Flomen L, Ahmed J, Arouna DM, Asiedu A, Badamassi MB et al. Documenting Community Health Worker Compensation Schemes and Their Perceived Effectiveness in Seven sub-Saharan African Countries : A Qualitative Study. Glob Health Sci Pract. 2024 ; 12(3) : e2400008. Doi : 10.9745/GHSP-D-24-00008.

05

Perceptions et Comportements des Communautés face aux Stratégies de Rattrapage Vaccinal en Côte d'Ivoire : Le Rôle Crucial de l'Information Préalable

Perceptions and Behaviors of Communities Facing Vaccination Catch-Up Strategies in Côte d'Ivoire : The Crucial Role of Prior Information

KONE B[1], SORO SF[1], MANOUAN M[1], N'ZI-BOA T[1], YOHOU K[1], MIAN A[1], ATTIA-KONAN R[1,2], FADIGA A G[3], GBAY-ORO-KOUAME C[3], BAKEU M[3], DEDOH J L[3] , KOUTOUAN M G[3], TOURE A[4], MAMA D M[4], DJOHAN V[1,2], YAVO W[1,2], SACKOU-KOUAKOU J[1,2].

1. Institut National de Santé Publique
2. UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Université Félix Houphouët-Boigny
3. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
4. Comité National d'Éthique des Sciences de la Vie et de la Santé

Auteur correspondant : KONE Bognan Valentin : e-mail: konebognan@gmail.com

Résumé

Introduction : L'objectif de l'étude était d'examiner les perceptions et les comportements des communautés concernant les stratégies de rattrapage vaccinal.

Méthodes : L'étude qualitative a procédé à 26 entretiens individuels (EI) avec des professionnels et 8 focus group discussions (FGD) impliquant 80 membres de la communauté en zone péri-urbaine à Abidjan. Les données ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique inductive.

Résultats : Il existait un déficit d'information, proactive et continue au niveau communautaire. L'information concernant les campagnes était acquise de manière informelle. Cette situation générait une incertitude quant aux vaccins administrés et un sentiment de déresponsabilisation. Ce manque informationnel était un terreau fertile pour la prolifération de rumeurs, la perception de coûts comme barrière, et une faible mobilisation. D'autres obstacles ont été relevés. Il s'agissait de lacunes en ressources humaines et logistiques, la faible motivation des Agents de Santé Communautaire (ASC) non rémunérés et les croyances culturelles et religieuses.

Conclusion : Améliorer les méthodes d'informations pour une adhésion des communautés à la vaccination des enfants de moins de 5 ans.

Principal message de santé publique : Le renforcement d'une communication préalable, pédagogique et systématique constitue un levier indispensable pour bâtir la confiance, surmonter les réticences et garantir une couverture vaccinale équitable et durable.

Mots clés : Information préalable ; Rattrapage vaccinal ; Adhésion communautaire

Abstract

Background : Vaccination is recognised as one of the most effective and efficient public health interventions, essential for preventing infectious diseases, reducing infant mortality, and improving life expectancy (WHO, 2023). This study examines the perceptions and behaviours of Ivorian communities regarding catch-up vaccination strategies, focusing on the pivotal role of prior information.

Methods : The qualitative study conducted 26 individual interviews (IIs) with professionals and 8 focus group discussions (FGDs) involving 80 community members were conducted. Data underwent inductive thematic content analysis.

Results: Results highlight a deficit of proactive and continuous information at the community level. Information regarding campaigns is primarily acquired informally. This situation generates uncertainty regarding the vaccines administered and a sense of disempowerment stemming from the lack of reliable and anticipated information. This informational gap serves as fertile ground for the proliferation of rumours, the perception of costs as a barrier, and low mobilisation. Concomitant obstacles include human and logistical resource shortages, the low motivation of unpaid Community Health Workers (CHWs), as well as socio-professional constraints and cultural and religious beliefs.

Conclusion: Improve information methods to encourage communities to vaccinate children under 5 years of age.

Key public health message: Strengthening prior, educational, and systematic communication is essential for building trust, overcoming reluctance, and ensuring equitable and sustainable vaccination coverage.

Keywords : Prior information ; Vaccination catch-up ; Community acceptance.

Introduction

La vaccination demeure l'une des interventions de santé publique les plus efficaces et puissantes pour prévenir les maladies infectieuses et réduire significativement la mortalité infantile à l'échelle mondiale [1, 2]. En Côte d'Ivoire, les autorités sanitaires, par le biais du Programme Élargi de Vaccination (PEV), déploient des efforts considérables pour optimiser la couverture vaccinale nationale et protéger les populations cibles dont les enfants de moins de 5 ans. Cependant, un défi persistant et majeur réside dans l'identification et le rattrapage des enfants dits "zéro dose" (ZD), ceux n'ayant reçu aucune dose d'un vaccin de routine – et des enfants sous-vaccinés (SV), qui n'ont pas complété leur schéma vaccinal [3]. L'efficacité de ces stratégies de rattrapage vaccinal ne dépend pas uniquement de la disponibilité des vaccins, de l'infrastructure logistique ou de l'organisation des services de santé. Elle repose également, et de manière fondamentale, sur la perception, l'acceptation et les comportements des communautés ciblées [4, 5].

Parmi les facteurs influençant ces dynamiques communautaires, la qualité et la pertinence de l'information au préalable jouent un rôle déterminant, l'absence ou la mauvaise circulation de celle-ci étant fréquemment associée à la réticence ou à l'hésitation vaccinale [6, 7]. La présente étude avait pour objectif d'élucider l'impact fondamental du rôle de l'information préalable dans l'adhésion des parents et la participation des communautés aux programmes de vaccination.

Méthodes

Type d'étude

Cette recherche menée dans les zones péri-urbaines d'Abidjan, en Côte d'Ivoire a adopté une approche qualitative et exploratoire. Elle couvrait les districts sanitaires de Yopougon et Abobo.

Participants et Échantillonnage

L'échantillon de l'étude a été constitué selon une stratégie d'échantillonnage à choix raisonné afin d'inclure des informateurs clés et des membres de la communauté représentatifs des populations concernées et des niveaux hiérarchiques des services de santé. Il était composé de deux groupes principaux (Tableau I).

Tableau I : Participants à l'étude en zone péri-urbaine à Abidjan, 2025 (N=106)

Acteurs	Nbre de participants
Entretiens individuels (EI)	**n=26**
Directeur régional de santé	1
Cadre district	4
Professionnels en établissement sanitaire (sage-femme, infirmiers, aide-soignant	9
Acteurs communautaires (ASC, leaders communautaire	12
Focus group discussion	**n=80**
Femmes	40
Hommes	40

Collecte de données

La collecte des données a été effectuée à l'aide de guides d'entretien semi-structurés pour les EI et de guides de discussion pré-établis pour les FGD. Les thèmes abordés portaient sur les perceptions et les obstacles relatifs aux stratégies de rattrapage vaccinal (le cadre institutionnel et normatif, la planification, la coordination, les mécanismes de sensibilisation, la disponibilité et l'utilisation des vaccins, la fréquentation des centres de santé, ainsi que les freins communautaires spécifiques (notamment les rumeurs et la désinformation, les coûts perçus, les contraintes socio-professionnelles, et les croyances culturelles et religieuses). Tous les entretiens et discussions de groupe ont été enregistrés numériquement, après obtention du consentement éclairé des participants, puis transcrits verbatim afin de préserver l'authenticité et la richesse des données.

Analyse des Données

L'analyse des données a été réalisée suivant une approche d'analyse thématique inductive. Ce processus a impliqué plusieurs étapes : (1) Familiarisation avec les données par des lectures répétées des transcriptions et des écoutes des enregistrements ; (2) Génération de codes initiaux en identifiant des fragments de texte pertinents et des idées récurrentes ; (3) Recherche de thèmes en regroupant les codes similaires en catégories plus larges et significatives ; (4) Revue des thèmes pour assurer leur cohérence interne et externe par rapport à l'ensemble des données, et pour vérifier qu'ils reflètent fidèlement les expériences des participants ; (5) Définition et nomination des thèmes de manière claire, concise et représentative ; (6) Production du rapport en illustrant chaque thème avec des extraits directs (verbatim) des propos des participants.

Résultats

Caractéristiques des participants

Les caractéristiques démographiques des participants ont été appréhendées à travers l'étude.

Pour les entretiens approfondis, l'âge moyen des participants était de 47,2 (±10,7) ans. Ils avaient une expérience professionnelle moyenne de 16,48 (±11,1) ans apportant ainsi une richesse de perspectives et une expertise variée. Ils avaient un niveau d'instruction majoritairement du supérieur (53,8 %).

Pour les Focus Group Discussions (FGD), l'âge moyen des 40 femmes était 40,6 (± 13,2) ans. Elles étaient majoritairement célibataires (55 %), avec le niveau d'étude du primaire qui était le plus représenté (35 %). Lun peu moins du quart de ces femmes étaient non-scolarisées (22,5 %). Pour les hommes l'âge moyen était de 42,1 (± 12,6) ans. Les célibataires représentaient 57,5 %. Le niveau d'étude le plus représenté était celui du secondaire (40%) . Près de 3 sur 10 hommes avaient le niveau supérieur (27,5 %).

Cadre institutionnel et stratégies de rattrapage vaccinal existants

Il existe un cadre institutionnel et normatif structuré pour la vaccination en Côte d'Ivoire. Les directives nationales et locales sont détaillées. Elles couvraient la sensibilisation, la recherche des enfants "zéro dose" (ZD) et sous-vaccinés (SV), ainsi que les protocoles de rattrapage. Elles étaient activement diffusées. Un informateur clé a confirmé : « *Nous disposons de directives relatives à la vaccination et au rattrapage des enfants zéro dose. Ces documents sont transmis par la DCPEV et la Direction Générale de la Santé.* » *(EI, informateur 2, 50 ans).*

La coordination des activités était assurée à plusieurs niveaux par des réunions régulières (mensuelles et trimestrielles) et des supervisions. Le processus incluait une analyse rigoureuse des indicateurs de performance pour identifier les zones sous-performantes et planifier des actions correctrices. Un cadre de santé a précisé : « *Nous analysons les données au cours des réunions de coordination. (...) Quand les résultats sont en dessous des attentes, nous programmons des semaines d'intensification pour rattraper les enfants non ou sous-vaccinés.* » (EI, informateur 1, 61 ans).

