



REPUBLIQUE DE LA GUINEE-BISSAU
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



PLAN PLURIANNUEL COMPLET DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

GUINEE BISSAU, 2013 – 2017

janvier 2013

1.	Introduction	6
1.1	Géographie et Structure administrative.....	6
1.2	Situation socio-économique.....	7
2.	Organisation du Système de Santé.....	8
2.1	La pyramide sanitaire.....	8
2.2	Situation épidémiologique.....	9
2.3	Système d'information sanitaire.....	10
2.4	Ressources humaines pour la santé.....	11
2.5	Financement du secteur de la Santé	12
3.	Le Programme Elargi de Vaccination.....	13
3.1	Background et Historique.....	13
3.2	Calendrier vaccinal	14
3.3	Approvisionnement en vaccine et autres matériels du PEV.....	14
3.4	Logistique et Moyens de transport.....	15
3.5	Communication/Mobilisation sociale.....	16
3.6	Evolution de la couverture vaccinale.....	18
3.7	Sécurité des injections.....	22
3.8	Nouveaux Vaccins.....	23
4.	Synthèse des indicateurs du PEV 2006-2008.....	25
5.	Forces et faiblesses du PEV dans le contexte du Système National de Santé.....	26
5.1	Forces.....	26
5.2	Faiblesses.....	26
5.3	Opportunités.....	27
5.4	Menaces.....	27
6.1.	Objectif général.....	27
6.2	Objectifs spécifiques.....	27
6.3	Tableau n° 4: Objectifs nationaux des couvertures et taux d'abandon 2010 à 2014	28
6.4	Tableau 6 : Objectifs nationaux des taux de perte des vaccins de 2010 à 2014 par antigène.....	28
6.5	Tableau 7 : couvertures prévisionnelles pour le Tétanos néonatal.....	29
6.6	Tableau 8 : Données de base et couvertures prévisionnelles de 2010 à 2014.....	29

6.7	<i>Priorités nationales, objectifs repères et niveaux de priorités.....</i>	<i>31</i>
6.8	<i>Tableau 10 : Planification par composante du Programme</i>	<i>35</i>
6.9	<i>Tableau 12: Plan Annuel 2013/2014 (Première année du PPAC).....</i>	<i>55</i>
6.10	<i>Analyse des couts et financements du Programme</i>	<i>75</i>
6.11	<i>Les couts du Programme en 2011.....</i>	<i>76</i>
6.11.2	<i>Le Financement du programme en 2011.....</i>	<i>77</i>
6.11.3	<i>Les besoins en ressources pour le futur.....</i>	<i>78</i>
7.	<i>Le financement du Programme de 2013 à 2017.....</i>	<i>80</i>
8.	<i>La stratégie de viabilité financière du Programme</i>	<i>81</i>

Abréviations

AD	Auto-Disable
AS	Aire de Sante
ASC	Agent de Sante Communautaire
BAD	Banque Africaine de Developpement
BCG	Bacile Calmette et Guérin
CAP	Connaissance Attitude et Pratiques
CCIA	Comite de Coordination Inter-Agence
CECOME	Centrale d'Achat des Medicaments
CESC	
CNC	Commission Nationale de Coordination
CPN	Consultation Pre-natale
DENARP.	Document de Strategie Nationale pour la Reduction de la Pauvreté
DHE	Direction de l'Hygiène
DRS	Direction Regionale de la Santé
DSISE	
ERS	Equipe Regional de Santé
GAVI	Global Alliance for Vaccine and Immunisation
GIVS	Global Immunisation Vision and Strategy
IEC	Information Education pour la Santé
INASA	Institut National de Santé
MAPI	Manifestations Adverse post-immunisation
MICS	Mixed Indicators Cluster Survey
NA	Non Applicable
OBC	Organisation a Base communautaire
OMD	Organisation du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
PAO	Plan d'Action Operationnel
PCV	Pastille de Conrole de Vaccin
PECIME	Prise en Charge Integree des Maladies de l'Enfance
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PFA	Paralysie Flask Aigue
PLAN	Plan International
PMA	Paquet Minimum des Activités
PPAC	Plan Pluri-Annuel Complet
PSB	Projet Sante de Bandim
SIMR	Surveillance Integree des Maladies et Riposte
SIVE	Service Immunisation et Surveillance Epidemiologique
TT	Tetanus Toxoid
UEMOA	Union Economique et Monetaire en Afrique de l'Ouest
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAA	Vaccin Anti-Amaril
VAR	Vaccin anti-rougeole
VIDA	Volontariat International pour le Developpement en Afrique
VPO	Vaccin anti-polio oral

Résumé Exécutif

Avec une population de 1 449 230 habitants dont 51,6% de femmes et 50,2% de jeunes entre 15 et 35 ans (Recensement Général de la Population et l'Habitation de 2009) En 2011, à la faveur d'une bonne campagne de commercialisation de la noix de cajou, la Guinée-Bissau a atteint un taux de croissance du PIB réel de 5,3%. (UNDP, 2011).

Les autorités de la Guinée Bissau se sont engagées dans la lutte contre la pauvreté de plus en plus croissante de la population. Entre 2000 et 2010, le pays a enregistré un taux de croissance annuelle moyenne de l'IDH de 0,9% alors que la moyenne pour l'Afrique subsaharienne a été de 2,1% et celle des pays à très faible IDH était de 1,68%.

Le taux de mortalité infanto juvénile diminue depuis une quinzaine d'années mais à un rythme relativement lent ; il est passé de 223‰ en 1995 à 218‰ en 2000; à 204‰ en 2005 puis 116‰ en 2010¹. La mortalité maternelle estimée à 1000² décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, demeure encore à un taux très élevé, supérieur à la moyenne des pays ayant un profil socio-économique similaire. Il en est de même pour la plupart des indicateurs concernant la santé.

Les causes du problème sont multiples. Mis à part la pauvreté prononcée, et les autres déterminants externes au système de santé, comme le bas niveau d'éducation, cette situation est particulièrement due au dysfonctionnement du système de santé. Ledit dysfonctionnement est caractérisé par le désengagement financier du gouvernement qui ne paie quasiment que les salaires des ressources humaines pour la santé, une gestion déficiente à tous les niveaux, un déficit quantitative et qualitatif en ressources humaines, l'insécurité en médicaments et produits médicaux essentiels. On note également une faible coordination de l'aide au développement avec pour conséquence la balkanisation du pays par les rares bailleurs du secteur santé. L'ensemble de cette situation a rendu l'offre inadéquate et la demande non solvable.

Ces deux indicateurs sont pris en compte comme priorité nationale dans le Document National de Réduction de la pauvreté (DENARP).

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. La vaccination représente un service essentiel et l'introduction des vaccins pneumocoque et rotavirus constitue un objectif prioritaire qui s'ajoutera aux autres pour augmenter les couvertures des antigènes qui existent déjà dans le programme.

- **Couverture de DTC3** : 76% (selon l'estimation de la couverture vaccinale OMS et UNICEF de 2011).
- **Objectifs d'augmentation couverture DTC+HepB+Hib3**: 80 % (2013), 85 % (2014) et 90 % (2015)); 95% (2016); 96% (2017)
- Besoins en vaccins pour la période 2013 - 2017 (hors campagne):
 - BCG : 424,244 doses
 - DTC-Hep B-Hib : 881,857 doses
 - VPO : 1, 178,810 doses y compris, « polio zéro » à la naissance
 - VAR : 289,550 doses
 - VAT : 289,550 doses
 - VAA : 289,550 doses
 - Pcv-13 671,115 doses

¹ MICS 4 – 2010

² WHS 2010

- Rotarix : 169,674 doses
-
- **Conditionnement** : le stockage des vaccins se fait au niveau du dépôt central du PEV à Bissau, et les dépôts régionaux sont approvisionnés à travers des réquisitions mensuelles.
- **Nature de la participation du Comité National de Coordination (CNC) :**
 - Mobilisation des ressources
 - Analyse et approbation des plans et suivi/évaluation de leur mise en œuvre
- **Ce plan vise tout au long des 5 années 2013 - 2017 les groupes cibles suivants :**
 - a. **Enfants de 0 – 11 mois** : 61,991 (2013) ; 63,510 (2014) ; 65,066 (2015) ; 66,660 (2016) et 68,293 (2017)
 - b. **Femmes enceintes** : 61,991 (2013) ; 63,510 (2014) ; 65,066 (2015) ; 66,660 (2016) ; 68,293 (2017)

L'appui du Gouvernement au PEV provient du budget de l'Etat destiné à la santé. Ce budget est annuellement approuvé par l'Assemblée Nationale Populaire et il couvre les dépenses du personnel, du fonctionnement et des investissements pour ce secteur. A cause de manque de disponibilité des fonds, le taux d'exécution du Budget de l'Etat pour la santé est toujours inférieur à 60%. Ceci démontre que le budget ordinaire du Ministère de la santé, pour le développement du système de santé est totalement dépendant de l'appui des partenaires au développement.

Cependant, suite à la création d'une ligne budgétaire par le gouvernement en 2006 pour l'achat des vaccins et de matériels, et pour honorer la contrepartie de l'Etat dans le financement des nouveaux vaccins pour les années 2011 – 2012, le gouvernement a débloqué xxx USD.

L'acquisition des vaccins, matériels de chaîne de froid et autres consommables (matériels d'injections) est financée par l'UNICEF, GAVI et gouvernement (co-financement des nouveaux vaccins avec GAVI). L'OOAS appuie de façon ponctuelle.

Jusqu'ici, l'UNICEF/Guinée-Bissau à travers sa central d'achat de Copenhague, assure l'approvisionnement du pays en vaccin et tous les autres matériels du PEV. La direction centrale du PEV se charge d'approvisionner les niveaux régionaux à raison de livraisons trimestrielles. L'approvisionnement des aires sanitaires est effectué mensuellement par les régions sanitaires.

L'UNICEF est également responsable de l'approvisionnement et renouvellement des pièces de rechange pour les équipements de la chaîne de froid. A tous les niveaux, l'approvisionnement se fait de façon groupée (vaccin, seringues, boîtes de sécurité, etc...)

Concernant les autres matériels, les fournitures y compris les pièces de rechange se font sur demande et après validation des requêtes par la direction centrale du PEV.

Cependant, compte tenu des difficultés actuelles que traversent encore le pays (limitations financières très importantes pour subvenir aux besoins des programmes de santé), accrue avec le retrait du soutien de la communauté internationale après la crise du 12 avril 2012, les autorités de la Guinée Bissau sollicitent le soutien de ses partenaires, en particulier l'appui de GAVI pour continuer l'appui de la subvention aux services de vaccination, la sécurité des injections et l'introduction de nouveaux vaccins (pentavalent, fièvre jaune) ainsi que l'introduction des vaccins anti- pneumocoque et rotavirus dans le programme national afin de réduire la morbidité et mortalité des enfants.

INTRODUCTION

Le progrès d'un peuple se mesure par sa capacité de prévenir tout événement pouvant affecter négativement la qualité de vie de sa population. La vaccination est l'une des interventions médicales les plus efficaces et économiques accessibles à l'homme. Autrement dit, il s'agit du meilleur coût-efficacité universellement connu pour réduire la morbidité et la mortalité. Vacciner un enfant vivant dans des conditions de pauvreté ou d'indigence a le mérite de lui donner une chance d'échapper aux principaux agents infectieux prédateurs de l'enfance.

Le gouvernement de la Guinée-Bissau, conscient de sa responsabilité envers l'enfant et la femme, et pour donner suite aux accords signés avec la communauté internationale dans le cadre de l'éradication/l'élimination et le contrôle des maladies à prévention vaccinale, a décidé de tout mettre en œuvre pour renforcer le Programme Élargi de Vaccination (PEV), en élaborant un plan pour une période de cinq (5) ans (2013-2017).

L'objectif principal de ce plan vise à consolider les gains obtenus dans la couverture vaccinale pendant la mise en œuvre du Plan Pluriannuel (2010-2014) et atteindre, en même temps, les nouveaux objectifs fixés pour pouvoir permettre de protéger la santé et le bien-être des mères et des enfants. De plus, il intègre l'initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite, et les objectifs d'élimination du tétanos maternel et néonatal (TMN), et de contrôle de la rougeole, ainsi. Mais l'objectif est de parvenir aussi au financement des vaccins traditionnels et consommables par le gouvernement, conformément aux engagements pris dans le cadre du projet ARIVA et aux orientations préconisées par GAVI en vue de promouvoir la pérennisation du financement du Programme de Vaccination y compris l'approvisionnement en vaccin.

1.1 Géographie et Structure administrative

La République de la Guinée – Bissau est située sur la côte occidentale de l'Afrique avec une superficie de 36.125 km² et, elle compte une population de 1 449 230 habitants dont 51,6% de femmes et 50,2% de jeunes entre 15 et 35 ans (Recensement Général de la Population et l'Habitation de 2009). 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.

Le climat comprend deux saisons la saison sèche qui s'étend de décembre à mai et la saison pluvieuse de juin à novembre.

Sur le plan politique, la fragilité de la gouvernance apparaît comme l'un des principaux obstacles pour améliorer la gestion des biens publics. Cette fragilité commence par l'instabilité politique et institutionnelle accompagnée par une faible capacité financière et humaine pour élaborer et mettre en œuvre des politiques de développement.

L'insuffisance des ressources humaines et des structures indispensables au développement, a pour conséquence une gestion des finances publiques caractérisée par une faible capacité de mobilisation des ressources internes, une allocation inefficace des ressources disponibles et une manque de continuité des actions du gouvernement.

1.2 Situation Socio-Economique

Selon le dernier Rapport sur le Développement Humain du PNUD de 2011, la Guinée Bissau est classée 176^{ème} sur 187 pays avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,353. Entre 2000 et 2010, le pays a enregistré un taux de croissance annuelle moyenne de l'IDH de 0,9% alors que la moyenne pour l'Afrique subsaharienne a été de 2,1% et celle des pays à très faible IDH était de 1,68%.

La situation de la pauvreté monétaire, mesurée à travers les taux de pauvreté absolue (revenu inférieur à 2 USD par jour) et extrême (revenu inférieur à 1 USD par jour), s'est aggravée entre 2002 et 2010. A ce propos, l'Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté de 2010 (ELP/ILAP II) indique que 69,3% des Bissau guinéens sont pauvres et 33% extrêmement pauvres, soit respectivement 5 et 13 points de pourcentage de plus qu'en 2002. Cette enquête révèle aussi que les pauvres en Guinée Bissau sont surtout des jeunes (80% entre 15 et 35 ans) et que la pauvreté touche davantage les femmes que les hommes.

En 2011, à la faveur d'une bonne campagne de commercialisation de la noix de cajou, la Guinée-Bissau a atteint un taux de croissance du PIB réel de 5,3%. Toutefois, le coup d'Etat intervenu le 12 avril 2012 a paralysé le fonctionnement des structures publiques durant près d'un mois, induit un comportement d'attentisme auprès des opérateurs économiques, notamment ceux du secteur bancaire, et ralenti les activités de la campagne de commercialisation de la noix de cajou. Par ailleurs, certains partenaires au développement notamment, l'Union européenne, la BAD, la Banque Mondiale et le FMI ont suspendu les décaissements sur les projets qui dépendent de leur financement ainsi que les appuis budgétaires. L'évolution des indicateurs macroéconomiques révèle que la crise du 12 avril 2012 a affecté les principaux secteurs d'activités, notamment les finances publiques, le secteur commercial et industriel.

En ce concerne la croissance, l'actualisation du cadrage macroéconomique réalisés en octobre 2012, a révisée le taux de croissance du PIB réel pour l'année 2012, qui se situe désormais à 0,7% contre des prévisions officielles de 2,5% en juillet 2012 et 5,3% enregistré en 2011.

En outre la suspension des appuis aux projets (diminution de 54,8%) aura des répercussions graves sur le niveau des investissements et conséquemment sur les populations les plus vulnérables.

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.

Malgré l'engagement et l'amélioration de la gestion des dépenses publiques, le Gouvernement n'a pas pour le moment, réussi à inverser, totalement les difficultés budgétaires. Presque toutes les ressources financières pour renforcer le système de santé, sont obtenues sous forme d'aide provenant des partenaires. Le budget de l'Etat est uniquement destiné au paiement de salaires et l'amortissement des dettes du passé.

En conclusion, on retiendra que la chute drastique de la croissance en 2012 constitue une contrainte majeure pour l'attente des objectifs à court et moyen terme envisagés dans le

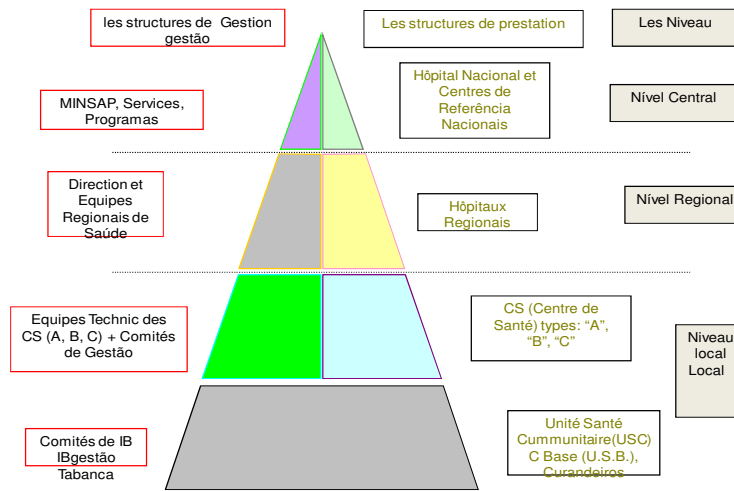
Document de la Stratégie National de Lutte contre la Pauvreté (DENARP) et ainsi que l'alignement des indicateurs du développement humaine selon les OMD.

2. Organisation du Système de santé

2.1 La pyramide sanitaire

Le système de santé est de type pyramidal avec trois niveaux : niveau local, régional et central comme le montre le schéma ci-après :

Figure 1 - Les structures, les niveaux et les liaisons fonctionnelles



Parlant du niveau local, où commencent les soins de santé primaires, il existe trois types de formations sanitaires à savoir : les Unités de Santé Communautaire (USC) qui sont des structures gérées par les Agents de Santé Communautaires et les Accoucheuses Traditionnelles qui jouent le rôle de premier niveau de contact entre l'homme malade et les structures de santé.

