



REPUBLIQUE DE

LA GUINEE-BISSAU

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Plan Pluri Annuel Complet (PPAC) 2018 - 2022 du Programme Elargi de Vaccination



Mai 2018

LETTRE D'ENDOSSEMENT

RESUME

La vaccination est une composante essentielle du droit à la santé et une responsabilité individuelle et collective de la communauté et des gouvernements. C'est à ce titre que la Guinée Bissau a adhéré aux différentes initiatives internationales et globales dont le Plan Global pour les vaccins 2011-2020, le Plan Stratégique Régionale pour la vaccination 2014-2020 et tout récemment la feuille de route pour la mise en œuvre de la Déclaration d'Addis Abeba adoptée en Juin 2017 par la conférence des chefs d'Etat de l'Union Africaine. Le gouvernement de la Guinée-Bissau, conscient de sa responsabilité pour la protection de l'enfant et la femme, a également adhéré aux diverses initiatives d'éradication/l'élimination et le contrôle des maladies à prévention vaccinale.

Le PNDS 2018-2022 ; s'inscrit dans cette dynamique. C'est la troisième génération de PPAC élaboré par le pays après les PPAC 2007-2011, le PPAC 2013-2017.

Pour avoir une meilleure lecture de la situation du PEV, le pays a conduit en 2017 une étude sur l'analyse de l'équité dans la vaccination, une enquête de couverture vaccinale et une revue externe du Programme Elargi de Vaccination en vue de déterminer les forces et faiblesses et formuler des recommandations basées sur les données factuelles en vue d'améliorer les performances du programme. Cette revue a été couplée à l'évaluation post introduction dans le pays des vaccins anti pneumococcique (PCV13), les vaccins contre les infections à rotavirus et le vaccin Polio injectable. Le pays a également fait un inventaire de la chaîne du froid et du matériel roulant. De 2008 à ce jour la Guinée Bissau a introduit 5 vaccins dans son PEV de routine ; à savoir : le Penta, le PCV 13, le ROTA et le VPI.

Le but de ce PPAC est de parvenir à la couverture vaccinale universelle en Guinée Bissau à l'horizon 2022.

Dans l'optique de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies cibles du PEV, les objectifs du Programme pour la période 2018-2022 sont :

- Renforcer la qualité, l'équité et la pérennité des services de vaccination
- Accélérer les efforts pour réaliser l'éradication de la poliomyélite, l'élimination de la rougeole et le contrôle de la fièvre jaune et maintenir les acquis d'élimination du TNN
- Introduire d'une manière pérenne les nouveaux vaccins et les technologies appropriées.
- Accroître la demande des services de vaccination.
- Améliorer la prévisibilité et la durabilité des financements de la vaccination

Le financement de la vaccination s'inscrit dans le cadre global du financement de la santé. A ce titre Le financement du PEV est assuré principalement par le Gouvernement de la Guinée Bissau, et ses partenaires que sont l'OMS, l'UNICEF et GAVI.

Les ressources nécessaires à la réalisation des actions prévues dans le plan pour **la période 2018-2022 s'élèvent à vingt trois millions quatre cent quatre vingt – six mille cent soixante quatorze dollars (US \$23 486 174)** soit un coût moyen par an de \$4,697,234.85 avec le minimum en 2019 (\$4,066,313) et un maximum en 2021 (\$5,041,672).

En terme de répartition, les besoins en ressources sont dominés par l'approvisionnement en vaccins pour la routine dont le cout projeté est **dix millions quatre cent trente et un mille quatre cent vingt quatre dollars US (\$ 10 431 424)**, ce qui représente **45%** des besoins en ressources. Le poids de la gestion du programme est de **14%** pour un montant total de **trois millions trois cent quatre vingt onze mille sept cent cinq dollars US \$3 391 705**. Les prestations de services viennent en troisième position des activités qui vont consommer le plus de ressources au cours de la période 2018-2022

avec un montant estimé à **un million sept cent cinquante huit mille quatre cent soixante dix huit dollars US (\$1 758 478 US) correspondant à 7% des besoins**

Avec les initiatives de revitalisation de la vaccination et de relance du système de santé ; le pays compte relancer la stratégie fixe. C'est pour cette raison que 42% de ses ressources futures seront consacrés à cette stratégie. compte tenu des disparités géographique et de la distribution des points infrastructures sanitaires, il faut garder le cap pour les stratégies avancée et mobiles (52%) pour tenir compte des populations difficiles d'accès).

Sur le plan du Suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre de ce plan, la responsabilité du pilotage de la mise en œuvre des stratégies et activités de ce Plan Pluriannuel Complet est l'attribution du Ministère de la Santé avec la collaboration du Ministère de l'Economie et des Finances coordonnée par le DSIVE comme structure d'exécution.

Le Comité de Coordination Inter Agences est l'organe qui assure d'une part que les fonds et autres moyens sont mobilisés pour la mise en œuvre et l'atteinte des objectifs et d'autre part que les fonds alloués au PEV sont gérés de façon transparente

TABLE DES MATIÈRES

Liste des Figures	IV
Liste des Tableaux.....	IV
Liste des Abréviations, Sigles et Acronymes.....	V
1. INTRODUCTION	1
2. CONTEXTE GENERAL DU PAYS.....	2
2.1 CONTEXTE GEOGRAPHIQUE, DEMOGRAPHIQUE ET LA STRUCTURATION ET ADMINISTRATIVE DU PAYS.....	2
2.2 CONTEXTE POLITIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE	3
2.2.1 contexte politique.....	3
2.2.2 Contexte économique	3
3. SYSTEME DE SANTE	4
3.1 POLITIQUE NATIONALE DE SANTE.....	4
3.2 ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE	4
3.3 PROFIL SANITAIRE	5
3.4 LE FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE	7
4. ANALYSE DE SITUATION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION	8
4.1 PRESTATION DES SERVICES	8

4.1.1	La vaccination systématique	8
4.1.2	les activités de vaccination supplémentaires	10
4.1.3	la couverture vaccinale.....	10
4.1.4	L'équité dans la vaccination	13
4.1.5	L'introduction de nouveaux vaccins	14
4.1.6	La lutte accélérée contre les maladies	14
4.2	SURVEILLANCE DES MALADIES EVITABLES PAR LA VACCINATION.....	15
4.2.1	SURVEILLANCE DES PFA	16
4.2.2	Surveillance de la Rougeole.....	16
4.2.3	Surveillance du Tétanos Néonatal.....	16
4.2.4	Surveillance de la fièvre jaune	17
4.2.5	Surveillance des autres maladies	17
4.3	LOGISTIQUE, APPROVISIONNEMENT ET GESTION DES VACCINS.....	17
4.3.1	Approvisionnement et gestion des vaccins	17
4.3.1.1	Niveau central	18
4.3.1.2	Niveau Région	18
4.3.1.3	Niveau Aires de santé	18
4.3.2	Stockage.....	18
4.3.2.1	le dépôt primaire du niveau central	19
4.3.2.2	les dépôts des régions	19
4.3.2.3	Aires de santé.....	19
4.3.3	Résultats de l'inventaire de la chaîne du froid.....	19
4.3.4	Gestion efficace des vaccins	20
4.3.5	Logistique.....	21
4.3.5.1	Transport.....	21
4.3.5.2	Bâtiment.....	21
4.3.5.3	Maintenance.....	21
4.3.6	Sécurité de la vaccination	22
4.4	COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE	22
4.4.1	plAidoyer	22
4.4.2	mobilisation sociale	23
4.4.3	COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT	23
4.4.4	COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT SOCIAL.....	23
4.4.5	COMMUNICATION DE PROXIMITE	24
4.5	GESTION DU PROGRAMME	24

4.5.1	LEGISLATION NATIONALE EN MATIERE VACCINATION	24
4.5.2	PLANIFICATION	25
4.5.3	COORDINATION ET PARTENARIAT	26
4.5.4	SUPERVISION MONITORING ET EVALUATION.....	26
4.5.5	GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.....	28
4.5.6	FINANCEMENT DU PROGRAMME.....	29
4.6	SYNTHESES DES FORCES FAIBLESSES DU PROGRAMME	30
4.7	OPPORTUNITES ET MENACES	33
4.8	IDENTIFICATION DES PROBLEMES PRIORITAIRES DU PROGRAMME.....	34
5.	GRAND AXES DU PPAc 2018 - 2022	35
5.1	. BUT ET OBJECTIFS DU PROGRAMMES.....	35
5.1.1	BUT.....	35
5.1.2	Objectifs.....	35
5.2	. CHRONOGRAMME DE MISE EN ŒUVRE	40
5.3	. MECANISMES DE SUIVI EVALAUTION.....	54
5.4	. MATRICE DES INDICATEURS	55
6.	COUTS ET FIANCEMENT DU PPAc 2018 - 2022	64
6.1	COUTS ET FINANCEMENT DU PPAc 2018 - 2022.....	64
6.1.1	Analyse des couts et financement du programme	64
6.1.2	Financement du PEV et analyse des ecarts financiers	65
6.1.2.1	Coûts de l'année de base du PPAc (2016)	65
6.1.2.2	Projection des besoins en ressources pour la periode 2018 - 2022	66
6.2	SOURCES ET REPARTION DU FINANCEMENT DES BESOINS DU PPAc 2018 - 2022 .	67
6.2.1	Sources de financements des besoins du programme	67
6.2.2	financements assurés et écarts.....	68
6.2.3	Viabilité financière du plan.....	69
	CONCLUSION.....	71
	ANNEXES.....	72

Liste des Figures

Figure 1: Carte administrative de la Guinée Bissau.....	2
Figure 2: Les structures, les niveaux et les liaisons fonctionnelles	5
Figure3 : Dépenses du gouvernement allouées à la santé.....	8
Figure 4 : Couverture vaccinale par région	13
Figure 5 : Répartition des enfants non vaccinés selon les régions en 2016 (Données administratives).	14
Figure 6 : Circuit de distribution des vaccins et consommables.	17
Figure 7 : Segmentation des points de prestation de service.	19
Figure 8 : Répartition des financements du PPAC 2013-2017	30
Figure 11 Projection des besoins en ressources par catégorie	Error! Bookmark not defined.

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Indicateurs de croissance économique de la Guinée Bissau.	4
Tableau 2 : Raisons du non mise en œuvre des stratégies avancées	9
Tableau 3 : Calendrier vaccinal de routine pour les enfants de 0 à 11 mois et les femmes.	9
Tableau 4 : Calendrier vaccinal de routine pour les enfants de 0 à 11 mois et les femmes.	10
Tableau 5 : Evolution des indicateurs de performance du PEV de 2010 à 2016.....	10
Tableau 6 : Performances des Aires Sanitaires	11
Tableau 7 : Comparaison des Taux de couverture vaccinale des enquêtes MICS et données administratives.	12
Tableau 8 : Analyse de situation par initiative de lutte accélérée contre les maladies	15
Tableau 9 : Effectifs des points de stockage des vaccins par niveau	18
Tableau 10 : Etat de fonctionnement des équipements de la chaîne du froid	20
Tableau 11 : Synthèse de l'évaluation GEV	20
Tableau 12 : Etat de fonctionnement des équipements de la chaîne du froid.....	21
Tableau 13 : Ratio agents de santé pour 10.000 habitants en 2017.....	28
Tableau 14 : Distribution des Ressources Humaines pour la Santé par région pour 10.000 habitants	28
Tableau 15 : Récapitulatif du financement projeté de la vaccination 2013-2017 (\$ US).....	29
Tableau 16 : récapitulatif des prévisions et réalisations budgétaires du PPAC de 2013 à 2017.....	30
Tableau 17 : Synthèse des forces et faiblesses du programme	30
Tableau 18: Analyse des opportunités et menaces	33
Tableau 19: Objectifs et jalons du PPAC	36
Tableau 20: Chronogramme de mise en oeuvre	40
Tableau 21: Matrice des indicateurs	55
Tableau 22: Composition du coût de l'année de base 2016	65
Tableau 23: Indicateur de l'année de base 2016	65
Tableau 24: Besoins en ressources par catégorie de coûts.....	67
Tableau 25: Sources de financement	68

Liste des Abréviations, Sigles et Acronymes

ACD	Atteindre chaque district
ACD/ACC/ACE	Atteindre Chaque District /Communauté/Enfant
ANR	Autorité Nationale de Régulation
ASC	Agent de Santé Communautaire
AVI	Activités de Vaccinations Intensifiées
AVS	Activités de Vaccination Supplémentaires
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
BM	Banque Mondiale
BMGF	Bill and Melinda Gates Foundation
CAP	Connaissances Attitudes et Pratiques
CCIA	Comité de Coordination Inter-Agence
CDF	Chaîne du Froid
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
COGES	Comité de Gestion
COSAH	Comité de Santé et Hygiène
CV	Couverture Vaccinale
DQS	Auto Evaluation de la Qualité des Données
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSIVE	Document de l'Immunisation et de la Surveillance Epiémilogique
DTC	Diphtérie Tétanos Coqueluche
DTC/HepB/Hib	Diphtérie Tétanos Coqueluche/Hépatite B/Haemophilus influenzae
DVD-MT	District Vaccines Data Management Tool
ECR	Equipe Cadre de Région
EDS	Enquête Démographique de Santé
EPIVAC	Épidémiologie & Vaccinologie;
FBR	Financement Basé sur le Performance
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GEV	Gestion Efficace des Vaccins
GIVS	Vision et stratégie mondiale pour la vaccination
GVAP	Plan d'Action Mondial pour la Vaccination
Hib	Haemophilus Influenza type b
HPV	Human Papilloma Virus
IDH	Indice de Développement Humain
IEC	Information Education Communication
IIV	Initiative pour l'Indépendance Vaccinale
IST	Infection Sexuellement Transmissible

JICA	Japan International Cooperation Agency
JNV	Journées Nationales de Vaccination
JRF	Rapport conjoint OMS/UNICEF (Joint Report Form)
LOGIVAC	Chaîne logistique vaccinale
LQAS	Lot quality assurance sampling
MAPI	Manifestations adverses post immunisations
MenAfrivac	Vaccin Conjugué antiméningococcique A
MICS	Etude à indicateurs multiples (Multiple Indicators Clusters Survey)
MLM	Midle level management (Cours du niveau moyen pour les gestionnaires du PEV)
ND	Non Disponible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations Non Gouvernementales
PCV	Pastille de Contrôle du Vaccin
PCV-13	Vaccin anti-Pneumococcique / 13
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PFA	Paralyse Flasque Aiguë
PIB	Produit Intérieur Brut
PIP	Programme d'Investissements Publics
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PON	Procédures Opératoires normalisées
PPAc	Plan Pluri Annuel Complet
PQS	Performance, Quality and Safety
PTF	Partenaire Technique et Financier
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RSA	Rapport de Situation Annuel
SMT	Stock Management Tool
TMN	Tétanos Maternel et Néonatal
TNN	Tétanos Néonatal
TT	Toxine tétanique
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence Internationale pour le Développement des Etats Unis
VAA	Vaccin Anti-Amaril
VAR	Vaccin Anti-Rougeoleux
VAT	Vaccin Anti-Tétanique

VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine

VPI Vaccin Polio Injectable

VPO Vaccin Polio Oral

I. INTRODUCTION

La vaccination est une composante essentielle du droit à la santé et une responsabilité individuelle et collective de la communauté et des gouvernements. C'est à ce titre que la Guinée Bissau a adhéré aux différentes initiatives internationales et globales dont la Vision et Stratégies 2006-2015 pour la vaccination (GIVS) adoptée en 2005, le Plan Global pour les vaccins 2011-2020, le Plan Stratégique Régionale pour la vaccination 2014-2020 et tout récemment la feuille de route pour la mise en œuvre de la Déclaration d'Addis Abeba adoptée en Juin 2017 par la conférence des chefs d'Etat de l'Union Africaine. La vaccination permet d'éviter 2,5 millions de décès chaque année et des invalidités pouvant conduire à la baisse de productivité des individus. Ainsi protégés de la menace de maladies évitables par la vaccination, les enfants immunisés peuvent survivre et développer leur potentiel humain. Le gouvernement de la Guinée-Bissau, conscient de sa responsabilité pour la protection de l'enfant et la femme, a également adhéré aux diverses initiatives d'éradication/l'élimination et le contrôle des maladies à prévention vaccinale.

En termes de planification, mise en œuvre et suivi-évaluation, le pays depuis 2005 a fait des efforts qui ont abouti à l'élaboration de différents Plans dont le PPAc 2007-2011, le PPAc 2013-2017 après une période de flottement de 2 ans.

Toutefois ces efforts de planification et de mise en œuvre, n'ont pas donné les résultats attendus ce qui s'est traduit par une baisse des performances. En effet le taux de couverture vaccinale en Penta 3 est passé de 96% en 2013 à 68% en 2016., Le taux d'abandon spécifique DTC1-DTC3 est passé de 11% en 2013 à 19% en 2016. Le nombre de districts avec une couverture vaccinale $\geq 80\%$ est passé de 9/11 à 3/11. Le taux de PFA non polio sur 100 000 enfants de moins de 15 ans qui était de 4,4 en 2013 est tombé à 1,4.

Pour avoir une meilleure lecture de la situation du PEV, le pays a réalisé en 2017 une étude sur l'équité dans la vaccination, une revue externe du Programme Elargi de Vaccination et une enquête de couverture vaccinale en vue de déterminer les forces et faiblesses et formuler des recommandations basées sur les données factuelles en vue d'améliorer les performances du programme

Cette revue a été couplée à l'évaluation post introduction dans le pays des vaccins anti pneumococcique (PCV13), les vaccins contre les infections à rotavirus et le vaccin Polio injectable (VPI). L'analyse de ce rapport de la revue externe fait ressortir les constats suivants :

- ✓ Une Baisse progressive des indicateurs de couverture vaccinale et de surveillance épidémiologique entre 2013-2016 : notamment la couverture en Penta 3 qui est passée de 96% en 2013 à 82% en 2017 ainsi que la couverture en VAR qui est passée de 89% en 2013 à 71% en 2016
- ✓ Une augmentation du taux d'abandon spécifique DTC1-DTC3 qui est passé 11% de 2013 à 19% en 2016
- ✓ Une baisse du taux de PFA Non Polio qui est passé de 4,4/100000 pour les enfants de <15ans en 2013 à 1,4/100000 en 2016

C'est dans le but de mettre en œuvre les recommandations des différentes études et de la Revue que le Plan actuel est élaboré. L'objectif principal de ce plan est d'atteindre les objectifs globaux et régionaux auxquels la Guinée Bissau a adhéré dont les objectifs du Plan Global pour les vaccins 2011, du Plan stratégique régional 2014-2020 et tout récemment la feuille de route de la Déclaration d'Addis Abeba. Il en est de même pour les initiatives d'éradication/élimination et contrôle des maladies évitables par la vaccination (TMN, Rougeole, Fièvre jaune, Méningite)

Ce Plan devrait aussi permettre de mettre en place un mécanisme financement durable de la vaccination conformément aux engagements globaux et régionaux. Les grands axes de ce PPAc tiennent compte :

- Des orientations du Plan d'Action Global pour les vaccins 2011-2020 (GVAP)
- Des orientations du Plan Stratégique Régional pour la Vaccination 2014-2020 ;

- Des orientations du PNDS 2018-2022 ;
- Des résultats de la Revue externe du PEV 2017 ;
- Des conclusions des différentes évaluations indépendantes et enquêtes conduites pour le PEV (MICS 2014, PSB...).

2. CONTEXTE GENERAL DU PAYS

2.1 CONTEXTE GEOGRAPHIQUE, DEMOGRAPHIQUE ET LA STRUCTURATION ET ADMINISTRATIVE DU PAYS

Située sur la côte occidentale de l'Afrique, la République de la Guinée – Bissau est limitée au nord par le Sénégal, au sud et à l'est par la Guinée, et à l'ouest par l'océan Atlantique. Le climat est tropical, chaud et humide. Les précipitations sont presque partout abondantes. La saison des pluies se déroule de juin à novembre avec vent du sud-ouest ; la saison sèche va de décembre à mai et s'accompagne de l'harmattan, ou vent sec venu du nord-est. Avec une superficie de 36.125 km² la Guinée Bissau compte une population de 1.875.700¹ habitants en 2018 soit une densité d'environ 52 habitants au km². Selon l'INASA ; le taux d'accroissement naturel de la population est de 2,2%. La population est constituée de 51,6% de femmes. Les jeunes entre 15 et 35 ans représentent 50,2% de la population.



Figure 1: Carte administrative de la Guinée Bissau

¹ Données consensuelles de population PEV- INE

Sur le plan administratif, le territoire national est divisé en 8 régions administratives peuplées par une diversité de groupes ethnolinguistiques. La capitale, Bissau, revêt le statut de Secteur Autonome. Les caractéristiques géographiques des régions administratives de Bolama-Bijagós (essentiellement composée d'îles) et Oio et de la capacité logistique du MINSAP pour répondre aux besoins des interventions d'urgence, ces deux régions ont été subdivisées sur quatre. Ainsi, la carte sanitaire a été présentée depuis de nombreuses années avec 11 Régions Sanitaire (RS), y compris le Secteur Autonome de Bissau (SAB).

Les 11 régions sanitaires sont subdivisées en 114 aires de santé qui constituent le niveau opérationnel le plus proche des communautés). Ces aires sanitaires sont définies sur la base de critères géographiques et couvrent des populations dont les effectifs sont compris entre 5 000 et 12 000 habitants.

2.2 CONTEXTE POLITIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE

2.2.1 CONTEXTE POLITIQUE

Après une période d'instabilité politique chronique, la Guinée-Bissau a élu démocratiquement un nouveau Président en mai 2014, José Mario Vaz, Mais très tôt une incertitude s'est installée au sein du parti au pouvoir entre le Président de la République et son Premier Ministre en même temps chef du parti. La destitution, le 12 août 2015 du Premier ministre Pereira par le président Vaz est à l'origine d'une crise politique. Cette instabilité politique a été marquée par la nomination de Six gouvernements successifs depuis 2015. Depuis le 4 février 2018, suite aux sanctions de la CDEAO visant ceux qui entravent la mise en œuvre de l'Accord de Conakry un nouveau Premier ministre a été nommé. Le nouveau premier Ministre M. Aristides Gomes a nommé un nouveau Gouvernement dont la tâche principale est de préparer les prochaines élections législatives fixées au 18 novembre 2018.

2.2.2 CONTEXTE ECONOMIQUE

La Guinée-Bissau est un des pays les plus pauvres du monde, environ 70 % de la population vit sous le seuil de pauvreté modéré (avec 2 \$ ou moins par jour), dont 33 % dans l'extrême pauvreté (1 US ou moins par jour) en 2010². La situation sociale et du développement humain demeure préoccupante. Le pays détient l'un des plus bas indicateurs de développement humain (IDH). Figurant parmi les dix derniers pays selon l'indice de Développement humain (IDH) des Nations Unies (178/188 selon UNDP-HDR16), la Guinée-Bissau doit également faire face à une croissance démographique galopante, la population devant doubler d'ici 2050.