Le ciblage des populations était réalisé par sous-quartier, en s'appuyant sur les registres de vaccination. La communication reposait sur une multiplicité d'acteurs et de canaux, impliquant les Agents de Santé Communautaire (ASC) pour le porte-à-porte, les groupements féminins, les leaders communautaires et religieux. Des espaces sociaux tels que les lieux de culte et les événements festifs étaient également mobilisés pour la diffusion des messages : « *Nous faisons des visites de proximité... Nous allons dans les églises, aux funérailles, aux moments de festivité...* » (EI, informateur 12, 44 ans). L'implication des communicants et des radios locales a aussi été soulignée : « *On travaille avec les communicateurs... on a des programmes d'intervention, des passages à la radio locale...* » (EI, informateur 16, 37 ans).

Il a été confirmé que tous les vaccins du Programme Élargi de Vaccination (PEV), étaient disponibles et offerts gratuitement aux enfants de 0 à 59 mois : « *Tous ces vaccins sont gratuits.* » (EI, informateur 7, 49 ans).

Perceptions Communautaires

L'information sur les campagnes de vaccination était souvent perçu comme réactive et informelle, qualifiée de "sur le tas" par les participants : « *concernant les campagnes, bon, il faut dire qu'on apprend, ça, sur le tas. Sinon, il n'y a pas de média qui informe qu'il y aura campagne de telle date à telle date.* » (FGD, informateur 2, 40 ans). Un autre participant s'est exprimé comme suit : « *On ne sait même pas quel type de vaccination sera fait à l'enfant.* » (FGD, informateur 2, 40 ans). Un père a fait part de sa frustration : « *Moi, franchement, je n'ai jamais accompagné un enfant... parce que je n'ai jamais, franchement, eu d'info à ce sujet-là.* » (FGD, informateur 2, 40 ans). Les participants insistent unanimement sur la nécessité de comprendre le "pourquoi" de la vaccination : « *mieux sensibiliser les parents pour qu'ils puissent comprendre la cause du vaccin surtout. Quelqu'un qui n'est pas informé ne peut rien faire.* » (FGD, informateur 2, 40 ans). La fréquence des actions de sensibilisation était perçue comme insuffisante et inconsistante. Bien que les prestataires de santé mentionnaient *"deux sorties mensuelles",* des participants ont rapporté n'avoir « *pas encore vu de séance de sensibilisation* » depuis des années (FGD, informateurs 2, 40 ans), « *L'information va passer une fois. Et ce n'est pas répété. Donc, un père ne peut pas ne pas entendre.* » (FGD, informateur 3, 35 ans), et parfois limitée à « *deux jours* » (FGD, informateurs 45 ans), ce qui ne permet pas d'atteindre l'ensemble de la population ciblée. Par ailleurs, les acteurs communautaires censés relayer l'information étaient également perçus comme inefficaces dans leur rôle d'information préalable. Les ASC sont décrits comme étant présents "*avec des thermos*" mais « *n'informent pas* » (FGD, informateur 4, 42 ans). Concernant les chefs de village, qui recevaient des lettres d'information, la communauté a déploré un manque de transmission : « *On nous dit que les chefs de village sont informés. C'est entre eux, là-bas. Nous, on ne sait rien, même.* » (FGD, informateur 5, 42 ans). L'information via les écoles, bien que reconnue par certains (« *Quand les enfants vont à l'école, c'est à l'école qu'on nous dit que tu dois faire la vaccination de l'enfant si c'est polio.* » (FGD, informateur 5, 42 ans)), ne semble pas résoudre la problématique globale du déficit d'information préalable.

Obstacles Interdépendants Compromettant l'Adhésion Vaccinale

Plusieurs obstacles, souvent liés au déficit d'information, entravent l'efficacité des stratégies de vaccination ou de rattrapage vaccinal.

Rumeurs et Désinformation : Le vide d'information constitue un terreau fertile pour la prolifération de rumeurs, particulièrement prononcées dans les zones rurales : « *Dans nos zones rurales, il y a beaucoup d'intoxication... tout ce qui est moderne n'est pas normal.* » (FGD, informateur 3, 40 ans). Ces rumeurs, qualifiées d'« *intoxications* », génèrent une méfiance profonde. Des craintes spécifiques incluent l'idée que « *le vaccin qui arrive là, c'est empoisonné* » (FGD, informateur 8, 42 ans), que la vaccination « *réduit le taux d'enfantement* » (FGD, informateur 1, 44 ans), ou qu'elle « *fait qu'ils tombent toujours malades* » (FGD, informateur 8, 42 ans). Une rumeur persistante rapporte même que le vaccin est « *fait pour endormir les gens* » (FGD, informateur 8, 42 ans, p.20).

Coût Perçu des Vaccins : Malgré la gratuité des vaccins du PEV, une confusion persiste quant au coût d'autres vaccins ou des procédures de rattrapage. Cette perception de frais élevés agit comme un facteur de découragement majeur : « *il y a des vaccins qui nous reviennent à des prix un peu coûteux... peut-être à 12 000 [...] 30 000.* » (FGD, informateur 3, 38 ans,). Un témoignage illustre cette frustration : « *Le rattrapage vaccinal, j'ai été victime, mais quand on fait une vaccination gratuite [...] on te laisse payer. Du coup, ça décourage les parents.* » (FGD, informateur 8, 42 ans,).

Faible Fréquentation et Manque de Mobilisation : La peur d'être réprimandé par les agents de santé en cas de rendez-vous manqué contribue à une faible fréquentation des centres : « *C'est parce qu'elle a manqué son rendez-vous un jour qu'elle ne va plus venir parce qu'il y'a certaines qui ont peur parce qu'elles ont manqué leur rendez-vous.* » (EI, informateur 5, 38 ans).

Problèmes d'Organisation et de Suivi (perçus) : Des dysfonctionnements dans l'organisation des campagnes, tels que le non-versement des primes aux agents, sapent la confiance de la communauté et l'efficacité des opérations : « *les primes n'arrivent pas. Donc, la campagne n'est pas faite. Rien du tout. Ça fait que la population n'est pas informée.* » (EI, informateur 5, 38 ans).

Ressources Humaines et Logistiques : Le manque de personnel qualifié et en nombre suffisant constitue un obstacle structurel. Les ratios sont particulièrement préoccupants : «*1 médecin pour environ 9000 habitants, 1 infirmier pour environ 5300 habitants.* » (EI, informateur 15, 42 ans). L'engagement des ASC est limité par l'absence de rémunération et de moyens adéquats : « *Le problème, ce n'est pas l'ASC, mais c'est l'intéressement... L'ASC laisse ses activités, il n'est pas salarié... il faut qu'il soit intéressé.* » (EI, informateur 23, 59 ans). Les contraintes logistiques, notamment le manque de budget pour le transport et l'équipement, entravent l'accès aux communautés isolées et aux zones difficiles : « *Quand on va dans un endroit difficile d'accès... On prend une moto ou un véhicule... ça nécessite de l'argent.* » (EI, informateur 4, 30 ans).

Contraintes Socio-professionnelles et Croyances Culturelles/Religieuses : Les horaires de travail et les responsabilités parentales limitent la disponibilité des parents pour accompagner leurs enfants à la vaccination : « *nous, concernant, en tant que père, il n'y a pas de temps.* » (FGD, Informateur 2, 45 ans). Enfin, certaines résistances sont profondément ancrées dans les « *coutumes et la religion* » (FGD, informateur 1, 44 ans), nécessitant une approche de dialogue interculturel sensible et respectueuse.

Discussion

Les résultats détaillés de cette étude mettent en lumière une dissonance significative entre l'architecture bien pensée des stratégies de vaccination en Côte d'Ivoire et l'expérience vécue par les communautés en matière de rattrapage vaccinal. Bien que le cadre institutionnel soit robuste et les partenariats solides (comme avec l'OMS, l'UNICEF, et la FENOSCI), le rôle crucial de l'information préalable apparaît comme le maillon faible central, affectant directement les comportements et l'efficacité des stratégies. L'impression généralisée d'une information "sur le tas" et la fréquence disparate de la sensibilisation, telle que rapportée par les FGD, soulignent un manque de cohérence et de persistance dans les efforts de communication. Ce déficit informationnel est un terreau fertile pour la prolifération de rumeurs et de désinformation ("intoxications"), un phénomène bien documenté dans la littérature sur l'hésitation vaccinale (Larson et al., 2011 ; World Health Organization, 2019). Ces rumeurs, qui associent les vaccins à des effets néfastes, érodent la confiance dans le système de vaccination et les autorités sanitaires (Kennedy et al., 2011). Le manque de transparence et de clarté sur les coûts associés, ou l'absence de ceux-ci, est également préjudiciable. La perception de frais, même pour des services annexes ou des rattrapages, peut agir comme une barrière économique et psychologique importante, comme l'illustrent des études sur l'accessibilité des soins en Afrique subsaharienne (Peters et al., 2008).

Les acteurs communautaires, tels que les Agents de Santé Communautaire (ASC), sont identifiés comme essentiels pour la mobilisation. Cependant, leur efficacité est compromise par le manque de soutien matériel et financier (Lehmann & Sanders, 2007). Le manque de ressources humaines qualifiées et en nombre suffisant, avec des ratios de 1 médecin pour 9000 habitants et 1 infirmier pour 5300 habitants, exerce une pression considérable sur les professionnels de santé, rendant difficile la mise en œuvre de stratégies de rattrapage efficaces et la personnalisation de la communication.

En somme, l'étude démontre que la simple existence de directives et de programmes ne suffit pas. L'information doit être non seulement disponible, mais aussi proactive, ciblée, pédagogique, répétée et diffusée à travers des canaux fiables et cohérents pour être efficace. C'est en répondant au besoin profond des communautés de "comprendre la cause du vaccin" que l'on pourra transformer l'obéissance en adhésion volontaire et éclairée. Les politiques futures devraient donc se concentrer non seulement sur la logistique et l'organisation, mais surtout sur une stratégie de communication robuste et une valorisation substantielle des acteurs de terrain, en ligne avec les meilleures pratiques en matière de communication pour le développement (CDC, 2012).