Conformément à la nouvelle politique et aux directives du Ministère de la Sante (2010) relatives à la sante communautaire, il est envisagé qu'un ASC soit responsable de 50 ménages a qui doit assurer la promotion de 16 pratiques familiales essentielles. Dans le domaine de la vaccination chaque ASC a pour tâche le dénombrement de population de ce 50 ménages, de l'identification des enfants et femmes enceintes cibles de la vaccination ; la sensibilisation et la mobilisation des ménages pour la vaccination et de la recherche active des cas d'abandon. Dans le domaine de la surveillance, chaque ASC assure la recherche active et notification de tous les cas des maladies sous surveillance notamment PFA, Rougeole, TMN, Fièvre Jaune,

A côté de ces USC, viennent les autres formations sanitaires telles que : les postes de santé et les centres de santé de type C, B et A. Cette définition vise une rationalisation de l'utilisation des ressources matérielles, financières et humaines car un poste de santé et centre de santé type C sont destinée à des zones où la densité de population est très faible avec un rayon d'action entre 5 – 10 km, tandis que les centres de santé B et A sont dans les zones ayant une capacité d'hospitalisation qui varie entre 20 – 30 lits, pour une population plus dense. La seule différence entre ces deux types de formation sanitaire est que, les centres A sont destinés á des zones dont l'accessibilité géographique est très difficile donc, ils doivent être munies d'un petit bloc opératoire pour assurer des interventions

d'urgence en particulier, les cas de césariennes. Ces formations sont réparties dans les 114 aires sanitaires des 11 régions que compose le système de santé au niveau national.

L'aire sanitaire est une zone qui prend en compte le critère de la population et la caractéristique géographique de cette zone au niveau du continent. A cet effet la population d'une aire sanitaire varie de 5 000 à 12 000 habitants, par contre dans les îles, ce nombre d'habitants décroît jusqu'à 450 habitants. Mais il faut retenir que plus de 40% de la population habitent dans un rayon au-delà de 5km de la structure sanitaire la plus proche. C'est le niveau responsable pour l'offre des paquets de soins intégrés y la supervision des agents de santé communautaire dans la promotion des PFA dont inclus la sensibilisation pour la vaccination des enfants. **En outre, compte tenu de la dimension du pays les régions sanitaires en Guinée - Bissau correspondent au district sanitaire.**

Ensuite vient le niveau régional où existe une Direction régionale avec une équipe qui est chargée d'assurer la mise en œuvre de la politique de santé et la coordination de toutes les activités y compris la collaboration intersectorielle. A ce niveau il existe des hôpitaux régionaux (HR) qui sont au nombre de 5 pour assurer la prestation des soins et jouent le rôle de structure de référence du premier niveau.

La restructuration du Ministère de la Santé en 2009, a procédé à l'intégration de la Région sanitaire de São Domingos dans celle de Cacheu et la division de celle d'Oio en deux; il s'agit de la Région d' Oio et de Farim.

En fin le niveau central qui est responsable de la définition des orientations majeures pour le niveau régional en fonction des priorités nationales. Avec le gouvernement de transition, le niveau central a subi quelque modification dans la structure organique. Au Ministère de la Santé a été intégré la solidarité sociale et devient Ministère de la Santé Publique et de Solidarité Sociale qui comprend un Cabinet du Ministre, un Secrétaire General responsable pour la solidarité sociale, trois Directions Générales et des Directions des services, des Programmes et des Départements de Service dont les missions consistent à coordonner et à appuyer les différentes activités de la santé. A côté, il existe des structures de prestations de soins qui comprennent un Hôpital National Simão Mendes pour les soins spécialisés, trois structures de référence nationale; à savoir l'Institut National de la Santé (INASA) dont la mission consiste à coordonner et à réaliser des recherches en santé et enfin une Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CECOME). Le secteur privé est pour le moment peu développé dans le pays. Il est composé par des cliniques et des Cabinets de consultation.

2.2 Situation épidémiologie

Le profil épidémiologique de la Guinée - Bissau continue à être dominé par des maladies transmissibles et une augmentation des maladies non transmissibles et émergentes aggravée par un contexte très défavorables. Cette situation qui menace la santé de la population, a pour conséquence une forte morbidité et mortalité résultant d'une part, de la persistance des comportements à risque comme le tabagisme, l'alcoolisme, la consommation de la drogue, les comportements sexuels irresponsables et un régime alimentaire déséquilibré et d'autre part, de l'incapacité du système national de santé d'apporter une solution appropriée à ces problèmes.

Il faut noter que la surveillance épidémiologique bénéficie de l'appui financière de l'OMS qui couvrent la supervision, le transport des échantillons des régions au laboratoire national de la santé publique et au laboratoire sous-régional de l'Institut Pasteur de Dakar. Lors du démarrage de l'Initiative Éradication de la Polio, l'acte de notification d'un cas de PFA était rémunéré ainsi que le prélèvement des échantillons. Dans le cadre de l'approche intégrée, des fonds de remboursement sont destinés aux dépenses du transport des échantillons et le

perdiem des techniciens ayant transporté les échantillons. Ce changement d'approche fait que les points focaux communautaires et des structures privées sont démotivés. En conséquence, la performance de la surveillance PFA est tombée depuis 2005 avec des indicateurs largement en deçà des standards exigés. Dans la perspective d'améliorer la performance, des réunions de sensibilisation et de briefing sur la recherche active des cas de PFA et de rougeole ont été organisées par les responsables sanitaires en collaboration avec les leaders communautaires. Les dernières formations du personnel de santé datent de 2009 et le recyclage des points focaux en 2011. Conformément à la nouvelle politique de santé communautaire adoptée en 2010, des nouveaux agents de santé communautaire ont été identifiés déjà dans huit régions sanitaires. Ces dernières sont encore à former en vue de leur implication et pleine participation dans la surveillance. L'impact de ces activités commence à faire ressentir seulement à partir de 2007.

Depuis 1986, la Guinée – Bissau est toujours confrontée aux épidémies de choléra qui a acquis un caractère endémique, dont les plus importantes ont été enregistrées en 1994, 1997, 2005, 2008 et 2012 respectivement touchant 12398, 20382, 25164, 14229 et 3 466 cas. La propagation des épidémies témoigne en partie, l'incapacité du système national de santé de donner une réponse appropriée. Ceci est dû en partie par le manque de motivation du personnel accentué par les problèmes liés à l'assainissement du milieu environnemental en particulier, le manque d'eau potable, le mauvais système d'évacuation des excréta et une alimentation déséquilibrée.

Parlant de l'infection à VIH, la Guinée-Bissau vit une épidémie généralisée avec une prévalence chez les adultes 5,3% (INASA 2010) caractérisée par la circulation de deux types de virus : VIH 1 et VIH 2 avec une prévalence relativement élevée. Ces deux types de virus circulent d'une façon opposée. On constate que le type 1 augmente tandis que le type 2 a tendance à diminuer. Mais d'une façon générale, la prévalence globale de VIH, au niveau national est en augmentation.

Concernant le paludisme, le nombre de cas de décès dus à cette maladie ont connu une diminution significative au sein de la population générale et la couverture en moustiquaires imprégnées aux enfants de moins de cinq ans est de 36% en 2010. Cependant, malgré ces progrès réalisés par le programme, on estime que cette maladie reste une cause importante de l'utilisation des services de santé (11% de consultation en 2011), de l'absentéisme dans les écoles et dans les lieux de travail, avec un impact négatif sur l'économie nationale et le rendement des ménages.

Compte tenu de la déficience du système d'information sanitaire notamment en termes de complétude, qui ne permet pas d'avoir une situation épidémiologique réelle du pays, on pense qu'une bonne partie des malades que se font soigner en dehors du système formel, de même que les décès qui surviennent en dehors des formations sanitaires, ne sont pas enregistrés. Pour obtenir informations sur la morbidité et la mortalité, on est souvent amené à recourir à des études ponctuelles.

2.3 Système d'information sanitaire

L'actuel système d'information sanitaire (SIS) a pour base un formulaire de rapport mensuel rempli au niveau des formations sanitaires et transmis au niveau régional qui procède aux saisis des données et les transmet à son tour au niveau central en format électronique. Jusqu'à ces jours la collecte des données se limite seulement aux formations sanitaires du secteur public. La version actuelle du SIS date de 2009, et nécessite une révision en vue d'y inclure des données de la surveillance et celles d'autres programmes. En matière de partage d'information, l'INASA éditait jusqu'en octobre 2011 un bulletin bimestriel de retro information. Ayant constaté une faiblesse dans la qualité des données reçues des

formations sanitaires, INASA avait suspendu l'édition dudit bulletin en attendant la conclusion d'un audit de la qualité des données que lui-même avait lancé. Les principaux problèmes du système d'information sanitaire sont: l'insuffisance du personnel compétent dans la gestion des données sanitaires, en particulier, le recueil, l'analyse des tendances épidémiologiques ; l'irrégularité de transmission des données (complétude et promptitude) ; insuffisances des ressources financières ; insuffisance d'équipements et moyens roulants. Ces facteurs constituent un handicap pour la prédiction de la survenue des épidémies ainsi que la préparation à la riposte.

2.4 Ressources humaine pour la santé

Concernant les Ressources humaines, un Plan National a été élaboré pour une période allant de 2008-2017 afin d'améliorer la gestion de cette ressource précieuse. Sur l'ensemble du pays, l'on note une insuffisance en nombre et qualité de personnel, aggravée par une grande disparité dans la distribution entre les différentes régions. Au niveau central le PEV ne dispose que de deux personnels techniques qui occupent des postes de Directeur national et Directeur-adjoint. Cette carence en personnel technique porte préjudice dans la gestion du programme notamment la planification, exécution. La supervision, le suivi et évaluation,

Il y a à 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; bas niveau de salaire et mauvaises conditions de travail.

A la fin de 2008, la situation du personnel du secteur santé en service ainsi que les projections de formation pour la période de 2008 à 2017 se présente comme indiqué dans le tableau ci-dessous

Tableau 1: Ratio agents de santé par 10.000 habitants en 2011, Guinée-Bissau

Régions	Population total en 2011	Medécins	Ratio Medécins	Infirmirs général	Ratio infirmirs	Infirmirs Auxillier	Racio Enfermeiros Auxiliar	Sagefemme Auxiliaire	Ratio sagefemme Auxiliairer	Sage femme général	Ratio sagefemme général
BAFATA	234 282	6	0,26	35	1,49	28	1,20	0	0,00	9	0,38
BIJAGOS	23 958	2	0,83	16	6,68	9	3,76	0	0,00	3	1,25
BIOMBO	82 788	4	0,48	15	1,81	13	1,57	0	0,00	19	2,30
BOLAMA	10 270	1	0,97	9	8,76	8	7,79	0	0,00	2	1,95
CACHEU	205 594	5	0,24	43	2,09	22	1,07	1	0,05	20	0,97
FARIM	50 447	2	0,40	7	1,39	11	2,18	0	0,00	1	0,20
GABU	219 018	6	0,27	48	2,19	22	1,00	0	0,00	12	0,55
OIO	179 878	5	0,28	12	0,67	19	1,06	0	0,00	12	0,67
QUINARA	66 799	4	0,60	10	1,50	17	2,54	0	0,00	8	1,20
TOMBALI	106 409	3	0,28	28	2,63	24	2,26		0,00	7	0,66
BISSAU	403 053	62	1,54	174	4,32	137	3,40	6	0,15	72	1,79
TOTAL	1 582 496	100	0,63	397	2,51	310	1,96	7	0,04	165	1,04

2.5 Financement du secteur de la Santé (équipe environnement programmatique et financière)

Le financement du système de santé de la Guinée-Bissau provient des différentes sources, à savoir, l'OGE, le PIP, les contributions des partenaires bilatéraux et multi latéraux, recettes propres, les cotisations de la Sécurité Sociale à travers de l'Institut National de la Prévoyance Sociale et le recouvrement des couts provenant des utilisateurs des services de santé (l'Initiative de Bamako).

En 2006, avec la dépense avec la santé a été de 1,22% du PIB. Du total du Budget de l'Etat, 5.08% est destiné au Ministère de la Santé Publique. La participation externe en ce qui concerne le budget de la santé représentait 11.19% du PIB qui correspond à 46,54% du Budget de l'Etat. Ces données montrent "... l'insécurité financière du pays et la nécessité importante d'intervention par des entités externes à maintenir un niveau de soins minimum de santé à la population. » (Santana, 2007).

Dans les dix dernières années, la proportion du Budget de l'Etat allouée à la santé n'a jamais atteint le 10% et représente moins de 15% des besoins financiers du fonctionnement du secteur, ce qui implique que le budget ordinaire du Ministère de la Santé est entièrement tributaire de l'appui des partenaires au développement.

Dans ce contexte, on est bien loin des objectifs de la Déclaration d'Abuja qui fixe à 15% la part du budget de l'Etat devant être allouée au secteur de la santé. Ces contraintes entravent également le chemin vers l'atteinte des objectifs du Millénaire. Le financement communautaire qui est l'un des piliers importants du secteur, est confronté au problème de gestion pour une utilisation judicieuse de ces fonds, faute de supervision pour une utilisation judicieuse des outils de gestion et d'implication de la communauté dans la planification des activités.

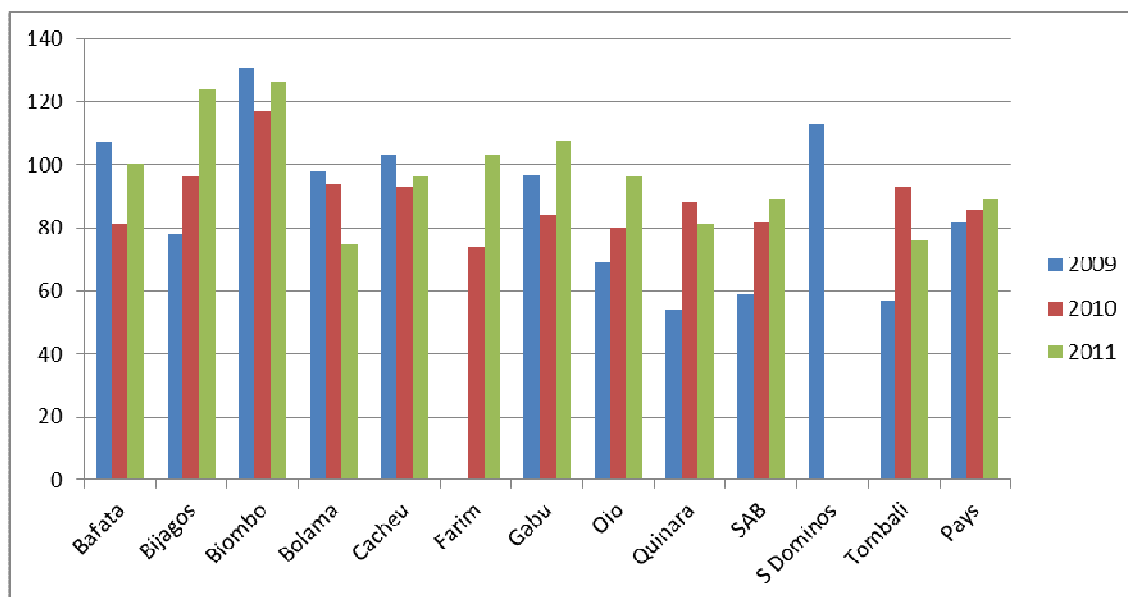
Dans le contexte de l'instabilité politique qui a caractérisé le pays depuis presque 10 ans, on assiste à une diminution progressive des contributions des principaux partenaires du secteur tel que la Banque Mondiale et la Banque Africaine pour le Développement.

3. Le Programme Elargi de Vaccination – PEV

3.1 Historique et contexte

Avec l'appui des partenaires, le Programme Elargi de Vaccination a été introduit dans le pays en 1984. Il est intégré dans la Direction de la Santé Familiale et de la Reproduction et mis en œuvre sur toute l'étendue du territoire national.

Tableau 2 : Evolution des couvertures vaccinales par antigène et par région sanitaire (2007 – 2011)



En 1993, avec la réorganisation du Ministère de la Santé, ce programme a été intégré dans les Soins de Santé Primaires (SSP), mais jusqu'en 1992 le PEV a fonctionné essentiellement d'une façon verticale. Par la suite, avec l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) en 1998, il a été intégré à la Division de la Santé de la Famille. Les principaux partenaires du PEV sont GAVI, l'UNICEF et l'OMS. Il faut noter les apports considérables respectivement du Rotary Club International, Bill and Melinda Gates Foundation à travers l'initiative d'éradication de la poliomyélite, United Nations Foundation (UNF) pour l'élimination de rougeole, and GAVI Funds pour l'élimination du tétanos. D'autres partenaires apportent des appuis ponctuels au PEV : Plan Guinée-Bissau et Organisation Ouest Africaine pour la Santé (OOAS).

Le PEV a connu un développement entre 1986-1990 avec un appui du gouvernement Italien et l'engagement du chef d'état pour vacciner au moins 80% des enfants moins d'un an en fin 1990. Entre 1990 et 1994, le pays a connu une augmentation de la couverture vaccinale de tous les antigènes. La couverture BCG a atteint plus de 90% dans certaines régions d'après l'évaluation de 1994. Cette amélioration était due à la disponibilité des ressources, à la stratégie avancée et aux actions d'IEC. Cependant il faut noter les pertes dans l'accomplissement du calendrier et la vaccination tardive des enfants avec une couverture des enfants complètement vaccinés de 30% en 1994. Malheureusement, au-delà de 1995, la couverture vaccinale a baissé jusqu'au conflit armé :

Cette baisse s'explique par :

- réduction des financements extérieurs (italiens en particulier) non compensés par le gouvernement, malgré le support de l'UNICEF.
- abandon de la stratégie avancée et insuffisance de ressources humaines
- détérioration des moyens de transport qui assuraient la stratégie avancée, et de la chaîne du froid.