La croissance économique a légèrement fléchi, avec un taux estimé à 5,5 % en 2017 contre 5,8 % en 2016. Il est projeté à 5,2 % pour 2018. En 2017, la croissance a été principalement portée par l'agriculture vivrière (en progression de 8 % contre 5,6 % en 2016) et l'industrie de la pêche (en hausse de 9,5 % contre 9 % en 2016). Dans le secteur secondaire, il faut y ajouter la construction, en progression de 16,6 % en 2017, après la forte contraction de 17,8 % en 2016. Dans le secteur tertiaire, le commerce est en hausse de 8,9 %. Du côté de la demande, les principaux déterminants de la croissance du PIB en 2017 sont la consommation privée, l'investissement public et les exportations. La demande a été portée par des facteurs conjoncturels tels que la hausse des prix de l'anacarde.

La situation des finances publiques s'est améliorée en 2017. Le déficit budgétaire (dons compris) a, en effet, diminué de moitié, passant de 4 % du PIB en 2016 à 2 % en 2017, principalement grâce à l'augmentation des recettes fiscales de 66,1 milliards de francs CFA en 2016 à 79,9 milliards en 2017. L'inflation mesurée par l'indice des prix à la consommation est estimée à 2,3 % pour 2017, moins que le plafond de 3 % de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA). L'encours de la dette publique totale (intérieure et extérieure) devrait atteindre 43,3 % du PIB contre 47,3 % en 2016 (pour un plafond fixé par l'UEMOA à 70 % du PIB). Le compte courant est resté excédentaire à 2,2 % en 2016 et 2,8 % en 2017, grâce à l'excédent commercial de 4,6 % en 2016 et 3,1 % en 2017.

² World Bank 2016. Guinea-Bissau Health sector diagnostic. Washington

Tableau 1 : Indicateurs de croissance économique de la Guinée Bissau.

Indicateurs de croissance	2014	2015	2016	2017 (e)	2018 (e)
PIB (milliards USD)	1,06	1,04	1,16e	1,17	1,24
PIB (croissance annuelle en %, prix constant)	1,0	5,1	5,2e	5,0	5,0
PIB par habitant (USD)	662	640e	694	686	712
Endettement de l'Etat (en % du PIB)	53,3	46,8	46,3	44,5	43,1
Taux d'inflation (%)	-1,0	1,5	1,5	2,0	2,2
Balance des transactions courantes (milliards USD)	-0,03	-0,01	0,03	-0,04	-0,06
Balance des transactions courantes (en % du PIB)	-2,8	-0,5	2,7	-3,4	-4,6

Source : FMI - World Economic Outlook Database - 2017.

Note : (e) Donnée estimée

3. SYSTEME DE SANTE

3.1 POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

Le droit à la santé est un droit humain fondamental de tout citoyen Guinéen. A ce titre le Plan National de Développement sanitaire (PNDS) 2012-2022 s'est fixé comme objectif l'amélioration durable de la santé des populations ainsi que l'atténuation de l'impact de la pauvreté sur les groupes les plus vulnérables. Dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté, la lutte contre la maladie constitue l'un des axes essentiels. Selon la stratégie, tous les individus et tous les groupes sociaux doivent trouver dans le système sanitaire une réponse à leurs besoins aussi bien individuels que collectifs. Aussi l'Etat, les collectivités et les citoyens sont tous responsables de la lutte contre la maladie et l'exclusion ainsi que du développement sanitaire et social. La PNS 2017 réaffirme que « l'action pour la santé fait partie intégrante du développement socio-économique et il y a comme but d'améliorer la qualité de vie », guidée par des valeurs telles que « la justice sociale, l'équité, l'accessibilité et sollicitude, identifier clairement les droits et devoirs, tant des professionnels ainsi que des utilisateurs, en se référant à des codes déontologiques et les lettres des devoirs et droits, dans une culture de transparence et de rigueur ». C'est avec ces lignes directrices qu'a été défini une vision de la santé pour la Guinée-Bissau et la Mission du système de santé pour atteindre cette vision. La politique de santé permettra en relation avec les autres secteurs de lutter contre la pauvreté et vaincre ainsi les maladies liées à cette dernière et à l'ignorance. A cette effet, l'accent sera mis sur (i) la responsabilisation des populations, (ii) la participation communautaire et (iii) la collaboration intersectorielle dans le cadre d'un développement sanitaire harmonieux.

3.2 ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

L'organisation sanitaire est définie par le décret portant organisation et attribution du Ministère de la Santé. L'organisation du système de santé correspond à 9 divisions administratives. Il est de type pyramidal et comprend trois niveaux avec chacune une population de responsabilité bien défini :

- Le niveau central regroupe le Cabinet du Ministre, l'Inspection Générale de la Santé, les Directions Centrales avec leurs services, les Programmes de Santé et les établissements para publics dont l'Institut National de Santé Publique (INASA), Centrale d'Achat des Médicaments (CECOME) ;
- Le niveau intermédiaire regroupe les Directions Régionales de Santé (DRS) qui comprennent les services sanitaires régionaux et les hôpitaux régionaux qui servent de référence pour les réseaux de Centres de Santé intégrés.

- Le niveau périphérique et opérationnel est organisé en 141³ Structures de Santé, constitué par les Centres de Santé (CS) et les postes de santé. Les régions sont caractérisées par une grande diversité tant au niveau de la superficie que par la taille de la population qui peut varier de moins de 5 000 en milieu rural à près de 200 000 habitants en milieu urbain. Les Régions Sanitaires sont considérées comme des districts sanitaires. Le découpage des régions administratives au nombre de 9 est différent du découpage des régions sanitaires qui sont au nombre de 11. Cinq (5) régions ne disposent pas d'hôpitaux de référence de niveau régional.

Dans toutes les régions sanitaires, il existe des structures communautaires et organisations des ASC chargées de promotion des 16 Pratique Familiales Essentiels (PFE). Ce niveau constitue la base de la pyramide sanitaire.

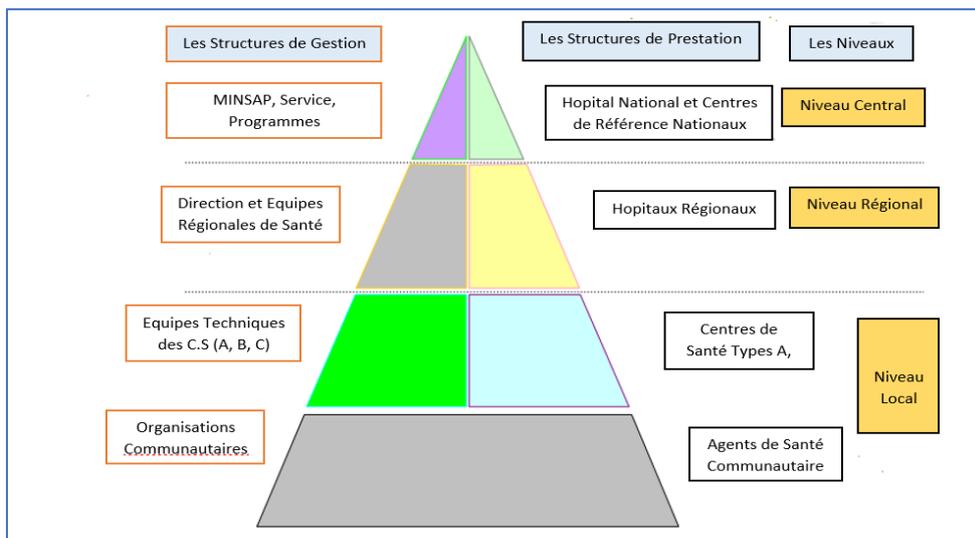


Figure 2: Les structures, les niveaux et les liaisons fonctionnelles

En plus des structures publiques de santé, le secteur privé, qui a vu le jour en 1988, contribue de manière significative dans la couverture sanitaire en particulier à Bissau et dans les grands centres urbains. Les rares structures privées qui offrent le service de vaccination, se conforment et contribuent pour la vaccination des enfants en collaboration avec des respectives régions et transmettent des rapports au PEV.

3.3 PROFIL SANITAIRE

Sur le plan sanitaire la situation en Guinée Bissau est caractérisée, par la persistance d'une morbidité et d'une mortalité élevées, particulièrement celles relatives à la mère et à l'enfant. Les maladies infectieuses et parasitaires, les carences nutritionnelles chez les enfants et les femmes enceintes, l'insuffisance d'hygiène et d'éducation sanitaire, constituent les principaux déterminants du bas niveau de santé de la population.

En ce qui concerne les enfants de moins de cinq ans le taux de mortalité diminue certes mais un rythme lent depuis une quinzaine. En effet il est passé de 223‰ en 1995 à 218‰ en 2000 puis à 204‰ en 2005 et enfin à 198‰ en 2007. La lutte contre le paludisme qui demeure la principale cause de l'utilisation des services de santé, de l'absentéisme dans les écoles et dans les lieux de travail a

³ Directions des Services des Infrastructures Sanitaires: Liste des infrastructures du Ministère de la Santé (2016)

enregistré un net progrès ces dernières années avec l'utilisation de moustiquaires imprégnées dont le taux de couverture des enfants de moins de cinq ans est passé de 39% en 2006 à 57% en 2008. La mortalité maternelle estimée demeure également très élevée (800 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes).

Les principaux défis du système sanitaire en Guinée Bissau sont l'insuffisance de ressources ce qui explique la non mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et du plan de développement des Ressources Humaines pour la Santé 2008-2017. Les ressources humaines de qualité sont également très insuffisantes surtout au niveau des aires de santé.

Bien que le profil épidémiologique soit marqué par la prédominance des maladies infectieuses et parasitaires, les maladies non transmissibles, en particulier les maladies cardiovasculaires et le diabète, sont devenues également un problème de santé publique préoccupant créant ainsi un double fardeau de morbidité et de mortalité.

Par ailleurs, la Guinée-Bissau s'est engagée à éliminer certaines maladies émergentes et réémergences telles que la filariose lymphatique, l'onchocercose et le trachome d'ici 2020, et également soutenir l'élimination de la lèpre, réduire le fardeau des maladies attribuables aux géo helminthiases, contrôler la rage et de corriger la souffrance associée au Noma.

L'incidence des maladies non transmissibles reste inconnue dans la population guinéenne. Toutefois, les pathologies sociales, telles que les accidents de la route et diverses formes de violence, commencent à avoir une certaine pertinence, encore mal documentée.

Face à ce défi, la priorité réside dans le renforcement de l'accès aux services de santé (actuellement de 40%) et de la qualité des services de soins de santé de base, tout en donnant une attention particulière à la motivation et à l'engagement communautaire pour la gestion et la prise de décision favorables à l'amélioration de l'état de santé de la population.

Le PNDS 2018-2022 en cours d'élaboration, vise à relever les défis d'une situation nationale marquée entre autres par une mortalité et morbidité encore élevées, en particulier chez les groupes les plus vulnérables (y compris le couple mère-enfant).

Dans cette perspective, un accent particulier est mis sur les programmes de santé communautaires (qui encadrent les initiatives associées aux ASC), la santé reproductive, le PEV et le programme de nutrition et de survie de l'enfant.

Sur le plan de l'équité, selon PNDSIII, l'accès aux services de santé est fortement lié à la situation socioéconomique : 75% des Guinéens du quintile le plus riche ont bénéficié de tout type de soins médicaux, versus. 63% dans le quintile le plus pauvre toutes les régions. Par exemple, parmi ceux qui vivent dans la région la plus pauvre (Quinara), seulement 60% ont accès aux soins de santé en cas de maladie, le plus faible pourcentage du pays. D'autre part, environ 80% des personnes qui sont tombées malades à Oio sont allées à des services de santé².

Les coûts des soins de santé ont été identifiés comme la raison principale pour ne pas chercher des soins de santé en cas de besoin. En moyenne, 44% des répondants ont été découragés de demander un traitement pour les coûts de ces soins. À Cacheu (58%), à Bissau (51%) et à Gabú (51%), le pourcentage de ceux qui ont présenté les coûts de santé comme principal obstacle à la recherche de soins était plus élevé que la moyenne nationale.

La distance entre les fournisseurs de soins à domicile et les répondants a été soulignée par 10,5% des répondants comme étant la deuxième principale raison de ne pas demander de soins en cas de maladie. Quant à cet obstacle, Quinara (26%), Oio (21%) et Bolama (20%) ont présenté le plus haut taux de plaintes.

En couplant l'analyse de la pauvreté avec celle des objectifs de millénaire pour le Développement (OMD) on peut considérer que dans les ménages pauvres et surtout extrêmement pauvres, la probabilité pour les enfants de moins de cinq ans de mourir avant leur cinquième anniversaire serait plus forte. De la même manière, ceux en âge scolaire auraient plus de mal à suivre une scolarité

normale. Les femmes en âge de procréer dans ces ménages seraient plus exposées que les autres, aux risques de la maternité et plus vulnérables face aux problèmes de la santé reproductive et aux infections sexuellement transmissibles et au VIH/SIDA.

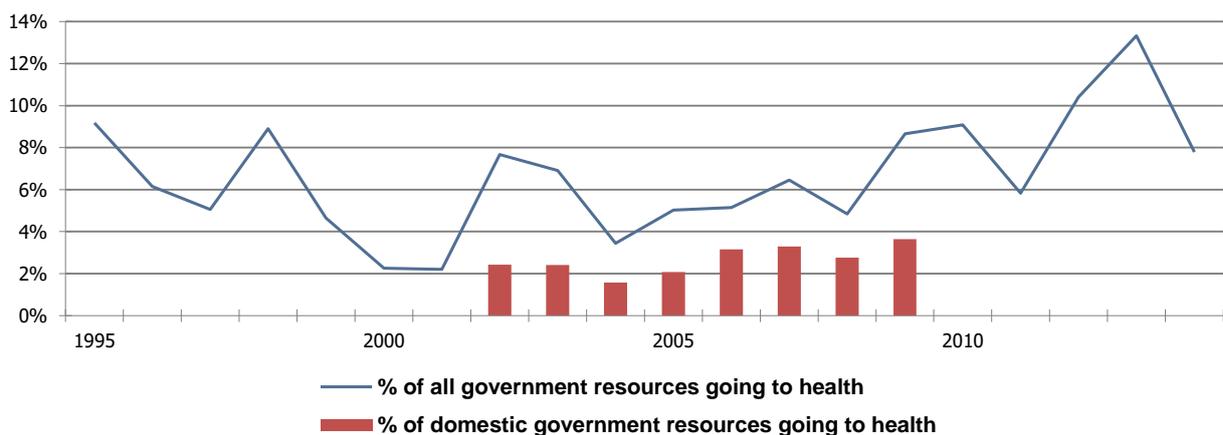
Le gouvernement Bissau guinéen, conscient de l'impact du Programme Elargi de Vaccination (PEV) sur la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, renforce ses engagements à atteindre les ODD, et fait du PEV l'un des programmes prioritaires du PNDSIII.

Le plan pluriannuel du PEV de la Guinée Bissau, couvre la période 2018-2022 et est en corrélation avec les directives du Plan d'Action Mondial pour les vaccins 2011-2020, du Plan Stratégique Régional de la Vaccination et du Plan National de Développement Sanitaire 2018-2022. Il a été élaboré sur la base d'une revue documentaire, et répond aux problèmes de l'heure et aux défis de la vaccination à moyen terme.

Il est structuré autour des cinq piliers du système de vaccination (la prestation des services, la communication pour le développement, l'approvisionnement en vaccins et qualité, la logistique et la surveillance épidémiologique) d'une part, et d'autre part autour des trois composantes d'appui (la gestion du programme, le financement et la gestion des ressources humaines).

3.4 LE FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE

Le financement du système de santé de la Guinée-Bissau provient des différentes sources, à savoir, l'Etat, les partenaires et les ménages. Selon les données de l'OMS⁴ sur le financement de la santé de 2014, les ménages constituent la première source de financement de la santé avec une dépense estimée à 49% des Dépenses Totales de Santé (DTS) par paiement direct, l'Etat ne prend en charge 20% de la DTS. Le financement de la santé en Guinée Bissau est fortement tributaire des appuis des partenaires au développement. Sur la période 1995 – 2014, les ressources propres de l'Etat allouées à la santé atteignent à peine 4% des ressources du gouvernement. A titre d'exemple, les maladies et programmes dits prioritaires (paludisme, Tuberculose, Vih Sida, PEV, nutrition) sont presque entièrement financés par le Fonds Mondial, Gavi, l'OMS et l'UNICEF. Le budget de l'Etat, lorsqu'il est alloué, ne sert qu'à couvrir les charges salariales et certaines charges de fonctionnement au détriment du financement des activités de santé.



Source : Global Health Expenditures Database

⁴ http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/en

Figure 3 : Dépenses du gouvernement allouées à la santé

Presque toutes les ressources financières pour renforcer le système de santé, sont obtenues sous forme d'aide provenant des partenaires. En 2016, \$19.567.943 ont provenus de l'aide extérieure pour les différents programmes et Services du Ministère de la Santé ⁵.

4. ANALYSE DE SITUATION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

Cette analyse a été faite en tenant compte non seulement de l'environnement interne et externe mais aussi des composantes du PEV. Ainsi, elle a été basée sur les cinq composantes opérationnelles du système de vaccination à savoir :

- Prestation des services ;
- Approvisionnement et qualité des vaccins ;
- Logistique ;
- Surveillance ;
- Communication
- Et sur les trois composantes d'appui qui sont :
 - Gestion du programme ;
 - Financement ;
 - Gestion des ressources humaines

4.1 PRESTATION DES SERVICES

4.1.1 La vaccination systématique

4.1.1.1. Organisation des services de vaccination

La politique nationale de vaccination préconise la gratuité de la vaccination des enfants de 0-11 mois et celle des femmes en âge de procréer (15-49 ans) sur le territoire national. L'offre des services de vaccination se fait au niveau des établissements publics appuyés par certaines organisations confessionnelles. Elle se fait essentiellement en routine soutenue par des activités supplémentaires.

Les principales stratégies de vaccination en Guinée Bissau sont :

- La stratégie **fixe** qui vise les populations résidant à moins de 5 kilomètres d'une formation sanitaire en dehors de tout obstacle géographique. Selon le PNDS III, bien que tous les Centres de santé du pays, offrent des services de vaccination en poste fixe. Cette stratégie ne couvre que 34% de la population cible.
- La stratégie **avancée** qui vise les populations situées entre 5 et 15 Km de la formation sanitaire. Cette stratégie qui couvre près des 59% de la population cible souffre de problèmes de financement des coûts opérationnels notamment le carburant pour les véhicules et les per diems.
- La troisième stratégie **mobile** qui vise les populations situées à plus de 15 kilomètres de la formation sanitaire estimée à 7% cette population. Cette stratégie souffre également du sous financement des coûts opérationnels dont carburant et per diems pour les acteurs de terrain

D'après le rapport de la revue externe, malgré la situation de faible couverture sanitaire, les régions n'organisent pas suffisamment les stratégies avancées et mobiles. Les principales raisons évoquées pour la non mise en œuvre de ces stratégies sont :

- ⇒ L'insuffisance des ressources financières (carburant, per diems...)

⁵ PNDS III

⇒ L'insuffisance de ressources humaines qualifiées au niveau des structures de santé.

Tableau 2 : Raisons du non mise en œuvre des stratégies avancées

Raisons	Niveau Centre Santé	Niveau Région
Insuffisance de la planification de la stratégie avancée**	X	X
Insuffisance de la mise en œuvre des stratégies avancées (dans plusieurs endroits où l'on ne vaccine que 10 enfants par sortie) **		X
Faible qualité des services **	X	X
Manque de per diem (incitation)	X	
Manque de carburant pour les stratégies avancées et mobiles	X	
Insuffisance de ressources humaines qualifiées dans les régions et au niveau central**	X	X
Rupture de vaccins dans les centres de santé		X
Manque de matériel (Porte vaccins ou accumulateurs)		X
Manque frigo		X

Source : *DSIVE

**Revue externe du PEV 2017

4.1.1.2 Calendrier vaccinal

A son lancement en 1984, six maladies étaient visées par le PEV bissau-guinéen. Aujourd'hui le calendrier vaccinal comprend 13 maladies contrôlées par 9 antigènes qui doivent être administrés à l'enfant avant son premier anniversaire, et à la femme enceinte. Le calendrier est décrit dans le tableau suivant.

Tableau 3 : Calendrier vaccinal de routine pour les enfants de 0 à 11 mois et les femmes.

Enfants de 0 à 11 mois		
Contact	Age	Antigènes
1	Naissance	BCG, VPOb-0
2	6 semaines	PENTA1, PCV13-1, VPOb1, Rota 1
3	10 semaines	PENTA2, PCV13-2, VPOb2, Rota 2
4	14 semaines	PENTA3, PCV13-3, VPOb-3, VPI
5	9 mois	Anti-rougeoleux, VAA

Pour les enfants, tous les antigènes du programme doivent être administrés avant l'âge de 1 an en 5 contacts vaccinaux. Les vaccins contre les pneumocoques (PCV13) et les diarrhées à rota virus (Rota) ont été introduits dans le calendrier en 2015. En 2016, dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite, la composante 2 du trivalent a été retirée. Le pays utilise le bivalent (bVPO1+3) et a introduit aussi le vaccin polio inactive (VPI) en plus. Le vaccin anti rotavirus ne doit pas être administré après 32 semaines au risque d'induire une invagination intestinale.

Pour les femmes, la politique nationale en matière de vaccination prévoit d'administrer le vaccin anti tétanique « VAT » aux femmes en âge de procréer (15-49 ans). La pratique courante dans le pays est que ce vaccin est proposé aux femmes pendant les visites prénatales et aux femmes en âge de procréer. La série des doses requises pour qu'une femme soit protégée à vie est de 5 doses. L'application de ce calendrier pose des difficultés liées surtout à l'insuffisance de conservation des documents de consultations prénatales par les femmes. A chaque grossesse la femme reçoit un nouveau carnet de consultation prénatale qui ne documente pas toujours les doses de VAT antérieurement reçues.

Tableau 4 : Calendrier vaccinal de routine pour les enfants de 0 à 11 mois et les femmes.

Femmes enceintes ou en âge de procréer		
Contact	Age	Antigènes
1	1 ^{er} contact (à partir de 14 ans ou lors d'une grossesse)	VAT1
2	4 semaines après VAT1	VAT2
3	6 mois après VAT 2	VAT3
4	1 an après VAT 3	VAT4
5	1 an après VAT 4	VAT5

4.1.2 LES ACTIVITES DE VACCINATION SUPPLEMENTAIRES

Cette activité est appliquée pour atteindre des objectifs spécifiques dédiés à certaines maladies, telles que l'éradication de la poliomyélite, l'élimination du tétanos néonatal, le contrôle de la rougeole ou pour faire face à des épidémies récurrentes telles que la méningite, la fièvre jaune, le choléra etc. L'organisation des campagnes de vaccination intègrent la supplémentation des enfants en vitamine A ainsi que le déparasitage. Sur la période 2013-2017, le pays a organisé 5 passages de JNV polio couvrant les enfants de 0-59 mois. Chaque année il y a deux passages de supplémentation en Vit A et de déparasitage des enfants de 6-59mois.