Conclusion

Le programme de vaccination en Côte d'Ivoire, bien que solidement ancré par des structures institutionnelles et des partenariats, fait face à des défis majeurs dans l'atteinte des objectifs avec les enfants ZD/SV. Au cœur de ces défis se trouve le rôle crucial, et malheureusement sous-exploité, de l'information préalable. Le manque d'une communication proactive, constante et pédagogique alimente l'incertitude, favorise la désinformation, et érode la confiance des communautés. Pour surmonter ces obstacles et assurer une couverture vaccinale équitable et durable, il est impératif d'investir massivement dans des stratégies de communication innovantes et systématiques. Cela implique de renforcer les capacités et la motivation des Agents de Santé Communautaire par une rémunération et des moyens adéquats, d'engager un dialogue continu et transparent avec les leaders communautaires et religieux, et de fournir une information claire et répétée sur les bénéfices et la gratuité de la vaccination. Seule une approche qui place l'information et la compréhension au centre de ses actions permettra à la Côte d'Ivoire d'assurer une protection optimale pour tous ses enfants.

Références Bibliographiques

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2013). *Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020*. Genève : OMS.
2. UNICEF. (2021). *The State of the World's Children 2021*. New York : UNICEF.
3. Gavi, the Vaccine Alliance. (2020). *No child left behind: Reaching zero-dose children*.
4. Larson, H. J., Jarrett, C., Eckersberger, E., Smith, R. D., & Paterson, P. (2011). Measuring vaccine confidence: analysis of data in 140 countries. *Eurosurveillance*, 16(37), 19965.
5. World Health Organization (WHO). (2019). *Ten threats to global health in 2019*. Geneva : WHO.
6. Kennedy, A., Forecast, N., & Zimet, G. (2011). Vaccine hesitancy: An overview. *Human Vaccines*, 7(2), 215-221.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). *The Health Communication Process*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services.
8. Rapport de la Recherche sur la Mise en œuvre de la Vaccination en Côte d'Ivoire. (Non daté). Côte d'Ivoire. (Source des données analysées dans cet article).
9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). *The Health Communication Process*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services.
10. Lehmann, U., & Sanders, D. (2007). Community health workers: What do we know about them? *The State of the Evidence Report*. Geneva: World Health Organization.
11. Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, K. E., & Brieger, W. R. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 161-171.

NOTES DE SYNTHÈSE

p.33 Mise en œuvre de stratégies de sensibilisation et de recherche des enfants « zéro dose » et « sous-vaccinés » en zones péri-urbaines : revue de littérature

p36 Financement des agents de santé communautaires dans les activités de vaccination dans les pays à ressources limitées : une revue de littérature

01

Mise en œuvre de stratégies de sensibilisation et de recherche des enfants « zéro dose » et « sous-vaccinés » en zones péri-urbaines : revue de littérature

Implementation of awareness and search strategies for «zero-dose» and «under-vaccinated» children in peri-urban areas

N'ZI-BOA T[1], YOBOUE M[1], MANOUAN M[1], KONE B[1], SORO F[1], YOHOU K[1], MIAN A[1], ATTIA-KONAN R[1,2], FADIGA A G[3], GBAYORO-KOUAME C[3], BAKEU M[3], DEDOH J L[3] , KOUTOUAN M G[3], TOURE A[4], MAMA D M[4], DJOHAN V[1,2], YAVO W[1,2], SACKOU-KOUAKOU J[1,2].

1. Institut National de Santé Publique
2. UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Université Félix Houphouët-Boigny
3. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
4. Comité National d'Éthique des Sciences de la Vie et de la Santé

Auteur correspondant : N'ZI-BOA Tania : tnzi@yahoo.fr

Résumé

Introduction : En Côte d'Ivoire, seuls 36 % des enfants en zone péri-urbaine étaient totalement immunisés. Notre objectif a été d'analyser les stratégies de sensibilisation et de recherche des enfants de 0 à 59 mois incomplètement vaccinés ».

Méthodes : Une revue de 38 documents via des bases de données institutionnelles (2019-2025) a été réalisée à travers une étude transversale descriptive.

Résultats : La couverture vaccinale en milieu péri-urbain était inférieure aux moyennes nationales. Les stratégies de sensibilisation efficaces reposaient sur une implication des leaders communautaires et des agents de santé (ASC). Concernant la recherche active, elle s'appuyait sur des initiatives comme la géolocalisation et des méthodes locales comme la « stratégie fourmi ». Cependant, des obstacles persistaient comme la dépendance aux financements extérieurs, la défaillance de la chaîne du froid solaire et les insuffisances dans la qualité des données disponibles dans la base de données DHIS2.

Conclusion : L'engagement de tous est nécessaire pour relever le défi de la vaccination de tous enfants.

Message de Santé Publique : L'amélioration de la couverture vaccinale nécessite une approche intégrée alliant technologies numériques (SIG), mobilisation communautaire forte et autonomie financière.

Mots-clés : Couverture vaccinale ; Zones péri-urbaines ; Stratégies de vaccination ; Afrique.

Abstract

Introduction: In Africa and Asia, mobility and rapid urbanization of peri-urban areas complicate vaccination efforts. In Côte d'Ivoire, only 36% of children are fully immunized, prompting the launch of the "Great Catch-Up" (IA2030) program to reach "zero-dose" children.

Methods: A retrospective cross-sectional study was conducted using institutional databases (2019-2025). This study analyzed awareness and outreach strategies for children aged 0-59 months who were incompletely vaccinated.

Results: Vaccination coverage in peri-urban areas remains below national averages. Effective awareness and intervention strategies are those that rely on the involvement of community leaders and community health workers (CHWs). Regarding active research, it relies on initiatives such as geolocation (ZIP program) and local methods such as the "ant strategy". However, obstacles remain : dependence on external funding, the need to strengthen the solar cold chain, and shortcomings in data quality (DHIS2).

Conclusion: Everyone's commitment is needed to meet the challenge of vaccinating all children.

Public Health Message: Improving vaccination coverage requires an integrated approach combining digital technologies (GIS), strong community mobilization, and financial autonomy.

Keywords: Vaccination coverage; Peri-urban areas; Vaccination strategies; Africa.

Introduction

La vaccination est un pilier fondamental de la santé publique. Malheureusement, en Afrique et en Asie, l'on retrouve bon nombre d'enfants « zéro doses », n'ayant reçu aucun vaccin, ainsi que des enfants « sous-vaccinés » n'ayant pas reçu toutes les doses recommandées pour leur âge. Par ailleurs, la particularité des zones péri-urbaines, caractérisées par une urbanisation rapide avec des infrastructures insuffisantes, une diversité socio-économique et une mobilité importante des populations représente un défi pour la mise en œuvre des stratégies de vaccination [1]. En Côte d'Ivoire, malgré les efforts du Programme Élargi de Vaccination (PEV), l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2021, révèle que seul 36 % des enfants âgés de 12 à 23 mois avaient reçu tous les vaccins de base et 19 % étaient complètement vaccinés conformément au calendrier national. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF, ces lacunes peuvent être attribuées à l'accès limité aux services de santé, aux croyances culturelles et à un manque de sensibilisation adéquate [2 ;3]. Ainsi, des stratégies de sensibilisation et de recherche des enfants « zéros doses » et « sous vaccinés » dites de "rattrapage des enfants incomplètement vaccinés (EIV)" dans le cadre des activités de routine ont été déployées [4]. En complément, vient le "Grand Rattrapage", lancé en 2023 dans le cadre du Programme pour la Vaccination à l'horizon 2030 (IA2030) afin de compenser la baisse drastique des couvertures vaccinales provoquée par la pandémie de COVID-19 en renforçant le rattrapage systématique des enfants « zéro dose » et sous-vaccinés âgés de 0 à 59 mois [5]. Notre objectif a été d'analyser les stratégies de sensibilisation et de recherche des enfants de 0 à 59 mois incomplètement vaccinés.

Méthodes

Il s'est agi d'une étude transversale menée à partir :

- de documents d'évaluations antérieures et de rapports d'avancement collectés au niveau des institutions œuvrant dans le domaine de la vaccination (OMS, UNICEF, GAVI, PNUD, MSHP-CMU, DC-PEV)
- d'articles scientifiques dans les moteurs de recherche Google Scholar, Bases de données Pubmed/Medline et Plateforme de ressources.

Les mots-clés utilisés étaient :

- En français : "Couverture vaccinale" et "Quartier péri-urbain" et " Afrique "
- En anglais : "Vaccination coverage" OR "immunization coverage" AND "Slums" OR "Poverty area" AND "Sub-saharan Africa"

Les critères d'inclusion étaient les publications de moins de 5 ans et concernant les enfants de 0 à 59 mois.

Les documents sélectionnés ont été analysés selon les domaines suivants :

- Planification et coordination,
- Sensibilisation communautaire,
- Recherche active,
- Rattrapage vaccinal,
- Ressources humaines, logistiques et financières,
- Suivi et documentation.

Justification et preuves

La période 2019-2021 a été marquée par un recul significatif des couvertures vaccinales [2], notamment dans les zones péri-urbaines d'Accra, de Nairobi, et d'Abidjan, qui présentaient des taux de couverture inférieurs aux moyennes nationales [6 ;7 ;8]. Cette situation s'expliquait par :

- la mobilité élevée des populations rendant le suivi difficile,
- l'accès limité aux centres de santé dans les quartiers informels,
- la méfiance ou le manque de sensibilisation,
- une micro-planification inadaptée aux spécificités de ces zones.

En Côte d'Ivoire, malgré les efforts nationaux, les communes d'Abidjan telles que Yopougon et Abobo affichaient des taux d'abandon élevés [8].

Discussion

Planification et Coordination

La réussite de toute planification repose sur une collaboration entre autorités sanitaires, leaders locaux et communautés. Si la Côte d'Ivoire disposait d'un plan stratégique aligné sur les objectifs mondiaux (IA2030), des défis persistaient dans l'actualisation des données des populations cibles et la coordination entre les niveaux centraux et locaux.

Sensibilisation Communautaire

L'implication des agents de santé communautaire (ASC) et des leaders communautaires et/ou religieux était cruciale. En Inde, par exemple, l'engagement des leaders religieux a augmenté la couverture de 15 % [9]. Diverses approches créatives ont été utilisées, telles que :

- le théâtre de rue et radios locales (Rajasthan, Madagascar).
- les rondes sonorisées et stratégie locale « fourmi » (Côte d'Ivoire) pour ramener les enfants vers les sites de vaccination.