Après le conflit, des progrès très importants ont été enregistrés pour la couverture qui est passée de 25 à 70 % pour le BCG et le DTC3 entre 1999 et 2000. Les progrès en rougeole ont été plus modérés, et la couverture reste encore basse pour cet antigène. A la fin 2011, le programme a réalisé des couvertures en DTC+HepB+Hib3 de 97% ; rougeole 91% ; fièvre jaune 84% et TT2+ de 32%, selon les données administratives.

3.2 Calendrier vaccinal

Jusqu'en 2007, les vaccins administrés dans le cadre du PEV en Guinée Bissau sont le BCG, le DTC, le VPO, le VAT, et le VAR. Dans le cadre de l'introduction des nouveaux vaccins et avec l'appui de GAVI, le pays a introduit dans son calendrier vaccinal le vaccin Pentavalent (DTC-HepB-Hib) en 2008 et le vaccin contre la Fièvre Jaune. Le pays se prépare à introduire le vaccin contre le pneumocoque en 2014 et le vaccin contre le Rotavirus en 2015.

Actuellement, le calendrier vaccinal se présente comme suit:

- BCG et Polio zéro – à la naissance
- DTC-HepB-Hib (vaccin associé) et Polio (3 doses) – à la 6e semaine, 10^e semaine et 14e semaine
- Rougeole (1 dose) et Fièvre jaune (1 dose) – à 9 mois
Tétanos (5 doses) – chez les femmes en âge de procréer à partir de 14 ans
1^e dose, 2^e dose après 4 semaines, 3^e dose après 24 semaines, 4^e dose après 12 mois et 5^e dose après 12 mois.

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.

3.3 Financement et Approvisionnement en vaccins et autres matériels

L'acquisition des vaccins, matériels de chaîne de froid et autres consommables (matériels d'injections) est financée par l'UNICEF, GAVI et gouvernement (co-financement des nouveaux vaccins avec GAVI). L'OOAS appuie de façon ponctuelle.

Jusqu'ici, l'UNICEF/Guinée-Bissau à travers sa central d'achat de Copenhague, assure l'approvisionnement du pays en vaccin et tous les autres matériels du PEV. La direction centrale du PEV se charge d'approvisionner les niveaux régionaux à raison de livraisons trimestrielles. L'approvisionnement des aires sanitaires est effectué mensuellement par les régions sanitaires.

L'UNICEF est également responsable de l'approvisionnement et renouvellement des pièces de rechange pour les équipements de la chaîne de froid. A tous les niveaux, l'approvisionnement se fait de façon groupée (vaccin, seringues, boîtes de sécurité, etc.)

Concernant les autres matériels, les fournitures y compris les pièces de rechange se font sur demande et après validation des requêtes par la direction centrale du PEV.

3.4 Logistique et Moyens de transport

Depuis le début du programme jusqu'en mi-2010 le PEV a utilisé le matériel de chaîne de froid à pétrole. Le fonctionnement de la chaîne de froid était régulier, cependant la faible disponibilité du pétrole sur le marché interne du pays a souvent constitué un obstacle majeur du fait des ruptures fréquentes de ce produit. Cette situation provoque la diminution de la capacité de stockage de la chaîne de froid, principalement au niveau des aires sanitaires, affectant ainsi la mise en œuvre des activités de vaccination.

Au cours de l'année 2008 le pays a connu une rupture prolongée pendant 8 mois du pétrole sur le marché ce qui a occasionné une paralysie du fonctionnement de la chaîne de froid et par conséquent les activités de vaccination. Cette situation a été à l'origine d'un retard considérable dans l'introduction des nouveaux vaccins mais aussi une chute importante des couvertures vaccinales enregistrées.

Suite à la situation décrite dans le paragraphe antérieur le pays a pris la décision de remplacer tous le matériel de chaîne froid existant (à pétrole) par le matériel de chaîne de froid solaire. C'est ainsi qu'en 2009, le pays avec l'appui de l'UNICEF a acquis du matériel de chaîne de froid solaire pour les aires de santé fonctionnelles du pays. Tout ce matériel a effectivement été installé entre 2010 et 2011.

En dehors de quelque cas de non fonctionnement de ce matériel à cause d'intempéries (coup de foudre) et des vols d'accessoires (panneaux solaires), le matériel fonctionne bien dans l'ensemble.

Cependant pour l'introduction des deux nouveaux vaccins (pneumocoque en 2014 et rotavirus en 2015) la capacité actuelle en chaîne de froid s'avère largement insuffisante pour accueillir ces nouveaux vaccins. Le renforcement de capacité de la chaîne de froid devient un impératif.

Concernant les moyens de transport, le programme est très mal loti. Au niveau central le programme dispose de 2 véhicules qui datent de 2002 et 2010. Au niveau des aires de santé 114/114 disposent de motos en bon état. Il faut relever le manque des fonds pour l'entretien et maintenance de tous ces moyens roulants. La conséquence de cette situation est la faible supervision du niveau central vers les régions et des régions aux aires de santé d'une part et l'insuffisance des prestations de service de vaccination en stratégie avancée d'autre part.

3.5. COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE

1. Environnement juridique et institutionnel

C'est en 1991, date de l'ouverture politique du pays à la démocratie, que la liberté de la presse a été accordée en Guinée-Bissau. C'est depuis cette date également qu'il existe une loi de la presse qui garantit une libre expression des initiatives privées à travers la création d'organes d'information, comme la radio, la télévision, les journaux, etc. Un statut des journalistes est reconnu à travers le décret n° 39/92.

De plus, avec la loi n° 6/91, l'Etat a mis en place le Conseil National de la Communication Sociale qui gère le fonctionnement de la communication dans le pays. C'est cette institution qui autorise la création de médias privés, arbitre les conflits éventuels nés dans le secteur. Ce climat favorable à la libre expression a permis l'existence d'un paysage médiatique bien riche.

2. Paysage médiatique et secteur des télécommunications

Selon une liste actualisée en fin 2012 par le Centre de Communication pour la Santé (CICS), il existe dans le pays une radio publique, 33 radios communautaires, 2 radios privées commerciales, deux radios religieuses (une catholique, une musulmane), une chaîne de télévision publique et deux télévisions privées.

Toutefois, seuls les quatre médias suivants arrivent à couvrir tout le territoire national : la radio et la télévision nationales ; la radio catholique (Radio Sol-Manci) et deux radios commerciales (Radio Pindjiguiti et Radio Bombolom FM).

La presse écrite est alimentée par un journal d'Etat et quatre organes de presse écrite privée, qui paraissent régulièrement (No Pintcha, Gazeta de Noticias, Bantaba di Nobas et Diario de Bissau).

La communication électronique est en pleine croissance dans le pays depuis la fin du conflit politico-militaire de juin 1998. La connexion internet est ainsi disponible à un coût abordable (environ 500 F CFA/1 heure), ce qui est un atout important pour le système d'information sanitaire. Du reste, l'Institut National de Santé Publique (INASA) assure le fonctionnement et la maintenance du système informatique de communication des données dans le pays, en particulier dans les régions de Bissau, Cacheu, Gabu et Bafata.

Le pays dispose aussi de trois sociétés de télécommunication mobile (MTN, Guinée Tel GB et Orange), avec 39% de la population qui ont des téléphones portables. Depuis 2009, le ministère de la santé a signé un partenariat avec MTN, à l'issue duquel cet opérateur a mis en place un réseau de communication téléphonique gratuit entre le service central du PEV, les directions régionales et les 114 aires de santé. Un bilan de cet appui mériterait d'être réalisé afin d'en mesurer l'impact et corriger d'éventuelles limites.

Le paysage médiatique et le secteur des télécommunications restent toutefois soumis à d'importantes contraintes. Ainsi, du fait de l'irrégularité de l'énergie électrique, voire son absence en certains endroits du pays, l'accès aux médias reste très limité car très cher. Environ 10% de la population ont les moyens d'acquérir régulièrement les journaux et de suivre la télévision; la radio demeurant le moyen d'information le plus accessible.

Malgré ces défis, le PEV arrive à communiquer avec les populations en matière de santé.

3. La communication pour la santé

Au niveau central, il existe une structure qui coordonne les activités de communication pour la santé. Il s'agit du Centre d'information et Communication pour la Santé (CICS), logé au sein de l'Institut National de Santé Publique (INASA).

A la tête du CICS/INASA, il y a un directeur, assisté de deux chefs de département (Recherche et Communication). C'est cette structure qui conçoit et met en œuvre les plans et les actions de communication en matière de santé. D'ailleurs, ce centre produit et diffuse un programme radiophonique hebdomadaire de promotion de santé de 30 mn sur l'ensemble du territoire depuis plusieurs décennies.

Toutefois, il n'existe pas d'agents spécialisés en communication/mobilisation sociale travaillant dans les aires de santé. A côté de ce centre, on trouve d'autres acteurs dans le secteur de la communication. Par exemple, on compte quelque 4,096 Agents de Santé Communautaires (ASC) dont la moitié environ a été formée, équipée et encadrée par le Ministère de la Santé, avec l'appui technique et financier de l'UNICEF.

Le pays compte aussi avec une forte compétence d'organisations de la société civile, notamment des ONG, qui appuient le ministère de la santé en matière de communication pour la santé. Parmi ces ONG, les plus compétentes sont : VIDA, DIVUTEC, EDEC, ADPP, PALMERINHA et ALTERNAG.

4. Les défis à relever

Riche en infrastructures de communication, dotée d'un minimum de ressources humaines spécialisées et de capacités techniques, forte d'une présence d'organisations de la société civile mobilisable pour des actions d'appui, la Guinée Bissau dispose d'un potentiel certain en matière de communication. En plus, le pays présente la particularité fort intéressante de posséder une langue (le créole) comprise de tous les habitants ; ce qui est un atout majeur pour la diffusion des messages-clés sur la vaccination. Toutefois, des défis majeurs restent

à relever. Par exemple, il manque une vision stratégique, matérialisée par un plan intégré de communication pour la vaccination de routine, les campagnes, la surveillance des maladies cibles et l'introduction de nouveaux vaccins.

Par ailleurs, il n'existe aucune donnée récente sur la maîtrise du calendrier vaccinal par les mères d'enfants en âge de vaccination ; aucune donnée n'est également disponible sur les connaissances des mères d'au moins 5 maladies évitables par la vaccination.

Il est aussi rapporté que le fort taux d'abandon DTC 1- DTC 3 (14%) enregistré dans 8/11 régions du pays s'expliquerait par des déficiences observées dans le système de santé : non-respect des agendas des populations surtout rurales, lequel a pour effet d'éloigner les mères des structures de santé et insuffisance de maîtrise en communication interpersonnelle.

Enfin, le niveau élevé d'analphabétisme et le poids des pesanteurs socio-culturelles impactent négativement sur l'adoption de comportements favorables à la santé.

5. Les stratégies à utiliser

La communication pour le développement (C4D) offre un cadre matriciel adéquat pour l'atteinte des objectifs stratégiques que se donne le PEV.

Définie comme l'utilisation rationnelle et orientée des techniques de communication pour la promotion du développement, à travers un changement positif d'attitudes et de comportements, et faisant appel à la participation efficiente de tous les acteurs, la communication pour le développement propose les stratégies suivantes que le PEV compte utiliser :

- Le plaidoyer : il vise 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.;
- La communication pour le changement de comportement: elle permet d'informer, de stimuler et d'influencer les individus, les ménages et les leaders d'opinion à l'adoption de comportements favorables;
- La communication pour le changement social: elle engage et responsabilise les communautés et les réseaux sociaux pour influencer ou renforcer les normes sociales et les comportements;
- La mobilisation sociale et le partenariat : ils permettent de renforcer la participation des institutions, des réseaux communautaires et sociaux, des groupes religieux, etc. en vue d'atteindre un objectif de développement donné.

Au total, l'adoption d'un 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, d'instaurer un climat favorable au sein du système de santé et des autorités publiques, des acteurs de la société civile et d'opérateurs du secteur privé.

3.6. Evolution de la couverture vaccinale

Avec l'appui de la communauté internationale, le PEV a été mis en place en 1984. En 1993, avec la réorganisation du Ministère de la Santé, ce programme a été intégré dans les Soins de Santé Primaires (SSP), mais jusqu'en 1992 le PEV a fonctionné essentiellement d'une façon verticale. Par la suite, avec l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) en 1998, il a été intégré à la Division de la Santé de la Famille. Les principaux partenaires du PEV sont GAVI, l'UNICEF et l'OMS. Il faut noter les apports considérables respectivement du Rotary Club International et Bill and Mellinda Gates Foundation à travers l'initiative d'éradication de la poliomyélite, United Nations Foundation (UNF) pour l'élimination de rougeole, GAVI Funds pour l'élimination du tétanos. D'autres partenaires apportent des appuis ponctuels au PEV : Plan Guinée-Bissau et Organisation Ouest Africaine pour la Santé (OOAS).

Le PEV a connu un développement entre 1986-1990 avec un appui du gouvernement Italien et l'engagement du chef d'état pour vacciner au moins 80% des enfants moins d'un an en fin 1990. Entre 1990 et 1994, le pays a connu une augmentation de la couverture vaccinale de tous les antigènes. La couverture BCG a atteint plus de 90% dans certaines régions d'après l'évaluation de 1994. Cette amélioration était due à la disponibilité des ressources, à la stratégie avancée et aux actions d'IEC. Cependant il faut noter les pertes dans l'accomplissement du calendrier et la vaccination tardive des enfants avec une couverture des enfants complètement vaccinés de 30% en 1994. Malheureusement, au-delà de 1995, la couverture vaccinale a baissé jusqu'au conflit armé:

Cette baisse s'explique par :

- réduction des financements extérieurs (italiens en particulier) non compensés par le gouvernement, malgré le support de l'UNICEF.
- abandon de la stratégie avancée et insuffisance de ressources humaines
- détérioration des moyens de transport qui assuraient la stratégie avancée, et de la chaîne du froid.

Le tableau ci-après montre l'évolution des couvertures par antigène de 1990 à 2011

Tableau 3. Évolution couverture vaccinale (%) par antigènes, 1990 – 2011

Année	BCG	DTC3	VPO3	ROUGEOLE	TETANOS 2 & +	PENTA	FJ
Enquête 1990	90	38	38	42	39		
1990	95	60	60	52	32		
1991	94	60	63	52	35		
1992	100	52	66	61	35		
1993	100	67	64	52	41		
Enquête 1994	92	45	45	46	57		
1994	94	65	68	65	55		
1995	100	100	98	82	62		
1996	72	72	58	52	43		
1997	75	75	50	42	40		
1998	--	--	--	--	--		
1999	25	25	12	19	13		

Enquête MICS³	42	42	28	38	63		
2000	70	70	42	36	33		
2001	70	47	52	48	ND ⁴		
2002	75	68	69	55	42		
2003	84	77	75	61	38		
Enquête PSB*	94,5	76,3	--	80,9	--		
2004	84	75	56	61	36		
2005	92	74	73	57	33		
Enquête MICS3	88,9	62,8	64,1	75,5	68,2		
2006	87	77	76	60			
2007	93	96	91	80			
2008	87	27	66	69	21	24	36
2009	83	--	89	79	34	82	80
2010	89	--	83	78	30	86	78
Enquête MICS4	94	--	73	61	70	76	49
2011	99	--	90	78	32	89	78

Après le conflit, de 1999 à 2000, des progrès très importants ont été enregistrés pour la couverture qui est passée de 25 à 70 % pour le BCG et le DTC3. Les progrès en rougeole ont été plus modérés et la couverture était encore restée relativement faible pour cet antigène.

En 2000, le gouvernement, avec le soutien de l'UNICEF, a réalisé l'Enquête sur des Indicateurs Multiples (MICS) au niveau de 4372 foyers. Cette enquête a démontré une légère amélioration de la couverture vaccinale par rapport à l'année 1999. MICS 2006 montre une légère amélioration de la couverture vaccinale par rapport à celle de 2000, 77% pour le DTC3 et 60% pour rougeole. La couverture vaccinale en 2010, selon le MICS pour les enfants de moins d'un an montre une non-evolution de la couverture vaccinale par rapport à celle de 2006, avec la couverture de DTC+HepB+Hib3 (introduit en 2008) et Rougeole de 76% et 61% respectivement. MICS 2010 a montré aussi que seulement 43% des enfants ont reçus tous les vaccins du programme de vaccination avant leurs premières années de vie. Selon la même source, les régions avec des couvertures inférieures à 80% en DTC+HepB+Hib3 et Rougeole sont: Tombali (66,5% et 61,%), Quinara (72,5%, 63,2%), Oio (70,9%, 55,2%) et Gabu (78,2 et 63,2%).

³ MICS = Enquête à indicateurs multiples, UNICEF, 2000

⁴ Non disponible

³ Enquête dans 6 régions (Bafata, Biombo, Cacheu, Gabu, Oio, Quinara), Projet Santé de Bandim, 2004

Trois évaluations internationales du PEV ont été réalisées. La première en 1990, la deuxième en 1994 et la troisième en 2000 sous forme d'évaluation rapide après le conflit. La chaîne de froid a été évaluée en 1998 et en 1999. Cette dernière qui a été conduite par les Médecins Sans Frontières (MSF) a révélé la nécessité de renouveler la chaîne de froid au niveau des centres de santé avec des réfrigérateurs RACK et équiper les zones d'accès difficiles par des chaînes de froid solaires.

Suite à l'inventaire réalisé en septembre 2007, le programme avait reçu 30 frigos solaires à travers l'UNICEF qui a été distribués. Cet inventaire (septembre 2007) a montré qu'à l'heure actuelle, malgré la remise à niveau de la chaîne de froid par l'UNICEF en 2005, certaines aires de santé restent à être équipées en renouvelant certains réfrigérateurs.

Après l'obtention d'un bon résultat de DTP3 en 2007, une chute importante a été enregistrée en 2008 avec un taux de 27%. Ceci est le résultat du retard vérifié dans l'introduction des nouveaux vaccins (Pentavalent et la fièvre jaune) à cause de la rupture de stock de pétrole à partir de novembre 2007 à juillet 2008. Aucune des 11 régions sanitaires n'a enregistré un taux de couverture de 80%. Les couvertures de 24% et 36% ont été enregistrées respectivement par le pentavalent et la fièvre jaune.