En 2015, le pays a organisé une campagne de vaccination contre la rougeole qui a couvert les enfants de 9-59 mois. En juin 2016, le pays a organisé une campagne nationale de vaccination contre la méningite à méningocoque A pour la cible des 1-29 ans.

4.1.3 LA COUVERTURE VACCINALE

Au court des 7 dernières années, les couvertures vaccinales administratives ont évolué en dents de scie pour la plupart des antigènes du programme, avec une forte baisse pour les années 2015 et 2016. Cette baisse est très marquée pour la 3^{ème} dose du Penta qui passe de 86% en 2010 à 68% en 2016, après avoir observé un pic de 101% en 2012. La même évolution s'observe pour les vaccins anti rougeole et anti amaril.

Tableau 5 : Evolution des indicateurs de performance du PEV de 2010 à 2016.

Indicateurs	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Taux de couverture : BCG	90%	100%	95%	95%	90%	89%	83%
Taux de couverture : Penta 1	105%	113%	110%	108%	92%	88%	84%
Taux de couverture : Penta 3	86%	97%	101%	96%	80%	76%	68%
Taux de couverture : PCV13 -3	-	-	-	-	-	24%	67%
Taux de couverture Rota-2	-	-	-	-	-	-	61%
Taux de couverture VAR	78%	91%	81%	89%	74%	75%	71%
Taux de CV VAA	78%	84%	80%	73%	59%	71%	64%
Taux de couverture VAT2+	30%	32%	32%	38%	40%	26%	39%

Source DVD/MT

Il convient de remarquer qu'au niveau des aires sanitaires, on a observé une évolution homogène pour tous les antigènes. Ainsi pour certains antigènes on a par exemple observé une évolution divergente par exemple en ce qui concerne le Penta 3, alors que le nombre des aires sanitaires avec des couvertures supérieurs à 90% passait de 52 à 76, dans le même temps le taux de ceux avec des

couvertures inférieures à 50% passait de 19 à 22. Par contre en ce qui concerne le VAR et le TT l'évolution du nombre des aires de santé avec des couvertures vaccinales supérieures à 90% a été cohérente avec celle des aires avec des couvertures inférieures à 50%.

Tableau 6 : Performances des Aires Sanitaires

Indicateurs	Catégories	2010	2011	2012**	2013	2014	2015	2016
Performances des Aires sanitaires en couverture Penta-3	Plus de 90%	52	50	7	72	47	42	76
	80- 89%	10	15	1	14	12	18	6
	50 à 79%	35	14	2	20	40	42	12
	Moins de 50%	19	28	1	10	17	14	22
Performances des Aires Sanitaires en couverture VAR	Plus de 90%	46	50	5	65	29	43	84
	80- 89 %	14	10	0	12	17	9	7
	50 à 79%	36	20	5	30	51	24	13
	Moins de 50%	20	27	1	9	19	40	12
Performances des Aires sanitaires en couverture VAT2 +	Plus de 90%	6	3	2	5	6	8	16
	80- 89 %	1	1	0	3	5	1	7
	50 à 79%	16	12	2	25	26	8	12
	Moins de 50%	93	91	7	83	79	99	81

Source : DVD MT

**En 2012, le DVD-MT a été paramétré en tenant compte des régions sanitaires au lieu des aires sanitaires. C'est pourquoi cette colonne présente ces valeurs

Ce qu'il faut retenir c'est qu'on dénote une certaine préoccupation en ce qui concerne la qualité des données en Guinée Bissau. Comme on peut l'observer dans le tableau ci-dessous sur la période 2010-2016, on a observé une grande différence entre les données de couverture administrative et les estimations OMS-UNICEF

De 2010 à 2016, les couvertures administratives ont été nettement inférieures aux couvertures estimées d'au moins 5 points en moyenne hors mis les données sur le BCG. Cette différence pourrait dénoter une faible qualité des données. On note également une nette détérioration dans la continuité des services avec le taux d'abandon Penta 1-Penta 3 qui passe de 17% en 2010 à 19% en 2016

Principales raisons des faibles performances identifiées sont :

- Insuffisance de la mise en œuvre de l'approche ACD dans tous les districts
- Quasi-inexistence de la mise en œuvre des stratégies avancées et mobiles en raison du manque de moyens logistiques et des ressources pour financières pour les coûts opérationnels
- Absence d'une stratégie spécifique pour vacciner les enfants dans les campements (baraquements) des grandes villes

- Ruptures dans le fonctionnement de la chaîne de froid pour certaines aires de santé entraînant l'impossibilité de stocker des vaccins
- Faible implication des communautés dans la planification, la mise en œuvre et le suivi –évaluation des activités de vaccination
- Insuffisance de communication (les communautés, familles ne sont pas informés du calendrier des visites en stratégie avancée,)
- Faible qualité des services liée à l'insuffisance des ressources humaines qualifiées à tous les niveaux.

Taux de couverture vaccinale selon les enquêtes de couverture vaccinale antérieures.

L'enquête de couverture vaccinale les résultats de l'enquête de 1990 qui a utilisé la méthode de sondage en grappe de l'OMS et les rapports des enquêtes MICS de 2010 et de 2014. Le tableau suivant montre les taux de couverture vaccinale chez les enfants de moins d'un an selon ces rapports.

Tableau 7 : Comparaison des Taux de couverture vaccinale des enquêtes MICS et données administratives.

Année d'enquête	Sources de données	Age cible	BCG	DTC1	DTC3	VPO3	VAR	Compl. Vaccinés
2010	MICS	<1an	94%	92%	76%	73%	61%	43%
		12-23 M	94%	94%	81%	79%	69%	61%
	Administrative	<1 an	90%	105 %	86%	83%	78%	ND
		12-23 M	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2014	MICS	<1an	91%	92%	74%	70%	65%	37%
		12-23 M	93%	94%	83%	77%	81%	64%
	Administrative	<1 an	90%	92%	80%	80%	74%	ND
		12-23 M	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2017	ECV	< 1an	95%	92%	85%	87%	88%	
		12-23 M						

- L'analyse des données de l'enquête de couverture vaccinale fait ressortir les éléments suivants : On note une nette persistance de la bonne utilisation des services marquée par un taux élevé couverture vaccinale en Penta 1 (92% en 2017)
- Un très grand écart entre les couvertures administratives et les doses valides ce qui dénote non seulement de la qualité des services mais aussi des insuffisances au niveau de l'application du calendrier vaccinal, notamment le non-respect des âges minimums à la première vaccination et les intervalles minimums entre les doses.
- Un écart important entre les enfants complètement vaccinés avant 1 an et les enfants complètement vaccinés après l'âge d'un an. Ceci dénote non seulement de la faible capacité du programme à atteindre les enfants avant leur premier anniversaire, mais pourrait refléter aussi des insuffisances dans la communication notamment :
 - L'information des parents sur la nécessité de compléter la série des doses requises avant 1 an,
 - L'insuffisance de la Communication Interpersonnelle (CIP) ;
 - L'insuffisance de suivi actif des enfants,
 - L'irrégularité dans l'offre des services surtout en stratégies avancées,
 - Le faible engagement des leaders d'opinion (communautaires et religieuses), etc.

4.1.4 L'ÉQUITÉ DANS LA VACCINATION

Des analyses faites avec les données des enquêtes MICS de 2010 et de 2014 ne montrent pas des inégalités en vaccination fondées sur le sexe de l'enfant. Par contre on constate des écarts importants entre les enfants selon leur lieu de résidence, le niveau d'instruction des parents et selon les quintiles de bien être socio-économique à la prise des 3^{èmes} doses des vaccins VPO et Penta ainsi qu'à la vaccination contre la rougeole et la fièvre jaune. Le désavantage se retrouvant chaque fois du côté des enfants défavorisés sur le plan socio-économique (milieu rural, niveau d'instruction=0, parents pauvres).

L'étude réalisée par l'UNICEF en 2017, vient non seulement confirmer les analyses ci-dessus, mais également fait une désagrégation plus fine de l'équité à travers l'analyse des couvertures vaccinales de trois antigènes (Penta3, VAR et VAT2+). La couverture nationale au penta 3 est estimée à 68,5%. Une région sur 11 a atteint 90% de couverture au penta3. Les régions de Cacheu, Bolama, Farim, Gabu, Tombali et SAB sont en deçà de 80% de CV. Concernant le VAR, la couverture au niveau national a été de 71%. Une seule région a atteint une couverture vaccinale de 80% (Quinara). La couverture vaccinale au VAT2+ a été de 39% au niveau national. Huit régions sur 11 ont eu moins de 50% de couverture vaccinale VAT2+.

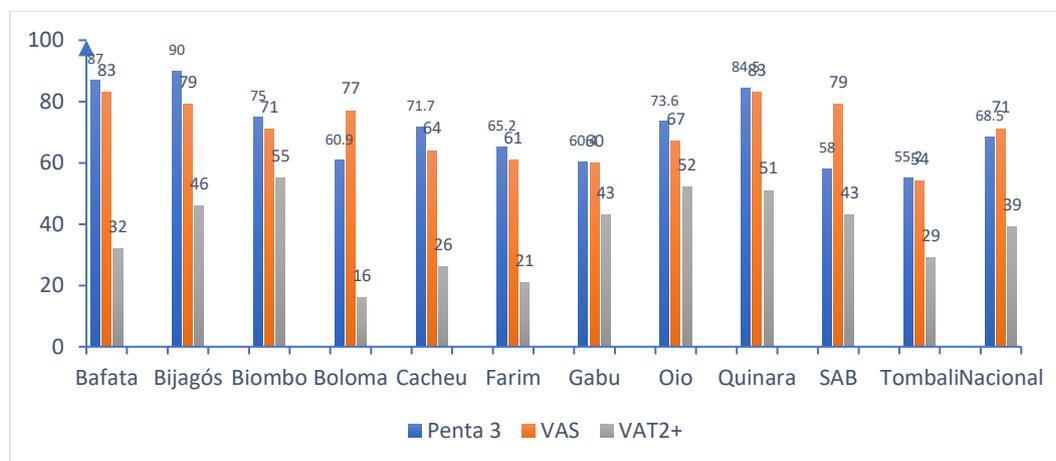


Figure 4 : Couverture vaccinale par région

Selon les résultats de cette étude, le nombre d'enfants non vaccinés au penta1, Penta3 est respectivement de 10 062 et 19 936. Celui pour le VAR est de 18 050 enfants. Au niveau national, 1/5 des enfants ne sont pas atteints par les services de vaccination. Cet écart est plus accentué pour le secteur de Bissau et les régions de Bolama, Cacheu, Tombali et Gabu.

Dans ces mêmes régions et à Farim, 2/5 des enfants n'ont achevé leur série de penta. Les mêmes proportions sont retrouvées pour la vaccination anti rougeoleux.

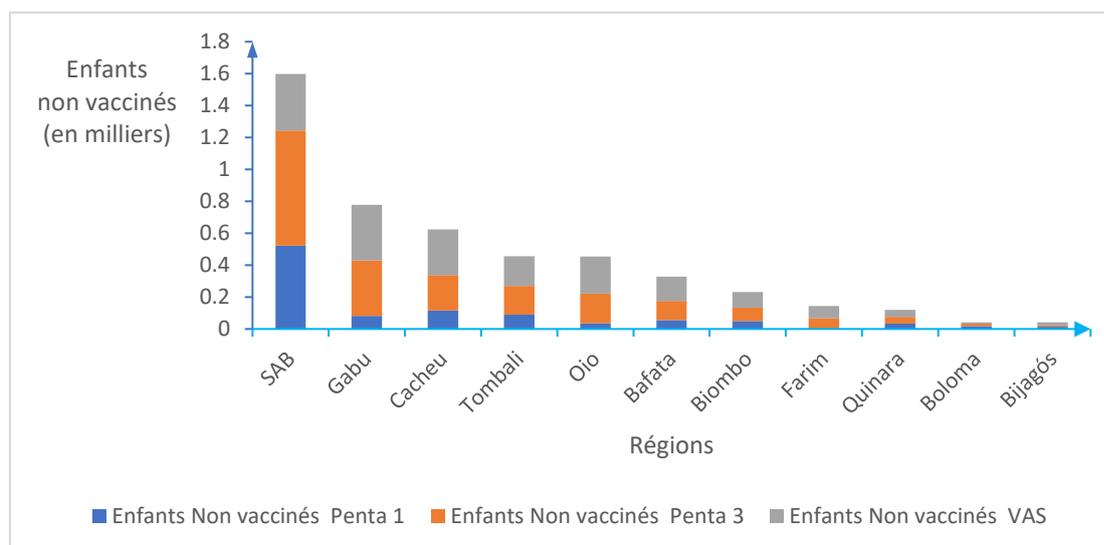


Figure 5 : Répartition des enfants non vaccinés selon les régions en 2016 (Données administratives).

Les régions qui regroupent le plus grand nombre d'enfants non vaccinées sont celle de SAB, Gabu, Tombali et Cacheu. Dans ces régions, les principaux goulots d'étranglement identifiés sont l'accessibilité géographique, la disponibilité des ressources humaines et la qualité des services. A Tombali par exemple, la qualité des services est inférieure ou égales à 10% pour tous les services de vaccination et de soins prénatals. Les activités de planification, de monitoring, de réunions communautaires sont inexistantes tant au niveau du district que celui des aires de santé. Sept aires de santé sur les Huit ont connu des ruptures de BCG, de Penta et ou de VAR.

4.1.5 L'INTRODUCTION DE NOUVEAUX VACCINS

Dans le cadre de la mise en œuvre du PPAc 2013-2017, la Guinée Bissau a introduit dans son programme de vaccination les vaccins suivants avec l'appui de Gavi. Il s'agit du vaccin contre les infections à pneumocoque PCV13 en Juin 2015 et le vaccin contre les infections à Rotavirus en Novembre de la même année. Le Vaccin Polio injectable (VPI) a également été introduit en 2016. Il convient de noter qu'il y a eu quelques décalages dans le calendrier d'introduction de ces nouveaux vaccins liés non seulement à l'instabilité politique national mais aussi au retard observé dans le renforcement de la capacité de stockage au niveau national et périphérique. A ce jour les nouveaux vaccins et vaccins sous utilisés introduits avec l'appui de Gavi sont les suivants

Antigènes	Année d'introduction
DTC+Hep B+ Hib	2008
PCV 13	2015
ROTA	2015
VPI	2016

4.1.6 LA LUTTE ACCELEREE CONTRE LES MALADIES

Les initiatives de lutte accélérées concernent les maladies telles que :

- La poliomyélite : Eradication de la poliomyélite
- La rougeole : Contrôle de la rougeole
- Le tétanos maternel et néonatal : Elimination du tétanos

- La méningite A avec le vaccin MenAfrivac

Pour lutter contre ces maladies, plusieurs activités supplémentaires ont été planifiées et réalisées ainsi que des semaines d'intensification des activités de la vaccination de routine telles que les semaines Africaines de la vaccination. Au cours de ces semaines, des activités d'éducation pour la santé sont mise en œuvre avant, pendant et après les sessions de vaccination. L'aspect communication est intégré dans le PMA des agents communautaires de santé. Ces activités ont permis de relever le niveau de la couverture vaccinale pour tous les antigènes. La synthèse de l'initiative de lutte accélérée contre les maladies se présente comme suit dans le tableau ci-dessous :

Tableau 8 : Analyse de situation par initiative de lutte accélérée contre les maladies

Années	Date	Type antigène	Cible	Taux Couverture
2013	24-27/05/2013	VPOb 1-3	0-59 mois	98%
	03-06/11/2013	VPOb 1-3	0-59 mois	101%
	24-27/05/2013	VitA+ Déparasitage	6-59 mois	97%
	03-06/11/2013	VitA+ Déparasitage	6-59 mois	102%
2014	14-17/10/2014	VPOt	0-59 mois	105%
	29/11-03/12/2014	VPOt	0-59 mois	99%
	02-06/08/2014	VitA+ Déparasitage	6-59 mois	99%
	29/11-03/12/2014	VitA+ Déparasitage	6-59 mois	100%
2015	2-5/10/2015	VPOt	0-59 mois	103%
	4-9/12/2015	CAR	9-59mois	86%
	26-30/6/2015	VitA+ Déparasitage	6-59 mois	97%
	4-9/12/2015	VitA+ Déparasitage	6-59 mois	86%
2016	17-30/06/2016	VitA+ Déparasitage	6-59 mois	93%
	17-30/06/2017	VitA+ Déparasitage	6-59 mois	93%
	17-30/06/2018	MenA	1-29 ans	90%
2017	9-13/01/2017	VitA+Déparasitage	6-59 mois	99%
	15-18/06/2017	VitA+Déparasitage	6-59 mois	95%

4.2 SURVEILLANCE DES MALADIES EVITABLES PAR LA VACCINATION

La surveillance est effectuée dans les sites à tous les niveaux (périphérique, intermédiaire et central) par les points Les données des aires de santé sont transmises au niveau régional à une fréquence hebdomadaire. Chaque lundi, la région transmet le compilé des données des structures de santé à INASA qui à son tour les transmet à l'OMS tous les mercredis. Les données sont analysées au niveau national et un bulletin de rétro information hebdomadaire est partagé avec les régions sanitaires par E-mail. L'OMS partage cette synthèse avec tous les partenaires. Des réunions de rétro information sur la gestion des données et qualité sont prévues à chaque trimestre. Cette fréquence n'a pas été respectée depuis 2013 suite aux comptes de la surveillance passés au rouge par non- justification des fonds reçus du partenaire. La situation semble s'améliorer en 2017, avec une réunion tenue fin mars, avec financement direct de l'activité par l'OMS. La présente analyse de situation de la surveillance porte sur la période de 2013 à 2017 et concerne les composantes ci-après:

4.2.1 SURVEILLANCE DES PFA

Le système de surveillance des PFA a été mis en place en Guinée Bissau en 1998 et a servi d'exemple pour la surveillance active des autres maladies. La surveillance active est menée pour les cas de PFA de la manière suivante : des points focaux régionaux de la surveillance épidémiologique sont désignés et formés en surveillance des PFA pour chaque Régions sanitaires ainsi que des correspondants au niveau des grandes structures de référence de Guinée Bissau.

Le support pour la collecte de l'information sur les cas de PFA est constitué par la fiche d'investigation venant du niveau opérationnel. Par ailleurs, des fiches techniques comportant les définitions de cas des maladies sous surveillance existent en format électronique et ne sont pas continuellement disponibles au niveau des formations sanitaires faute de moyen de reproduction qui ne leur sont pas alloués.

Les préoccupations en Guinée Bissau en matière d'initiative d'éradication de la polio demeurent la complétude des rapports de surveillance dans les sites, et les aspects de financement des activités.

Si le système de surveillance des PFA est bien en place, couvrant bien le territoire, la complétude des visites de surveillance reste la préoccupation.

Les indicateurs de performance de surveillance des PFA au niveau national sont en dessous des normes recommandées. La faible densité de population dans les régions sanitaires de Bijagos Bolama, et Farim ont comme conséquence des taux faibles de PFA et appellent à des mesures correctrices dans la surveillance.

Le pays dispose d'un plan de préparation et de réponse à un évènement ou une épidémie de polio, il reste à mettre tous les moyens pour le rendre effectif.

4.2.2 SURVEILLANCE DE LA ROUGEOLE

La surveillance cas par cas de la rougeole en Guinée Bissau se fait depuis 2001 suivant les recommandations de l'OMS. Dès lors :

Chaque Région sanitaires doit notifier au moins un cas suspect de rougeole par an. La cible est fixée à 80%.

- Tous les cas et décès de rougeole sont spécifiés avec l'âge et le statut vaccinal (fiche de notification)
- Les taux de complétude et de promptitude atteignent plus de 80 % dans la notification des cas de rougeole
- Le temps d'acheminement des échantillons prélevés ne doit pas dépasser 7 jours
- Le résultat du laboratoire doit être rendu dans un délai de 7 jours

Par ailleurs, force est de signaler qu'en Guinée Bissau, le système de la surveillance de la rougeole, intégrée à celle des autres maladies sous surveillance active comme le PFA, repose sur un service central appuyé par un laboratoire de référence à l'Institut National de Santé Publique (INASA), des points focaux au niveau des DRS et appuie d'équipe Stop time au Bureau de l'OMS à Guinée Bissau. Le fonctionnement de ce réseau assure la surveillance hebdomadaire de la rougeole dans la situation normale.

4.2.3 SURVEILLANCE DU TETANOS NEONATAL

La Guinée Bissau a été déclarée pays ayant éliminé le Tétanos Maternel Néonatal en 2012. Pour maintenir ces acquis des activités de surveillance du TMN se poursuivent et le programme a renforcé sa collaboration avec le programme de la santé de la reproduction qui est en charge des Consultations Périnatales. Depuis plus d'une dizaine d'années, le nombre de cas de tétanos maternel et néonatal reste inférieur à 1 cas sur 1000 naissances naissance voire nul comme l'indique le graphique ci-dessus.

4.2.4 SURVEILLANCE DE LA FIEVRE JAUNE

Tout comme la rougeole la surveillance de la fièvre jaune est basée sur le cas. Les indicateurs de la surveillance au cours des cinq (5) années se sont nettement améliorés le nombre de régions notifiant au moins a augmenté. La qualité des échantillons parvenus au laboratoire sont doit être amélioré.

4.2.5 SURVEILLANCE DES AUTRES MALADIES

Globalement des progrès sensibles ont été enregistrés dans la surveillance des maladies cibles du PEV. Cependant, le système de surveillance épidémiologique présente encore des points faibles dont les principaux sont :

- L'insuffisance de la supervision à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (2 par an) ;
- L'insuffisance d'implication des structures privées et des médecins cliniciens ;
- L'absence de surveillance à base communautaire ;
- L'insuffisance du monitoring et de la gestion des données matérialisées par le faible taux de promptitude et de complétude des données ;
- La sous notification des cas de Tétanos Néonatal

Le système de surveillance intégrée de la maladie et de la riposte (SMIR) connaît également dans la pratique des faiblesses dont la plupart sont liées :

- à l'insuffisance dans l'organisation et aux lacunes de la planification, supervision, monitoring et gestion des données ;
- l'insuffisance de la mise en œuvre du volet communautaire de la SIMR;
- la vétusté des infrastructures et le sous-équipement du service national de surveillance épidémiologique (local, bureau, matériel informatique, véhicules, personnels) ;

4.3 LOGISTIQUE, APPROVISIONNEMENT ET GESTION DES VACCINS

4.3.1 APPROVISIONNEMENT ET GESTION DES VACCINS

La chaîne d'approvisionnement des intrants de vaccination est structurée en 3 niveaux : central, régional et aire de santé. Les 2 derniers niveaux constituent le niveau opérationnel.