Recherche active et rattrapage

La recherche active consistait à faire du porte-à-porte systématique pour identifier les enfants « zéro dose » et « sous vaccinés ». Des initiatives comme le programme ZIP de GAVI

utilisaient la géolocalisation pour atteindre les populations nomades ou en zone de conflit. Le rattrapage vaccinal a combiné les cliniques mobiles, l'intégration des vaccins dans les soins de routine et les campagnes de masse (comme le « Big Catch Up » en Côte d'Ivoire).

Ressources Humaines et Logistiques

La performance dépendait de la formation des ASC recrutés localement pour instaurer la confiance. Sur le plan logistique, l'innovation a été nécessaire : glacières portatives, générateurs solaires pour le maintien de la chaîne du froid dans les zones hors réseau électrique et les outils de monitoring en temps réel.

Financement

Le financement restait une vulnérabilité majeure. De nombreux programmes dépendaient de bailleurs externes (Gavi, UNICEF). La Côte d'Ivoire, en raison de la hausse de son Revenu National Brut, avait entamé une phase de transition pour financer elle-même son Programme Élargi de Vaccination (PEV) d'ici 2030.

Suivi et Documentation

L'utilisation de logiciels comme le DHIS2 a permis de centraliser les données. Cependant, des écarts subsistaient entre les rapports de routine et les enquêtes réelles. Les principaux obstacles identifiés étaient la mauvaise qualité de remplissage des carnets de vaccination et la faible utilisation des données pour la prise de décision au niveau local.

Conclusion

Cette revue de la littérature met bien en évidence que dans plusieurs pays d'Afrique et d'Asie, la couverture vaccinale actuelle dans les zones péri-urbaines ne répondait pas aux objectifs des politiques de santé publique. Elle a mis en lumière l'importance d'une approche intégrée combinant innovation technologique (SIG, outils numériques), implication communautaire accrue et financement autonome pour surmonter les défis liés à la vaccination.

Références bibliographiques

1. Gouda HN, Charlson F, Sorsdahl K, Ahmadzada S, Ferrari AJ, Erskine H, et al. Burden of non-communicable diseases in sub-Saharan Africa, 1990–2017 : results from the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet Glob Health. 1 oct 2019 ; 7(10) : e1375-87.
2. UNICEF. The State of the World's Children; flagship report 2023. Disponible sur:https://www.unicef.org/esa/press-releases/new-unicef-report-shows-127-million-children-africa-missed-out-one-or-more , consulté le 25 août 2025
3. UNICEF. The State of the World's Children 2024. Disponible sur: https://www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children/2024; consulté le 19 août 2025
4. Koala J, Palenfo D, Aplogan A, Essoh A. Rattrapage des enfants "zéro dose" et enfants "perdus de vue". Briefing ECD, Bouaké, Côte d'Ivoire ; 6–7 décembre 2021. Abidjan : Agence de Médecine Préventive ; 2021.
5. Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle. Rapport du Grand Rattrapage vaccinal des enfants incomplètement vaccinés (EIV). Abidjan : MSHP-CMU ; décembre 2024.
6. Dwomoh D, Iddi S, Afagbedzi SK, Tejedor-Garavito N, Dotse-Gborgbortsi W, Wright J, et al. Impact of Urban Slum Residence on Coverage of Maternal, Neonatal, and Child Health Service Indicators in the Greater Accra Region of Ghana : an Ecological Time-Series Analysis, 2018–2021. J Urban Health. nov 2024 ;101(S1):45-56.
7. Mutua MK, Kimani-Murage E, Ettarh RR. Childhood vaccination in informal urban settlements in Nairobi, Kenya : Who gets vaccinated? BMC Public Health. déc 2011 ;11(1):6.
8. Côte d'Ivoire Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle. Analyse de l'équité en matière de vaccination des enfants de 0 à 11 mois et des femmes enceintes en Côte d'Ivoire. Abidjan : MSHP-CMU ; 2023.
9. Banerjee P, Seth R, Dhaliwal BK, Sullivan A, Qiayum Y, Thankachen B, et al. Vaccine acceptance in rural India: Engaging faith leaders as vaccine ambassadors. Front Public Health. 20 sept 2022 ; 10 : 979424.

02

Financement des agents de santé communautaires dans les activités de vaccination dans les pays à ressources limitées : une revue de littérature

Financing community health workers in immunization activities in resource-limited countries : a literature review

ATTIA-KONAN R[1,2], N'ZI-BOA T[1], YOBOUE M[1], MANOUAN M[1], KONE B[1], SORO F[1], YOHOU K[1], MIAN A[1], FADIGA A G[3], GBAYORO-KOUAME C[3], BAKEU M[3], DEDOH J L[3] , KOUTOUAN M G[3], TOURE A[4], MAMA D M[4], DJOHAN V[1,2], YAVO W[1,2], SACKOU-KOUAKOU J[1,2].

1. Institut National de Santé Publique
2. UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Université Félix Houphouët-Boigny
3. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
4. Comité National d'Éthique des Sciences de la Vie et de la Santé

Résumé

Introduction : Les agents de santé communautaires (ASC) constituent un maillon essentiel du système de santé, en facilitant l'accès aux soins primaires, en assurant des actions de prévention, en participant à la prise en charge des maladies courantes, à l'éducation sanitaire et à la surveillance épidémiologique. Cependant, leur financement est un défi pour leur maintien dans les activités clés du système de santé surtout en milieu rural. L'objectif de cette étude était d'identifier des stratégies de mobilisation des ressources internes susceptibles de garantir un financement plus durable et pérenne des agents de santé communautaires.

Méthodes : Une revue de littérature a été réalisée à partir de PubMed, Google Scholar et des sites de l'UNICEF, OMS, GAVI.

Résultats : Plusieurs sources de financement des ASC ont été identifiées. Elles impliquaient les recettes publiques, les partenaires au développement jusqu'à des mesures incitatives. Le bénévolat n'était plus de mise. L'intéressement des ASC pouvait être financier ou non.

Conclusion : L'évidence sur la viabilité de ces modèles de financement des ASC à large échelle restait limitée et dépendait fortement du contexte macro-économique et politique.

Principal message de santé publique : Diversifier les sources de financement afin de pérenniser les activités des agents de santé communautaires

Mots-clés : Financement, Agent de Santé Communautaire, Vaccination.

Abstract

Introduction : Community health workers (CHWs) are an essential link in the health system, facilitating access to primary care, providing preventive care, participating in the management of common diseases, health education, and epidemiological surveillance. However, their funding is a challenge for their continued involvement in key health system activities, especially in rural areas. The objective of this study was to identify strategies for mobilizing internal resources that could ensure more sustainable and long-term funding for community health workers.

Methods : A literature review was conducted using PubMed, Google Scholar, and the websites of UNICEF, WHO, and GAVI.

Results : Several sources of financing for CHWs were identified. These included public revenues, development partners, and even incentives. Volunteer work was no longer appropriate. CHWs could be compensated financially or non-financially.

Conclusion : Evidence on the sustainability of these large-scale CHW financing models remained limited and was highly dependent on the macroeconomic and political context.

Public health message : Diversify funding sources to ensure the sustainability of community health worker activities.

Keywords : Financing, Community Health Worker, Vaccination.

Introduction

Les agents de santé communautaires (ASC) occupent une place stratégique dans le renforcement des systèmes de santé, en particulier à travers la promotion de comportements favorables à la santé et la contribution à l'identification précoce des personnes nécessitant une prise en charge, qu'ils orientent vers les structures sanitaires appropriées. De manière générale, leurs interventions visent à favoriser l'adoption de pratiques sanitaires bénéfiques et à influer sur les comportements individuels et familiaux au sein des communautés [1].

En particulier en milieu rural, les ASC constituent un maillon essentiel du système de santé, en facilitant l'accès aux soins primaires. Ils sont également fortement mobilisés dans la mise en œuvre de divers programmes de santé publique, notamment les campagnes de vaccination et autres interventions prioritaires [2, 3].

Toutefois, leur implication durable dans le système de soins se heurte à plusieurs défis, parmi lesquels la fidélisation occupe une place majeure. À cet égard, les modalités de financement des ASC demeurent préoccupantes dans les pays à revenu limité, où elles sont souvent insuffisantes, irrégulières ou insuffisamment structurées [1, 4, 5].

L'objectif de cette note de synthèse était d'identifier des stratégies de mobilisation des ressources internes susceptibles de garantir un financement plus durable et pérenne des agents de santé communautaire.

Méthodes

L'approche méthodologique a consisté à réaliser une revue des documents pertinents sur le financement des ASC dans la vaccination.

Sources de revue documentaire

Les documents ont été collectés à partir des outils bibliographiques suivants :

- Site des institutions œuvrant dans le domaine de la vaccination : OMS, UNICEF, GAVI, PNUD, DC-PEV (rapports d'activités, enquêtes de couverture vaccinale)
- Moteurs de recherche Google Scholar, Bases de données PubMed/Medline.

Critères de sélection des documents

Les mots-clés ont été identifiés et les stratégies de recherche élaborées pour la recherche documentaire dans Google Scholar et PubMed/Medline.

Les stratégies de recherche étaient les suivantes :

- **En français :**

"Vaccination" et "Agent de santé communautaire" et " Pays à revenu faible ou intermédiaire "

"Vaccination" et "Ressources" et "Communauté" et " Pays à revenu faible ou intermédiaire "

"Vaccination" et "Financement" et "Communauté" et " Pays à revenu faible ou intermédiaire "

- **En anglais :**

"Vaccination" OR "Active immunization" AND "Community health workers" AND "Low- and middle-income countries"

"Vaccination" OR "Active immunization" AND "Community" AND "Low- and middle-income countries"

"Vaccination" OR "Active immunization" AND "Community" AND "Financial support" AND "Low- and middle-income countries"

Les critères d'inclusion et de non-inclusion étaient les suivants :

- Critères d'inclusion : lieu (pays à revenu faible ou intermédiaire), période de publication (≤ 10 ans), âge des enfants (0 à 59 mois)
- Critères de non-inclusion : document ne prenant pas en compte la mobilisation des ressources, documents non accessibles.

Résultats et commentaires

1. Sources de ressources et mécanismes de mobilisation

Plusieurs sources de financement des ASC existaient dans les pays.