En se référant à la situation mentionnée dans le paragraphe précédent, il serait injuste de parler de taux d'abandon entre DTP 1 et DTP en 2008.

En ce qui concerne la surveillance, le taux de complétude des rapports envoyés au niveau central montre une tendance à la hausse. Cependant on constate une grande chute de la couverture de polio3 en 2008, qui peut être expliquée par la rupture de pétrole durant une période allant de novembre 2007 à juillet 2008. Des taux très faibles de PFA non polio ont été enregistrés tout au long des trois années consécutives, à cause de la déficience du système de surveillance.

L'intégration de la vaccination avec d'autres interventions (supplémentations de la Vit A, la déparasitations avec Mebendazole) est bien antérieur à l'année 2006. Dans le cadre du contrôle de la rougeole, une campagne a été organisée pour les enfants de 6 mois à 15 ans et deux autres de suivi ont été organisées pour les enfants de 9 - 59 mois en 2009 et 2012. Du mois de mai à juillet 2007 passages de campagne anti tétanique destinées aux femmes en âge de procréer (14-15 ans) ont été réalisées et la troisième ronde a été réalisée en janvier 2008 pour le même groupe cible. Une enquête de validation de l'élimination du tétanos maternel et néonatal a été conduite en janvier 2012 avec des résultats très satisfaisants, classifiant la Guinée-Bissau comme validée.

Tableau 4. Evolution de la couverture vaccinale des dernières 3 années par Région (2009 2011)

Régions Sanitaires	2009					2010					2011				
	BCG	VPO3	Penta3	VAR	TT2+	BCG	VPO3	Penta3	VAR	TT2+	BCG	VPO3	Penta3	VAR	TT2+
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Bafatá	97	112	107	90	35	95	79	81	78	25	112	100	100	94	29
Bijagós	58	87	78	55	34	95	95	96	67	31	104	124	124	106	46
Biombo	157	156	131	136	122	121	109	117	91	71	124	117	126	117	78
Bolama	89	99	98	79	20	96	93	94	88	51	56	75	75	61	13
Cacheu	107	98	103	94	45	88	95	93	92	29	94	96	96	61	23
Gabú	91	114	97	101	40	84	82	84	91	40	114	118	118	119	37
Oio	69	60	69	64	16	88	76	80	73	13	95	92	96	91	31
Farim						93	72	74	65	17	110	107	103	87	26
Quinará	55	49	54	56	35	84	83	88	81	38	90	84	81	76	32
SAB	75	76	59	62	17	83	74	82	61	24	93	89	89	77	25
S.Domingos	89	112	113	105	36										
Tombali	54	64	57	52	49	90	94	93	93	32	77	74	76	71	39
Total	83	89	82	79	34	89	83	86	78	30	100	97	97	91	32

3.7 Sécurité des injections et élimination des déchets médicaux

Plus de 20 milliards d'injections sont pratiquées chaque année dans le monde dont 95% dans le domaine curatif. Plus de la moitié est qualifiée de dangereuse, et serait à l'origine de la transmission de plusieurs maladies dans lesquels l'hépatite B, l'hépatite C, le VIH et un nombre significatif des abcès.

Les injections pratiquées au cours de vaccination comportent des risques d'accidents affectant le personnel de santé ou la communauté, allant de simple piqûres accidentelles bénignes, à des piqûres infectieuses (transmission des germes) dont l'origine des risques est multiple, insuffisance ou non disponibilité des matériels de vaccination (aiguilles et seringues), mauvaise utilisation du matériel par négligence, manque d'information en matière de sécurité des injections et d'élimination du matériel usagés/utilisés par exemple pendant les campagnes de vaccination de masse.

Dans ce contexte des risques liées aux injections et dans le souci de protéger les prestataires ainsi que les utilisateurs des services, le gouvernement de la République de Guinée-Bissau s'est doté d'un document de politique en matière de sécurité des injections depuis 2002.

Jusqu'en 2002, les seringues utilisées pour les injections vaccinales ont été les seringues stérilisables dans le programme du PEV de routine. L'utilisation des seringues autobloquantes a été initiée au cours de 2002 et la généralisation a été effective à partir de 2005.

Les éléments essentiels de cette politique sont : utilisation systématique des aiguilles autobloquantes sur toute l'étendue du territoire et par tous les prestataires des services de santé aussi bien dans le secteur public que dans l'utilisation systématique des boîtes de sécurité dans toutes les structures de santé pour une élimination appropriée des seringues/aiguilles utilisées ; l'installation des incinérateurs pour la destruction du matériel d'injection après utilisation.

En vue de faciliter la mise en œuvre de cette politique, des formations de tous les personnels de santé concernés ont été formés et l'approvisionnement se fait régulièrement. La sécurité des injections ainsi que l'élimination des déchets médicaux liés à la vaccination fait aussi partie intégrante de la supervision.

Sur le plan national, il est prévu d'installer un incinérateur à haute température au niveau central dans le cadre d'un projet d'appui par la BAD. Si ce projet se réalise, tous les déchets générés à travers le pays seraient acheminés dans cet incinérateur pour élimination appropriée, en attendant, il est prévu de construire des incinérateurs ordinaires dans tous les centres de santé.

3.8 Nouveaux Vaccins

Depuis les années 80, aucun cas de fièvre jaune n'a été notifié au niveau national, cependant, cela n'exclue pas l'hypothèse de la circulation du virus de type flavivirus, responsable pour la fièvre jaune. Selon l'OMS, la Guinée-Bissau appartient au groupe des pays de haut risque et se trouve dans la zone 3 de la classification internationale. En 2003, parmi les 22 échantillons recueillis et testés dans l'Institut Pasteur de Dakar, 21 révélaient IGM anti Fièvre jaune non spécifique. En 2005 les pays limitrophes de la Guinée-Bissau (Guinée Conakry, Mali et le Sénégal) ont connu une épidémie de fièvre jaune et un fond

d'urgence a été mobilisé auprès d'UNICEF pour vacciner les enfants de moins de 5 ans des deux régions (Gabu et Tombali) ayant frontière avec la Guinée- Conakry.

L'hépatite B, constitue un problème de santé publique en Guinée-Bissau. Selon les données du Laboratoire National de la Santé Publique, en 2005, la prévalence de l'hépatite B est de 23%, tandis que la Banque Nationale de la transfusion sanguine située dans l'Hôpital National de Simão Mendes déclare ce taux à 16% parmi les donneurs volontaires et des familles.

En Guinée-Bissau, selon les estimations de l'OMS, annuellement 350 enfants, moins de 5 ans décèdent, victimes de Hemophilus Influenzae. Lors de la réunion du 3 février de 2005, du Comité de Coordination Inter Agences, (CCIA) il a été décidé de présenter une proposition au GAVI pour l'introduction des deux nouveaux vaccins contre la fièvre jaune, l'hépatite B, Hemophilus Influenzae et Pneumonie/méningite avec les objectifs suivants:

Aujourd'hui les données épidémiologiques de la pneumonie chez les enfants ne sont pas disponibles. Sur base des données confirmées dans les pays voisins notamment la Gambie, il est hautement probable que les infections respiratoires qui constituent la troisième cause d'hospitalisation au service de pédiatrie de l'hôpital central a Bissau sont dues au pneumocoque.

De même, plusieurs études menées dans les autres pays de la Région ont abouti à des résultats concordants sur la part des rotavirus comme cause des diarrhées sévères aiguës chez les enfants en bas âge. La récente déclaration de l'OMS sur le vaccin contre le rotavirus ainsi que l'engagement de GAVI pour appuyer l'introduction des deux vaccins à savoir le PCV-13 contre la pneumonie et le vaccin anti rotavirus ont été accueilli avec beaucoup d'enthousiasme par les autorités nationales de la Guinée Bissau.

En conséquence de ce qui précède, le pays se propose d'introduire dans son calendrier vaccinal le PCV-13 en 2014 et le vaccin contre les rotavirus en 2015. Les activités relatives à ces introductions sont prévues dans ce plan en tenant compte de la période prévue pour l'introduction. Ces activités sont surtout relatives à la formation du personnel, le renforcement des capacités de stockage en chaîne de froid ainsi que l'information/sensibilisation des populations sur les avantages de ces nouveaux vaccins.

Synthèse des indicateurs du PEV de 2009 - 2011

Tableau 5 : Synthèse des indicateurs selon les composantes du Programme

Composantes du système	Indicateurs	Données		
		2009	2010	2011
Couvertures vaccinales (routine)	DTC3	82%	86%	97%
	% régions >80%	55%(6)	73%(8)	82%(9)
	Taux d'abandon national (DTC1-DTC3)	3%	17%	14%
Nouveaux vaccins	Pentavalent Fièvre jaune / Hépatite B (prévu en 2007)			
Surveillance de routine	Nombre de rapports reçus au niveau national sur nombre espéré	4755/5980	4963/5980	5023/5980
	Cas de PFA notifiés aux enfants moins de 15 ans	16	15	16
	Régions ayant plus de 1 cas de tétanos NN pour 1000 naissances vivantes		1	1
	Nombre de cas de rougeole déclarés et confirmés	0	12	0
	Nombre de cas de rougeole notifiés et non confirme	4	29	13
Chaine du froid, logistique	Taux de fonctionnement du parc de réfrigérateur	85%	86	86
Sécurité des injections et gestion des déchets piquants	Pourcentage de régions utilisant les seringues AD pour toute injection	11/11	11/11	11/11
	Nombre de régions disposant d'un incinérateur haute température	0	0	0
Approvisionnement en vaccins	Existence d'une rupture de stock dans l'année	Oui	Oui	Oui
	Si oui, durée ?	10 J, 45 J, VPO J et 37 j	49 J,	28 J, 41 J, 3 J, VAA
	Si oui, quels antigènes ?	BCG, DTP-Hep-Hib, VPO et VAA respectivement	VAT	VAA, VAT et, BCG, respectivement
Communication	Existence d'un plan	Non	Non	Non
Pérennité financière	Pourcentage du coût des vaccins de routine financé par le budget état	0%	0%	0%
Liens avec les autres interventions	Mise en œuvre commune de la vaccination avec d'autres services (palu, nutrition,...)	Oui	Oui	Oui
Disponibilité en ressources humaines	Nombre de techniciens vaccinateurs par 10 000 habitants			
CCIA	Nombre de rencontres annuelles	3	3	2
Suivi de l'efficience du	Suivi du taux de perte	Oui	Oui	Oui

programme	Transfert trimestriel de fonds aux régions effectués		Oui	Oui
-----------	--	--	-----	-----

Forces et Faiblesses Opportunités et Menaces du PEV dans le contexte du Système national de santé

5.1 Points forts:

- Existence du Plan National de Développement Sanitaire 2008 – 2017
- Existence du Plan Opérationnel de Passage à l'Echelle Nationale (POPEN) des Interventions a Haut Impact (IHI) stratégies pour l'accélération de la réduction des mortalités maternelles, néonatales et infanto-juvénile en Guinée-Bissau.
- Réalisation avec succès des plusieurs activités supplémentaires de vaccination avec l'intégration de la supplémentation en Vitamine A et déparasitages avec Mebendazole (Polio, Rougeole et Antitétanique).
- Réalisation avec succès de l'enquête pour la validation de l'élimination du tétanos maternel et néonatal.
- Efficacité de la stratégie SASDE (Stratégie Accélérée pour la Survie et le Développement de l'Enfant dans la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans ;
- Amélioration de la couverture des accouchements assistés par technicien de santé
- Création d'une ligne budgétaire du Gouvernement permettant l'achat de vaccins et matériels de vaccination ;
- Existence d'un partenariat actif pour le PEV (GAVI, UNICEF, OMS, Plan) pour le renforcement de la mise en œuvre des activités du programme.
- Coordination du PEV à travers les réunions régulières du Programme et celles du CCIA, CCM, Comites de gestion des épidémies, Comités techniques de Vaccination
- Suivi trimestrielles de la mise en œuvre du plan d'action opérationnelle (PAO) Gouvernement /partenaire
- Existence de moyen de communication pour la notification a temps des cas

5.2 Points faibles

- Ressources humaines insuffisantes en terme quantitatif et qualitatif
- Forte dépendance financière du PEV aux financements extérieurs
- Faiblesses dans le suivi et évaluation de la mise en œuvre du PEV
- Mauvaise qualité de registre des données au niveau national à cause de non inclusion dans le curriculum de l'école nationale de santé pour les infirmiers (collecte, analyse des tendances, etc....
- Irrégularité du monitoring des indicateurs du programme au niveau régional.
- Insuffisance des moyens de transports pour l'approvisionnement et distribution de vaccins et de consommable au niveau central et régional et pour le suivi des activités du Programme
- Faiblesse dans le système de l'entretien et de la maintenance de la chaine de froid et moyens
- de transports.
- Problèmes de complétude et promptitude des données
- Faible diffusion d'informations sur la vaccination dans la communauté due au non-existence d'un plan de communication pour la routine.

- Faiblesse de gestion du programme surtout au niveau périphérique conduisant à des ruptures des stocks des vaccins et consommables ainsi que le taux de perte élevés. (rupture de stock en vaccin et matériel).
- Faible application de l'approche intégrée vu l'inexistence d'un plan intégré de la mise en œuvre, de suivi et de l'évaluation du programme.
- Taux d'abandon entre DPT1 - DTP3 très élevé
- Irrégularité de la stratégie avancée au niveau national

5.3 Opportunités

- Engagement politique pour les programmes de survie de la mère et de l'enfant y compris la vaccination
- Partenariat dynamique pour le PEV
- Appui au renforcement du Système de Santé par GAVI (RSS)
- Vaccination retenue comme composante du Paquet Minimum d'Activités des centres de santé (PMA).
- Appui des autorités administratives et traditionnelles aux activités du programme
- Existence d'un réseau des agents de santé communautaire (ASC) pour la promotion de 16 pratiques familiales essentielles dont dans le domaine de la vaccination chaque ASC a pour tâche le dénombrement la population de ce 50 ménages, de l'identification des enfants et femmes enceintes cibles de la vaccination; la sensibilisation et la mobilisation des ménages pour la vaccination et de la recherche active des cas d'abandon.
- Existence de protocole d'accord entre l'OMS et les Radios communautaires pour diffuser les messages éducatifs sur la santé en général y compris la vaccination (OMS)

5.4 Menaces

- Instabilité politique et institutionnelle
- Faible croissance économique du pays
- Difficultés de décaissements des fonds pour le PEV malgré l'existence d'une ligne budgétaire
- Crise économique et financière mondiale
- Coût élevé de nouveaux vaccins
- Démotivation croissante du personnel due à l'irrégularité dans le paiement des salaires
- Vols fréquents des panneaux solaires

OBJECTIFS

6.1 Objectif Général

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

6.2 Objectifs Spécifiques

D'ici 2017 :

1. Augmenter la couverture vaccinale au niveau national de DTC3 de 76% en 2011 à + de 90% d'ici 2017
 2. Porter le pourcentage des Districts avec couverture >80 % de 64% à 100% d'ici 2017
 3. Réduire le taux d'abandon de DTC 3 à moins de 10%
- a) Introduire le vaccin contre le pneumocoque (PCV 13) en 2014.
 - b) Introduire le vaccin anti rotavirus en 2015.

6.3 Tableau n° 4: Objectifs nationaux des couvertures et taux d'abandon 2013 à 2017

	Données de Référence (2011)	2013	2014	2015	2016	2017
BCG	93%	96%	97%	97%	97%	98%
Penta3	76%	80%	85%	90%	95%	96%
Taux abandon Penta 1/3	14%	10%	8%	6%	5%	5%
VPO3	73%	80%	85%	90%	95%	96%
ROUGEOLE	61%	75%	85%	90%	92%	95%
Taux abandon BCG /VAR	21%	12%	10%	10%	8%	8%
VAA	61%	75%	85%	90%	92%	95%
PCV 13	ND		60%	90%	95%	96%
Rotavirus	ND			60%	95%	96%

Les projections de couvertures sont faites à partir des données de référence de 2011 de l'estimation de couverture vaccinale de l'OMS/UNICEF

6.4 Tableau 6 : Objectifs nationaux des taux de perte des vaccins de 2013 à 2017 par antigène

	2013	2014	2015	2016	2017
BCG	25%	25%	25%	25%	25%
Penta	12%	11%	10%	9%	8%
VPO	12%	11%	10%	10%	10%
VAR	12%	11%	10%	9%	8%
VAA	12%	11%	10%	9%	8%
PCV-13	NA	5%	3%	3%	2%
Rotavirus	NA	NA	3%	3%	2%

Les estimations des objectifs ci-haut indiqués sont jugés réalistes compte tenu des estimations de couverture vaccinale OMS et UNICEF 2011 et des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du plan PPAC 2010 - 2014. Ces difficultés qui se résument par la faible mobilisation des populations pour les activités de vaccination due en partie au très bas de l'éducation de la population, la détérioration des moyens de transport qui assuraient la stratégie avancée, et de la chaîne du froid, la survenue répétée des épidémies

notamment de choléra qui perturbent la poursuite normale des activités prioritaires planifiées, etc. Les mesures à prendre comprennent notamment le renforcement de la surveillance et riposte aux épidémies, la formation et l'encadrement du personnel de santé, le renforcement de la chaîne de froid solaires, le renforcement des activités d'IEC, l'engagement de gouvernement dans le cofinancement des vaccins. En outre, une attention particulière sera donnée à l'éradication de la polio, l'élimination de rougeole et de rubéole et l'élimination de Tétanos maternelle, afin que les services de santé s'engagent à atteindre ces objectifs.