Figure 6 : Circuit de distribution des vaccins et consommables.

4.3.1.1 NIVEAU CENTRAL

Le niveau central reçoit les intrants par l'aéroport international pour les vaccins et par voie maritime pour les consommables. Le niveau central distribue vers les 11 régions du pays selon le plan de mise en place des vaccins. Malheureusement, ce plan n'a pas été suivi depuis décembre 2016.

L'estimation des besoins annuels est basée sur la méthode de la population cible avec les normes de taux de perte recommandés par l'OMS et les objectifs nationaux ajustés par rapport à ceux inscrits dans le PPAC. Elle se fait avec l'outil FORECAST de l'Unicef en collaboration avec le staff des partenaires impliqués dans les activités de vaccination (UNICEF, OMS). La population cible utilisée dans l'estimation des besoins est issue des données du PEV jusqu'en 2016, ce qui a eu pour conséquence une surestimation des besoins entraînant un surstock des antigènes financés par Gavi. Pour l'année 2017, la décision a été prise d'utiliser les données de population de l'Institut National de la Santé Publique (INASA). L'achat des vaccins et consommables de vaccination se fait à travers la centrale d'achat de l'Unicef. Le PEV utilise le logiciel Stock Management Tool (SMT) pour la gestion des intrants au niveau central. La Direction du programme reçoit l'appui d'un consultant mis à disposition par l'UNICEF pour la logistique depuis 2015.

4.3.1.2 NIVEAU REGION

Les régions sont approvisionnées en vaccins par le niveau central tous les 3 mois par le système push depuis janvier 2016. Par défaut de financement, ce système s'est arrêté depuis janvier 2017. De ce fait les régions remontent au niveau central pour leur approvisionnement. Il faut noter ces enlèvements de vaccins ne se font pas de façon régulière, ce qui crée des ruptures virtuelles de vaccins au niveau opérationnel.

La gestion des vaccins au niveau des régions demeure encore manuelle avec l'utilisation du registre de stocks et des bons de commandes/ livraison. Le SMT n'est pas utilisé à ce niveau compte tenu de l'insuffisance qualitative du personnel et de l'inexistence d'ordinateurs dédiés au PEV. La résolution de ce problème nécessite le recrutement du personnel, sa formation et l'équipement.

4.3.1.3 NIVEAU AIRES DE SANTE

Pour les aires de santé, l'approvisionnement en vaccins et intrants de vaccination se fait par système d'enlèvement au niveau de la région à l'occasion des réunions mensuelles de coordination. Ceci a comme conséquence, des ruptures de vaccins, car une fois la quantité enlevée épuisée, l'agent de santé attend la prochaine réunion mensuelle pour se réapprovisionner. Pour résoudre ce problème, il a été préconisé d'ajuster les quantités enlevées en y intégrant le stock de réserve. En plus de ces dispositions, un projet de distribution du vaccin jusqu'au dernier kilomètre (MINIMUS SAN) est en cours d'expérimentation dans 3 régions pilotes avec le financement de Gavi et de l'UNICEF. Ce projet sera porté à échelle en 2018. Les registres de stock sont utilisés pour la gestion des intrants.

4.3.2 STOCKAGE

Le PEV dispose actuellement 144 sites de stockage repartis de la façon suivantes : un (1) dépôt primaire au niveau central, onze (11) dépôts au niveau régional et au niveau périphérique 132. L'inventaire physique de la chaîne du froid a permis de découvrir que 5 structures ne sont pas opérationnelles tandis que 8 structures ne sont pas équipées en réfrigérateurs. Le tableau ci-dessous donne la synthèse de la situation des points de stockage.

Tableau 9 : Effectifs des points de stockage des vaccins par niveau

	Quantités
Nombre total de sites de stockage	144
Dépôt primaire (central)	1
Dépôts régionaux	11
CS du secteur public	126
CS du secteur confessionnel	6
Nombre de structures non opérationnelles	5
Nombre de structures non équipées	8

4.3.2.1 LE DEPOT PRIMAIRE DU NIVEAU CENTRAL

Le dépôt national dispose de 02 chambres froides :

- ⇒ 1 chambre froide mixte modèle Huurre installée en 2006. C'est un modèle comprenant un compartiment positif de 25 m³ et un compartiment négatif de 15m³. Le dépôt national utilise la chambre froide négative en température positive pour augmenter la capacité nette de stockage positif à 11.860 litres
- ⇒ 1 chambre froide positive neuve de 30m³ (fonds Gavi RSS – achat OMS 2015) a été acquise mais n'est pas encore installée (prévision d'installation au dépôt central en 2017). Les 2 réfrigérateurs et les 3 congélateurs sont fonctionnels mais âgés de plus de 10 ans.
- ⇒ 3 congélateurs d'une capacité total de 478 litres pour les besoins en stockage négatif.

En dehors des vaccins VPO qui sont stockés en négatif, tous les autres antigènes sont stockés dans les chambres froides positives. Ces équipements sont reliés à un groupe électrogène de secours de 60KVA. Ce groupe fonctionne depuis 12 années et a des pannes régulières. Le programme prévoit acquérir un nouveau groupe de 80KVA pour le remplacement du groupe électrogène. La maintenance préventive des équipements est contractée à un prestataire local spécialiste en froid.

4.3.2.2 LES DEPOTS DES REGIONS

Au niveau régional, les 11 dépôts ont une capacité de total de 2.832 litres avec en moyen 4 réfrigérateurs par dépôt. L'analyse des capacités de stockage avec le calendrier actuel de vaccination, montre un déficit de capacité de stockage de 466 litres dans la région de SAB, des déficits de capacité de stockage ont été identifiés dans les dépôts des régions de Cacheu (87 litres), Farim (19 litres) et Gabu (39 litres).

4.3.2.3 AIRES DE SANTE

Au niveau des aires de santé, l'inventaire des équipements de la chaine du froid réalisée en 2017 a permis de dénombrer 132 points de prestation des services de vaccination. La répartition est schématisée dans le graphique ci dessous :

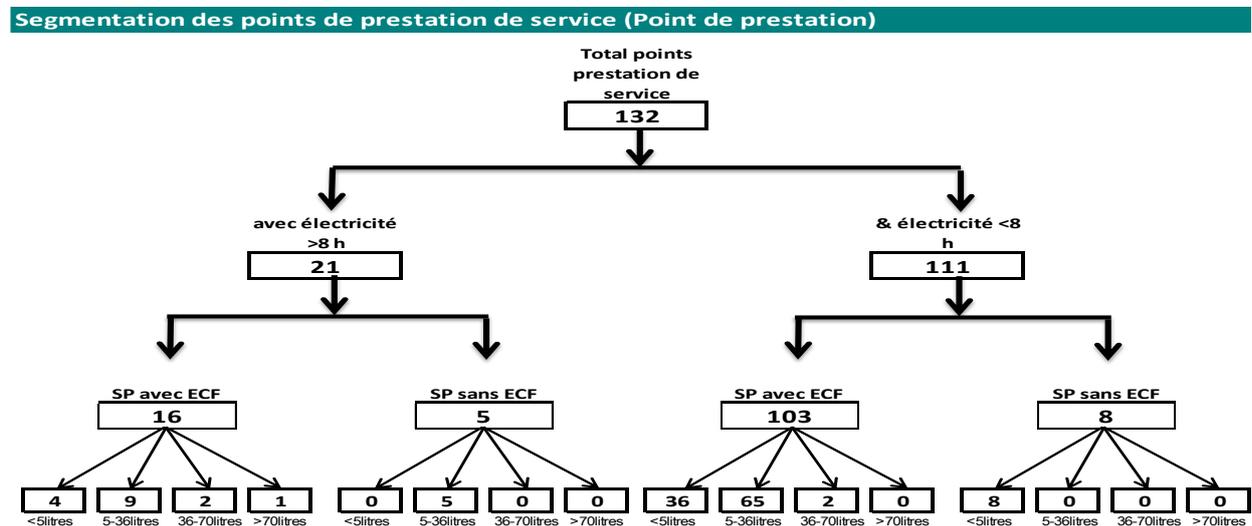


Figure 7 : Segmentation des points de prestation de service.

4.3.3 RESULTATS DE L'INVENTAIRE DE LA CHAINE DU FROID

Les résultats de l'inventaire de la chaîne du froid réalisé montrent que sur un total de 174 équipements recensés, 110 sont état de bon fonctionnement et marchent bien. Onze équipements dont une chambres froide négative et dix réfrigérateurs n'ont pas encore été installés. La majorité des équipements sont solaires (159), 15 sont électriques et un à gaz situé au niveau d'un établissement

confessionnel. La moyenne d'âge de ces équipements est comprise entre 5 et 10 ans. La durée de vie des équipements recommandée par le pays, dans le plan de réhabilitation, est de :

- Chambre froide positive et négative : 20 ans
- Congélateur/réfrigérateur : 10 ans
- Glacière : 10 ans
- Porte vaccins : 5 ans
- Véhicule 4X4 : 7 ans

Tableau 10 : Etat de fonctionnement des équipements de la chaîne du froid

Type d'équipements	Statut fonctionnel				Age			Source d'énergie		
	MB	MR	NF	NI	< 5 ans	5 -10 ans	> 10 ans	Electricité	Solaire	Gaz
Congélateurs	3						3	3		
Chambres froides	2			1				3		
Réfrigérateurs	135	12	11	11	51	85	21	9	159	1
TOTAL (174)	110	17	36	11	63	85	26	16	157	1

Source : rapport d'inventaire de la logistique 2017

4.3.4 GESTION EFFICACE DES VACCINS

L'évaluation de la GEV (gestion efficace des vaccins) conduite en 2014 a fait ressortir un certain nombre de faiblesses assorties de recommandations. Parmi les faiblesses on note une faible capacité dans le monitoring des températures de conservation des vaccins à tous les niveaux et l'insuffisance dans les systèmes et les procédures de gestion des stocks entre autres. Des actions correctives ont été entreprises en réponse aux recommandations. Le tableau ci-dessous fait la synthèse de l'état de mise en œuvre de ces recommandations.

Tableau 11 : Synthèse de l'évaluation GEV

N°	Axes stratégiques	Activités prévues	Activités réalisées	%
1	Optimiser la chaîne logistique en vaccins en redéfinissant le circuit d'approvisionnement jusqu'au dernier kilomètre	10	5	50%
2	Renforcer la gestion effective des vaccins à travers le développement des ressources humaines à tous les niveaux	14	5	36%
3	Réhabiliter, renforcer et maintenir les bâtiments, la chaîne du froid et le matériel roulant	24	11	46%
4	Moderniser les systèmes d'information pour une traçabilité des vaccins, des consommables et des équipements de bout-en-bout et en temps réel	13	6	46%

On note de façon globale une mise en œuvre insuffisante du plan d'amélioration de la GEV qui a duré 03 ans. Le niveau de réalisation des activités est d'environ 44%. Plusieurs activités prioritaires n'ont pu être mises en œuvre. Il s'agit entre autres de la mise en place de système performant de maintenances des équipements et bâtiments, l'organisation d'un atelier d'adaptation des PON et Plans d'urgence (pannes, etc.) de l'OMS au contexte national.

Diverses raisons peuvent expliquer ce taux insuffisant de mise en œuvre du plan :

- Certaines activités programmées sont transversales qui ne relèvent pas de la logistique. Ex : Mettre en place un réseau internet pour le niveau central et régional ; termes de référence du personnel du PEV ; Recycler les agents du SNIS au niveau régional ;

- Insuffisances de ressources humaines pour la mise en œuvre et le suivi du plan ;
- Le retard dans les justifications des avances perçues par le PEV a entraîné le gel de décaissements de l’OMS. Certaines activités n’ont pu être mise en œuvre o l’ont été de façon tardive du fait du manque de financement.

A côté des raisons énumérées ci-dessus, le blocage des fonds pour non justification des pièces comptables reste la principale cause de non réalisation des activités. Les nombreuses réallocations des fonds faites n’ont pas permis d’améliorer l’utilisation desdits fonds. Certaines fois les fonds sont expirés.

4.3.5 LOGISTIQUE

Ce chapitre fait le point de l’état de fonctionnement du matériel de transport, la situation de la maintenance, et la situation des bâtiments.

4.3.5.1 TRANSPORT

En ce qui concerne le matériel de transport, il y a deux véhicules au niveau central dont un dédié au transport des vaccins et assistance pour les interventions de logistique. Le second sert pour les supervisions. Ces véhicules ont été acquis sur les fonds RSS-Gavi. Au niveau des régions, il y a 14 véhicules dont 8 ont été mis à disposition par le Gouvernement dans le cadre de sa coopération avec le Gouvernement de la République Fédérale du Nigeria. Les 5 autres ont été mis à disposition par L’OMS (Projet Oncho), PAM (Ebola), HCR (Ebola), l’UNICEF, Plan Guiné-Bissau et RSS-Gavi. La moyenne d’âge de ces véhicules est de 5 ans. Ces véhicules sont affectés en priorité aux activités de la région (supervision, stratégies avancées etc....).

Tableau 12 : Etat de fonctionnement des équipements de la chaîne du froid

	Quantité
Nombre de véhicules disponibles PR	2
Nombre de véhicules disponibles au niveau de DRS	14
Nombre de bateaux disponibles	2 à Bijagos (en panne)
Nombre de motos disponibles	169 dont 70 en panne
Nombre de groupes électrogènes	11

Il est souhaité que chaque region ait au moins 02 véhicules pour faire face aux besoins des différents programmes et à la distribution des vaccins et consommables. En ce qui concerne les engins à 2 roues, le parc motos a été rénové par UNICEF et aujourd’hui chaque aire de santé bénéficie d’au moins une moto.

4.3.5.2 BATIMENT

Le dépôt central de vaccin a été entièrement rénové en 2017 dans le cadre du projet Renforcement Système de Santé Gavi. Par contre au niveau régional il n’y a pas de dépôts dédiés aux vaccins et consommables. Et même si le dépôt existe il est contigu, impropre à la bonne gestion de la CDF et des stocks. Il est urgent de construire ou réhabiliter tous les dépôts de vaccins du niveau régional.

4.3.5.3 MAINTENANCE

Les Infrastructures, les Equipements et leur maintenance constituent un des orientations stratégiques du PNDS III 2018 - 2022. Ainsi, en plus de la création de la Direction des Infrastructures, Equipements et de la Maintenance, le Ministère de la Santé Publique a élaboré une politique nationale de maintenance des infrastructures et équipements des structures sanitaires dans le cadre du PNDS 3 dont l’objectif est de garantir la pérennité, le fonctionnement et la sécurité des investissements à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Dans le souci d’améliorer la disponibilité des matériels fonctionnels et de garantir la qualité des services de toute la chaîne d’approvisionnement, des actions concrètes devront être mise en place afin de

permettre une meilleure efficacité des équipements. L'ensemble de ces actions groupées sous formes des stratégies et objectifs font l'objet de ce présent plan de maintenance.

Le PEV va s'intégrer dans le système de maintenance qui sera déployé à partir de la Direction des Services Infrastructures et équipements de Santé (DSIES) et ses relais du niveau régional. Toutefois le PEV sera responsables des équipes en charge de la maintenance des équipements de chaînes de froid.

Le PEV va mettre en place une équipe de maintenance centrale (3 techniciens en maintenance) et 3 équipes de maintenance des 3 Bureaux Régionaux de Maintenance (BRS) avec 2 personnes par BRS. Les pièces de rechanges pour les équipements de la chaîne du froid seront acquises par le PEV dans l'attente de la formalisation de la DSIES.

4.3.6 SECURITE DE LA VACCINATION

L'utilisation des boîtes de sécurité homologuées par l'OMS est systématique pour l'élimination des seringues et aiguilles usagées. Les aiguilles peuvent être à l'origine des problèmes sanitaires et environnementaux graves. Une élimination dans de mauvaises conditions peut disséminer certaines maladies que l'on cherche si activement à prévenir. Lors des séances de vaccination, un tri des déchets doit être fait. Les boites de sécurité ne doivent recevoir que les seringues et aiguilles usagées et doivent être incinérées à une température de 800°C au moins. Les flacons de vaccins doivent être décontaminés au besoin et être enfouis.

Un incinérateur de haute température type Add Field de grande capacité a été acheté par GAVI dans le cadre du RSS. Cet incinérateur sera installé au niveau central et servira à incinérer l'ensemble des boites de sécurité du pays dans le courant de l'année 2018. Pour le moment la gestion des déchets se fait de façon anarchique à l'aide de brûleurs vétustes ou dans des trous. Un plan de remontée des boites de sécurité en sens inverse de la distribution des vaccins sera adopté dans les mois à venir. Quant aux flacons de vaccins et de solvants vides, ils vont être éliminés par enfouissement au niveau des régions dans des fosses bétonnées d'au moins 1.5 mètre. Les étuis de seringues, les capuchons et les tampons de coton doivent être soigneusement collectés dans des sacs poubelle et traité comme des déchets ordinaires.

Il est prévu d'acquérir 3 incinérateurs de grande capacité à installer dans 3 provinces. Ces incinérateurs serviront à la destruction des déchets biomédicaux et de vaccination pour tout le pays. La politique de destruction des déchets sera élaborée dans le courant de l'année 2018.

4.4 COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE

Un plan stratégique intégré de communication pour la vaccination de routine 2017 – 2020 a été élaboré et validé en 2017. Les grands axes stratégiques de ce plan portent sur le plaidoyer, la mobilisation sociale, la communication pour le changement de comportement et le changement social. Bien que la mobilisation des ressources pour ce plan n'ait pas été réalisée, certaines de ses activités ont été mises en œuvre avec le financement de l'UNICEF.

4.4.1 PLAIDOYER

Les activités de plaidoyer programmées sont prévues pour tous les niveaux (national, régional, départemental et communautaire). Le plaidoyer à gagner l'engagement, l'adhésion et le soutien actif des décideurs, par exemple par la mise en place de politiques publiques et l'adoption de mesures législatives ou réglementaires favorables à la cause défendue, la mise à disposition de ressources financières, humaines, etc., notamment dans le milieu des leaders politiques, administratifs, religieux, du secteur privé, etc.

4.4.2 MOBILISATION SOCIALE

Dans le domaine de la mobilisation sociale, les activités ne sont organisées que pendant les campagnes de vaccination et à l'occasion des introductions de nouveaux vaccins. Il y a également les célébrations des semaines africaines de vaccination chaque année qui viennent renforcer la routine.

Les principaux problèmes rencontrés pour la mobilisation sociale sont en rapport avec l'insuffisance de l'implication des communautés dans la planification des activités, l'insuffisance des ressources humaines qualifiées et l'insuffisance des ressources financières pour la mise en œuvre des activités du Plan intégré de communication pour la vaccination de routine. Dans le souci de susciter une forte demande en matière de vaccination systématique, il serait important de renforcer les activités suivantes :

- Implication des communautés en général et des populations des zones éloignées et défavorisées dans les activités de planification et de mise en œuvre de la vaccination ;
- Renforcement des capacités des ASC et leur implication dans les activités de communication pour la vaccination ;
- Mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des activités du Plan intégré de communication pour la vaccination.

4.4.3 COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

Bien que la Guinée Bissau dispose d'un potentiel certain en matière de communication (une langue : le créole, comprise de tous les habitants, ce qui est un atout majeur pour la diffusion des messages-clés sur la vaccination) ; les activités de Communication pour le Changement de Comportement ne se sont souvent déroulées qu'au cours des campagnes de vaccination de masse pendant lesquelles les Régions et aires de santé disposent des moyens.

Ces activités ont consisté en la sensibilisation des groupes et des communautés avec l'utilisation des techniques telles que des causeries éducatives, des communications interpersonnelles, la sensibilisation des familles au porte-à-porte par les mobilisateurs sociaux, la diffusion des messages par mégaphone pendant les campagnes sur la vaccination par les crieurs, l'utilisation des véhicules sonorisés, la lecture des annonces et communiqués dans les mosquées, écoles, lieux de réunions et la diffusion des spots sur les radios et les télévisions.

La principale contrainte à la mise en œuvre des activités de Communication pour le Changement de Comportement est l'insuffisance de ressources pour la vaccination systématique.

Au niveau des aires de santé, l'appui des partenaires, des ONG et des Organisations à Base Communautaire (OBC), permettent de mettre en œuvre les activités de communication pour le changement de comportement pendant les séances de vaccination intensifiées. Hormis ces occasions exceptionnelles, les activités de promotion des 16 PFE à base communautaire menées par les ASC, restent l'un des canaux de communication privilégiés pour la mise en œuvre des activités de communication. Plusieurs ONG appuient le ministère de la santé en matière de communication pour la santé, ce sont entre autres : VIDA, DIVUTEC, EDEC, ADPP, PALMERINHA et ALTERNAG.

4.4.4 COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT SOCIAL

Sur le plan socioculturel, l'analyse de situation révèle que des populations spécifiques nécessitent une communication particulière, du fait de leur mode de vie ou de leur niveau général d'instruction en l'occurrence les populations dites d'accessibilité difficiles à les populations nomades, celles des îles et les populations réfugiées. On note également une diversité ethnoculturelle caractérisée entre autres par la variabilité des structures du pouvoir traditionnel, des habitudes familiales et communautaires et autres normes sociales. Ce qui fait que les approches stratégiques habituellement utilisées dans le pays deviennent peu efficaces.

Dans les ménages, les sujets de vaccination sont très peu abordés par les parents ; d'ailleurs, certains pensent qu'il n'est pas nécessaire de vacciner les enfants tout le temps. D'autres soutiennent qu'ils manquent de temps. Il ne faut pas négliger la peur des effets secondaires qui pourrait être un frein à la

pratique de la vaccination. Le rapport de la revue externe du PEV 2017 a ressorti que les principales raisons socioculturelles associées à la non vaccination des enfants sont l'ignorance, la croyance et l'inaccessibilité des zones enclavées. Les groupes les plus vulnérables par rapport à l'accès à la vaccination seraient les villages enclavés dans les zones géographiques de difficiles accès (îles, montagnes, rivières, marécages).

La mise en œuvre plan stratégique intégré permettra, d'une part, de susciter et d'entretenir la demande communautaire en services de santé notamment de la vaccination et d'autre part, La mise en place de la stratégie C4D aujourd'hui avec l'intégration du volet vaccination dans les PFE est une porte d'entrée pour la promotion des pratiques familiales essentielles axées sur la vaccination une des tâches principales des ASC.

4.4.5 COMMUNICATION DE PROXIMITE

La communication de proximité, est constituée par les médias auxquels les populations ont directement accès ou dont elles ont la maîtrise. Il s'agit des médias de proximité comme les radios communautaires, les mosquées, les maisons de la jeunesse et de la culture, les crieurs publiques, les griots, les pièces de théâtre ou autres événements culturels. On inclut également dans la communication de proximité la communication interpersonnelle de groupe et individuelle, avec les réunions de groupes, les visites à domicile, etc. La religion est un facteur fort d'organisation sociale entre les guinéens, indépendamment de leur appartenance ethnique ou sociale. Les séances de discussions avec les chefs religieux permettent de renforcer l'adhésion des communautés. Les chefs traditionnels de tribus et de campements demeurent des acteurs majeurs avec qui on doit compter et dont le rôle et l'influence doivent être pris en compte avant toute intervention dans une localité.