1.1 Rémunération directe versus bénévolat

Il existait une diversité de modèles : ASC bénévoles, indemnités occasionnelles, salaires fixes, ou combinaisons (salaire de base + incitations). Cela pouvait se limiter à un montant forfaitaire mensuel remis de main à main [1]

1.2 Assurance maladie publique

Le programme de vaccination du Costa Rica par exemple essentiellement financé par l'assurance maladie nationale, la Caja, structure qui dispensait des services de santé à près de 90 % de la population. Le financement des vaccins provenait de trois sources : la Caja, le Ministère en charge de la santé et la Loterie nationale. La Caja couvrait tous les coûts opérationnels de la vaccination [1,5].

1.3 Financement basé sur les projets et l'aide extérieure

Plusieurs programmes de santé étaient initialement appuyés par des projets verticaux (ONGs, bailleurs de fonds) et des financements à durée limitée [6]. Cette dépendance exposait les programmes à des ruptures lorsque les projets se terminaient, créant des disparités régionales et une faible prévisibilité budgétaire.

Au Mali, Saint-Firmin et *al*. ont identifié en 2021, treize sources de financement qui ont contribué aux dépenses du programme ASC, dont 88 % provenaient de donateurs internationaux, pour un ensemble de 23 interventions curatives, préventives et promotionnelles [7].

1.4 Fonds fiduciaire

Au Bhoutan, en Asie du Sud, l'État avait mis en place le Fonds fiduciaire du Bhoutan pour la santé (BHTF). C'est un outil financier souple établi par le gouvernement pour sanctuariser le budget alloué à des enjeux spécifiques de santé publique. Le BHTF s'engageait à financer en totalité tous les vaccins après le retrait du soutien des donateurs. Plusieurs facteurs ont contribué au succès du fonds fiduciaire : la petite taille de la population, l'adhésion de personnalités politiques et de la monarchie, un financement flexible permettant le traitement des priorités émergentes et de bonnes structures de gouvernance responsabilisées et capables de s'adapter aux besoins fluctuants [5].

1.5 Incitations financières et performance-based financing (PBF)

Des revues systématiques et évaluations ont montré que les incitations financières et le PBF pouvaient améliorer certains indicateurs de service (couverture, tâches spécifiques exécutées), mais que leurs effets sur la qualité à long terme, l'équité et la motivation intrinsèque étaient variables.

Au Sénégal, le revenu des ASC était fluctuant, car, le plus souvent (pour 80 % d'entre eux), il n'était pas assuré par un salaire fixe, mais calculé sur la base des recettes effectuées dans les établissements de santé. Les autorités sanitaires ont fixé en effet un taux de rémunération monétaire à 25 % des recettes des prestations et 10 % des recettes des médicaments. Mais les responsables outrepassaient ces directives et payaient souvent au-delà de ces montants pour encourager les ASC à combler le déficit en personnel hospitalier, surtout dans un contexte de financement basé sur les résultats (FBR) [1].

1.6 Mécanismes innovants et mix de financement

Les études évaluaient aussi des approches mixtes comme l'intégration salariale via le budget national, le financement décentralisé (collectivités locales), les mécanismes de préfinancement par l'assurance communautaire, les partenariats public-privé, et les revenus générés localement (micro-entrepreneuriat lié à la santé).

1.7 Recettes fiscales

Les recettes fiscales générales permettaient habituellement une redistribution et une allocation plus efficaces par la mise en commun des ressources. La part des recettes générales affectée aux diverses composantes du programme national de vaccination dépendait de plusieurs éléments. Il s'agissait de la répartition et de la structure du budget, de ce qui échoit au secteur de la santé dans son ensemble et de la façon dont s'effectuaient les dotations à la vaccination au sein de cette enveloppe [5]. En général, le budget était affecté à l'achat de vaccin et quasiment rien n'était alloué aux ASC.

2. Systèmes de rémunération des ASC

2.1 Rémunération financière

Les informateurs clés ont décrit les systèmes de rémunération efficaces lorsque les paiements étaient réguliers, les distributions cohérentes et les montants suffisants pour soutenir la performance des agents de santé et la continuité de la prestation de services [8].

Les systèmes de rémunération des ASC associés à un statut de travailleur salarié et aux mécanismes de paie du gouvernement étaient le plus souvent perçus comme efficaces par les parties prenantes. Les systèmes de rémunération associés à un statut de bénévole se sont avérés très variables dans leurs mécanismes de distribution (par exemple, distribution d'argent liquide ou de téléphone portable) et étaient perçus comme moins efficaces.

Une documentation systématique des tâches et du temps consacré par les ASC bénévoles pourrait favoriser une meilleure reconnaissance de leurs contributions au système de santé et une meilleure détermination d'une rémunération proportionnelle, comme le recommandaient les lignes directrices de 2018 de l'Organisation Mondiale de la Santé sur les politiques de santé et le soutien aux systèmes pour optimiser les programmes d'agents de santé communautaires [4].

2.2 Rémunération non financière

Il existait des facteurs directs ou indirects, financiers ou non financiers, qui augmentaient la motivation à s'engager et à bien performer (9). Ils incluaient diverses formes de récompenses telles que :

- la nourriture**,** généralement des denrées de base,
- l'aide à la récolte,
- les biens matériels **(**bicyclettes, uniformes, imperméables ou fournitures scolaires…)
- les certificats de formation,
- l'accès gratuit à des services de santé

Conclusion

Devenir ASC pourrait s'inscrire dans une carrière professionnelle dont les retombées (financières, sociales, relationnelles, statutaires) permettrait d'avoir des revenus stables de sorte à les motiver à s'engager de façon pérenne dans les communautés. Il faut cependant tenir compte du contexte de rétrécissement perçu du marché local de l'emploi.

Références bibliographiques

1. Diallo AM, NDoye T, Faye SL. Mises en actes et dynamiques du bénévolat sanitaire au Sénégal: contournements d'une action publique locale ? Collection Recherche et regards d'Afrique. 2024 ; 3-8 : 12-41.
2. Fournier P, Potvin L. Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du Dogme. Sciences sociales et santé. 1995 ; 2 (13) : 39-59.
3. Houéto D, Valentini H. La promotion de la santé en Afrique : histoire et perspectives d'avenir. Santé Publique. 2014 ; n° HS, s1, 9-20.
4. Poonam KS. Health workers: Our greatest asset in the drive towards universal health coverage. WHO south east Asia region. 2018.
5. Results for Development. Financement de la vaccination : guide de ressources à l'intention des promoteurs de la vaccination, des décideurs et des gestionnaires de programmes. Washington D.C.: Results for Development; 2017.
6. Silué-Akpa J, Ouattara Y, Aho HA. Contribution de la société civile dans la récupération des enfants sous-vaccinés et zéro dose en Côte d'Ivoire. Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire. 2023 ; 4 (1) : 20-23.
7. Saint-Firmin PP, Diakite B, Ward K, Benard M, Stratton S, Ortiz C et al. Community Health Worker Program Sustainability in Africa: Evidence From Costing, Financing, and Geospatial Analyses in Mali. Glob Health Sci Pract. 2021; 9 (Suppl 1) : S79-S97. doi: 10.9745/GHSP-D-20-00404
8. Davis AL, Flomen L, Ahmed J, Arouna DM, Asiedu A, Badamassi MB et al. Documenting Community Health Worker Compensation Schemes and Their Perceived Effectiveness in Seven sub-Saharan African Countries: A Qualitative Study. Glob Health Sci Pract. 2024; 12(3) :e2400008. doi: 10.9745/GHSP-D-24-00008.
9. Ogutu EA, Ellis AS, Hester KA, Rodriguez K, Sakas Z, Jaishwal C et al. Success in vaccination programming through community health workers: a qualitative analysis of interviews and focus group discussions from Nepal, Senegal and Zambia. BMJ Open. avr 2024;14(4):e079358.



DONNÉES DE SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Vigile n°914/2026

MINISTERE DE LA SANTE, DE L'HYGIENE PUBLIQUE
ET DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

LE VIGILE

Votre Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire N°914/2026-Semaine 10 (du 02/03/2026 au 08/03/2026)

Promptitude des notifications

Cent treize (113) districts sanitaires sur **113** ont transmis à temps leurs données au cours de la **semaine 10, s**oit une promptitude de **100%.**

Fièvre Jaune

Tableau I : Répartition hebdomadaire des cas de Fièvre Jaune, semaine 10, année 2026, Côte d'Ivoire.

Sem	Cas Suspects	Cas Confirmés	Provenance
S10	17	0	Abobo-Est 3c Adzopé 1c Biankouma 1c ; vacc Cocody-Bingerville 1c, vacc Dimbokro 1c Doropo 1c Niankara 1c Port-Bouet-Vridi 2c San Pedro 4c; 1vacc Yopougon-Est 1c Yopougon-Ouest-Songon 1c
S01-S10	**135**	**0***	

Onze (11) districts sanitaires ont notifié au moins un cas suspect de Fièvre jaune au cours de la semaine 10 avec **100%** des cas prélevés et 18% de ces cas vaccinés.
De la semaine 1 à la semaine 10, un total de 135 cas suspects a été notifié dont **5 cas IgM+ et 5 cas Indéterminés,** identifiés par l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI).
(*) Confirmé par PCR.

Dengue

Tableau II : Répartition hebdomadaire des cas de Dengue, semaine 10, année 2026, Côte d'Ivoire.

Sem	*TDR Positifs*	*Confirmés PCR*	*Provenance*
S10	**16**	**0**	Abobo-Ouest 1c Koumassi 7c Port-Bouet-Vridi 3c Yopougon-Ouest-Songon 5c
S01-S10	**158**	**0**	

Quatre (04) districts sanitaires ont notifié au moins un cas de TDR positif dengue au cours de la semaine 10 avec 65% de prélèvement.
De la semaine 01 à la semaine 10, un total de 158 TDR dengue positifs ont été enregistrés.

MAPI

Aucun cas suspect notifié depuis le début de l'année 2026.

Grippe Aviaire

Aucun cas suspect notifié depuis le début de l'année 2026.

TNN

Aucun cas de TNN n'a été notifié à la semaine 10.
De la semaine 01 à la semaine 10, aucun cas notifié.

Ver de Guinée

Aucun cas suspect notifié depuis le début de l'année 2026.