Augmenter et maintenir la couverture vaccinale TT2+ dans le cadre de l'élimination du tétanos maternel et néonatal:

- Femmes enceintes – de 80% à 85 %
- Femmes en âge de procréer – de 80% à 85 %

6.5 Tableau 7 : couvertures prévisionnelles pour le Tétanos néonatal

	2013	2014	2015	2016	2017
TT2+ F. ENC.	80%	82%	83%	85%	85%
TT2+ FAP	80%	82%	83%	85%	85%

La projection de couverture est faite à partir des données de base de l'estimation de couverture OMS/UNICEF 2011 car la couverture administrative pour cet antigène semble sous-estimée en raison du manque d'homogénéité des documents vaccinaux. Ce point sera à vérifier lors de la prochaine enquête vaccinale.

6.6 Tableau 8 : Données de base et couvertures prévisionnelles de 2013 à 2017

Indicateur	Année de référence	Données de référence et objectifs				
	2011	2013	2014	2015	2016	2017
Naissance	59,062	61,991	63,510	65,066	66,660	68,293
Décès de nourrissons	6,083	6,385	6,542	6,702	6,866	7,034
Nourrissons survivants	52,979	55,606	56,968	58,364	59,794	61,259
Femmes enceintes	59,062	61,991	63,510	65,066	66,660	68,293
Femmes en âge de procréer	351,178	368,596	377,627	386,879	396,358	406,068
Population cible vaccinée avec le BCG	55,478	59,640	61,497	63,114	64,660	66,927

Couverture par le BCG	93%	96%	97%	97%	97%	98%
Population cible vaccinée avec le VPO3	47,151	51,158	52,980	52,528	56,804	58,809
Couverture par le VPO3	73%	80%	85%	90%	95%	96%
Population cible vaccinée avec Penta3	47,151	51,158	52,980	52,528	56,804	58,809
Couverture par le Penta3	76%	80%	85%	90%	95%	96%
Taux de perte l'année de référence et prévu par la suite	3%*	12%	11%	10%	9%	8%
Facteur perte l'année de référence et prévu par la suite	1.03	1.14	1.12	1,11	1,09	1,08
Population cible vaccinée avec la 3eme dose de PCV13	NA	NA	52,980	52,528	56,804	58,809
Couverture par la 3eme dose de PCV13	NA	NA	60%	90%	95%	96%
Taux de perte l'année de référence et prévu par la suite	NA	NA	5%	3%	3%	2%
Facteur perte l'année de référence et prévu par la suite	NA		1,05	1,03	1,03	1,02
Population cible vaccinée avec le vaccin Rota2	NA	NA	NA	35,018	56,804	58,809
Couverture par le Rota2	NA	NA	NA	60%	95%	96%
Population cible vaccinée avec la 1ere dose vaccine Rougeole1	43,709	48,732	50,278	52,528	55,010	58,196
Couverture par vaccin Rougeole	61%	75%	85%	90%	92%	95%
Population cible vaccinée avec le vaccin contre la Fièvre jaune	43,709	48,732	50,278	52,528	55,010	58,196
Couverture par le vaccin contre la Fièvre jaune	61%	75%	85%	90%	92%	95%

Femmes enceintes vaccinées avec le TT2+	20,569	37,486	46,453	54,005	56,661	58,049
Couverture par le TT2+	80%	80%	82%	83%	85%	85%
Taux annuel d'abandon pour le Penta	14%	10%	8%	6%	5%	5%
Taux annuel d'abandon pour le Rougeole	21%	12%	10%	10%	8%	8%

* Flacon monodose

6.7 Priorités nationales, objectifs repères et niveaux de priorités

Le tableau suivant détaille les priorités nationales, les objectifs et repères du Programme national, buts régionaux et mondiaux et ordre de priorité

Tableau 9 : priorités nationales et objectifs du Programme national par ordre de priorité

Description des problèmes et priorités nationales	Objectifs du Programme National	Repères du Programme National	Buts régionaux et mondiaux	Ordre de priorité
Nombre important d'enfant de 0-11 mois non couverts par vaccination.	Augmenter la couverture vaccinale au niveau national de 76% en 2011 à + de 90% d'ici 2017	2013 : 6/11 des Régions ont une couverture >80% 2014 : 7/11 des Régions ont une couverture ≥85% 2015 : 10/11 des Régions ont une couverture >90% 2016 : 11/11 des Régions ont une couverture > 95% 2017 : 11/11 des Régions ont une couverture > 95%	Au plus tard en 2015 tous les pays ont une couverture de la vaccination de routine de 90% au niveau national et d'au moins 80% dans tous les districts	2
4/11 régions (36%) avec couverture vaccinale en Penta3 <80% Tombali, Quinara, Bolama et	Porter le pourcentage des régions avec couverture vaccinale en penta3 >80 % de 64% à 100% d'ici 2017	2013 : 68% des Régions ont achevés la couverture en Penta3 >80% 2014 : 78% des Régions ont achevés la couverture vaccinale en Penta3 >80% 2015 : 88% des Régions ont achevés la couverture vaccinale en Penta3 >80% 2016 : 98% des Régions ont achevés la couverture vaccinale en Penta3 >80% 2017 : 100% des Régions ont achevés la couverture vaccinale en Penta3 >80%	Au plus tard en 2015 tous les pays ont une couverture de la vaccination de routine de 90% au niveau national et d'au moins 80% dans tous les districts.	3
Taux d'abandon en Penta3 très élevé dans 8/11 Districts	Réduire le taux d'abandon en Penta 3 à moins de 10% d'ici 2017	2013: 8% 2015 :6% 2016:5% 2017 :5%		4

Surveillance PFA non performante au niveau national	Augmenter le taux de échantillons collectées dans les premiers 14 jours de 56% au moins 80% au niveau national	2013 : Atteindre au moins le taux de 64% 2014 : Atteindre au moins le taux de 70% 2015 : Atteindre au moins le taux de 76% 2016 : Atteindre au moins le taux de 80% 2017 : Atteindre au moins le taux de 80%		5
Taux des cas suspect de Rougeole notifié pour 100 000 habitants et la proportion des régions ayant un moins un cas avec prélèvement de sang inférieur aux cibles opérationnels (1/100 000 habitants ; 80%)	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%.	2013 : Atteindre au moins 2/100 000 cas notifiés et 50% des régions au moins un cas avec prélèvement de sang : 2014 : Atteindre au moins 2/100 000 cas notifiés et 60% des régions au moins un cas avec prélèvement de sang 2015 : Atteindre au moins 2/100 000 cas notifiés et 70% des régions au moins un cas avec prélèvement de sang 2016 Atteindre au moins 2/100 000 cas notifiés et 50% des régions au moins un cas avec prélèvement de sang 2017 : Atteindre au moins 2/100 000 cas notifiés et 80% des régions au moins un cas avec prélèvement de sang	L'élimination de la Rougeole d'ici 2020.	6
Mauvaise performance de la surveillance de la fièvre jaune	Améliorer la surveillance active de la fièvre jaune en sortant du silencieuse au moins 80 % des régions au moins un cas avec prélèvement de sang et 80% des cas avec prélèvement dans les 14 jourse	2013 : 20% des régions et 50% des cas notifiés 2014 : 30% des régions et 55% des cas notifiés 2015 : 60% des régions et 60% des cas notifiés 2016 : 70% des régions et 70% des cas notifiés 2017 : des régions et 80% des cas notifiés		6
Faible system de surveillance	Maintenir le taux de < 1 cas de tétanos pour 1000 naissances vivants	Maintenir l'atteinte d'élimination tétanos pour toute la période plan		6
Rupture du stock des vaccins	Mettre en place au Ministère de la Santé un mécanisme simple et	2013 : 25% des fonds pour l'achat des vaccins et matériel de vaccination 'bloqués	2013 : achat de 88 réfrigérateurs au panneaux	1

VAA = 126 jours ; BCG 3 jours ; VAT 41 Jours ; Seringues 0,05ml : 112 Jours ; 2ml : 98 Jours	efficace de déblocage des fonds pour l'achat des vaccins et matériel de vaccination, qui permettra débloquent de trésor public 100% des fonds pour l'achat des vaccins et matériel de vaccination.	2014 : 50% des fonds pour l'achat des vaccins et matériel de vaccination débloquent 2015 : 75% des fonds pour l'achat des vaccins et matériel de vaccination débloquent 2016 : 95% des fonds pour l'achat des vaccins et matériel de vaccination d'bloqués 2017 : 100% des fonds pour l'achat des vaccins et matériel de vaccination d'bloqués.	solaires et 1 camion et 2 véhicules pour la supervision 2014 :achat de 56 réfrigérateurs au panneaux solaires et une chambre de froid pour le niveau central.	
Insuffisance de ressources humaines qualifiées aggravée par la fuite des cadres associée à la démotivation du personnel et à la recherche des meilleures conditions de travail et de rémunération.	Insuffisante capacité de stockage des vaccins et matériel de vaccination. Renforcement de capacité de 270 techniciens de la santé en domaine de gestion de programme	Renforcer la capacité de la chaine de froid et de la logistique. 2013 : formation de 44 formateurs et 120 agents de santé 2014 : formation d 80 agents de santé 2015 : formation de 26 agents de santé		
Insuffisance et mauvaises qualités des données	Améliorer la qualité des données du PEV pour réduire du 45% à zéro la proportion des régions ayant la couverture vaccinale en Penta3 supérieur a 100% d'ici 2017.	2013 : 40% des régions 2014 :35% des régions 2015 :25% des régions 2016 :10% des régions 2017 :0% des régions		

6.8 Tableau 10 : Planification par composante du Programme

Domaines d'intervention	Faiblesses	Problèmes	Objectifs	Stratégies	Activités	An1	An2	An3	An4	An5
Prestations de services ; Gestion du Programme et Surveillance des maladies	Faible couverture vaccinale au niveau national (76% DTC3 selon estimations 2011)	Nombre important d'enfant de 0-11 mois non couverts par vaccination. Persistance des maladies évitables par la vaccination	Augmenter la couverture vaccinale au niveau national de 76% en 2011 à + de 90% d'ici 2017	- Opérationnalisation des centres de santé n'offrant pas de services de vaccination - Renforcement des capacités à tous les niveaux pour	- Doter 14 centres de santé n'offrant pas de services de vaccination en ressources humaines, matérielles, chaîne de froid et moyens roulants - Doter 3 aires de santé non fonctionnelles du SAB en structures de santé, équipées pourvues de ressources humaines, matérielles, chaîne de froid et moyens roulants	X	X			
	4/11 régions (36%) avec couverture <80% Tombali, Quinara, Bolama et SAB		Porter le pourcentage des Districts avec couverture >80 % de 64% à 100% d'ici 2017		- Former 13 techniciens dans les gestions du programme PEV - Recycler le personnel du PEV à tous les niveaux sur l'approche ACD - Elaborer	X				
						X	X	X	X	X

				la mise en œuvre de l'approche ACD	microplans des aires et plan d'action des régions focaliser sur l'approche ACD	X	X	X	X	X
				Mise en œuvre de toutes les composantes de l'approche ACD dans tous les Districts	- Appuyer la mise en œuvre des activités de vaccination en stratégies fixe, avance et mobile	X	X	X	X	X
					- Appuyer les services de santé en supervision, suivi et l'évaluation à tous les niveaux	X	X	X	X	X
					- Organiser réunions de coordination périodiques a tous les niveaux	X				
					- Réaliser la revue du programme et l'enquête de couverture vaccinale	X	X	X	X	X
					- Réaliser audit trimestriel des données a tous les niveaux					
					- Organiser une réunion de sensibilisation au près de Ministère de Finance sur la	X	X			
	Complexité des procédures administratives dans le déblocage du	Faible taux de déblocage des fonds pour l'achat des vaccins et	Mettre en place au Ministère de la Santé un mécanisme simple et efficace	Renforcement de la collaboration institutionnelle entre les Ministères de la						

	fond de la trésorerie du Ministère des Fiances	fonctionnement du Programme	déblocage des fonds pour l'achat des vaccins et matériel de vaccination, qui permettra débloquer de la trésorerie publique 100% des fonds pour l'achat des vaccins et matériel de vaccination.	santé et des finances.	nécessite de mise en place des mécanismes simplifier des financements de l'achat des vaccins -					
	Taux d'abandon DTC1-DTC3 très élevé dans 8/11 Districts		Réduire le taux d'abandon de DTC 3 à moins de 10% d'ici 2017	Implication et Renforcement des liens avec la communauté	- Former et recycler les ASC - Etablir le contrat avec des ONG, OBC pour l'encadrement et suivi du travail des ASC - Renforcer la capacité des ONG, OBC	X	X	X	X	X
					- Organiser des réunions mensuelles de coordination et suivi des activités des ASC - Mettre en place au	X	X	X	X	X
						X	X			

					niveau des aires de sante un système de rapportage des donnees de vaccination désagrégées par village ou quartier					
Surveillance intégrée des maladies	83% complétude 66% promptitude SIS/INASA 2011	Taux de complétude et promptitude des rapports reçue inférieur à la cible opérationnel 2011	Augmenter le taux de complétude de 83% à 100% et le taux promptitude de 66% à 85% d'ici fin Décembre 2013 au niveau national	Renforcement du réseau de transmission systématique des rapports à tous les niveaux	- Doter les directions régionales de sante des moyens pour la transmission des rapports, (cartes de recharge TM 2.000 xof/mois/100 aires sanitaires. - Plaidoyer auprès des entreprises de télécommunication mobile pour augmentation des appareils et lignes gratuites pour le service de sante	X	X	X	X	X
Taux de PFA non poliomyélitique pour 100 000 enfants de moins de 15 ans	Faible taux des échantillons collectées dans les premiers 14 jours de la paralysie 2011 SIS INASA	Surveillance PFA non performante au niveau national	Augmenter le taux de échantillons collectées dans les premiers 14 jours de 56% au moins 80% au niveau national	Renforcement de capacités des agents de santé sur la recherche actif, investigation des cas et collecte des échantillons à tous les niveaux	- Former et recycler tous les agents de santé dans les aires sanitaires et au moins 5 agents par hôpital et moins 2 agents dans les structures privées - Doter le niveau central d'Equipment informatique (2	X	X			
						X				

					laptots) (CESC, LNSP/INASA)					
					- Assurer le transport des échantillons du niveau périphérique au niveau central et du niveau central au Labo inter pays	X	X	X	X	X
					- Élaborer un plan national pluriannuel de surveillance intégré des maladies évitables par la vaccination	X				
Rougeole	Seulement le taux de cas suspect de 1/100 000 habitant a été atteint au cours de l'année 2011 18% des régions ont notifié au moins un cas suspect de rougeole et prélevés l'échantillon au cours de l'année 2011 SIS/INASA	Taux des cas suspect notifié pour 100 000 habitants et la proportion des régions ayant notifié et prélevés l'échantillon inférieure aux cibles opérationnels (1/100 000 habitants ; 80% des régions)	Augmenter le taux cas suspect notifié de 1/100 000 habitants au 2/100 000 habitants et la proportion des régions notifiant au moins un cas suspect de rougeole de 18% à 80% de janvier à 31 décembre 2013	Renforcement de capacités des agents de santé sur la recherche actif, investigation des cas et collecte des échantillons à tous les niveaux 2. Renforcement de la C4D en matière de surveillance intégrée des maladies évitables par la vaccination à tous les niveaux	- Doter tous les structures de sante des Kits de prélèvement - Former tous les agents de santé des aires sanitaires et au moins 5 agents dans les hôpitaux et les structures privées en matière de la C4D pour la surveillance	X X	X X	X	X	X

Fièvre jaune	Non détection d'aucun cas suspect au cours de l'année 2011 SIS/INASA	Mauvaise performance de la surveillance de la fièvre jaune	Améliorer la surveillance active de la fièvre jaune en sortant du silence au moins 80 % des régions au moins un cas avec prélèvement de sang et 80% des cas avec prélèvement dans les 14 jours	Renforcement de capacités des agents de santé sur la recherche active, investigation des cas et collecte des échantillons à tous les niveaux	- Doter tous les structures de santé des Kits de prélèvement - Former tous les agents de santé des aires sanitaires et au moins 5 agents dans les hôpitaux et les structures privées en matière de la C4D pour la surveillance	X	X	X	X	X
Domaines d'intervention	Faiblesses	Problèmes	Objectifs	Stratégies	Activités	An1	An2	An3	An4	An5

Approvisionnement en vaccin de qualité et logistique	Complexité des procédures administratives dans le déblocage du fond de la trésorerie du Ministère des Finances	Rupture du stock des vaccins VAA = 126 jours ; BCG 3 jours ; VAT 41 Jours ; Seringues 0,05ml 112 Jours ; 2ml 98 Jours	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 la trésorerie publique 100% des fonds pour l'achat des vaccins et matériel de vaccination.	Plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières	- Approvisionner des CS en vaccins et consommables	X	X			
	Absence des capacités des stockages (Chambre Sèche) pour la conservation des consommable du PEV	Difficultés de stockage et de conservations des consommable du PEV	Augmenter la capacité de stockage du matériel de vaccination	Renforcement de la capacité de stockage du PEV Doter les personnels les moyens roulants pour la	- Construire une chambre sèche pour le stockage et conservation des consommable du PEV					

	Insuffisance du personnel qualifié	Difficultés dans la gestion des vaccins et de la chaîne de froid au niveau régional	Renforcer la capacité technique du personnel dans les gestions du programme	supervision	- Former 13 techniciens dans les gestions du programme PEV - Former les techniciens pour introduction des nouveaux vaccins					
	Absence des réunions de coordination et suivi régulière des données avec les régionaux	Insuffisance et mauvaises qualités des données	Améliorer la qualité des données pour la performance du PEV	Plaidoyer pour la mobilisation du fond pour les réunions de coordination et suivi	- Réaliser 4 supervisions formatives annuelles du niveau central vers les régions - Doter 4 régions (Gabú, Biombo, Cacheu ,SAB) , le PEV central, la Direction de la Planification et point focal RSS en ordinateurs (8) - Acquérir les équipements du bureau (4 chaises présidentiel, 2 armoires, table) et 1 climatiseur pour le PEV central					