4.5 GESTION DU PROGRAMME

4.5.1 LEGISLATION NATIONALE EN MATIERE VACCINATION

L'une des recommandations du Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020 (GVAP) pour les Etats est d'instaurer et poursuivre l'engagement en faveur de la vaccination. Cet engagement se mesure entre autres par la prise de dispositions législatives ou réglementaires en faveur de la vaccination et la sécurisation des ressources y afférant. En conséquence, de plus en plus de pays s'engagent à voter des lois sur la vaccination et à créer des lignes budgétaires pour l'achat des vaccins dans leurs budgets nationaux.

La Guinée-Bissau dispose d'une politique nationale de vaccination élaborée depuis février 2006 qui accorde une importance particulière à la prévention par la vaccination. Les vaccins sont administrés gratuitement au niveau des formations sanitaires. Il existe également des postes avancés de vaccination pour améliorer l'accès à ce service par la population. En tant que membre de l'initiative pour l'indépendance vaccinale depuis 1997, le pays dispose dans le budget national d'une ligne budgétaire consacrée à l'approvisionnement en vaccins et intrants de vaccination qui est garantie chaque année par la Loi des Finances votée à l'Assemblée nationale. La principale difficulté pour la mise en œuvre de cette directive est l'instabilité politique (le budget de l'Etat n'a pas été voté pendant deux ans) et l'étroitesse de l'espace fiscal qui rend parfois difficile le déblocage des ressources allouées dans le budget national. Pour le futur il va falloir réfléchir à des mécanismes innovants pour améliorer le financement de la Santé en général et de la vaccination en particulier.

Selon les dispositions du décret-loi N° 1/2015 du 8 janvier 2015 portant attribution organisation et fonctionnement du Gouvernement Exécutif, le Ministère de la Santé Publique est chargé d'exécuter la politique du Gouvernement en matière de santé et de combattre les endémies. A cet effet, il comprend : le Secrétariat de la Plate-forme de Gestion Hospitalière, le Secrétariat Général, L'inspection Générale des Activités de Santé, la Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé, la

Direction Générale de l'Administration du Système de Santé, l'Institut National de la Santé Publique, la Direction Générale des Etablissements de Soins, la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels.

La Direction du Service de l'Immunisation et de la Surveillance Epidémiologique qui est en charge du PEV a son ancrage institutionnel au niveau de la Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé qui est directement rattachée au Cabinet du Ministre de la Santé.

Ce choix, à première vue, est bien cohérent étant entendu qu'il permet une gestion intégrée de toute la thématique « des soins de santé primaires » pour une meilleure coordination et pour plus d'efficacité et d'efficience dans la gestion.

Mais dans la pratique, à part la Direction du Service d'Alimentation, de Nutrition pour la survie de l'Enfant (DSANSE) avec laquelle la DSIVE entretient une timide relation d'intégration et de péréquation de ressources (confection de carnet de vaccination à partir des ressources de la DSANSE) il est observé un fonctionnement cloisonné des différentes structures du secteur et une absence de mutualisation des ressources pour une optimisation de la performance.

Sur le plan organisationnel la DSIVE pour son fonctionnement est dotée d'un organigramme avec une description des tâches par poste à travers des termes de références.

Dans l'ensemble le service comporte 5 Départements que sont :

- La logistique/chambre froide
- Planification, S&E (gestion des données)
- Administration et finance
- Supervision et formation continue
- Vaccination complémentaire
- Un nouveau Département est en création pour renforcer le volet communication/mobilisation sociale de ce programme.

La gestion du programme est assurée par un Directeur national, appuyé par une équipe.

Pour son fonctionnement, la DSIVE est dotée au total de quatorze (14) ressources humaines toutes catégories confondues. Un examen des postes montre que malgré le renforcement des capacités en ressources humaines dont la direction a bénéficié ces dernières années des gaps restent à combler notamment pour les postes de : planificateur, de spécialiste en mobilisation sociale et communication, de spécialiste en maintenance et de secrétaire de Direction.

Au-delà de ces faiblesses, il est noté une insuffisance d'organisation interne ce qui nécessite une meilleure définition des tâches et de responsabilité. Il n'existe pas de service en tant que tel ou alors les services prévus dans l'organigramme se limitent parfois à une seule personne.

L'analyse de la gouvernance interne de la DSIVE a montré un certain nombre d'insuffisances notamment : (i) insuffisance de partage d'informations entre services ; (ii) non-respect des attributions des services et des besoins du programme ; (iii) insuffisance de la documentation et de l'archivage des activités réalisées et (iv) absence d'un système d'évaluation du personnel.

Au niveau régional, des Points Focaux PEV assurent le relais des activités de vaccination sous l'autorité du Directeur Régional. Le Directeur du PEV exerce sur les Directeurs régionaux de la Santé une tutelle fonctionnelle indirecte pour les activités de vaccination à travers les points focaux.

4.5.2 PLANIFICATION

La politique nationale de vaccination préconise que tous les enfants de 0 à 11 mois soient vaccinés selon le calendrier officiel, et que les vaccins soient gratuitement administrés au niveau des établissements de santé (postes fixes) et dans les postes avancés de vaccination. Des stratégies adaptées seront mises en place pour récupérer les enfants non vaccinés du groupe d'âge après 11 mois. L'introduction du vaccin de l'hépatite B et de la fièvre jaune est décidée dans le PEV de routine

pour ce groupe d'âge. Une modification du calendrier vaccinal a été envisagée pour la rougeole (une première dose à 6 mois et la deuxième à neuf mois) selon les résultats de recherche.

Cette politique même si elle n'a pas mise à jour depuis 2006 prend en compte les engagements récents tel que l'initiative d'éradication de poliomyélite, les autres initiatives de contrôle et d'élimination de maladie évitable par la vaccination (TMN, rougeole), le plan d'action global pour les vaccins 2011-2020, le plan stratégique pour la vaccination dans la région Africaine 2014-2020 et récemment la feuille de route de la déclaration d'Addis Ababa.

Le PNDS 2018-2022 en cours de finalisation qui constitue la base du présent PPAC 2018-2022 a tenu compte des grands axes de cette politique nationale de vaccination. En ce qui concerne la mise en œuvre les résultats de la dernière revue externe du PEV réalisée en 2017 ont montré :

- Que le PPAC 2013-2017 a été insuffisamment mise en œuvre faute des ressources financières et humaines.
- Que les niveaux régional et des aires de santé ne se sont pas appropriés suffisamment les objectifs du document de planification national.

Les plans d'action annuels du PEV sont élaborés par la DSIVE en collaboration avec le programme en charge de la nutrition et les partenaires au développement. Ces différents documents sont validés par le CCIA.

Au niveau périphérique, avec l'appui de l'UNICEF, les régions élaborent des micro plans régionaux intégrant la vaccination. Selon la revue externe 2017, sept régions sur onze disposent de micro plan intégrant les activités de vaccination parmi lesquelles, seulement 3 régions possèdent d'un plan budgétisé.

Au niveau des aires de santé, la quasi-totalité de structures disposent effectivement des micro plans PEV budgétisés intégré (incluant les activités du PEV : sorties en stratégies avancées)

En résumé en termes de politique et planification il existe des documents de politique et plan ce qui constitue une force mais la faiblesse réside dans le niveau de mise en œuvre très en deçà.

4.5.3 COORDINATION ET PARTENARIAT

Au niveau central, la Direction du Service des Immunisations et de la Surveillance épidémiologique (DSIVE), est chargée de la coordination des opérations techniques du programme. Elle en assure la planification stratégique, opérationnelle et les programmations trimestrielles des activités, ainsi que le suivi de l'exécution des différents plans. Elle bénéficie de l'appui du Comité de Coordination Inter Agence (CCIA). La coordination des interventions du PEV avec les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) se fait à travers le CCIA présidé par le Ministre de la Santé et coprésidé par le Représentant Résident de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il est observé une insuffisance de fonctionnement du CCIA en ce sens que les réunions ne sont pas systématiques et que la structure ne fonctionne qu'en cas d'urgence ou de façon ad hoc (validation d'une requête, validation du PPAC).

La coordination technique des activités du PEV au niveau opérationnel est du ressort des directions régionales, qui ont à charge de développer les plans opérationnels régionaux d'en assurer la mise en œuvre et le suivi. La coordination des interventions du PEV, au niveau administratif dans la région, est placée sous la présidence du Gouverneur de région. Comme au niveau central, la coordination du niveau régional souffre d'insuffisance. Elle est opérationnelle seulement en cas d'épidémie et campagnes de vaccination.

En résumé le mécanisme de coordination notamment par la mise à jour et une meilleure définition des missions et responsabilité du CCIA.

4.5.4 SUPERVISION MONITORING ET EVALUATION

Les résultats préliminaires de la revue externe 2017 ont fait ressortir que la planification des visites de supervision ne s'est faites que dans 5 régions en 2017 selon la revue externe. Seules 3 régions, parmi elles sont parvenues à respecter le calendrier initial de visite établi. Les raisons avancées pour la non

réalisation des supervisions sont fortement liées au manque de fonds, au chevauchement du calendrier des activités au niveau périphérique.

Il existe des guides intégrés de supervision qui ont été actualisés en 2015 avec la participation des responsables régionaux. Cependant ces guides ne sont pas spécifiques au Programme de vaccination. Par ailleurs, la revue fait le constat qu'il n'existe pas d'outils spécifiques pour la supervision par niveau. Pendant des années le niveau central ne disposait pas de ressources matérielles, financières et humaines pour les sorties de supervision. A partir de la fin de l'année 2016 grâce à l'appui de Gavi des ressources financières et matérielles ont été mises à la disposition du Programme pour les sorties de supervision sur le terrain. Le Plan de supervision élaboré par le programme national se structure comme suit :

- Supervision semestrielle du niveau central vers le niveau régional ;
- Supervision trimestrielle du niveau régional vers le niveau des Aires de Santé ;
- Supervision bimensuelle des Aires de Santé vers les postes de santé ;

Le PEV central a réalisé au cours l'année 2017 deux supervisions des Régions du pays, mais les rapports n'ont pas pu être consultés faute d'archivage

En ce qui concerne les supervisions du niveau régional vers les aires de santé et des aires de santé vers les postes on a noté que celles-ci sont irrégulières. L'une des principales raisons est que le véhicule qui est au niveau de la région sert le plus souvent de véhicule Directeur régional qui s'en sert lorsqu'il vient participer aux réunions du niveau central ou même pour la réalisation des autres activités sanitaires de la région. En plus de cela, il y a deux régions (OIO et FARIM) qui ne disposent pas du tout de véhicules pour assurer la supervision. Quant aux régions insulaires de BIJAGOS et BOLAMA, elles ont besoin de bateau pour la supervision.

Il convient de relever également le fait que les Directeurs régionaux ne rendent pas compte de leurs activités de supervision au niveau central.

L'autre constat, en ce qui concerne la supervision, est que très peu de régions rendent compte de la réalisation de cette activité au niveau central.

En ce qui concerne la gestion des données ; le système d'information sanitaire (SIS) qui accompagne la mise en œuvre des actions est affecté, par l'insuffisance du personnel compétent dans la gestion des données. L'intégration des données du secteur privé lucratif demeure très limitée. Ce système ne prend pas en considération les données relatives au financement du secteur de la Santé. L'enregistrement électronique des données est presque inexistant. Cependant, les mesures sont en cours pour améliorer la situation et renverser cette tendance.

Les données de vaccination sont recueillies pendant la séance de vaccination sur les fiches de pointage et dans le registre de vaccination qui sont conservés au niveau de la structure de santé. Les vaccins et doses administrés à l'enfant sont consignés sur le carnet de santé de l'enfant qui est remis aux parents ou tuteurs. S'agissant de ce carnet, il existe plusieurs modèles en circulation. Certains modèles n'ont pas été revus pour tenir compte de l'introduction des nouveaux vaccins PCV13, Rota et VPI, d'autres en voulant les intégrer, ont supprimé à l'aide d'un autocollant la place prévue pour l'enregistrement de la vitamine A. Il serait souhaitable de généraliser le carnet de croissance de l'enfant qui semble plus complet en tenant compte des autres supports de collecte des données (carnet de croissance de l'enfant, fiches de pointage et registre de vaccination) dont il faut revoir le contenu pour tenir compte de l'introduction des nouveaux vaccins Rota, PCV13 et VPI.

Le remplissage des outils de collecte des données est effectué à tous les niveaux de la pyramide sanitaire mais sa qualité fait défaut surtout dans la partie réservée à la gestion des vaccins du rapport mensuel.

L'analyse des données n'est pas habituellement faite au niveau Régional. Les données compilées par le niveau régional sont certes analysées mais la retro information n'est pas toujours assurée et les rapports arrivent toujours en retard. Les synthèses du niveau régional ne sont pas remises à jour une

fois les données complétées. De même, la promptitude et la complétude des rapports d'activités restent faibles.

Au niveau central, le monitoring des données de vaccination s'effectue sur la base des rapports synthèses mensuels des activités de vaccination issus des régions. Les couvertures sont calculées et les taux d'abandon sont déterminés, une retro information est adressée au point focal du PEV dans la DRS pour action.

Ces retro informations ne sont pas souvent formulés de façon officielle par circulaires, montrant l'importance accordée par le département de la santé à la vaccination.

Toutefois l'insuffisance de la production et du traitement des informations financières due notamment à la faible vulgarisation des normes de gestion et à la faible utilisation des outils de gestion comptables et financiers ne facilite pas la maîtrise du système d'information sur le financement du PEV.

Le recours aux nouvelles technologies de l'information est une opportunité pouvant permettre de constituer une base de données fiable. Par ailleurs, il y a la nécessité d'une formation à tous les niveaux sur le logiciel DVD_MT et SMT.

4.5.5 GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Concernant les Ressources humaines pour la santé, un Plan National de développement des ressources humaines a été élaboré pour une période 2008-2017. On observe cependant que la mise en œuvre de ce plan national de développement de ressource humaine n'a pas été optimale. Par exemple sur l'ensemble du territoire on note une insuffisance quantitative et qualitative de personnel, aggravée par une grande disparité dans la distribution entre les différentes régions.

A titre d'exemple, au niveau central le PEV a 5 postes qui restent à pourvoir, notamment ceux de la planification, la mobilisation sociale et le service de maintenance de la chaîne de froid. Cette carence en personnel technique porte préjudice dans la gestion du programme notamment la planification, l'exécution, le suivi et évaluation.

Au niveau régional le secteur autonome de Bissau avec 27% de la population dispose de plus de 50% des médecins (52%) et 38% du personnel infirmier toute catégorie confondue. Sur le plan ratio personnel de santé sur 10000 habitants, la région de Biombo est mieux servie avec un ratio de 2 médecins sur 10 000 habitants, alors que celles de OIO, Quinara et Tombali ne dispose que de 0,3 médecin/10 000 habitants.

Il y a lieu de relever que cette situation de carence en ressources humaines qualifiées résulte d'une multitude de facteurs dont : la fermeture des écoles de formation des professionnels de santé pendant près de sept ans (1998 – 2005), la fuite de cerveaux suite à l'instabilité politico-militaire ; le bas niveau de salaire et mauvaises conditions de travail. A la fin de 2016, la situation du personnel du secteur santé en service ainsi que le ratio personnel/habitant se présente comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Tableau 13 : Ratio agents de santé pour 10.000 habitants en 2017

Année	Population	Medicin/	Infermiere/ 10.000 hab	Sage femme/	Tech. lab/	Tech. Pharm/	Tech. radiolog/	Admin contabl/	e
1997	1 077 100	1,53	3,31	2,83	0,37	0,17	0,52	0,50	
2007	1 472 050	1,43	2,30	5,43	0,38	0,16	0,07	0,48	
2016	1 743 652	1,22	6,08	2,30	1,00	0,20	0,005	0,75	

PNDS III 2018-2022

Au niveau régional, Bolama, SAB et Biombo ont une densité de personnel médical plus élevée, tandis que les Régions Sanitaires avec un fardeau de mortalité plus élevé, (Gabú et Bafatá), font face à des pénuries critiques. Le tableau ci-dessous donne la répartition en personnel de santé par région

Tableau 14 : Distribution des Ressources Humaines pour la Santé par région pour 10.000 habitants

Régions	Population	Médecins/.	Infirmière/	Sage-femme	Tech. Lab	Tech. Pharm					
BAFATA	225516	13	0,58	83	3,68	8	0,35	6	0,27	3	0,13
BOLAMA/ BIJAGOS	33929	3	0,88	71	20,93	3	0,88	4	1,18	4	1,18
BIOMBO	94869	21	2,21	103	10,86	17	1,79	14	1,48	1	0,11
CACHEU	199674	18	0,90	89	4,46	16	0,80	10	0,50	3	0,15
GABU	214520	12	0,56	87	4,06	5	0,23	8	0,37	2	0,09
OIO/ FARIM	226263	12	0,53	82	3,62	8	0,35	7	0,31	2	0,09
QUINARA	65946	2	0,30	47	7,13	4	0,61	7	1,06	2	0,30
TOMBALI	102482	4	0,39	55	5,37	5	0,49	2	0,20	1	0,10
SAB	384960	126	3,27	438	11,38	76	1,97	115	2,99	16	0,42

○ **Au niveau intermédiaire (Région sanitaires)**

Au niveau régional, des Points Focaux PEV assurent le relais des activités de vaccination sous l'autorité du Directeur Régional. Le Directeur du PEV exerce sur les Directeurs régionaux de la Santé une tutelle fonctionnelle indirecte pour les activités de vaccination par le biais de ces points focaux. Le Directeur régional coordonne toutes les activités sanitaires de la Région. Il est assisté par un Point focal.

Il existe aussi une équipe mobile organisée par les responsables du PEV en étroite collaboration avec le DRS qui intègre d'autres membres de l'Equipe Régionale de Santé. Elle assure un appui aux stratégies mobiles qui malheureusement ne sont mises en œuvre que pendant les campagnes.

○ **Au niveau périphérique**

Un médecin chef ou un Infirmier (Responsable de l'Aire de Santé) assure la coordination des activités sanitaires de l'Aire de Santé. Ce niveau dans le cas de la Guinée Bissau représente le niveau opérationnel, chargé de mettre en œuvre l'ensemble des paquets essentiel de Soins de Santé Primaire.

4.5.6 FINANCEMENT DU PROGRAMME

Dans le cadre de l'atteinte des objectifs 2013-2017 en matière de couverture vaccinale, la Guinée Bissau a élaboré un PPac assorti d'un plan de viabilité de financière. Ce plan de viabilité avait pour objectif d'œuvrer pour la mobilisation de ressources indispensables à la mise en œuvre du PPac et s'assurer que les ressources mobilisées soient décaissées à temps. Il convient de noter qu'à l'exception de l'année 2017 où l'Etat a contribué entièrement à l'achat des vaccins aussi bien traditionnels que cofinancé, il est observé une forte dépendance du PEV de l'appui extérieur pour l'acquisition des différents antigènes. Le Gouvernement éprouve de nombreuses difficultés pour mobiliser des ressources additionnelles nécessaires pour consolider les acquis et améliorer les performances sanitaires, notamment pour le PEV.

Tableau 15 : Récapitulatif du financement projeté de la vaccination 2013-2017 (\$ US)

Rubriques	2013	2014	2015	2016	2017	2013-2017
Coût total du PEV	3 228 965,16	3 909 671,42	4 255 026,10	4 115 849,13	4 208 271,43	19 717 783,24
Financement Assuré	103 114,00	136 873,00	168 508,00	170 965,00	175 747,00	755 207,00
%	3%	4%	4%	4%	4%	4%
GAP à Combler	3 125 851,16	3 772 798,42	4 086 518,10	3 944 884,13	4 032 524,43	18 962 576,24
%	97%	96%	96%	96%	96%	96%

NB: ce tableau tient compte des coûts partagés ; Source: Calcul effectué à partir de l'outil CMYP rempli en 2013 et des données du PPAC 2013-2017 DSIVE

Les projections du PPAC 2013 à 2017 indiquent qu'il y a un gap moyen de 96% à combler sur la période du PPAC pour que toutes les cibles aient les antigènes conformes au calendrier vaccinal retenu pour le pays. Cet écart observé au moment de l'élaboration du PPAC serait certainement lié à la situation

politique qui prévalait dans le pays (lendemain d'un coup d'Etat) où tous les Partenaires Techniques et Financiers du pays ont certainement décidé de laisser les pays à son sort.

Le tableau ci-dessous donne une idée du niveau de mobilisation de financement assuré en 2017. L'effort fourni par le pays et les PTF ont permis d'amener le rapport financement assuré réalisé et les besoins du PPAC à un taux moyen de 40% au lieu de 4% dans les projections de départ. Ce niveau de réalisation a permis de ramener le GAP à combler dans le cadre de la mise en œuvre du PPAC 2013-2017 à un taux moyen de 60% au lieu de 96% dans les projections de départ.

Tableau 16 : récapitulatif des prévisions et réalisations budgétaires du PPAC de 2013 à 2017

Rubriques	2013	2014	2015	2016	2017	2013-2017
Coût total du PEV	3 228 965,16	3 909 671,42	4 255 026,10	4 115 849,13	4 208 271,43	19 717 783,24
Financement réalisé	1 205 144,80	1 353 450,89	1 786 413,69	2 626 327,54	961 207,62	7 932 544,54
% réalisation	37%	35%	42%	64%	23%	40%
GAP à Combler	2 023 820,36	2 556 220,53	2 468 612,41	1 489 521,59	3 247 063,81	11 785 238,70
% à combler	63%	65%	58%	36%	77%	60%

En faisant un récapitulatif de la contribution de chaque bailleur du financement du PEV comme l'indique le graphique ci-contre, on se rend compte que GAVI à travers l'OMS et l'UNICEF contribue pour plus de 56% au financement du PEV. Ce résultat tient compte des coûts partagés à savoir : le salaire du personnel, les charges d'électricité et eau. La vaccination étant un acte d'engagement politique, l'indépendance vaccinale devrait être une réalité et la contribution du Budget national devrait clairement le refléter.