Méningite

Un (01) cas suspect de méningite a été notifié et prélevé dans le district sanitaire de Sinfra au cours de la semaine 10.
De la semaine 01 à la semaine 10, vingt-trois (23) cas suspects ont été notifiés.
(*) Les résultats de laboratoire sont en attente.

Choléra

Aucun cas suspect de choléra notifié à la semaine 10.
De la semaine 01 à la semaine 10, aucun cas notifié.

PFA

Tableau III : Répartition hebdomadaire des cas de PFA, semaine 10, année 2026, Côte d'Ivoire.

Sem	*Cas Suspects*	*Cas Confirmés*	*Provenance*
S10	10	0	Agboville 1c Bouaflé 2c Cocody-Bingerville 1c Danané 1c Sikensi 1c Sinfra 1c Tiébissou 1c Yopougon-Est 1c Yopougon-Ouest-Songon 1c
S01-S10	**66**	**0**	

Dix (10) cas suspects ont été notifiés à la semaine 10 avec 100% des cas prélevés.

Décès Maternels

Tableau IV : Répartition hebdomadaire des cas de décès maternels, semaine 10, année 2026, Côte d'Ivoire.

Sem	Décès	Provenance
S10	5	Gagnoa 1c Korhogo 1c Yopougon-Ouest-Songon 1c
S01-S10	**90**	

Grippe

Tableau V : Répartition hebdomadaire des cas de grippe, semaine 10, année 2026, Côte d'Ivoire.

Sem	*Cas suspect*	*Positif grippe*	*Positif covid*	*Sites sentinelles*
S10	67	4	1	FSU Yopougon Attié 5c CHU Bouaké 10c CHR Korhogo 7c MACA 15c CHR Man 16c FSU Attécoubé 6c CHR San Pedro 8c
S01-S10	**673**	**28**	**3**	

La surveillance sentinelle de la grippe saisonnière a permis de détecter de la semaine 1 à la semaine 10, un total de 28 cas positifs de grippe (19 cas de grippe A et 9 cas de grippe B) et 3 cas de Covid-19.

Rougeole

Tableau VI : Répartition hebdomadaire des cas de Rougeole, semaine 10, année 2026, Côte d'Ivoire.

Sem	Cas Suspects	Cas Confirmés	Provenance des cas suspects
S10	101	23	Abobo-Est 14c Abobo-Ouest 1c Adzopé 1c Agnibilékrou 3c Alépé 1c Anyama 2c Arrah 1c Béoumi 1c ; vacc Biankouma 1c Beoumi 1c Blolequin 3c ; 1vacc Bouaké-Sud 1c Bouna 1c Buyo 1c Dabakala 1c; vacc Dabou 1c Didievi 1c Doropo 2c ; 1vacc Duékoué 2c Ferkessédougou 2c Gagnoa_1 1c Grand-Bassam 2c Guitry 1c Katiola 1c; vacc Korhogo 12c Koumassi 1c Man 1c Mankono 4c ; 1vacc Oumé 1c
S01-S10	**624**	**129**	

Quarante et un (41) districts sanitaires ont notifié au moins un cas suspect de rougeole au cours de la semaine 10 avec **97 %** des cas prélevés et **13 %** des cas vaccinés. Districts sanitaires en épidémie : Port-Bouet-Vridi et San-Pedro.

Rage Humaine

Deux (2) cas suspect de rage humaine a été notifié au cours de la semaine 10 dans les districts sanitaires de Man (1c) Soubré (1c). De la semaine 01 à la semaine 10, Neuf (9) cas suspects ont été notifiés dont 6 cas confirmés et décédés.

Tableau VII : Répartition des cas d'expositions de rage humaine, semaine 10, année 2026, Côte d'Ivoire.

Sem	Exposition	Provenance
S10	541	Antennes INHP 502 Centre antirabique Treichville 39
S01-S10	**5 255**	

Mpox

Tableau VIII : Répartition hebdomadaire des cas de la Mpox, semaine 10, année 2026, Côte d'Ivoire.

Sem	Cas Suspects	Cas Confirmés	Provenance
S10	6	2	Doropo 2c Sikensi 2c Tiébissou 1c Zuenoula 1c
S01-S10	**51**	**26**	

Quatre (04) districts sanitaires ont notifié au moins un cas suspect de Mpox à la semaine 10 avec **100%** des cas prélevés.

Tableau IX : Récapitulatif des cas suspects des maladies à potentiel épidémique

	Année 2026	*Année 2025*		Cumul 2026	Cumul 2025	Cumul 2025
	Semaine 10	*S01-S52*		S01-S10	S01-S10	S01- S52
	Cas suspects	*Médiane*	*Maximum*			
Fièvre Jaune	**17**	**17**	**32**	**135**	**102**	**869**
Choléra	**0**	**13**	**105**	**0**	**0**	**556**
Rougeole	**101**	**62**	**155**	**624**	**936**	**3664**
Méningite	**1**	**2**	**9**	**23**	**33**	**97**
PFA	**10**	**16**	**31**	**66**	**73**	**736**
TNN	**0**	**1**	**2**	**0**	**3**	**13**
Grippe	**67**	**79**	**142**	**673**	**645**	**4196**
Décès Maternel	**3***	**14**	**22**	**90**	**131**	**745**

* Cas de décès


Bon à
Savoir

Paroles d'expert



Interview avec

Abdoul Gadiry Fadiga

Chef de la Section Santé & VIH
à l'UNICEF Côte d'Ivoire

Cet entretien s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du projet de recherche sur la vaccination, menée par l'Institut National de Santé Publique (INSP) avec le financement de l'UNICEF.

1. Merci de bien vouloir vous présenter à nos lecteurs

Je suis Abdoul Gadiry Fadiga, spécialiste en management des programmes de santé, actuellement Chef de la Section Santé & VIH à l'UNICEF Côte d'Ivoire depuis 2022. Je cumule 20 années d'expérience en gestion de la santé, dont 13 au sein de l'UNICEF, avec une expertise en renforcement des systèmes de santé et en coordination de programmes à fort impact.

Avant mon affectation en Côte d'Ivoire, j'ai travaillé en Guinée, en Sierra Leone, en République Centrafricaine et au Mali, occupant diverses fonctions techniques et managériales dans des contextes de développement et d'urgence humanitaire. Au sein de l'UNICEF, j'ai exercé les fonctions de spécialiste en santé et de chef de section, contribuant à la planification stratégique et à la gestion opérationnelle des programmes. Je suis titulaire d'un Doctorat d'État en Médecine, d'un DESS en Gestion des Services de Santé et d'un Exécutive MBA en Management et Leadership. Je parle français et anglais.

2. Quelles sont les missions principales d'un représentant pays UNICEF ?

Le Représentant Pays de l'UNICEF joue un rôle clé dans la réalisation du mandat de l'organisation au niveau national. Ses principales missions sont :

- **Défendre les droits de l'enfant :** Promouvoir et protéger les droits de chaque enfant, en particulier les plus vulnérables, conformément à la Convention relative aux droits de l'enfant.
- **Plaidoyer et mobilisation :** Mobiliser la volonté politique et les ressources matérielles et financières pour donner la priorité aux enfants dans les politiques nationales et renforcer les capacités des gouvernements à mettre en œuvre des services adaptés aux familles.
- **Gestion de programmes :** Superviser la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de

l'UNICEF (santé, nutrition, éducation, protection, eau, hygiène et assainissement).

- **Coordination humanitaire :** Intervenir en situation d'urgence pour protéger les droits des enfants, en coordination avec les agences des Nations Unies et les partenaires humanitaires.
- **Redevabilité et éthique :** Veiller à ce que les actions de l'UNICEF soient impartiales, transparentes et respectent les principes d'équité et de non-discrimination.
- **Renforcement des partenariats :** Développer des alliances stratégiques avec les gouvernements, la société civile et le secteur privé pour maximiser l'impact des interventions.

Le Représentant Pays incarne ainsi la vision et les valeurs de l'UNICEF, veillant à ce que chaque enfant puisse s'épanouir et réaliser son potentiel.

3. Comment se passe la collaboration entre l'UNICEF et les institutions de Santé Publique en Afrique de l'Ouest, notamment avec l'Institut National de Santé Publique de Côte d'Ivoire (INSP) ?

L'UNICEF travaille en étroite collaboration avec les institutions de santé publique à travers l'Afrique de l'Ouest et du Centre afin de renforcer les systèmes de santé. En Côte d'Ivoire, cette collaboration avec l'INSP s'inscrit dans le cadre de la coopération avec le gouvernement.

L'INSP dispose d'une expertise reconnue dans la formation des professionnels, la conduite d'études et la recherche de mise en œuvre. Ce partenariat permet notamment de documenter des réformes structurantes, telle que l'étude récente sur la digitalisation de la santé communautaire via la plateforme **mHealth.ci**. Ce partenariat inclut également la recherche sur la vaccination de routine, visant à identifier les goulots d'étranglement opérationnels et systémiques afin d'améliorer la performance et l'équité des interventions.

4. L'UNICEF a confié à l'INSP la mise en œuvre du projet intitulé « recherche sur la mise en œuvre de la vaccination en côte d'ivoire ». Quelles sont les raisons qui ont motivé ce choix ?

Le choix de l'INSP repose sur son statut d'institution nationale de référence. L'Institut dispose d'un mandat officiel en matière de production de données probantes et d'appui scientifique aux politiques de santé. L'INSP bénéficie d'une expertise multidisciplinaire et son ancrage institutionnel facilite l'accès aux données nationales. Enfin, ce choix est fondé sur la satisfaction de l'UNICEF quant au professionnalisme démontré lors d'études antérieures et sur la volonté commune de renforcer le leadership national en matière de recherche.

5. la Côte d'Ivoire s'est dotée depuis 2023, d'un outil de diffusion des informations sanitaires qui est le bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI). Comment l'UNICEF pourrait-il soutenir ce canal de diffusion de l'information sanitaire ?

L'UNICEF pourrait soutenir le Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire (BSP-CI) par un appui à la fois technique et financier visant à renforcer la production, la qualité et la diffusion régulière des informations sanitaires. Cet appui pourrait porter sur l'analyse, la mise en forme et la vulgarisation des données scientifiques afin de les rendre accessibles aux décideurs, aux professionnels de santé et au grand public.