	Inexistence d'un service et d'un plan de maintenance des équipements au niveau de service du PEV.	Faible maintenance de panneaux solaires	Assurer la durabilité des frigos, batteries e dans les 114 centres de santés et la sécurisation		renforcer la capacité de stockage dans les 11 régions et pour l'introduction du pneumocoque. - Acquérir une chambre froide de 20 m³ et 36 frigos solaires pour l'introduction du rotavirus - Contracter un ingénieur technique de froid pour la maintenance/réparation de chambre froide du niveau centrale - Elaborer et mettre en œuvre le plan de maintenance et réparations des équipements - Former 5 techniciens sur le dispositif multilogue de contrôle de la température (Fridge Tag) - Installer des Fridge Tag dans les frigos - Former 22 techniciens de					
--	---	---	---	--	---	--	--	--	--	--

					sante sur la maintenance préventive de chaine froide dans les 11 régions - Organiser la maintenance régulière des frigos solaires et du groupe électrogène de 65KVA de niveau central - Organiser 1 inventaires annuel des matérielles de chaine froid, équipements et des moyens roulants du PEV - Plaidoyer auprès de l'autorité locale, des leaders communautaires, association de bases communautaires pour la préservation et sécurisation des panneaux solaires - Elaborer un plan de gestion des déchets					
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

	Inexistence d'incinérateurs de qualité dans les centres de sante	Difficulté des gestions des déchets médicaux a tous les niveaux	Assurer la qualité d'élimination des déchets médicaux a tous les niveaux	Renforcement de la capacité de gestion des déchets	Construire 11 incinérateurs de qualité dans les régions sanitaires.					
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--

Problèmes majeurs rencontrés	Objectifs National	Stratégies	Activités	An1	An2	An3	An4	An5
1. Faible couverture en DTC 3 (76% en 2011). 2. Taux d'abandon DTC1-DTC 3 (14%) dont 8/11 régions ont un taux d'abandon supérieur à 10% (Bolama,	Accroître la mobilisation générale et l'appui au Programme de Vaccination	Adoption d'un plan intégré de communication pour la vaccination de routine, les AVS, la Surveillance et l'introduction de nouveaux vaccins	1. Elaboration et mise en œuvre d'un plan intégré de communication pour la vaccination de routine, les AVS, la surveillance Budget : 25,000 USD Consultant international (10,000 USD) ; Coûts locaux y compris atelier de validation (15,000 USD)	X	X	X	X	X
		Communication pour le changement de	2. Conduire 3 enquêtes CAP pour déterminer, entre autres, les causes de faible couverture vaccinale, les taux élevés d'abandon en particulier dans les 8/11 régions signalées ; connaître le niveau de connaissances des mères sur 5 maladies cibles et le calendrier vaccinal. Budget : 41,000 USD, soit 21 millions F CFA Première enquête CAP (17,000 US), Deuxième enquête CAP (7,000 USD), Troisième enquête CAP	X		X		X

Quinara, Tombali, SAB...) 3. Faible % de mères d'enfants connaissant au moins 5 maladies évitables par la vaccination _ et le calendrier vaccinal		comportement	(17,000 USD) NB. Les enquêtes CAP seront réalisées au début du plan (pour disposer de données à partir desquelles des pistes seront proposées), à mi-parcours (pour évaluer les approches proposées et à la fin du plan (pour mesurer l'impact obtenu).					
			3. Développer et mettre un œuvre un plan spécifique d'urgence pour les 8 régions signalées pour leur fort taux d'abandon en DTC 1-DTC 3 <u>Budget : 12 millions F CFA, soit 1,5 million par région</u> NB : il s'agit d'un forfait par région ; un plan devant définir des activités à mener.	X	X			
			4. Documenter l'action menée dans le cadre du plan d'urgence de relèvement du fort taux d'abandon dans les 8 régions connues à travers une enquête dont le rapport sera partagé (rendu public ou diffusé) avec l'ensemble des parties prenantes <u>Budget : 3,5 millions F CFA (soit environ 7100 USD)</u> NB : Consultant national y compris frais de terrain, atelier de validation et de reproduction du document (3,5 millions F CFA)			X		
			5. Réaliser 2 causeries éducatives/an/aire de santé X 5 ans par les agents de santé à l'endroit des parents sur la vaccination de routine et la surveillance. Soit 1140 causeries. <u>Budget : 51,300,000 F CFA soit 103,637 USD</u> NB. Pause-café (500F CFA/pers.) + Cout de transport (1,000 f/Pers). X 30 pers./ séance X 2 séances/an X 5 ans=	x	x	x	x	x

			6. (Pour mémoire : le plan de communication pourrait prévoir cette activité) Atelier de développement et de validation des messages-clés pour la vaccination <u>Budget : 1,210,000 F CFA, soit 2445 USD</u> Atelier en province de 2 jours pour 30 pers. avec un facilitateur	x				
			7. (Pour mémoire : le plan de communication pourrait prévoir cette activité) Campagne multimédia (radio, télé, journaux) - Radios communautaires : 2 émissions/semaine/radio communautaire X 12 mois X 5 ans, soit 96 émissions/an/radio communautaire, soit un total de 7,920 émissions sur les 5 ans pour les 33 radios communautaires. <u>Budget Radios communautaires : 19,800,000 F CFA, soit 40,000 USD</u> - Radios privées : 2 émissions/semaine/radio X 3 radios x5 ans x 3500 FCFA (coût unitaire) <u>Budget Radios privées : 5,040,000 F CFA, soit 10,182 USD</u> - Emission hebdomadaire de promotion de la santé (y compris la vaccination) sur la Télé publique : 2 émissions/mois X 12 mois X 5an X 45,000 F CFA (coût unitaire) <u>Budget : 5,400,000 F CFA, soit 10,910 USD</u>	x	x	x	x	x
			8. (Pour mémoire : le plan de communication pourrait prévoir cette activité) Production- prétest des supports de communication en faveur de la vaccination (affiches, affichettes, t-shirts, casquettes, dépliants, autocollants, parapluies, etc.) <u>Budget : 9,715,000 F CFA, soit env. 20,000 USD</u> <u>Détails</u> - 1000 Affiches x 1000 f CFA = 1,000, 000 F CFA - 1000 dépliants x 500 F CFA= 500,000 F CFA	X	X			

			- Boîtes à images : 3,215,000 F CFA, soit 6495 USD Conception (500000) + Validation dans un atelier (600,000) + Production (7500 F par boîte à images X 114 aires de santé X 3 boîtes/aire de santé)= 3,215,000 F CFA, soit 6495 USD - Prévoir pour autres supports : 5,000, 000 F CFA, soit 10,000 USD					
			9. (Pour mémoire : le plan de communication pourrait prévoir cette activité) Production de documentaires : radio et télé et multiplication sur support DVD <u>Budget : 3,646,000 f cfa soit 7 367 USD</u> - Production et diffusion par la Télé publique : 1 documentaire télé/ diffusé 4 fois dans l'année/ X 3 ans : 150,000 (conception) + 45,000 (diffusion) X 4 diffusions x 3 ans= <u>2,340,000 FCFA</u> - Production et diffusion 1 documentaire radio : 50,000 (conception) + 3500 F CFA (coût diffusion) x 2 diffusions/mois x 3 radios commerciales X 3 ans= <u>806,000 F CFA</u> - Reproduction sur supports DVD : 500 F CFA/DVD x 1000 unités, soit 500,000 F CFA	X	X	X	X	X
		Communication pour le Changement social	10. Organisations de séances d'information et de sensibilisation avec les leaders communautaires (chefs religieux, traditionnels) et administratifs en faveur de la vaccination <u>Budget : 30,096,000 f cfa soit 60,800 USD</u> Détails : 2 pers/aire de santé X 114 Aires de santé X 11 réunions au niveau régional X 1fois/an X 3 ans	X	X	X		
			11. Organisation de dialogues communautaires avec les leaders communautaires (chefs religieux, traditionnels) et administratifs dans les 11 régions du pays, avec un accent sur les 8 régions ayant des taux bas de couverture <u>Budget : 5,985,000 FCFA, soit 12,091 USD</u>	X	X	X		

			2 réunions communautaires x 2fois/an dans les 114 aires de santé X 3 premières années Crieur public : 114 aires sanitaires X 2500 F CFA/crieur public X 3 jours d'annonce de l'événement + 5,000 F CFA (forfait à donner au chef de village) X 114 aires sanitaires + 5000 F CFA forfait à donner à l'administrateur sectoriel) x 114 aires sanitaires = 5,985,000 FCFA, soit 12,091 USD					
			12. Etude ou atelier de réflexion sur la mise en place d'un système de motivation des meilleurs acteurs communautaires en matière de vaccination (surtout les ASC, mais voir aussi le cas des leaders communautaires, des ONG, etc.). <i>Les critères seront à définir : accroissement du taux de couverture en DTC 3, enfants complètement vaccinés ?...</i> Budget : 6, 000, 000 F CFA soit 12,121 USD		X			
			13. Mise en œuvre du plan d'action issu de cette étude ou atelier de réflexion sur la mise en place d'un système de motivation des meilleurs acteurs communautaires en matière de vaccination (surtout les ASC, mais voir aussi le cas des leaders communautaires, des ONG, etc.) Budget : 6, 000, 000 F CFA soit 12,121 USD		X	X	X	X
			14. <i>Pour mémoire :</i> Visites à domicile réalisées par les Agents de santé communautaire pour la recherche de perdus de vus, rattraper les cas d'abandon, etc. PM Budget : Etat (action de plaidoyer pour que l'Etat paie ses ASC)					
			15. Observer la Semaine Africaine de la Vaccination prévue chaque dernière semaine d'Avril de chaque année à travers une série d'activités qui rassemblent l'ensemble des acteurs impliqués dans la vaccination Budget 2 5,000,000 F CFA, soit 50,505 USD NB : 5 millions/an X 5 ans, soit 25 millions F CFA	X	X	X	X	X

		Mobilisation sociale et partenariat	16. Réunions trimestrielles de mobilisation et d'implication des ONG et des acteurs du secteur privé dans la vaccination Budget : 2,000,000 F CFA, soit 4,040 USD NB : 4 réunions trimestrielles/an X 5 ans x 100,000 (cout de la réunion)	X	X	X	X	X
			17. Réaliser un bilan du soutien de MTN à la diffusion des données et proposer de nouvelles pistes de collaboration entre cet opérateur et les districts sanitaires via le Ministère de la Santé Budget : 500,000 F CFA, soit env. 1000 USD NB : 1 pers. X 11 régions x 5000 F CFA (transport) + pause café (3500 F CFA X 30) + facilitateurs	X				
			18. Réunions pour faire le bilan et la planification annuelle des activités avec les ONG et les acteurs du secteur privé Budget : 9,050,000 F CFA soit 18 283 USD NB : 2 ASC X 11 régions X 25,000 (perdiems Bissau) X 2 jours + 4500 (repas+ pause-café X 50 personnes) X 2 jours X + 75,000 F CFA (location salle) X 2 jours X 1fois/an X 5 ans	X	X	X	X	X
			19. Organisation annuelle de concours multisectoriel (chant, dessin, sketch à l'endroit des écoles primaires et autres cibles éventuelles à identifier) sur l'importance de la vaccination Budget : 5,000,00,000 F CFA, soit env 10,101 USD Forfait : 1 millions X 5 ans	X	X	X	X	X
		PLAIDOYER	20. Elaborer et multiplier un kit ou dossier de plaidoyer pour faciliter les séances de mobilisation de soutien des autorités politiques, des sociétés publiques et privées pour la mobilisation des ressources financières en faveur du PEV Budget : 3,000,000 F CFA, soit env 6,060 USD	X	X			

		RENFORCEMENT DES CAPACITES	NB : base forfaitaire					
			21. Réaliser dans chacune des 11 régions des séances de plaidoyer avec les élus locaux et les opérateurs du secteur privé pour la mobilisation des ressources en faveur de la vaccination Budget : 2,062,500 F CFA, soit env 4,1666 USD NB : 1 réunion annuelle X 11 régions X 3 élus X 10,000 F CFA/participant X 2500 FCFA (pause-café) X 5 ans					
			22. Organisation décentralisée sur les « les états généraux » de la vaccination par régions pour identifier les goulots d'étranglement de la vaccination et les solutions à utiliser pour faire accroître les taux de couverture. Budget : 2,750,000 F CFA, soit 5,555 USD NB : 11 régions X 500,000 F CFA X 5 ans pour une journée de rencontre	X	X	X	X	X
			23. Révision/Adaptation des modules de formation en communication interpersonnelle pour la vaccination Forfait : 1,000, 000 F CFA, soit 2000 USD NB : Frais à prévoir : Consultant national + atelier de validation + Multiplication des modules		X			
			24. Formation des agents de santé en communication interpersonnelle pour la vaccination Budget : 1,172, 500 F CFA, soit 36,712 USD 114 aires de santé X 1 responsable vaccination de chaque aire de santé x 3 jours + 2 facilitateurs X 3 ans	X	X		X	
			25. Formation des partenaires impliqués dans la vaccination - 2 pers. par radio dans les 33 radios communautaires : 2, 529, 000 F CFA soit 5,109 USD - 2 pers. par ONG identifiée dans le secteur de la communication pour les 6 ONG (VIDA, DIVUTEC, EDEC, ADPP, PALMERINHA, ALTERNAG) Forfait : 1, 200, 000 F CFA, soit 2,424 USD - 3 agents leaders par aire de santé dans les 114 aires de santé					

			<u>1,760,000 soit 3,555 USD</u> - 4,096 agents de santé communautaire (en surveillance communautaire et autres contenus à identifier) 114 aires sanitaires X 1500 F CFA (perdiems) + 4000 F CFA X 2 facilitateurs X 3 ans <u>21,168,000 F CFA soit 42,734 USD</u>					
			26. Dotation d'ASC, ONG, districts en supports de communication de proximité (boîtes à image, affiche, tout autre article faisant la promotion de la vaccination, <u>Forfait : 1 million par région, soit 11 millions</u> Détails : 114 mégaphones X 35,000/mégaphone + (forfait batteries) +	X				

6.10 Tableau 12: Plan Annuel 2013/2014 (première année du PPAC)

Activités intégrées et consolidées	Where	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOV	DÉC	JAN	FEV	MARS	AVRIL	MAI	JUN	Unit responsable	Cout \$ ('000)	Fonds disponibles	
																Gouvern	Partenaires
Prestation des Services Gestion du Programme surveillance des maladies																	

Former 13 techniciens dans les gestions du programme PEV		X													5.660		
Recycler/Former le personnel du PEV a tous les niveaux sur l'approche ACD	Niveau régional			X			X			X			X	SIVE			
Elaborer microplans des aires et plan d'action des régions focaliser sur l'approche ACD	Niveau régional			X			X			X			X	SIVE			
Appuyer la mise en œuvre des activités de vaccination en stratégies fixe, avance et mobile	Niveau régional	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	SIVE	19.350		
Appuyer les services de santé en supervision, suivi et l'évaluation à tous les niveaux	Niveau régional		x	X	X	X	X	X	X		X	X	x	DGPP S	24.283		
Organiser réunions de coordination périodiques a tous les niveaux	Niveau Central						x			x				DGPP S	6.707		
Réaliser la revue du programme et l'enquête de couverture vaccinale	Niveau régional													SIVE	50.000		

Réaliser audit trimestriel des données à tous les niveaux	Niveau régional													INASA	10.000		
Former 414 ASC sur la recherche active des perdus de vue, l'administration du paquet communautaire et le rapportage des activités du PEV et en communication interpersonnelle (CIP)	Niveau régional	X		X										DSC	12.199		
					X		X		X				X				
Etablir le contrat avec des ONG, OBC pour l'encadrement et suivi du travail des ASC	Niveau Central				X	X	X							DGPP S	0,00		
Renforcer la capacité des ONG, OBC	Niveau Central	X	X	X										DGPP S			
Organiser des réunions mensuelles de coordination et suivi des activités des ASC	Niveau régional	X	X	X										DRS			

Mettre en place au niveau des aires de sante un système de rapportage des donnees de vaccination désagrégées par village ou quartier	Niveau régional	X	X	X											SIVE			
Doter les directions régionales de sante des moyens pour la transmission des rapports, (cartes de recharge TM 2.000 xof/mois/100 aires sanitaires.	Niveau régional	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	INASA	5.280		
Plaidoyer auprès des entreprises de télécommunication mobile pour augmentation des appareils et lignes gratuites pour le service de sante	Niveau Central	X	X	X											DGPP S	0,00		
Former et recycler tous les agents de santé dans les aires sanitaires et au moins 5 agents par hôpital et moins 2 agents dans les structures privées sur la surveillance intégrée des maladies	Niveau Central et régional	X		X			X		X		X		X		INASA	10.000		

Doter le niveau central d'Equipment informatique (2 laptops) (CESC, LNSP/INASA)	Niveau Central	X												DGPP S	1.970		
Doter 4 régions (Gabú, Biombo, Cacheu, SAB), le PEV central, la Direction de la Planification et point focal RSS en ordinateurs (8)	Niveau Central	X												DGAS S	18.854		
Recycler 11 gestionnaires des données aux niveaux régions	Niveau Central				X									SIVE	4.793		
Assurer le transport des échantillons du niveau périphérique au niveau central et du niveau central au Labo inter pays	Niveau central et régional	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	x	INASA	5.000		
Élaborer un plan national pluriannuel de surveillance intégré des maladies évitables par la vaccination	Niveau Central	X	X	X	X								X	INASA			
Organiser deux campagnes de polio intégrée d'autre intervention pour la sante de la mère et les enfants	Niveau Central									X	X	X		SIVE			

Doter tous les structures de sante des Kits de prélèvement	Niveau Régional	X													LNSP			
Former tous les agents de santé des aires sanitaires et au moins 5 agents dans les hôpitaux et les structures privées en matière de la C4D pour la surveillance	Niveau Régional	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	INASA			