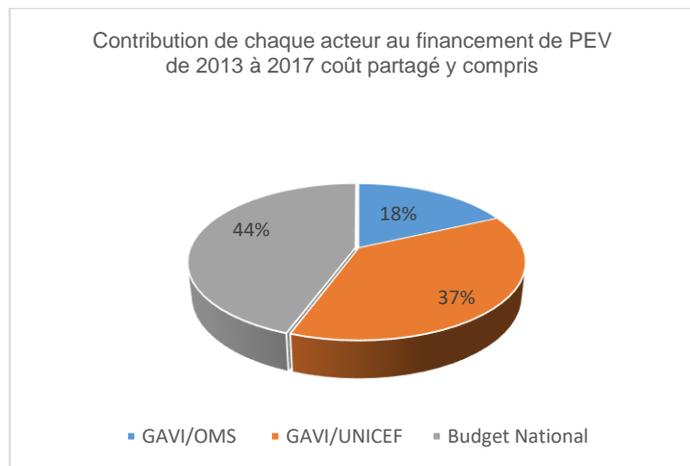


Figure 8 : Répartition des financements du PPAC 2013-2017

4.6 SYNTHESSES DES FORCES FAIBLESSES DU PROGRAMME

Tableau 17 : Synthèse des forces et faiblesses du programme

COMPOSANTES	FORCES	FAIBLESSES
PRESTATIONS DE SERVICES	<ul style="list-style-type: none"> le taux d'abandon Penta 1- Penta 3 passe selon les données de l'enquête de couverture vaccinale 2017 est de 6% en 2016 Aucune n'a de performance inférieure à 50% de couverture vaccinale 	<ul style="list-style-type: none"> la couverture administrative en Penta 3 passe de 96% en 2013 à 83,8% en 2016 5% d'enfants jamais vaccinés Le nombre des régions de santé avec des performances comprises entre 80 et 89% est de 5 6 régions ont des performances comprises entre 50 et 79%

COMPOSANTES	FORCES	FAIBLESSES
SURVEILLANCE	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des kits de collecte des spécimens PFA, Rougeole/Rubéole ; • Disponibilité des kits de diagnostic des spécimens Rougeole/Rubéole ; • Existence du Guide SMIR ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de formation des acteurs de la surveillance à tous les niveaux ; • Insuffisance de ressources pour le fonctionnement des laboratoires de référence de l'INASA et les laboratoires régionaux ; • Insuffisance de moyens de transport et de financement national pour les activités de supervision au niveau opérationnel et l'acheminement des échantillons prélevés du niveau décentralisé vers les laboratoires de l'INASA ; • Insuffisance dans le remplissage des fiches d'investigation ; • Non fonctionnement optimal des structures de surveillance à tous les niveaux • Insuffisance de mise en œuvre des activités de surveillance au niveau opérationnel
INITIATIVES MONDIALES DE LUTTE ACCELEREE CONTRE LES MALADIES	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un réseau fonctionnel de surveillance des cas de PFA et autres MEV ; • Réalisation avec succès de l'enquête pour la validation de l'élimination du tétanos maternel et néonatal ; • Atteinte du statut d'élimination du TMN en 2015 ; • Régularité des réponses aux flambées épidémiques de la rougeole ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Non atteinte des conditionnalités pour l'introduction de la 2eme dose du VAR dans la vaccination de routine ; • Non atteinte des indicateurs de la pré élimination de la rougeole ; • Sous notification des cas de TMN.
LOGISTIQUE, APPROVISIONNEMENT ET QUALITE DES VACCINS	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité adéquate pour stockage des vaccins actuels de programme • Existence d'un draft d'un plan de maintenance des équipements • 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés de financement sur ressources nationales des vaccins et intrants de vaccination; • Non installation de la chambre froide positive de 30 m³ depuis 2016 • Inexistence de documents de normes et procédures de mise au rebut des équipements de la CdF et matériel roulant • La region insulaire de Bijagos ne dispose pas de bateau fonctionnel

COMPOSANTES	FORCES	FAIBLESSES
		<ul style="list-style-type: none"> • insuffisance de mise en œuvre du plan de distribution des vaccins des régions vers les aires sanitaires • insuffisance de moyens de transports pour la distribution des vaccins de la région vers les aires sanitaires et la supervision • 8 aires de santé ne disposent pas d'équipements de chaîne du froid • 60% des équipements ne sont pas PQS • 70 motos sur 169 soit 41% sont en pannes
GESTION DU PROGRAMME	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de plans nationaux (PNDS 2018 – 2022, POPEN, PNANSC, Santé de la reproduction, PNLP) • Bonne collaboration avec les autres programmes de santé de la mère et de l'enfant • Existence d'un partenariat actif pour le PEV (GAVI, UNICEF, OMS, Plan ...) pour le renforcement de la mise en œuvre des activités du programme ; • Volonté politique affichée et disponibilité à payer le co-financement ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'une loi sur la vaccination • Insuffisance de ressource national pour financement de la vaccination • Non existence d'une Ligne budgétaire pour soutenir les activités opérationnelles (Supervision formative au niveau central/DRS/aires de santé, stratégie avancé, mobile) • Faible utilisation des ressource des partenaires pour les activités opérationnelles du PEV (stratégies avancées et mobiles, supervisions formatives, maintenance de CDF, transports, motivations); • Non appropriation des documents de politique; stratégiques nationaux par les niveaux régional et aires des santé • Insuffisance de fonctionnement de CCIA stratégique • Faible Promptitude dans la collecte des données • Insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines • Insuffisance du suivi et évaluation à tous les niveaux • Absence de manuel de procédures de gestion administrative et financière
COMMUNICATI ON	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un plan de communication intégré pour la vaccination de routine. • Existence d'une structure de coordination pour toutes les activités de communication et de mobilisation sociale • Existence d'un groupe de mobilisation sociale qui 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de financement du plan de communication • Insuffisance des ressources humaines qualifiées dans régions sanitaires pour les activités de communication • Manque de supervision régulière et systématique de la composante Communication.

COMPOSANTES	FORCES	FAIBLESSES
	<p>intègre les communicateurs d'autres partenaires de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réunions régulières du groupe de communication et de mobilisation sociale • Disponibilités des ASC pour la promotion de la santé dans les aires de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'une personne spécifiquement dédiée à la communication dans le PAV • Insuffisance de matériel de soutien à la communication •

4.7 OPPORTUNITES ET MENACES

Tableau 18: Analyse des opportunités et menaces

NIVEAUX	OPPORTUNITES	MENACES
NATIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Engagement politique constant du Gouvernement et forte implication des communautés dans la prise en charge de certaines dépenses de santé ; ▪ Existence d'un consortium des ONG/associations qui appuient la vaccination ; ▪ Multiplicité de structures de médias (radios rurales dans tous les districts, plusieurs radios privées qui sont décentralisées, télévisions privées...); ▪ La Décentralisation offre avec la possibilité aux collectivités territoriales de financer la vaccination au niveau opérationnel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instabilité institutionnelle du fait des changements fréquents des acteurs des niveaux central et régional ; ▪ Mauvais état de routes ;
INTERNATIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appui technique et financier des partenaires (GAVI, UNICEF, OMS...) ▪ Harmonisation des interventions des partenaires pour le renforcement du système de santé (Fonds mondial et GAVI) ; ▪ Existence de cadre de concertation des PTF pour la vaccination. ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apparition d'autres fléaux prioritaires (épidémie d'Ebola dans la sous-région, ...) ; ▪ Rareté des ressources financières au niveau international

4.8 IDENTIFICATION DES PROBLEMES PRIORITAIRES DU PROGRAMME

A. PRESTATIONS DE SERVICES

- Insuffisance d'offre et de continuité des services de vaccination ;
- Faible disponibilité des services de vaccination au niveau national;
- Faible qualité des services de vaccination;
- Faible qualité des données sur les enfants complètement vaccinés;
- Non respect du calendrier vaccinal;
- Faible intégration des activités sur la survie de l'enfant;
- Nombre élevé des enfants complètement vaccinés après 1 an par rapport à ceux complètement vaccinés avant 1 an;
- Augmentation progressive du nombre d'enfants non vaccinés au fil des années.

B. VACCINS, CHAINE DE FROID ET LOGISTIQUE

- Gestion des vaccins et consommables du PEV est insuffisante ;
- Gestion de la chaîne de froid est insuffisante ;
- Gestion des déchets est insuffisante;
- Insuffisance dans la mise en œuvre des recommandations de la GEV
- 60% des équipement de la chaine du froid sont non homologués PQS.

C. SURVEILLANCE DES MALADIES CIBLES DU PEV

- Difficulté d'acheminement des prélèvements;
- Faible détection, notification et investigation des cas des maladies cibles du PEV ;
- Faible qualité des données de surveillance;
- Insuffisance d'identification et de notification des cas de MAPI;
- Absence de retro information des données de surveillance.
-

D. COMMUNICATION

- Communication en faveur du PEV de routine est insuffisante;
- Insuffisance de la mise en œuvre de la communication inter personnelle
- Absence de Ressources Humaines dédiées à la communication au niveau du programme PEV;
- Non maîtrise du calendrier vaccinal

E. GESTION DU PROGRAMME

- Coordination du programme est insuffisante ;
- Absence d'un plan de formation des agents sur le PEV à tous les niveaux;
- Insuffisance de Ressources Humaines qualifiées pour la mise en œuvre du programme à tous les niveaux ;
- Dépendance financière importante du programme vis-à-vis des financements extérieurs ;
- Absence d'archivage des informations du PEV.
- Faible qualité des données de vaccination;
- Insuffisance du circuit de transmission de l'information
- Insuffisance de mobilisation des ressources allouées;
- Absence de manuel de procédures de gestion administrative et financière du programme.

F. SUIVI EVALUATION

- Absence de cadre pour le suivi et l'évaluation des activités
- Insuffisance du financement des activités de monitoring décentralisé;
- Absence d'organisation de reunion de suivi à tous les niveaux
- Insuffisance de la supervision à tous les niveaux
- Non disponibilité de rapports de supervision à tous les niveaux

5. GRAND AXES DU PPAc 2018 - 2022

5.1. BUT ET OBJECTIFS DU PROGRAMMES

5.1.1 BUT

Le but de ce PPAc est de parvenir à la couverture vaccinale universelle en Guinée Bissau à l'horizon 2022

5.1.2 OBJECTIFS

Objectif général

Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité infantiles dues aux maladies évitables par la vaccination.

Dans le but de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies cibles du PEV, les objectifs du Programme pour la période 2018-2022 sont :

- Renforcer la qualité, l'équité et la pérennité des services de vaccination
- Accélérer les efforts pour réaliser l'éradication de la poliomyélite, l'élimination de la rougeole et le contrôle de la fièvre jaune et maintenir les acquis d'élimination du TNN
- Introduire d'une manière pérenne les nouveaux vaccins et les technologies appropriées.
- Accroître la demande des services de vaccination.
- Elaborer et mettre en œuvre de nouvelles stratégies pour améliorer l'équité d'accès aux services de vaccination
- Améliorer la prévisibilité et la durabilité des financements de la vaccination
-

Objectifs spécifiques

- Maintenir le taux d'abandon DTC1-DT3 à moins de 10% d'ici 2022
- Introduire le vaccin contre la méningite Men A dans la routine et le vaccin HPV
- D'ici fin 2020, les AVS (Polio, rougeole, Méningite, Fièvre jaune, Tétanos) organisées atteignent au moins 95% de leurs cibles.
- D'ici à fin 2022, au moins 90% des districts sanitaires fournissent des données de qualité en temps réel.
- D'ici à fin 2022, augmenter la mise en œuvre des recommandations de la gestion efficace des vaccins (GEV) à tous les niveaux ;
- D'ici 2022, développer et mettre en œuvre un plan de gestion des déchets biomédicaux suivant les normes de l'OMS et environnementales.
- D'ici fin 2018, atteindre les indicateurs de surveillance des PFA dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite.
- D'ici fin 2022, atteindre les indicateurs de la surveillance de la rougeole, de la fièvre jaune, de la méningite, de la coqueluche et de l'élimination du TMN. D'ici à fin 2022, 90% des individus et des collectivités comprennent l'intérêt des vaccins et réclament la vaccination en tant que droit et responsabilité

Tableau 19: Objectifs et jalons du PPAc

Domaine	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020
Vaccination systematique	Atteindre d'ici 2022 une CV d'au moins 90% au niveau national pour tous les antigènes	2018 :80% pour tous les antigènes 2019: 85% pour tous les antigènes 2020: 90% 2021: 93% pour tous les antigènes 2022: 95% pour tous les antigènes	Au plus tard en 2020 tous les pays ont une couverture vaccinale de routine de 90% au niveau national pour tous les antigènes
	Atteindre d'ici 2022 une CV d'au moins 85% au niveau région et aires de santé pour tous les antigènes Proportion de regions ayant atteint au moins 80% de couverture vaccinale pour les antigènes :	2018 :75% pour tous les antigènes 2019: 78% pour tous les antigènes 2020: 80% 2021: 83% pour tous les antigènes 2022: 85% pour tous les antigènes	Au plus tard en 2020 tous les districts du pays ont une couverture vaccinale de routine d'au moins 80% pour tous les antigènes
	Reduire le taux d'abandon Penta 1 / Penta 3 de à moins de 5% d'ici 2022 au niveau national et dans toutes les régions	2018: 7% 2019: 6% 2020: 5% 2021: 5% 2022: 5%	
	Introduire les nouveaux vaccins dans toutes les regions	2018: Remplacement du PCV13 Mono dose par le 4 doses 2019: VAR 2 et Men A 2021: HPV	
	Reduire le % des Aires sanitaires avec une CV inf 80% de 61% à 5% au moins	2018: 40% 2019: 30% 2020: 20% 2021: 10% 2022: 5%	Au plus tard en 2020 tous les districts du pays ont une couverture vaccinale de routine d'au moins 80% pour tous les antigènes

Domaine	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020
Lutte accélérée contre la maladie	D'ici fin 2022, renforcer la qualité et la couverture des AVS (Polio, rougeole, Méningite)	2018: - VPO suivi de la rougeole Men A 2021: Rougeole	
Faible équité dans l'accès à la vaccination	D'ici 2022, améliorer l'accès équitable aux services de vaccination quel que soit leur lieu de résidence	Proportion d'aires de santé ayant une couverture en Penta 3 supérieure à 80% 2018 : 85% 2019 : 90% 2020 : 90% 2021 : 90% 2022 : 95%	Les bénéfices de la vaccination sont équitablement étendus à tous les individus
Surveillance et contrôle des maladies	Augmenter le taux de échantillons collectées dans les premiers 14 jours à au moins 80% au niveau national		La certification de l'éradication de la poliomyélite dans la région africaine d'ici 2018
	Augmenter le taux des cas suspect de Rougeole notifié de 1/100 000 habitants au 2/100 000 habitants et la proportion des régions ayant au moins un cas avec prélèvement de sang de 18% au moins 80%.	2018 : Atteindre au moins 2/100 000 cas notifiés et 50% des régions au moins un cas avec prélèvement de sang : 2019 : Atteindre au moins 2/100 000 cas notifiés et 60% des régions au moins un cas avec prélèvement de sang 2020 : Atteindre au moins 2/100 000 cas notifiés et 70% des régions au moins un cas avec prélèvement de sang	

Domaine	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020
		<p>2021 Atteindre au moins 2/100 000 cas notifiés et 50% des régions au moins un cas avec prélèvement de sang</p> <p>2022 : Atteindre au moins 2/100 000 cas notifiés et 80% des régions au moins un cas avec prélèvement de sang</p>	
	Maintenir le taux de < 1 cas de tétanos pour 1000 naissances vivants	Maintenir l'atteinte d'élimination tétanos pour toute la période plan	Maintien de l'élimination du Tétanos néonatal dans toutes les régions
	Mettre en place au Ministère de la Santé un mécanisme simple et efficace de déblocage des fonds pour l'achat des vaccins et matériel de vaccination, qui permettra débloquer de trésor publique 100% des fonds pour l'achat des vaccins et matériel de vaccination.	<p>2018 : 50% des fonds pour l'achat des vaccins et matériel de vaccination bloqués</p> <p>2019 : 75% des fonds pour l'achat des vaccins et matériel de vaccination débloqués</p> <p>2020 : 100% des fonds pour l'achat des vaccins et matériel de vaccination débloqués</p> <p>2022 : 100% des fonds pour l'achat des vaccins et matériel de vaccination d'bloqués</p>	
VACCINS, CHAINE DE	D'ici à fin 2022, passer de 49% à 80% la gestion efficace des vaccins (GEV) à tous les niveaux ;		

Domaine	Objectifs	Jalons	Buts régionaux et mondiaux d'ici 2020
FROID ET LOGISTIQUE	<p>D'ici 2022, développer et mettre en œuvre un plan de gestion des déchets biomédicaux suivant les normes de l'OMS et environnementales</p> <p>Assurer la qualité d'élimination des déchets médicaux à tous les niveaux</p>		
COMMUNICATION	<p>Developper et mettre en oeuvre des documents d'orientation stratégique pour la communication en faveur du PEV</p>		
GESTION DU PROGRAMME	<p>Améliorer la coordination et le cadre institutionnel sur la vaccination</p>		
	<p>Améliorer la mobilisation et l'utilisation des ressources financières</p>		
	<p>Améliorer la qualité des données de vaccination à tous les niveaux</p>		
	<p>Renforcer les capacités des ressources humaines à tous les niveaux</p>		

5.2. CHRONOGRAMME DE MISE EN ŒUVRE

Tableau 20: Chronogramme de mise en oeuvre

A. PRESTATIONS DE SERVICES								
Objectifs	Strategies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2018	2019	2020	2021	2022
D'ici à 2022 renforcer la qualité, l'équité et la pérennité des services de vaccination	Mise en œuvre effective de l'approche ACD/ACC/ACE	Renforcer les connaissances des agents des niveaux région et aires de santé en micro planification	DSIVE	X	X	X	X	X
		Former 232 agents de santé (deux par aires de santé) sur la mise en œuvre de l'approche ACD/ACE	DSIVE					
		Organiser des séances de vaccination en stratégies avancées et mobiles dans les sites de vaccination 1 fois par axe par mois	DSIVE					
		Organiser des activités de vaccination intensifiées : Semaine d'accélération et de récupération des enfants	DSIVE	X	X	X	X	X
		Organiser des supervisions formatives sur le terrain en vue de renforcer les capacités des prestataires pour des services de vaccination efficaces et de bonne qualité	Equipe de coordination régionale					
	Soutien à l'introduction de nouveaux vaccins dans le PEV de routine	Elaborer et soumettre les plans validés d'introduction des nouveaux vaccins	CCIA		X	X	X	
		Organiser l'introduction des nouveaux vaccins	DSIVE			X	X	X
		Evaluer l'introduction des nouveaux vaccins	DSIVE			X	X	X
	D'ici fin 2022, les AVS (Polio, rougeole, Méningite) organisées Atteignent au moins 95% de leurs cibles com	Amélioration de la préparation et la mise en œuvre des AVS	Elaborer et mettre en œuvre le micro plan consenti des différentes AVS	Regions/	X			X
Compiler les micro plans des régions à l'échelle nationale			DSIVE					
Appliquer les directives pour chaque AVS			DSIVE	X			X	
Elaborer le plan d'urgence aux épidémies			DSIVE/INASA					
Conduire une riposte en cas d'épidémie			DSIVE/INASA					

A. PRESTATIONS DE SERVICES								
Objectifs	Strategies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2018	2019	2020	2021	2022
D'ici à fin 2022, au moins 90% des régions sanitaires fournissent des données de qualité en temps réel	Renforcer le mécanisme de collecte, de traitement, d'analyse, de remontée, de contrôle de qualité, de diffusion et de stockage des données de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Renforcer les capacités de collecte des données de vaccination au niveau régional		X	X			
		Organiser une Auto-Evaluation du mécanisme de monitoring et Evaluation du programme Elargi de Vaccination	DSIVE					
		Organiser des réunions trimestrielles et de l'équipe nationale en M&E du programme Elargi de Vaccination	DSIVE					
		Organiser un atelier national d'élaboration du plan de Suivi-Evaluation du programme Elargi de vaccination budgétisé	DSIVE	X				
		Organiser un atelier d'élaboration du manuel de suivi et Evaluation du programme élargi de vaccination	DSIVE	X				
		Réviser les outils de gestion des données du PEV (tenir compte des nouvelles introductions)	MINSAP					
		Former les agents PEV des aires de santé sur l'utilisation des outils révisés de gestion des données	ERS					
		Produire et Diffuser les directives de supervision des activités du PEV de Routine à tous les niveaux	DSIVE					
		Organiser des missions semestrielles de supervision des activités du PEV du niveau central vers les régions	DSIVE	X	X	X	X	X
		Appuyer l'organisation des missions trimestrielles de supervision des activités du PEV du niveau régional vers les aires de santé	ERS	X	X	X	X	X
		Produire et diffuser les outils de validation des données les aires de santé	DSIVE	X		X		X
		Elaborer les outils d'audits et/ ou de validation des données	DSIVE	X				

A. PRESTATIONS DE SERVICES								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2018	2019	2020	2021	2022
		Former les cadres de la DSIVE sur l'utilisation des outils d'audit et/ou de validation des données	DSIVE	X				
		Organiser des missions d'audit à tous les niveaux pour le rapprochement des données issues des systèmes de suivi des stocks (deux missions par an)	DSIVE	X	x	X	X	X
		Organiser des réunions mensuelles d'harmonisation des données	DSIVE	X	X	X	X	X
		Produire et diffuser le rapport national annuel de progrès des interventions du programme Elargie de vaccination	DSIVE	X	X	X	X	X
		Produire et diffuser les bulletins trimestriels national et régional sur les interventions du PEV	DSIVE					
	Renforcer les capacités techniques des ressources humaines impliquées dans la gestion des données de santé (formation diplômante, supervision formative, monitoring, équipements, outils de gestion ...)	Former 22 gestionnaires de données du niveau régional sur l'amélioration de la qualité	DSIVE	X				
		Former 22 gestionnaires de données des régions sanitaires sur l'utilisation du DVD-MT et les autres outils de gestion révisés	DSIVE					
		Équiper 22 unités de gestion des données, en matériel informatique	DSIVE					
		Assurer la formation diplômante dans la sous-région de de deux cadres du PEV central sur le Suivi-Evaluation des programmes de vaccination, y compris la gestion des données	DSIVE					
	Réaliser des études et enquêtes nécessaires pour l'évaluation des effets des	Former les équipes des régions et des Aires de santé aux enquêtes LQAS et DQS	CN-PEV					
		Organiser des enquêtes LQAS pour évaluation des couvertures du PEV de routine (Deux fois par an)	DSIVE		x	x	x	

A. PRESTATIONS DE SERVICES								
Objectifs	Strategies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2018	2019	2020	2021	2022
	interventions de santé et la compréhension de certains goulots (SARA, recherche opérationnelles, enquête CAP, DQS, revue externe du PEV, LQAS...).	Organiser des enquêtes LQAS pour les AVS	DSIVE		x	x	x	x
		Organiser des évaluations externes indépendantes des AVS	DSIVE	x	x	x	x	x
		Réaliser des évaluations post introduction des nouveaux vaccins dans le PEV de routine	DSIVE					

B. VACCINS, CHAINE DU FROID ET LOGISTIQUE								
Objectifs	Strategies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2018	2019	2020	2021	2022
Atteindre 80 % de performance do PEV, relativement aux 9 critères du GEV	Plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour l'installation	-Mobiliser les ressource additionnel pour l' acquisition de complément de Multilog et l'installation des Multilog existants	UNICEF/OMS	x				
	Elaboration, validation et mise en œuvre des documents	-Elaborer et valider le document de PON -Former les techniciens a l'utilisation de document de PON -Assurer le suivi de la mise en œuvre de PON	MINSAP	x	x			
	Elaboration, validation et diffusion d'un plan de maintenance	-Elaborer, valider et diffuser le plan de maintenance -Assurer le suivi de la mise en œuvre	PEV /MINSAP	x				