L'UNICEF pourrait également accompagner la production de contenus thématiques sur la santé et les droits des enfants en Côte d'Ivoire, en lien avec les priorités nationales, contribuant ainsi au plaidoyer et à l'orientation des politiques publiques. Enfin, l'UNICEF pourrait jouer un rôle de facilitateur de partenariats, en mobilisant d'autres partenaires techniques et financiers pour soutenir durablement la diffusion et l'utilisation des données scientifiques en santé publique.



Jean-François Basse

Représentant résident UNICEF

Institution à la une

UNICEF
Côte d'Ivoire

Quelles sont les populations cibles de vos activités ?

Conformément au programme pays UNICEF de 2021-2025, les cibles sont d'abord les enfants en particulier les moins de 5 ans, les femmes et les adolescents.

Quels problèmes de santé sont habituellement identifiés ?

En Côte d'Ivoire, les principaux problèmes de santé concernent la mère, l'enfant et l'adolescent, avec une épidémiologie dominée par les maladies évitables et des inégalités marquées selon les zones géographiques.

Chez les enfants, les taux de mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile restent élevés (30‰, 52‰ et 74‰)[1]. Les causes majeures de décès chez les 1–59 mois sont la pneumonie, la diarrhée et le paludisme, tandis que le retard de croissance touche plus d'un enfant sur cinq, avec une prévalence nettement plus élevée en milieu rural. Les régions du nord et de l'ouest sont particulièrement affectées. Les déter-

1 Données issues de l'EDS2021

minants principaux incluent la faible utilisation des services de santé, des comportements de soins inadaptés et les insuffisances du système de santé.

En matière de santé maternelle, la mortalité demeure élevée (385 décès pour 100 000 naissances vivantes), avec un recours insuffisant aux soins prénatals précoces. Les décès sont principalement liés aux retards dans la prise en charge au niveau des structures de santé, aux retards de décision au sein des communautés, et aux hémorragies obstétricales, avec une vulnérabilité accrue chez les adolescentes[2].

Chez les adolescents et les jeunes, les problèmes de santé sont marqués par un faible recours aux services, l'adoption de comportements à risque (sexualité précoce, IST/VIH, substances) et une offre de soins encore peu adaptée à leurs besoins spécifiques.

Quels étaient les objectifs poursuivis?

Objectifs du CPD 2021-2025 de l'UNICEF en Côte d'Ivoire

Le Programme de Coopération 2021-2025 UNICEF - Côte d'Ivoire visait à soutenir la réalisation des droits de l'enfant et à réduire les inégalités, en mettant l'accent sur les enfants les plus vulnérables. Les principaux objectifs étaient :

- **Renforcer les systèmes nationaux** pour garantir l'accès équitable à la santé, à la nutrition, à l'éducation, à la protection de l'enfance, à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène (WASH).
- **Promouvoir l'inclusion sociale** et la protection sociale, en luttant contre la pauvreté, les inégalités et les vulnérabilités.
- **Soutenir l'engagement communautaire** et l'adoption de pratiques favorables à la survie, au développement et à la protection des enfants, notamment à travers des approches communautaires intégrées.
- **Renforcer la résilience des enfants, des familles et des communautés** face aux chocs, notamment les crises sanitaires, économiques et climatiques.
- **Favoriser l'autonomisation des adolescents et des jeunes** en leur offrant des opportunités d'éducation, de formation et de participation citoyenne.
- **Assurer la convergence des interventions** dans les zones les plus vulnérables pour maximiser l'impact sur les enfants et les familles.

Ces objectifs sont alignés avec les priorités nationales et les engagements internationaux de la Côte d'Ivoire, afin de garantir un développement durable, équitable et centré sur les droits de l'enfant.

Quelles étaient les activités et approches utilisées ?

Mettre en avant les efforts pour informer/sensibiliser le public et amener à l'adoption de comportements favorables à la santé. Mentionner les collaborations avec d'autres organisations, institutions ou acteurs communautaires.

La période de mise en œuvre du Programme de Coopération 2021-2025 UNICEF Cote d'Ivoire a été marquée par un renforcement structurant du système de santé ivoirien, combinant le développement des capacités institutionnelles et humaines, l'appui à la gouvernance et à la coordination, ainsi que la dotation des structures sanitaires en équipements essentiels (plateaux techniques, équipements biomédicaux et électroniques, matériels roulants, renforcement de la chaîne du froid). Les interventions ont également porté sur la contribution à l'élaboration de stratégies et de politiques, dont le PNDS, la conduite d'évaluations, d'études et de recherches de mise en œuvre, et le renforcement du système d'information sanitaire, incluant des efforts de digitalisation visant à améliorer la qualité, la disponibilité et l'utilisation des données. Le développement et la mise à échelle des Centres Soins Mère Kangourou, l'amélioration du réseau de diagnostic du VIH, de la Tuberculose et du Cancer ont contribué à renforcer l'offre de services intégrés et adaptés aux populations.

La période a par ailleurs été profondément marquée par l'avènement de la pandémie de COVID-19, qui a exercé une pression majeure sur le système de santé. Des réponses adaptées ont été déployées par l'UNICEF et ses partenaires, incluant le renforcement des capacités, l'appui logistique et la communication sur les risques. La vaccination de la population avec de nouveaux vaccins contre la COVID-19 a constitué un pilier central de la riposte, tout en maintenant la continuité des services essentiels.



2 Données issues de l'EDS2021

Sur le plan stratégique et financier, des actions de l'UNICEF ont soutenu la transition accélérée des financements extérieurs, notamment à travers l'élaboration d'un dossier d'investissement pour la sante communautaire, la Déclaration d'Abidjan sur la transition GAVI et le renforcement du plaidoyer pour la mobilisation de ressources domestiques. Enfin, la construction de partenariats stratégiques avec les institutions nationales, les partenaires techniques et financiers et les acteurs de la société civile a renforcé la résilience du système de santé, améliorant sa capacité d'anticipation, d'adaptation et de réponse face aux chocs sanitaires présents et futurs.

Quels résultats tangibles ont été enregistrés en 2025 dans le secteur de la sante ?

Présenter les principaux résultats, si possible des données démontrant l'efficacité des actions du programme de santé, nombre de bénéficiaires, évolution de comportements, amélioration de l'environnement sanitaire, couverture géographique, réduction d'incidents ou de risques.

En 2025, le programme de santé a enregistré des résultats significatifs à l'échelle nationale, traduisant une amélioration tangible de l'accès aux services, de la prévention et de la qualité des soins.

Au cours de cette année, l'UNICEF a joué un rôle central dans le renforcement du système de santé ivoirien, tant au niveau opérationnel que stratégique. À travers des appuis aux supervisions intégrées menées dans les 33 régions sanitaires, l'organisation a contribué à améliorer la qualité des interventions, la disponibilité des médicaments et du matériel, ainsi que les conditions d'hygiène, y compris dans les camps de demandeurs d'asile. Sur le plan stratégique, l'UNICEF a participé activement à l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2026–2030, en cohérence avec son programme de coopération avec le gouvernement (CPD 2026-2030) et le Cadre de Coopération des Nations Unies pour le Développement Durable (CCDD). L'appui technique apporté au plaidoyer pour le financement domestique de la santé, ainsi que les analyses sur le financement des soins de santé primaires et de la vaccination, ont contribué à renforcer la gouvernance sanitaire.

Dans le domaine de la vaccination, des progrès notables ont été enregistrés avec des taux de couverture satisfaisants : Pentavalent3 à 93% des enfants de moins d'un an, campagne de vaccination contre le HPV vaccinant 3,3 millions (93%) de filles de 9 à 18 ans, sans aucune rupture de vaccins au niveau central[3]. Deux campagnes de vaccination contre la polio atteignant à chaque passage plus 10 millions d'enfants de moins de 5 ans. De plus, la Côte d'Ivoire a réussi l'introduction du vaccin contre le paludisme dans l'ensemble des 113 districts sanitaire.



3 Données Administratives du Programme Elargie de Vaccination

En santé maternelle et néonatale, l'UNICEF a soutenu le ministère de la sante dans la formation de plus de 200 prestataires de soins[4], la mise en place et l'équipement de nouvelles unités de soins Kangourou, et l'accès à des accouchements assistés et à des soins prénatals dans 24 districts au nord du pays. Des milliers de femmes ont bénéficié d'un accompagnement.

de qualité, et la prise en charge des urgences obstétricales s'est améliorée, avec des résultats positifs sur la mortalité maternelle et néonatale.

La santé communautaire n'est pas restée sans appui. Elle a également connu un renforcement significatif. L'UNICEF a soutenu la Direction de la sante Communautaire (DSC) dans la production du rapport annuel communautaire, ainsi que la formation de comités de surveillance. L'intégration des outils numériques, notamment la solution digitale mHealth.ci, dans la sante communautaire a été effective dans la région du Poro contribuant à la disponibilité des données sanitaires en temps réel et l'amélioration de la qualité des services. Les interventions dans les 24 districts appuyés au nord du pays ont permis de toucher plus d'un million d'enfants de moins de cinq ans et d'assurer la prise en charge de plus de 30,000 enfants malades de paludisme, de pneumonie et de diarrhée[5].

Dans la lutte contre le VIH/Sida, à travers l'appui de l'UNICEF et d'autres partenaires impliqués, le PNLS a assuré la formation 950 prestataires de sante des secteurs public et privé et renforcé la qualité des services, notamment à travers l'approche « district modèle ». Le diagnostic précoce des enfants à risque s'est amélioré grâce à la réduction des délais de rendu de résultats, et le suivi communautaire des femmes vivant avec le VIH a été renforcé. Près de 77 000 femmes enceintes ont été suivies et dépistées, et les 567 testées positives ont été toutes mises sous traitement ARV. Le dépistage précoce des nourrissons a couvert plus de 90 % des enfants exposés[6].

Quels éléments ont facilité la réussite ? : implication communautaire, leadership local, partenariats interinstitutionnels, outils appropriés, adaptation culturelle.

La réussite des interventions en 2025 a d'abord reposé sur l'engagement fort des autorités centrales et déconcentrées, dont le leadership a permis l'alignement des actions sur les priorités nationales, une coordination efficace et une appropriation institutionnelle des activités. Elle a été renforcée par des partenariats interinstitutionnels solides, associant les ministères sectoriels, les partenaires techniques et financiers, les ONG et la société civile, assurant la complémentarité des appuis et la mobilisation des ressources.