Activités intégrées et consolidées	Where	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOV	DÉC	JAN	FEV	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	Unit responsable	Cout\$ ('000)	Fonds disponibles	
																Gouvern	Partenaires
Plaidoyer et Communication																	
Elaboration et mise en œuvre d'un plan intégré de communication pour la vaccination de routine, les AVS, la surveillance	Niveau Central	X												SIVE INASA	00		
Conduire 3 enquêtes CAP pour déterminer, entre autres, les causes de faible couverture vaccinale, les taux élevés d'abandon en particulier dans les 8/11 régions signalées ; connaître le niveau de connaissances des mères sur 5 maladies cibles et le calendrier vaccinal.	Niveau Central	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	SIVE INASA	3.744.000,00		
Développer et mettre un œuvre un plan spécifique d'urgence pour les 8 régions signalées pour leur haut taux d'abandon en DTC 1-DTC 3	Niveau régional		X						X					DRS	00		

Documenter l'action menée dans le cadre du plan d'urgence de relèvement du haut taux d'abandon dans les 8 régions connues à travers une enquête dont le rapport sera partagé (rendu public ou diffusé) avec l'ensemble des parties prenantes	Niveau Régional	X													DRS	5.472.000,00		
Réaliser 2 causeries éducatives/an/aire de santé X 5 ans par les agents de santé à l'endroit des parents sur la vaccination de routine et la surveillance. Soit 1140 causeries.	Niveau Régional						X								DRS	00		
Atelier de développement et de validation des messages-clés pour la vaccination	Niveau central			X											DRS	571.500,00		

Campagne multimédia (radio, télé, journaux) Radios communautaires : 2 émissions/semaine/radio communautaire X 12 mois X 5 ans, soit 96 émissions/an/radio communautaire, soit un total de 7,920 émissions sur les 5 ans pour les 33 radios communautaires. - Radios privées : 2 émissions/semaine/radio X 3 radios x5 ans x 3500 FCFA (coût unitaire) Emission hebdomadaire de promotion de la santé (y compris la vaccination) sur la Télé publique : 2 émissions/mois X 12 mois X 5an X 45,000 F CFA (coût unitaire)	Niveau Central	X	X	X											SIVE INASA	931.000,00		
---	----------------	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------	------------	--	--

Production- prétest des supports de communication en faveur de la vaccination (affiches, affichettes, t-shirts, casquettes, dépliants, autocollants, parapluies, etc.)	Niveau Central		X	X	X										SIVE INASA	23.891.00		
Production de documentaires : radio et télé et multiplication sur support DVD	Niveau Central			X			X			X				X	DRS	827.00		
Acquisition de matériels de communication (80 Mēga phones)	Niveau central		X												DGAS S	6.400		
Organisations de séances d'information et de sensibilisation avec les leaders communautaires (chefs religieux, traditionnels) et administratifs en faveur de la vaccination	Niveau régional	X	X	X											SIVE INASA	32.196,00		

Organisation de dialogues communautaires avec les leaders communautaires (chefs religieux, traditionnels) et administratifs dans les 11 régions du pays, avec un accent sur les 8 régions ayant des taux bas de couverture	Niveau régional		X				X			X			X	SIVE INASA	2,069,00
Etude ou atelier de réflexion sur la mise en place d'un système de motivation des meilleurs acteurs communautaires en matière de vaccination (surtout les ASC, mais voir aussi le cas des leaders communautaires, des ONG, etc.). Les critères seront à définir : accroissement du taux de couverture en DTC 3, enfants complètement vaccinés ?...	Niveau Central							X						SIVE INASA	

Visites à domicile réalisées par les Agents de santé communautaire pour la recherche de perdus de vus, rattraper les cas d'abandon et recherche active des cas des maladies prioritaires, etc.	Niveau régional	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	DRS	
Observer la Semaine Africaine de la Vaccination prévue chaque dernière semaine d'Avril de chaque année à travers une série d'activités qui rassemblent l'ensemble des acteurs impliqués dans la vaccination	Niveau central													SIVE	
Réunions trimestrielles de mobilisation et d'implication des ONG et des acteurs du secteur privé dans la vaccination	Niveau Central			X			X			X			X	DGPP S	0.00

Réaliser un bilan du soutien de MTN à la diffusion des données et proposer de nouvelles pistes de collaboration entre cet opérateur et les districts sanitaires via le Ministère de la Santé	Niveau central						X						X	DGAS S	0.00
Réunions pour faire le bilan et la planification annuelle des activités avec les ONG et les acteurs du secteur privé	Niveau Central						X						X	DGPP S	0.00
Organisation annuelle de concours multisectoriel (chant, dessin, sketch à l'endroit des écoles primaires et autres cibles éventuelles à identifier) sur l'importance de la vaccination	Niveau Central												X	SIVE	

Elaborer et multiplier un kit ou dossier de plaidoyer pour faciliter les séances de mobilisation de soutien des autorités politiques, des sociétés publiques et privées pour la mobilisation des ressources financières en faveur du PEV	Niveau Central	X	X	X										DGPP S	0.00
Réaliser dans chacune des 11 régions des séances de plaidoyer avec les élus locaux et les opérateurs du secteur privé pour la mobilisation des ressources en faveur de la vaccination	Niveau régional	X					X			X				DRS	0.00
Organisation décentralisée sur les « les états généraux » de la vaccination par régions pour identifier les goulots d'étranglement de la vaccination et les solutions à utiliser pour faire accroître les taux de couverture.	Niveau régional		X				X					X		DRS	

Révision/Adaptation des modules de formation en communication interpersonnelle pour la vaccination	Niveau Central	X	X	X											INASA SIVE	
Formation des agents de santé en communication interpersonnelle pour la vaccination	Niveau régional														INASA SIVE	
Formation des partenaires impliqués dans la vaccination	Niveau Central														SIVE	
Dotation d'ASC, ONG, régions en supports de communication de proximité (boîtes à image, affichette, tout autre article faisant la promotion de la vaccination,	Niveau Central		X												SIVE INASA	

Activités intégrées et consolidées	Where	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOV	DÉC	JAN	FEV	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	Unit responsable	Cout\$ ('000)	Fonds disponibles	
																Gouvernement	Partenaires
Approvisionnement en vaccin de qualité et Logistique																	
Approvisionnement des Centres de Santé en vaccins et consommables		x												SIVE	7.125		
Organiser une réunion de sensibilisation au près de Ministère de Finance sur la nécessité de mise en place des mécanismes simplifier des financements de l'achat des vaccins	Niveau Central	X												DGA SS SIVE	0.00		GAVI/UNICEF
Construire une chambre sèche pour le stockage et conservation des consommable du PEV	N Central			X										SIVE			GAVI/UNICEF

Acquérir les équipements du bureau (4 chaises présidentiel, 2 armoires, table) et 1 climatiseur pour le PEV central	Niveau Central	X												SIVE			GAVI/UNICEF
Doter le Service de moyens roulants (2véhicules 4x4) pour la supervision du niveau central vers les régions.	Niveau Central	X												SIVE / DGP PS	52.400		GAVI/UNICEF
Doter le Service de 1 camion pour la distribution des vaccins et matérielles d'injections	Niveau central				X									DGA SS			
Acquérir 2 Vedettes a Moteur hors-bord 1 pour la région de Bijagos,1 pour Bolama	Niveau Central	X												DGA SS	60.000		
Acquérir 4 kits de réparation du moteur au bord	Niveau Central		X											DGA SS	1.800		
Installer 3 frigo solaire dans les centres de santé de : Soga, Portugal, Onhucomo,	Niveau Central	X												SIVE /UNICEF	1.500		UNICEF/GAVI

Remplacer 7 anciens frigos solaires en panne dans les centres santé de (Cambadju, Sare Bacar, Batucar, Onhucomo, Uno, Orangozinho, Formosa)	Niveau Régional	X						X						DGA SS			/UNICEF/GA VI
Acquérir 10 motos pour les centres de santé pour la stratégie avancée	Niveau régional		X					X						DGP PS/S IVE	50.000	Governo	UNICEF/GA VI
Acquérir 88 frigos solaires pour renforcer la capacité de stockage dans les 67 aires de santé pour l'introduction du pneumocoque.	Niveau Central		X			X		X			X			DGA SS	246.986	Governo	UNICEF/GA VI
Contracter un ingénieur technique de froid pour la maintenance/réparation de chambre froide du niveau centrale	Niveau Central	X												DGP PS/S IVE	2.400		UNICE/GAVI
Elaborer et mettre en œuvre le plan de maintenance et réparations des équipements	Niveau Central	X	X											SIVE /DR S	1.200	Governo	

Former 5 techniciens sur le dispositif multilogue de contrôle de la température (Fridge Tag)	Niveau Central	X						X						SIVE /DR S	5.000		UNICEF/GA VI
Installer des Fridge Tag dans les frigos	Niveau Central	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	SIVE	0.00		GAVI/UNICE F
Former 2 techniciens du service et 1 logisticien au niveau central sur la maintenance préventive de chaîne froide dans les 11 régions	Niveau Central	X												SIVE	1-307		
Organiser la maintenance régulière des frigos solaires et du groupe électrogène de 65KVA de niveau central	Niveau Central		X			X		X			X			SIVE	18.322		GAVI/UNICE F
Organiser 1 inventaire annuel des matériels de chaîne froide, équipements et des moyens roulants du PEV	Niveau Central						X							SIVE	3.054		

Plaidoyer auprès de l'autorité locale, des leaders communautaires, association de bases communautaires pour la préservation et sécurisation des panneaux solaires	Niveau régional	X				X					X			DRS	0.00		
Elaborer un plan de gestion des déchets	N Central													SIVE			
Construire 11 incinérateurs de qualité dans les régions sanitaires.	N Central													DGA SS			
Planifier et réaliser quatre (4) visites trimestrielles de supervision régulière de la logistique a tous les niveaux	N Central													SIVE			

6.11 Analyse des couts et financements du Programme

Le contexte économique général de la Guinée Bissau a été marqué au cours de ces dernières années par une reprise lente mais régulière de la croissance économique

En 2010, le pays a pu engranger une croissance économique d'environ 3.5% grâce aux bonnes performances agricoles (hausse des prix des noix de cajou), les investissements dans le BTP, et le réengagement des donateurs .

L'exportation des produits agricoles, particulièrement de la noix de cajou ainsi que des fruits de mer qui constituent les principales sources de devises du pays ont été les moteurs de la croissance.

Au cours de l'année 2011, la croissance économique a progressé pour atteindre 5.1 %. Cependant, le coup d'Etat du 12 avril 2012, entre les tours de l'élection présidentielle, a plongé le pays dans une situation de forte instabilité. En effet après le décès de l'ancien Chef d'Etat M. Malam Bacai Sanha le 9 janvier 2012, une junte militaire a pris le pouvoir et mis fin au processus électoral.

Au regard du refus au départ de la Junte Militaire de participer aux négociations initiées par la CDEAO, des sanctions diplomatiques, économiques et financières ont été imposées suivi d'un embargo sur les exportations de noix de cajou ce qui a contribué à un ralentissement de la croissance économique en 2012.

Un Gouvernement civil a été mis en place sous l'égide de la CDEAO mais malgré la poursuite des efforts en vue d'une stabilisation économique grâce à une mobilisation accrue des recettes fiscales et à la maîtrise des dépenses salariales et en biens et services, le chômage qui touche environ 30 % des jeunes Bissau-guinéens conjugué avec l'instabilité politique vont continuer de contribuer significativement au ralentissement de l'économie. Toutefois, le pays étant toujours engagé dans la mise en œuvre des réformes avec le soutien des bailleurs - dont la Banque africaine de développement et le Fonds monétaire international -, la pression fiscale devait se stabiliser autour de 8.2 % du PIB en 2012 et 8.1 % en 2013. La politique de maîtrise des dépenses devait amener le Gouvernement à diminuer la part des salaires de 4.6 % du PIB en 2011 à se maintenir à 4.6 % du PIB en 2012 puis 4.7 % en 2013. Avec la maîtrise concomitante des dépenses hors salaires - notamment celles de biens et services qui se sont stabilisés à 2.2 % du PIB en 2011 puis à 2.3 jusqu'en 2013 -, le Gouvernement devra couvrir une part de plus en plus importante de ses dépenses grâce à ses recettes internes à partir de 2013, mais compte tenue de la situation socio-politique, cette tendance ne pourra pas être matérialisée. Cela dénote une capacité croissante à absorber les chocs extérieurs.

L'appartenance aussi du pays à la zone Franc est un facteur favorisant pour la politique budgétaire restrictive et la politique de convergence au sein de l'UEMOA. Cependant, le solde primaire a subi une légère détérioration en 2011 (-1.5 % du PIB) en raison de certaines dépenses réalisées après le point d'achèvement de la dette en décembre 2010 (paiement d'arriérés envers le secteur privé, dépenses de fonctionnement, fournitures de bureau et autres dépenses courantes pour un meilleur rendement des cadres de l'administration). Les niveaux projetés du solde primaire étaient de l'ordre de 0.1 % en 2012 et 0.7 % en 2013.

Enfin Il faut noter que le pays demeure l'un des plus pauvres de la planète car plus de deux tiers de la population vit en dessous du seuil de pauvreté et l'agriculture artisanale compte pour près de 2/3 dans le Produit Intérieur Brut (PIB).

Les données qui ont permis de confectionner les tableaux qui vont faire l'objet d'analyse dans ce Plan ont été collectées pour large partie auprès des administrations nationales et des partenaires et pour d'autres estimées à partir des tendances passées.

L'absence des informations disponibles sur le financement de la communauté et de certains partenaires comme Plan Guinée Bissau n'ont pas facilité les prévisions de financement sur les prochaines années.

L'analyse des coûts et financements du Programme va porter essentiellement sur les points suivants :

- Les coûts du Programme pour l'année de base qui est 2011 avec un accent particulier sur les plus importantes rubriques,
- Le financement du Programme au cours de l'année 2011
- La projection des coûts du Programme de 2013 à 2017 avec un accent particulier sur l'impact de l'introduction des vaccins antipneumococcique en 2014 et antirotavirus en 2015 sur le coût total du Programme
- Les financements assurés et probables projetés sur la période
- Et enfin l'analyse des Gaps et les stratégies de viabilité financière.

6.11.1 Les coûts du Programme en 2011.

Globalement le coût total du Programme de vaccination de la Guinée Bissau s'est élevé à environ 1 802 192 \$ US représentant 8,1% des dépenses de santé du Gouvernement hormis les coûts partagés représentant environ 446 000 \$US soit 20% du coût total du programme.

Dans la structure de ces coûts, la vaccination de routine a représenté environ autour de 84% contre 16% pour les activités supplémentaires de vaccination

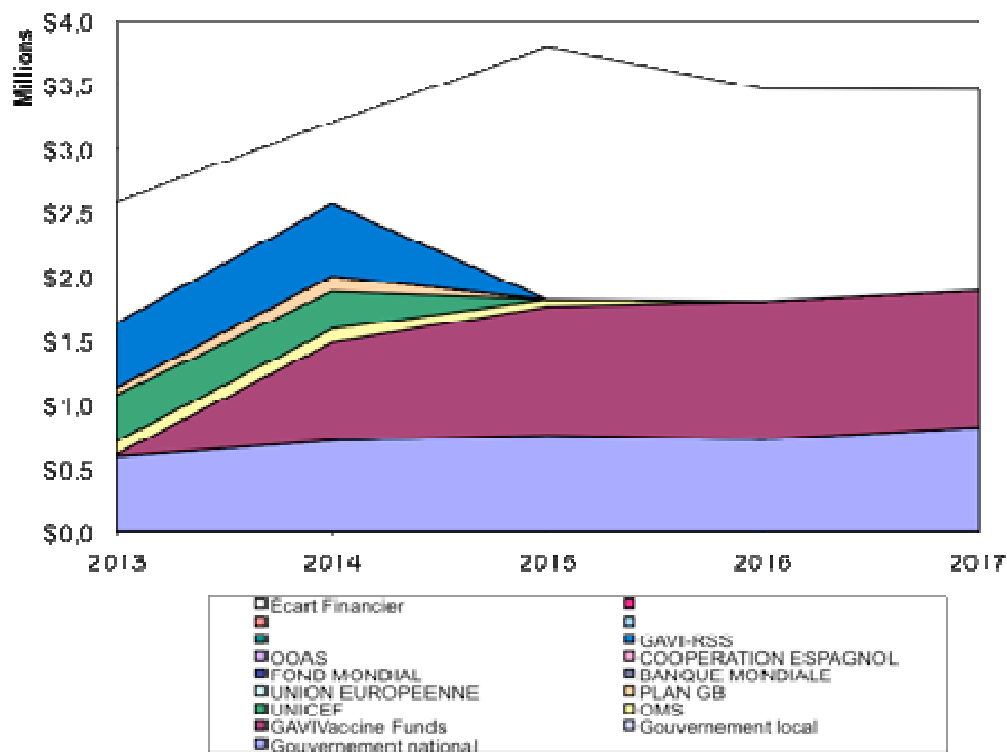
Indicateur pour l'Année de Référence	2011
Dépenses Total en Vaccination	\$1 802 192
Campagnes de vaccination	\$294 591
Vaccination de routine	\$1 507 601
par habitant	\$0,9
par enfant DTC3	\$37,4
% vaccine et matériel d'injection	31,0%
% financement du gouvernement	8,5%
% dépenses totales de santé	2,6%
% dépenses totales de santé du gouv.	48,8%
% PIB	0,17%
TOTAL	\$1 802 192

Source : Costing tool PPAc 2013-2017

L'analyse de la structure de ces coûts pour cette année 2011 montre que c'est la routine qui a constitué le plus gros poste de dépenses avec 84%. . cela se justifie par le fait que la Guinée Bissau est l'un des pays de la sous région qui a le moins organisé des journées supplémentaires de vaccination au cours de l'année 2011. En dehors du poste personnel qui vient en deuxième position avec 27% ce qui paraît logique, les vaccins sous utilisés (DTC + hEP B +Hib) constituent le troisième gros poste de dépense avec 17% des coûts totaux du Programme.

Les vaccins de base ont représenté 5% du cout du programme.