B. VACCINS, CHAINE DU FROID ET LOGISTIQUE								
Objectifs	Strategies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2018	2019	2020	2021	2022
	-Construction de bâtiment d'incinérateur de niveau central	-Construire un bâtiment pour abriter l'incinérateur acquis depuis mars 2017 -Elaborer, valider et diffuser la politique nationale de gestion de déchets	OMS/MINSAP	X				
Atteindre 80 % de performance du PEV, relativement aux 9 critères du GEV	-Actualisation de la politique de gestion de déchets	-Elaborer, valider et diffuser le plan d'urgence pour la prise en charge des vaccins de niveau central en cas de panne -Assurer le suivi de la mise en œuvre	DSIES					
	Formation des techniciens de sante a l'extérieur du pays sur la gestion et la maintenance de CdF et PEV	-Mobiliser ressources pour la formation des techniciens à l'extérieur pour la gestion et à la maintenance de CdF -Former un technicien par DRS pour la gestion et la maintenance de CdF	GAVI/MINSAP	X				
	Renforcement des capacités de stockage a tous les niveaux dans le cadre de l'introduction des nouveaux vaccins	Evaluer la capacité de stockage pour les vaccins à introduire -Evaluer les besoins additionnel - Mobiliser des ressources pour l'acquisition des équipements additionnels -Acquérir et installer les équipements additionnels	GAVI/MINSAP	X		X	X	
				X		X		

B. VACCINS, CHAINE DU FROID ET LOGISTIQUE								
Objectifs	Strategies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2018	2019	2020	2021	2022
Accroître le financement de la vaccination sur ressources nationales	Mise en œuvre de la feuille de route de la déclaration d` Addis Abeba	-Organiser un forum sur le financement avec la participation de Ministère de Finance et les partenaires	MINSAP	X				
Insérer dans le curriculum de l'Ecole National de Santé un module sur les vaccins	-Elaboration de module de formation en gestion du PEV -Renforcement de capacité de enseignants de l` école de sante public en module de vaccination	-Recruter un consultant pour l`élaboration de modules du PEV -Organiser un atelier de formation a faveur des enseignants de l` école de sante public pour l` enseignement de module PEV	MINSAP/OMS/UNICEF		X			
-Renforcer les capacités des agents pour le suivi et monitoring des pertes en vaccins -Mettre en place un système régulier de revue des pertes. de vaccins à tous les niveaux avec élaboration de rapport d`analyse de ces revues	Formation des agents pour le suivi et monitoring des pertes en vaccins. -Elaboration, validation et diffusion du système de revue de pertes avec élaboration de rapport à tous les niveaux	-Organiser des sessions de formation pour le suivi et monitoring de pertes en vaccins -Elaborer un document de système de suivi des pertes des vaccins -Diffuser le document a tous les niveaux -Assurer le suivi de la mise en œuvre -Faire le Feedback sur le rapport des pertes	MINSAP/OMS/GAVI MINSAP/OMS/GAVI	X	X	X	X	X

B. VACCINS, CHAINE DU FROID ET LOGISTIQUE								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2018	2019	2020	2021	2022
Distribution des vaccins selon le calendrier et réalisation EA et EM	Mobiliser ressources financier auprès des partenaires	-Distribution des vaccins - Réalisation d'EA et EM	MINSAP/UNICEF	X			X	X
Mettre en place un programme pour la distribution du vaccin de niveau régional vers les aires sanitaires	Elaboration, validation et diffusion de programme de distribution des vaccins de niveau régional vers les aires de sante	-Elaborer, valider et diffuser le programme de distribution de vaccins de niveau régional vers les aires de sante -Assurer le suivi de la mise en œuvre	MINSAP/UNICEF	X	X	X	X	X

C. COMMUNICATION ET GENERATION DE LA DEMANDE								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2018	2019	2020	2021	2022
En 2022 augmentation à 90% des individus et des communautés qui comprennent l'importance de la	Renforcer le plaidoyer avec le pouvoir politique, la société civile et le secteur privé	Créer un comité de suivi et d'accélération pour les objectifs de développement durable dans le bureau du PM	DGPPS	X	X			
		Mener 5 actions de plaidoyer avec des leaders politiques	DGPPS	X	X	X	X	X
		Établir des partenariats avec 8 acteurs de la société civile, le secteur privé (entreprises telles que MTN, Orange, banques, chambre	SSEI/DGPPS	X				

C. COMMUNICATION ET GENERATION DE LA DEMANDE								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2018	2019	2020	2021	2022
vaccination et sont responsables		de commerce) pour mobiliser des ressources au niveau central et régional pour SSEI						
		Organiser 10 séminaires / forums régionaux (2 par an) ciblant le pouvoir politique régional (gouverneurs de région, gestionnaires de secteur et OSC) sur la vaccination.	SSEI/DGPPS INASA	X	X	X	X	X
	Augmenter la mobilitation sociale et la participation communautaire à la vaccination		PAV CICS					
		Produire du matériel de communication (vidéos, spots télévisés, radios, cinémas communautaires) avec une célébrité de l'UNICEF dans des actions visant à promouvoir la vaccination avec un impact national et international (plaidoyer et mobilisation sociale).	SSEI INASA	X	X			
		Visites sur le terrain par l'Ambassadeur de l'UNICEF dans le cadre de la vaccination (une fois par an)	SSEI	X	X			

C. COMMUNICATION ET GENERATION DE LA DEMANDE								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2018	2019	2020	2021	2022
		Participation de 114 « figures d'influence » résidant dans tous les domaines de santé par région pour renforcer la mobilisation communautaire dans le domaine de la vaccination, de manière participative au niveau communautaire.	Comités sectoriaux SSEI DRS	X	X			
		Signature d'un accord avec MTN et ORANGE pour l'envoi de SMS, envoi de messages vocaux enregistrés avec des alertes sur la date de vaccination.	DGPPS	X				
	Promouvoir le changement de comportement par la recherche sur les connaissances, les attitudes et les pratiques	Promouvoir un comportement sur le terrain dans le domaine de la vaccination, qui permet d'identifier les barrières individuelles et sociales et les contraintes d'accès à la vaccination.						
		Développement et mise en œuvre d'une campagne C4D participative - 'Champions de la vaccination'						

C. COMMUNICATION ET GENERATION DE LA DEMANDE								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2018	2019	2020	2021	2022
Stimuler la demande grâce à la communication pour le changement social à travers le développement et la mise en œuvre d'une stratégie de communication intégrée pour la vaccination		Développement d'une stratégie de communication intégrée et participative, basée sur les résultats d'études.	SSEI	X				
		Mettre en œuvre la stratégie de communication intégrée	SSEI INASA	X	X	X	X	X
		Concevoir et produire des kits de messagerie et des supports de communication (vidéos, spots, flyers) et partager les guides de communication sur la vaccination et les Mediaş	SSEI INASA	X	X	X	X	X
		Formalisation des comités sectoriels de mobilisation sociale dans le cadre de la vaccination avec cahier des charges et plan d'action.	SSEI/DGPPS	X				
Recruter des acteurs dans le cadre de la vaccination et renforcer les actions de Proximité Communication		Établissement d'une lettre spécifique d'engagement public pour chaque groupe d'influence : Leader traditionnel, chefs religieux, guérisseurs, groupe de mères.	SSEI/DGPPS	X				
		Organiser des réunions avec les communautés en coordination avec les comités sectoriels de mobilisation sociale pour la vaccination	SSEI DRS INASA	X	X	X	X	X

C. COMMUNICATION ET GENERATION DE LA DEMANDE								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2018	2019	2020	2021	2022
	Renforcement de la formation pour promouvoir la demande de vaccination	Mener des actions de formation sur l'IPC dans le domaine de la vaccination pour les techniciens de santé, les agents de santé communautaires et les animateurs d'ONG.						
	Renforcement de la formation pour promouvoir la demande de vaccination	Mener des actions de formation sur l'IPC dans le domaine de la vaccination pour les techniciens de santé, les agents de santé communautaires et les animateurs d'ONG.						
		Mener des actions de formation sur la vaccination dans les médias et la responsabilité des médias dans la demande de vaccination						
		Actions de formation des responsables de SSEI (responsable SSEI, SSEI responsable au niveau régional, points focaux de communication)						
	Coordination / planification / suivi pour assurer la mise en œuvre effective des stratégies de communication établies en faveur de la vaccination	Actions de renforcement des capacités des points focaux de communication régionaux et centraux de SSEI dans le cadre de la coordination, de la planification et du suivi pour assurer la mise en œuvre de la stratégie de communication.	SSEI INASA	X	X	X	X	X

C. COMMUNICATION ET GENERATION DE LA DEMANDE								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2018	2019	2020	2021	2022
		Réunions semestrielles (2 par an) avec les partenaires impliqués dans la promotion du SSEI (Ministères, ONG, secteur privé, médias) pour le suivi et l'évaluation dans le cadre des responsabilités de chaque partenaire.	SSEI INASA	X	X	X	X	X
		Mise en place de protocoles d'accord avec d'autres ONG pour l'encadrement et le suivi des agents de santé communautaires et d'autres acteurs dans le domaine de la vaccination.		X	X			
		Élaboration d'un plan opérationnel de suivi et d'évaluation pour suivre et évaluer la mise en œuvre de la stratégie de communication intégrée pour la vaccination tous les deux ans.	SSEI	X				
		Suivi semestriel (2x an) de la stratégie de communication intégrée, selon plan opérationnel	SSEI	X	X	X	X	X

C. COMMUNICATION ET GENERATION DE LA DEMANDE								
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme				
				2018	2019	2020	2021	2022
		Intégration du plan de communication de la stratégie intégrée dans les micro plans SSEI.	SSEI DGPPS	X				
	Garantie Evaluation des plans, partenariats et activités réalisés dans le domaine de la vaccination	Mener une étude conjointe (quantitative et qualitative) pour évaluer la progression de la stratégie de communication.	SSEI DGPPS INASA		X			
		Conduire une étude d'équilibre sur les accords avec MTN et ORANGE pour analyser le volume d'appels et les types de questions posées via la ligne téléphonique jaune, ainsi que des données croisées sur l'augmentation de la couverture vaccinale et la réception de sms et de messages vocaux.	SSEI DGPPS INASA				X	
		Réunions annuelles pour l'harmonisation des indicateurs de communication dans toutes les enquêtes de vaccination	SSEI DGPPS INASA	X	X	X	X	X

C. COMMUNICATION ET GENERATION DE LA DEMANDE									
Objectifs	Stratégies	Activités essentielles	Responsables	Chronogramme					
				2018	2019	2020	2021	2022	
		Réunion pour plaider en faveur de l'intégration des indicateurs comportementaux et attitudinaux dans l'enquête MICS	SSEI DGPPS INASA	X					

5.3. MECANISMES DE SUIVI EVALAUTION

La responsabilité du pilotage de la mise en œuvre des stratégies et activités de ce Plan Pluriannuel Complet est l'attribution du Ministère de la Santé avec la collaboration du Ministère de l'Economie et des Finances coordonnée par le DSIVE comme structure d'exécution.

Un plan annuel de mise en œuvre pour 2018, découlant de ce plan pluriannuel sera élaboré et des indicateurs définis pour chaque domaine du PPAC, pour permettre une évaluation annuelle qui sera conduite par le PEV et ses partenaires.

Le Comité de Coordination Inter Agences est l'organe qui assure d'une part que les fonds et autres moyens sont mobilisés pour la mise en œuvre et l'atteinte des objectifs et d'autre part que les fonds alloués au PEV sont gérés de façon transparente.

Pour un meilleur suivi du PPAC, la DSIVE organisera à la fin de chaque année (ou par semestre), une réunion de planification et d'analyse de la vaccination avec la participation des acteurs des DRS, des Organismes et des Partenaires concernés. Ces réunions seront l'occasion d'évaluer le plan de travail annuel (en se reportant au cadre de suivi/évaluation et en se fondant sur les résultats des recherches entreprises), de discuter des réussites et des problèmes rencontrés et de mettre au point le plan de travail suivant en s'appuyant sur les données et ressources disponibles.

D'autres parties prenantes impliquées dans la prestation de services de vaccination (autorités locales, personnel de surveillance, secteur privé et ONG) pourraient aussi jouer un rôle plus actif au niveau des processus de revue et de planification.

5.4. MATRICE DES INDICATEURS

Tableau 21: Matrice des indicateurs

OBJECTIF	INDICATEURS DES RÉSULTATS	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2018	2019	2020	2021	2022	
Prestation de Services de vaccination										
Atteindre une couverture vaccinale d'au moins 90% au niveau national et au moins 85% dans chaque région sanitaire pour tous les antigènes d'ici 2022.	Couverture vaccinale de routine par district	68%	2017	Rapport PEV	85%	88%	90%	93%	95%	Rapport PEV
Réduire d'ici 2022 le % des Aires sanitaires avec une CV inf 80% de 61% à 5% au moins	Proportion de districts ayant atteint une CV en Penta3 ≥85%	61%	10.2017	Rapport PEV	75%	78%	80%	83%	85%	Rapport PEV
Réduire le taux d'abandon Penta 1 / Penta 3 de à moins de 5% d'ici 2022 au niveau national et dans toutes les régions	Abandon du Penta 1 – Penta3 = 7%	18%	2017	Rapport PEV	7%	6%	5%	5%	5%	Rapport PEV
Introduire les nouveaux vaccins dans toutes les régions	Introduction de VAR 2 Men A HPV			PPAC2018-2022		x x			x	
Surveillance des maladies évitables par la vaccination										

OBJECTIF	INDICATEURS DES RÉSULTATS	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2018	2019	2020	2021	2022	
Atteindre le seuil de notification pour chaque maladie cible.	Pourcentage de rapports de surveillance des districts reçus à l'échelon national par rapport au nombre de rapports escompté									
	Taux PFA non Polio	1,4	2016	Rapport Revue Externe-PEV 2017						
	% échantillons de selles prélevés dans les 14 jours	75%	2016	Rapport Revue Externe-PEV 2017	78%	80%	80%	80%	80%	
	% des cas de rougeole notifiés avec prélèvement de sang (>=80%)									
Maintenir le taux de < 1 cas de tétanos pour 1000 naissances vivants	Régions ayant notifié plus de 1 cas de tétanos NN pour 1000 naissances vivantes	ND								
	Pourcentage de cas de fièvre jaune suspectée pour lesquels un test en	ND								

OBJECTIF	INDICATEURS DES RÉSULTATS	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2018	2019	2020	2021	2022	
	laboratoire a été réalisé : 80%									
Créer trois sites de surveillance de méningites avec diagnostic au Labo	Pourcentage de cas de méningite suspectée qui ont fait l'objet de tests Hib/maladies pneumocoques conformément au protocole standard									
Obtenir le statut de pays libéré de poliomyélite d'ici 2020/22	Absence de cas de PVS									
Surveillance des Manifestations Adverses Post Immunisation (MAPI)										
Rendre opérationnel un Système MAPI national actif œuvrant sous la responsabilité d'un comité national désigné	Système MAPI national actif œuvrant sous la responsabilité d'un comité national désigné	Mécanisme de suivi MAPI fonctionnel seulement pendant les AVS	2016	Rapport PEV sur AVS						Rapport PEV
D'ici fin juillet 2022, atteindre au moins 80% des structures sanitaires qui notifient et rapportent les données sur les MAPI	Proportion de structures sanitaire qui notifient et rapportent les données sur MAPI									
	Nombre de cas de MAPI notifiés									

OBJECTIF	INDICATEURS DES RÉSULTATS	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification	
		Résultat	Année	Source	2018	2019	2020	2021	2022		
	Nombre de cas de MAPI graves notifiés et ayant fait l'objet d'investigation										
Logistique, Approvisionnement et Gestion des vaccins											
D'ici à fin 2022, augmenter le score de 59% à 80 % la gestion efficace des vaccins (GEV) à tous les niveaux (9 critères) Passer de 66% à 80% au moins la capacité de stockage des bâtiments au niveau régional d'ici 2020 Créer et rendre fonctionnel le service de maintenance des équipements de la chaîne du froid de la logistique, transport et panneaux solaires Assurer la qualité de registre de la température	Taux de fonctionnement du parc de réfrigérateur	59%	2014	Rapport revue externe PEV 2017	80%	80%	80%	80%	80%	Rapport d'Evaluation	
	Ruptures de stock au niveau central et des districts ventilées par vaccin										
	Proportion des régions avec capacité des stockages des bâtiments au moins 80%	67%	2014	Rapport revue externe PEV 2017						Rapport d'Evaluation	
	Nombre de jours avec rupture de stock dans les structures de vaccination										
	Taux de perte des vaccins dans les										

OBJECTIF	INDICATEURS DES RÉSULTATS	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2018	2019	2020	2021	2022	
Assurer la durabilité des frigos, batteries dans les 114 centres de santé et la sécurisation	<p>structures de vaccination</p> <p>Nombre de formations sanitaires ayant des équipements de chaîne de froid qui ont remplacé un ou plusieurs équipements à l'aide de la plateforme</p> <p>Nombre de structures privées dotées de réfrigérateurs solaires</p>									
Passer de 49% (niveau national), 54% (niveau régional) et 41% (aire de santé) à au moins 80% pour le critère E 2 (maintien de température de stockage correct des vaccins) de la GEV	<p>- Acquérir / installer un système adéquat de monitoring des températures pour le niveau central 2019</p> <p>-Acquérir 11 laptops pour l'enregistrement et</p>	49% 54% 41%	2014	Rapport évaluation GEV 2014	80%	X				

OBJECTIF	INDICATEURS DES RÉSULTATS	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2018	2019	2020	2021	2022	
	le suivi des données de monitoring des températures et les autres aspects de gestion des vaccins au niveau régional					X				
Elaborer et mettre en œuvre le plan de maintenance des bâtiments, véhicules et équipements de la CdF	<ul style="list-style-type: none"> - Élaborer le plan de maintenance des bâtiments et des véhicules du PEV - Mobiliser ressources et mettre en œuvre le plan de maintenance des équipements de la chaîne du froid - Mettre en œuvre le plan de maintenance des véhicules et des bâtiments du PEV 				2018	2019				
						2019	2020	2021	2022	
Mettre en place un programme pour la distribution des vaccins à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre du projet pilote de distribution des vaccins des régions vers les aires de santé dans 3 régions - Mettre en œuvre le plan de distribution des vaccins du 				X					
						X				

OBJECTIF	INDICATEURS DES RÉSULTATS	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2018	2019	2020	2021	2022	
	niveau centrale vers les régions - Passage à échelle nationale de la distribution des vaccins de la région vers les aires de santé					X	X	X	X	
Rendre effectif le système et les procédures de gestion des stocks à tous les niveaux	Nombre de régions disposant d'un incinérateur haute température				X	X	X	X	X	
Assurer la qualité d'élimination des déchets médicaux à tous les niveaux	Elaborer le plan de gestion des déchets Mettre en œuvre le plan				X	X	X	X	X	
Communication et mobilisation sociale										
Au moins 90% des mères et des gardiennes d'enfants de 0 à 11 mois y compris les populations spéciales connaissent le calendrier vaccinal des										

OBJECTIF	INDICATEURS DES RÉSULTATS	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2018	2019	2020	2021	2022	
enfants et des femmes enceintes et les sites de vaccination										
Au moins 90% des mères connaissent les maladies cibles du PEV										
Les principaux réseaux associatifs, professionnels (média) et administratifs auront été impliqués dans la promotion de la vaccination de routine au niveau des districts sanitaires										
Former les groupes de mobilisation sociale en technique de communication inter personnelle										
Gestion du Programme										
Améliorer la mobilisation des ressources financières	Pourcentage du coût des vaccins de routine financé par le budget état		2017	Rapport DSIVE	X	X	X	X	X	Rapport DSIVE
Améliorer la coordination et le cadre institutionnel sur la vaccination	Maintenir 4 réunions annuelles du CCIA									

OBJECTIF	INDICATEURS DES RÉSULTATS	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2018	2019	2020	2021	2022	
Améliorer la qualité des données de vaccination à tous les niveaux	Nombre de missions d'audit de la qualité des données réalisées	ND	2017		X	X	X	X	X	
Renforcer les capacités de tous les agents impliqués dans la vaccination	Proportion d'agents formés sur le PEV									
Mettre en œuvre le cycle de planification du PPAC 2018-2022 : - Disponibilités des plans annuels du PEV à tous les niveaux - Suivi du taux de perte et indicateur clés - Pourcentage du taux de transfert de fonds trimestriel effectués aux régions	2 Réunions régulières de Suivi de l'efficacité du programme avec les acteurs de mise en œuvre du PPAC	ND	2017	Rapport DSIVE	Juillet Décembre	X	X	X	X	Rapport des réunions
Promouvoir rencontres périodiques de Plaidoyer avec le parlement, institutions impliquées dans la vaccination (02 rencontres)	- Nr de rencontres effectuées - Nr d'initiative innovatrice mobilisée - Supports de lois disponibles	- Contrepartie du Gov. dans financement du PEV	2017	MINSAP	X	X	X	X	X	Rapport PEV

6.1 COUTS ET FINANCEMENT DU PPAc 2018 - 2022

6.1.1 ANALYSE DES COUTS ET FINANCEMENT DU PROGRAMME

6.1.1.1 Contexte macroéconomique du pays

La Guinée-Bissau a connu une dynamique positive l'année qui a suivi le retour à l'ordre constitutionnel en 2014. Mais depuis, le pays connaît une période d'incertitudes. Ce contexte politique incertain pèse négativement sur le potentiel de croissance. L'administration publique a contribué négativement à la croissance du PIB (-0.5 %). Par ailleurs, le climat politique n'a pas été propice aux investissements, ce qui a pesé sur le potentiel et la qualité de la croissance. Malgré ce contexte politique délicat, la croissance du produit intérieur brut (PIB) est estimée à 4.9 % en 2016, tirée par une bonne campagne agricole. Les performances économiques demeurent ainsi fortement exposées à des chocs exogènes.

Les perspectives pour 2018 sont tributaires du climat sociopolitique et dépendent aussi fortement du déroulement de la campagne agricole vivrière et de la campagne de la noix de cajou. Elles sont aussi liées à la poursuite des engagements des partenaires, à la hausse des recettes fiscales et à la poursuite des efforts d'amélioration de la gestion des finances publiques. En fonction de ces paramètres, la croissance devrait s'établir à 5.0 % en 2018. Toutefois, la situation fiscale devrait demeurer difficile et requiert une meilleure gestion de la trésorerie. La réalisation de l'investissement de la mine de phosphate de Farim devrait avoir un léger effet positif à court terme et tirer la croissance à partir de 2019 avec la production effective.