Quelles sont les leçons apprises pour améliorer, élargir ou reproduire l'action ; proposer des ajustements pour d'autres contextes.

La réussite des interventions a montré qu'un leadership fort à tous les niveaux, combiné à une coordination multisectorielle structurée, est essentiel pour obtenir des résultats durables. L'implication bénéficiaires dès la planification renforce l'adhésion des populations. L'usage d'outils numériques simples et adaptés, associé à un suivi régulier, facilite la prise de décision et améliore l'efficacité.

Pour reproduire ou élargir l'action dans d'autres contextes, la recommandation est de :

- Renforcer les capacités des acteurs locaux pour garantir la pérennité des acquis.
- Adapter les approches aux réalités socioculturelles locales.
- Mettre en place un mécanisme de retour d'information communautaire pour ajuster les interventions en temps réel.
- Mobiliser des financements domestiques et surtout flexibles pour faire face aux imprévus.

Conclusion : Résumer brièvement le rôle et l'impact du programme.

Le programme santé de l'UNICEF a joué un rôle clé dans le renforcement du système de santé en Côte d'Ivoire, en contribuant à l'amélioration de l'accès aux services essentiels pour les enfants et les femmes. Grâce à un appui technique, financier et stratégique de l'UNICEF, les résultats ont été significatifs en matière de couverture vaccinale, de soins communautaires et de coordination multisectorielle. L'impact se mesure par une meilleure appropriation locale, une réponse plus rapide aux urgences sanitaires et une réduction des inégalités d'accès aux services de santé. Le programme a ainsi contribué de manière tangible à la réalisation des priorités nationales et des droits des enfants.

4 Rapport d'activités du PNSME
5 Rapport Annuel de la Sante Communautaire
6 Rapports annuels de performance du PNLS

Quelles sont les populations cibles des activités de la Direction de Coordination du Programme Vaccination (DCPEV) ?



Ce sont :

- les enfants de 0 à 23 mois,
- les filles de 9 ans,
- et Les femmes enceintes

Quels problèmes de santé sont habituellement identifiés ?

Il s'agit d'épidémies de maladies évitables par la vaccination comme la rougeole, la poliomyélite, la fièvre jaune. Les populations touchées sont généralement les enfants de plus de 5 ans ; la principale cause étant la non-vaccination de ces populations touchées. Elles sont soit insuffisamment vaccinées ou pas du tout vaccinées.

Quels sont les objectifs poursuivis ?

Il s'agit :

- d'accroître la couverture vaccinale de tous les antigènes du Programme Élargi de Vaccination afin de réduire le nombre d'enfants zéros doses et/sous-vaccinés,
- de susciter la demande et l'appropriation des populations de la vaccination.

Quelles sont les activités et approches utilisées ?

Nous pouvons citer :

- la communication pour le changement de comportement,
- la mobilisation communautaire,
- le renforcement des capacités des acteurs et de la communauté,

- la recherche-action afin d'orienter les stratégies,
- les interventions en milieu scolaire,
- la mise en œuvre de stratégies de vaccination à l'endroit des populations cibles.

Quels résultats tangibles ont-t-il été enregistrés ?

- Zéro cas de poliomyélite humaine en 2024 et 2025,
- 30 flambées épidémiques de rougeole en 2025 contre 67 en 2025,
- l'amélioration de la couverture vaccinale entre 2024-2025. Exemple, la couverture vaccinale administrative est passée de 89 à 93% entre 2024 et 2025 (données au 30 septembre 2025),

Quels sont les éléments qui ont facilité la réussite ?

- l'implication communautaire à travers les leaders communautaires,
- les partenariats interinstitutionnels notamment avec le secteur de l'éducation, du social et de l'agriculture (pour l'identification des cibles dans les forêts et autres zones d'accès difficiles),

les outils appropriés et l'adaptation culturelle à travers l'organisation de dialogues communautaires qui ont permis d'augmenter l'appropriation des actions par les communautés avec une meilleures adhésion.

Quels sont les éléments qui ont facilité la réussite ?

L'utilisation d'outils appropriés et l'adaptation culturelle à travers l'organisation de dialogues communautaires ont permis d'augmenter l'appropriation des actions par les communautés avec une meilleure adhésion. L'implication communautaire a été faite à travers les leaders communautaires. Les partenariats interinstitutionnels ont été établis notamment avec le secteur de l'éducation, du social et de l'agriculture (pour l'identification des cibles dans les forêts et autres zones d'accès difficiles).

Quelles ont été les contraintes éventuelles ?

Ces contraintes sont entre autres :

- les rumeurs et la désinformation sur la vaccination,
- les refus et réticences de certaines populations,
- l'insuffisance de moyens financiers et logistiques (véhicules, motos, carburant…) pour la mise en œuvre des activités.

Quelques mesures appliquées :

La DCPEV a :

- réalisé une veille communicationnelle sur les réseaux sociaux et autres médias ou canaux pour anticiper la gestion des rumeurs,
- élaboré et mis en œuvre des stratégies de communication et pour la gestion des réticences et refus de vaccination,
- réalisé une micro-planification et adapté les stratégies de vaccination,

Quels ont été les changements observés ?

La couverture vaccinale entre 2024-2025 s'est nettement améliorée. Ainsi entre 2024 et 2025, la couverture vaccinale administrative est passée de 89 à 93% (données au 30 septembre 2025).

Quelles sont les leçons apprises et quelles en sont les perspectives ?

Le développement/renforcement des stratégies communautaires permet d'augmenter le niveau d'appropriation des activités/actions par les populations et d'obtenir des améliorations durables de la couverture vaccinale et de l'état de santé en général. La perspective principale est le déploiement de l'Initiative « zéro dose » qui vise à réduire le nombre d'enfants non ou insuffisamment vaccinés.

Quelle conclusion pouvez-vous tirer ?

La mise en œuvre du PEV en Côte d'Ivoire a permis d'avoir d'importants acquis, notamment :

- la validation par l'OMS de l'élimination du tétanos maternel et néonatal en 2013,
- la déclaration de la Côte d'Ivoire comme pays libre de Poliovirus sauvage en 2015 par l'OMS,
- la validation par l'OMS du maintien du statut d'élimination du tétanos maternel et néonatal en 2023,
- la réduction des épidémies de rougeole.

Message de santé publique :

Les interventions de santé, notamment la vaccination, ont permis la maîtrise, le contrôle ou l'éradication de plusieurs maladies et la protection des populations les plus vulnérables. Le défi demeure le maintien des acquis obtenus grâce à ces interventions. Il convient donc de soutenir ces programmes afin de mettre en œuvre des stratégies innovantes, adéquates et adaptées à chaque contexte pour une réduction substantielle et durable de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables par vaccination.

UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

OPHACI

APPEL À COMMUNICATION



8èmes JOURNEES DES ACTUALITES SCIENTIFIQUES (JAS)

Thème

INNOVATION EN SANTÉ : Revue de la littérature des défis et valorisations

28 au 30 Avril 2026

UFR SPB/Université Félix Houphouët Boigny Abidjan

Participation

Membres GRACS
25.000 FCFA

Professionnels non-membres
30.000 FCFA

Etudiants
gratuit

Date limite d'envoi des résumés :

29 Mars 2026

Sous-thèmes

01. **Approches innovantes en épidémiologie et surveillance sanitaire**
02. **Innovations technologiques en santé**
03. **Innovations pharmaceutiques et thérapeutiques issues de la médecine moderne et traditionnelle**
04. **Innovations en biologie médicale et prévention**

Structure des résumés

- **Introduction**
- **Méthodes**
- **Applications pour les pays en développement**
- **Conclusion et perspectives**
- 300 **mots maximum y compris les espaces**
- **Nombre de mots clés :** 3-5
- **Time New Roman** 12, **interligne** 1,5

Courriel d'envoi : ggracs@gmail.com

07 07 79 72 57 / 07 07 64 39 91 / 07 07 21 91 59

ÉDITION 5

CONGRÈS DE SANTÉ PUBLIQUE CÔTE D'IVOIRE

THEME

NOS ENVIRONNEMENTS ET NOTRE SANTÉ



DU 22 AU 24 JUILLET 2026

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (INSP) ABIDJAN-CÔTE D'IVOIRE

SOUS THÈMES

- Environnements psycho-socio-culturels et santé
- Environnements physiques et santé
- Environnements professionnels et santé
- Environnements règlementaires et santé
- Environnements sanitaires et santé
- Communications libres

FORMATION

Étude d'impact environnemental

MASTERCLASS

Environnement de travail et performances des ressources humaines

- Réseau des Établissements Francophones en Santé Publique (REFESP)
- Extension for Community Healthcare Outcomes (ECHO)

FORMAT DU RÉSUMÉ

IMRAD-300 mots - Times new roman

FRAIS D'INSCRIPTION (FCFA)

	Avant le 30 Mai 2026	Après le 30 Mai 2026
Chercheurs et Enseignants-Chercheurs	50.000 FCFA	60.000 FCFA
Autres professionnels	30.000 FCFA	40.000 FCFA
Etudiants (formation initiale) Doctorants (non-professionnels)	20.000 FCFA	30.000 FCFA
Formation (par atelier thématique)	25.000 FCFA	40.000 FCFA

INSCRIPTION

Congrès : 0150544475-0798971210-0556244796

Formation : 0505601115

WesternUnion-RIA-MoneyGram : SACKOU-KOUAKOU JULIE

Justificatifs de paiement via WhatsApp : 0505601115-0747860740

INFOLINE : 00225) 0505601115-0747860740
0712887006-0505730720

PARTENAIRES

Code abonnement

Code Appel à communication et recommandations aux auteurs

Partenaires institutionnels

INSTTITUT NATIONAL D'HYGIENE PUBLIQUE

GHSA Global Health Security Agenda
prevent, detect, respond!

Partenaires financiers

Bloomberg Philanthropies
DATA FOR HEALTH INITIATIVE
Vital Strategies
Public Health Institutes of the World IANPHI
CDC Centers for Disease Control and Prevention
EMORY UNIVERSITY

Numéro de dépôt légal : N° 27774
E-ISSN : 3104 - 6231

BSPCI
Bulletin de Santé Publique de Côte d'Ivoire