Projection du Financement Assuré**

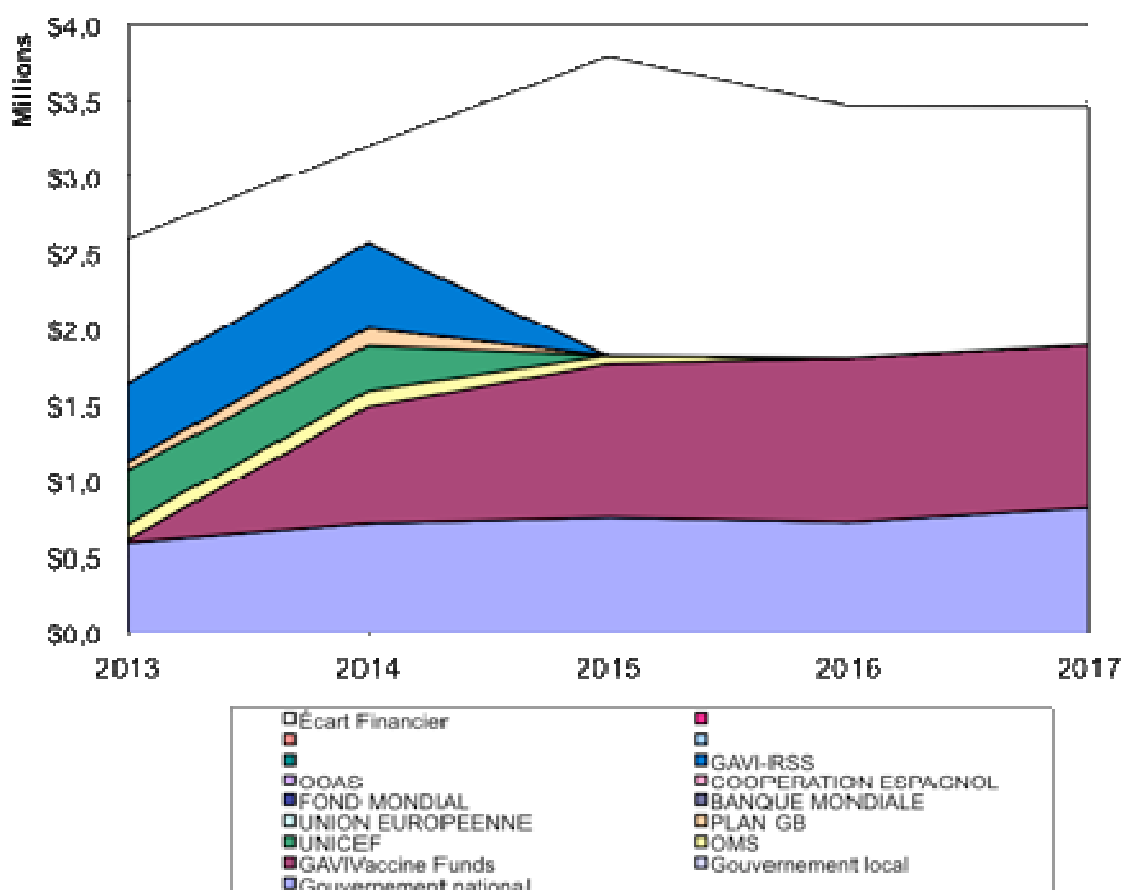


6.11.2 Le Financement du programme en 2011

Du point de vue du financement, il convient surtout de rappeler la grande vulnérabilité du Programme soulignée ci haut car comme on peut le constater sur le graphique ci dessous, le plus gros contributeur demeure l'UNICEF qui a contribué à hauteur de 38% notamment en ce qui concerne la fourniture des vaccins traditionnels, le matériel de la chaine du froid, et les panneaux solaires, suivi de GAVI (26%) dont la contribution a concerné essentiellement les vaccins sous utilisés (DTC-Hép. B- Hib et la fièvre jaune) ainsi que les activités opérationnelles notamment la prise en charge des stratégies avancées et mobiles. Il faut surtout noter que le taux de couverture sanitaire de la Guinée est de 46% et de ce fait il existe encore des populations qui vivent à environ 50kms du centre de santé le plus proche ce qui ne leur permet pas de bénéficier des prestations au quotidien.

Le paiement d'une partie des vaccins traditionnels ainsi que le matériel d'injection en plus du co-financement des vaccins soutenus par GAVI et les dépenses de salaire pour le personnel a plein temps ont emmené le financement de l'Etat à hauteur de 11%. Les autres dépenses liées aux autres couts opérationnels ont été pris en charge par Plan Guinée Bissau et l'OMS à hauteur de respectivement 14 et 9%..

Projection du Financement Assuré**



6.11.3 Les besoins en ressources pour le futur

La Guinée Bissau a été approuvée pour l'introduction du PCV en 2012 et le vaccin Rotavirus en 2013. En raison des problèmes politico-militaires politiques ayant entraîné un ralentissement des activités, les échéances d'introduction ont été reportées respectivement à 2014 (PCV) et 2015 pour le Rotavirus.

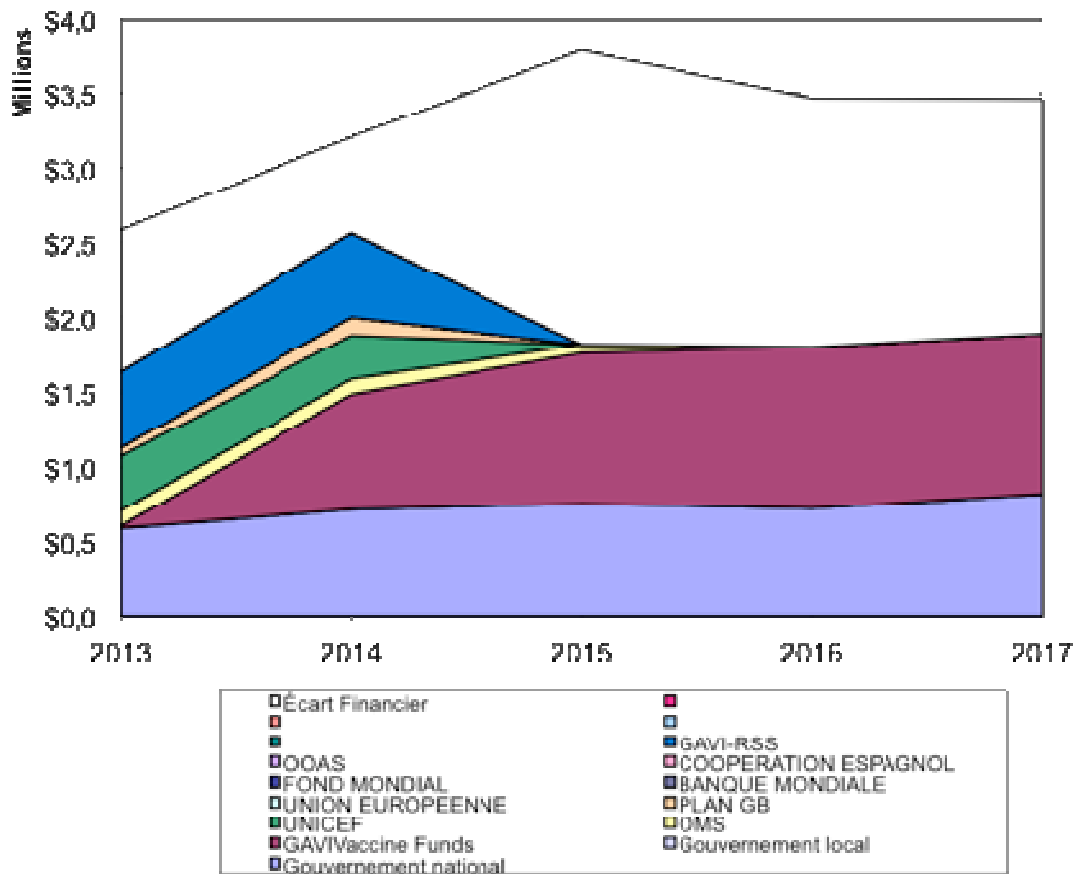
En raison des défis de l'augmentation de la couverture vaccinale d'une part et de la poursuite de l'introduction de nouveaux vaccins, les coûts du programme vont certainement connaître un net accroissement au cours des prochaines années.

Selon les responsables nationaux du Programme, l'amélioration de la performance du Programme au cours des prochaines années va passer par les stratégies suivantes :

- ❖ Le renforcement de la chaîne de froid au niveau des Aires de Santé au travers la dotation de certains centres de santé en Réfrigérateurs solaires. Pour permettre à ces structures d'offrir les services de vaccination en centre fixe..
- ❖ La formation des agents de maintenance pour un meilleur suivi des matériels de la chaîne de froid sur le terrain.

- ❖ Le renforcement de la mise en œuvre de l'approche Atteindre Chaque District au travers du renforcement des capacités des agents et la mise en œuvre des stratégies avancées et mobiles.
 - ❖ Le renforcement des activités de supervision et de suivi-évaluation
- Tous ces éléments devraient conduire le coût total du programme à passer de **\$US 2 394 957** en 2011 à un peu plus de 3 400 000 \$US en 2017 soit en moyenne plus de 500 000 \$US en moyenne d'augm

Projection du Financement Assuré**



Comme on peut le constater au travers du tableau ci-dessous, les principaux postes qui vont affecter les coûts sur la période sont les nouveaux vaccins à partir de 2014 avec l'introduction du vaccin PCV et 2015 le Rota.

L'introduction de ces nouveaux vaccins nécessitant des investissements additionnels dans la chaîne de froid, il est prévu la construction d'une nouvelle chambre froide en 2013 au niveau central ainsi que le renforcement des capacités au niveau régional pour éviter les approvisionnements mensuels souvent coûteux en temps et en moyens financiers.

Il est prévu également la construction d'une chambre sèche (hangar) au niveau central pour le stockage des matériels d'injection.

Il y a également les dépenses liées à l'acquisition de véhicules et la construction d'incinérateurs à partir de 2013 qui ont une nette incidence sur le niveau des

dépenses d'investissement en capital seront les principaux postes en matière d'investissement.

Tableau 13 : Evolution des dépenses de 2013 à 2017 par composante du PEV

	Couts de base	Couts futurs				
Composantes du Plan pluriannuel	2011	2013	2014	2015	2016	2017
	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Vaccins et Logistiques	\$959 626	\$1 126 311	\$1 754 497	\$2 046 074	\$1 851 859	\$1 887 786
Prestation de service	\$537 175	\$580 372	\$594 935	\$609 808	\$624 971	\$640 595
Plaidoyer et Communication	\$15 000	\$19 380	\$19 768	\$20 163	\$20 566	\$20 978
Monitoring et Surveillance Epidémiologique	\$96 600	\$98 532	\$100 503	\$102 513	\$104 563	\$106 654
Management du Programme	\$45 773	\$134 487	\$86 249	\$89 035	\$178 493	\$94 841
Activités supplémentaires de vaccination	\$294 591	\$177 758	\$185 864	\$444 985	\$198 971	\$207 922
Coûts partagés de systèmes de santé	\$446 191	\$457 303	\$468 691	\$480 364	\$492 327	\$504 588
GRAND TOTAL	\$2 394 957	\$2 594 144	\$3 210 506	\$3 792 941	\$3 471 749	\$3 463 364

Source : PPAc 2013-2017

7. Le financement du Programme de 2013 à 2017.

Le financement du Programme sur la période de 2013 à 2017 constitue le véritable défi du pays. En effet face à la rareté des ressources nationales, la plupart des partenaires s'étant retirée du pays après le Coup d'Etat de Janvier 2012, le pays n'est obligé de compter sur le peu de partenaires disponibles notamment l'OMS, l'UNICEF, l'OOAS, GAVI et certaines ONG comme Plan Guinée Bissau.

Les stratégies utilisées pour déterminer le financement de 2013 à 2017 ont été les suivantes :

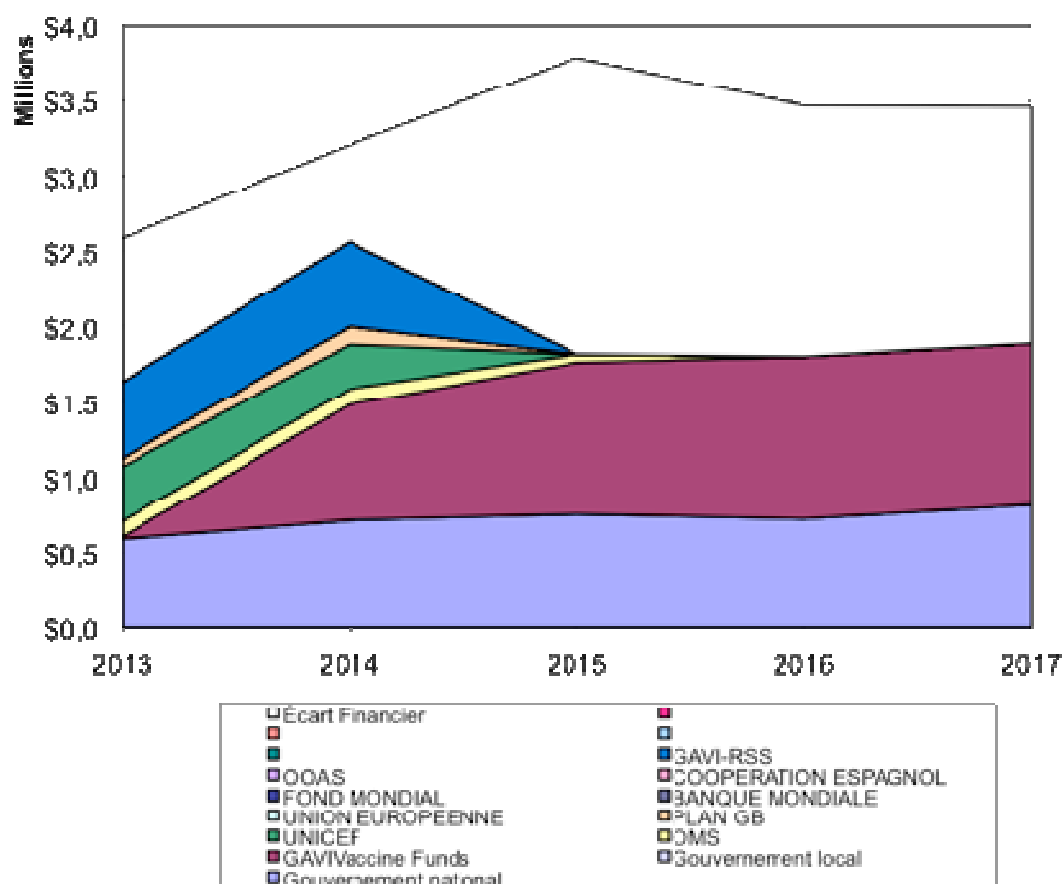
1. En ce qui concerne les vaccins traditionnels, l'Etat a alloué dans le cadre du budget 2013 la somme de 378000 \$US. Etant donné que les besoins d'approvisionnement en vaccins (vaccins traditionnels et co-financement des nouveaux vaccins et matériels d'injection y compris) s'élève à environ 151000 \$US, le budget national pourrait contribuer à l'entretien du matériel de la chaîne du froid, la distribution des vaccins et autres charges.
2. Il est prévu également une utilisation des Fonds de renforcement des services de santé (GAVI-RSS) pour le renforcement de la chaîne du froid au niveau régional et des aires de santé en complément des apports de l'UNICEF dans ce domaines
3. En ce qui concerne les autres dépenses notamment les coûts opérationnels, les dépenses encourues par les principaux donateurs notamment l'OMS, l'UNICEF et une partie des Fonds de Renforcement des services de santé de GAVI celles ci ont reconduites avec l'hypothèse 1 pour la période 2013 et 2014 en tenant compte des programmes de coopération en cours entre le

Gouvernement et ces institutions mais aussi de l'exercice de reprogrammation des fonds GAVI-RSS en cours.

4. Comme on peut le constater à travers le graphique ci dessous la plupart des financements assurés s'arrêtent à 2014 à cause de l'incertitude politique qui pèse sur le pays actuellement. Ces financements ont été projetés jusqu'à 2014 en espérant que les élections seront organisées et que le pays reviendra à une situation normale ce qui induirait la reprise de la coopération internationale suspendue . Tableau 14

Le Graphique ci-après montre l'évolution du financement de 2010 à 2014.

Projection du Financement Assuré**



8. La stratégie de viabilité financière du Programme

L'analyse de la viabilité financière a pour but d'étudier la capacité du pays à soutenir le programme de vaccination par des financements durables dans le temps avec des conditions de décaissement de fonds appropriées. En effet la viabilité financière est la mise à disposition à temps de ressources durables à l'endroit approprié d'où l'analyse des principaux indicateurs macroéconomiques notamment l'évolution du PIB de façon globale qui permet de montrer que l'ensemble des dépenses de vaccination pourrait être supporté par la richesse nationale quelque soit le niveau des si la situation devenait normale.

Il est difficile de faire une analyse de viabilité financière en tenant compte des indicateurs existant compte tenu de l'incertitude politique qui pèse sur le pays.

Une analyse rigoureuse ne pourra être possible qu'après les élections prévues courant 2013 et dont la communauté internationale en fait une priorité pour une reprise de la coopération.

En attendant les résultats des élections et le retour des bailleurs de fonds, le Gouvernement compte prendre des mesures pour rendre effectif dès 2013 l'Indépendance vaccinale en finançant entièrement sur le budget national les dépenses liées à l'approvisionnement des vaccins traditionnels y compris le matériel d'injection et les dépenses de co-financement des nouveaux vaccins.

Une ligne budgétaire existe à cet effet déjà dans le budget national et le montant de 378000 \$US alloué pour l'année 2013 est suffisant s'il était décaissé régulièrement pour faire face aux dépenses incompressibles pour le programme notamment l'approvisionnement en vaccins.

La Guinée Bissau étant un pays membre de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africain, et compte tenu du poids politique de la CEDEAO dans les négociations pour un retour à un ordre constitutionnel normal le suivi de l'exécution de ce budget pourra se faire se fera dans le cadre de la surveillance multilatérale du conseil de convergence qui accorde une certaine importance au suivi.

En conclusion la volonté du Gouvernement de faire de la vaccination une priorité du système de santé est la clé principale de la viabilité financière.

Le retour à une situation conditionnelle normale demeure la clé de voute pour une reprise du financement de la santé en Guinée Bissau quelle que soit la source de financement.