6.1.1.2 Le financement du secteur de la santé

L'environnement des services de santé publique est totalement tributaire de l'aide extérieure. L'Etat n'est pas le financier principal des activités de santé. Selon les résultats des derniers comptes nationaux de la santé (2011) l'Etat assure environ 8% des dépenses totales de santé. Cette situation ne s'est pas améliorée avec la situation de crise du pays. Le pays reste fortement dépendant de l'aide extérieure, et par conséquent doit développer des stratégies et méthodes alternatives de financement afin de mobiliser les ressources internes. Sur le plan interne les sources de financement sont essentiellement l'Etat, les ménages, les communautés, les collectivités territoriales, le secteur privé. Sur le plan Externe, les sources de financement proviennent des dons et des prêts à travers les aides multilatérales et autres sources telles que le Fonds Mondial, Gavi...

6.1.1.3 Le financement de la vaccination

Le financement du PEV est assuré principalement par le Gouvernement de la Guinée Bissau, l'OMS, l'UNICEF et GAVI. Le contexte difficile du pays a un impact négatif sur les finances publiques. En effet, La suspension du programme du FMI et le gel des appuis budgétaires ont redoublé la pression budgétaire sur le pays qui a dû se résoudre à une augmentation de la dette interne afin de combler le gap financier. La non tenue des sessions parlementaires a eu pour conséquence, l'augmentation des dépenses effectuées hors du circuit budgétaire (Despesas Naõ Tituladas – DNT). Cette situation témoigne d'un manque de planification et ce malgré la mise en place des comités de trésorerie. La conséquence immédiate sur le financement des vaccins est que l'achat des vaccins traditionnels et cofinancés est assuré par les partenaires tels que l'Unicef (en 2016) pour les vaccins traditionnels et d'autres pour la contre partie des vacins cofinancés. Toutefois, il y a une réelle volonté de normalisation avec le paiement du cofinancement du pays en 2017 avant termes (après plusieurs années de défaut de cofinancement).

6.1.2 FINANCEMENT DU PEV ET ANALYSE DES ECARTS FINANCIERS

Le financement du PEV est assuré respectivement par le, l'OMS, l'UNICEF et GAVI

6.1.2.1 COÛTS DE L'ANNÉE DE BASE DU PPAC (2016)

Le coût total de l'année de base 2016 - est de 4 443 922 USD, la proportion des couts directs est de 82% contre 18% pour les couts partagés. le détail des catégories de couts est présentée dans le tableau ci-après:

Tableau 22: Composition du coût de l'année de base 2016

Categorie de coûts	Coût 2016
Plaidoyer et communication	\$29 000
Monitoring et contrôle des maladies	\$278 970
Gestion du programme	\$14 400
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS)	\$1 617 843
Coûts directs totaux	\$3 644 902
Coûts partagés du système de santé (PEV Portion)	\$799 795
Total global	\$4 443 922

Au cours de l'année 2016, les dépenses totales de vaccination se sont élevées à **Trois millions six cent quarante quatre mille neuf cent deux dollars (\$3 644 902) US** dont **deux millions vingt sept mille huit cent quarante trois dollars \$2 027 059 US pour la vaccination systématique uniquement** et un million six cent dix sept mille huit cent quarante trois dollars **\$1 617 843** pour les activités de vaccination supplémentaires, ce qui correspond à 82% du coût total des dépenses de l'année de base; soit respectivement 46% et 36% du coût de base 2016.

Le coût de revient d'un enfant complètement vacciné au DTC-HepB-Hib 3 était de **\$47**. Ce coût prend en compte les coûts des vaccins, du matériel d'injection et les autres coûts opérationnels. On peut noter également que la part des coûts partagés est de sept cent quatre vingt dix neuf mille sept cent quatre vingt quinze dollars US, soit 18%. Au terme de l'année 2016 et comme le montre le tableau ci dessous au titre des indicateurs de base, la vaccination systématique a coûté 1,40 US par habitant (0,2% du PIB et 3,8% des dépenses totales de santé).

Tableau 23: Indicateur de l'année de base 2016

Indicateurs de base	2016
Dépenses totales de vaccination spécifique	\$3,644,902
Activités de vaccination supplémentaire	\$1,617,843
Vaccination systématique uniquement	\$2,027,059
Per capita	\$1.13
Par enfant vaccine avec le DTC3	\$47
% Vaccins et materiel d'injection	65.2%
% Ressources financières du Gouvernement	3.2%
% Dépenses Totales de Santé (THE)	3.1%
% Dépenses Publiques de Santé (DPS)	15.3%
% PIB	0.2%
Total coûts partagés	\$799,019
% Coûts partagés	18.0%
Total	\$4,443,922

6.1.2.2 PROJECTION DES BESOINS EN RESSOURCES POUR LA PERIODE 2018 - 2022

La Méthodologie d'estimation des couts

La méthodologie utilisée est essentiellement basée sur les documents suivants :

- Guide pour l'élaboration des Plans Pluriannuels Complets (PPAC) ;
- L'outil d'analyse des Coûts et du Financement pour la planification Pluriannuelle (Tool Version 3.9.4 de février 2017).

Ces directives se fondent sur les modèles de plan pluriannuel existant, auquel se sont greffés les éléments de coût, de financement et de cofinancement. L'année 2016 a été retenue comme année de référence pour calculer les coûts passés du PEV. Le taux de change annuel moyen utilisé pour l'année 2016 est de 1\$ pour 500 FCFA. Le PIB/Habitant utilisé a été estimé à partir de la valeur du PIB/habitant de 2016 (\$650). L'outil « EPI-Log-Forecasting-Tool » a été utilisé pour les informations concernant le coût des vaccins et des matériels d'injection, l'équipement de la chaîne du froid, la maintenance et la gestion des stocks. Sur les trois derniers points, il faut dire que les informations renseignées dans l'outil ne permettent pas d'avoir des données complètes

L'estimation des ressources prend en considération:

- La population cible avec un taux d'accroissement de 2,2%
- Les objectifs de couverture vaccinale à atteindre chaque année
- Les prix des doses de vaccins sont les prix de référence de l'UNICEF proposés dans l'outil d'analyse du coût et financement
- Les activités supplémentaires de vaccination (polio, rougeole, HPV, Fièvre jaune)
- Les activités supplémentaires de vaccination (polio, rougeole, HPV, Fièvre jaune)
- Le salaire de chaque catégorie de ressource humaine
- Le temps consacré aux activités de vaccination
- Le renforcement des capacités
- La réhabilitation de la chaîne du froid et logistique de transport

Les besoins en ressources sur la période 2018- 2022

Les ressources nécessaires à la réalisation des actions prévues dans le plan pour **la période 2018-2022 s'élèvent à vingt trois millions quatre cent quatre vingt – six mille cent soixante quatorze dollars (US \$23 486 174)** soit un coût moyen par an de \$4,697,234.85 avec le minimum en 2019 (\$4,066,313) et un maximum en 2021 (\$5,041,672). Cette augmentation est en grande partie due à l'introduction de nouveaux vaccins que sont le vaccin contre le Rota virus en 2019 et du HPV en 2021. L'augmentation est également due aux AVS qui sont programmées sur la période.

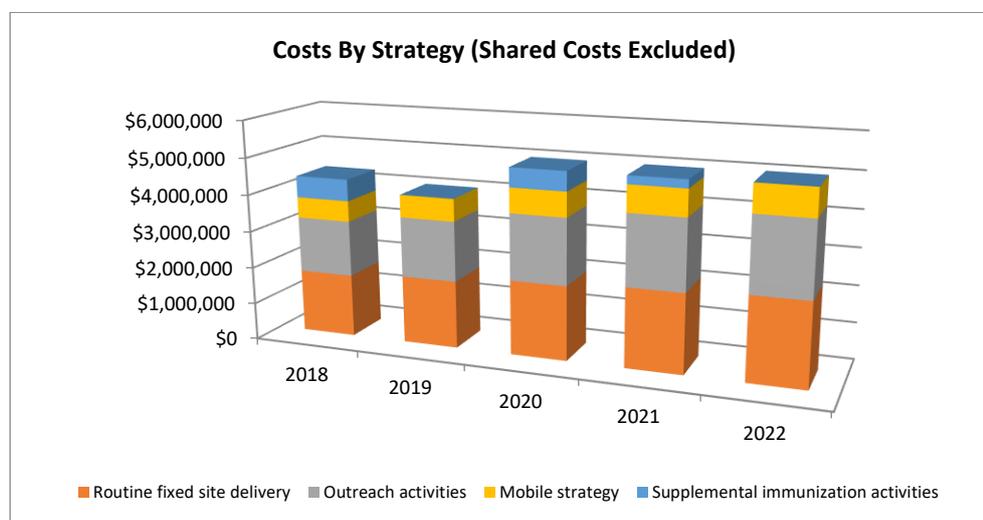
En terme de répartition, les besoins en ressources futures sont dominés par l'approvisionnement en vaccins pour la routine dont le coût projeté est **dix millions quatre cent trente et un mille quatre cent vingt quatre dollars US (\$ 10 431 424)**, ce qui représente **45%** des besoins en ressources. Le poids de la gestion du programme est de **14%** pour un montant total de **trois millions trois cent quatre vingt onze mille sept cent cinq dollars US \$3 391 705**. Les prestations de services viennent en troisième position des activités qui vont consommer le plus de ressources au cours de la période 2018-2022 avec un montant estimé à **un million sept cent cinquante huit mille quatre cent soixante dix huit dollars US (\$1 758 478 US) correspondant à 7% des besoins**. Ces 3 interventions consomment à elles seules **66%** des besoins en ressources. Cette situation s'explique par l'introduction de nouveaux vaccins, l'intensification des activités de ACD et la réactivation des activités de coordination et suivi de la mise en oeuvre du programme. Pour l'approvisionnement en vaccins il convient de dire que les taux de pertes en vaccins restent élevés sur la période et aucune stratégie n'est envisagée pour leur réduction. Les activités de surveillance et contrôle des maladies et de communication vont être renforcées. Les coûts

partagés du système qui tiennent compte des salaires des personnels non exclusivement PEV et des autres activités connexes et conjointes de la vaccination représentent 20% du coût total du plan. Le tableau ci-dessous montre la situation des besoins en ressources projetés pour la période du plan.

Tableau 24: Besoins en ressources par catégorie de coûts

Rubriques	Total 2018 – 2022 (US\$)	%
Approvisionnement en vaccins et logistiques (de vaccination systématique uniquement)	10 431 424	45%
Prestation des services	1 758 478	7%
Plaidoyer et communication	376 180	2%
Surveillance et contrôle des maladies	1 412 845	6%
Gestion du programme	3 391 705	14%
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS)	1 341 984	6%
Coûts partagés du système de santé (PEV Portion)	4 743 558	20%
Total global	23 486 174	100%

En terme de strategies de mise en oeuvre des activités, les activités supplémentaires de vaccination representent 6% du couts global du PPAC. Avec les initiatives de revitalisation de la vaccination et de relance du systyème de santé; le pays compte relancer la stratégie fixe. C'est pour cette raison que 42% de ses ressources futur seront consacrés à cette stratégie. compte tenu des disparités géographiques et de la distribution des points infrastructures sanitaires, il faut garder le cap pour les stratégies avancée et mobiles (52%) pour tenir compte des populations difficiles d'accès).



6.2 SOURCES ET REPARTION DU FINANCEMENT DES BESOINS DU PPAC 2018 - 2022

6.2.1 SOURCES DE FINANCEMENTS DES BESOINS DU PROGRAMME

Les principales sources de la vaccination en Guinée Bissau sont l'Etat (le Gouvernement) et ses partenaires que sont l'OMS, L'UNICEF et Gavi. Les besoins futurs du programmes ont donc été repartis

entre ces principales sources de financement. La contribution de l'Etat a été estimée sur la base du financement antérieur et du principe que l'Etat continuera à payer les salaires, la construction et la maintenance des infrastructures sanitaires, l'approvisionnement des vaccins traditionnels et la contre partie de cofinancement pour les nouveaux vaccins et sous utilisés dans le PEV de routine.

Pour les partenaires, il a été considéré qu'ils continueront à soutenir le programme à travers les domaines traditionnellement financés. Le financement des nouveaux vaccins respectera le principe du cofinancement GAVI appliqué aux pays à faibles revenus.

Le détail de la contribution des différentes sources de financement est dans le tableau ci dessous. La part de l'Etat est en d' environ 29% des besoins globaux.

Tableau 25: Sources de financement

Sources	2018	2019	2020	2021	2022	2018 - 2022
Government	\$ 1 165 247	\$ 1 246 558	\$ 1 825 433	\$ 1 322 559	\$ 1 340 423	\$ 6 900 221
GAVI	\$ 2 553 625	\$ 2 226 878	\$ 2 731 387	\$ 3 152 936	\$ 3 288 773	\$ 13 953 599
OMS	\$ 332 707	\$ 316 477	\$ 163 924	\$ 221 603	\$ 154 335	\$ 1 189 045
UNICEF	\$ 310 769	\$ 276 400	\$ 286 760	\$ 311 239	\$ 258 142	\$ 1 443 309
	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Total	\$ 4 362 347	\$ 4 066 313	\$ 5 007 505	\$ 5 008 337	\$ 5 041 672	\$ 23 486 174

6.2.2 FINANCEMENTS ASSURÉS ET ÉCARTS

Dans l'appréciation des ressources sécurisées pour financer la vaccination, il a été tenu compte des engagements concrets des partenaires et du Gouvernement qui a l'obligation d'assurer et de promouvoir la santé dans le pays. La méthodologie de projection du financement adopté est la suivante:

- Le risque 1 est attribué lorsque le financement est assuré.
- Le risque 2, lorsque le financement est probable.

Ainsi, il a été mis en **risque 1** :

- les financements internes (ressources du Gouvernement) en priorité les salaires;
- les financements de GAVI, OMS et UNICEF jusqu'en 2019

et en **risque 2** :

- la projection des habitudes de financement des Partenaires à partir de 2020, et les autres financements de l'Etat en dehors des salaires

Les dépenses en vaccins et matériel d'injection sont considérées comme assurées de façon systématique sur toute la période du PPAC.

Dans cette répartition, 16% du financement est probable, et 84% certain. Les financements probables concernent principalement le coût d'investissement sur financement du Gouvernement. La mobilisation effective de ce financement passe par un fort plaidoyer interne et surtout par une active participation des responsables du PEV au processus budgétaire national. Dans le tableau 26, le montant des financements assurés pour la période du PPAC est estimé à **US\$ 19 784 321**.

Tableau 26: Besoins en ressources et sources de financement

Rubriques	ANNEE DE PROJECTION					TOTAL 2018 -2022
	2018	2019	2020	2021	2022	
Besoins Total en ressources:	\$ 4 362 347	\$ 4 066 313	\$ 5 007 505	\$ 5 008 337	\$ 5 041 672	\$ 23 486 174
Ressources Sécurisées	\$ 4 307 167	\$ 3 908 042	\$ 4 183 580	\$ 4 107 954	\$ 3 277 577	\$ 19 784 321
Gap en ressources:	\$ 55 180	\$ 158 270	\$ 823 925	\$ 900 383	\$ 1 764 095	\$ 3 701 853
Financement Probable	\$ 55 180	\$ 158 271	\$ 823 925	\$ 900 383	\$ 1 764 095	\$ 3 701 853

Ce tableau montre également qu'avec 59%, GAVI reste le partenaire privilégié de la Guinée Bissau dans le domaine de la vaccination.

On constate que ces écarts augmentent d'année en année. Ce constat peut s'expliquer par le fait qu'il n'y a de lisibilité en terme d'engagement après les deux premières années du plan. Le Gap des besoins en ressources sroit de 1% en 2018 à 35% en 2022.

6.2.3 VIABILITÉ FINANCIÈRE DU PLAN

La réalisation des objectifs de couverture vaccinale définis dans le PPAC 2018 - 2022 est conditionnée par la disponibilité des ressources financières, humaines et matérielles qui accompagnent la mise en œuvre des activités du PEV. La disponibilité des ressources requiert en plus du déblocage effectif et à temps des contributions financières, la mobilisation des ressources additionnelles pour résorber le gap de financement .A cet effet la viabilité financière du PEV va s'articuler autour de 3 principales stratégies suivantes : autosuffisance, fiabilité des ressources et utilisation adéquate des ressources disponibles.

La mise en œuvre de ces stratégies permettra le développement des mécanismes propres à résorber les gaps de financement actuels et accroître les contributions financières de l'Etat des partenaires locaux, nationaux et des partenaires au développement traditionnels.

L'Autosuffisance, afin de garantir l'autosuffisance, des activités de plaidoyer seront intensifiées pour une mobilisation des ressources internes supplémentaires

1. *Plaidoyers auprès des décideurs gouvernementaux.*

L'objectif est d'obtenir l'augmentation régulière des financements alloués au Programme Elargi de Vaccination. Un plaidoyer sera mené auprès des responsables financiers et de la planification des Ministères de la Santé et des Finances

Le plaidoyer à mener en direction des pouvoirs publics visera à :

- Maintenir la vaccination comme une priorité du gouvernement en consolidant les acquis (achat des vaccins, ...)
- L'augmentation constante et pérenne des ressources en faveur de la survie de l'enfant en général et du PEV en particulier

2. *Les bénéficiaires*

Il s'agira d'intensifier les activités de mobilisation sociale pour accroître la participation des communautés aux activités de la vaccination. Il s'agira d'obtenir l'auto prise en charge par les communautés des activités de la recherche active des enfants perdues de vue, la sensibilisation de la communauté sur l'importance de la vaccination et l'acceptation des nouveaux vaccins et la notification des cas des maladies cibles du programme.

3. *La Mobilisation d'autres partenaires financiers de la santé*

Bien que les activités du programme soient soutenues principalement par les partenaires traditionnels du programme (Gavi, OMS, UNICEF) les besoins en ressources ne sont pas tous couverts; le PEV devra élargir chercher des nouveaux partenaires y compris ceux du secteurs privé pour financer des activités de vaccination. Il s'agira aussi de renforcer l'implication des ONG et des associations. L'accroissement des apports des partenaires et la mobilisation des nouveaux appuis pour le financement de la vaccination se feront à travers les activités suivantes :

- renforcer l'implication du CCIA dans le suivi des activités, des performances et de l'émergence des nouveaux besoins du PEV ;
- renforcer le plaidoyer par le gouvernement auprès des membres du CCIA pour l'accroissement du financement des partenaires aux activités ;
- intégrer les activités de vaccination dans les nouveaux cadres de coopération économiques et techniques ;
- renforcer la place du PEV dans la stratégie sectorielle de la santé.

- élaborer un document de plaidoyer pour le financement durable de la vaccination
- promulguer un projet de loi sur la vaccination , à caractère gratuit et obligatoire avec responsabilité du gouvernement en saisissant l'opportunité de la Déclaration d'Addis Ababa.
-

De même, la **mise en œuvre du plan stratégique de la santé communautaire** : implication des mobilisateurs communautaires formés à la gestion des activités au niveau des centres de santé permettra d'obtenir l'auto prise en charge par les communautés des activités de la recherche active des perdus de vue, la sensibilisation de la communauté sur l'importance de la vaccination et la notification des maladies cibles du PEV. Participation et contribution de la communauté, particulièrement les efforts des agents de santé communautaires à assurer une meilleure mise en œuvre des pratiques familiales essentielles et au renforcement de l'application de l'intégration des soins du couple mère enfant.

Fiabilité des ressources : La fiabilité de la contribution du Gouvernement aux activités de vaccination quelque fois réduite du fait des problèmes liés aux procédures et le respect des délais de mobilisation des ressources pour servir effectivement aux activités du PEV conformément au calendrier. En vue de s'assurer de la mobilisation des ressources en totalité et à temps, les mesures spécifiques suivantes seront prises :

- plaidoyer pour que les ressources allouées au PEV ne fasse pas l'objet de blocage, et ce à tous les niveaux afin de mettre la totalité des ressources et à temps aux activités du PEV ;
- sensibilisation des membres du CCIA pour la mobilisation à temps de leur contribution au budget du PPAC ;
- amélioration de la bonne gouvernance dans la gestion des ressources mobilisées ;

Utilisation adéquate des ressources disponibles

Les mesures prises pour mener à bien cette stratégie, permettront de maximiser l'impact des ressources humaines, financières, matérielles et logistiques mobilisées au profit des activités du PEV. Il s'agira d'une part de effectivement en oeuvre l'approche « **ACE** » dans toutes les régions avec un focus sur les zones les plus défavorisées et de faibles performances. Cette approche permettra l'utilisation rationnelle des ressources et l'atteinte des résultats attendus par:

- le renforcement des capacités techniques des prestataires à tous les niveaux en gestion du programme, en planification, à la coordination, à la supervision formative et au monitoring intégrés ;
- la réduction de taux des pertes en vaccins pour les vaccins liquides par les acteurs de terrain et par la mise en place du système informatisé de gestion des vaccins
- l'intensification des activités de supervision formative afin de garantir la qualité des services
- l'extension du système de contrôle de qualité des données de vaccination au niveau de toutes les Régions et aires de santé;
- réduire les taux d'abandon par le renforcement du suivi par les agents communautaires ;

Mise en œuvre du PPAC

- a. Diffusion
- b. Mise en œuvre – élaboration d'un plan annuel opérationnel
- c. Intégration et renforcement des activités pour la mise en œuvre
- d. Établissement des activités prioritaires au profit des districts et des communautés
- e. Planification annuelle et suivi aux niveaux infranationaux
- f. Planification et examen du suivi

CONCLUSION

Ce plan pluri annuel complet a été élaboré pour couvrir la période 2018-2022. C'est un document d'orientation en matière de directives et de stratégies de vaccination. Il contribuera à l'amélioration de l'état de santé de la population d'une manière générale, l'établissement de l'égalité d'accès de tous aux services de vaccination, l'augmentation de l'utilisation des services de vaccination par un plus grand nombre de personnes, l'introduction de nouveaux vaccins ainsi que l'intégration de la vaccination à d'autres interventions sanitaires.

Son élaboration a pris en compte les priorités du Plan National de Développement Sanitaire, le Plan Stratégique sur la vaccination pour la région Afrique de l'OMS et du plan d'action mondial pour les vaccins. Ses priorités sont : l'amélioration de l'offre de services de qualité en matière de vaccination, l'élimination de la rougeole, de la fièvre jaune, et des épidémies à méningocoque A, le renforcement de la surveillance basée sur les cas, la mobilisation des ressources financières pour les vaccinations et l'introduction des nouveaux vaccins.

Ce plan servira également de document d'orientation stratégique et de référence nationale pour la planification des activités de vaccination et de la mobilisation du financement. Sa mise en œuvre exige le développement d'un partenariat actif et une bonne coordination de tous les partenaires du PEV pour mobiliser l'ensemble des ressources requises

ANNEXES

Annexe 1 : Liste de la commission de rédaction du PPAC 2018-2022

Annexe 2 : Liste de présence de la validation du PPAC 2016-2020

